



Formación médica en Latinoamérica

Medical training in Latin America

Ada Luisa Portal Toribio

Miriam Trujillo Rodríguez

Kenia Aguilera Florat

Elsy Cuza Cáceres

Nelly Cruz Contreras

RESUMEN

Introducción: En el mundo en desarrollo, el mayor enemigo de la salud es la pobreza. Los pobres tienen menos acceso a los servicios de salud y los que pueden conseguir son de baja calidad y no responden a sus necesidades, sin embargo, los países que diseñan su sistema de salud para promover la igualdad como derecho social, garantizan la salud a la población, sea cual fuere su nivel de ingreso, así tenemos a Viet Nam y Cuba, entre otros.

Objetivo: Explorar cómo se comporta la formación médica en Latinoamérica.

Métodos: Para cumplir con el objetivo propuesto, se realizó una revisión bibliográfica, de forma digital, con sustento, tanto, en la plataforma Infomed como en otras internacionales.

Resultados: En Cuba el modelo de formación médica, tiene todavía elementos flexnerianos; pero tiene un nivel de práctica y de cercanía al paciente muy superior a los modelos de otras universidades; aunque, en algunas de ellas, se practican planes especiales, como; por ejemplo; en Venezuela, donde en el 2005, se inicia la enseñanza de la medicina fuera de las escuelas universitarias formales con el objetivo de formar un recurso sanitario que brinde servicios integrales de salud, fundamentalmente en el primer nivel de atención del Sistema Público Nacional de Salud.

Conclusiones: Se concluye que la educación médica, en América Latina, debe producir médicos que fomenten la salud de todas las personas, con un perfil amplio.

Palabras clave: salud, formación médica, modelo de formación

ABSTRACT

Introduction: In the developing world, the greatest enemy of health is poverty. The poor have less access to health services and those they can get are of low quality and do not respond to their needs; however, countries that design their health systems to promote equality as a social right, guarantee health to the population, whatever their income level, such as Viet Nam and Cuba, among others.

Objective: To explore how medical training behaves in Latin America. **Methods:** To meet the proposed objective, a bibliographic review was carried out, digitally, with support, both on the Infomed platform and on other international ones.

Results: In Cuba, the medical training model still has Flexnerian elements; but it has a level of practice and closeness to the patient that is much higher than the models of other universities. Although, in some of them, special plans are practiced, such as; for example; in Venezuela, where in 2005, the teaching of medicine began outside formal university schools with the aim of forming a health resource that provides comprehensive health services, mainly at the first level of care of the National Public Health System.

Conclusions: It is concluded that medical education in Latin America should produce doctors who promote the health of all people, with a broad profile.

Keywords: health, medical training, training model

INTRODUCCIÓN

Las modificaciones en la educación superior están en el centro de los procesos que contribuyen al desarrollo de la cultura de la información, tan propia de esta sociedad del conocimiento, donde se han trastocado todos los conceptos y realidades vigentes desde hace más de 20 años y que hoy se cuestionan, se reinterpretan o han sido suplantados por otras versiones. En este sentido, también la enseñanza de la Medicina viene sufriendo cambios trascendentales.¹

El mundo ha cambiado y, también, cambia la forma de aprender. Cambiaron las ciencias de la educación, las formas de comunicación y el acceso a la información científica. Los países han crecido, y las escuelas médicas se han multiplicado. Los nuevos paradigmas educativos obligan a asumir un mayor compromiso social por parte de las escuelas médicas, cambiando la forma de entregar y practicar la medicina. En este sentido, muchas organizaciones como la Organización Mundial de la Salud han emitido recomendaciones sobre la formación y la práctica médica.²

La Medicina ha sido definida como la ciencia y el arte de prevenir y curar las enfermedades y de promover la salud de las personas, las familias y la comunidad.

Confundida en sus inicios con la magia y la religión; pues el médico primitivo era mitad brujo y mitad hechicero; desde entonces, fue adquiriendo un perfil propio como profesión, a través de las distintas etapas históricas y culturales por las que ha transitado la humanidad.

En el presente, enmarcado por la revolución científico-técnica, el desarrollo de la medicina ha alcanzado proporciones extraordinarias, y aunque; en sus inicios tuvo un gran basamento empírico, no es hasta el siglo XIX que su práctica adquiere científicidad al calor de los descubrimientos de la época; y en la actualidad, nuevas y complejas tecnologías están al alcance de la profesión; pero su sobrevaloración, en detrimento del método clínico, la relación médico-paciente y sus aspectos humanos y emocionales, han puesto en peligro los fines de la profesión. Realizaremos este trabajo con el objetivo de explorar cómo se comporta la formación médica en Latinoamérica.

DESARROLLO

Debe tenerse presente que la Medicina no es solo una ciencia biológica, sino también una ciencia social que requiere conocer las vinculaciones entre los factores sociales, culturales, psicológicos y económicos del individuo y la población, Su carácter multicausal hace que los problemas de salud tengan que resolverse mediante programas en los que participan, además de los prestadores, los individuos, las familias, la comunidad y otros sectores sociales que tienen un papel significativo en los factores que determinan y condicionan el estado de salud de la población, por lo que la salud pública es un problema eminentemente intersectorial.³

Por lo que se impone una asimilación nacional y crítica de las tecnologías para ponerlas al servicio del hombre y la sociedad, ajustada a la realidad y una aplicación constante del método clínico en la interpretación de las afecciones de salud de la población.

En el mundo en desarrollo, el mayor enemigo de la salud es la pobreza. Los pobres tienen menos acceso a los servicios de salud y los que pueden conseguir son de baja calidad y no responden a sus necesidades, sin embargo, los países que diseñan su sistema de salud para promover la igualdad como derecho social, garantizan la salud a la población, sea cual fuere su nivel de ingreso, así tenemos a Viet Nam y Cuba, entre otros.⁴

En sintonía con estas realidades, en el desarrollo de las sesiones técnicas de la Conferencia Internacional de Salud para el Desarrollo, celebrada en Buenos Aires, sobre los recursos humanos en salud para este milenio se consideró, entre otros aspectos los siguientes:

- La actual formación de los profesionales de la salud resulta un obstáculo para la implementación de la estrategia de Atención Primaria de Salud.
- Debido a que la distancia entre las entidades formadoras y los sistemas de salud son un obstáculo para lograr un adecuado perfil del recurso humano,

acorde a la necesidad de cada país y región, es esencial un fuerte rol de rectoría del Estado para lograr la articulación entre estas áreas, y también establecer prioridades e incentivos.

- La formación del recurso humano no es solo una cuestión técnica sino también política.

- Es importante que la formación del recurso humano en salud se oriente hacia la adquisición de capacidades para abordar la heterogeneidad social y las dimensiones culturales de las realidades locales, ubicando los valores de la atención primaria de la salud como centrales, para ello muchas currículas deberán ser reformuladas en un trabajo conjunto entre las áreas y entidades de Salud y Educación.

- Hay que priorizar la formación de grado para la adquisición de competencias y fomentar acciones destinadas a la capacitación en servicio y educación continua.

- Es esencial poner énfasis en los principios y valores de la formación del recurso humano en salud, la transformación de la formación de los formadores y docentes, el ámbito en el cual desarrollan esa formación y la metodología de enseñanza-aprendizaje.

- La formación del recurso humano en salud y el ejercicio de su práctica deberán darse en estructuras vinculadas con la comunidad y no solo en las aulas. Además de estimular en la formación la participación comunitaria y el trabajo en equipo.

- Es importante abordar las condiciones laborales actuales de los recursos humanos en salud"³

SITUACIÓN DE LA EDUCACIÓN MÉDICA MUNDIAL

A inicios del siglo pasado, en 1910, se produjo una reforma de la educación médica en Estados Unidos. El doctor Abraham Flexner fue contratado para hacer un análisis de los currículos médicos en todas las universidades de Estados Unidos y Canadá, y presentó su Informe. Hizo un inventario de las cualidades que debían tener esas universidades, eliminó las que no le convenían a la élite gobernante y al poder e inventó la universidad de salud pública. A partir de ahí se generó el modelo flexneriano de estudios: dos años de ciencias básicas, uno o dos de ciencias básicas de la clínica, y después varios años de clínica, en laboratorios, áreas modelos, y un internado final donde sí iban al hospital, pero con un preceptor que los estaba atendiendo, con muy poco contacto con los pacientes. Ese modelo se generalizó en el mundo, y de hecho sigue vigente hasta nuestros días en gran parte de las facultades y escuelas de medicina.

Desde entonces, el modelo flexneriano ha ido entrando en crisis progresivamente lo cual ha quedado patentizado en innumerables reuniones, eventos y cumbres internacionales, de las cuales, se pueden resumir sus principales elementos en:

- Considerar la educación médica como un continuo: pregrado, posgrado, educación continua permanente.
- Reformulación de los diseños curriculares haciéndolos pertinentes, vinculándolos cada vez más con la estrategia de la APS.
- Empleo de métodos de enseñanza activos, centrados en el estudiante y basados en problemas.
- Formación menos teórica y más vinculada con la práctica médica, de forma que se garanticen la formación de las competencias profesionales.
- Evaluación del proceso, la estructura y los resultados.
- Fomento del profesionalismo y el humanismo en medicina, con el desarrollo de actitudes y valores humanos.
- Formación de los formadores y docentes en educación médica.
- Fomento de la investigación en los estudiantes y profesores.

Durante todos estos años, el conflicto no ha estado solamente en alcanzar ese consenso teórico sobre cómo debe ser la educación médica, sino en cómo poderlo concretar en las diferentes escuelas y facultades de medicina.

Otro elemento significativo que se puede extraer de la lectura de todos estos documentos, es que se considera bien separada la educación médica de la práctica médica.

Siempre se ha estado planteando la necesidad de una integración, coordinación o acercamiento entre ambas, que es necesario negociar, pero desde posiciones bien independientes.⁴

LA EDUCACIÓN MÉDICA CUBANA

A partir del triunfo revolucionario de 1959, y para cumplir con lo planteado en el alegato histórico del juicio por el asalto al cuartel Moncada, conocido como "La Historia me Absolverá" y frente al éxodo de alrededor de la mitad de los médicos existentes en el país, se adoptaron diferentes acciones, las cuales estuvieron dirigidas a la creación, en primer lugar, de un sistema estatal único de salud que garantizara la salud como un derecho ciudadano, y en segundo lugar, la formación y desarrollo de los recursos humanos que se necesitaban.

En Cuba el modelo de formación médica fue durante muchos años totalmente flexneriano, incluso el actual, tiene todavía elementos flexnerianos; pero tiene un nivel de práctica y de cercanía al paciente muy superior a los modelos de otras universidades, donde es fundamentalmente teórico y los alumnos se gradúan y no han tocado "nunca" a un paciente.

A partir de la década de los ochenta, Cuba hace un cambio curricular muy importante, cuando echa a andar un Programa de Formación del Médico General Básico, que aún está vigente, en el que se inicia desde el primer año el contacto con la población, a través de la atención primaria, donde primero se gradúa como médico general básico, orientado a la atención primaria, respondiendo a los principios de Alma Atá, y después continúa su formación como especialista en medicina general integral.

Generalmente, las características de las políticas sociales dominantes en el mundo no buscan la igualdad social, sino que engendran la inequidad y perpetúan la pobreza. En este entorno neoliberal, con muy pocas oportunidades de intercambiar y coordinar acciones entre los responsables de las políticas educativas y los de las políticas de salud se desarrolla la educación médica mundial, separada de los servicios de salud. ⁴

En las profesiones de la salud, para cuyo progreso ha sido decisiva la transferencia de conocimientos entre países, resultan de importancia las iniciativas por lograr el intercambio internacional de información y conocimientos, la introducción y tecnologías y el traspaso de experiencias y cultura que provoque avances sostenidos y eficaces en la integración y el desarrollo sanitario.

En este contexto, la existencia y estabilidad de de la Instituciones de Educación Médica Superior (IEMS), están amenazadas, ante toda esta crisis social en que se ven inmersos los pueblos subdesarrollados. El desafío que hoy se abre es el de una universidad que busque la creatividad y flexibilidad curricular, junto con su avance en la producción intelectual y científica, de aplicación, tanto en la creación de conocimientos, como en la producción y los servicios.

La educación médica es un proceso de formación cultural, moral y ética que se interrelaciona e imbrica con la ideología, la ciencia, el arte y las tecnologías médicas de la sociedad en que se desarrolla. Por ello, la salud es, sin duda, el elemento más apreciado por los pueblos y paradójicamente el más carencial para la mayoría de la humanidad; deficiencia íntimamente asociada al sistema económico neoliberal y a la pobreza. La historia de la conquista en nuestra América es un triste precedente de lo que ocurre en materia de salud en la actualidad.

En aquella época existían más de 2000 pueblos, solamente en la región amazónica, con una población superior a los 7 millones de habitantes, que se reduce a solo 2 millones hoy en día, diezmada por las enfermedades traídas por los conquistadores, tales como el sarampión, la viruela y la influenza, entre otras, además de la brutal explotación socioeconómica a la que fue sometida.

Desdichadamente, como ha señalado Pazos, la tragedia histórica no sirvió de experiencia, y ya inmersos en el tercer milenio, las principales estrategias de la nueva conquista, la globalización neoliberal (privatización indiscriminada, agricultura exportable, festinado crecimiento económico, desregulación y disminución gradual de la vigencia de los Estados en el desarrollo de las naciones) inciden negativamente en todos los factores determinantes en las condiciones de salud: presupuestos, programas de desarrollo, nutrición, situación sanitaria y en muchas otras que se ponen en evidencia mediante indicadores de aceptación internacional imbricados en la angustiosa situación de pobreza que sufre la gran mayoría de la humanidad.⁵

Por ejemplo, a inicios del siglo pasado, la Asociación Médica de los Estados Unidos de Norteamérica solicitó a la Fundación Carnegie que realizara un estudio sobre la educación médica en ese país, el cual luego se extendió a Canadá. Dicho examen, como planteamos anteriormente, fue dirigido por Flexner (1910), quien analizó la situación de 155 escuelas y facultades de medicina. En el informe, ya referido, estableció un modelo de diseño curricular que estructuraba las asignaturas en tres grandes agrupaciones: ciencias básicas, preclínicas y clínicas, modelo que se ha mantenido inalterable por más de un siglo.⁵

Casi simultáneamente, en 1918, en la Universidad de Córdoba, Argentina, se promovió una profunda reforma universitaria con énfasis en la proyección social de los diseños curriculares, en correspondencia con los problemas existentes en Latinoamérica. Esta reforma se hizo sentir en todas las universidades de la región y Julio Antonio Mella exigió su aplicación en Cuba en el marco del Primer Congreso Nacional Estudiantil de 1923.

Este siglo se caracterizó por la existencia de una cierta homogeneidad en las IEMS de la región latinoamericana, por lo menos en lo que se refiere al perfil del egresado de la carrera de Medicina, sin embargo, en el presente, la formación del profesional de la salud, en particular del médico, presenta una gran heterogeneidad, lo que se explica, entre otras causas, por la tradición de autonomía de las IEMS y la persistencia de un sistema educativo mixto público-privado, con un creciente incremento de instituciones privadas. Un buen ejemplo de la heterogeneidad, antes mencionada, es la gran variación que existe en la duración de los estudios. Se da la situación incluso dentro de un mismo país, donde los planes de estudio, que ofrecen diferentes universidades, varían de 4 a 8 años, con diversidad en el currículum.

En la región hay una tendencia al replanteo de la formación médica, tanto del pre como del postgrado. En la mayoría de los países estudiados se sigue el método clásico Flexner, el currículum de grado dura 6 años, incluyendo el internado rotatorio al finalizar. Como eje de cambio se propone homogeneizar la formación en todas las escuelas, fomentar la investigación, incrementar las competencias y brindar una formación integral y continua.³

En este sentido, estudios realizados en algunos de los países del continente americano indican que, pasado el curso de graduación, el comportamiento y el desempeño de los profesionales eran fuertemente influenciados por la cultura institucional de los servicios donde realizaban su práctica profesional, lo que

hacía casi imposible distinguir su origen académico. Además, se ha observado una tendencia a la fragmentación en la formación profesional en varios países de la región. Se produjo una estratificación de los médicos atribuible al tipo de escuela en la que se preparan y, por tanto, la educación médica superior y el sector salud parecen estar contribuyendo a la creación de inequidades sociales.

Actualmente, un dilema que enfrentan las IEMS latinoamericanas en su actualización frente al ritmo de los avances académicos en los países desarrollados, donde la enseñanza se basa en la utilización de recursos tecnológicos y metodológicos que emplean modelos de simulación y procesamiento de información a los que difícilmente tienen acceso las universidades en los países más pobres. Estos constituyen una fuente permanente de frustraciones para los estudiantes becados en los países desarrollados, ya que cuando regresan a sus pueblos encuentran que no pueden aplicar el potencial de conocimientos y habilidades adquiridos en las naciones con alto desarrollo.

También se presenta un diario cuestionamiento, desde distintas perspectivas, sobre la validez de la Educación Médica Superior y las prácticas médicas frente a las exigencias sociales de la actualidad. En diferentes ámbitos, estudiantes y profesionales, se han quejado de que su preparación no es adecuada para la acción futura, refieren que la formación es muy teórica, sin un vínculo adecuado con la práctica, en ocasiones se utilizan simuladores, que no permiten el contacto del futuro egresado con el paciente y, por tanto, el desarrollo de habilidades.

Además, existe la inconformidad de la sociedad latinoamericana frente a una profesión médica que trata a los individuos como objetos, reduciéndolos a la condición de máquina biológica, sin tener en cuenta la condición biopsicosocial del ser humano. En añadidura a esta situación, otro factor que, aparentemente aumentó en los últimos años, es la disminución de matrículas en los cursos de graduación en las Ciencias de la Salud. Este fenómeno carece de importancia en los países que limitan las matrículas universitarias, pero adquiere relevancia en aquellos donde la matrícula no es restringida. Esta situación tiende a ser significativa en la de Medicina. En Argentina, por ejemplo, la deserción llega al 60% de los matriculados, en Ecuador, el porcentaje de culminación de los estudios es de 23%. En el otro extremo se encuentra Brasil, donde a lo largo de los últimos años, los cursos médicos presentaron una relación candidato/cupo superior a 20, con un aprovechamiento de casi el 100%

En cuanto a las IEMS, podemos observar que el número de escuelas y facultades de medicina, de forma general, experimentó solo un ligero aumento en los últimos años, presentándose como caso excepcional la situación de Bolivia, donde casi se duplicó el número de escuelas. Por otro lado, se observa, que casi todos los países de la región se incrementó el número de instituciones en el sector privado, mientras que, en el sector público de la Educación Médica Superior, casi se paralizó el crecimiento.

Los últimos años no favorecieron el surgimiento de experiencias institucionales innovadoras o reformas curriculares en la esfera de la formación de médicos, lo cual se presenta como otra dificultad. Los proyectos de integración docente-

asistencial y la enseñanza de las ciencias sociales vinculadas con la salud pública siguieron siendo experiencias aisladas dentro de las escuelas de medicina. Así vemos que, en la región latinoamericana, se sigue el paradigma formativo biomédico centrado en la enfermedad, la curación y el hospital, y la ética que se les enseña a los estudiantes, resulta ser la del mercado por encima del humanismo y el altruismo que, según el criterio de la autora de ese trabajo, debe caracterizar a los profesionales de la salud.

En sintonía con estas realidades, el modelo educativo, como norma, no parte de los problemas y necesidades de salud de la población, sino que cubre escasamente un reducido espectro de estos problemas. Así observamos que el papel de IEMS ha sido el de replicar las prácticas de salud hegemónicas, reproduciendo el modelo educativo biomédico, que promueve cómo se diagnosticó, el uso de tecnología sofisticada y como eje terapéutico recursos y procedimientos “de punta” dirigidos a una capa minoritaria de consumidores. El entrenamiento durante la formación se desarrolla predominantemente en el ámbito hospitalario donde los estudiantes se relacionan con un conjunto de problemas que son cada vez menos representativos de los problemas de salud que se enfrentan en la práctica médica desarrollada en la comunidad.

Hay planes especiales en diferentes universidades. En la Universidad de Tucumán, Argentina, se propone trabajo in situ desde el primer año para conocer los determinantes sociales en diferentes ámbitos. En la Universidad de La Matanza, también en la Argentina, se trabaja para vencer la dicotomía entre lo curativo y lo preventivo. Por su lado, la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile busca integrar las ciencias básicas preclínicas y clínicas con epidemiología genética, enfermedades crónicas, geriatría y ciencias sociales. En Temuco, también en Chile, el acento está puesto en la actitud frente al desastre y emergencia de salud y medio ambiente, deporte y salud reproductiva. La Universidad de San Martín, en Sabaneta, Colombia, ha incorporado la visión familiar y comunitaria para un entendimiento ecosistémico de la salud. La Facultad Federal de Londrina, São Paulo, Brasil, trabaja actualmente en la enseñanza basada en problemas y está orientada a la comunidad. La Universidad de la República del Uruguay presenta una experiencia de innovación curricular, con un primer ciclo dedicado a lo básico, clínico y comunitario; un segundo ciclo de clínica médica integral; y el tercer ciclo, un año preprofesional. Al promediar la carrera, en el cuarto año, los alumnos pueden optar por finalizar sus estudios como Técnicos en prevención de enfermedades y promoción de la salud.

Casi todos estos cambios en universidades latinoamericanas priorizan la atención primaria de la salud.

En ninguno de los países analizados es necesaria la formación de postgrado para ejercer la profesión. Sin embargo, un número grande de los médicos recibidos opta por este camino como una forma de obtener una mejor valoración en su profesión, mayor conocimiento y una mejora salarial.³

En Venezuela, por ejemplo; en el 2005, se inicia la enseñanza de la medicina fuera de las escuelas universitarias formales, con el Programa Nacional de Formación de Medicina integral comunitaria, producto del acuerdo Sandino, suscrito ese año entre los gobiernos de Venezuela y Cuba, con el objetivo de formar un recurso sanitario que brinde servicios integrales de salud, fundamentalmente en el primer nivel de atención del Sistema Público Nacional de Salud de la República Bolivariana de Venezuela o en cualquier otro país que así lo solicite. ⁶

Para enfrentar esta tarea, por la parte cubana, se designó un grupo de 6 profesores de experiencia y fogueo internacional -todos integrantes del comité académico de la maestría en educación médica-, que se integró a un grupo de funcionarios y profesores del Ministerio de Educación Superior, la Oficina de Planificación del Sector Universitario, el Ministerio de Salud y representantes de seis universidades bolivarianas, se constituyó la Comisión Nacional del Programa de Formación del Médico Integral Comunitario.

La Comisión Nacional tenía conciencia de que el éxito del Programa iba a depender, fundamentalmente, del trabajo de los profesores y de su preparación. Como primera prioridad se diseñó un plan nacional al respecto. Este plan constaba de:

-Autopreparación científica dirigida a los contenidos de ciencias básicas biomédicas, sociomédicas y las clínicas, a desarrollar según el periodo académico que correspondiera.

-Preparación básica en educación médica, mediante un diplomado virtual inicial y otro presencial posterior.

-Preparación técnico-metodológica sistemática para el desarrollo específico de las diferentes actividades docentes.

La Universidad "Barrio Adentro" cumple y desarrolla todas las funciones inherentes a toda institución académica de este nivel: formación profesional (pregrado); educación de posgrado (formación de especialistas, máster y de doctores en ciencias, así como de diplomados, superación profesional y profesoral); fomento de investigaciones educacionales, de salud pública, económicas y de dirección en salud; así como un grupo de actividades extensionistas. ⁴

Por otro lado, la cultura de investigación científica es insuficiente al no existir sistema de investigación ni un personal formado con el nivel de doctorado, en número significativo, así como una infraestructura adecuada que pueda satisfacer las exigencias actuales para el desarrollo de la investigación científica.

En cuanto a los profesores, los claustros están formados en un enfoque eminentemente biologicista, y no se encuentran encargados de preparar a las nuevas generaciones de profesionales para desarrollar una práctica médica que requiere de un enfoque biopsicosocial y la transdisciplinariedad.

Otro elemento importante, es que no existe por lo común concertación de esfuerzos entre las instituciones formadoras y las instituciones prestadoras de servicios de salud. Podemos ver que la mayoría de las IEMS no disponen de espacios de integración con los servicios de salud para la docencia, ni para el desarrollo de las investigaciones.

En los diseños curriculares predomina el modelo por asignaturas, con recarga de ciencias biomédicas, ausencia o debilidad de ciencias sociales y humanas, tendencia enciclopédica, énfasis teórico con desatención de la adquisición de habilidades y de la competencia profesional. Métodos pasivos, de enseñanza, centrada en el profesor y las clases magistrales. Pobre proyección a la comunidad o utilización pasiva de la misma como objeto de estudio y no como sujeto de participación y transformación.

Los planteamientos antes expuestos obligan a establecer nuevas políticas y directrices de orientación en las instituciones de Educación Médica Superior, para enfrentar coherentemente las exigencias actuales y futuras del sector de la salud, que pueda responder a la necesidad de formar un profesional que ofrezca atención integral a las personas desde la concepción del hombre como ser biológico, psicológico y social. En nuestra opinión, además, se necesitan acometer cambios curriculares en los planes de estudio y en los métodos de enseñanza-aprendizaje, desarrollar modalidades de Educación a Distancia, incorporar un modelo pedagógico más centrado en el estudiante que permita convertirlo en el protagonista esencial del proceso, garantizar la superación pedagógica-profesional continua del claustro de profesores en estrecho vínculo con la investigación centrada en resolver los problemas de la salud de la comunidad; e integrar, con mayor solidez, elementos para la formación de una cultura general.

La reforma de la Educación Médica requiere más que acuerdos, un compromiso generalizado a la acción, al liderazgo vigoroso y la voluntad política. En algunos entornos se requerirá apoyo financiero inevitablemente; pero mucho se puede lograr mediante una redefinición de prioridades y una reasignación de los recursos con que ahora se cuenta.

Las IEMS de América Latina y el Caribe, deben contribuir a promover, conservar y restaurar La salud del hombre y accionar de conjunto con los demás factores de la sociedad, salvando la brecha entre las necesidades del servicio de salud y el sistema de educación médica atendiendo a las particularidades y circunstancias de cada país.

Es importante formar un profesional de perfil amplio, con un alto sentido ético atendiendo a la cultura y sistema de valores del paciente, la familia y la comunidad, que brinde sus servicios tomando en cuenta la unidad biopsicosocial del ser humano, teniendo en cuenta que la salud y la enfermedad representan un continuo, en equilibrio armónico con el medio natural y social que le condiciona.

Para cumplir con estos preceptos, el objetivo de la educación médica debe ser producir médicos que fomentan la salud de todas las personas, pero en realidad, este objetivo no se está cumpliendo en muchos lugares de nuestra región a pesar del enorme progreso que se ha realizado desde el pasado siglo

en las ciencias biomédicas. El paciente debe poder contar con un médico capacitado, que sepa escuchar, sea observador, cuidadoso, comunicador, sensible y clínico eficiente, pero ya no es suficiente solo tratar algunos de los enfermos.

Lo señalado con anterioridad, demanda, además, la adopción y el fortalecimiento de la dirección de las de Educación Médica Superior; puesto que esta actividad influye en el desarrollo del proceso de formación del profesional de la salud y en especial del médico.

En los momentos actuales, la organización que obvie o rechace su inclusión en este campo, estará limitando sus posibilidades de ocupar un lugar duradero en la sociedad.

CONCLUSIONES

La educación médica, en América Latina, debe producir médicos que fomenten la salud de todas las personas. Además, formar un profesional de perfil amplio, con un alto sentido ético atendiendo a la cultura y sistema de valores del paciente, la familia y la comunidad. Así mismo, el paciente debe poder contar con un médico capacitado, que sepa escuchar, sea observador, cuidadoso, comunicador, sensible y clínico eficiente. Finalmente, las Instituciones de Educación Médica Superior de América Latina y el Caribe, deben contribuir a promover, conservar y restaurar la salud del hombre y accionar de conjunto con los demás factores de la sociedad, salvando la brecha entre las necesidades del servicio de salud y el sistema de educación médica atendiendo a las particularidades y circunstancias de cada país; condiciones que, actualmente, solo cumplen las IEMS de Cuba y Venezuela.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alarcón Ortiz R. (2015). Conferencia inaugural del Congreso Internacional Pedagogía 2015. Las ciencias de la educación en una universidad integrada e innovadora. La Habana. Cuba; 2008
2. Pazos. Reporte sobre los indicadores generales de población relacionadas con la salud. 2000
3. Reussi R. La educación de pre y postgrado en América Latina. Copyright © 2018. Elsevier España, S.L.U
4. Borroto Cruz Eugenio Radamés; Salas Perea Ramón Syr; Díaz Rojas Pedro Augusto. Un nuevo modelo formativo de médicos en la Universidad Barrio Adentro, República Bolivariana de Venezuela. Revisado el 31/5/2022. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412010000100013

5. Vela Valdés J. Formación de médicos en el mundo. Qué distingue a Cuba. Escuela Nacional de Salud Pública, La Habana, Cuba. 2018

6. Patiño Torres Mario J. Marulanda María Inés, Durán C. Maritza. Educación de Pre y Postgrado en América Latina. Copyright © 2022. Disponible en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1575181318300330>.

Revisado el 31/5/2022