

## HACIA EL PERFECCIONAMIENTO Y REDISEÑO DEL ACTUAL PLAN DE ESTUDIOS DE MEDICINA.

Dr. José A. Fernández Sacasas (Calle H # 116 (bajos), Vedado, La Habana.Cuba. Teléfono: 831 1701).

Vicerrector -en funciones- de Desarrollo y Planes de Estudios del ISCMH  
Profesor Titular de Medicina.

- [RESUMEN](#)
- [INTRODUCCION](#)
- [EVALUACION DE LA APLICACION DEL ACTUAL PLAN DE ESTUDIOS](#)
- [PRINCIPIOS ESTRATEGICOS PARA EL PERFECCIONAMIENTO Y REDISEÑO CURRICULARES](#)
- [CONCLUSIONES](#)
- [BIBLIOGRAFIA](#)
- [ANEXOS](#)

### RESUMEN

Se presenta una reflexión crítica sobre el actual Plan de Estudios de Medicina, valorando los puntos más fuertes y más débiles en su desarrollo, desde la perspectiva interna, expresada en el impacto del desempeño dentro y fuera del país de los egresados y desde la externa, en comparación con los estándares de calidad internamente aceptados.

Se señalan los principales ajustes y perfeccionamientos realizados desde su implementación y se expresan argumentos o razones que justifican emprender su reformulación. Se hacen consideraciones acerca de los principios estratégicos que pueden sustentar un rediseño curricular, concebidos como continuación, extensión y profundización del actual plan.

### INTRODUCCION

El actual Plan de Estudios de Medicina lleva diecisiete años de aplicación, a partir de 1985. Constituyó una positiva respuesta para el proceso de formación ampliada de médicos, en las condiciones planteadas a inicios de los 80, con aportes innovadores en su concepción y ejecución. Un significado especial tuvo su proyección a la Atención Primaria de Salud, acorde con el recién iniciado modelo de atención del médico y la enfermera de familia, de acuerdo con la estrategia del presidente Fidel Castro Ruz, en el campo de la salud.<sup>1, 2</sup>

Para el desarrollo del *currículum*, se partió de la identificación de las necesidades de salud de la población, así como de los problemas dominantes de salud a resolver por el egresado como médico general.<sup>3,4</sup> Este abordaje resulta opuesto al tradicional, el cual enfoca estos problemas centrado en los intereses, perspectivas y contenidos de las disciplinas académicas y de las especialidades, en vez de tener en cuenta las realidades sanitarias y el proceso de atención de salud.

La aplicación de un plan de estudios así proyectado requiere la integración docente-asistencial-investigativa, que permita la formación de los educandos en los escenarios reales de los servicios del Sistema de Salud, participando en el proceso de atención y transformación de salud del individuo, la familia y la comunidad. Su principal forma de enseñanza es la educación en el trabajo, la cual se desarrolla dentro del sistema de estancias.

La estancia es un espacio curricular que permite la dedicación completa del alumno a un determinado contenido o materia docente-asistencial, evitando así la dispersión de su atención y esfuerzo y posibilitando su permanencia, interacción e integración dentro de cada servicio. El Plan de Estudios promueve los métodos activos de enseñanza-aprendizaje, centrados en el protagonismo estudiantil con orientación profesoral, en especial, en el ciclo clínico y el método de solución de problemas, en la búsqueda de lograr la independencia cognoscitiva y de actuación del educando y la formación de un pensamiento creador.

La evaluación del aprendizaje no debe basarse en demostrar conocimientos memorizados, sino en demostrar que se han adquirido los modos de actuación profesional y los conocimientos pertinentes, la llamada evaluación de la competencia y el desempeño.

La elaboración del actual Plan de Estudios fue encomendada a nuestro Instituto en su calidad de Centro Rector de la Educación Médica. La Comisión nacional, dirigida por el profesor de

mérito, Fidel Ilizástigui Dupuy, promovió una amplia participación de nuestros profesores y alumnos, a fin de recoger las opiniones y experiencias de mayor arraigo, proceso extendido a todos los centros de educación médica superior del país.

El Plan de Estudios no ha permanecido inmutable en el tiempo transcurrido. Desde su implantación se han efectuado distintos cambios y ajustes en respuesta a requerimientos provenientes de cambios en el sistema de salud, en los programas de salud o en la búsqueda de un mejor desarrollo del proceso docente educativo o en respuesta a los avances científicos, en especial, la consolidación de la A.P.S. y el modelo del médico y la enfermera de familia. ([Ver Anexo](#) Perfeccionamientos realizados al actual Plan de Estudios).

## EVALUACION DE LA APLICACION DEL ACTUAL PLAN DE ESTUDIOS.

### Valoración “interna”

La efectividad del Plan de Estudios vigente podemos valorarla, fundamentalmente, a través de la competencia demostrada por los egresados (quienes conforman la mayoría de nuestros médicos hoy en ejercicio) en su desempeño profesional dentro y fuera del país, y su actitud de identificación y entrega a la obra de nuestro pueblo.

Si bien podemos considerar que los resultados han sido, en general, satisfactorios, reconocemos, asimismo, deficiencias e insuficiencias que han afectado nuestro trabajo como educadores.

Distintos factores tanto internos como externos al proceso educacional, han incidido desfavorablemente en la plena consecución de sus propósitos. La afectación del sistema de salud y de su subsistema de educación médica por la crisis económica derivada del desmoronamiento del campo socialista y del recrudecimiento del bloqueo imperialista, determinó una importante afectación material y organizativa de los servicios y de la docencia, que, gracias a los esfuerzos de nuestras instancias administrativas y políticas y de los trabajadores de la salud, pudieron seguir funcionando e iniciar ulteriormente una etapa de franca recuperación.

La formación expansiva de médicos y especialistas, emprendida en Cuba en los 80 (la “década perdida” por Latinoamérica en salud y otros sectores de la economía), necesaria e indispensable para brindar atención de salud a la población completa del país, con la correspondiente proporción elevada profesor-alumno, implicó un incremento notable de profesores, paralelo al incremento de matrícula, quienes no siempre poseían la capacitación docente y pedagógica requerida o el interés y motivación necesarios para desempeñarse como educadores.

Por otra parte, el paradigma o modelo médico aún dominante en la mentalidad de amplios segmentos de profesionales, profesores y alumnos sigue siendo de tipo biologicista, el cual sólo acepta la medicina como ciencia del desarreglo de los sistemas orgánicos, e ignora las influencias provenientes del ambiente natural y social sobre la salud de las personas y la forma en que ellas producen y reproducen su vida material y espiritual (factores sociales, culturales, económicos, ecológicos, psicológicos, ideológicos). Ello conduce a sobrestimar las especialidades de campo estrecho, vinculadas con la alta tecnología y a subestimar y subvalorar las de campo amplio y la tecnología médica fundamental; esto es, la inherente a la clínica, la epidemiología y la psicología de la relación con el paciente y la población.

La Medicina General Integral (MGI), especialidad de relativa reciente creación, ha estado afectada por las restricciones del período especial, con disminución del poder resolutivo del médico de familia. Los especialistas y profesores de experiencia están en vías de formación, al igual que los métodos y formas organizativas docentes más adecuadas. Todavía no ha alcanzado el prestigio profesional y docente del cual gozan las especialidades del hospital. Si bien en los últimos tiempos se ha ido desarrollando la Atención Primaria de Salud (APS) al ir aumentando la calidad de la Medicina General Integral, máxima representante del nuevo modelo médico integral, todavía existen sectores estudiantiles re-nuentes a adoptar el paradigma amplio, ambicionando acceder a especialidades de campo estrecho, obviando la M.G.I.

Por supuesto que estas actitudes, ajenas y opuestas a los objetivos curriculares, han sido propiciadas de manera consciente o inconsciente por una parte del profesorado y del personal de los servicios, a pesar de los esfuerzos institucionales en aras de la comprensión, aceptación y correcta ejecución del Plan de Estudios.

La integración docente-asistencial-investigativa no ha alcanzado todo el desarrollo y profundidad requeridos en el diseño, ejecución y evaluación del Plan de Estudios, en el diagnóstico y acciones mancomunadas por dar soluciones a los problemas que afectan la calidad tanto de la asistencia como de la docencia, puesto que la una depende de la otra. Las insuficiencias en la formación académica de pre y postgrado que hemos enfrentado obedecen, en mi opinión, más que a las insuficiencias del Plan de Estudios, a deficiencias en su ejecución, sin que ello signifique desistir de la impostergable necesidad de emprender una reformulación curricular. ([Ver Anexo](#) {o hipervínculo?}) El desempeño de los actores y la organización y *gerenciación* del proceso docente-educativo en el contexto de los servicios, considero son los factores decisivos para lograr la calidad de la docencia, la asistencia y la investigación.

*Las cinco amenazas a la Educación Médica*, identificadas con fina ironía hace unos veinte años por el siempre recordado profesor Humberto Zinobas del Olmo, siguen representando de alguna manera acechos no del todo por siempre conjurados:

- (1) Profesores que no profesan
- (2) Estudiantes que no estudian
- (3) Internos que no están internos
- (4) Residentes que no residen
- (5) Rectores que no rigen

### Valoración “externa”

Comparado con los patrones o estándares prevalecientes internacionalmente 5, 6, 7 sobre la enseñanza de las Ciencias Médicas, nuestro modelo formativo ofrece una base teórico-metodológica sólida y coherente, así como posibilidades prácticas de aplicación a escala nacional (*no vitrinas de exhibición*) armónica, en primer lugar, con las misiones que nuestro sistema social y sanitario nos encarga y, además, contentiva de aspiraciones no logradas en la mayoría de las instituciones dedicadas en el mundo a la educación médica.

El actual *curriculum* promueve la enseñanza de la Medicina en función de las necesidades de salud de nuestra población, en los escenarios reales de los servicios a escala nacional, incluyendo los de Atención Primaria de Salud. Se aplican métodos activos de aprendizaje en la solución de problemas de salud personal y poblacional con el fin de que los educandos adquieran la competencia profesional definida en el perfil del egresado. Sin patrocinar innovaciones, consideradas actualmente de avanzada, como una integración vertical (básico-clínica) u horizontal (módulos en torno a objetos de la profesión), el plan atenúa el modelo flexneriano mediante coordinaciones interdisciplinarias horizontales en los ciclos básico y básico-clínico y estancias integradoras en torno a los servicios clínicos y epidemiológicos en el ciclo clínico y el internado o práctica preprofesional.

En Cuba, los aspectos educativos tienen especial valor, así la *formación* está mucho más desarrollada que la *información*, afectada esta última por las restricciones inherentes al *período especial* y requerida, por tanto, de un esfuerzo de actualización, monitoreo y sostenibilidad, así como lograr la extensión y dominio crítico de las N.T.I.C. por profesores y estudiantes.

La utilización de *objetos* simulados para aprender la medicina, imperativa en el primer mundo por disponibilidad limitada de objetos reales para la docencia (pacientes), no constituye un problema en nuestro medio, por la psicología y disposición cooperativa de la población. No obstante, se utilizan distintas simulaciones clínicas y preclínicas que deben ser incrementadas.

---

### PRINCIPIOS ESTRATEGICOS PARA EL PERFECCIONAMIENTO Y REDISEÑO CURRICULARES.

El cuerpo teórico-metodológico para el nuevo *curriculum* ha de representar una continuación, ampliación y profundización del actual, acorde con los propósitos generales de nuestra

sociedad y sistema de salud para el primer cuarto de siglo y que podemos enunciar de la siguiente manera:

- Formación de un profesional de perfil amplio, el médico general integral básico, con sólida preparación en los órdenes profesional, humanístico y ético-moral, apto para desempeñarse en la A.P.S. y continuar estudios de postgrado (Residencia de MGI).
- Como primera responsabilidad de las instituciones formadoras y de todos y cada uno de los profesores, la educación del estudiante como ciudadano consciente en un país como el nuestro, empeñado en construir un sistema social más justo y humano en medio de la hostilidad y agresiones de un mundo unipolar controlado por el imperialismo.
- Perfeccionamiento y rediseño en las transformaciones de salud y las necesidades y problemas de salud de la población, basado en la determinación del perfil profesional, sus competencias, formas, métodos y medios de enseñanza-aprendizaje y sistemas de evaluación, profundizando la base teórica-metodológica del actual Plan de Estudios.
- Integración docente-asistencial-investigativa con el fin de incrementar la calidad del proceso de atención de salud y del proceso docente-educativo. Deben quedar implicados en el perfeccionamiento y rediseño, como un *integrum*, con verdadero compromiso, los actores principales de la educación médica: Universidad, servicios de salud, comunidad y los estudiantes.
- Priorización de los métodos activos de enseñanza-aprendizaje, en especial, el aprendizaje basado en la solución de problemas. La educación en el trabajo como forma de enseñanza fundamental, adquiriendo el trabajo dimensión académica y metodológica. La evaluación referente más a la competencia adquirida que a la de los conocimientos memorizados.
- Capacitación de los profesores en los órdenes científico-técnico, pedagógico y político-ideológico para su mejor desempeño instructivo y educativo en los métodos docentes y pedagógicos modernos, con cabal comprensión y compromiso con el paradigma integral, sean del área básica, del área clínica o del área de salud pública.
- Educación de los estudiantes apegados al método científico de la profesión, en la ciencia y el arte de la medicina, en su dimensión individual (método clínico) y colectiva (método epidemiológico). Que el educando aprenda a pensar, a aprender por sí mismo durante toda su vida profesional, a buscar, seleccionar y asimilar críticamente la información.
- Mejoramiento del nivel de actualización de los conocimientos de profesores y alumnos, mediante un más acabado sistema de información, en el cual el desarrollo y acceso a las N.T.I.C. resultan esenciales.  
La correspondencia entre la información novedosa y su nivel de aplicación resultan determinantes en nuestro sistema formativo, que descansa en la interacción de profesores y educandos con el objeto/sujeto de estudio (el ser humano, en su dimensión individual o poblacional, con problemas de salud).
- Fomentar conocimientos y habilidades tanto en pre como en postgrado en determinados campos que así los requieran, relacionados con problemas clínicos, sanitarios-epidemiológicos, y los provenientes de las áreas básicas y sociohumanísticas.
- Promover un mayor grado de descentralización curricular a partir de las definiciones centralizadas del modelo de profesional a formar y de su fundamentación, relacionados con las necesidades y problemas de salud que deba resolver, de modo que cada Centro de Educación Médica esté en posibilidad de ajustar su Plan de Estudios, con mayor grado de

correspondencia con sus realidades de salud y docente educativas, sin prescindir del control central.

- La interdisciplinariedad y transdisciplinariedad en la enseñanza-aprendizaje deben prevalecer sobre la unidisciplinariedad, a partir de las asignaturas y departamentos.
- La M.G.I. es la disciplina rectora del *currículum*, al constituirse en el perfil de salida del egresado, en la base principal de la práctica médica de campo amplio y en requisito para acceder a una segunda especialidad. Los escenarios formativos deben compartirse, ampliándose en la medida en que las condiciones lo permitan en la APS para el médico general básico y el especialista de MGI. La sostenibilidad de este escenario es de índole cualitativa. Suele pensarse que basta el incremento de horas en la A.P.S. para consolidar el nuevo modelo; ello puede provocar un efecto paradójico si no hay un aseguramiento de la calidad del proceso docente-educativo que allí desarrollemos. Toda ampliación cuantitativa debe partir de haber alcanzado ya la calidad requerida y poder sostenerla en el espacio ampliado.
- Delimitación de las funciones del médico egresado como médico general básico de las del especialista en MGI, con la finalidad de perfeccionar la articulación entre las etapas de pre y postgrado. Estudiar la conveniencia de eliminar el período de familiarización, cuya justificación ya no es tan diáfana como cuando se instituyó.
- Establecimiento en los servicios de áreas o polígonos de formación integrales con la calidad técnica y humana requerida y la debida orientación metodológica y dirección docente y asistencial, a fin de cumplir los programas de salud y de educación de forma integral e integrada.
- Fomentar en educadores, educandos y profesionales de la salud, en general, un paradigma conceptual amplio o integral frente al paradigma biomédico estrecho (centrado en la enfermedad, la curación y la alta tecnología) que excluye los aspectos psicosociales y ecológicos.

---

## CONCLUSIONES.

El actual Plan de Estudios de Medicina ha desarrollado un papel relevante en el proceso de formación profesional en nuestro país, pues ha preparado a la mayoría de los médicos hoy en ejercicio, con un desempeño satisfactorio, tanto en Cuba como en países hermanos. Resalta su solidez teórico-metodológica y su ejecución en los escenarios reales del sistema de salud. Ha incorporado, ajustado a nuestra realidad sanitaria y social, muchos propósitos y desarrollos docente-educativos considerados internacionalmente convenientes o deseables. No ha estado exento de afectación en las restricciones inherentes de su contexto, debido al período especial y ha sido sometido a distintos procesos de perfeccionamiento durante el tiempo transcurrido, a fin de atemperarlo a las nuevas realidades y desarrollos. En el momento actual, para asegurar la ulterior consolidación de nuestro sistema formativo, resulta impostergable proceder a un proceso de perfeccionamiento y rediseño curricular, coherente con la nueva etapa de recuperación y perfeccionamiento de los servicios y de las investigaciones en el sistema de salud, en el contexto de la lucha de nuestro pueblo expresada en la batalla de ideas y en el empeño por alcanzar una cultura general integral cada vez más extendida y profunda.

---

## BIBLIOGRAFIA

1. Castro Ruz, F. Selección de discursos en relación con la formación en Medicina General Integral (1981 - 1984). La Habana: 1984.
2. Alemañy Pérez, E., Otero Iglesias, J., Borroto Cruz, R., Díaz-Perera Fernández, G.M. El pensamiento de Fidel Castro y el perfil profesional del Especialista en Medicina General Integral. Rev Habanera Ciencias Med [Revista en línea] 2002 [Citado el 20 de marzo del 2002];1(1):[27 pantallas]. Disponible en: URL: [http://www.sld.cu/instituciones/iscmh/rhabcm/Articulos/articulo\\_alemany.htm](http://www.sld.cu/instituciones/iscmh/rhabcm/Articulos/articulo_alemany.htm)
3. Ilizástigui, F., Douglas, R. et al El programa director de la Medicina General Integral para el médico general básico (propuesta). La Habana: I.S.C.M.-H.; 1985.
4. Ilizástigui, F., Douglas, R. La formación del médico general básico en Cuba Educ Med Salud 1993; 27 (2): 189-205.
5. Declaraciones de Edimburgo. 1988, 1993.
6. Declaración de Santa Fe de Bogotá. Conferencia Mundial de Educación Médica, Colombia: 1995.
7. Declaración del Rancho Mirage sobre Educación Médica (Adoptada por la 39ª. Asamblea Médica Mundial), Madrid, España: 1997.

---

## ANEXOS.

### **A) PRINCIPALES PERFECCIONAMIENTOS REALIZADOS AL PLAN DE ESTUDIOS (Desde 1985 a la fecha) (\*)**

Durante los diecisiete años desde su implantación se han efectuado distintos cambios y ajustes en el Plan de Estudios en respuesta a requerimientos provenientes de cambios en el sistema de salud, en los programas de salud, especialmente, los desarrollos alcanzado en la A.P.S. y el modelo del médico y la enfermera de la familia o en busca de un mejor desarrollo del proceso docente educativo o en respuesta a los avances científicos.

- En el ciclo básico la estancia introductoria de Sociedad y Salud sufrió dos perfeccionamientos, distintos del recién efectuado, que la transformó en Introducción a la Medicina General Integral. La asignatura Filosofía Marxista-Leninista sufrió un perfeccionamiento que tiende a su acercamiento al perfil profesional y se convirtió en Filosofía y Salud La Bioquímica se organizó por problemas y la Fisiología por solución de problemas. La Bioestadística y Computación se amplió, y se estableció la disciplina Informática Médica a impartir en los semestres II (contenidos de Computación) y IV (contenidos de Bioestadística).
- En el ciclo básico-clínico, la Psicología Médica fue perfeccionada. Se creó la asignatura Introducción a la Clínica que adelanta los contenidos de comunicación y examen clínico, aligerando a Propedéutica Clínica y Semiología Médica, la cual ya había anteriormente tenido dos cambios.
- En el ciclo clínico, Farmacología II y Medicina Interna se reajustaron en busca de correspondencia temática y evaluativa. Se introdujo en 4to. año la estancia MGI-I alrededor de la salud de las personas, familias y comunidad y se reformuló en el 5to año MGI II, dedicada ahora a los problemas dominantes de salud. Aunque centradas en el mismo objeto, ambas estancias exhiben objetivos, contenidos y abordajes diferentes. Las estancias de Teoría y Administración de Salud y de Higiene y Epidemiología se redimensionaron en una nueva estancia de Salud Pública, lo cual originó mayor cohesión y pertinencia.
- En el internado, se redimensionaron las rotaciones a fin de aportar espacio para la realización del examen estatal.

(\*) Fernández Sacasas, J.A. Informe presentado en la Reunión Nacional de Rectores y Decanos, La Habana: CENAPEM; XI/00.

## **B) RAZONES PARA EMPRENDER UN PROCESO DE PERFECCIONAMIENTO Y REDISEÑO CURRICULAR (\*)**

- La mejoría en la situación del “período especial”.
- Los cambios en la situación de salud del país, reordenamiento de prioridades.  
Nueva proyección de trabajo del sistema de salud, expresada en las estrategias y programas priorizados, acordes con el progreso científico-técnico y en las acciones tendentes a revitalizar los servicios, la docencia y las investigaciones, así como su interacción e integración con mayor proyección y participación de la comunidad.
- El pujante resurgimiento de la ayuda médica internacionalista, expresado en el programa integral de salud que se desarrolla en países hermanos del 3er. mundo.  
La atención a alumnos, profesores y proceso docente-educativo en la Escuela Latinoamericana de Medicina, con su extensión al resto de la red docente-asistencial.
- Experiencia acumulada en todo el país en la aplicación del actual Plan de Estudios.  
Identificación de logros y deficiencias.  
Procesos de ingreso a la carrera con alumnos mejor seleccionados.  
Mejoría en la proporción profesor-alumno que permite una educación más pertinente e integral.
- Desarrollo de un trabajo educativo más profundo e integral, plena incorporación de nuestra comunidad universitaria a la batalla de ideas que libra nuestro pueblo y por la cultura general integral.

(\*) Fernández Sacasas, J.A. Informe presentado en la Reunión Nacional de Rectores y Decanos. La Habana: CENAPEM; X/00.