

Principios estratégicos de la educación en Ciencias de la salud en Cuba (II): la pertinencia

Strategic principles of Health Sciences Education in Cuba (II): the appropriateness

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

^I Especialista de I y II Grados de Fisiología Normal y Patológica. Máster en Educación Médica. Profesora Titular Fisiología. Profesora Consultante. Asesora Grupo Desarrollo ISCM-H Grupo de Desarrollo, Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. Residencia Estudiantil "Ramón Paz Borroto". Ciudad de La Habana, Cuba.

^{II} Especialista de I y II Grados en Bioquímica Clínica. Máster en Educación Médica. Profesor Titular Bioquímica Clínica. Asesor Grupo Desarrollo ISCM-H. Grupo de Desarrollo. Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. Residencia Estudiantil "Ramón Paz Borroto". Ciudad de La Habana, Cuba.

^{III} Especialista de I y II Grados en Medicina Interna. Profesor Titular Medicina Interna. Profesor Consultante. Máster en Educación Médica. Asesor Grupo Desarrollo ISCM-H. Grupo de Desarrollo. Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. Residencia Estudiantil "Ramón Paz Borroto". Ciudad de La Habana, Cuba.

^{IV} Especialista de I y II Grados de Medicina Interna. Máster en Educación Médica. Profesora Auxiliar Medicina Interna. Asesora Grupo Desarrollo. Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. Residencia Estudiantil "Ramón Paz Borroto". Ciudad de La Habana, Cuba.

^V Especialista en Salud Pública. Profesor Consultante. Profesor de Mérito. Asesor Grupo Desarrollo ISCM-H. Grupo de Desarrollo. Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. Residencia Estudiantil "Ramón Paz Borroto". Ciudad de La Habana, Cuba.

RESUMEN

El objetivo de este trabajo es expresar nuestros puntos de vista sobre la pertinencia de la formación universitaria y la forma en que nuestro país ha tratado de concretarla en el campo de la educación médica y de las Ciencias de la salud. La pertinencia de la educación médica debe considerarse tomando en cuenta su

correspondencia con las necesidades de salud de las personas, las familias y las comunidades en su ambiente social y natural, pero además ha de considerar lo que se derive del nivel de desarrollo actual y prospectivo del contexto y sus exigencias a la educación superior. Por tanto, es un concepto relativo cuyo contenido depende del paradigma de calidad que se asuma. No es posible separar los conceptos de pertinencia, calidad y equidad, lo cual ha sido ratificado en la recién celebrada Conferencia Regional de Educación Superior (CRES 2008). Las carreras universitarias del área de las Ciencias de la salud tienen un elevado impacto en el desarrollo humano y en ellas se aprecia con nitidez la necesidad de que se logre la coherencia de los principios de pertinencia, equidad, calidad y compromiso social, que solamente puede ser fruto de la voluntad política de construir sociedades más justas y plenas con la participación del Estado, la sociedad en su conjunto, así como sus instituciones asistenciales y docentes.

Palabras clave: Pertinencia, equidad, compromiso social de la universidad.

ABSTRACT

The objective of present paper is to express our points of view on relevance of university training, and the way in which our country has attempt to state exactly in the field of the medical education and the health Sciences. Relevance of medical education must to be considered taking into account its correspondence with needs of health of the persons, the families, and other communities in its social and natural environment, but also must to consider that derived from the present and perspective development of the context and its demands to higher education. Thus, it is a relative concept whose content depends from the relevance, the quality, and the fairness, which has been ratified in the newly Regional Conference of Higher Education (CRES 2008). The university careers of health sciences area have a great impact on human development and in above careers are clearly showed the need to achieve coherence of relevance, fairness, quality and social commitment principles that only could be the result of the political will to construct societies more jousts and completes with the State participation, the society as whole, and assisting and teaching institutions.

Key words: Relevance, fairness, university social commitment.

INTRODUCCIÓN

Desde su surgimiento, la Universidad ha transformado sus relaciones con el contexto social donde se desenvuelve. El distanciamiento total que tenían las universidades originarias, con la sociedad donde se insertaron se fue transformando hasta la situación actual en que la autonomía universitaria se sustenta en las relaciones con su entorno, por lo que múltiples han sido las transformaciones de las funciones a través de las cuales se produce esa relación.

El siglo XXI se ha iniciado y transcurre en medio de un crecimiento extraordinariamente acelerado del conocimiento y de las ciencias, con el consiguiente surgimiento de algunas nuevas que se desgajan como subespecializaciones, fenómeno que ha caracterizado las últimas décadas del siglo XX, se manifiesta en la actualidad y sin duda seguirá expresándose cada vez con mayor intensidad. Además, la consiguiente fragmentación disciplinar del conocimiento y su rápida obsolescencia han determinado que las funciones de la universidad en las últimas décadas se hayan redimensionado. Si en la primera mitad del siglo XX la formación en el pregrado universitario era prácticamente el principio y fin de los estudios en ese nivel, en la actualidad los estudios del pregrado constituyen solamente el inicio de la formación universitaria.

Por otra parte, la investigación científica y la proyección extensionista también constituyen funciones de primera prioridad para las universidades contemporáneas, por ser elementos claves para la relación pertinente con la sociedad y el afianzamiento de su autonomía.

Esos son los medios con que cuenta la universidad contemporánea para dar respuesta a su encargo social en un momento histórico en el que la humanidad debe enfrentar temas tan urgentes como los problemas del medio ambiente y los cambios climáticos que ha generado, los problemas interculturales, que se ponen de manifiesto en diversos puntos del planeta con fuerza en nuestra región, el problema energético, la necesidad de desarrollar una cultura de paz y el desarrollo sostenible, entre otros aspectos de impostergable atención para cualquier universidad en el siglo XXI, con independencia de la vertiente profesional que desarrolle.

A esa universidad comprometida con el desarrollo social y en función de las necesidades de la mayoría es a la que nos vamos a referir a continuación, al tratar de expresar nuestros puntos de vista sobre la pertinencia de la formación universitaria y la forma en que nuestro país ha tratado de concretarla en el campo de la educación médica y de las ciencias de la Salud, tomando como paradigma de calidad para establecer lo que consideramos o no pertinente, el que se sustente en las realidades políticas y sociales de las instituciones y los sistemas educativos, en dimensiones cualitativas relacionadas con la inserción de la educación superior en las estrategias nacionales de consolidación de la democracia, desarrollo sostenible de la ciudadanía y la economía nacional, con respeto a las identidades culturales y los ideales de cohesión de los pueblos.¹

DESARROLLO

Los diccionarios señalan que la pertinencia es la condición de pertinente: lo perteneciente a una cosa, que viene a tiempo o a punto, que viene a propósito. Por tanto, la pertinencia universitaria se refiere a su condición de pertenecer y corresponder a un determinado contexto, que tiene un condicionamiento sociohistórico. No se trata del atributo de un bien público global, sino específico y concreto de un determinado contexto. La pertinencia de la educación médica debe considerarse tomando en cuenta su correspondencia con las necesidades de salud de las personas, las familias y las comunidades en su ambiente social y natural, pero además ha de considerar lo que se derive del nivel de desarrollo actual y perspectiva del contexto y sus exigencias a la educación superior. Por tanto, es un concepto relativo cuyo contenido depende, como ya se ha señalado, del paradigma de calidad que se asuma.

Ha transcurrido una década desde la Conferencia Mundial sobre Educación Superior efectuada en París en 1998 y estamos a las puertas de una nueva Conferencia Mundial, en una situación bastante diferente de la que mostraba el mundo en aquel momento.

Desde entonces estaba clara la idea de que no es posible separar los conceptos de pertinencia, calidad y equidad, lo cual ha sido ratificado en la recién celebrada Conferencia Regional de Educación Superior (CRES 2008). Por lo tanto, entender la pertinencia de la formación médica como el ajuste de los contenidos de los currículos a las necesidades sociales de salud, es darle un enfoque reduccionista que deja fuera una buena parte de la relación universidad-sociedad en las condiciones del mundo globalizado.

Tal como se ha recogido en los documentos de la CRES 2008, la pertinencia se logra con la participación de la institución educativa en la vida social y cultural de la sociedad en la cual se inserta. Esa participación se concreta en las actividades que realizan los actores de los procesos universitarios en función de la solución de los problemas que constituyen el encargo social.

La pertinencia de la educación superior se concreta en una proyección amplia de la misión universitaria: además de la formación de ciudadanos y profesionales aptos para asumir la construcción de una nueva sociedad democrática y desarrollada, debe garantizar el fortalecimiento de las culturas e identidades nacionales, de sus raíces y tradiciones, con respeto a la pluralidad y diversidad de los distintos grupos sociales a los que dirige su accionar.

También se expresa en la responsabilidad social con que se proyecta la universidad. En el mundo de hoy esa responsabilidad social conlleva una proyección hacia los ideales de libertad, justicia social, paz y desarrollo humano. Por consiguiente, la pertinencia entraña un compromiso de formación en función de un proyecto ético-político determinado. De ahí la necesidad de que nuestros países no caigan en las redes de la globalización en un sentido de homogeneización, sino que participen de una globalización dentro de la diversidad, que nos permita sustentar paradigmas de calidad y pertinencia ajustados a las verdaderas necesidades del desarrollo de nuestra región.

Este es un asunto de primera prioridad. En los documentos de CRES 2008 se analizó que los temas de pertinencia, equidad y responsabilidad social, tan cuidadosamente tratados en la Conferencia Mundial de Educación Superior del año 1998² se han visto muy relegados en el ámbito de los países ricos, donde ha primado el concepto de desarrollo económico por encima del más amplio de desarrollo humano y se mantienen en la agenda política y universitaria de los países pobres, pero en un enfrentamiento con las ideas foráneas de "modernización", que tratan de desvirtuar el sentido de bien público de la educación superior, para transformarla en objeto del mercado.

Todos los principios y conceptos que se han comentado acerca de la pertinencia como tendencia de la educación superior en el presente siglo, en su unidad dialéctica con la calidad, la equidad y la responsabilidad social tienen su expresión concreta en la formación de profesionales para la Salud, con la particularidad que le da el hecho de que la Salud es un factor de primera línea en el desarrollo humano.

La referencia más oportuna que consideramos tomar para hacer alusión a la pertinencia en la formación médica y en las Ciencias de la salud podemos encontrarla en las Metas regionales en materia de recursos humanos para la salud

2007-2015,³ en cuya introducción se expresa la preocupación de que la movilización sin precedentes de recursos financieros que se ha hecho para tratar de controlar algunos de los más graves problemas de salud que amenazan a la humanidad, no logre los resultados previstos ni sea sostenible a menos que se realicen esfuerzos sistemáticos para estabilizar "una fuerza laboral competente, culturalmente apropiada y motivada".

La falta de relación entre la oferta de recursos humanos y el mercado de trabajo y la carencia de recursos humanos que atiendan las necesidades de salud de grandes sectores de la población, es uno de los principales problemas que fundamentan el debate que dio lugar a la formulación de las Metas. Se trata de una realidad cuyas diversas causas pudieran considerarse resumidas en los cinco desafíos críticos mencionados en la Agenda de Salud para las Américas y en el Llamado de acción de Toronto,⁴ sobre los que se han proyectado las Metas regionales. Una parte de ellos tienen implicaciones para las universidades médicas y son los que tomaremos en cuenta en las reflexiones que aparecen a continuación.

Ese problema es la constatación de que los currículos de formación continúan respondiendo a modelos profesionales que no se han obtenido a partir de una correcta caracterización de la demanda o necesidad social.

Otra posibilidad es que, aun cuando los modelos profesionales declarados formalmente sí se correspondan con esa necesidad, los planes de estudio y los programas de las unidades curriculares no guarden la debida relación con los modelos y se proyecten de acuerdo con la lógica interna y los métodos tradicionalmente utilizados por cada disciplina para conformar sus programas.

Una tercera posibilidad es que aunque todos los componentes del currículo formal respondan coherentemente a la fundamentación asentada en la necesidad social, el currículo oculto, que depende de la actividad cotidiana de estudiantes y profesores en los ambientes docentes, esté determinando finalmente las competencias reales que alcanzan los egresados.

Cualquiera o todas esas explicaciones pudieran corresponderse con la existencia de los problemas señalados. El denominador común es la contradicción dialéctica entre el enfoque social integrador emergente y el enfoque biomédico de atención y formación en salud, que continúa siendo el modelo dominante en la práctica asistencial y en la educación médica en diversos países de la región, 30 años después de la Declaración de Alma Atá y a pesar de que la totalidad de los cónclaves internacionales del área de la Salud y/o de la educación médica celebrados desde entonces, han declarado a la atención primaria de Salud (APS) como la estrategia básica para la atención y la formación en el área de la Salud.

Vale la pena que nos preguntemos en qué medida los indicadores que aparecen en los sistemas de evaluación y acreditación de carreras de la salud en los países de la región estimulan el desarrollo de procesos de formación todavía muy sustentados en el paradigma dominante y en qué medida se estimula la orientación de los currículos hacia una mayor pertinencia y una mayor correspondencia con los modelos profesionales que casi siempre se declaran orientados al desempeño en la APS. ¿Será que ya están al tope de lo que la estructura sanitaria les permite o todavía se sigue apoyando la formación predominantemente hospitalaria, con subutilización de las oportunidades que ofrecen los sistemas de salud para la formación en y para la APS?

Dado el carácter extensionista inherente a un proceso docente insertado en los escenarios laborales reales, la actividad docente en los escenarios de la APS elevaría sin lugar a duda la calidad y cantidad de atención de salud que se brinda a la población, al mismo tiempo que impacta cualitativamente la formación profesional, con un mayor acercamiento al modelo social integrador de atención.

Otra dimensión del mismo problema que estamos analizando tiene que ver con la formación integral de la personalidad profesional. No basta con que los egresados tengan los conocimientos y habilidades apropiados para alcanzar un adecuado desempeño en la APS. Tanto o más importante que eso es que en el proceso formativo se logre el desarrollo de los valores profesionales que se requieren en un médico u otro profesional de la salud para que esté dispuesto a trabajar donde sea necesario, lo que evitaría por ejemplo, que la oferta de médicos en las zonas urbanas sea de 8 a 10 veces más alta que en las zonas rurales.

Esos valores solamente pueden ser el resultado de un proceso de formación en el que se alcance un verdadero enfoque humanista de la profesión, que no es posible obtener en un contexto docente-asistencial enfocado en la carrera interminable y desenfrenada detrás de la última tecnología, o con la atención casi exclusivamente centrada en los costos y la eficiencia económica o en un proceso conducido por profesionales enajenados del componente humano del ejercicio profesional. Este es un asunto que no se resuelve agregando asignaturas de corte humanista en los currículos, sino a través del enfoque humanista en la prestación de los servicios de salud como modelo y paradigma del proceso formativo. Resulta oportuno preguntarnos en qué medida los sistemas de evaluación curricular en las universidades médicas de nuestra región toman en cuenta la dimensión humana de los servicios y de la educación médica para evaluar el desempeño de los profesores y la pertinencia del proceso.

También pudiéramos tener como hipótesis una posible relación entre el problema que nos ocupa y la procedencia social de los estudiantes que logran ingresar y permanecer en las carreras de la salud. Probablemente sea más viable que jóvenes profesionales de procedencia social humilde estén mejor dispuestos a cubrir las necesidades de atención de los sectores más desfavorecidos, que aquellos egresados que no han experimentado las angustias y sufrimientos que genera el desamparo social y la inequidad.

Si bien es cierto que ha ocurrido un incremento notable en el acceso a la universidad en las últimas décadas, es un hecho de la realidad objetiva que esto se ha correspondido pobremente con la pertinencia de las universidades médicas de nuestra región en relación con el ingreso, ya que las tasas de deserción en muchos programas de formación de profesionales de la salud superan el 75 % para los médicos, los enfermeros y otros profesionales afines.³ Por lo tanto, las acciones que pudieran considerarse pertinentes en relación con el acceso a la educación médica superior tendrían que asegurar una real igualdad de oportunidades para todos los que aspiren a ser profesionales de la salud y abarcar ingreso, permanencia y egreso con calidad competitiva. Aunque la Declaración Universal de los Derechos del Hombre⁵ plantea que "el acceso a los estudios superiores será igual para todos, en función de los méritos respectivos", los 60 años transcurridos desde que ella fue aprobada han permitido constatar que solo logran desplegar y exhibir esos méritos los que han tenido las oportunidades para hacerlo, según pudiera comprobar cualquier interesado en obtener evidencias, si estudia la composición social de la matrícula de las universidades y, sobre todo, de las facultades y escuelas de las carreras de Ciencias médicas, particularmente Medicina y Estomatología, que históricamente han sido las más costosas y excluyentes.

La Declaración Mundial sobre Educación Superior en el siglo XXI, aprobada en París en 1998, suscribió la política de acceso basada en los méritos y planteó una posible asistencia material especial y soluciones educativas que contribuyeran a superar los obstáculos a determinados grupos específicos, así como la diversificación como contribución a la equidad y a una mayor pertinencia de la educación superior, pero la realidad ha demostrado que los que sufren la inequidad suman millones de personas y el resultado no ha sido de impacto para la participación de las universidades en la solución de los principales problemas sociales de nuestra región.

Todas las propuestas de la Conferencia Mundial de 1998 han sido ratificadas en CRES 2008 y, adicionalmente se han incluido algunas que en su conjunto impulsarían los cambios que necesita la región si, efectivamente, se pudieran aplicar y que desde nuestro punto de vista ponen de manifiesto la principal diferencia entre las dos Declaraciones finales: la de 1998 se pronunció sobre las misiones y funciones de la educación superior, sobre las acciones prioritarias en el plano de los sistemas e instituciones, así como las acciones que debían emprenderse en el plano internacional, en particular por iniciativa de la UNESCO y solo se refiere a la instancia nacional para puntualizar que "el Estado conserva una función esencial en [esa] financiación" de la educación superior.

En cambio, la Declaración final de CRES 2008 comienza precisamente puntualizando el contexto nacional y regional para la Educación Superior, lo que resulta clave, pues la posibilidad real de que en nuestra región ingresen, permanezcan y egresen con calidad competitiva y elevado compromiso social, personas de las más diversas procedencias socioculturales y económicas, no la pueden garantizar de forma aislada las universidades, ni los sistemas e instituciones, ni las acciones en el plano internacional de la UNESCO, sino que va a depender en primer lugar de que en cada país exista la voluntad política de lograr "la construcción de una sociedad más próspera, justa y solidaria y con un modelo de desarrollo humano integral sustentable..."⁶ En correspondencia, el Prefacio de los documentos de CRES 2008 precisa que tuvo el propósito de "identificar escenarios de cambio para emprender una nueva fase de reforma sustantiva de la educación superior y orientar los esfuerzos de los diferentes actores, instituciones y gobiernos hacia la formulación de políticas regionales y de estado que puedan contribuir al desarrollo sustentable de los países de la región de América Latina y el Caribe..."⁷

Un contexto con esos valores sociales es el punto de partida necesario para que las instituciones de educación médica superior puedan desplegar proyectos pertinentes de formación de profesionales portadores de valores profesionales que los lleven a poner sus conocimientos y habilidades en función de las verdaderas necesidades sociales, lo que ha de incrementar la efectividad de los medios y recursos básicos de que disponga para llevar adelante su acción transformadora del estado de salud de las personas, las familias y las comunidades, contribuyendo así al desarrollo humano integral y sustentable.

En resumen desde nuestro punto de vista, la aspiración de lograr una educación médica superior realmente pertinente y con responsabilidad social tiene como premisa necesaria una voluntad política de profunda transformación de los principios ético-morales y epistémicos, con un reajuste de los sistemas de valores sociales, personales y profesionales que se refleje en las formas de pensar y actuar de los gobiernos, los sistemas de instituciones asistenciales y universitarias y las personas.

La experiencia de Cuba es una evidencia de que cuando esas transformaciones macrosociales ocurren, entonces las reformas del sector Salud, en lugar de provocar los conflictos laborales que se han visto en nuestra región, con consecuencias desastrosas para la población, como ha sido señalado,⁸ conducen a la creación de condiciones propicias en el sistema de salud para la prestación de servicios que realmente respondan a las necesidades sociales. Al mismo tiempo, los cambios sistemáticos, continuos y progresivos que han caracterizado las reformas del sector salud en Cuba desde el año 1959, han sentado en cada momento histórico las bases para la transformación de la educación médica superior, al aportar los escenarios docente-asistenciales y los profesionales que gradualmente fueron formando parte del claustro académico universitario.

El hecho de que en el año 2007 ya Cuba tenía cumplidas 19 de las 20 Metas regionales en materia de recursos humanos para la salud pudiera ser considerada una confirmación de la pertinencia del sistema de formación de recursos humanos para la salud. La Meta 20, referida a que el 70 % de las Escuelas de ciencias de la salud y de las Escuelas de salud pública estarán acreditadas por una entidad reconocida, está en proceso de cumplimiento precisamente porque a partir del año 2003, para dar respuesta efectiva a determinadas demandas sociales, las Universidades médicas cubanas entraron en una fase acelerada y ampliada de la universalización de la educación superior, que tuvo su comienzo en el año 1962 y que ha involucrado a todas nuestras carreras e instituciones de ese nivel de formación.⁹ Esto ha conllevado importantes perfeccionamientos curriculares que aún no han tenido el número de promociones que exige el Sistema de evaluación y acreditación de carreras universitarias (SEACU)¹⁰ que aplica la Junta de Acreditación Nacional de la República de Cuba para la acreditación de carreras. No obstante, con toda seguridad será también una meta cumplida ya que solo es una cuestión de tiempo.

Entre las características más relevantes que pueden poner de manifiesto la pertinencia de la educación médica superior en Cuba, podemos enumerar las siguientes:

1. Todos los modelos profesionales se han conformado a partir de estudios que han hecho una caracterización integral de la demanda social.
2. Sin renunciar a la incorporación progresiva de los avances tecnológicos, es una formación que tiene como piedra angular el desarrollo de habilidades clínicas en un marco ético de proyección humanista, asentada en los dos principios básicos de la educación superior cubana: la unidad de lo educativo y lo instructivo y la vinculación del estudio con el trabajo (unidad de la teoría con la práctica), al ser la educación en el trabajo la forma organizativa fundamental para todas nuestras carreras.^{11, 12} Esto le permite al egresado trabajar en muy diversos escenarios, con recursos mínimos y alcanzar un nivel adecuado de solución de problemas en esas condiciones, con una proyección humanista del ejercicio de la profesión.
3. Todos los modelos de profesionales de la salud cubanos son de perfil amplio, con preparación para el desempeño en los diferentes niveles de atención, lo que varía entre carreras en dependencia de las necesidades específicas que tiene el Sistema Nacional de Salud de cada tipo de profesional.
4. Aunque el ingreso se logra mediante un sistema escalafonario por ser la demanda mayor que la oferta, existen diferentes variantes curriculares, ya sea en modalidad presencial o semipresencial, que constituyen opciones para los jóvenes de diferentes posibilidades socioeconómicas.

De hecho, las mayores matrículas se registran en carreras que tienen una modalidad semipresencial de estudios (ver anexo), que resulta muy apropiada para que los jóvenes necesitados de alcanzar rápidamente su independencia económica, puedan tener una inserción laboral una vez transcurrido un primer año de estudios, del que egresan con nivel básico, continuando posteriormente su carrera en modalidad semipresencial simultáneamente con su trabajo, con un mínimo de dos años para calificarse en un segundo nivel de técnico. Posteriormente pueden continuar con el mismo modelo de estudios hasta completar el nivel de licenciados. Todos los egresados tienen asegurada su ubicación laboral, independientemente del modelo curricular por el que hayan cursado sus estudios, debido al constante perfeccionamiento y ampliación de los servicios de la APS y otros compromisos que atiende el país con otras naciones en el área de la Salud.

5. Todos los diseños toman en cuenta la necesaria concatenación entre el pregrado, el postgrado y la educación permanente, correspondiendo al pregrado el desarrollo de las competencias para la atención de los problemas de salud más generales y frecuentes, también la preparación del egresado para trabajar en equipos multidisciplinarios de salud, en interrelación con otros profesionales y especialistas. Así, por ejemplo, el médico y el estomatólogo egresados del pregrado se han formado para el desempeño en la APS y continúan estudios de postgrado para realizar especializaciones para cualquier nivel de atención del sistema: maestrías, diplomados, entrenamientos, doctorados, etc. Los enfermeros graduados del pregrado tienen una formación que les permite trabajar en cualquiera de los niveles del sistema de salud, de forma similar a los egresados de la carrera de Psicología (mención Salud) o de los perfiles de la carrera de Tecnología de la Salud. Como estas tres carreras tienen currículos de modalidad semipresencial, sus egresados ya tienen cierto nivel de especialización en el área de trabajo que desempeñan desde que culminan el primer año de estudios, aunque poseen competencias básicas que les permiten realizar entrenamientos para ocupar otros puestos de trabajo si así fuera necesario, además de que también tienen las restantes vías de continuidad de estudios de postgrado, al igual que las restantes carreras.

6. La gratuidad de los estudios incluye la entrega a los estudiantes de todo el material bibliográfico básico que requieren para poder vencer sus programas académicos.

7. También los perfeccionamientos que se están llevando a cabo han mejorado algunos aspectos de los planes de estudio, que ponen más a tono nuestros currículos con las principales tendencias mundiales para la educación médica y los hacen más pertinentes en relación con las exigencias de la época para un egresado universitario,¹³ entre ellas la interdisciplinarietà, el fortalecimiento de las ciencias básicas de forma pertinente, el desarrollo de habilidades para la investigación, el fortalecimiento de la Salud Pública y la formación sociohumanista, al mismo tiempo que incorporan metodologías que propician el autoaprendizaje y la participación protagónica de los estudiantes en el proceso de aprendizaje, además de favorecer el asincronismo, condición muy favorecedora del avance de todos los estudiantes según su propio ritmo y posibilidades.

8. En todas nuestras carreras el contacto de los estudiantes con los escenarios laborales reales se inicia desde el primer año, lo que favorece su identificación con la problemática social y la específica de la salud que tiene la población cubana en el contexto en que les corresponda actuar. Esto ha favorecido la orientación vocacional y la reafirmación profesional de los estudiantes, contribuye tempranamente a desarrollar el sistema de valores que han hecho posible que miles de nuestros profesionales de la Salud hayan prestado colaboración en

condiciones muy difíciles en decenas de países de Asia, África y América, con un desempeño que ha impactado favorablemente los indicadores de salud.

CONCLUSIONES

El desarrollo sostenible del mundo contemporáneo tiene entre sus elementos claves el aprovechamiento óptimo de los recursos naturales y la generación y aplicación de conocimientos con fuerte valor social. Las carreras universitarias del área de las Ciencias de la Salud tienen un elevado impacto en el desarrollo humano y en ellas se aprecia con nitidez la necesidad de que se logre la coherencia de los principios de pertinencia, equidad, calidad y compromiso social, que solamente puede ser fruto de la voluntad política de construir sociedades más justas y plenas, donde el Estado, la sociedad en su conjunto y sus instituciones asistenciales y docentes puedan unir sus esfuerzos para lograr el entorno apropiado en el que los estudiantes de la Salud desarrollen los conocimientos y habilidades, conjuntamente con los valores que los lleven a prestar sus servicios donde realmente sean más necesarios, para un ejercicio verdaderamente pertinente de la profesión.

ANEXO

Comportamiento de las matrículas de las carreras de Ciencias médicas en Cuba

CARRERA	TOTAL DE GRADUADOS 1959-2007	MATRÍCULA DEL CURSO 2007-08
Medicina	95751	38168 + 8234 ELAM
Estomatología	13806	5839
Licenciatura en Enfermería	37652	53846
Licenciatura en Tecnología de la Salud	1245	87683
Licenciatura en Psicología (mención Salud)	-	2154
Total general	148454	195924

MATRÍCULAS CURSOS 2005-06 AL 2007-08

CARRERA	2005-06	2006-07	2007-08
Medicina	31047	34481	38168
Enfermería	31556	45448	53846
Estomatología	3339	4132	5839
Tecnología de la Salud	51608	74019	87683
Psicología (Mención Salud)	736	1446	2154
SUBTOTAL CUBANOS	118286	159526	237690
Extranjeros	10661	10403	9918
TOTAL	128947	169929	247608

Fuente: MINSAP. Anuario Estadístico de Salud 2005, 2006, 2007. NOTA: El grupo poblacional que aparece en el Anuario Estadístico de Salud y que aporta a la matrícula (grupo de 15 a 49 años) tuvo valores de 6 111 487, 6 101 959 y 6 107 431 personas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dias Sobrinho J. Calidad, pertinencia y responsabilidad social de la Universidad latinoamericana y caribeña. En: Tendencias de Educación Superior de América Latina y el Caribe. Documento base para la reflexión y el debate en la Conferencia Regional de Educación Superior en América Latina y el Caribe (CRES 2008). Cartagena de Indias, Colombia; 2008.
2. UNESCO. Declaración Mundial sobre Educación Superiores el Siglo XXI: visión y acción. Marco de acción prioritaria para el cambio y el desarrollo de la Educación Superior. París; 1998.
3. OPS-OMS. Metas Regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007-2015. 27ª Conferencia sanitaria Panamericana. 59ª Sesión del Comité Regional. 1-5 octubre 2007. OPS: Washington DC; 2007.
4. OPS. Llamado a la acción de Toronto. Hacia una década de recursos humanos para la salud en las Américas. OPS, Salud Canadá, el Ministerio de Salud de Ontario y Long Term Care. Octubre 2005. OPS: Toronto; 2005.
5. ONU. Declaración Universal de Derechos del Hombre. Departamento de Información Pública de las Naciones Unidas. Lake Success; 1949.
6. UNESCO-IESALC. Declaración Final de la Conferencia Regional de Educación Superior en América Latina y el Caribe (CRES 2008). Cartagena de Indias, Colombia; 2008.

7. Gazzola AL, Didriksson A. Tendencias de Educación Superior de América Latina y el Caribe. Prefacio Documento base para la reflexión y el debate en la Conferencia Regional de Educación Superior en América Latina y el Caribe (CRES 2008). UNESCO -IESALC Cartagena de Indias, Colombia; 2008.
8. Scavino J. La conflictividad de alcance nacional en el sector salud en la región de las Américas en 2003. Citado en: OPS-OMS. Metas Regionales en materia de recursos humanos para la Salud 2007-2015. 27ª Conferencia sanitaria Panamericana. 59ª Sesión del Comité Regional. 1-5 octubre 2007. OPS: Washington DC; 2007.
9. Vecino F. La universalización de las universidades: retos y perspectivas. Actas del Congreso Pedagogía 2003. Palacio de Convenciones: La Habana; 2003.
10. Ministerio de Educación Superior. Junta de Acreditación Nacional. Manual de implantación del Sistema de Evaluación y Acreditación de Carreras Universitarias. MES: La Habana; 2005.
11. Horruitiner P. Ideas rectoras del proceso de formación. En: La Universidad Cubana: el modelo de formación. Editorial Félix Varela: La Habana; 2006.
12. Ilizástigui F. Importancia del principio de la unidad de la teoría con la práctica en la formación del médico. En: Salud, medicina y educación médica. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 1985. p. 359.
13. Gutiérrez JA, Posada R. Tendencias mundiales en educación médica. IATREIA. 2004; 17(2): 130-8.

Recibido: 10 de febrero de 2009.

Aprobado: 26 de febrero de 2009.

Dra. *Marta Pernas Gómez*. Grupo de Desarrollo. Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. Residencia Estudiantil "Ramón Paz Borroto". Edificio G y 25. Vedado. Ciudad de La Habana, Cuba. Teléf. 8311701. CP 10400. E-mail: mpernas@infomed.sld.cu