



Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana

## EL PLAN DE ESTUDIO PARA LA FORMACIÓN DEL MÉDICO GENERAL BÁSICO EN CUBA: EXPERIENCIAS DE SU APLICACIÓN

*Dra. Martha Pernas Gómez,<sup>1</sup> Dra. Lourdes Arencibia Flores<sup>2</sup> y Dra. Martha Ortiz García<sup>3</sup>*

### RESUMEN

Se reporta que el plan de estudios que ha servido de base para la formación de médicos de la familia tiene 15 años, el cual a pesar de su efectividad e impacto necesita de un perfeccionamiento del diseño curricular que debe caracterizarse por una amplia participación. En éste, la selección de los contenidos debe garantizar: la formación humanística de los profesionales y a la Medicina General Integral (MGI) como disciplina rectora; la estructuración de tipo modular combinada con la disciplinar e incluir la investigación científica con carácter curricular. La organización de los contenidos debe tener mayor grado de flexibilidad. Se analizan las principales dificultades de la implantación del plan de estudios y la necesaria e impostergable preparación del claustro. Se señala acerca de la evaluación curricular que las investigaciones educacionales no han tenido la organización y sistematicidad requerida. Se concluye que al actual plan de estudio tan vinculado a las conquistas alcanzadas en salud, aún le quedan potencialidades por desplegar.

*DeCS:* MEDICINA FAMILIAR/educación; MEDICOS DE FAMILIA/educación; ATENCION INTEGRAL DE SALUD; CURRICULUM; RECURSOS HUMANOS EN SALUD; PLANES DE SISTEMAS DE SALUD; CUBA.

---

<sup>1</sup> Especialista de II Grado en Fisiología Normal y Patológica. Profesora Auxiliar. Vicerrectora Docente del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana (ISCM-H).

<sup>2</sup> Especialista de II Grado en Fisiología Normal y Patológica. Jefa del Departamento de Fisiología de la Facultad de Ciencias Médicas "Dr. Salvador Allende". ISCM-H.

<sup>3</sup> Especialista de I Grado en Pediatría. Directora Docente Metodológica. ISCM-H.

El presente siglo ha sido rico en experiencias acerca de la formación de recursos humanos en salud. Precedida por un período en que surgió y se desarrolló la Medicina General, a partir de 1910 se abrió una etapa en que la enseñanza de la Medicina se orientó a las especialidades y aquella casi desapareció de los programas de formación. Las transformaciones iniciadas a partir del Informe *Flexner* se vieron favorecidas por la expansión tecnológica que se produjo después de la Segunda Guerra Mundial, y que condujeron hacia un auge de la formación superespecializada de los profesionales médicos.

La progresiva diferenciación y supertecnificación de la práctica médica se fue acompañando de una tendencia a la despersonalización de la relación médico-paciente, en contraste con la Medicina General, caracterizada porque la calidad de esa relación y su componente ético era la principal arma diagnóstica y terapéutica de la práctica médica.

Las consecuencias fundamentales de esa despersonalización han sido el peligro de la deshumanización y las dificultades para alcanzar una percepción integral y armónica del individuo enfermo, pues se le enfoca atomizado en sistemas funcionales y se relega la dimensión sociopsicológica de la necesidad de salud de la persona enferma. Otra consecuencia es el deterioro o pérdida del enfoque unicista de la buena práctica clínica y la dependencia creciente del médico respecto a los medios técnicos auxiliares del diagnóstico.

Las décadas transcurridas han sido testigos de la transformación de la situación sanitaria de numerosos países de diferente nivel de desarrollo socioeconómico y de una creciente insatisfacción de las personas que reciben los servicios médicos fragmentados, biologicistas, superespecializados y dependientes de la tecnología. Ambos factores contribuyeron al proceso de toma de conciencia acerca de la necesidad de rescatar los principales valores de la práctica del médico de cabecera y de la medicina familiar en su condición de negación dialéctica del paradigma hegemónico, capaz de conjugar la garantía de un servicio de salud eficiente y humano, de alta calidad científicotécnica y a un costo sostenible.

Así en los años 60 en Estados Unidos quedó planteada la necesidad de una transformación hacia una práctica médica integral y de la formación del médico de familia como un nuevo tipo de especialista. En ese país se crearon los programas educativos de posgrado de Medicina Familiar en 1969. Canadá los había iniciado desde 1966. En 1970 se definió la fundación de la WONCA: Organización Mundial de Colegios, Academias y Asociaciones Académicas Nacionales Generales y Médicos de Familia. En América Latina y el Caribe la concientización de la necesidad de implementar y desarrollar programas de Medicina Familiar en las Universidades Médicas surgió desde los años 60. Particularmente en Cuba desde entonces la práctica médica se orientó a la atención ambulatoria. En la década del 70 se produjo el comienzo de la formación de posgrado en Medicina Familiar en México, Brasil, Bolivia, Costa Rica, Argentina, Colombia, Ecuador, Venezuela y otros países. En

1978, en la Asamblea Mundial de la Salud en Alma Atá se plantea la necesidad del desarrollo de la atención primaria de salud (APS). En esa misma década en Cuba se desarrollaron los policlínicos comunitarios. En los años 80, reconocidos como una etapa decisiva de maduración y fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud (SNS), nuestro país alcanzó las metas de salud para todos en el año 2 000 planeadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1981 y se precisó la necesidad de transformar los servicios de salud para hacerlos más efectivos ante la nueva problemática sanitaria del país, las nuevas necesidades, las tendencias prevalentes en el ejercicio de la profesión y el grado de comprensión alcanzado acerca de la necesidad de cambio hacia una práctica médica basada en el enfoque clínico, epidemiológico y social. Es entonces que se inició la implantación del Programa del Médico y la Enfermera de la Familia como eje del sistema de salud. A partir de una concepción integral de la formación de pre y posgrado se implantó el actual plan de estudio de pregrado, con un perfil de salida orientado a la APS, se implantó el desarrollo de los licenciados en enfermería y se inició la formación de especialistas de medicina familiar.<sup>1</sup>

Durante 15 años ese plan de estudio de pregrado ha servido de base para la formación de médicos de la familia. Su efectividad puede estimarse si se considera el trabajo médico como uno de los factores básicos que han contribuido a mejorar el estado de salud de la población cubana. Otro elemento valorativo evidente es el impacto indiscutible que tiene la presencia cubana en centroamérica y Haití, donde no sólo se ha puesto a prueba la pericia científicotécnica de los profesionales, sino también sus cualidades morales.

Sin embargo, el tiempo transcurrido también ha permitido acumular experiencia y evaluarla, e identificar un conjunto de elementos que justifican plantearse un perfeccionamiento del trabajo curricular. El propósito de las consideraciones que se expresan a continuación no es hacer un inventario exhaustivo de los aspectos que se deben perfeccionar en el plan de estudio de Medicina, sino destacar aquellos rasgos del diseño, la implementación y la evaluación curricular que a nuestro juicio deben ser tomados en cuenta, para el mejoramiento docente-educativo para la formación de médicos de la familia.

## SITUACIÓN DEL PLAN DE ESTUDIO DE MEDICINA

Desde que se inició su aplicación en el curso 1985-1986 el plan de estudio de Medicina ha sido objeto de evaluación y modificación. Diferentes asignaturas han recibido ajustes o perfeccionamientos.<sup>2</sup> El plan tiene una estructura flexeriana con las asignaturas de Ciencias Básicas Biomédicas agrupadas en los 3 primeros semestres y en el tiempo restante, la actividad académica organizada fundamentalmente en estancias; el plan no ha sufrido cambios importantes en su concepción estructural original. Lo más trascendental ha sido el incremento gradual

del número de semanas y horas lectivas ocupadas por asignaturas o estancias que transcurren en la APS, como se muestra en la tabla. Todas estas modificaciones han incrementado paulatinamente la pertinencia del plan en relación con las necesidades sociales y la misión de la Universidad Médica de formar médicos generales básicos.

**Tabla.** *Introducción de contenidos en la APS y desarrollo de la disciplina rectora en el plan de estudio de medicina, 1985-1999*

Curso	Año	Asignaturas	Semanas	Horas	Tanto por ciento del total del plan
85-86	1ro	Sociedad y Salud	4	95	
	4to	Higiene	3	84	
		Epidemiología	3	90	
	5to	TAS	3	72	
	6to	MGI	8	352	
	Total		21	693	8,9
86-87	5to	MGI-I	6	164	
	Total		27	857	11,5
93-94	4to	Sanología	6	240	
	Total		33	1097	14,5
95-96	1ro	Sociedad y Salud	5	200	
	Total		34	1202	14,7
97-98	5to	MGI-II	7	240	
	Total		35	1278	14,8
98-99	2do	Introducción a la Clínica	18*	72	
	6to	MGI-III	7	308	
	Total		52	1306	14,7

\* Dos frecuencias semanales.

Los cambios del contexto, con un notable desarrollo de la APS y otros factores influyentes, tales como la reducción de la matrícula, el desarrollo del claustro, los cambios en la situación socioeconómica del país, etcétera, han estimulado reflexiones acerca de la necesidad y factibilidad de desencadenar un proceso gradual de perfeccionamiento concebido por etapas. El resultado esperado en un proceso docente-educativo cualitativamente superior, a tono con los retos contemporáneos. En nuestra opinión, eso no depende sólo del diseño curricular, sino también de su implementación y evaluación permanente.

## I. ACERCA DEL DISEÑO CURRICULAR

En cualquier nivel de enseñanza el currículo se expresa en 2 planos fundamentales:

- Estructural-formal: planes, programas, textos, guías.
- Procesual-práctico: al operacionalizarse en las actividades curriculares y extracurriculares.

En las instituciones universitarias el plano estructural-formal se concreta en la elaboración de 3 documentos fundamentales del diseño curricular que son el perfil profesional, el plan de estudio y los programas docentes.

En relación con el primero, a partir de los principales problemas que se deben resolver por el médico general básico (MGB) se determinó el conjunto de funciones que debía desempeñar y de habilidades que debía adquirir en su formación, al tomar en cuenta el nivel de actuación definido para cada problema, y se establecieron los objetivos generales educativos e instructivos que conforman el perfil.<sup>3</sup> Aunque se ha valorado la necesidad de reformular algunos problemas, por las modificaciones ocurridas en la situación de salud, en términos generales el sistema de objetivos continúa vigente, al proyectar el profesional que requiere el SNS en su actual etapa de perfeccionamiento y consolidación.

Relacionado con el diseño curricular consideramos importante señalar que todo el proceso de conformación del perfil profesional, ya sea para su ratificación o para su modificación, debe caracterizarse por una amplia participación de las autoridades sanitarias empleadoras, los estudiantes de diferentes años de la carrera, incluidos internos, graduados de diferentes promociones recientes, los representantes de la comunidad que recibe los servicios de salud, especialistas y sobre todo del mayor número posible de profesores. Este estilo participativo no sólo permite conformar una visión multilateral y rica de la demanda social, sino que además compromete a todos los participantes en relación con los elementos teórico-conceptuales que dan base a la estrategia del SNS para la formación de médicos, lo que puede ser una contribución importante a la comprensión general del paradigma emergente de práctica y educación médica.

Los programas docentes no son de interés en este trabajo, por lo que en adelante se hará referencia solamente al plan de estudio. Acerca de él hay aspectos que en nuestra opinión requieren una revisión y modificación. Los abordaremos teniendo en cuenta las 3 tareas fundamentales de la elaboración del plan de estudio:

- Selección de los contenidos.
- Estructuración.
- Determinación de la estructura organizativa del plan de estudio.<sup>4</sup>

## A) SELECCIÓN DE CONTENIDOS

Sobre la selección de los contenidos, que pone la determinación previa del criterio para elegirlos, la revisión de los programas de las diferentes asignaturas y estancias no revela con claridad que en todos los casos se haya realizado la selección en atención a las tareas profesionales que es el criterio declarado. En teoría curricular se describen 3 tipos fundamentales de vínculos de los contenidos con la profesión:

- Los contenidos que se relacionan directamente con el ejercicio de la profesión (lógica de la profesión).
- Los que perfeccionan métodos, procedimientos o medios para su realización (lógica instrumental).
- Los que garantizan la formación básica para la asimilación de los anteriores (lógica de la ciencia).

El ajuste a estos criterios es en la actualidad de extraordinaria importancia, dado el rápido crecimiento y obsolescencia de los conocimientos científicos, lo que no sólo repercute en la selección de los contenidos, sino que ha determinado un cambio en la misión de las instituciones universitarias.<sup>5</sup> Es en los extensos programas de las Ciencias Básicas Biomédicas donde posiblemente se aprecie con mayor nitidez la necesidad de una selección diferente de los contenidos.

Una especial llamada de atención es oportuno hacer en relación con la necesidad de garantizar la formación humanística de los profesionales de la salud, en correspondencia con los objetivos declarados en el perfil y con énfasis en la formación moral y patriótica. El actual plan de estudio aborda la ética médica fundamentalmente en la estancia de Sociedad y Salud y en la asignatura Medicina Legal. La aplicación práctica de esos principios debe impregnar el proceso docente-educativo de la totalidad de las asignaturas y estancias.

El análisis crítico de la realidad que se vive en los escenarios docente-asistenciales ha sido hecho profundamente<sup>6</sup> y evidenció la necesidad de dar prioridad durante toda la formación de pre y posgrado, a las reflexiones sobre la trascendencia de la moral profesional en la calidad del desempeño del médico y de los servicios de salud que brinda. Las dificultades que confrontamos en este sentido en parte se relacionan con el reajuste de valores que ha sufrido nuestra sociedad durante el Período Especial, pero no puede obviarse el hecho de que éste no es un fenómeno particular de nuestro país ni tampoco de las profesiones médica, como tampoco lo es la preocupación de las autoridades académicas universitarias y de toda la necesidad por revitalizar la formación de valores en los jóvenes.<sup>7-11</sup>

Estrechamente vinculada con la selección de contenidos, está la definición y estructuración de la disciplina rectora. Aunque en su versión original del curso 85-86, el plan de estudio tenía 5 asignaturas desarrolladas en la APS, no estaban creadas

las condiciones (instituciones docente-asistenciales y personal docente) para una adecuada estructuración de la Medicina General Integral (MGI) como disciplina rectora.

De hecho, sólo apareció en ese momento la MGI en el sexto año de la carrera. En el curso 86-87 se incorporó una estancia de 6 semanas de MGI en 5to año; en el curso 93-94 se introdujo la Sanología o MGI-I en el 4to año con una estancia de 6 semanas; en el curso 87-98 la estancia de 5to. año se amplió a 7 semanas con la incorporación al programa de contenidos de Medicina Natural y Tradicional; en el curso 98-99 con la introducción del examen estatal, se ajustó la rotación del internado a 7 semanas y se incorporó en el 2do. año la Introducción a la Clínica; en el curso 99-2000 se inició un nuevo programa en el 1er año de la carrera con Introducción a la MGI en sustitución del programa de Sociedad y Salud, con 5 semanas de duración en el ISCM-H, para su evaluación y posterior extensión al resto de los institutos y facultades del país. Aunque en todo ese proceso se ha tratado de garantizar la coordinación vertical de la disciplina rectora, no está representada en el 3er año de la carrera y su coordinación horizontal con el resto de las asignaturas y estancias requiere una nueva revisión, tanto en su planteamiento como en su ejecución. Por tanto, aunque en el momento actual existe como un eje a lo largo de la carrera, su carácter de disciplina rectora verdaderamente lo logrará cuando tanto en el plano estructural-formal como en el procesual-práctico todo el plan de estudio se estructure en torno a ella, lo que asegurará una mayor pertinencia de los programas de las restantes disciplinas, cualquiera que sea el modelo de organización curricular que se adopte.

## B) ESTRUCTURACIÓN DE LOS CONTENIDOS

Consiste en el ordenamiento de los contenidos seleccionados, con un fundamento didáctico y mediante variantes organizativas determinadas. Depende de las decisiones que se adopten en relación con el grado de apertura y flexibilidad del currículo. En la actualidad, la casi total estructuración del plan de estudio hace que éste tenga poca flexibilidad para las adecuaciones a los intereses particulares de los estudiantes. Modernamente se reclaman para la educación formas globalizadas del contenido, más adecuadas a estructuras flexibles, a las que se les atribuye una mayor contribución al logro en los estudiantes, de representaciones cognitivas más integradas y ligadas a las condiciones de su aplicación.

La estructuración de los contenidos es un elemento muy importante en el proceso formativo. De él se derivan las experiencias formativas que se implementan, la evaluación, el tipo de profesor requerido y todos los apoyos materiales y didácticos necesarios. La estructura flexneriana de nuestro plan, con una organización por materias en el ciclo básico, ofrece la mayoría de los inconvenientes que históricamente

se le han atribuido a este tipo de organización, a pesar de los esfuerzos que han hecho los colectivos de profesores, con la modificación de la concepción de algunos programas o con la utilización de métodos y enfoques de enseñanza que tienden a acercar esas disciplinas a la problemática social. Ejemplo concreto está en las disciplinas Bioquímica y Fisiología. La primera reorganizó su programa por problemas y la segunda se desarrolla con un enfoque de solución de problemas.

Esa organización por materias, que no es el más conveniente para el actual ritmo de desarrollo de los conocimientos, ofrece además como principales consecuencias adversas la dificultad para las integraciones y el logro de conceptualizaciones amplias, así como la fragmentación de los conocimientos y de la estrategia del aprendizaje.

La organización modular con un mayor grado de integración entre las disciplinas de Ciencias Básicas y las Clínicas, y la ruptura al menos parcial de la organización flexneriana, es la propuesta que desde nuestro punto de vista es factible y conducirá a una mayor unidad teórico-práctica, a una reflexión más completa sobre los problemas de la realidad y a un desarrollo del aprendizaje más apoyado en el trabajo del estudiante sobre el objeto de estudio. La organización modular pudiera adoptarse combinada con la disciplinar, pero se ha recomendado que en esta última se alcance un mayor nivel de integración, mediante la búsqueda de invariantes de contenido que ayuden a establecer los vínculos interdisciplinarios entre las diversas materias; además de la organización modular y la interdisciplinar, en la actualidad se promueve la investigación científica como una forma organizativa. Para nuestro caso, la inclusión de la investigación científica estudiantil con carácter curricular, ha sido históricamente un reclamo por parte de los profesores, pues además de flexibilizar el currículo, daría solución a la probada dificultad de nuestros egresados de pregrado para diseñar y ejecutar un proyecto de investigación con calidad aceptable.

### C) DETERMINACIÓN DE LA ESTRUCTURA DEL PLAN DE ESTUDIO

Implica la búsqueda de las formas y momentos en que han de realizarse las agrupaciones de contenidos, así como el tiempo que se asigna a cada una. Se adopta en 2 planos: en el diseño del currículo y en la realización del plan. Puede incluir duración del año académico, definición de los períodos lectivos, duración de determinados tipos de clases, carga docente semanal y duración en años de la carrera. El actual plan de estudio tiene una uniformidad en su estructura organizativa similar a la de planes precedentes. Fue uno de los inconvenientes señalados también al plan de estudio integrado que se desarrolló en los años 70. Particularmente en el área de Ciencias Básicas hay un predominio de las llamadas semanas típicas. Un perfeccionamiento del plan de estudio en el que la determinación de contenidos y su



estructuración se haga a partir de la disciplina rectora, pudiera implicar la necesidad de estructuras organizativas más flexibles. Lo que ahora pudiera parecerse muy difícil o imposible de lograr debe hacerse más asequible, con estructuraciones de contenido que no sigan los rígidos estancos disciplinares y flexnerianos. Algunas experiencias en la ejecución de planes, con una estructuración de mayor grado de integración, han permitido comprobar que esa flexibilización es viable.<sup>12</sup>

## II. ACERCA DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN DE ESTUDIO

En la implantación del plan de estudio en el ISCM-H, el análisis de las principales dificultades constatadas en el tiempo cuando se ha aplicado, permite señalar que ellas son las siguientes:

- Inadecuada coordinación horizontal y vertical.
- Insuficiente integración docente-asistencial.
- Deficiente aplicación de la dirección por objetivos al proceso docente-educativo.
- Deficiente aplicación de la evaluación docente.
- Insuficiente preparación del claustro para la función educativa.

Aunque existen diferencias interfacultades, en términos generales la coordinación horizontal y vertical no ha alcanzado el nivel satisfactorio. Sin entrar a analizar los posibles factores causales por no disponer de suficiente confirmación de algunas apreciaciones, sí es posible afirmar que dada la compleja estructura del ISCM-H, el papel de los profesores principales de instituto (PPI) es relevante en la solución de esta dificultad.

La necesidad del fortalecimiento de la integración docente-asistencial se relaciona fundamentalmente con el papel trascendental de la educación en el trabajo dentro de la base conceptual de la formación del médico cubano. El simple despliegue del proceso docente-educativo en los escenarios laborales reales, no garantiza una verdadera educación en el trabajo, que no es simplemente una práctica en servicio o una ejercitación laboral, sino una forma organizativa docente que requiere la presencia del profesor y su participación consciente en el proceso formativo del educando. Por lo tanto, debe saber diferenciar su actividad de atención de salud (en cualquiera de los niveles de atención donde labore) de su actividad docente.

La primera puede ser sintética, rápida, operativa. La segunda debe ser desplegada, interactiva con el estudiante y didácticamente estructurada. Así lo exige la conformación gradual del pensamiento médico en el educando y el desarrollo de sus habilidades profesionales. El enfoque problémico y la atención a las particularidades de los estudiantes son elementos básicos de esa forma organizativa docente. En los últimos años, el desarrollo de la APS ha hecho posible que ciertos

criterios de calidad de la actividad asistencial en los hospitales se modificaran y en algunos casos eso no ha resultado beneficioso para el proceso docente. Quizás el ejemplo más ostensible es el de estadía hospitalaria y otro que ha resultado muy notable es la dificultad para encontrar un número considerable de enfermedades u otros problemas de salud en los pacientes ingresados en los hospitales clínico-quirúrgicos, porque se atienden en los Institutos de Investigación. El empleo del modelo resumido de historia clínica en servicios donde se lleva a cabo el proceso docente de pregrado, es otro ejemplo que evidencia la necesidad de tomar especiales precauciones en materia de integración docente asistencial, para lograr una reducción de la brecha entre el currículo formal y el currículo vivido. El período especial, que ha agudizado el impacto del bloqueo sobre el sector salud, ha adicionado una dificultad: la escasez de recursos para la realización de exámenes complementarios dificulta el adiestramiento de los educandos en la indicación e interpretación de esos exámenes, lo que pudiera ser resuelto o al menos atenuado con medidas pertinentes; la revitalización de los museos de imágenes y la utilización de situaciones simuladas son ejemplos de ello.

Probablemente la causa principal de la existencia de un currículo oculto en la formación del médico sea la inadecuada aplicación de la dirección por objetivos en el proceso docente-educativo, a partir de una insuficiente identificación con el perfil del egresado y una comprensión incompleta del papel de su disciplina dentro del currículo. Esto se relaciona con la inadecuada preparación del claustro para la función educativa y se traduce además en una deficiente aplicación de la evaluación docente. En realidad es impostergable la necesidad de asumir la preparación como educadores de los profesores. Tradicionalmente ha ocurrido que el énfasis fundamental de la superación profesoral se hace en su especialidad como médico. Tampoco esto es un problema exclusivo de Cuba y de la educación médica. “La calidad de los profesores plantea el problema de su reclutamiento, de su selección y de su formación. En muy pocos países se forman los profesores docentes, porque pareciera que ellos tienen naturalmente la capacidad de enseñar, que tienen un cromosoma especial, que es el cromosoma de la calidad intrínseca y adquirida, como si hubieran nacido para la enseñanza superior”.<sup>13</sup>

Lo anterior tiene importantes implicaciones ideológicas, pues la insuficiente comprensión por parte de los profesores del papel y lugar de su disciplina para la formación del profesional modelado en el plan de estudio, parece ser un factor importante en la generación del currículo oculto, en el ensanchamiento de la brecha entre el currículo formal y el vivido en la deficiente aplicación de la evaluación docente que no siempre se ajusta a los objetivos. El resultado es que no se logra en la medida requerida una orientación profesional correcta hacia el modelo de egresado a lo largo de la carrera. Es un fenómeno multifactorial y no debe apreciarse con visión reduccionista, pero sería un error subvalorar el papel del profesor; muy actual y relevante es el tema de la preparación de los profesores como educadores. En la

complicada situación nacional e internacional donde se está desarrollando el proceso docente-educativo, según los análisis realizados por eminentes sociólogos contemporáneos, el papel socializador de la escuela en cualquiera de sus niveles dentro de la sociedad cubana ha pasado a ser uno de los fundamentales. La formación de valores en los jóvenes solamente ocurre cuando se somete a un sistema de influencias integral, coherente y significativo, donde el papel del profesor con su ejemplo, el lenguaje extraverbal de sus gestos y actitudes, lo convierte en el paradigma que el educando reconocerá como modelo.<sup>14,15</sup> El trabajo educativo curricular, considerado como la piedra angular de la nueva estrategia de trabajo político-ideológico<sup>16</sup> descansa en la racionalidad y la argumentación científica como medios de formación de convicciones, lo que exige un nuevo enfoque para la capacitación de los profesores de la Universidad Médica actual.

### III. ACERCA DE LA EVALUACIÓN CURRICULAR

Las limitaciones extremas de recursos para la docencia y la investigación que estuvieron presentes durante varios años en el Período Especial, no fueron obstáculo suficiente para detener nuestros procesos, aunque exigieron un esfuerzo considerable. Fue en esos momentos cuando la evaluación externa desempeñó un importante papel estimulador para el perfeccionamiento del proceso formativo. Para el pregrado, la instauración del examen estatal para la carrera de Medicina en el curso 1998-1999, completó este tipo de certificación para la totalidad de las carreras cursadas en nuestros centros de educación médica superior.

Es de mayor interés referirnos a la evaluación interna y específicamente a 2 de sus componentes:<sup>17</sup>

- La evaluación del proceso curricular.
- La evaluación del proceso de evaluación y certificación académica.

Aunque en el ISCM-H se ha desarrollado durante años la investigación educacional, no todos los centros han participado de forma satisfactoria, no se ha logrado suficiente fortaleza en las investigaciones aplicadas al perfeccionamiento de los procesos y los profesores de las áreas clínicas en general son los que menos se han desarrollado en este sentido. Con algunas excepciones, la investigación educacional orientada a la evaluación curricular, no ha tenido en nuestras facultades la organización y sistematicidad requerida para transformarla en un medio de desarrollo institucional.

De acuerdo con el análisis realizado en los epígrafes anteriores, sin restar importancia a los estudios para la evaluación del diseño curricular, decisivos para la toma de decisiones relativas a él, consideramos prioritarias las investigaciones

dedicadas a la evaluación de los procesos, sobre todo aquéllas que contribuyan a mejorar su dirección por objetivos y las dedicadas a la evaluación del proceso de evaluación y certificación académica, por su influencia en los restantes procesos académicos. Mediante ellas, el monitoreo de la implementación del plan de estudio ayudaría a alcanzar en mayor grado que hasta ahora, sus potencialidades como modelo de formación profesional. Se trata, pues, de trabajar para crear un sistema de seguimiento y evaluación curricular.

## CONCLUSIONES

La reflexión crítica acerca del diseño, la implementación y la evaluación curricular y particularmente del plan de estudio de Medicina, nos lleva a concluir que si bien resulta inconveniente un perfeccionamiento del diseño, algunas acciones relativas a la implementación del plan vigente y a su correcta evaluación, seguramente pondrían de manifiesto que todavía le quedan potencialidades que desplegar a este plan, tan vinculado a los éxitos que Cuba ha alcanzado en la salud, la más humana de las conquistas de la Revolución.

## SUMMARY

The curriculum that has served as a basis for the formation of family doctors dated back 15 years, and despite its effectiveness and impact, it needs to be improved in its curricular design that should be characterized by a wide participation. The selection of the contents of the curriculum should assure: the humanistic formation of professionals and the leading character of the comprehensive General Medicine as a discipline; the modular type structuring combined with the discipline structuring and the inclusion of scientific research in the curriculum. The contents should be organized with greater flexibility. The main difficulties of the curricular implementation and the required preparation of the teaching staff are analyzed. Regarding the curricular evaluation, it is pointed out that the education research works have failed in organization and systematization. It is concluded that the present curriculum, so linked to the achievements of the health sector, still has some potentialities to be developed.

*Subject headings:* FAMILY PRACTICE/education; PHYSICIANS, FAMILY/education; COMPREHENSIVE HEALTH CARE; CURRICULUM; HEALTH MANPOWER, HEALTH SYSTEMS PLANS, CUBA.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Borroto R, Lemus ER, Aneiros ER. Atención primaria de salud, medicina familiar y educación médica. La Paz:Universidad Mayor de San Andrés. Biblioteca de Medicina. 1998;vol 34:190.

2. Ilizástigui F. Situación actual de los planes de estudio para las carreras de formación de los profesionales de la salud. ISCM-H. Vicerrectoría de Desarrollo 1999 (Comunicación personal).
3. Ilizástigui F, Douglas R. La formación del médico general básico en Cuba. Rev Educ Med Salud 1993;27(2):189-205.
4. González O. El curriculum en el marco del planeamiento y la administración institucional. La Habana:Universidad,1995.
5. Declaración Mundial sobre Educación Superior en el Siglo XXI: Visión y acción. Marco de acción prioritaria para el cambio y el desarrollo de la educación superior aprobados por la Conferencia Mundial sobre Educación Superior. París, 1998.
6. Relato general. Reunión Nacional de Ética y Bioética. Facultad de Ciencias Médicas "General Calixto García Iñiguez". ISCM-H. Abril de 1999.
7. Tünnermann C. La universidad frente al cambio. Rev Educ Sup 1995;1(2):7-9.
8. \_\_\_\_\_. La educación en el umbral del siglo XXI. Caracas:CRESALC/UNESCO, 1996:79-85.
9. Blanco JA. Ética y civilización. Apuntes para el tercer milenio. PRHSJ 1997;16(3):295-300.
10. Amaro MC. La bioética y el desarrollo tecnológico en vísperas del tercer milenio. Rev Inst Juan César García 1998;8(1-2):99-103.
11. Barros T. El desarrollo científico-tecnológico y la ética. Rev Inst Juan César García 1998;8(1-2):92-8.
12. Fernández Sacasas JA, Pernas M. Currículo de estudio de la carrera de Medicina Humana. Universidad Privada "Antenor Orrego". Trujillo, Perú 1996.
13. Casaliz P. Conferencia sobre planeamiento y administración de los procesos universitarios del III Curso Internacional sobre planeamiento y administración de instituciones de Educación Superior. CEPES. Universidad de La Habana. La Habana, 1994.
14. Domínguez MI. La formación de valores en la Cuba de los años 90: un enfoque social. En: La formación de valores en las nuevas generaciones. Una Campaña de espiritualidad y de conciencia. La Habana: Editorial de Ciencias Sociales, 1996:28-45.
15. Fabelo JR. Las crisis de valores: conocimiento, causas y estrategias de superación. En: La formación de valores en las nuevas generaciones. Una campaña de espiritualidad y de conciencia. La Habana: Editorial Ciencias Sociales, 1996:6-19.
16. Cuba. Ministerio de Educación Superior. Enfoque integral para la labor educativa y político-ideológica en las universidades. La Habana: Editorial Félix Varela, 1997.
17. Salas R. Evaluación curricular. Centro Nacional de Perfeccionamiento Médico, MINSAP. La Habana 1997.

Recibido: 28 de abril del 2000. Aprobado: 29 de mayo del 2000.

Dra. *Martha Pernas Gómez*. Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. Calle 25 s/n. Cubanacán. Playa. Ciudad de La Habana