

Un nuevo modelo formativo de médicos en la Universidad Barrio Adentro, República Bolivariana de Venezuela

A new model of medical training at the University Barrio Adentro, Bolivarian Republic of Venezuela

Eugenio Radamés Borroto Cruz^I; Ramón Syr Salas Perea^{II} ; Pedro Augusto Díaz Rojas^{III}

^IDoctor en Ciencias Médicas. Máster en Educación Médica. Especialista en Salud Pública. Profesor Escuela Nacional de Salud Pública. Metodólogo del Viceministerio de Docencia e Investigaciones del Ministerio de Salud Pública de Cuba. La Habana, Cuba.

^{II}Doctor en Ciencias de la Salud. Máster en Educación Médica. Especialista en Cirugía General y Salud Pública. Profesor Titular. Profesor Consultante de la Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba. La Habana, Cuba.

^{III}Máster en Educación Médica. Especialista de II Grado en Histología Humana. Profesor Titular Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba. La Habana, Cuba.

RESUMEN

Se describe la situación del estado de la salud en el mundo contemporáneo, bajo el prisma de un mundo globalizado, neoliberal y los reclamos de los pueblos por lograr la equidad en salud como derecho humano, así como la escasez y no compromiso social de los recursos humanos, que no han posibilitado alcanzar la salud para todos, acordada hace 30 años en Alma Atá. La experiencia cubana en la formación médica en sus últimos 50 años, demuestra que la salud para todos sí es posible y que depende de la voluntad política del país y de la calidad humana y científica de sus recursos humanos. En Venezuela, los modelos tradicionales formativos de médicos no han garantizado la formación del médico que necesita el país, por lo que se fundamentaba la búsqueda de un nuevo modelo formativo. El gobierno

venezolano establece en cooperación con Cuba, la Misión Barrio Adentro, para garantizar la salud de toda la población, como eje del sistema público nacional de salud y sobre esa base atencional y con sus recursos, se crea la Universidad "Barrio Adentro" que garantiza la realización de un nuevo paradigma en la formación del médico integral comunitario, como respuesta al encargo social hecho por la población. Se presentan los resultados de este nuevo modelo formativo que se desarrolla en Venezuela desde hace cuatro años. Se exponen las bases y principios, que garantizan un profesional de la salud capaz de asumir las responsabilidades y compromisos del mundo actual. Se analizan los principales resultados obtenidos. Estos son buenos, con alto rigor científico didáctico y buen nivel de satisfacción de todos los implicados, verificados mediante un proyecto investigativo desarrollado en todo el país. Esta experiencia exitosa se extiende a un nuevo programa formativo en Cuba.

Palabras clave: Educación médica superior, formación de recursos humanos, formación médica.

INTRODUCCIÓN

El desarrollo humano es un "proceso en el cual se amplían las oportunidades del ser humano. En principio estas oportunidades pueden ser infinitas y cambiar con el tiempo. Sin embargo, a todos los niveles de desarrollo, las tres más esenciales son: disfrutar de una vida prolongada y saludable, adquirir conocimientos y tener acceso a los recursos necesarios para lograr un nivel de vida decente".¹ Como señalara Amartya Sen:² "La salud, como la educación, se encuentran entre las capacidades básicas que le confieren valor a la vida humana". La sabiduría popular predica, y con razón, que "la salud es riqueza", pues habilita a las personas y sus familias para poder alcanzar el desarrollo personal y su seguridad económica. Por tanto, la salud humana es un punto de encuentro donde confluyen lo biológico y lo social, el individuo y la comunidad, la política social y la económica. Constituye un índice del éxito alcanzado por una sociedad y sus instituciones de gobierno en la búsqueda del bienestar de la población.

Su carácter multicausal hace que los problemas de salud tengan que resolverse mediante programas en los que participan, además de los prestadores, los individuos, las familias, la comunidad y otros sectores sociales que tienen un papel significativo en los factores que determinan y condicionan el estado de salud de la población, por lo que la salud pública es un problema eminentemente intersectorial.

Panorama mundial actual de la salud y sus recursos humanos

En un Informe del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) de 2002, ya se señalaba: "En el mundo en desarrollo, el mayor enemigo de la salud es la pobreza... Los pobres tienen menos acceso a los servicios de salud y los que pueden conseguir son de baja calidad y no responden a sus necesidades." Puntualizaba que, sin embargo: "Los países que diseñan su sistema de salud para promover la

igualdad como derecho social, garantizan la salud a la población, sea cual fuere su nivel de ingreso, así tenemos a Viet Nam y Cuba, entre otros".³

El Informe de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud de la Organización Mundial de la Salud,⁴ apuntaba que: "Se ha subvalorado la influencia de la salud en el crecimiento económico; los estudios sugieren que cada mejora del 10 % de la esperanza de vida está asociada a un aumento del crecimiento económico del 0,3 %-0,4 % anual, a igualdad de los demás factores". Y añadía: "La mayoría de los 1 000 millones de personas más pobres no pueden acceder a un sistema de salud que esté a la altura que corresponde. Es necesario construir nuevas infraestructuras físicas, aumentar el personal del sector salud, mejorando su preparación y fortaleciendo los sistemas de gestión y su capacidad de resolución".

En un estudio realizado por la Universidad de Harvard, bajo el patrocinio de la Fundación Rockefeller y la Agencia Sueca para el Desarrollo y Cooperación Internacional, entre otros, sobre los Recursos Humanos para la Salud. Superando la Crisis, y la Joint Learning Initiative (JLI),⁵ se señalaba: "Después de un siglo de los más espectaculares avances en salud de la historia de la humanidad, estamos confrontando una crisis de la salud sin precedentes...Los dramáticos reversos producidos en la salud afectan no solo la supervivencia humana en los países afectados, sino también lastran el desarrollo y la seguridad de todos en un mundo interdependiente...La crisis de hoy revela el conflicto de los recursos humanos de la salud, muy crítico para poder darle respuesta".

Este estudio pone en evidencia la situación real que enfrenta el mundo para el aseguramiento de los servicios de salud a la población. Así, al estudiar los patrones nacionales de la densidad de trabajadores de la salud y la población, en relación con algunas variables clave tales como, los ingresos, la mortalidad infantil y materna, y el gasto en la atención de salud, determinó que una densidad de 2,5 trabajadores de la salud por 1 000 habitantes se considere un umbral de densidad de trabajadores necesario para obtener una adecuada cobertura para las intervenciones esenciales en salud, así como satisfacer los objetivos centrales de la Declaración del Milenio, y se pudiera utilizar como una guía para la planificación de los recursos humanos.

Estimaron a su vez que "la fuerza laboral global en salud es mayor que 100 millones de trabajadores. Si partimos de que hay censados 24 millones de doctores, enfermeras y parteras, existen por lo menos 75 millones más no censados de trabajadores informales, tradicionales, comunitarios y voluntarios". De acuerdo con las estadísticas compiladas por la OMS, el mundo tenía 9 millones de doctores y 15 millones de enfermeras y parteras en el año 2000. Estas cifras dan un promedio de densidad mundial de 1,6 doctores y 2,5 enfermeras por 1 000 habitantes. Partiendo del hecho de que un estudio realizado en 1971 había estimado 2,3 millones de doctores, los datos del 2000 sugieren que el total de médicos se ha venido incrementando en un 5 % anual.

Sin embargo, si se analiza de la realidad de estos datos es obvia la mala distribución de los trabajadores de la salud. Asia con el 50 % de la población mundial, tiene el 30 % del total de médicos, enfermeras y parteras. Europa y Norteamérica juntas con el 20 % de la población mundial, tiene casi la mitad de los médicos y el 60 % de las enfermeras. Este estudio determinó que, de acuerdo con el estado actual de la salud mundial, existe una escasez mundial de unos 4 millones de trabajadores de la salud. Ello posibilitaría que solo 75 países pudieran alcanzar la cifra de 2,5 por 1000 habitantes. África Subsahariana requeriría un millón de trabajadores de la salud más. Para obtener estas cifras se necesitaría hasta el año 2015 mantener una producción promedio anual de 3 500 médicos, enfermeras y

parteras. Los niveles de producción en estos países son inferiores al 1/5 de esta cifra, con una graduación anual de 90 médicos y 550 enfermeras y parteras. Sin embargo concluyó, que la estructura para la formación del personal de la salud es débil en los países pobres. De un total de 1 642 escuelas de medicina que juntas gradúan 370 000 médicos cada año, solo 64 (4 %) están situadas en África Subsahariana. En este subcontinente, 21 países tienen una escuela de medicina y 6 países no tienen ninguna.

*Mahler HT*⁶ señaló recientemente: "Estoy convencido que la salud es política y que la política es salud, porque a todo ciudadano le interesa...Además estoy moral e intelectualmente convencido de que la visión de Salud para Todos y la estrategia de Atención Primaria de Salud proporcionan fuerzas iniciales significativas y han agregado ímpetu al desarrollo de la salud en todo el mundo...No estoy hablando de un primer, segundo o tercer mundo. Hablo de un único mundo, el único que tenemos para compartir y cuidar".

Frente a este panorama de la salud mundial, más desgarrador aún para los países en vías de desarrollo: ¿Qué hacer? ¿Cómo enfrentar la garantía de la salud de la población bajo los principios de Alma Atá⁷ de equidad, solidaridad, universalidad y la salud como derecho humano? Por otra parte, esta propia Declaración y estudios efectuados con posterioridad,⁸ han establecido bien claro, que para poder desarrollar la estrategia de atención primaria de salud, que posibilite alcanzar Salud para Todos, uno de los factores determinantes está en garantizar la adecuada formación de los recursos humanos que se requieren.

La consagración del derecho a la salud de los pueblos se enmarca en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) y la Conferencia de Alma Atá (1978). Estos treinta años transcurridos entre ellas posibilitaron perfilar el más importante paradigma en las políticas de salud pública: la Atención Primaria de Salud, como uno de los componentes fundamentales para la garantía de la dignidad humana.⁹ Desde sus inicios la Declaración de Alma Atá se convirtió en un espacio de confrontación ideológica y social, que ha llevado a múltiples interpretaciones y expresiones en los diferentes procesos de reforma sanitaria efectuados. En muchos países su implementación ha sido durante todos estos años un parto doloroso, aún no concluido, de una criatura necesaria hoy más que nunca para la salud de nuestros pueblos.¹⁰ Todavía hay algunos que consideran a la atención primaria como la atención sanitaria para los pobres, es decir, una atención costo efectiva que con poca inversión alcanza buenos resultados. "Todo sistema que se organiza como una forma de atención o de organización para los pobres, termina siendo un pobre sistema o una pobre organización".¹¹

En la Declaración de Buenos Aires¹² de agosto de 2007 los ministros de salud o sus representantes consideraron que: "La estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) se basa en valores y principios que siguen vigentes y que deben orientar la estructura y funcionamiento de los sistemas de salud en todos sus niveles y para todos. Que la salud es una causa y un factor generador de desarrollo y crecimiento en una nación. Es por ese motivo que consideramos a la salud como una inversión y no como un gasto y también como una responsabilidad del Estado y la sociedad en su conjunto".

La calidad de la atención de salud parte, en primer orden, del nivel de competencia y desempeño de sus trabajadores en el cumplimiento de sus funciones laborales y sociales.¹³ Motivar a los médicos para mejorar su desempeño y adoptar la superación profesional permanente como un estilo de vida en este milenio no es solo importante sino necesario para poder satisfacer las necesidades siempre crecientes de la población.¹⁴

Igualmente en el desarrollo de las sesiones técnicas de la Conferencia Internacional de Salud para el Desarrollo¹⁵ celebrada en Buenos Aires, sobre los recursos humanos en salud para este milenio se consideró, entre otros aspectos los siguientes:

- La actual formación de los profesionales de la salud resulta un obstáculo para la implementación de la estrategia de Atención Primaria de Salud.
- Debido a que la distancia entre las entidades formadoras y los sistemas de salud son un obstáculo para lograr un adecuado perfil del recurso humano, acorde a la necesidad de cada país y región, es esencial un fuerte rol de rectoría del Estado para lograr la articulación entre estas áreas, y también establecer prioridades e incentivos.
- La formación del recurso humano no es solo una cuestión técnica sino también política.
- Es importante que la formación del recurso humano en salud se oriente hacia la adquisición de capacidades para abordar la heterogeneidad social y las dimensiones culturales de las realidades locales, ubicando los valores de la atención primaria de la salud como centrales, para ello muchas currículas deberán ser reformuladas en un trabajo conjunto entre las áreas y entidades de Salud y Educación.
- Hay que priorizar la formación de grado para la adquisición de competencias y fomentar acciones destinadas a la capacitación en servicio y educación continua.
- Es esencial poner énfasis en los principios y valores de la formación del recurso humano en salud, la transformación de la formación de los formadores y docentes, el ámbito en el cual desarrollan esa formación y la metodología de enseñanza-aprendizaje.
- La formación del recurso humano en salud y el ejercicio de su práctica deberán darse en estructuras vinculadas con la comunidad y no solo en las aulas. Además de estimular en la formación la participación comunitaria y el trabajo en equipo.
- Es importante abordar las condiciones laborales actuales de los recursos humanos en salud".

Situación de la educación médica mundial

A inicios del siglo pasado, en 1910, se produjo una reforma de la educación médica en Estados Unidos. El doctor Abraham Flexner fue contratado para hacer un análisis de los currículos médicos en todas las universidades de Estados Unidos y Canadá, y presentó su Informe.¹⁶ Hizo un inventario de las cualidades que debían tener esas universidades, eliminó las que no le convenían a la élite gobernante y al poder e inventó la universidad de salud pública. A partir de ahí se generó el modelo flexneriano de estudios: dos años de ciencias básicas, uno o dos de ciencias básicas de la clínica, y después varios años de clínica, en laboratorios, áreas modelos, y un internado final donde sí iban al hospital, pero con un preceptor que los estaba atendiendo, con muy poco contacto con los pacientes. Ese modelo se generalizó en el mundo, y de hecho sigue vigente hasta nuestros días en gran parte de las facultades y escuelas de medicina.¹⁷

Durante este siglo recorrido desde entonces, el modelo flexneriano ha ido entrando en crisis progresivamente lo cual ha quedado patentizado en innumerables reuniones, eventos y cumbres internacionales. Así pudiéramos señalar, entre otras: Declaración de Edimburgo (1988),¹⁸ Iniciativa de Lisboa (OMS, 1988),¹⁹ Declaración de Edimburgo de la Cumbre Mundial de Educación Médica (1993),²⁰ Declaración de Santa Fe de Bogotá (1995),²¹ Declaración de Rancho Mirage (1997),²² el Informe de la Federación Mundial de Educación Médica sobre los Estándares Internacionales para la Educación Médica de Pregrado (1999),²³ Declaración de Granada (2001),²⁴ Declaración de Sevilla (2002),²⁵ y la Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre Educación Médica (2006).²⁶

De todas ellas se pudieran resumir sus principales elementos en:²⁷

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

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

Otro elemento significativo que se puede extraer de la lectura de todos estos documentos, es que se considera bien separada la educación médica de la práctica médica. Siempre se ha estado planteando la necesidad de una integración, coordinación o acercamiento entre ambas, que es necesario negociar, pero desde posiciones bien independientes.

La educación médica cubana

A partir del triunfo revolucionario de 1959, y para cumplir con lo planteado en el alegato histórico del juicio por el asalto al cuartel Moncada, conocido como "La Historia me Absolverá"²⁸ y frente al éxodo de alrededor de la mitad de los médicos existentes en el país, se adoptaron diferentes acciones, las cuales estuvieron dirigidas a la creación, en primer lugar, de un sistema estatal único de salud que garantizara la salud como un derecho ciudadano, y en segundo lugar, la formación y desarrollo de los recursos humanos que se necesitaban.

Durante estos 50 años transcurridos el pensamiento y accionar de Fidel Castro Ruz sobre la salud pública cubana siempre han estado vinculados a la garantía de la salud para todo el pueblo, la accesibilidad a todos los servicios de salud con calidad, la formación y desarrollo de su capital humano, así como a la cooperación y ayuda solidaria internacionalista.²⁹

Desde el inicio de la Revolución hasta el año 2002, 91 países habían recibido ayuda de Cuba con la participación de 51 059 trabajadores de la salud. En el año 2006 Cuba cooperaba en 64 países con 7 137 colaboradores de la salud, y en el año 2007, solo en Venezuela laboran 40 000 colaboradores de la salud.³⁰⁻³²

Sobre la base de los convenios de colaboración científico técnica firmados, Cuba ha participado en estos años en la creación y desarrollo de diez facultades médicas en el exterior: Yemén (1976), Guyana (1984), Jimma-Etiopía (1984), Guinea Bissau (1986), Mbara-Uganda (1988), Tamale-Ghana (1991), Gambia (2000) Guinea Ecuatorial (2000), Haití (2001) y Venezuela (2005).³¹

Además en el periodo de 1961 al 2007, Cuba ha graduado 8 572 médicos de todos los continentes, distribuidos en: América Latina y el Caribe (71 %), África y Medio Oriente (26 %), y de América del Norte, Europa y Asia (3 %). En estos momentos se encuentran estudiando Medicina en Cuba 24 848 estudiantes procedentes de 108 países.³³

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

Cuba a partir de la década de los ochenta hace un cambio curricular muy importante, cuando echa a andar un Programa de Formación del Médico General Básico, que aún está vigente, en el que se inicia desde el primer año el contacto con la población, a través de la atención primaria. En ello también influyó el establecer la continuidad de los estudios para la formación de nuestro Médico de Familia, donde primero se gradúa como médico general básico, orientado a la atención primaria, respondiendo a los principios de Alma Atá, y después continúa su formación como especialista en medicina general integral. ¡Esto fue una revolución! Pero seguía sin existir, una integración interdisciplinaria y transdisciplinaria (horizontal y vertical) de los contenidos de las diferentes unidades curriculares, así como que la vinculación básico clínica y clínico básica no era sistemática. No había todavía una imagen del profesional ideal para que ese Médico de Familia pudiera mirarse en ese espejo y desarrollarse.

En los últimos años, ha habido todo un proceso de rescate de la integralidad del médico y se ha vuelto a retomar la idea de que se forme en el consultorio y en el policlínico fundamentalmente. Hace ya cinco años empezó lo que se denominó la municipalización de la enseñanza de la medicina en Cuba, que consiste en llevar las clases a los policlínicos y a los consultorios, pero la universidad no estaba preparada para eso, y los profesores "trasladaron" prácticamente su aula hacia el policlínico y el proceso docente continuó de igual manera.

La efectividad y eficiencia del médico de familia cubano se ha venido corroborando, en primer lugar en Cuba, como lo muestran los principales indicadores internacionales de salud alcanzados de forma progresiva y el nivel de desarrollo de la salud pública del país. En segundo lugar, por la calidad del trabajo y la satisfacción por la atención médica integral recibida de nuestros médicos

internacionalistas en los diferentes países donde se han desempeñado, tanto ante desastres naturales como a través de los convenios de colaboración.

Misión Barrio Adentro en la República Bolivariana de Venezuela

En Venezuela entre las décadas de los 80 y los 90 la salud pública había sido manejada con un modelo de gestión, organización y atención orientada a la enfermedad, con muy poco desarrollo del sector público y la expansión del sector privado de salud. Con ello se abandonaba cualquier aspiración a la universalidad en la prestación de los servicios públicos de salud y los programas sociales dejaron de desarrollarse.³⁴ Durante ese periodo la capacidad resolutive de la red asistencial se hizo críticamente insuficiente, mientras se incrementaba la marginalidad y la desigualdad social en la población: crecía exponencialmente la exclusión social a todos los servicios y en primer orden a la educación y la salud. En 1999, el 55 % del total de los médicos existentes en el país trabajan en los cinco estados de mayor ingreso per cápita de los 24 estados del país.

En el 2002 la Federación Médica Venezolana organizó un paro del gremio médico motivado por exigencias salariales. "El paro cerró la mayoría de los ambulatorios y hospitales públicos de Venezuela, lo que afectó la atención en salud del país y sobre todo en el área metropolitana de la Gran Caracas".³⁵ En enero de 2003, el alcalde del Municipio Libertador realizó una convocatoria a través de la prensa donde se anunciaban plazas de médicos para trabajar en un programa nuevo en los barrios. La Federación Médica presionó para que nadie se presentara.

Ante esta situación la alcaldía de Libertador en febrero de 2003 contactó con la Embajada de Cuba en Venezuela para solicitar la colaboración de la Misión Médica Cubana; es así como se firmó el Acuerdo de Cooperación Técnica con Cuba. Esta Misión venía trabajando en Venezuela desde diciembre de 1999, a raíz de la atención humanitaria prestada durante las inundaciones en el estado de Vargas.

En marzo de 2003 un equipo integrado por tres médicos cubanos llegó a Caracas para trabajar con el Instituto Municipal de Desarrollo Endógeno de Caracas (IDEL) en cómo desarrollar lo que entonces se llamó el Plan Barrio Adentro. El término "barrio adentro" proviene del concepto de entrar hacia el interior de los barrios marginales de Caracas. Así surgió la idea de hablar con las comunidades de los barrios, las que se fueron organizando en grupos, seleccionados en asambleas de vecinos, que constituyeron la semilla de los futuros comités de salud. Durante todo un mes se fueron creando las condiciones en diez parroquias del municipio Libertador, casa por casa, para el alojamiento y los consultorios para 50 médicos cubanos e iniciar el programa de la forma más rápida posible.³⁵

El 16 de abril llegaba el contingente médico solicitado y se iniciaba el Plan Barrio Adentro. Así, de forma progresiva continuaron llegando grupos de médicos que se fueron distribuyendo por otras parroquias y otros municipios de Caracas. Ante la expectativa e incredulidad de la población, los médicos cubanos se fueron adaptando muy bien a las marcadas dificultades de la vida en los cerros de Caracas, y convivieron con las comunidades en iguales condiciones, compartiendo lo que tenían. En diciembre de 2003, el Plan Barrio Adentro se constituyó como Misión Social mediante decreto presidencial. La Misión Barrio Adentro se extendió en 2004 a los estados de Zulia, Miranda, Barinas, Lara, Trujillo y Vargas, posteriormente al resto del país. Se abría así el camino hacia un cambio estructural en el acceso a la atención en salud para millones de venezolanos que hasta entonces habían estado excluidos de esa atención.³⁵

Como señalara Mirta Roses, Directora de la Organización Panamericana de la Salud:³⁶ "Barrio Adentro es en esencia Atención Primaria de Salud. Es decir, es una estrategia de estructuración y transformación de todo un sistema de salud... Aunque Barrio Adentro es un producto histórico venezolano, en mi opinión capitaliza de forma creativa la experiencia latinoamericana y mundial de 25 años de esfuerzos por transformar los sistemas de salud en base a la estrategia de APS. Aprende y aplica considerando los logros y fracasos que en muchos países se han producido en el intento de alcanzar Salud para Todos... Barrio Adentro es una innovación y contribución importante... Es estimulante por lo nuevo y lo audaz de sus planteamientos y prácticas, como por ejemplo la experiencia de la cooperación bilateral entre dos países hermanos a una escala inédita nunca antes vista...". Barrio Adentro forma parte del intercambio científico-técnico entre Venezuela y Cuba, es una alternativa de atención para todos los países.

Por tanto, ¿qué es Barrio Adentro? Es un sistema de atención integral de salud que, basado en la estrategia de atención primaria de salud, y en correspondencia con los principios de Alma Atá, garantiza la salud para todos los venezolanos, se constituye en el eje central del Sistema Público Nacional de Salud de la República Bolivariana de Venezuela. Su base operacional la constituye el Área de Salud Integral Comunitaria (ASIC), que integra, en un área territorial dada, las acciones de un grupo de consultorios populares con un centro médico de diagnóstico integral (CMDI), una sala de rehabilitación integral (SRI), un centro médico de alta tecnología (CMAT), una óptica, y un consultorio estomatológico.

A fines del año 2008 la Misión Barrio Adentro la integraban cerca de 14 000 médicos, todos especialistas, 2 900 estomatólogos, 2 500 licenciados en enfermería, 1 600 enfermeros técnicos y más de 7 500 técnicos, que laboraban de 591 ASIC, ubicadas en 1 084 parroquias, de 335 municipios, en los 24 estados del país.

El sistema de atención integral estaba compuesto, hasta ese momento, por: 6 531 consultorios populares, 420 CMDI, de los cuales 106 tienen salones de operaciones, 502 SRI y 18 CMDAT, donde se brindan acciones de promoción de salud, prevención de enfermedades, diagnóstico y tratamiento de los enfermos atendidos y servicios integrales de rehabilitación de la salud.

Esta red cubre a más de 20 millones de personas de una población total estimada en poco más de 26 millones de habitantes. En los años transcurridos se ha salvado la vida a más 286 612 venezolanos; se efectuaron en los consultorios populares un promedio de 2 consultas anuales por habitante; en los CMDI desde mayo de 2005 se han atendido más de 19,6 millones de personas, habiendo sido resueltos cerca de 8 millones de espejuelos; se han rehabilitados en las SRI una cifra similar de venezolanos; en los CMAT se han efectuado desde febrero de 2006, más de 4,6 millones de estudios diagnósticos especializados. Toda esta atención de salud se ha brindado de forma gratuita y a todos los que la han solicitado.

Toda esta red de atención integral de salud ha asumido, a su vez, la responsabilidad de formar los recursos humanos que requiere el Sistema Público Nacional de Salud de Venezuela.

La formación médica en Venezuela en el primer lustro del milenio

¿Qué problemas estaba confrontando la formación de médicos en Venezuela? Escasamente se llegaban a graduar alrededor de 2 000 médicos anualmente. Y por otra parte esta formación presentaba las características siguientes:³⁷

-La práctica médica se basaba en un modelo de atención centrado en la enfermedad y lo curativo, de profunda dependencia tecnológica y altos costos, con el subsiguiente abandono de los programas preventivos e inexistencia de programas de promoción de la salud.

-Predominio del modelo conceptual biologicista y medicalizado.

-La irrupción vertiginosa y desproporcionada de una red de clínicas y consultorios privados, con muy escaso desarrollo de la red de servicios del primer nivel de atención de salud.

-La creciente disminución y "elitización" de la matrícula de nuevo ingreso.

-Formación circunscrita al aula casi por completo, con pocas prácticas profesionales, concentradas a veces en los últimos años de la carrera y realizadas, casi exclusivamente, en los hospitales.

-Pobre relación entre las instituciones formadoras y los servicios, con la desvinculación de los estudiantes con la realidad de las comunidades.

-Formación de profesionales con escasa sensibilidad social, poca capacidad resolutoria, transformadora, y con propensión a la mercantilización y deshumanización de la atención médica.

-Desarticulación entre la formación de los recursos humanos y las necesidades de salud crecientes de la población.

Por otra parte: "La experiencia vital de convivencia de médicas, médicos y otros profesionales de Barrio Adentro se ha traducido en una fuerte demanda de las comunidades para que se formen médicos venezolanos y venezolanas con las mismas características de compromiso social que el personal cubano...La meta es formar... un total de 20 000 médicos, todos con alta sensibilidad social y competencia profesional, que trabajen por y con la comunidad, para incorporarlos al nuevo Sistema Público Nacional de Salud a través de la Misión Barrio Adentro en todo el país".³⁸

Ya la población venezolana había hecho su encargo social del tipo de médico que se debía formar.

Programa Nacional de Formación en Medicina Integral Comunitaria

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

Sin lugar a duda, el reto planteado se tenía que abordar desde la perspectiva de un cambio curricular y sobre la base de la innovación docente. Para enfrentar el cambio curricular el equipo de profesores cubanos tenía la experiencia de trabajar en el modelo de diseño curricular preconizado por el Profesor Ilizástigui Dupuy F.³⁹ utilizado desde la década de los 80, estipula que todo diseño tiene que determinar, a partir del encargo social, el modelo del profesional a formar, los problemas de salud que debe ser capaz de diagnosticar y actuar, las competencias profesionales que requiere construir para ello, así como el sistema de objetivos educativos terminales, que nos indican el rumbo didáctico a seguir.

Pero ¿qué se entendía por innovar en la docencia? Se compartió el criterio de Cornet Calveras A⁴⁰ de que: "la innovación es el arte de aplicar, en condiciones nuevas, en un contexto concreto y con un objetivo preciso las herramientas técnicas, científicas, metodológicas, a nuestro alcance".

Se realizó una amplia búsqueda bibliográfica sobre el papel, reflexiones y criterios de diferentes instituciones médicas del mundo,⁴⁰⁻⁴² las experiencias cubanas y venezolanas, así como se tuvo en cuenta de manera especial dos documentos internacionales: los estándares internacionales para la educación médica de pregrado de la Federación Mundial para la Educación Médica⁴³ y los Requisitos globales mínimos esenciales en educación médica, del Instituto para la Educación Médica Internacional.⁴⁴

Después de múltiples sesiones de trabajo se determinaron, como **bases para el diseño** del nuevo programa, las siguientes:

- Garantizar el enfoque humanista, integral y biopsicosocial de la medicina.
- Fusión de la asistencia y la docencia, sobre la base de la estrategia de APS.
- Los escenarios principales de la formación serían el consultorio popular y la comunidad, con la participación progresiva de otras instituciones y servicios de salud del territorio.
- Vinculación del estudiante a la medicina familiar y comunitaria desde el 1º año de la carrera.
- Desarrollar en los educandos valores morales, éticos, profesionales, así como adecuadas actitudes y comportamientos ciudadanos.
- Establecer el carácter director del proceso formativo del sistema de objetivos educativos.
- Integración de los contenidos de las ciencias básicas biomédicas y de las ciencias básicas sociomédicas, tanto horizontal como verticalmente, partiendo de unicidad del ser humano.
- Vinculación teórico práctica e integración básico-clínica y clínico-básica de los contenidos de las unidades curriculares, tomando como eje los principales problemas de salud identificados.
- Establecer como estrategia docente del programa, la interrelación entre la orientación de la actividad, la consolidación de los conocimientos y habilidades, y la evaluación de los resultados del aprendizaje. Conlleva la asignación de tareas que debe cumplir en el proceso docente que se desarrolla en el consultorio (comunidad)

y en su trabajo independiente, todo lo que se complementa con el estudio independiente.

-El especialista en Medicina General Integral que labora en el consultorio popular será el profesor principal a lo largo de toda la carrera, apoyado por otros profesores, sobre la base fundamentalmente de su ejemplo profesional y personal.

-Superar científica, didáctica y metodológicamente al claustro de profesores, para que desempeñen su nuevo rol integral: atencional, formador, investigador y administrador.

-Desarrollo de nuevos roles en los componentes personales del proceso formativo: el educando como agente activo, constructor de su aprendizaje y el profesor como orientador, guía y tutor de su desarrollo.

-Aplicación de métodos activos de enseñanza aprendizaje: aprender haciendo, con independencia cognoscitiva y creatividad.

-Desarrollo de una enseñanza basada en problemas didácticos y tareas docentes, en estrecha interdependencia con los problemas de salud reales del entorno atencional-docente.

-Empleo de individuo, la familia y la comunidad como el principal recurso para el aprendizaje, complementado con modernos medios audiovisuales, informáticos, así como el empleo, con este fin, de los medios de diagnósticos existentes.

-Estructurar un sistema de evaluación que integre la evaluación formativa con la evaluación certificativa.

-Organizar un sistema de evaluación curricular, sistemática, bajo la metodología de la investigación-acción, que acompañe todo el proceso de diseño e implementación del Programa y posibilite, desde la propia marcha, ir efectuando el ajuste y perfeccionamiento sistemático y periódico del currículo y sus documentos normativos. Evaluar progresivamente el impacto del Programa de Estudio.

-Garantizar, mediante un Curso Introductorio a las Ciencias Médicas (Premédico), un proceso de preparación previa, nivelación y actualización de conocimientos, fundamentalmente en Biología, Química y Lengua española, así como en el manejo de las Técnicas de Estudio. Debe aprobar este curso para poder iniciar los estudios de la carrera.

Se constituyeron diferentes grupos de trabajo, que en primer orden procedieron a diseñar el macrocurrículo del Programa; se identificaron los 205 principales problemas de salud del país, así como sus niveles de actuación y se confeccionó el mapa o malla curricular de la carrera.

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

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

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

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

A su vez se inició una edición de la Maestría en Educación Médica para un grupo de directivos y profesores a nivel de municipio, estado y nación, a fin de prepararlos para lograr una mejor ejecución, dirección y control del proceso formativo.

Se trajeron de la red de facultades de medicina de Cuba 60 profesores de las diferentes ciencias básicas biomédicas. Un grupo de ellos se dedicó al diseño de la disciplina Morfofisiología Humana, mientras que la mayoría fue ubicada en los diferentes estados del país, con el fin de dirigir, asesorar y controlar la preparación científica de los profesores.

Así se empezó, estado por estado, municipio por municipio, parroquia por parroquia, reuniones con todos los cooperantes seleccionados inicialmente como posibles profesores, dándoles los materiales, guiándolos y controlando su avance. Cada uno de los trimestres del curso tiene un programa previo de preparación y los docentes tienen que demostrar que poseen los conocimientos y la capacidad para impartir dicha unidad curricular. A esta labor se dedicaron fundamentalmente ese grupo de profesores. Una vez iniciado el curso, estos profesores trabajan también como asesores metodológicos del proceso formativo, controlando, analizando, recomendando acciones y evaluando, en fin, su desarrollo.

Con todos estos elementos preparatorios, la confección del macrocurrículo, el mapa curricular y los principales elementos normativos generales, se procedió a la confección del microcurrículo, de cada unidad curricular de forma progresiva, de acuerdo con el calendario general de la carrera.

En general, los **principios de este Programa formativo** son los siguientes:

- La "Universidad Barrio Adentro" es una concepción y no una edificación, ya que existe y se desarrolla en cada uno de los lugares en que se produce el proceso asistencial formativo.
- Garantizar la formación de un Médico Integral Comunitario que tenga como base el modelo del médico cubano que trabaja en la Misión Barrio Adentro.
- El profesor responsable de la formación de este médico es el especialista de MGI, que responde de manera integral por la formación en ciencias básicas y para el trabajo clínico, social y comunitario.
- La estrategia docente empleada fundamenta la necesaria vinculación de la teoría con la práctica en los servicios de salud, donde se logra la fusión de la educación y práctica médicas, sustentada en el ejemplo del profesor, que funge como maestro y guía a imitar durante todo el proceso de formación. Ello posibilita el desarrollo temprano de competencias clínicas y la formación de valores propios de una práctica humanista y social que tipifican a este médico.
- Empleo de métodos activos, participativos y grupales, así como de variados recursos para el aprendizaje, que tienen como eje fundamental las situaciones reales o simuladas del proceso de salud-enfermedad, tanto individual como colectiva, cuenta con el apoyo de otros medios de enseñanza y aprendizaje:

computadoras, modelos, videos didácticos, así como los medios diagnósticos del Centro Médico de Diagnóstico Integral y del Centro Médico de Alta Tecnología, fundamentalmente.

- Las formas organizativas que se utilizan son: el encuentro docente, la práctica docente, la consulta docente, la actividad científico estudiantil, la práctica preprofesional y el trabajo independiente. El encuentro docente comprende las modalidades: clase encuentro, clase práctica, el taller y el seminario integrador. La clase encuentro se estructura en tres momentos: a) De orientación, b) De consolidación y c) De evaluación.

- En la práctica docente es donde se vinculan los contenidos teóricos recibidos con los principales problemas de salud comunitaria de la práctica médica y se desarrollan en los diferentes escenarios docente-asistenciales: consultorio popular, centro médico diagnóstico integral, sala de rehabilitación integral, centro médico de alta tecnología y la propia comunidad. En esta forma organizativa es donde se logra la fusión entre la asistencia y la educación médica, sobre la base del ejemplo del profesor.

- Para el encuentro docente, la consulta docente, la autopreparación y el trabajo independiente, se cuenta en el aula multipropósito del Núcleo Docente con: recursos audiovisuales e informáticos, así como la bibliografía impresa con alto nivel de actualización científica.

A lo largo del proceso de diseño del Programa se fueron identificando las competencias que estos educandos tenían que ser capaces de construir durante la carrera. El equipo partió del criterio de que la competencia profesional en salud comporta e integra el conjunto de capacidades (conocimientos, habilidades y destrezas) desarrolladas a través de los procesos educacionales (formación académica y educación permanente) y la experiencia laboral alcanzada, sobre la base de los valores y actitudes conformados, que son aplicados para la identificación y solución de los problemas cotidianos que enfrenta en su práctica laboral en un área o servicio de salud determinado. La competencia, por tanto, no reside solo en las capacidades que una persona posee, sino en su movilización para resolver problemas. La competencia exige saber encadenar diferentes actuaciones y no sólo aplicarlas aisladamente.

Finalmente se identificaron un total de **20 competencias esenciales o clave**, ellas son:

a) Competencias generales:

1. Comunicación.
2. Actitud profesional, ética, moral y ciudadana.
3. Análisis e interpretación de informaciones.
4. Toma de decisiones para la solución de problemas con independencia y creatividad.
5. Interactuación social.
6. Trabajo en equipo.

7. Responsabilidad legal.

b) Competencias para la atención de salud:

8. Abordaje de problemas individuales y colectivos de salud: métodos clínico y epidemiológico.

9. Promoción de salud y prevención de enfermedades.

10. Clínicas y diagnósticas.

11. Conductas terapéuticas y rehabilitativas.

12. Ambientales.

c) Competencias para la docencia:

13. Didácticas, metodológicas y tecnológicas.

14. Educación social.

15. Autosuperación permanente.

d) Competencias para la investigación:

16. Aplicación de las bases del pensamiento científico.

17. Utilización de la metodología de la investigación científica.

e) Competencias para la gestión:

18. Participación social.

19. Administrativas: Planificación, organización, dirección y control.

20. Autoevaluación.

Las unidades curriculares

La Disciplina Morfofisiología Humana, comprende cuatro asignaturas, tres de ellas se imparten en el primer año de la carrera y la cuarta en este 2º año. Ellas integran los contenidos de ciencias básicas biomédicas, tales como: Anatomía Humana, Histología Normal, Embriología Médica, Fisiología Normal y Patológica, Biología Celular y Molecular, así como Genética e Inmunología.

Las Asignaturas Morfofisiopatología Humana I y II, que se imparten en el segundo año de la carrera, integran las áreas temáticas de las ciencias básicas de la clínica: Laboratorio Clínico, Imagenología, Parasitología, Microbiología, Anatomía Patológica, Genética e Inmunología, así como los principales procesos patológicos inmunitarios, hemodinámicos, de origen genético y neoplásicos.

Simultáneamente con las anteriores unidades curriculares se desarrollan las ciencias sociomédicas que se agrupan en este periodo en las disciplinas siguientes:

-Introducción a la Atención Primaria de Salud, que integra contenidos de: Salud Pública, Epidemiología, Psicología, Administración de Salud, Ética y Filosofía. Contempla además el módulo que conlleva el estudio de los Procederes Básicos, Diagnósticos y Terapéuticos más utilizados en la Atención Primaria de Salud con el objetivo que desde el inicio de la carrera los estudiantes desarrollen habilidades relacionadas con los mismos y sean capaces de realizarlos.

-Disciplina Salud Comunitaria y Familiar, que se desarrolla en el segundo y tercer años de la Carrera y que se nutre de contenidos esenciales aportados por las ciencias particulares de: Salud Pública, Higiene y Epidemiología, Administración de Salud, Bioestadística, Atención Primaria de Salud, Psicología, Ética y Filosofía, las que con un enfoque integrador contribuyen a la fundamentación científica de la práctica integral en salud.

-Disciplina Psicología, que brinda al estudiante los conocimientos básicos necesarios para la comprensión de los procesos psíquicos fundamentales que servirán para influir en el comportamiento de los individuos en el proceso salud enfermedad, así como la posibilidad de gestionar su propia salud. Integra contenidos esenciales aportados por las Ciencias Psicológicas, fundamentalmente de la Psicología General, Psicología Social, Psicología Médica y Psicología de la Salud.

-Disciplina Informática Médica, que se nutre de diferentes ciencias particulares, tales como Informática, Matemática, Física, Estadística Descriptiva y Bioestadística, entre otras, así como aborda la Metodología de la Investigación Científica, e incluye las temáticas de: manipulación, tratamiento de datos y elaboración de la información, así como los elementos esenciales de las estadísticas descriptiva y sanitaria.

-Introducción al pensamiento político latinoamericano, como asignatura que caracteriza el escenario de la formación y práctica médicas.

En el tercer año de la carrera se imparte la Disciplina Clínica, compuesta por las asignaturas Clínica I y II, que comprende la Propedéutica Clínica y la Semiología Médica, que se complementan con Farmacología I y Psicología Médica. En un segundo periodo se imparte Clínica III y IV (Medicina Interna), junto con Farmacología II.

En este año académico se imparte la asignatura Salud Comunitaria y Familiar III que comprende los temas que permiten al estudiante profundizar en la salud de las poblaciones y su importancia para poder interpretar la relación entre el estado de salud de la población y la estructura social, el desarrollo tecnológico, social, humano y el establecimiento de políticas estatales. La asignatura Salud Comunitaria y Familiar IV se dedica al estudio de la epidemiología de las enfermedades transmisibles, no transmisibles y otros daños a la salud.

En el cuarto año se imparten las Disciplinas de Ginecoobstetricia y Pediatría, que en ese año se dedica al estudio de los problemas de salud que afectan a la mujer, la mujer embarazada, la atención del niño y el adolescente normal y sus enfermedades más frecuentes, en la atención comunitaria de salud. La asignatura de Psiquiatría, se dedica al estudio, prevención y tratamiento de las enfermedades mentales y los trastornos del comportamiento, así como la relación médico-paciente y la comunicación mediante la entrevista para poder desarrollar el examen psiquiátrico e identificar los diferentes manifestaciones psicopatológicas, los

síndromes, el diagnóstico nosológico, diferencial y la conducta terapéutica integral de los trastornos mentales.

En este año se inicia la impartición de la Disciplina Atención Integral de Salud, cuyas asignaturas se distribuyen entre cuarto y quinto años de estudio, estudia la salud de las personas, la familia y la comunidad en equilibrio con su entorno desde una perspectiva integral, a la vez que se inicia el estudio del análisis de la situación de salud como investigación fundamental de la Atención Primaria encaminada a la identificación, priorización e intervención en los problemas de salud que afectan la salud de la comunidad, así como el estudio de los ambientes específicos: escolar, laboral, de instituciones de salud y recreacional, y su intervencionalidad con la salud. En ella se integran contenidos aportados por las ciencias sociales y de la salud que contribuyen a la fundamentación científica de la práctica médica integral.

En el quinto año se complementan las Disciplinas de Ginecoobstetricia y Pediatría con rotaciones hospitalarias. En la asignatura Intervención en Salud los estudiantes reciben los conocimientos y habilidades para diseñar estrategias de intervención que contribuyan al control o la solución de problemas de salud presentes en la comunidad, acciones indispensables en su futuro desempeño como médico integral comunitario.

Este año comprende también las asignaturas de Medicina Legal y Toxicología, Medicina de Desastres y Medicina Natural y Tradicional, así como se desarrollan las estancias de Cirugía General, Ortopedia y Traumatología, Medicina Física y Rehabilitación, Dermatología, Urología, Oftalmología, así como de Otorrinolaringología.

Durante el sexto año se desarrolla un internado de práctica preprofesional con rotaciones prácticas por: Medicina General Integral y las Áreas de Atención al Adulto, Atención al Niño, Atención a la Mujer y la Embarazada y el Área de Atención Quirúrgica.

La gestión universitaria

El proceso formativo es dirigido por la Comisión Nacional de Programa, donde se integran y relacionan las acciones de planificación, organización, dirección, monitoreo, control y evaluación del proceso formativo entre la Coordinación Nacional Docente de la Misión Barrio Adentro (Misión Asistencial-Formativa) y las Universidades bolivarianas participantes, conformando la Universidad "Barrio Adentro".

Esta Comisión Nacional se apoya en la Comisión Asesora Bolivariana Estatal de Salud (CABES) que coordina la dirección, ejecución y desarrollo del programa en cada estado venezolano. Esta comisión está integrada por un miembro de la Misión Sucre, (misión social que contribuye al desarrollo educacional del país), como representante del Ministerio de Educación Superior, un representante del Ministerio de Salud, un representante de la Coordinación Estatal de la Misión Barrio Adentro, un representante de la Universidad bolivariana que atiende ese territorio y representantes comunitarios.

La gestión académica del proceso formativo, tiene por tanto una estructura central, regional, estatal, municipal y de base, que garantiza su organización, desarrollo y control. La confección, actualización y seguridad de los expedientes académicos, así

como la emisión de todas las certificaciones corresponde a las Secretarías Docentes existentes nacional, regional y estatalmente.

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

El Programa de Formación del Médico Integral Comunitario fue aprobado oficialmente, a fines del año 2007, por el Consejo Nacional de Universidades de la República Bolivariana de Venezuela.⁴⁵

Principales resultados

En el curso académico 2008-2009 se impartieron los cuatro primeros años de la carrera. En julio del 2009⁴⁶ se contaba con una matrícula de 24 703 estudiantes, distribuidos en: 1º año: 4 262; 2º año: 4 566; 3º año: 5 697; y 4º año: 10 178, en los 24 estados, 317 municipios y 580 áreas de salud integrales comunitarias.

Los educandos son atendidos por 6 601 profesores, de los cuales el 70 % poseen categorías docentes principales de acuerdo con lo establecido por el Reglamento del Ministerio de Educación Superior de Cuba, y el resto se encuentra como aspirantes a su obtención. De forma progresiva se ha ido incorporando un grupo de profesores venezolanos, muchos de ellos graduados recientemente como especialistas por la Universidad "Barrio Adentro".

Se cuenta con un total de 5 400 consultorios populares acreditados docentamente y 958 aulas multipropósitos, en correspondencia con las normas confeccionadas por la Comisión Nacional que toma en consideración la cantidad y preparación del profesor, las instalaciones y los recursos docente-asistenciales, los medios audiovisuales e informáticos existentes en dichos escenarios. Participan en el proceso formativo unos 498 Centros Médicos de Diagnóstico Integral (la mayoría con servicios de urgencia y emergencia médica y salas de terapia intensiva), 26 centros médicos de alta tecnología y 554 salas de rehabilitación integral.

Semanalmente los profesores metodólogos-asesores de cada estado y región realizan visitas de supervisión y asesoramiento a las diferentes ASIC y sus núcleos docentes para controlar la marcha del proceso formativo, cuyos resultados se analizan en sus diferentes niveles. Semestralmente se realiza a cada estado una visita de supervisión integral -asistencial formativa- por un equipo multidisciplinario de la Coordinación Nacional de Docencia de la Universidad "Barrio Adentro". Los resultados se analizan en cada institución, municipio y estado; así como en las reuniones que periódicamente se efectúan de la Comisión Nacional del Programa, así como con los Coordinadores Docentes Estadales.

A fines del primer semestre del año 2008 se desarrolló una evaluación curricular para valorar la marcha del Programa Nacional de Formación. Se siguieron los principios de la investigación-acción y se emplearon modelos investigativos cuantitativos. Del universo docente nacional se seleccionó una muestra conformada por 124 núcleos docentes (12,1 %), de 108 ASIC (18,4 %) en los 24 estados del país, donde participaron 57 profesores preparados al respecto, integrados en 8

equipos, que visitó cada estado entre 3 a 5 días, según la magnitud de las instituciones a visitar.

Se aplicó una guía de observación para evaluar la disciplina, orden interior y exterior, higiene y seguridad de cada institución; se visitaron y evaluaron 124 actividades docentes impartidas en esos días, se encuestaron 1 199 profesores (15 %), 2 552 estudiantes (12 %) y 1 988 ciudadanos que concurrieron a recibir los servicios (1: 10 000); se entrevistaron de forma grupal 1 277 profesores y 2 594 estudiantes; se aplicó un examen comprobatorio de conocimientos sobre los contenidos impartidos hasta la semana anterior de la visita, de forma sorpresiva, a 7 806 estudiantes de 1º, 2º y 3º años de la carrera (37 %).

Entre los **principales resultados** obtenidos, tenemos:

-Los estudiantes aprenden, ejecutan acciones y desarrollan nuevos valores en los espacios asistenciales-formativos de la Universidad "Barrio Adentro". Ha habido un cambio en sus actitudes y modos de actuación, familiarizándose con las competencias propias de la profesión.

-Los estudiantes se sienten satisfechos con el desarrollo del Programa y el aprendizaje alcanzado y consideran que en ello ha influido el ejemplo de los profesores en todas las actividades que realizan.

-Los estudiantes consideran de forma muy positiva el nivel de integración de conocimientos logrados en Morfofisiología Humana y en Morfofisiopatología Humana, porque les facilita su comprensión y aprendizaje.

-Se verificó el desarrollo en los educandos de valores éticos, morales y humanísticos en las encuestas, entrevistas y observaciones realizadas.

-Hay motivación de los estudiantes por la carrera y están comprometidos con el Programa.

-El impacto del rol jugado por el ejemplo de los profesores, en los diferentes escenarios formativos ha contribuido decisivamente al desarrollo de principios y valores en los estudiantes que tipifican la práctica humanista y social de la medicina, lo que ha permitido la transformación de sus actitudes y modos de actuación en relación con la profesión.

-Se comprobó el buen desarrollo alcanzado por los profesores, profesional y didácticamente, los que están satisfechos con el Programa que imparten.

-El trabajo metodológico realizado en los núcleos docentes visitados y las guías metodológicas confeccionadas han contribuido a los resultados académicos obtenidos.

-Hay un buen nivel de satisfacción de la población con los servicios atencionales que reciben y con la participación que ellos tienen los estudiantes del Programa.

-Los resultados de la Promoción Final del primer año fue de un 82 %, obtuvieron resultados cualitativamente superiores el 43 % de los estudiantes.

-La promoción final del segundo año fue del 94 %, manteniendo un promedio similar de calidad en los resultados.

-El examen comprobatorio de conocimientos aplicado sorpresivamente obtuvo resultados satisfactorios con el 57 % de aprobados, lo que está por encima de lo esperado para este tipo de examen.

-Los recursos humanos, así como la infraestructura, los recursos materiales y económicos con que cuenta el programa garantizan su desarrollo.

-Existe orden interior y exterior, disciplina e higiene en las instituciones y unidades visitadas.

-Se verificó una gestión académica efectiva, sustentada en la actividad y capacitación de los directivos, el proceso de superación profesoral, el trabajo metodológico realizado y el proceso sistemático de monitoreo y control del proceso formativo, lo que ha permitido adoptar en cada momento las decisiones requeridas.

-El desarrollo de estrategias atencionales y formativas colegiadas, uniformes y únicas a todos los niveles de dirección del Programa, han sido la base de la fusión asistencial y formativa lograda.

-Se constató la influencia positiva de los procesos formativos en el incremento de la calidad de los servicios de atención integral de salud que recibe la población en los diferentes territorios.

Entre los **principales problemas** detectados se pueden significar:

-Dificultades con el inmueble y mobiliario de algunas aulas multipropósitos y su inadecuada seguridad para con los recursos en ellas existentes.

-Dificultades con el acceso a Internet en las aulas multipropósitos.

-Poca experiencia docente en los profesores de reciente incorporación, que acaban de iniciar su plan de superación.

-Los medios diagnósticos no se emplean en todo su potencial como medios de enseñanza, ni con la frecuencia necesaria.

-Dificultades en el manejo de los diferentes métodos de simulación y poco empleo de los modelos anatómicos por los profesores.

-Los profesores no siempre logran la integración de los contenidos de las asignaturas que imparten, tal y como está establecida en las guías orientadoras.

-Hay que seguir elevando la calidad y utilidad de las reuniones metodológicas.

-La necesidad de realizar las actividades atencionales junto con las formativas, así como la impartición de las diferentes unidades curriculares, hace insuficiente el tiempo disponible por los profesores para la preparación de sus actividades.

-Se debe perfeccionar la selección de los estudiantes, así como la calidad y rigor del Curso Premédico.

-Los estudiantes aún no aprovechan al máximo las posibilidades que tienen las prácticas docentes en el consultorio y la comunidad.

-Aún se mantienen en los estudiantes rasgos negativos en relación con sus actitudes y valores, tales como: egoísmo, individualismo, falta de solidaridad, lo que conlleva dificultades en las relaciones interpersonales de los grupos estudiantiles.

-Existe aún poca motivación estudiantil para las actividades y eventos científicos.

A partir de esta experiencia y de los resultados obtenidos, un Programa con similares bases organizativas y principios formativos, se está realizando simultáneamente en Cuba, aunque adecuado a las características de su entorno. Para ello,⁴⁶ se han acondicionado 36 instituciones con sus policlínicos, denominadas policlínicos facultades, donde actualmente estudian 11 643 estudiantes del primero al cuarto años de la carrera y 775 estudiantes del Curso Premédico, provenientes de 32 países (que incluye a 78 estudiantes cubanos). Estos estudiantes son atendidos por 708 profesores especialistas en Medicina General Integral, con experiencia previa docente en la impartición del Programa de Medicina Integral Comunitaria en Venezuela. También se ha verificado a fines del pasado año, con una investigación similar, un alto grado de satisfacción por el desarrollo del programa y con los resultados obtenidos.

CONCLUSIONES

El Programa Nacional de Formación del Médico Integral Comunitario se encuentra en el cuarto curso de implementación. Se evalúa de forma parcial, semestral y anualmente, adoptándose en cada caso las medidas correspondientes. Se prevé la realización de una evaluación curricular completa del Programa dentro de 2 cursos y al año de culminada su primera graduación, a fin de valorar su impacto y realizar su correspondiente perfeccionamiento.

Este modelo formativo **posibilita**:

-La organización de un plan de formación masiva de médicos, descentralizado, con equidad, rigor y calidad científica, que garantiza el cumplimiento de los estándares internacionales, bajo las bases de la globalización de la solidaridad y la cooperación entre países. Ello requiere la voluntad política de los países implicados.

-Concretar un nuevo paradigma que logra fusionar la atención de salud y los procesos formativos integrales, bajo los principios de la estrategia de atención primaria de salud, y de los principios didácticos y humanísticos requeridos en este Siglo XXI, que es útil para garantizar la formación de los médicos que necesitan los países en vías de desarrollo.

-La formación de un médico que se vincula y compromete desde el primer año con la salud familiar y comunitaria, aprende bajo la concepción de la integralidad del individuo como unidad psicobiológica y como ser social, que se forma en interrelación con el mundo que lo rodea y su medio ambiente, aprendiendo mientras actúa, donde va construyendo de forma gradual y progresiva las competencias profesionales en interacción con los principales problemas de salud, en los diferentes escenarios comunitarios y hospitalarios establecidos.

-Que un profesor principal, especialista en medicina general integral (medicina familiar y comunitaria), con experiencia asistencial y preparado científica, metodológica y en educación médica, es capaz de garantizar la formación del

médico integral comunitario bajo el principio de su ejemplo ético, humano, ciudadano y profesional.

La evaluación curricular efectuada, bajo los métodos de la investigación-acción ha verificado el desarrollo exitoso del Programa Formativo y el alto grado de satisfacción que el mismo tiene entre los directivos, profesores y estudiantes, así como en la población de la República Bolivariana de Venezuela.

Estos resultados, obtenidos durante más de dos años, han propiciado la extensión de este modelo a un nuevo Programa Formativo en Cuba.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rojas Ochoa F. Pasado, presente y futuro en el Desarrollo Humano. ENSAP: Temas Actualizados de la Salud. [CD-ROM]. La Habana: GIESP ENSAP; 2003.
2. Sen Amartya. Macroeconomía y Salud: Invertir en Salud en pro del Desarrollo Económico. Ginebra: OMS; 2002. [citado 4 Jul 2006]. Disponible en: http://www3.who.int/whosis/cmh_report/
3. Agencia de las Naciones Unidas para el Fondo de Población. El Estado de la Población Mundial, UNFPA; 2002. Población, pobreza y oportunidades. [citado 4 Jul 2006]. Disponible en: http://www.unfpa.org/swp/2002/swpman_spa.htm
4. Organización Mundial de la Salud. Macroeconomía y Salud: Invertir en Salud en pro del Desarrollo Económico. Ginebra: OMS; 2002. [citado 4 Jul 2006]. Disponible en: http://www3.who.int/whosis/cmh_report/
5. President and Fellows of Harvard Collage. Human Resources for Health. Overcoming the crisis. Joint Learning Initiative. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press; 2004.
6. Mahler HT. Algunas reflexiones sobre liderazgo y equidad en salud. En: González García G. Hacia un cuidado integral de la salud para la equidad: de Alma Atá a la Declaración del Milenio. Conferencia Internacional de Salud para el Desarrollo: "Derechos, hechos y realidades". 1ª ed. Rossen M (ed). Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2007. p. 98-103.
7. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma Atá. Declaración Final, 12 septiembre de 1978. En: Bibliografía del Diplomado I de Dirección en Salud. [CD-ROM]. La Habana: GIESP ENSAP; 2004.
8. Borroto Cruz R, Lemus Lago ER, Aneiros-Riba R. Atención Primaria de Salud y Medicina Familiar. Biblioteca de Medicina Volumen XXXIV, La Paz: Universidad Mayor de San Andrés; 1998.
9. González García G. Prólogo. En: González García G. Hacia un cuidado integral de la salud para la equidad: De Alma Atá a la Declaración del Milenio. Conferencia Internacional de Salud para el Desarrollo: "Derechos, hechos y realidades". 1ª ed. Rossen M (ed). Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2007.
10. Colectivo de autores. El pensamiento ideológico de Alma Atá. 2003. Bibliografía del Diplomado I de Dirección en Salud. [CD-ROM]. La Habana: GIESP ENSAP; 2004.

11. González García G. La estrategia de Atención Primaria de la Salud como Instrumento para la Inclusión Social. En: González García G. Hacia un cuidado integral de la salud para la equidad: De Alma Atá a la Declaración del Milenio. Conferencia Internacional de Salud para el Desarrollo: "Derechos, hechos y realidades". 1ª ed. Rossen M (ed). Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2007. p. 114-123.
12. Declaración de Buenos Aires 30-15. "Hacia una Estrategia de Salud para la Equidad, basada en la Atención Primaria. En: González García G. Hacia un cuidado integral de la salud para la equidad: De Alma Atá a la Declaración del Milenio. Conferencia Internacional de Salud para el Desarrollo: "Derechos, hechos y realidades". 1ª ed. Rossen M (ed). Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2007.
13. Salas Perea RS. La identificación de necesidades de aprendizaje en salud. Educ Med Super. 2003;17(1):25-38.
14. Brito PE. Cambios laborales en el sector salud y procesos de reforma sectorial. En: Irigoín M, Vargas F. Competencia laboral. Manual de conceptos, métodos y aplicaciones en el Sector Salud. Montevideo: CINTERFOR, OIT, OPS; 2002.
15. Rossen M, Sonis A, Rivero T, Brangold (h) M. Síntesis de Relatorías de las Sesiones Técnicas. Eje Recursos Humanos en Salud para el Nuevo Milenio. En: González García G. Hacia un cuidado integral de la salud para la equidad: De Alma Atá a la Declaración del Milenio. Conferencia Internacional de Salud para el Desarrollo: "Derechos, hechos y realidades". 1ª ed. Rossen M (ed). Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2007. p. 164-167.
16. Flexner A. Medical Education in the United States and Canada. A Report to the Carnegie Foundation for the advancement of Teaching. Bulletin No.4. Boston, Massachusetts: Updyke; 1910.
17. Ubieta Gómez E. Venezuela Rebelde. Solidaridad vs. Dinero. Capítulo III. La Habana: Casa Editora Abril; 2006. P. 201-207.
18. World Federation for Medical Education. World Conference on Medical Education. Report, Edingurgh 7-12 August; 1988.
19. World Health Organization. Ministerial Consultation for Medical Education in Europe. The Lisboa Initiative; 1998.
20. Walton HL. Proceedings of the World Summit on Medical Education. Medical Education. 1993;28(Supp 1):140-9.
21. Declaración de Santa Fe de Bogotá, 1995. En: Curso Introductorio. Maestría en Educación Médica. [CD-ROM]. La Habana: GIESP-CDS; 2005.
22. Declaración de Rancho Mirage, 1997. Educ Med Super. 2000;14(1):97-100.
23. Federación Mundial para la Educación Médica. Informe del Grupo de Trabajo de la para la Definición de Estándares Internacionales para la Educación Médica de Pregrado. Copenhague, 14-16 de octubre de 1999. Educación Médica. 2000;3(4):158-69.
24. Declaración de Granada, 2001. Educación Médica. 2002;5(1):9-11.

25. Declaración de Sevilla, 2002. I Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. [citado 20 Mar 2007]. Disponible en: http://www.pacap.net/es/publicaciones/pdf/comunidad/5/documentos_declaracion.pdf
26. Asamblea General de la Asociación Médica Mundial, Pilanesberg, Sudáfrica, Octubre 2006. [citado 20 Ene 2008]. Disponible en: <http://www.wma.net/s/policy/e15.htm>
27. Palés JL, Rodríguez de Castro F. Retos de la formación médica de grado. Educ. méd. Barcelona. 2006;9(2). [citado 5 Oct de 2007]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=/sci_issue&pid=1575-1813&lng_es&nrm=iso
28. Castro Ruz F. La Historia me Absolverá. La Habana: Editorial de Ciencias Sociales; 1983.
29. Colectivo de autores. El Pensamiento de Fidel en la Salud y la Medicina Familiar Cubana; 2003. En: Bibliografía del Diplomado I de Dirección en Salud. [CD-ROM]. La Habana: GIESP ENSAP; 2004.
30. Castro Ruz F. Discurso pronunciado en el acto conmemorativo del 40 Aniversario del ICBP "Victoria de Girón", 17 agosto 2002. [citado 10 Jun 2006]. Disponible en: <http://www.cuba.cu/gobierno/discursos>
31. Cuba, Ministerio de Salud Pública. Unidad Central de Cooperación Médica. [Documento de trabajo]. La Habana; 2007.
32. Castro Ruz, F. Reflexiones del Comandante en Jefe. Lula (cuarta y última parte). 1 de febrero de 2008 [citado 23 Feb de 2008]. Disponible en: <http://www.granma.cubaweb.cu/2008/02/01/index.html>
33. Cuba. Ministerio de Relaciones Exteriores. Datos estadísticos. [Documento de trabajo]. 19 de marzo de 2008.
34. Organización Panamericana de la Salud. Barrio Adentro: Derecho a la salud e inclusión social en Venezuela. Capítulo 1. Caracas: OPS/OMS para Venezuela; 2006. p. 7-19.
35. Organización Panamericana de la Salud. Barrio Adentro: Derecho a la salud e inclusión social en Venezuela. Capítulo 2. Caracas: OPS/OMS para Venezuela; 2006. p. 23-43.
36. Roses Periago M. Organización Panamericana de la Salud. Barrio Adentro: Derecho a la salud e inclusión social en Venezuela. Presentación. Caracas: OPS/OMS para Venezuela; 2006.
37. Venezuela. Misión Barrio Adentro. Coordinación Nacional de Docencia. Programa Nacional de Formación en Medicina Integral Comunitaria. [CD-ROM]. Caracas: Informática de la Misión Médica Cubana (IMIMEC); 2005.
38. Organización Panamericana de la Salud. Barrio Adentro: Derecho a la salud e inclusión social en Venezuela. Capítulo 4. Caracas: OPS/OMS para Venezuela; 2006. p. 73-77.

39. Ilizástigui F, Calvo I, Douglas R. El Programa Director de la Medicina General Integral para el Médico General Básico (Folleto). La Habana: Ministerio de Salud Pública; 1985.
40. Cornet Calveras A. Nuevos planteamientos didácticos: ¿Al innovar en docencia, mejoramos el aprendizaje? Educ. méd. Barcelona. 2006;8(supl.1) [citado 5 Oct 2007]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=/=sci_issue&pid=1575-1813&Ing_es&nrm=iso
41. Rozman C. Reflexiones sobre la universidad en el ámbito biomédico. Educ. méd. Barcelona dic. 2005;8(4). [citado 5 Oct 2007]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=/=sci_issue&pid=1575-1813&Ing_es&nrm=iso
42. Escayola Maranges AM. A las puertas del cambio en la Formación Universitaria. Educ. méd. Barcelona. 2005;8(2). [citado 5 Oct 2007]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=/=sci_issue&pid=1575-1813&Ing_es&nrm=iso
43. Wojtczak A. El papel de la Educación Médica Básica en la preparación para el Desarrollo Profesional Continuo. Educ méd. Barcelona dic. 2006;9(4^a). [citado 5 Oct 2007]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=/=sci_issue&pid=1575-1813&Ing_es&nrm=iso
44. Instituto para la Educación Médica Internacional (IIME). Requisitos globales mínimos esenciales en educación médica. Educ méd. Barcelona jul.-set. 2003;6(supl.2). [citado 24 Abr 2008]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=/=sci_issue&pid=1575-1813&Ing_es&nrm=iso
45. República Bolivariana de Venezuela. Consejo Nacional de Universidades. Secretariado Permanente. Resolución N° 190, Caracas, 03 de diciembre de 2007. Gaceta Oficial. Año CXXXV, Mes III, Número 38.8. Caracas, lunes 17 de diciembre de 2007.
46. República Bolivariana de Venezuela. Misión Médica Cubana. Boletín Informativo de la Coordinación Nacional de Docencia. Julio 2009. Disponible en: <http://190.202.102.245/mic>

Recibido: 29 de noviembre de 2009.

Aprobado: 3 de diciembre de 2009.

Dr. *Eugenio Radamés Borroto Cruz*. Escuela Nacional de Salud Pública. Calle I No. 202 esquina a Línea. El Vedado. CP: 10 400. La Habana, Cuba. Correo electrónico: rborroto@infome.sld.dcu