

ARTÍCULO

Formación de médicos en el mundo. Qué distingue a Cuba

Cuba's Distinctive Role in International Physician Training

Dr. C. Juan Vela Valdés¹

Escuela Nacional de Salud Pública, La Habana, Cuba. jvela@infomed.sld.cu

RESUMEN

Se analiza la situación actual de la educación médica en el ámbito mundial, latinoamericano, caribeño y nacional, y su condicionamiento por las características de la práctica médica imperante en cada país. Se empleó el método histórico-lógico al investigar los sucesos y acontecimientos en su proceso de nacimiento y desarrollo. Las técnicas fundamentales utilizadas fueron entrevistas a expertos del primer nivel de dirección en la formación de médicos y la revisión bibliográfica de los principales documentos acerca de la formación en esa carrera a nivel internacional. Se analiza la bibliografía reciente sobre la estrategia de la atención primaria de salud como escenario docente y resalta las características de la formación en distintas regiones del mundo y en Cuba. El trabajo aporta nuevos conocimientos acerca de las transformaciones necesarias de la educación médica para los países del mundo en desarrollo y su diferencia con Cuba.

Palabras clave: formación de médicos, estructura socioeconómica.

ABSTRACT

1 13

¹ Fue rector de la Universidad de Camagüey, del [Instituto de Ciencias Médicas de La Habana](#) y de la Universidad de La Habana; ministro de Educación Superior y director nacional de Docencia Médica Superior del Ministerio de Salud Pública. Actualmente se desempeña como profesor titular en la Escuela Nacional de Salud Pública y miembro del International Council of Science (ICSU).

The present situation of medical training both in Cuba and abroad is evaluated, considering each country's medical practice standards. The historic and logical method was used in the study to investigate the events and developments from its origin and evolution. The main techniques used were interviews to top management experts in medical training, and literature review of the main documents that make reference to the medical degree studies, internationally. The recent literature on primary health care as a teaching scenario was reviewed, highlighting the particular features of medical education in different areas of the world and Cuba. This paper provides new knowledge about necessary transformations in medical education for developing countries, and their distinctive features in relation to Cuba.

Key words: medical training, socio-economic structure.

INTRODUCCIÓN

La importancia social de la formación de médicos fue incentivo para acometer la investigación que dio lugar a este artículo. El lector podrá encontrar —organizados cronológicamente y en diferentes espacios geográficos—, los hitos más relevantes de este quehacer formativo, desde la primera década del pasado siglo a la actualidad. Información de disímiles procedencias han sido analizadas por el autor, hasta llegar a este este producto informativo que puede resultar de utilidad en estudios sobre educación en las ciencias médicas.

DESARROLLO

Educación médica mundial

Para conocer el decursar de la política de formación de médicos en Cuba es preciso analizar el escenario mundial con respecto a las políticas educacionales y sus objetivos. En esta investigación se asume que las políticas de formación de médicos están vinculadas a la prestación de servicios que contribuyan a mantener el nivel de salud de la población.

Sin embargo, las características de las políticas sociales dominantes en el mundo no buscan la igualdad social, sino que engendran la inequidad y perpetúan la pobreza. En este entorno neoliberal con muy pocas oportunidades de intercambiar y coordinar acciones entre los responsables de las políticas educativas y los de las políticas de salud se desarrolla la educación médica mundial, separada de los servicios de salud.

A inicios del siglo pasado, la Asociación Médica de los Estados Unidos de Norteamérica solicitó a la Fundación Carnegie que realizara un estudio sobre la educación médica en ese país, el cual luego se extendió a Canadá. Dicho examen fue dirigido por Flexner (1910), quien analizó la situación de 155 escuelas y facultades de medicina. En el informe estableció un modelo de diseño curricular que estructuraba las asignaturas en tres grandes agrupaciones: ciencias básicas, preclínicas y clínicas; además, abogó por la docencia científica, por el desarrollo de los laboratorios de ciencias básicas y la investigación experimental, por impartir la docencia al lado del paciente en hospitales de alta tecnología. Es interesante advertir cómo el impacto del modelo educativo recomendado por Flexner se ha mantenido inalterable por más de un siglo. Lo trascendente del estudio fue su contribución a la consolidación del modelo biomédico, clínico, individual y curativo, reflejo en lo educativo de ese modelo de concepción y práctica de la medicina, respaldado por la creciente consolidación de lo que habría de constituirse en el poderoso complejo médico industrial. Ese modelo se generalizó en el mundo y tiene vigencia actualmente en gran parte de las escuelas de medicina. Casi simultáneamente, en 1918, en la Universidad de Córdoba, Argentina, se promovió una profunda reforma universitaria con énfasis en la proyección social de los diseños curriculares, en correspondencia con los problemas existentes en Latinoamérica. Esta reforma se hizo sentir en todas las universidades de la región

y Julio Antonio Mella² exigió su aplicación en Cuba en el marco del Primer Congreso Nacional Estudiantil de 1923 (González, 1977). El énfasis en la proyección social de los diseños curriculares no triunfó en Cuba en ninguna carrera universitaria en aquel momento.

Según el criterio de José A Fernández Sacasas³, en entrevista sostenida con el autor, el modelo flexneriano ha perdido vigencia por: a) la sobrevaloración de los aspectos técnico-biológicos de la medicina y subvaloración de los psicológicos y sociales; b) impartir en los primeros dos años todas las ciencias básicas sin vinculación con la práctica médica que se produce en los dos o tres años superiores, lo que ocasiona una ausencia de integración horizontal inter/transdisciplinaria y vertical básico-clínica-comunitaria; c) utilizar como escenarios formativos los laboratorios e instalaciones de la Facultad y los hospitales altamente tecnificados, sin considerar la formación en la atención primaria de salud; y d) el determinismo vigente en el proceso formativo de la práctica médica sobre "lo académico" y "lo investigativo". El autor, aunque reconoce los aspectos positivos de Flexner para la educación médica a nivel mundial, coincide con muchos de los criterios expuestos por el entrevistado. Suscribe lo que se patentiza en innumerables declaraciones e informes de eventos internacionales y reuniones cumbres sobre formación de médicos (WFME, 1988; Walton, 1993; Declaración de Santa Fe de Bogotá (GIESP-CDS, 1995); Declaración de Rancho Mirage sobre Educación Médica Adoptada por la 39 Asamblea Médica Mundial en octubre de 1987 (Asamblea Médica Mundial, 2000); Federación Mundial para la Educación Médica, 1999; Encuentro Universidad Latinoamericana y Salud de la Población (Barreto y Amaro, 2000); Asamblea General de la Asociación Médica Mundial (Asociación Médica Mundial, 2006); Declaración de Sevilla (Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, 2002).

²Líder revolucionario cubano fundador de la Federación Estudiantil Universitaria (FEU), de la Universidad Popular *José Martí* y del primer Partido Comunista de Cuba.

³Eminente Profesor Titular y Consultante de Medicina Interna de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana (UCMH).

La consagración del derecho a la salud de los pueblos se enmarca en la Declaración Universal de los Derechos Humanos promulgada en 1948 (ONU, 2003) y también en la Declaración de Alma Atá en 1978 (OMS, 1978). Esos 30 años transcurridos entre ambas declaraciones posibilitaron perfilar el más importante paradigma en las políticas de salud pública: la atención primaria de salud (APS), como uno de los componentes fundamentales garantes de la dignidad humana. En la Declaración de Buenos Aires (González, 2007), se consignó que la estrategia de atención primaria de salud se basaba en valores y principios que todavía estaban vigentes, y que debían orientar la estructura y funcionamiento de los sistemas de salud en todos sus niveles y para todos.

De todas las declaraciones pueden resumirse los principales elementos (Palés y Rodríguez, 2006):

- Considerar la educación médica como un continuo: pregrado, posgrado y educación médica permanente.
- Necesidad de rediseñar los currículos, para hacerlos pertinentes y vinculados cada vez más con la atención primaria de salud.
- Promover métodos de enseñanza activos, centrados en el estudiante y basados en problemas de salud.
- Que la formación sea menos teórica y más vinculada con la práctica médica para garantizar la adquisición de las competencias profesionales.
- Evaluación del proceso, la estructura y los resultados.
- Fomentar el profesionalismo y el humanismo en Medicina con el desarrollo de actitudes y valores humanos.
- Que los docentes reciban cursos y maestrías en educación médica.
- Incrementar la investigación en los estudiantes y profesores.

Otro elemento significativo obtenido por el autor al analizar los documentos antes referidos, es que la educación médica se encuentra separada de la práctica médica en la mayoría de los países, lo que siempre se ha considerado como un problema, ya que es una necesidad la integración y coordinación entre ambas.

En las sesiones técnicas de la mencionada Conferencia Internacional celebrada en Buenos Aires en 2007 sobre los recursos humanos para este milenio se consideró lo siguiente (González, 2007):

-La actual formación de los profesionales de la salud resulta un obstáculo para la implementación de la estrategia de APS debido a que la distancia entre las entidades formadoras y los sistemas de salud constituyen una limitación para lograr un adecuado perfil del recurso humano.

-Es esencial un fuerte papel de rectoría del Estado para lograr la articulación entre las áreas de educación y salud y establecer prioridades e incentivos.

-La formación del recurso humano es una cuestión técnica y 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, que ubique a los valores de la atención primaria de salud como centrales. Muchos currículos deberán ser reformulados en un trabajo conjunto entre las áreas de salud y educación.

-Se debe priorizar la formación de grado para la adquisición de competencias y el fomento de acciones para la capacitación en servicio y educación continua.

- Es esencial el énfasis en los principios y valores de la formación del recurso humano en salud y el ejercicio de su práctica, y deberá enseñarse en estructuras vinculadas con la comunidad y no sólo en las aulas. Se debe estimular la participación comunitaria y el trabajo en equipo.

Educación médica en América Latina y el Caribe

En la primera mitad del siglo pasado y sobre todo a partir de la Segunda Guerra Mundial se identificaron tendencias de formación del personal médico muy influenciadas por las corrientes educativas generadas en las escuelas norteamericanas. La década de los 50 del siglo XX conformó lo que se conoce como la era flexneriana de la educación médica, con gran desarrollo de las ciencias básicas biomédicas, elevado contenido experimental y un ciclo clínico en consonancia con el desarrollo de las especialidades en el hospital (Rodríguez y Villarreal, 1986) lo cual representa un enfoque eminentemente biológico. La década del 60 del siglo XX, en cambio, estuvo fuertemente influida por el triunfo de

la Revolución Cubana y comenzaron a gestarse los movimientos estudiantiles de aumento de matrículas en las universidades, las crisis universitarias y se crearon nuevas escuelas de medicina en la región (Revueltas, 2014).

El desarrollo del pensamiento latinoamericano en la década del 70 del siglo pasado profundizó en la relación entre educación médica y estructura social, con atención en el papel dominante de la organización de la atención médica sobre el proceso de desarrollo de los recursos humanos, y de la estructura del mercado de trabajo y de la práctica médica. La búsqueda de la articulación de los procesos educativos con los servicios, en respuesta a las necesidades de salud de la población, fue una aspiración que solo escasos proyectos educativos innovadores pudieron lograr.

La concepción de la integración docente-asistencial-investigativa ha sido enriquecida por la importante contribución de las ciencias sociales aplicadas a la salud, que han estudiado a fondo la forma en que se articulan la educación y la práctica de salud a la estructura social. A las ciencias sociales han realizado una importante contribución en el estudio de la práctica médica como factor dominante en el proceso de formación de los médicos y demás recursos humanos de la salud. De ahí que las nuevas tendencias internacionales busquen adecuar la formación médica a las actividades de los servicios (competencia y desempeño).

La integración docente-asistencial-investigativa, la interdisciplinariedad y la incorporación de las ciencias sociales, en función de una teoría del aprendizaje según la cual el verdadero conocimiento solo se adquiere en contacto con la realidad concreta, son componentes esenciales de la educación médica.

El estudio más documentado realizado en la región acerca de la educación médica y que sirve como referente valioso fue el realizado por García (1972)⁴. Las conclusiones a las que se arriba allí parten del análisis de 100 escuelas de medicina de todos los países de la región en el curso escolar 1967-1968, y para obtenerlas se emplearon métodos históricos, grupos nominales, entrevistas a estudiantes y profesores, cuestionarios, entre otros. En relación con el plan de

⁴ Médico argentino articulador y referente de la medicina social en América Latina. Director del Programa de Recursos Humanos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) por largos años.

estudio dicho autor observó que los objetivos generales y específicos de la formación médica eran muy vagos. El periodo más frecuente en la duración de la carrera era de seis años e incluía el internado que, mayoritariamente, era rotatorio. Casi siempre estaba constituido por diez disciplinas identificables y cada disciplina incluía una o más asignaturas (García, 1972).

El currículo privilegiaba la enseñanza de las materias clínicas con un 57 % del total de las horas; la estructura y funciones (ciencias básicas) el 25 %; las preclínicas el 12 % y la medicina preventiva y social solo el 5 %. Dichos planes de estudio estaban orientados hacia la solución de problemas de salud del hombre enfermo y del hospitalizado (García, 1972). Lo más importante de las recomendaciones de este informe fue que incorporó una nueva visión de calidad de la educación médica al concebirla no como proceso aislado, sino subordinada a la sociedad donde se desarrolla. En muchos países mantiene su vigencia debido a la estructura política y económica dominante.

A lo anterior cabe añadir que la formación médica debe responder a la situación de salud en cada población, y más en las regiones con altos niveles de desigualdades sociales. Al respecto, Roses (2006)⁵ comentó que en América Latina y el Caribe, con 500 millones de habitantes, el 27 % carece de acceso permanente a los servicios de salud; un 46 % no tiene seguro de salud, públicos o privados; el 17 % de los partos son atendidos por personas sin calificación; añade la autora que 197 millones de personas se encuentran sin servicio de salud por razones geográficas y 140 millones por razones económicas.

Ha sido preocupación de muchas escuelas de medicina actualizar sus programas. En respuesta a muchas de las inquietudes y propuestas hechas al modelo flexneriano, encontramos un modelo epistemológico *crítico*, que reconoce los factores político, económico y social como determinantes en la constitución de las formas de estratificación social y de los procesos de salud y enfermedad (Pinzón, 2008).

El avance de las ciencias humanas en la problemática de la salud-enfermedad generó una corriente de medicina social a partir de los años 70, cuyo eje de

⁵ Directora de OPS/OMS desde febrero 2003 hasta diciembre 2013.

reflexión ha sido elaborar una nueva conceptualización biológica y social del proceso salud-enfermedad que sostiene que este dúo se vincula estrechamente con la sociedad en la cual se presenta y que el mejoramiento de las condiciones de salud de la población requiere de algo más que la simple intervención médica, por lo cual debe involucrar algunos cambios sociales (Laurel, 1994). Programas con enfoques novedosos se encuentran en las experiencias brasileñas entre las cuales se destacan la Universidad de Brasilia (1966), el programa experimental de medicina de la Universidad de Sao Paulo (1966), el currículo de la facultad de medicina de la Universidad Federal de Minas Gerais en Belo Horizonte (1965); algunas experiencias en Ecuador; la Universidad de San Carlos, Guatemala (1969); la Facultad de Medicina de la Universidad de los Andes (2003). Entre los planes de estudios con este enfoque social estuvieron las experiencias mexicanas como el Programa de Medicina Experimental A-36 (1974) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco 1974, el Centro Interdisciplinario de Ciencias de la Salud del Instituto Politécnico Nacional (IPN) y la Facultad de Medicina de Guadalajara a partir de 1974. También existieron otros programas en Chile, Colombia (Universidad del Bosque de Colombia, 1977); Perú y Centroamérica (OPS y OMS, 1994). La Organización Panamericana de la Salud (OPS) significó la importancia de la formación orientada hacia la APS (OPS, 2008).

El autor tuvo acceso al relato de un “Diálogo Virtual sobre Educación Médica: ¿Hacia dónde ir?” (Borrel, 2012), en el portal del Observatorio de Recursos Humanos de Salud de la OPS/OMS efectuado en septiembre de 2012, cuyo objetivo fue generar un intercambio entre escuelas y facultades de medicina de la región de las Américas para analizar su misión y visión en la formación de médicos orientados hacia la atención primaria de la salud. La mayoría de las presentaciones tuvieron como denominador común la descripción del contexto donde se insertan las facultades/escuelas, con problemáticas sociales diferentes, donde los determinantes sociales de la salud juegan un papel importante en las condiciones de salud de las personas. En función de este contexto, estas

facultades/escuelas han definido una nueva misión de la formación de médicos y algunas tienen que ver con:

- Servir al desarrollo de la sociedad y la mejor forma de hacerlo es a través de la APS.
- Debe estar implícito en todo el currículo y en todos los niveles de la organización de los servicios.
- La responsabilidad social, asociada al compromiso con la APS.
- Con APS en vez de hacia la APS.
- Formar médicos considerando las necesidades de salud de la población e impactar positivamente en su salud.

Determinadas dificultades también fueron señaladas en el diálogo, relativas a aspectos filosóficos y paradigmáticos del nuevo enfoque: implementar una nueva práctica de educación médica choca muchas veces con el modelo de salud del país y el modelo médico hegemónico. La APS no goza de la credibilidad suficiente y en muchos círculos se considera “de baja calidad, orientada a resolver problemas de los pobres” (Borrel, 2012, s.p.).

Participaron también en el dialogo 17 universidades de los EE.UU. y Canadá integrantes del movimiento Beyond Flexner: Social Missión in Medical Education y expusieron sus experiencias vinculadas a la APS.

A pesar de estos innegables avances en un cada vez más creciente número de universidades con proyectos innovadores, es significativa la cifra de escuelas y facultades de medicina latinoamericanas que diseñan y ejecutan planes de estudio, con gran carga teórica y escaso desarrollo de competencias clínicas, epidemiológicas y sociales, poca formación humanística y compromiso social de sus egresados.

El autor, a partir de la información analizada, coincide con Salas y Salas (2014) y considera que las transformaciones de la educación médica para los países del mundo en desarrollo deben estar basadas en:

-La formación de un médico general integral con una sólida preparación científica y tecnológica, portador de un profundo enfoque social, ético, humano y solidario;

capaz de transformar el estado de salud del lugar donde se desempeña y de brindar una atención integral de salud.

-El proceso de formación debe tener una alta carga que se descentralice hacia las propias comunidades, en escenarios docentes debidamente acreditados. Debe basarse en la estrategia de la atención primaria de salud.

-Debe prevalecer la educación en el trabajo como forma de enseñanza.

-El modelo didáctico debe estar basado en la autoformación, donde el proceso se centre en un educando que construya activamente su aprendizaje, bajo la dirección, guía y ejemplo del profesor, con el empleo de las tecnologías educativas contemporáneas requeridas.

Formación de médicos para los servicios de salud en Cuba

El interés por la formación de médicos para los servicios de salud en Cuba se manifestó tempranamente en la Reunión Nacional de Médicos (Colegio Médico Nacional, 1961) convocada por el Ministerio de Salud Pública (MINSAP) y el Colegio Médico Nacional el 27 de octubre de 1961. El informe del entonces ministro de salud pública, José R. Machado Ventura, recordó cómo era la situación anterior del médico en Cuba. Había hospitales mal dotados, algunos de 100 camas o más con una plantilla de cinco u ocho médicos en su nómina; a la vez en la localidad donde estaba el hospital había 15 o más médicos sin trabajo; las plazas laborales en los hospitales del Estado eran inestables porque dependían de los políticos de turno y había cientos de “médicos honorarios” que esperaban que se desocupara una plaza (Colegio Médico Nacional, 1961. Se dificultaba obtener una beca de estudio y en el mutualismo con frecuencia se debía comenzar a trabajar gratis por años para conseguir una plaza con un pequeño sueldo. El Fórum de Crisis Médica efectuado en 1956 llegó a plantear que se limitara la matrícula en la Escuela de Medicina por la “plétora médica” y motivaba que hasta el 50 % de los graduados de Medicina debían emigrar del país ante la imposibilidad de encontrar trabajo.

Machado Ventura comentó en la Reunión que en el Servicio Médico Rural recién inaugurado, en solo siete meses se habían ofrecido 1 300 000 consultas en las

montañas y zonas intrincadas, que habían salvado miles de vidas (Colegio Médico Nacional, 1961).

Fidel Castro Ruz explicó en la sesión de clausura que el interés de la Revolución era aumentar los servicios médicos y que los médicos futuros, nacerían dentro de la atmósfera y ambiente nuevo que trajo la Revolución. En estas declaraciones se manifestaban los propósitos de la Revolución en la esfera de la salud: aumentar y mejorar los servicios médicos, factor importante para optimizar el estado de salud de la población; si bien para conseguirlo era imprescindible contar con un médico nuevo.

En esa ocasión el Comandante en Jefe insistió en la necesidad de formar integralmente médicos para enfrentar las necesidades de salud de la población cubana. En relación con la formación médica se refirió a la prestación de servicios de salud gratuitos, preventivo-curativos con todos los recursos que estos demandaran, lo que significaba construir los establecimientos de salud necesarios, nacionales, provinciales y municipales, orientados en función de la formación. Insistió en la necesidad de educar científica y pedagógicamente a los médicos en ejercicio, para que fueran profesores; en formar médicos mediante el estudio-trabajo en los escenarios reales donde transcurre el proceso salud-enfermedad. Concibió que al universalizar la educación médica en todo el país se lograría aumentar la calidad de los servicios de salud y que donde hubiera una unidad de salud docente se prestaría mejor atención a la población (Colegio Médico Nacional, 1961). Este antecedente revela la comprensión temprana de vincular la formación de médicos con el desarrollo de los servicios de salud.

Los principios del Sistema Nacional de Salud que estableció la Revolución cubana y que se han mantenido hasta la actualidad, fueron: carácter estatal socialista, orientación profiláctica, accesibilidad y gratuidad, integridad y desarrollo planificado, unidad de la ciencia, la docencia y la práctica médica, participación activa de la población, intersectorialidad e internacionalismo (Narey y Aldereguía, 1990).

La Revolución creó la red nacional de centros de educación médica superior a partir de la Ley 1307 (1976) e inició la formación médica en todas las provincias

del país para garantizar los recursos humanos necesarios para cubrir las demandas a nivel local y los compromisos internacionalistas. Fueron encargadas de cumplir este mandato, un total de 13 universidades de ciencias médicas con 24 facultades, junto con todas las unidades del Sistema Nacional de Salud acreditadas para la docencia, bajo la dirección del MINSAP, con la asesoría metodológica del Ministerio de Educación Superior.

Para garantizar el éxito en la formación médica y egresar un profesional integral y de calidad, en el plan de estudios de la carrera se concibió desde los inicios la vinculación básico-clínica-comunitaria y la educación en el trabajo, lo que permite a los estudiantes familiarizarse con los principales problemas de salud del medio ambiente, la comunidad, la familia y el individuo, y adquirir las habilidades necesarias.

No se puede hablar de formación de médicos en Cuba sin mencionar a los Profesores Fidel Ilizástigui Dupuy y Luis Rodríguez Rivera, de quienes el autor de esta investigación fue discípulo y compañero de trabajo. Fueron relevantes figuras de la educación médica cubana en la etapa de la Revolución, quienes abordaron con penetración y pensamiento crítico los problemas planteados en la contemporaneidad en relación con la educación médica y la formación de los estudiantes de medicina (Fernández, 2011).

Sus enseñanzas fueron asimiladas como filosofía en los distintos planes de estudios del período revolucionario. Por ejemplo, Ilizástigui (1996) señaló que se estaba reconsiderando el patrón (ya viejo entonces) de la atención a la salud, centrado en la enfermedad, efectuada en los hospitales, brindada por personal especializado, con atención médica discontinuada, fragmentada y deshumanizada. Dicho autor apuntaba que el modelo que servía de base a aquel patrón obsoleto —biomédico, reduccionista, dualista y cientificista— está dando pasos hacia un paradigma más amplio y expansivo que incluye y restituye al hombre y su salud como centro de la atención médica.

Luis Rodríguez Rivera comparte el enfoque integral, como refleja en su ponencia *Comprensión de la esencia social del ser humano para la solución de los problemas de salud* (Rodríguez, 1987).

CONCLUSIONES

Los cambios ocurridos en Cuba en la formación de médicos a partir de 1959 han estado en función de responder a las demandas de un desarrollo superior de los servicios de salud brindados a la población.

Los documentos revisados sobre la situación de la educación médica mundial y de la región, muestran como diferencia esencial con respecto a Cuba la articulación e integración de los sistemas educativos y de salud en nuestro país, donde no se concibe la educación médica separada de la práctica y la formación transcurre en los escenarios reales donde se desarrolla el proceso salud-enfermedad, fundamentalmente en los escenarios de la atención primaria de salud.

REFERENCIAS

ASAMBLEA MÉDICA MUNDIAL. (2000). Declaración de Rancho Mirage sobre Educación Médica adoptada por la 39 Asamblea Médica Mundial, Madrid, España, octubre de 1987. *Educ Med Super*, 14(1), 97-100.

ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL. (2006). *Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre la Educación Médica*. Pilanesberg, Sudáfrica: Asamblea General de la Asociación Médica Mundial (en línea). Recuperado el 4 de octubre de 2011, de <http://www.wma.net/s/policy/e15.htm>

BARRETO, D. y AMARO, M. C. (2000, noviembre). *Relato general*. Presentado en el Encuentro Universidad Latinoamericana y Salud de la Población. Retos y Desafíos para el Siglo XXI. Ministerio de Salud Pública de Cuba, Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Unión de Universidades de América Latina (UDUA), La Habana, Cuba.

BORREL, R. M. (2012). Educación médica: ¿Hacia dónde ir? Relato de un diálogo virtual exitoso en el portal del Observatorio de Recursos Humanos de la Salud (en línea). Recuperado el 15 mayo de 2014, de http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/dialogos/dgo_edumed_relatato.pdf

- COLEGIO MÉDICO NACIONAL. (1961). *Reunión Nacional de Médicos. Informe y conclusiones*. La Habana: Autor.
- FEDERACIÓN MUNDIAL PARA LA EDUCACIÓN MÉDICA. (2003). *Informe del Grupo de Trabajo para la Definición de Estándares Internacionales para la Educación Médica de Pregrado*. *Revista Educación Médica*, 3(4), 158-69.
- FERNÁNDEZ, S. J. (2011). El binomio Fidel Ilizástigui Dupuy/Luís Rodríguez Rivera: Un paradigma en la formación clínica de los estudiantes de Ciencias Médicas en Cuba. *Rev. Cubana Med.* 50 (2), 222-31.
- FLEXNER, A., PRITCHET, H. y HENRY, S. (1910). *Medical Education in the United States and Canada. Bulletin Number Four (The Flexner Report)*. New York: The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching.
- GARCÍA, J. C. (1972). *La educación médica en América Latina*. Washington, D. C.: OPS/OMS.
- GIESP-CDS. (1995). *Declaración de Santafé de Bogotá [CD-ROM]*. La Habana: Autor.
- GONZÁLEZ, G. (2007). *Declaración de Buenos Aires. Hacia una estrategia de salud para la equidad, basada en la atención primaria. Hacia un cuidado integral de la salud para la equidad: De Alma Atá a la Declaración del Milenio*. Ponencia presentada en M. Rossen (ed.), *Conferencia Internacional de Salud para el Desarrollo: Derechos, Hechos y Realidades*. Ministerio de Salud de la Nación, Buenos Aires, Argentina. Citado el 11 de noviembre de 2014, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412000000100015&lng=es%20
- GONZÁLEZ, L. (1977). *Mella y el movimiento estudiantil*. La Habana: Ed. Ciencias Sociales.
- ILIZÁSTIGUI, F. (1996). *La formación de los estudiantes de las carreras y de las residencias de los profesionales de la salud*. Santiago de Cuba, Cuba: ISCMSC.
- LAURELL, A. C. (1994). Sobre la concepción biológica y social del proceso salud enfermedad. En: Rodríguez, M. I. (Ed). *Lo biológico y lo social: su articulación en la formación del personal de salud* (pp. 1-12). Washington, D. C.: OPS/OMS.

REPÚBLICA DE CUBA. (1976, 31 de julio). LEY 1307 Especialidades y especializaciones en la educación superior. En *Gaceta Oficial de la República de Cuba* no. 14.

NAREY, B. y ALDEREGUÍA, J. (1990). *Medicina social y salud pública en Cuba*. La Habana: Pueblo y Educación.

OMS (Organización Mundial de la Salud). (1978). Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud de Alma Atá (en línea). Recuperado el 10 de mayo de 2013, de: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/113877/E_93944.

ONU (2003). Declaración Universal de los Derechos humanos (en línea). ONU. Recuperado el 10 de mayo de 2013, de <http://www.aprodeh.org.pe>.

OPS (2008). *La renovación de la atención primaria de salud en las Américas* (No. 2). Washington, D. C: Autor.

OPS/OMS. (1973). *Plan Decenal de Salud para las Américas. Informe final de la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas*. Washington, D. C.: Autor.

PALÉS, J. L. y RODRÍGUEZ, F. (2006). Retos de la formación médica de grado [en línea]. *Educ. Med.* 9(2), s.p. Recuperado el 5 octubre de 2011, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_issue&pid=15751813&lng_es&nrm=iso

PINZÓN, C. E. (2008). Los grandes paradigmas de la educación médica en Latinoamérica (en línea). *Acta Méd Colomb*, 33, 33-41. Recuperado el 9 de abril de 2010, de <http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v33n1/v33n1a7.pdf>

REVUELTAS, J. (2014). *México 68: juventud y revolución*. México: Ediciones Era.

RODRIGUEZ, M. I. y VILLAREAL, R. (1986). La administración del conocimiento, lo Biológico y lo Social en la Formación del Profesional de la Salud. *Educación Médica y Salud*, 20 (4), 424-44.

RODRÍGUEZ, R. L. (1987). Comprensión de la esencia social del ser humano para la solución de los problemas de salud. En R. L. Rodríguez (Ed.), *Filosofía y Medicina* (130-148). La Habana: Editorial Ciencias Sociales.

ROSES, M. (2006). La salud en las Américas: Logros y desafíos. *Rev. Temas*, s.v. (47), 22-5.

SALAS, R. S. y SALAS, A. (2014). *Educación médica contemporánea. Retos, procesos y metodologías*. Bucaramanga, Colombia: Imprenta Universidad de Santander-UNDES.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. (2002). *Declaración de Sevilla* (en línea). I Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar. Sevilla, España. Recuperado el 20 de octubre de 2011, de http://www.pacap.net/es/publicaciones/pdf/comunidad/5/documentos_declaracion.pdf

WALTON, H. L. (1993). Proceedings of the World Summit on Medical Education. *Med Education*, 28(1), 40-9.

WORLD FEDERATION FOR MEDICAL EDUCATION. (1988). *World Conference on Medical Education*. Report, Edimburg. Edimburg: Autor.

Recibido: 09/08/2016

Aprobado: 04/12/2016

Juan Vela Valdés. Escuela Nacional de Salud Pública, La Habana, Cuba