

Principios estratégicos de la educación en Ciencias de la salud en Cuba (I): la equidad

Strategic principles of Health Sciences education in Cuba (I): the equality

Simón Sierra Figueredo^I; Marta Pernas Gómez^{II}; José A. Fernández Sacasas^{III}; Eva Miralles Aguilera^{IV}; Juan Manuel Diego Cobelo^V

^I Máster en Ciencias. Profesor Titular Bioquímica Clínica. Asesor Grupo Desarrollo Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana, Cuba.

^{II} Máster en Ciencias. Profesora Titular Fisiología. Profesora Consultante. Asesora Grupo Desarrollo Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana, Cuba.

^{III} Máster en Ciencias. Profesor Titular Medicina Interna. Profesor Consultante. Asesor Grupo Desarrollo Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana, Cuba.

^{IV} Máster en Ciencias. Profesora Auxiliar Medicina Interna. Asesora Grupo Desarrollo Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana, Cuba.

^V Profesor Consultante. Profesor de Mérito. Especialista en Salud Pública. Asesor Grupo Desarrollo Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana, Cuba.

RESUMEN

La formación de profesionales de la salud tiene actualmente en el mundo un marcado enfoque elitista, con diversos grados de inequidad que no favorecen la solución de los crecientes problemas de salud, principalmente en los países con menor desarrollo o francamente pobres. En Cuba se ha desarrollado a partir del triunfo de la Revolución, un proceso de formación de profesionales de la salud con amplias posibilidades de ingreso y con currículos que priorizan los estudios desde la atención primaria y el desarrollo de competencias profesionales, mediante la educación en el trabajo desde el inicio de cada carrera. Más recientemente, se ha incorporado el concepto de la Universalización que constituye la expresión más elevada de equidad con el que la Revolución aborda los problemas de la educación en salud y de la educación universitaria en general. Se presentan ejemplos y cifras que muestran lo anterior en forma concreta.

Palabras clave: Equidad, principios estratégicos, Educación Superior, Educación Médica, salud.

ABSTRACT

The training of health professionals nowadays has worldwide a marked elitist approach with different grades of inequality that are disadvantageous for solution of increasing problems of health, mainly in those countries with less development or frankly poor. In Cuba, from the triumph of Revolution, has been developed a training process of health professionals with great possibilities of incorporation and with curricula prioritizing studies from the primary care and the development of professional competences, through work education from the onset of each career. More recently, the concept of universality has been incorporated, which means the higher expression of fairness used by Revolution to approach the problems of health education and university education in general. There are examples and figures showing the above mentioned in a specific way.

Key words: Fairness, strategic principles, Higher Education, Medical Education, health.

INTRODUCCIÓN

La equidad constituye uno de los principios básicos de la Educación Médica y está indisolublemente ligada a la equidad en salud, a la justeza con que se les puedan brindar los servicios de salud a los ciudadanos de cualquier país. La justicia es así mismo, un principio de la ética en este campo, según lo cual, "una actuación de salud no puede considerarse ética si no resulta equitativa, es decir, si no está disponible para todos aquellos que lo necesiten".¹ En correspondencia con lo expresado, el significado del término equidad (según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española) está relacionado con la justicia "natural o legal":

Equidad: (Del lat. *aequitas*, -*atis*). Justicia natural. || Disposición de dar a cada uno lo que merece.

Justicia: lo que debe hacerse en derecho y razón.

Sin embargo, la equidad no es interpretada o por lo menos, no es aplicada, de la misma forma en los diferentes contextos sociales² y existen en el mundo grandes diferencias en su observancia y aplicación real.

La equidad en salud y en educación, por su especial significación inherente a la existencia y desarrollo del ser humano, debieran constituir aspectos de primera importancia en cualquier estado, sin embargo no siempre lo son, constituye en tales casos una forma de inequidad y un problema importante de tipo ético y legal.

DESARROLLO

En el análisis de la equidad con que se brindan los servicios de salud se aprecian dos componentes básicos: uno cuantitativo y otro cualitativo. El primero se refiere al grado o nivel de cobertura con que se brindan esos servicios a la población. En el segundo se debe tener en cuenta la calidad y la pertinencia con que se brindan esos servicios; si existe o no discriminación de tipo económica, geográfica, étnica u otras y si existe una atención integral que incluya promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de las personas y la atención a los factores relacionados con la salud en la comunidad, si existen recursos materiales y humanos similares para todos. No se puede hablar de calidad ni pertinencia en la atención de salud si solamente se desarrolla con un enfoque curativo y no se puede hablar de equidad si no se distribuye por igual esa atención a toda la población.

Las condiciones de salud en gran parte del mundo, con el impacto del la globalización y el neoliberalismo, distan mucho de ser equitativas cuando se compara su comportamiento en los países desarrollados frente a los subdesarrollados y también en los sectores de la población con elevado nivel económico en los países capitalistas, frente a los desposeídos y marginados. En Latinoamérica, a partir de la década de los 80, según datos de la OPS, se produjo un deterioro creciente de la práctica médica hegemónica en pertinencia social y calidad técnica, sobre todo en el sector público, como muestra fehaciente de inequidad en la atención médica^{3,4} y aún cuando en algunos de esos países se están produciendo cambios sociales que tienden a modificar favorablemente esa situación, en la mayoría de los países de la región persisten las condiciones de inequidad.

En Cuba, antes de 1959, se presentaban las inequidades de forma similar a como ocurre aún en los países subdesarrollados, expresado en la falta de atención médica a los sectores sociales más desfavorecidos, la existencia de malas condiciones higiénico-sanitarias e indicadores de salud propios de los países pobres, todo lo cual cambió partir del triunfo revolucionario de 1959. Son incuestionables los logros en la salud en todos estos años, expresados en la calidad de indicadores correspondientes.

Para lograr equidad en salud se requiere en primer lugar que el sistema social lo contemple dentro de su política como una prioridad, se precisa de estrategias en los servicios, en los cuales intervienen aspectos organizativos, se necesita la asignación de recursos materiales, así como disponibilidad y formación suficiente de recursos humanos en salud. Este último componente es uno de los puntos importantes de confluencia entre la equidad en Educación Médica y la equidad en los servicios de salud a la población. No es posible brindar una atención en salud equitativa si no existen los profesionales y otros trabajadores de la salud en cantidades suficientes, con la preparación adecuada, así como con disposición de trabajar con toda la población, no solo en los lugares con mejores condiciones socio-económicas y geográficas sino también en los más apartados, en las comunidades menos favorecidas y con peores condiciones de salud.

Las universidades que forman los profesionales en ciencias de la salud en los diferentes países están llamadas a formarlos en la cantidad y calidad con que se necesitan. Para esto se requiere de universidades que garanticen una educación en salud en condiciones de equidad, consecuente con dichas necesidades.

¿Y qué es equidad en Educación Médica?

Significa que haya iguales oportunidades para todos los miembros de la sociedad no solo para ingresar, sino para permanecer y poder graduarse en la profesión que se eligió. Así está declarado en los documentos de la Conferencia Regional de Educación Superior (CRES-2008) y en otros eventos regionales y mundiales anteriores auspiciados por la OMS y la UNESCO entre otros.⁵ En primer lugar es necesario que haya una amplia oportunidad para la inclusión y acceso a la universidad a todos los que la soliciten y cumplan con los requisitos del nivel educacional que se requiere para el acceso a la universidad, sin discriminación de ningún tipo y con alternativas de vías para el ingreso que sean factibles a todos, acorde a la diversidad socioeconómica de los aspirantes. Además, que una vez que hayan ingresado, tengan ante sí, sin distinción de ningún tipo, un currículo con la pertinencia adecuada que permita su formación con calidad y al mismo tiempo con la flexibilidad necesaria en el proceso que garantice la atención individual y finalmente, que exista el apoyo económico y psicopedagógico que se requiera.

¿Cuál ha sido la situación en Educación Médica en el mundo y en América Latina hasta ahora?

Aunque en los últimos años se ha producido algún avance, en particular determinados países de la región y del mundo, la situación ha estado marcada como regla, por inequidades de diversa índole a pesar de los esfuerzos y declaraciones y llamados por parte de organismos internacionales y regionales. Actualmente, unos 57 países en todo el mundo se enfrentan a una carencia apremiante de recursos humanos en el ámbito de la salud que suma en total 2,4 millones de médicos, enfermeras y parteras. Con relación a este tema, en el documento final de la 27ª Conferencia Sanitaria Panamericana (Washington, 2007), que contiene las metas en materia de recursos humanos para la región se plantea: "las tasas de deserción en muchos programas de formación de profesionales de la salud superan el 75 % para los médicos, las enfermeras y otros profesionales afines", lo cual corrobora lo señalado en cuanto a la necesidad de estrategias de apoyo sociales y pedagógicas que permitan mayores niveles de retención.⁶

Están presentes en la región y en el mundo diversas condiciones que son muestra de inequidades:

- Diferencias cualitativas y cuantitativas en formación de profesionales de los países desarrollados con relación a los subdesarrollados y en los estratos sociales dentro de cada país.
- Elitismo: predomina la oferta y selección no equitativa o los costos son inaccesibles, con un incremento en el número de universidades privadas.
- Insuficiente atención a estudiantes con historial y condiciones socio-culturales desfavorables para el éxito académico.

La inclusión y la equidad, junto con la pertinencia y la calidad en la Educación Superior han sido, entre otros, temas de estudio y discusión que han sido objeto de atención especial en diversas reuniones regiones auspiciadas por la UNESCO y la IESALC, lo fue en la Conferencia Mundial sobre Educación Superior (CMES) de 1998 y constituyeron importantes ejes temáticos de CRES 2008 como evento regional previo a la próxima Conferencia Mundial de Educación Superior de la UNESCO que

tendrá lugar en París en el año 2009 y de lo cual se han derivado propuestas de nuevas acciones con vistas a mejorar la situación en la región.⁵

En el ensayo Misión de la Universidad de *Ortega* se plantea: "un error conceptual fundamental que es preciso arrancar de las cabezas, consiste en suponer que las naciones son grandes porque su escuela es buena. Para que esto ocurra se necesita el concurso de muchos factores; no basta con que exista una pedagogía nacional bien definida y estructurada, algunos centros comprometidos y algunas personas que entiendan su importancia. Se necesitan ante todo, profundas transformaciones sociales, cambios políticos y de los modelos económicos, es necesario que cambie la sociedad para que una escuela "buena", pertinente, pueda producir los efectos que la sociedad espera".⁷

En la década de los 80 en América Latina, la formación profesional médica, no estuvo dirigida a favorecer la equidad en el cuidado de las necesidades prioritarias de la población. Se trataba de una formación fragmentaria, centrada en aspectos biológicos, súper especializada, de predominio intrahospitalario y con una comercialización creciente. Entre sus principales áreas críticas, no solo en ese momento sino en la actualidad, se cuentan la pérdida de cientificidad, la precariedad del trabajo académico y la obsolescencia metodológica.³

En contraste con la realidad cubana, la formación de profesionales en ciencias de la salud en América Latina, en los últimos años, ha oscilado entre extremos que van desde el populismo, propuesto por aquellos que consideran que la ciencia y la calidad son antítesis de la justicia social, hasta la medicina elitista, propugnada por quienes consideran que la ciencia y la calidad excluyen la responsabilidad social.⁸

Sin embargo de lo que se trata es de conjugar la equidad en la inclusión y el acceso, así como la permanencia y el egreso, con una elevada calidad y pertinencia en la formación profesional, lo cual es factible de lograr con nuevas estrategias, con currículos pertinentes tanto en el diseño como en el proceso. Esto es, con planes de estudio y programas académicos con objetivos y contenidos que respondan realmente a la formación de las competencias que requieren estos profesionales, las cuales se logren con formas de organización de la enseñanza y recursos de aprendizaje que acerquen al educando al objeto de trabajo profesional, así como mediante métodos activos y sistemas de evaluación que promuevan el aprendizaje permanente, activo y vinculado también al objeto de la profesión.

En la 27ª Conferencia Sanitaria Panamericana (Washington, 2007) ⁶ se plantea como una de las metas regionales de recursos humanos para la salud 2007-2015: "Crear mecanismos de cooperación entre instituciones educativas y de servicios de salud para que sea posible adaptar la ecuación de los profesionales sanitarios a un modelo universal y equitativo de prestación de atención de buena calidad que satisfaga las necesidades de salud de toda la población, entre sus metas específicas está lograr que el 80 % de las escuelas de ciencias de la salud adopten programas específicos para atraer y formar estudiantes de poblaciones subatendidas, haciendo hincapié, cuando corresponda, en las comunidades o poblaciones indígenas" y "lograr que las tasas de abandono de las escuelas de Medicina y Enfermería no pasen del 20 %", todo lo cual no se logra solamente con esta declaración sino que se requieren condiciones políticas favorables y acciones concretas que lo sustenten en la práctica.

La equidad en la formación de profesionales de la salud en Cuba a partir del triunfo de la Revolución

En Cuba en el año 1959, la disponibilidad de recursos humanos en salud era muy precaria e insuficiente para poder brindar servicios de salud a la población en todo el país, pues de los 6000 médicos que habían, en el primer año se marcharon 3000 para los Estados Unidos, un elevado porcentaje de los que se quedaron estaba ubicado en las capitales provinciales y otras grandes ciudades del país. La existencia de otros profesionales de la salud era muy escasa o nula y se limitaba a estomatólogos. A partir de 1959 se incrementó la formación de médicos y otros profesionales, con amplias oportunidades de ingreso y permanencia, con currículos que han garantizado de forma creciente la pertinencia y la calidad, con garantías de ubicación laboral al finalizar la carrera.

La universalización como estrategia del pensamiento revolucionario cubano ha estado presente en las ideas y en las palabras de los dirigentes de la Revolución, desde etapas tempranas que siguieron al triunfo de 1959 y sus antecedentes están enmarcados en diversos e importantes hechos sociales y culturales desde etapas tempranas entre los que resalta la campaña general de Alfabetización a la población de todo el país. El Comandante Ernesto Che Guevara señaló en la propia década de los 60 la necesidad de "...llevar la universidad al pueblo y no solo el pueblo a la universidad". El Comandante en Jefe Fidel Castro Ruz ha expresado en múltiples ocasiones la idea de la universalización como parte de su pensamiento estratégico con respecto a la educación y en particular a la educación en salud, por ejemplo en un discurso en la Universidad de Oriente, el 27 de octubre de 1970 dijo: "Mi concepto sobre las universidades ustedes lo conocen porque lo he dicho públicamente: el concepto de la universalización de la enseñanza lo he dicho y lo he defendido, lo sostengo y creo en él. No solo creo, sino que lo hemos empezado a practicar en la medida de lo posible"... "se han planteado como principio la aspiración de la enseñanza universal y de la universalización de la enseñanza, incluso de la enseñanza superior." En 1980, con relación a aspectos conceptuales de universalización puntualizó: "¿Qué significa la idea de la Universalización?... Significa la oportunidad de crear facilidades en la medida que la sociedad disponga de recursos, para que todo el mundo estudie sin límites."⁹

Este aspecto ha sido abordado en muchas ocasiones en nuestro sistema de formación de recursos humanos para la salud. Así se ha expresado: en los últimos años se ha desarrollado una verdadera revolución educacional que reformula conceptos pedagógicos e introduce otros, para producir los cambios necesarios de acuerdo con las últimas tendencias existentes y lograr una mejoría de la calidad, pertinencia y equidad de la educación general y de la educación superior. En el caso de las Ciencias Médicas, *Salas y Borroto* plantearon que la Educación Médica Superior cubana pretende (como parte esencial de su misión) una creatividad y flexibilidad curricular que garantice pertinencia y equidad, dos de sus principios básicos".¹⁰

Con la Universalización de la Educación Médica, como en toda la Educación Superior, se avanzó hacia una mayor equidad, expresado en lo siguiente:¹¹

- Se garantiza el libre, pleno y gratuito acceso a matricular estudios universitarios.
- La universidad sale fuera de sus muros y "va al encuentro" de todo el que tenga condiciones para estudiar.

- Se contextualiza la educación en escenarios reales de la comunidad: municipalización.
- Se aplican Nuevos Modelos Pedagógicos (NMP), que garantizan la flexibilidad de los programas y de los escenarios formativos.
- Se asimilan las TICs como recurso de aprendizaje importante que complementa los que forman parte de la educación en el trabajo como recursos reales en el proceso de formación.

Los incrementos en todo el país en las cifras y diversidad de centros de educación en ciencias de la salud, el aumento en cantidades de profesores de las diferentes carreras, así como en las tendencias ascendentes de las matrículas y el número de profesionales de nacionalidad cubana graduados de la salud y los procedentes de otros países que se han graduado en nuestro territorio o en sus propios países con la participación de profesores cubanos, constituyen una muestra fehaciente de la contribución de nuestro país al logro de un elevado nivel de equidad en la Educación Médica cubana con un impacto tanto en nuestro propio país como en muchos otros países del Tercer mundo que han visto incrementadas las posibilidades de brindar una mejor atención de salud a sus pueblos.

A continuación se muestran algunas cifras de lo que se ha expresado antes:

En comparación con el año 1959, en que solo existía una Escuela de Medicina en Cuba y otra de Estomatología, ambas en Ciudad de La Habana, en la actualidad Cuba cuenta con cuatro Institutos Superiores de Ciencias Médicas, 24 Facultades de Medicina y cuatro de Estomatología, cuatro de Enfermería y cuatro de Tecnología de la salud, 30 filiales de Ciencias Médicas y más de 2 000 sedes universitarias.¹² La mayoría de las instituciones de salud del país constituyen al mismo tiempo unidades docentes de Ciencias Médicas lo cual garantiza una mayor pertinencia y calidad en la formación. Relacionado con lo anterior, se incrementó el número de profesores. De 15 profesores universitarios que quedaron en la Escuela de Medicina en 1959, hoy existen más de 30 000 con diferentes categorías docentes, distribuidos en todo el país.

A partir del desarrollo de esta estructura educacional en salud, se ha producido un incremento permanente de las matrículas en las carreras de Ciencias de la Salud, excepto durante los años del período especial, en la década de los 90, en que se detuvo para luego retomar un incremento aún mayor con el proceso de Universalización a partir del año 2001,^{12,13} y en correspondencia con esto, se han graduado en el país hasta el año 2007 cerca de 95 000 médicos. Se han formado, asimismo, más de 50 000 profesionales de otras carreras de la salud que laboran en Cuba y en muchos países del mundo que lo requieren.

En la Escuela Latinoamericana de Medicina se han graduado más de 6 000 médicos procedentes de países no solo latinoamericanos, sino también de otros continentes y se continúan formando otros miles y nuestros profesores participan durante el cumplimiento de misiones internacionalistas, en la formación de médicos en varios países del Tercer mundo. Además se forman en nuestro país, cientos de otros profesionales de la Salud procedentes de diversos países, contribuyendo de estas diversas formas a una mayor equidad en la salud, no solo a nivel de nuestra patria, sino también a la de países hermanos que lo necesitan, como muestra de internacionalismo.

CONCLUSIONES

- La inequidad en la Educación Médica, presente en muchos países del mundo como expresión de un fenómeno social más general, es ética y legalmente reprochable, tiene una repercusión negativa en la salud de la población económicamente menos favorecida y persiste actualmente a pesar de los esfuerzos y las reiteradas declaraciones y llamados de organismos internacionales y regionales por revertir la situación existente.

- La Educación Médica en Cuba es equitativa y se extiende, como parte del proceso de Universalización por todo el país, con pleno acceso, currículos con calidad y pertinencia y un proceso docente responsable que contribuye a mejorar los índices de permanencia y egreso y contribuye, además, a la formación profesional de jóvenes de origen humilde procedentes de países que lo necesitan para mejorar la salud de sus comunidades menos favorecidas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Escobar YN, Oliva AA, Gracia LZ. Aspectos bioéticos y económicos de la salud. MEDISAN. 1998; 2(3): 36-44.
2. Ramírez MA, López PC. A propósito de un sistema de monitoreo de la equidad en salud en Cuba. ENSAP-UH [serie en Internet]. 2005 [citado 5 Ago 2005] Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol31_2_05
3. OPS. Programa de desarrollo de recursos humanos. Factores restrictivos para la descentralización en recursos humanos. Washington: OPS; 1998.
4. OPS-OMS. Programa de desarrollo de recursos humanos. División de desarrollo de sistemas de servicios de Salud. Calidad y regulación de la educación y del ejercicio profesional. Revisión del tema y análisis de la situación en seis países de América Latina. Washington: OPS; 1999.
5. Conferencia Regional de Educación Superior (CRES 2008). Cartagena; 2008.
6. Metas regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007-2015. 27^a Conferencia Sanitaria Panamericana. 59^a Sesión del Comité Regional. Washington: OPS; 2007.
7. Ministerio de Educación Superior. II Taller Nacional sobre trabajo político ideológico de las universidades. La Habana: MES; 1998.
8. Yépez R. En la edad de las reformas. Ecuador: Universidad Central del Ecuador; 2000.
9. Discursos del Comandante en Jefe Fidel Castro (1970-1980). Selección de lecturas. La Habana: Instituto Superior de Ciencias Médicas; 1984.
10. Morales Ileana, Fernández Bertha. La evaluación institucional en los centros de educación médica de Cuba. Educ Med Sup. 2005; 19(3): 3.

11. Horruitiner SP. La universalización de la Educación Superior. Capítulo V. La Universidad Cubana: el modelo de formación. Rev Pedagogía Universitaria. 2007; 12(4).

12. Departamento de Estadísticas VADI. La Habana: MINSAP; 2008.

13. Anuario estadístico de Salud. Dirección Nacional de registros médicos y estadísticas de salud. La Habana: MINSAP; 2007.

Recibido: 2 de febrero de 2009.

Aprobado: 20 de febrero de 2009.

Dr. *Simón Sierra Figueredo*. Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. Grupo de Desarrollo. Edif. G y 25. Plaza de la Revolución. CP: 10 400. Ciudad de La Habana. Teléfono: 8311701. E-mail: ssierra@infomed.sld.cu.