

Volumen 27, No. 2

Abril/junio 1993

Educación Médica y Salud

DESARROLLO DE
RECURSOS HUMANOS
PARA LA ATENCION PRIMARIA

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

E EDUCACION MEDICA Y SALUD

Revista trimestral de la Organización Panamericana de la Salud, creada en 1966 para servir a los países de las Américas en relación con sus actividades de desarrollo de recursos humanos en ciencias de la salud. En ella se dan a conocer experiencias en el proceso de enseñanza-aprendizaje, resultados de investigaciones, documentos de trabajo e informes de reuniones de importancia para la formación de personal de salud.

La Organización Panamericana de la Salud publica también las series de **Publicaciones Científicas**, **Cuadernos Técnicos** y **Documentos Oficiales**, y otras publicaciones periódicas, incluyendo el **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, revista mensual y órgano principal de información científica y biomédica de la OPS y el **Bulletin of PAHO**, revista trimestral que contiene material seleccionado especialmente por su interés para los países de habla inglesa de la Región de las Américas.

*Las opiniones expresadas en los artículos
firmados que aparecen en esta revista son
de la exclusiva responsabilidad de los autores*

ISSN 0013-1091

Ultimos números publicados:

Vol. 26, No. 4: Gestión de recursos humanos: la experiencia de Canadá

Vol. 27, No. 1: Capacitación avanzada en desarrollo de recursos humanos

Próximo número:

Vol. 27, No. 3: Recursos humanos: nuevos espacios de trabajo

Educación Médica y Salud

Volumen 27, No. 2
Abril/junio 1993

ARTICULOS

- 145 **Cuba: recursos humanos en la atención primaria de salud y su estrategia de desarrollo.** *José B. Jardines Méndez, Ramón Aneiros-Riba y Ramón S. Salas-Perea*
- 160 **Planificación de los recursos humanos para la salud.** *Luis León Soteras, Bertha Fernández Oliva, María Matilde Serrano Cisneros, Pablo Antúnez Jiménez y Osvaldo Castro Miranda*
- 178 **La formación de personal de enfermería y técnicos de la salud.** *Violeta Chiú Navarro, Mercedes Reyes Tolentino, Magdalena Zubizarreta Estévez y Adolfo S. Álvarez Blanco*
- 189 **La formación del médico general básico en Cuba.** *Fidel Ilizástigui Dupuy y Roberto Douglas Pedroso*
- 206 **Nueva estrategia curricular en la formación del estomatólogo general.** *Félix Companioni Landín, Fidel Ilizástigui Dupuy y Manuel Becerra Troya*
- 214 **El sistema de formación de especialistas en Cuba.** *Pablo Antúnez Jiménez, Nidia Nolla Cao y Jesús Orozco Nodarse*
- 227 **La medicina general integral y la integración docencia-atención médica-investigación.** *N. José Rodríguez Rodríguez, Layda T. Sarra-cino Acosta, Blanca Rivero Casteleiro y Moisés Baly Baly*
- 243 **La capacitación de los trabajadores de la salud.** *Adolfo S. Álvarez Blanco, María A. Pérez Muñoz y Nayda Gutiérrez Casas*
- 253 **Capacitación de recursos humanos para la dirección de los servicios de salud.** *Alberto Céspedes Carrillo, Pedro Llerena Fernández y Rolando Rey Bravo*
- 264 **El perfeccionamiento y la educación permanente de los recursos humanos de salud.** *Juan J. Ceballos Arrieta, Alberto Hatim Ricardo, Plácido Ardanza Zulueta, Adolfo Álvarez Blanco y Fabiola Corvisón Cuenca*

RESEÑA

- 277 **Ejercicio de evaluación conjunta de la cooperación científico-técnica de la OPS/OMS en Cuba: el componente de perfeccionamiento del personal de salud 1988–1991.** *Miguel Márquez*

288 NOTICIAS

292 LIBROS

CONSEJO EDITORIAL DE *EDUCACION MEDICA Y SALUD*:

- Dr. José Roberto Ferreira, Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, OPS (Presidente)
- Dr. Jorge Haddad, Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, OPS (Secretario)
- Dra. Judith Navarro, Programa de Publicaciones, OPS
- Dr. Jean Pillet, Banco Mundial
- Dr. Carlos Martini, American Medical Association
- Dra. María Luisa Clark, Programa de Publicaciones, OPS
- Ing. Horst Otterstetter, Programa de Salud Ambiental, OPS

INFORMACION PARA LOS AUTORES

1. Los artículos enviados para publicación serán inéditos y así han de permanecer hasta su aparición en *Educación Médica y Salud*. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) se reserva todos los derechos de propiedad del material recibido.

2. Los originales se remitirán al Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, Organización Panamericana de la Salud, 525, 23rd Street, NW, Washington, DC, 20037, EUA.

3. Los artículos deberán tratar directa o indirectamente sobre temas de educación y adiestramiento de personal de salud en su concepto más amplio, especialmente los relacionados con planificación, desarrollo y evaluación de programas de enseñanza, nuevos métodos educacionales, investigación de educación médica y desarrollo de recursos humanos para la salud.

4. La OPS se reserva el derecho de aceptar o rechazar, de acuerdo a las recomendaciones del Consejo Editorial, los trabajos recibidos. También se reserva el derecho de realizar cualquier revisión editorial que estime necesaria, incluso la condensación u omisión de parte del texto, cuadros, ilustraciones y anexos.

5. Deberán incluirse los nombres del autor y de los coautores, el nombre de la institución a que pertenecen y la dirección postal del autor.

6. Cada artículo incluirá una introducción donde se explique la razón por la cual se ha llevado a cabo el trabajo y lo que se espera que aporte en el campo científico; conclusiones y recomendaciones, de ser pertinentes, **y terminará con un resumen que dé una idea precisa del contenido.**

7. La lista de referencias y la bibliografía se ajustarán a las normas seguidas en la revista: apellido del autor e iniciales del nombre; título del trabajo o del libro en su idioma original; nombre completo de la revista, de la casa editora, o de la institución; lugar de publicación (ciudad y país); y volumen, página y fecha de publicación. Las referencias deben aparecer en el texto por orden numérico consecutivo (números arábigos en paréntesis y subrayados), en el mismo orden en que se agrupan al final del trabajo.

8. El autor podrá solicitar gratis 10 ejemplares del número en que aparece su artículo.

CUBA: RECURSOS HUMANOS EN LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD Y SU ESTRATEGIA DE DESARROLLO

José B. Jardines Méndez,¹ Ramón Aneiros-Riba² y Ramón S. Salas-Perea³

Este trabajo se propone como marco de referencia general para el conjunto de experiencias desarrolladas en Cuba que conforman este número de Educación Médica y Salud. Partiendo de los principios de la salud pública cubana y sus componentes, se valoriza la preparación de los recursos humanos necesarios para la atención primaria de salud como base del Sistema Nacional de Salud Pública. Se analizan el papel y las características fundamentales del subsistema de formación de recursos humanos en salud, poniéndose énfasis en la importancia de integrar la docencia con la atención médica y la investigación para elevar la calidad de los servicios que se prestan a la población. Se aborda la formación de los recursos humanos a través de un enfoque sistemático y estratégico.

INTRODUCCION

Cuba ha impulsado el desarrollo de la atención primaria desde el inicio de la revolución en 1959 (1, 2). No obstante, no es hasta la primera mitad de la década de los ochenta, con la concepción y puesta en marcha de un nuevo modelo de atención primaria basado en el médico y la enfermera de la familia y en la formación de un especialista en medicina general integral (MGI) en la propia comunidad, que se logra un profundo cambio en este nivel de atención. De los 42 634 médicos existentes en el

¹ Médico. Especialista de Primer Grado en Administración y Organización de Salud Pública. Viceministro a cargo de la Docencia, Ministerio de Salud Pública, La Habana, Cuba.

² Médico. Especialista de Segundo Grado en Fisiología Normal y Patológica. Funcionario del Área de Docencia, Ministerio de Salud Pública, La Habana, Cuba.

³ Médico. Especialista de Segundo Grado en Administración y Organización de Salud Pública. Jefe del Departamento Docente y Metodológico, Área de Docencia, Ministerio de Salud Pública, La Habana, Cuba.

país en diciembre de 1991, trabajaban como médicos de familia 15 141. De ellos, 10 328 trabajaban directamente en la comunidad, ya fuese en áreas urbanas o rurales, zonas montañosas o cooperativas agropecuarias, de tal modo que 67,6% de la población estaba atendida por médicos de familia. Se prevé que en los próximos años la cobertura de este modelo de atención será total en el país. A nuestro juicio, este modelo constituye una "atención primaria de salud integral, continua, calificada, que aplique tecnologías apropiadas, realmente adecuadas a las necesidades que plantean los problemas de salud de la población" (3).

La voluntad política de elevar el nivel de salud de la población a un plano comparable en la actualidad al de países desarrollados, ha determinado un serio esfuerzo en la preparación de los recursos humanos en salud (RHS) e implica no solo la formación de nuevos profesionales y técnicos, sino la necesidad de jerarquizar la educación permanente de los ya existentes en el Sistema Nacional de Salud Pública (SNSP) y de capacitar a los trabajadores de servicio. Como se ha señalado (4), este número de *Educación Médica y Salud* está dedicado a la formación de recursos humanos para la atención primaria de salud en Cuba y presenta algunas experiencias y resultados alcanzados en años recientes por funcionarios de salud, especialistas y profesores universitarios. A lo largo de sus páginas se presenta, dentro de los límites que brinda cualquier publicación, la estrategia de desarrollo de los RHS. Se abordan sucesivamente el proceso de planificación, selección y formación de profesionales y técnicos; la especialización a través del régimen de residencias, en particular la especialidad de MGI, y finalmente las ideas concebidas y el trabajo que se viene realizando en torno a la educación permanente y la capacitación de los trabajadores y dirigentes de la salud en Cuba.

En el presente trabajo, de índole introductora, se caracteriza en términos generales el SNSP de Cuba, atendiendo a sus principios y principales componentes. También se valoriza el papel que desempeñan la atención primaria de salud y la formación de los recursos humanos en su enfoque sistemático y estratégico.

EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN CUBA

Principios de la salud pública cubana

Partiendo de la altísima prioridad que se concede a mejorar la salud de la población, el gobierno cubano ha asumido totalmente la responsabilidad de la atención de salud, garantizando los cuantiosos recursos que esta exige. Tal esfuerzo se ha basado en un conjunto de principios encaminados a mejorar constantemente la calidad de vida, la salud y el bienestar de la población. Entre ellos merecen destacarse la accesibilidad y

gratuidad total de los servicios, de manera que cualquier ciudadano, dondequiera que se encuentre, es susceptible de recibir atención médica calificada o especializada, independientemente de su lugar de residencia o nivel de ingreso. Nuestro modelo de atención primaria, por otra parte, ha permitido fortalecer la orientación profiláctica a través de acciones concretas que otorgan prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de enfermedades, junto con el resto de las acciones de atención médica y de rehabilitación.

Los logros que Cuba ha alcanzado en materia de salud se han debido, en parte, a la participación activa de la población y a la visión estratégica de los líderes del país, quienes han dado prioridad a crear un verdadero sistema integral de formación de RHS donde se unan la atención médica, la docencia y la investigación de tal modo que esta última "se convierta en eje integrador de la docencia y la asistencia y se constituya en uno de los factores esenciales para elevar la calidad de la asistencia y de la formación de recursos humanos" (5). La salud pública cubana se basa en el carácter estatal y único del SNSP y, en conformidad con ello, todas sus acciones se realizan a través de un enfoque sistemático y un desarrollo planificado con la participación activa de otros sectores de la sociedad. Estos principios, sobre los que se basa la salud pública cubana, promueven de forma concreta y hacen realidad el planteamiento de salud para todos en el año 2000 y se avienen con el criterio de que más que una meta, "salud para todos" es una doctrina expresada en los conceptos de equidad, eficacia, eficiencia y participación de la propia población, ya señalados por el Director de la Organización Panamericana de la Salud (6).

Componentes del Sistema Nacional de Salud Pública

El SNSP está conformado por una extensa red de instituciones (figuras 1 y 2) que se estructura en cada provincia y que en 1991 contaba con más de 300 000 trabajadores (53 544 profesionales, 119 822 técnicos y 129 449 trabajadores de otro tipo).

Este sistema está constituido por:

- una red de unidades de atención médica preventivo-curativa que incluye, entre otras cosas, los policlínicos con sus consultorios de médicos y enfermeras de familia, las unidades de hospitales de segundo y tercer nivel de atención, clínicas estomatológicas y bancos de sangre;
- una red de unidades del servicio higiénico-epidemiológico, con centros nacionales, provinciales y municipales, encargados de la inspección y protección sanitaria del medio ambiente y del control de enfermedades;

FIGURA 1. Componentes del Sistema Nacional de Salud Pública en Cuba.



- un conjunto de institutos de investigaciones, directamente adscritos al Ministerio de Salud Pública (MINSAP), en los cuales se presta atención médica y se realizan investigaciones científicas del más alto nivel, empleando las tecnologías más avanzadas en el país;
- una red de unidades para la formación y educación permanente de técnicos (institutos politécnicos de la salud y escuelas de enfermeras), profesionales (institutos superiores y facultades de ciencias médicas) y otros trabajadores (escuelas provinciales de capacitación);
- centros para la producción, comercialización y distribución de medicamentos y tecnología médica, y
- una red de unidades de asistencia social al anciano y al discapacitado.

FIGURA 2. Crecimiento de las instituciones de salud en Cuba. (1958–1991).

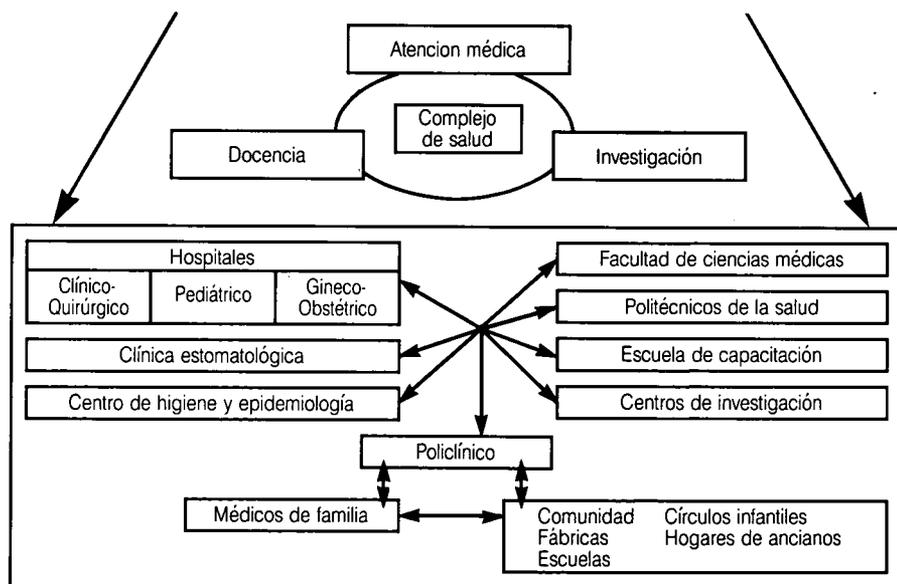
Instituciones	Número	
	1958	1991
Hospitales	95	267
Policlínicos	0	421
Clínicas estomatológicas	0	166
Bancos de sangre	1	24
Institutos de investigaciones (MINSAP)	0	11
Centros provinciales higiénico-epidemiológicos	0	14
Centros municipales higiénico-epidemiológicos	0	35
Unidades municipales higiénico-epidemiológicas	0	134

En cada territorio, las unidades del SNSP constituyen un verdadero “complejo de salud” (figura 3) en el que se realizan integralmente actividades de atención médica, docencia e investigación. Estos complejos se apoyan en las unidades de atención primaria — policlínicos y consultorios de médicos y enfermeras de familia— y en el resto de las instituciones del sistema de salud y de otros sectores en ese territorio, partiendo de una estrecha interrelación de trabajo entre ellas. Esto promueve la calidad de los servicios que se brindan a la población, al crearse en ellos un clima de inquietud científica, búsqueda de información, educación en el trabajo, discusión colectiva y continuo perfeccionamiento del trabajo que se lleva a cabo.

La atención primaria: el médico y la enfermera de la familia como columna vertebral del Sistema Nacional de Salud Pública

El eslabón fundamental del SNSP lo constituye, sin lugar a dudas, el Programa del Médico y la Enfermera de la Familia, mediante el cual se desarrollan las actividades dirigidas a mejorar el nivel de salud de la población. Esto se busca combinando acciones de promoción, prevención,

FIGURA 3. Integración funcional del quehacer médico en Cuba en un “complejo de salud”.

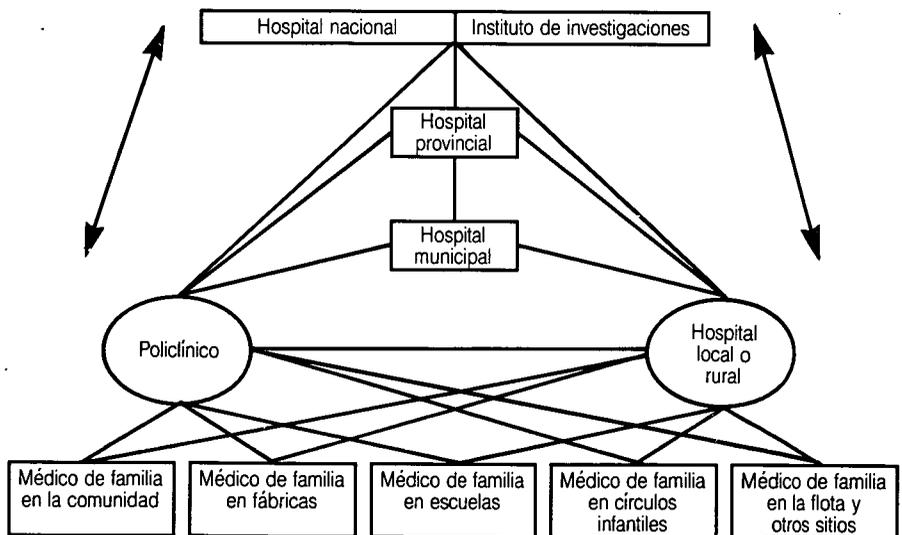


atención médica y rehabilitación como parte del Programa de Objetivos, Propósitos y Directrices de la Salud Pública Cubana hasta el Año 2000 (7).

Cada médico de familia cuyo consultorio se ubica en una fábrica, escuela, círculo infantil o en la comunidad, está articulado al resto del sistema de salud, por lo que sus actividades constituyen el inicio de un espectro donde se imbrican los niveles secundario y terciario de atención. De esta forma, el médico de familia puede, mediante la referencia de casos y la consulta, apoyarse en los niveles de mayor complejidad para aumentar su capacidad resolutive (figura 4) y referir aquellos casos que requieren acciones de atención médica correspondientes a tales niveles (8).

El anterior modelo de atención se apoya en tres elementos conceptuales: a) el carácter integral de las acciones de salud (promoción, prevención, atención y rehabilitación) que realizan el médico y la enfermera de familia; b) el trabajo en equipo con los otros miembros de su grupo básico de salud y c) la participación activa de la comunidad en la solución de los problemas de salud. Asimismo, este modelo está basado en tres elementos de organización fundamentales: a) la regionalización, estructura del SNSP que define las instituciones de salud responsables de la atención de la población en cada territorio del país; b) la sectorización, estructura de policlínicos según la cual la población es atendida integralmente, en cada sector, por un médico y una enfermera de la familia, y c) la dispensarización, que constituye la forma de organización del equipo de salud en cada sector, mediante la cual el médico y la enfermera de la familia logran un verdadero

FIGURA 4. Esquema de la regionalización de la atención médica en Cuba.



control de toda la población a su cargo y desarrollan su programa de atención médica integral.

El médico y la enfermera de la familia en la comunidad atienden a una población de aproximadamente 600 a 700 personas. Su consultorio y vivienda están ubicados en la propia área donde viven las familias atendidas y abordan integralmente la atención del individuo, la familia y la comunidad. A través del policlínico se establecen los nexos de coordinación con los hospitales clínico-quirúrgicos, pediátricos, obstétricos y especializados del territorio, y los especialistas de estas unidades de nivel secundario consultan entre sí los casos que les remite el médico de familia. La unidad de trabajo funcional del policlínico es el llamado "equipo de salud", constituido por médicos y enfermeras de la familia, así como por especialistas de medicina interna, pediatría, obstetricia y psicología que enseñan la especialidad de MGI (9-11), y otros trabajadores de la atención primaria. En los últimos años los especialistas de MGI se han ido incorporando de forma progresiva a los equipos de salud.

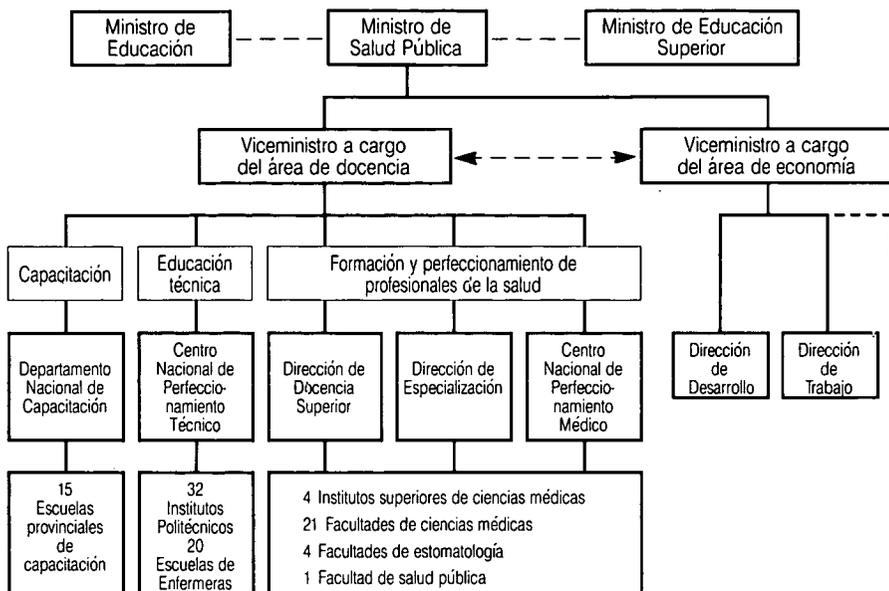
EL SUBSISTEMA DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

Para responder a este importante avance de la salud pública en Cuba, fue necesario dar prioridad a la formación, especialización y capacitación de los recursos humanos —elemento vital para el desarrollo del SNSP— a partir de una estrategia de desarrollo integral dirigida por la más alta dirección del país. De acuerdo con la organización administrativa de Cuba, el MINSAP dirige la formación y el perfeccionamiento de los RHS de tipo técnico y profesional. Al mismo tiempo, dirige su educación permanente y la capacitación de los otros trabajadores incorporados al sistema. La formación de los técnicos y profesionales en campos ajenos a la salud, pero que trabajan en este sector, corresponde a los Ministerios de Educación y de Educación Superior respectivamente.

De hecho, existe dentro del MINSAP un verdadero subsistema para la formación de los RHS (figura 5). Este establece relaciones de coordinación metodológica con los organismos rectores de la educación en Cuba: el Ministerio de Educación y el Ministerio de Educación Superior. Asimismo, todas las áreas del MINSAP se relacionan entre sí íntimamente para lograr los objetivos propios de la formación y perfeccionamiento de los RHS.

El Área de Economía desempeña un papel importante, a través de sus Direcciones de Desarrollo y de Trabajo, en la planificación de las necesidades de recursos humanos. Se rige por el propósito de "suministrar lineamientos y criterios para sistematizar la formación, administración y utilización del personal que trabaja en salud" (12).

FIGURA 5. Subsistema de recursos humanos de salud en Cuba.



A través de su estructura orgánica y funcional, el área de docencia dirige las siguientes actividades:

- la formación y el perfeccionamiento de los profesionales de la salud. En esta actividad están incluidas las Direcciones de Docencia Médica Superior (formación de médicos, estomatólogos, licenciados en enfermería y técnicos de la salud) y de Especialización (residencias médicas y estomatológicas), así como el Centro Nacional de Perfeccionamiento Médico (centro rector del perfeccionamiento y educación permanente de los profesionales de la salud) (13). Participan en esta actividad la red de Centros de Educación Médica Superior (cuatro institutos superiores y 21 facultades de ciencias médicas, cuatro facultades de estomatología y la facultad de salud pública);
- la formación y el perfeccionamiento de los técnicos de la salud —en enfermería y otras especialidades— a través del Centro Nacional de Perfeccionamiento Técnico y de una red constituida por 30 institutos politécnicos de la salud y 22 escuelas de enfermeras, y
- la capacitación de otros trabajadores en el SNSP. Esta actividad la lleva a cabo el Departamento Nacional de Capacitación a través de una red de escuelas situadas en las provincias del país.

Enfoque sistemático en el desarrollo de RHS

El desarrollo de los RHS en Cuba conforma un verdadero subsistema dentro del propio SNSP. ¿Cuáles son los elementos que entran al sistema? Por una parte, los recursos humanos; por otra, los insumos que garantizan la realización del proceso. Si se consideran los recursos humanos en particular, hay que tener en cuenta que a este sistema se incorporan, por un lado, estudiantes (es decir, toda persona que de una u otra forma va a ser educada en cualquiera de los niveles), y por otro los profesionales, profesores y facilitadores.

Surgen entonces los aspectos relativos a la cantidad y calidad de los recursos que se han de formar, y con ellos los procesos de planificación y selección. A través de la planificación se establecen las necesidades de personal (técnicos, profesionales y especialistas) que el SNSP requiere a mediano y largo plazo en sus distintas unidades: la atención primaria, secundaria y terciaria. Para esto se ha establecido una metodología que se ha aplicado sistemáticamente en la práctica, proceso que obedece, a nuestro entender, a dos elementos decisivos: en primer término, a una estrategia de desarrollo de la salud pública que es de la más alta prioridad para el Gobierno cubano y a la participación intra y extrasectorial de todos los organismos e instituciones que intervienen activamente en este proceso. Desempeña un papel importante la Dirección de Desarrollo (área de economía) del Ministerio de Salud Pública. Esta rama, junto con otras áreas del Ministerio y otros organismos del Estado y con la participación de las direcciones provinciales de salud pública, los institutos politécnicos de la salud y los institutos superiores y facultades de ciencias médicas en cada provincia, elabora estas necesidades de acuerdo con los principales problemas de salud y la cobertura de recursos humanos alcanzada en cada territorio. En el curso académico 1991–1992 la matrícula total, si se consideran los niveles técnico, profesional y de especialización, asciende a cerca de 65 000 educandos.

Junto con la planificación, los procesos de selección garantizan la calidad de todos los que entran al sistema de desarrollo de RHS. Existen las vías para seleccionar a los que van a formarse (ver al respecto los trabajos de Fernández *et al.* y de Antúñez *et al.* en este número), así como para escoger a los profesionales que van a participar en los procesos docentes y educativos.

Es probable que el componente más complejo de este sistema sea el propio proceso. En él coexisten los elementos correspondientes a la formación, educación permanente y capacitación del personal, para que se produzca una verdadera integración entre docencia, atención médica e investigación y para que todo tenga lugar en un mismo espacio: el servicio de salud. A través de las acciones de organización, planificación, control y dirección, estos elementos repercuten en la calidad del servicio (5).

Se trata de lograr una interrelación dialéctica entre la atención médica, la docencia y la investigación. En consecuencia, el mejor desarrollo de cada uno de estos componentes beneficia directamente a los otros dos. Si no se comprenden estas interacciones, no se está en condiciones de emprender medidas prácticas y concretas para integrar los servicios de salud, condición indispensable para mejorar el nivel de salud de la población. A nuestro juicio, un factor que ha contribuido a esta íntima interrelación es el hecho de que las universidades y facultades de ciencias médicas constituyen, desde 1976, parte integrante del SNSP y no cuentan con hospitales propios. Más bien, es en los centros asistenciales del SNSP donde tiene lugar la formación de los RHS. En ellos el personal más capacitado constituye el profesorado, de modo tal que el médico de un servicio, sala o policlínico, el estomatólogo en su clínica dental o la enfermera en su puesto de trabajo, por citar solo algunos ejemplos, imparte docencia al propio tiempo que brinda atención médica. De hecho un servicio está estructurado fundamentalmente a través de sus grupos básicos de trabajo en forma de pirámide docente-asistencial, donde el personal de mayor jerarquía participa en la formación de los del nivel inferior. Esto permite el desarrollo de una enseñanza tutelar "en cascada".

Se perfeccionan de continuo los planes de estudio de pregrado (ver Chiú *et al.*, Ilizástigui *et al.*, Companioni *et al.*) con objeto de alcanzar una mayor correspondencia con las necesidades de salud de la población; poner fin al enfoque biológico de la formación en salud, revalorizando el papel de las disciplinas sociomédicas en el terreno de trabajo y dando prioridad a la educación de los estudiantes en las áreas de atención primaria; y estructurar las estancias de tal modo que se ponga énfasis en adiestrar a los educandos en los lugares más afines con las habilidades que se desea desarrollar: la comunidad, las salas de hospital, los cuerpos de guardia o las consultas externas.

Garantizar la calidad del proceso, a través de las evaluaciones que se efectúen, es un elemento consustancial a él y no puede verse desligado del mismo, toda vez que retroalimenta y permite su ulterior perfeccionamiento. Siguiendo esta línea de acción, se ha intensificado la evaluación de la competencia clínica mediante la realización de mejores exámenes prácticos o teórico-prácticos; se han definido las habilidades que se busca evaluar en cada estancia y rotación del internado (práctica preprofesional); se ha trabajado en el establecimiento de exámenes externos y cruzados en el área clínica (14-17) de medicina; se han dado los primeros pasos en la ejecución de exámenes clínicos objetivamente estructurados (18-20); se ha comenzado la realización del examen estatal al concluir la carrera de licenciatura en enfermería, y se está valorando su extensión paulatina a las otras carreras de la educación médica superior.

La salida del sistema, como continuación de los procesos de formación, educación permanente y capacitación, consiste en la prestación de

servicios y en los recursos humanos que han sido objeto y sujeto de los procesos educativos. Estos recursos humanos (especialistas, profesionales, técnicos y obreros calificados) tienen garantizada su ubicación laboral. A diferencia de otros países de la Región, el desempleo o subempleo de los RHS no constituye un problema. A esto contribuyen dos factores: 1) la oferta de salida está en correspondencia con la demanda planificada, y 2) existe una distribución armónica y homogénea de las necesidades de RHS en todo el país y, al mismo tiempo, cada territorio forma sus propios recursos.

Al analizar el cuarto elemento de este sistema, la retroalimentación, consideramos que la evaluación de la calidad de los servicios prestados y del desempeño de los recursos humanos (18) tiene importancia decisiva para la entrada al sistema y la realización de sus procesos internos. A través de la evaluación del desempeño de los RHS, se puede establecer la habilidad de un individuo para efectuar determinada tarea (20) aplicando instrumentos válidos y fiables. Esta actividad se ha iniciado en enfermería (21) y se intensificará a partir del próximo año, con el fin de evaluar la calidad de los servicios que se brindan a la población, reforzar el perfeccionamiento de los procesos formativos e identificar las necesidades de aprendizaje para la educación permanente de los RHS.

Enfoque estratégico en el desarrollo de RHS

Sin lugar a dudas, los factores decisivos que han permitido a Cuba alcanzar los indicadores de salud que muestra a fines de 1991 y tener actualmente un Programa de Objetivos, Propósitos y Directrices (7) para los próximos años, demostrando con ello las potencialidades del SNSP cubano, son los siguientes:

- la voluntad política y prioridad dada por la máxima dirección del gobierno a mejorar los niveles de salud de nuestro pueblo, independientemente de las limitaciones económicas del país;
- el establecimiento de una estrategia para el desarrollo de la salud pública cubana, dando prioridad a la formación óptima de los recursos humanos necesarios sobre la base de un sistema único de salud donde se integren los procesos de docencia, atención médica e investigación, y
- el desarrollo y fortalecimiento de la atención primaria y de la especialidad de medicina general integral a través del Programa del Médico y la Enfermera de la Familia.

La experiencia ha demostrado que no es necesario ni posible esperar al máximo desarrollo económico de nuestros países para emprender medidas de salud y educación destinadas a lograr cambios importantes en el estado de salud de nuestros pueblos. Eso requiere, sin embargo,

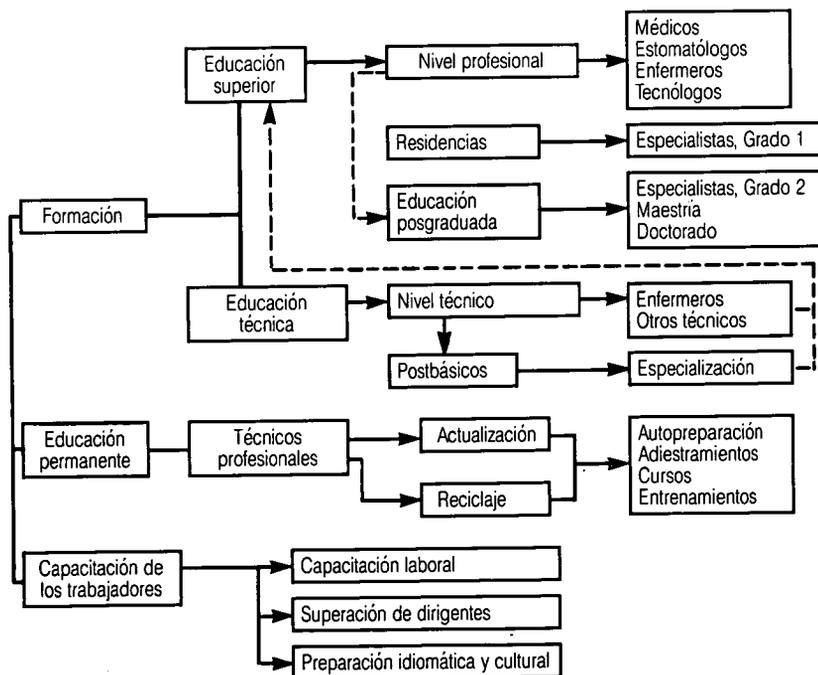
verdaderos cambios sociales y la convicción de los dirigentes de que la salud es un derecho al que debe darse prioridad en los más altos niveles.

En Cuba se han destinado y se siguen adjudicando todos los recursos necesarios para continuar desarrollando la salud pública. Sin embargo, especial atención y prioridad tuvieron siempre, y ahora más que nunca, la preparación y desarrollo de los recursos humanos. De ahí que desde los primeros años del triunfo revolucionario, en la década de los sesenta, se concibiera y fuera conformando una estrategia de desarrollo de RHS que hoy nos permite plantearnos objetivos y propósitos superiores para el año 2000.

Este enfoque estratégico, junto a la realización práctica de dichas prioridades en el campo de los recursos humanos, ha permitido que hoy contemos con una escuela cubana propia, con condiciones óptimas para la formación de RHS en los tres niveles que interactúan y se integran en los propios servicios (figura 6).

En el nivel superior los profesionales se preparan, a través del régimen de residencias o de la educación de posgrado, para obtener el título de especialista de primer y segundo grado o maestrías y doctorados. Los técnicos tienen la posibilidad de obtener un título en enfermería u otra

FIGURA 6. Desarrollo de recursos humanos de salud en Cuba.



área y de especializarse posteriormente en campos más específicos de su perfil ocupacional por medio de los cursos posbásicos. Todo este personal es, al mismo tiempo, sujeto y objeto de la educación permanente, la cual se ajusta a sus necesidades de aprendizaje a través de actualizaciones o reciclajes. Asimismo, el resto de los trabajadores de la salud son objeto de procesos formativos orientados fundamentalmente a la capacitación laboral y a la preparación idiomática y cultural (ver al respecto el trabajo de Álvarez *et al.*).

Nuestro modelo de atención primaria constituye un reto: buscar formas de desarrollar los RHS de tal modo que la formación de los técnicos y profesionales de la salud radique cada vez más en la comunidad, como se viene haciendo en la preparación de los especialistas de medicina general integral para este nivel de atención (ver Rodríguez *et al.*). Ahora estamos desarrollando un amplio programa de educación permanente que alcanzará un gran volumen en poco tiempo (22). Como alternativa se ha planteado reorientar la formación de este personal (ver Ceballos *et al.*) en torno a tres ejes metodológicos fundamentales: educación en el servicio, el proceso educativo permanente y la investigación educacional en salud (22), valorando en su justa medida la consideración de los marcos reales, o sea los propios servicios de salud (23).

CONSIDERACIONES FINALES

El hecho de que nuestro Sistema Nacional de Salud haya elaborado objetivos, propósitos y directrices para mejorar la salud de la población cubana para el año 2000, significa continuar luchando no solo por reducir los indicadores de morbilidad y mortalidad por enfermedades infecciosas y no transmisibles, sino también por lograr un cambio trascendental de dirección y del estilo de trabajo, con el fin de promover una mayor integración y agilidad y un enfoque participativo y de emplear con la máxima eficiencia posible los recursos humanos, materiales y financieros en los diferentes niveles del Sistema Nacional de Salud. Ello nos impone obrar de modo consecuente en preparar a los RHS y hacerles comprender la gran responsabilidad que asumimos, la cual debe expresarse en la abnegación y consagración necesarias para cumplir las directrices trazadas.

Con la cobertura de RHS prácticamente completa que se logrará en los próximos años, dirigimos nuestros pasos principalmente hacia aquellas alternativas de trabajo que ayuden a garantizar la calidad de los servicios ofrecidos a la población, a través de la evaluación del desempeño técnico-profesional de los trabajadores del Sistema Nacional de Salud. Ello nos permitirá, además, identificar las necesidades de aprendizaje y planificar, en consecuencia, las acciones formativas que sean necesarias para fortalecer la atención primaria de salud.

Debemos continuar perfeccionando la integración de la docencia, atención médica, investigación y educación continua de los trabajadores de la salud, poniendo énfasis en la superación profesional y técnica y en la educación permanente del personal dirigente del Sistema Nacional de Salud. En este contexto, hemos dado prioridad a preparar a nuestros recursos humanos en la aplicación del enfoque epidemiológico, elemento que afecta el "análisis y evaluación de los problemas que caracterizan el estado de salud de la población cubana, con predominio fundamental de las enfermedades crónicas no transmisibles y los accidentes, como guía que permitirá una base científica a las políticas de salud" (5).

REFERENCIAS

- 1 Cuba, Ministerio de Salud Pública. *La medicina de la comunidad en Cuba*. La Habana: MINSAP; 1975.
- 2 Cuba, Ministerio de Salud Pública. *Fundamentación para un nuevo enfoque de la medicina en la comunidad*. La Habana: MINSAP; 1976.
- 3 Rojas Ochoa F. La universidad y las prácticas de salud. En: Yépez P, ed. *La universidad latinoamericana y la salud de la población: informe de los núcleos latinoamericanos*. Caracas: Litobrit, C.A., 1991:213-215.
- 4 Organización Panamericana de la Salud. Pasado, presente y futuro de *Educación Médica y Salud*. *Educ Med Salud*. 1991; 25(4):449-456.
- 5 Jardines JB, Oubiñas J, Aneiros-Riba R. La educación en ciencias de la salud en Cuba. *Educ Med Salud*; 1991;25(4):387-409.
- 6 Guerra de Macedo C. La universidad y la salud para todos en el año 2000. *Educ Med Salud*, 1985; 19(3):259-265.
- 7 Cuba, Ministerio de Salud Pública. *Objetivos, propósitos y directrices para incrementar la salud de la población cubana, 1992-2000*. La Habana: MINSAP; 1992.
- 8 UNICEF, UNFPA, OPS-OMS, MINSAP. *El plan del médico de la familia en Cuba*. México, 1991.
- 9 Cuba, Ministerio de Salud Pública. *Programa de trabajo del médico y enfermera de la familia, el policlínico y el hospital*. La Habana: MINSAP; 1988.
- 10 Cuba, Ministerio de Salud Pública, Dirección de Especialización. Programa de especialización de Medicina General Integral. Sistema Docente. La Habana: MINSAP; 1989.
- 11 Cuba, Ministerio de Salud Pública. *Experiencia cubana del médico de la familia*. La Habana: MINSAP; 1987.
- 12 Canales F de, Martínez O, Talavera I, González G. Estudios diagnósticos en el proceso de planificación de recursos humanos: experiencia centroamericana. *Educ Med Salud* 1987; 21(4):328-354.
- 13 Oubiña J, Jardines JB, Ceballos JJ, Aneiros-Riba R, Serrano M M. Estrategia para la educación permanente del médico y la enfermera de la familia y otros trabajadores de la atención primaria de salud en Cuba. En: *Propuesta de trabajo en contextos específicos*. Washington, DC: OPS; 1991; 61-110. Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 87, Fascículo X.
- 14 Cox K R, Ewan Ch E. *The medical teacher. Section 5. The assessment of student performance*. Edimburgo: Churchill Livingstone Medical Division of Longman Group Ltd.; 1982.
- 15 Bridge EM. *Pedagogía médica*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; (Publicación científica 122.)
- 16 Salas-Perea RS, Méndez G, O'Farrill E., Colung C, Aneiros-Riba, R. Evaluación en los servicios de salud de las habilidades clínicas de los estudiantes del tercer año de medicina. Trabajo presen-

- tado en la Conferencia Integrada "Universidad Latinoamericana y Salud de la Población", La Habana, Cuba, 3 a 7 de junio de 1991.
- 17 Salas-Perea RS, Méndez G, Aneiros-Riba R. Evaluación de la competencia clínica de los internos en la atención primaria y otros servicios de salud. Trabajo presentado en la Conferencia Integrada "Universidad Latinoamericana y Salud de la Población", La Habana, Cuba, 3 a 7 de junio de 1991.
- 18 Harden RM. How to assess clinical competence: an overview. *Medical Teacher*. 1979; 1(6):289-296.
- 19 Harden RM. What is an OSCE. *Medical Teacher*. 1988;10(1):19-22.
- 20 Canetti S, Salas-Perea RS, Méndez G, et al. Nuevo enfoque en la evaluación del desempeño clínico del interno de medicina. Trabajo presentado en el Taller Nacional sobre la Evaluación del Desempeño de los Trabajadores de la Salud. La Habana, Cuba, 26 a 29 de mayo de 1992.
- 21 Katz FM, Snow R. Evaluación del rendimiento de los trabajadores de la salud: manual de formación y supervisión. Ginebra: OMS; 1981. Cuadernos de Salud Pública 72.
- 22 Jardines JB, Oubiña J, Ceballos, JJ, et al. Proyecto de desarrollo hasta el año 2000 de la educación permanente del médico y la enfermera de la familia y otros trabajadores de la atención primaria en los sistemas locales de salud ("Proyecto Salto Cualitativo"). Trabajo presentado en la Conferencia Integrada "Universidad Latinoamericana y Salud de la Población", La Habana, Cuba, 3 a 7 de junio de 1991.
- 23 Haddad J, de Canales F. Los planes de desarrollo de personal de salud: consideraciones fundamentales para su formulación. *Educ Med Salud* 1987; 21(4):313-327.

PLANIFICACION DE LOS RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD

Luis León Soteras,¹ Bertha Fernández Oliva,² María Matilde Serrano Cisneros,³ Pablo Antúnez Jiménez⁴ y Osvaldo Castro Miranda⁵

El presente trabajo describe en apretada síntesis la experiencia cubana en el proceso de planificación de recursos humanos para la salud y analiza este proceso sobre la base del enfoque estratégico del Sistema Único de Salud y como parte integrante e inseparable del desarrollo económico y social del país. En él se describen, además, las tres etapas fundamentales del desarrollo del sistema de salud y la evolución de la planificación y formación de los recursos humanos, así como la disponibilidad actual de recursos y lo que se espera alcanzar para el año 2000.

Se explican la metodología para la elaboración de planes y los procedimientos que garantizan la participación e integración funcional de las diferentes áreas del Ministerio de Salud Pública y los territorios, ya que ambos son fundamentales para lograr los principales objetivos del desarrollo de la salud. Al mismo tiempo, se abordan los procesos de selección para el ingreso a la red de centros de educación médica, donde se lleva a cabo la formación de los recursos humanos de salud, así como los elementos fundamentales para garantizar el cumplimiento de los diferentes planes de pregrado y especialización. Se presentan cifras sobre el personal de salud en formación y los egresados de estos centros, destacándose la colaboración de Cuba con otros países en la formación de sus recursos para la salud. Finalmente se emiten consideraciones sobre los resultados obtenidos en este campo.

¹ Médico. Especialista de Primer Grado en Organización y Administración de Salud. Jefe del Departamento de Desarrollo de Recursos Humanos del Área de Economía, Ministerio de Salud Pública, La Habana, Cuba.

² Licenciada en Pedagogía y Psicología. Jefe del Departamento de Ingreso y Orientación Profesional del Área de Docencia, Ministerio de Salud Pública, La Habana, Cuba.

³ Médico. Especialista de Primer Grado en Organización y Administración de Salud. Instructora del Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana, Especialista del Área de Docencia, Ministerio de Salud Pública, La Habana, Cuba.

⁴ Médico. Especialista de Segundo Grado de Organización y Administración de Salud. Jefe del Departamento de Especialización del Área de Docencia, Ministerio de Salud Pública, La Habana, Cuba.

⁵ Médico. Especialista de Segundo Grado de Organización y Administración de Salud. Director Nacional de Desarrollo de Recursos Médicos del Área de Economía, Ministerio de Salud Pública, La Habana, Cuba.

INTRODUCCION

En Cuba, la planificación de los recursos humanos para la salud (RHS) ha sido una de las premisas fundamentales para lograr los objetivos del Sistema Nacional de Salud en el marco del desarrollo socioeconómico del país y de la política social de la revolución. La planificación de los recursos humanos ha suscitado escepticismo en diferentes países donde ha resultado ineficaz porque no se han tenido en cuenta las variables generadas por los factores políticos, sociales, demográficos y económicos que conforman la realidad nacional (1, 2).

El término recursos humanos se refiere a “todos los individuos y grupos que pueden satisfacer en un momento determinado el cumplimiento de los objetivos en salud” (1). El término personal de salud comprende a “los individuos y grupos calificados o autorizados a trabajar en el sector salud” (1). En nuestro caso aborda a todo el personal del sector de salud estatal.

La planificación de los recursos humanos se realiza con un enfoque amplio y se vincula estrechamente con el desarrollo y fortalecimiento de los servicios. Forma parte de la planificación sectorial y global del país y es multidisciplinaria, interinstitucional e intersectorial.

En el presente trabajo, se resumen los antecedentes de la formación de los recursos humanos para la salud en Cuba; la disponibilidad actual de dichos recursos; el enfoque metodológico usado para determinar las demandas de personal; los diversos tipos de planes; la proyección de nuevos ingresos; los procesos de selección de los centros formadores y algunos índices para planificar y controlar la selección.

MARCO DE REFERENCIA

La formación del personal de salud —médicos, estomatólogos, enfermeros y otros técnicos— a lo largo de estos últimos 30 años o más, ha sido parte inseparable de los avances de la salud pública cubana, que hoy garantiza la atención gratuita y de buena calidad científica a todo ciudadano (3), independientemente del lugar donde vive o trabaja y de su profesión, participación social y nivel de ingresos.

Desde el principio, este proceso ha conjugado métodos y enfoques diversos. Se ha enriquecido con la experiencia de la planificación sanitaria de otros países (4), que unida a la nuestra, nos ha permitido ir perfeccionando el sistema, ajustándolo a nuestro contexto, y exponer los métodos teóricos y prácticos que conforman la doctrina de la planificación, la cual se sigue renovando y enriqueciendo en su aplicación práctica continua.

Antes de 1959, la participación del Estado en organizar y garantizar la atención a la salud de la población era insuficiente. Los servicios

públicos de salud se prestaban en pocos hospitales en las grandes urbes y eran poco accesibles a la población rural, que era mayoritaria. Predominaba la práctica privada de la medicina y el presupuesto oficial para el sector de la salud era de solo \$3,00 por habitante (5). Los recursos humanos se concentraban en los lugares donde residían las capas adineradas de la población. En la capital de la república, donde vivía solo 21% de la población total, se agrupaban 55% de las camas de asistencia médica en el país y 63% de los médicos.

A esto cabe agregar que la producción, importación y comercialización de los medicamentos estaban en manos del sector privado y que más de 70% del mercado pertenecía al dominio de las firmas extranjeras.

Las primeras medidas de la revolución en materia de salud se encaminaron a resolver las insuficiencias más notorias y a sentar las bases del futuro sistema estatal de salud. Ellas hicieron posible extender los servicios a la población carente de cobertura asistencial, establecer la gratuidad de los servicios, reducir el precio de los medicamentos y aumentar los recursos financieros que el estado asignaba a esta esfera.

Una vez alcanzados estos objetivos, en una segunda etapa que coincide con la década de los sesenta se dedicó un mayor esfuerzo a la organización del sistema único de salud. Se crearon las unidades básicas para la asistencia preventivo-curativa, se pusieron en marcha programas nacionales para el control de las enfermedades infecciosas y, simultáneamente, se inició un plan de formación de recursos humanos calificados (6, 7).

La década de los setenta fue época de distintas decisiones y tomas de posesión de los Gobiernos Miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS), algunas emanadas de acuerdos y resoluciones internacionales, tales como el Plan Decenal de Salud de las Américas de 1972 y la Declaración de Alma-Ata de 1978 (2). En esta década se perfeccionó el sistema de salud en Cuba mediante la implantación de programas nacionales, dirigidos a grupos prioritarios de población, y la integración al sistema de salud de los centros universitarios formadores de médicos, estomatólogos y licenciados en enfermería. A fines de esta etapa se da inicio a un importante programa de construcción de nuevas unidades docentes y asistenciales (5-7).

Al llegar el decenio de los años ochenta, el camino recorrido, la experiencia acumulada y el considerable potencial de los recursos creados permitieron iniciar un proceso de desarrollo acelerado de la salud y las ciencias médicas, cuya ejecución exitosa dio lugar a un notable incremento de las capacidades de la red asistencial, a la aparición de formas nuevas y avanzadas de organizar la asistencia médica, a nuevos programas y acciones preventivas, a un adelanto extraordinario en la formación de recursos humanos calificados y a un enorme impulso de la investigación científica y del aprovechamiento de sus resultados (6, 7). Gracias a las medidas adop-

tadas en los últimos años, especialmente en la última década, Cuba se encuentra en una situación favorable en lo que respecta a asegurar los recursos humanos calificados para cumplir los objetivos que garantizan el desarrollo de la salud pública.

Actualmente Cuba cuenta con un sistema de salud que le permite garantizar una cobertura universal y con un importante potencial de recursos humanos, materiales y tecnológicos que garantiza la buena calidad de la atención dada a la población. Todo ello, junto con los cambios sociales producidos en las esferas de la educación, alimentación, cultura, vivienda y otras áreas, ha influido muy favorablemente en el estado de salud de la población.

Los siguientes indicadores (8) muestran algunos de los cambios presenciados en la última década:

Indicadores	1980	1990
Esperanza de vida al nacer (en años)	72,8	75,5
Mortalidad infantil (tasa por 1 000 nacidos vivos)	19,6	10,7
Mortalidad de menores de cinco años	24,3	13,2
Mortalidad materna (tasa por 100 000 nacidos vivos)	52,6	31,6

Las enfermedades prevenibles por vacunación han continuado disminuyendo. El sarampión, la rubéola y la parotiditis han bajado a cifras prácticamente de erradicación y se unirán a las enfermedades ya erradicadas, tales como el tétanos neonatorum, las tos ferina y la difteria. Otro hecho singular ha sido la reducción de las enfermedades meningocócicas y de otras de marcado componente social, como la tuberculosis.

Las enfermedades no trasmisibles y los accidentes que hoy constituyen las principales causas de muerte en nuestro país se convierten en el objetivo estratégico de mayor prioridad, de modo que, mediante su reducción, se logren nuevas transformaciones en el estado de salud conforme el nivel de desarrollo de nuestra salud pública (9). En este esfuerzo desempeñan un papel decisivo los recursos humanos en salud.

DISPONIBILIDAD DE LOS RECURSOS HUMANOS

La esencia del programa de planificación del personal de salud es "tratar de obtener una cantidad suficiente de personal de salud para atender la creciente demanda social de atención" (10), a lo cual añadiríamos, "con la calidad requerida". Al cabo de 1991 el Sistema Nacional de Salud registraba alrededor de 300 000 trabajadores distribuidos en diversas categorías (cuadro 1).

CUADRO 1. Médicos, estomatólogos y personal de enfermería por provincia. Cuba, 1991.

Provincia	Médicos		Estomatólogos		Enfermeros	
	No.	Índice ^a	No.	Índice ^a	No.	Índice ^a
Pinar del Río	2 191	31,6	406	5,8	4 994	71,6
La Habana	1 840	28,4	493	7,8	4 179	64,1
Ciudad Habana	16 249	77,0	2 132	10,1	17 768	83,6
Matanzas	2 112	34,5	454	7,4	4 291	69,6
Villa Clara	3 049	37,7	478	5,9	5 064	62,5
Cienfuegos	1 154	31,7	233	6,4	2 258	61,4
Sancti Spiritus	1 350	31,2	258	6,0	2 990	79,4
Ciego de Avila	1 075	29,3	244	6,6	1 964	53,0
Camaguey	2 391	32,0	475	6,3	4 887	64,6
Las Tunas	1 210	24,4	242	4,8	2 553	50,8
Holguín	2 465	24,8	484	4,8	5 112	51,0
Granma	1 899	24,0	380	4,8	4 748	59,8
Santiago de Cuba	3 984	40,2	752	7,5	6 424	64,4
Guantánamo	1 372	27,9	388	6,8	3 488	70,8
Isla de la Juventud	303	40,4	70	9,3	668	87,0
Total	42 634	39,8	7 515	7,0	71 388	66,8

^aPor 10 000 habitantes. Población estimada, 30 de julio de 1991.

Fuente: Dirección Nacional de Estadística, Ministerio de Salud Pública, Cuba.

De un total de más de 42 000 médicos, trabajan como médicos de la familia 15 141, cifra que representa el 35,5%, y 3 000 han obtenido el título de especialista de primer grado en medicina general integral.

Del total de 71 388 miembros del personal de enfermería, 5 430 (7,3%) son licenciados en enfermería. La distribución de médicos, estomatólogos, enfermeros y técnicos de otras especialidades muestra una tendencia a alcanzar una disponibilidad homogénea y proporcional en los diferentes territorios del país.

PROCESO DE PLANIFICACION

La planificación de los recursos humanos para la salud ha estado sujeta al cumplimiento de los principales objetivos de desarrollo del sistema estatal de salud pública. A continuación se resumen dichos objetivos y su relación con este aspecto.

1) Perfeccionar el enfoque profiláctico de la salud pública, desarrollando programas preventivos para todas las edades, incluida la etapa prenatal; elevando la educación sanitaria de la población y su participación en un estilo de vida saludable mediante la lucha contra el hábito de fumar, el sedentarismo, la obesidad y el alcoholismo, y propugnando la práctica del ejercicio en grupo.

2) Desarrollar, con un enfoque regional, la red de unidades y programas de las 35 especialidades médicas de prioridad, asegurando la asignación e introducción de tecnologías modernas para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades.

3) Desarrollar los recursos humanos del sistema estatal de salud.

4) Dar ímpetu a los programas de investigación científica, especialmente los que se relacionan con las enfermedades crónicas no trasmisibles y con la biotecnología, la inmunología y la electrónica médica.

5) Impulsar la industria farmacéutica mediante el mejoramiento tecnológico de las actuales instalaciones y la construcción acelerada de nuevas plantas para producir antibióticos, hemoderivados, vacunas, y otros productos.

Para lograr estos objetivos a finales del presente siglo se espera disponer de más de 65 000 médicos, 25 000 de ellos en medicina general integral. De estos, 20 000 atenderán a la población urbana y rural y 5 000 a las fábricas y escuelas. Los 30 000 médicos en las otras especialidades asegurarán la cobertura de la red de instituciones de diversos tipos y funciones, incluidas las recién construidas. Habrá una reserva de 10 000 médicos dedicada, en parte, a la cooperación internacional y a iniciar y desarrollar el año sabático. De igual modo se proyecta alcanzar una cifra de más de 10 000 estomatólogos. En cuanto al personal de enfermería, se estima que llegará a 90 000 y que con ello se cubrirán todas las demandas, siempre que los ingresos en el nivel educativo superior nos garanticen disponer de 25 a 30% con el título de licenciados.

Nuestros planes estratégicos para la formación de recursos humanos comprenden los siguientes:

- estudios para determinar las demandas del personal médico y estomatológico a largo y mediano plazo, por especialidades y provincias;
- estudios para determinar las demandas de personal técnico y de enfermería a largo y mediano plazo, por provincias.

Como consecuencia de esta estrategia se elaboran los siguientes planes de formación de personal para cada provincia:

- nuevos ingresos para la formación de estudiantes de medicina, estomatología y licenciatura en enfermería en el nivel superior, por años;
- nuevos ingresos para la formación de personal de salud de nivel técnico;
- ingresos para la formación de médicos y estomatólogos, por especialidades, e
- ingresos en cursos posbásicos de personal de enfermería y técnicos de la salud, por especialidades.

Se participa, además, en los estudios sobre los requerimientos de otros recursos humanos calificados que son afines con el sector de la salud pero que no reciben formación dentro del sistema de educación médica, tales como farmacéuticos, psicólogos, biólogos, bioquímicos y otros profesionales.

METODOLOGIA PARA ELABORAR LOS PLANES ESTRATEGICOS

El presente trabajo no intenta explicar la organización y estructura del proceso de elaboración de planes estratégicos a nivel estatal, sino mencionar las particularidades del proceso interno de los recursos humanos en salud y específicamente de los planes para el estudio de la demanda y para la formación y especialización del personal. Estos planes se elaboran, ejecutan y controlan sistemáticamente, con la participación integral de las áreas que conforman las unidades en que está organizado el sistema único de salud, ofreciendo de esta forma una experiencia singular en el logro de propósitos comunes. En consecuencia con la política del Estado "de que nuestro país sea lo que se ha dado en llamar una potencia médica, es decir, ocupar uno de los lugares cimeros del mundo en materia de salud de nuestra población" (11), en 1985 se iniciaron los estudios, por un período prospectivo de 15 años, sobre las necesidades en cada una de las especialidades médicas de acuerdo con el pronóstico de desarrollo de la salud pública y, por consiguiente, sobre la formación de los especialistas necesarios para asegurar el crecimiento previsto de cada uno de los componentes del sistema nacional de salud. Para tan compleja tarea se elaboró un programa de trabajo basado en la utilización de información. En él se tuvieron en cuenta el conocimiento del estado de salud de la población, su desarrollo socioeconómico, el pronóstico de la morbilidad y de los cambios de la estructura demográfica y otros factores. Se establecieron las siguientes premisas como elementos iniciales de la estrategia de desarrollo:

- Factibilidad del crecimiento institucional del sector por territorio.
- Cobertura total por médicos de familia.
- Niveles óptimos de atención médica.
- Aprovechamiento óptimo de las instalaciones.
- Utilización adecuada del tiempo para fines médicos.
- Atención de la población en dispensarios.
- Incremento de otros recursos materiales.

Como resultado de estudios sobre la organización científica del trabajo y la utilización óptima del tiempo del personal, se procedió a calcular las demandas en todos los niveles de administración y servicios del Sistema Nacional de Salud, utilizando la clasificación actual y proyectada según la Nomenclatura por Tipo y Categorías de la Red de Instituciones del Sistema

(12). Esta define las características y funciones de los recursos humanos y materiales disponibles, así como los reglamentos de plantilla (13, 14), los cuales establecen las estructuras de los cargos médicos por especialidades, así como del resto del personal de salud, y los patrones mínimos de dotación de personal por tipos de instituciones.

Para calcular las demandas se establecieron o denominaron ciertos conceptos, los cuales se agruparon de la forma siguiente:

a) Demanda de personal médico para:

- Atención primaria.
- Atención hospitalaria.
- Consultas externas.
- Guardias físicas.
- Servicios higiénico-epidemiológicos.
- Docencia de pregrado.
- Asistencia social.
- Introducción de nuevas tecnologías.

b) Demanda de personal estomatológico para:

- Atención hospitalaria.
- Clínicas estomatológicas y policlínicos.
- Escuelas, fábricas y otras instituciones.
- Docencia de pregrado.

c) Demanda de personal de enfermería y de técnicos de salud para:

- Atención primaria.
- Atención hospitalaria.
- Atención en centros docentes y fábricas.
- Asistencia social.

A las demandas totales calculadas por cada área de actividad concebida, se suma el cálculo de la reserva de personal médico destinada a la colaboración internacional y al año sabático.

Habiéndose identificado la cantidad de personal necesaria para poner en marcha el plan estratégico y los períodos de formación de las diferentes especialidades, se establecen de manera análoga las metas por períodos quinquenales y anuales. Existen diversos métodos para planificar los recursos de personal de salud. De los diferentes métodos científicos descritos en la literatura —el normativo y los de análisis, balance, tendencia, investigación y otros (15, 16)— en la experiencia cubana se ha aplicado una conjugación de los mismos, con predominio del método de balance. En este los recursos actuales, más los que se forman y menos las pérdidas por probables bajas, se comparan con las estimaciones de la demanda. De

este modo se establecen diferencias que constituyen las posibles metas de formación. Más tarde estas se someten al análisis y criterio de expertos, representados por profesionales del mayor nivel científico, en las diferentes especialidades de las ciencias médicas (figura 1).

Además de determinarse cuantitativamente las necesidades de formación, las capacidades de las instituciones docentes, por territorio y especialidades, se someten a análisis con el fin de lograr un mayor grado de eficacia. Este aspecto suele ser de gran importancia porque actúa como factor restrictivo. Por lo tanto, condiciona y modifica las propuestas iniciales del plan. La presencia de condiciones óptimas para el proceso de enseñanza y aprendizaje tiene una influencia decisiva en la formación del personal de salud.

ORGANIZACION OBSERVADA EN LA ELABORACION DE LOS PLANES DE FORMACION

El análisis se realiza mediante la participación integral de las diferentes áreas del Ministerio de Salud Pública (figura 2) y está organizado en las siguientes etapas:

- Definición de las premisas.
- Actualización de la información para lograr un balance entre disponibilidad y demanda.
- Elaboración de los procesos de balance por las direcciones provinciales, según demandas territoriales y especialidades.
- Análisis y discusión de la propuesta del plan con las Direcciones Provinciales de Salud, los representantes de las diferentes áreas del Ministerio, y los expertos y asesores de las especialidades.
- Presentación del proyecto a la Dirección Central del organismo para su aprobación.

FIGURA 1. Diagrama del método de balance.

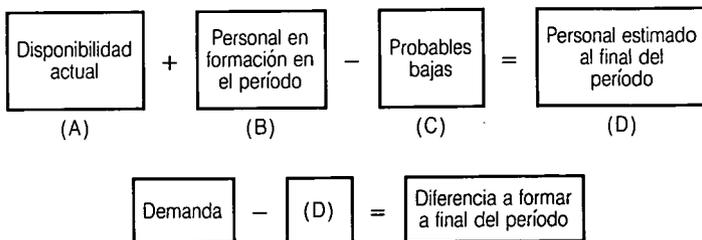
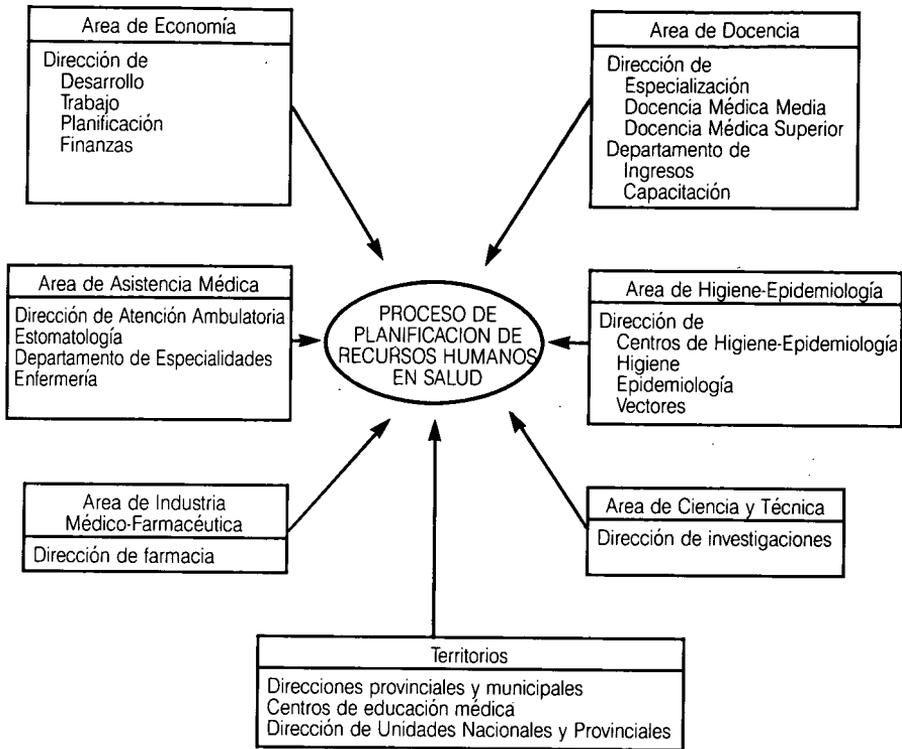


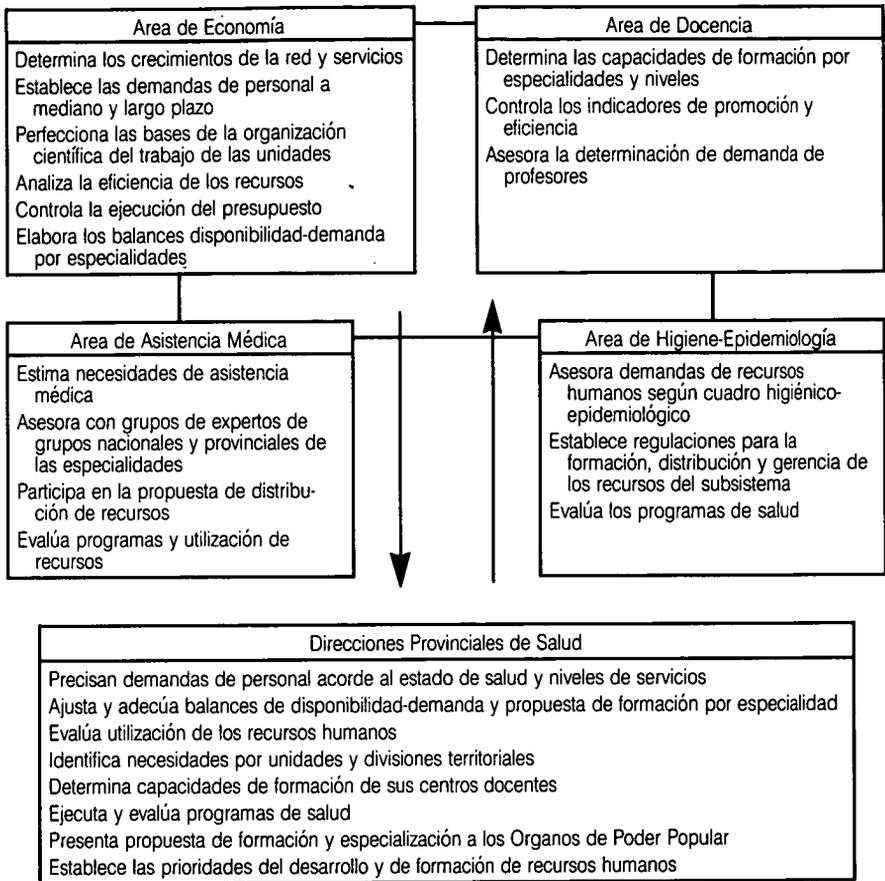
FIGURA 2. Participación de las áreas del MINSAP en la elaboración de planes de formación de recursos humanos en Cuba.



En la figura 3 se muestra la integración funcional de las áreas de trabajo del Ministerio de Salud Pública y de las Direcciones Provinciales de Salud para la elaboración de los planes de formación de recursos humanos. Los diferentes tipos de planes por provincia, ya sea los que corresponden a personas que ingresan para una formación completa o para especializarse, se denominan "plazas". Este término supone la satisfacción de demandas para alcanzar las metas y objetivos de la salud pública expresados anteriormente. Con este fin, el presupuesto que asigna el Estado garantiza los salarios del personal formado, evitando el desempleo.

En los últimos años se ha logrado un mayor conocimiento, en el plano gerencial y administrativo, de la eficiencia de los recursos de todo

FIGURA 3. Integración funcional en la elaboración de planes de formación de recursos humanos en Cuba.



tipo, incluidos los recursos humanos. La dirección principal pone mayor énfasis en la determinación de los costos de los servicios y de la formación de recursos, así como en la utilización racional del fondo de tiempo, con el fin de aumentar la eficiencia del sector de la salud. Todos estos elementos son evaluados sistemáticamente por las diversas áreas que integran el Ministerio de Salud Pública, tanto en sus distintos niveles directivos como ejecutores. Esto permite propiciar no solo el control, sino además los cambios impuestos por los resultados que se van alcanzando.

Tanto para los procesos de planificación, como para el control cuantitativo y cualitativo de los planes de formación y de otros planes relacionados con los recursos humanos, se emplean diversos indicadores detallados en la figura 4.

FIGURA 4. Indicadores que deben considerarse en los planes de formación de recursos humanos en Cuba.

De cobertura	Personal de salud / 10 000 habitantes Habitantes por tipo de personal de salud
De relación con otros recursos	Médicos / cama Médicos / enfermera Estomatólogos / sillón dental Enfermeras / cama
De servicios	Rendimiento médico / consulta Productividad quirúrgica Plazas ocupadas por servicios en plantilla Índice de ausentismo
Del proceso docente-educativo	Profesor / alumno Promoción por curso académico Eficiencia del ciclo docente
Financiero	Gastos en salud per cápita Gastos y costos de formación Gastos y costos por actividades Ejecución del presupuesto
Cualitativo	Grado de satisfacción de la población

PROCESO DE SELECCION PARA LA FORMACION DE LOS RECURSOS HUMANOS PLANIFICADOS

El proceso de formación de los recursos humanos de salud planificados se desarrolla en la red de centros docentes de la educación médica del país, que cuenta, para la educación superior, con 4 institutos superiores de ciencias médicas (ISCM), 21 facultades de ciencias médicas (FCM), 14 filiales y 4 facultades de estomatología. Para la educación técnica se cuenta con 53 institutos politécnicos de la salud o de enfermería (IPS o IPE). Los centros de educación médica superior se subordinan administrativamente al Ministerio de Salud Pública, que tiene la responsabilidad de garantizar los recursos materiales y financieros. Los de educación técnica y profesional se subordinan administrativamente a los órganos del gobierno en el nivel local y metodológicamente al Ministerio de Salud Pública. Ambos subsistemas también se rigen metodológicamente por los Ministerios de Educación y de Educación Superior, entidades a cargo del sistema educacional del país.

El proceso docente-educativo se desarrolla a través de la red de instituciones de formación, en estrecha vinculación con las unidades preventivo-curativas y productivas del Sistema Nacional de Salud. La selección de los aspirantes que ingresan en cada curso académico es responsabilidad de los centros de formación y se realiza a través de un riguroso proceso selectivo, que incluye, entre otros, los siguientes aspectos: la valoración de la trayectoria estudiantil o laboral de los aspirantes, sus intereses vocacio-

nales e intenciones profesionales futuras, sus condiciones físicas y mentales y los resultados docentes obtenidos en la enseñanza precedente. Todos estos se consideran requisitos indispensables para emprender estudios dentro del campo de las ciencias médicas con una alta probabilidad de éxito académico (17–20).

Si se reúnen o no las condiciones exigidas para ingresar a la educación médica superior —a través del Destacamento de Ciencias Médicas Carlos J. Finlay— o a la educación médica media, se determina examinando el expediente del escolar o del trabajador (según sea la procedencia del aspirante) y haciendo una entrevista especializada a los jóvenes que han sido avalados por su institución docente o laboral. Una vez aprobados mediante este proceso preliminar, los individuos que opten por las carreras de medicina, estomatología o enfermería se presentan a los exámenes de ingreso de matemáticas, química y biología organizados por el Ministerio de Educación Superior.

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en los exámenes de ingreso y los índices académicos de los grados décimo, undécimo y duodécimo (preuniversitario), se calcula para cada estudiante el valor de corte en el escalafón, dándose un peso proporcional de 50% a cada uno de estos componentes. El indicador obtenido permite establecer un ordenamiento de aspirantes por provincias, según el cual el Ministerio de Educación Superior procede a otorgar plazas de acuerdo con el plan aprobado para cada provincia. Los individuos seleccionados pasan a integrar el Destacamento de Ciencias Médicas Carlos J. Finlay.

En el caso de personas interesadas en las especialidades técnicas, la selección se basa en el índice académico de los estudios preuniversitarios (ya que en el nivel de educación médica media no se exigen exámenes de ingreso) y se ejecuta territorialmente, de acuerdo con el plan previsto para cada provincia.

Los ingresos a la educación médica superior están constituidos, fundamentalmente, por estudiantes procedentes de los institutos preuniversitarios del Sistema General de Enseñanza (85%), del cual egresan al terminar el duodécimo grado (título de bachiller). También ingresan muchos egresados del Servicio Militar General y muchos trabajadores técnicos del Sistema Nacional de Salud.

Desde la creación del Destacamento de Ciencias Médicas Carlos J. Finlay en el año 1982 se han planificado 56 225 ingresos a cursos regulares diurnos, de los cuales 46 980 corresponden a medicina, 3 945 a estomatología y 5 300 a la carrera de licenciado en enfermería (cuadro 2). Se añade a esto la modalidad de cursos para trabajadores del Sistema Nacional de Salud, con 1 248 ingresos planificados para estomatología, 13 044 para la licenciatura en enfermería y 290 para el área de tecnología de la salud. Esta última carrera se inició en el curso de 1989–1990. A las 18 especialidades técnicas que constituyen la educación médica media in-

CUADRO 2. Plan de nuevos ingresos a la educación médica superior. Cuba, 1981-1982 a 1991-1992.^a

Curso académico	Medicina D ^b	Estomatología		Licenciatura en enfermería		Licenciatura en Tecnología de la salud	Total	
		D	E ^b	D	E	E	D	E
1981-82					170			170
1982-83	4 000	250			285		4 250	285
1983-84	4 500	350			610		4 850	610
1984-85	5 000	400			725		5 400	725
1985-86	5 500	400	200		1 000		5 900	1 200
1986-87	5 500	400	250		1 520		5 900	1 770
1987-88	5 500	400	260	50	2 000		5 950	2 260
1988-89	5 480	385	230	250	1 850		6 115	2 080
1989-90	4 500	455	179	1 000	1 750	50	5 955	1 979
1990-91	3 500	460	64	2 000	1 750	120	5 960	1 934
1991-92	3 500	445	65	2 000	1 400	120	5 945	1 585
Total	46 980	3 945	1 248	5 300	13 060	290	56 225	14 598

^aExcluye estudiantes extranjeros.

D = Cursos diurnos; E = Cursos por encuentro.

gresan los graduados de cursos preuniversitarios (90,0%) y los trabajadores del Sistema Nacional de Salud (10,0%). De 1984 hasta la fecha se ha planificado la formación de 42 465 enfermeros y 13 511 técnicos de la salud (cuadro 3).

A la demanda nacional en las áreas de educación médica superior y media se añade la formación de extranjeros de acuerdo a los convenios

CUADRO 3. Plan de nuevos ingresos a la educación médica media. Cuba, 1984-1992.

Curso Escolar	Plan	
	Enfermería	Técnicos
1984-1985	7 507	2 769
1985-1986	8 035	1 769
1986-1987	6 000	981
1987-1988	6 629	1 904
1988-1989	5 750	1 882
1989-1990	4 175	1 535
1990-1991	2 714	1 561
1991-1992	1 655	1 110
Total	42 465	13 511

Fuente: Dirección Nacional de Estadística, Ministerio de Salud Pública, Cuba.

establecidos con los países interesados. De esta forma se cumple uno de los principios que rigen la salud pública cubana desde el triunfo revolucionario en el campo de la formación de recursos humanos para la salud: la cooperación internacional con los países del tercer mundo. Esta no se ha concretado solamente a la formación de recursos en nuestro país, sino que ha abarcado la puesta en marcha de facultades de medicina en países como Yemen, Etiopía, Angola y Guyana.

LA SELECCION Y FORMACION DE ESPECIALISTAS

El régimen de formación de residentes se desarrolla, al igual que la enseñanza de pregrado, en los ISCM y FCM del país. Existen dos vías de ingreso a este sistema: la directa y la normal. La primera incorpora al régimen a los médicos y estomatólogos inmediatamente después de que han concluido los estudios de pregrado. Se exceptúa la especialización en medicina general integral, a la que los médicos incorporados al Programa de Trabajo del Médico y la Enfermera de la Familia ingresan al terminar el primer año de trabajo, que se considera de familiarización. La segunda vía incorpora a los que han laborado dos años o más como profesionales del sistema nacional de salud. A los médicos especialistas en medicina general integral se les ofrece la posibilidad de optar por una segunda especialidad, conforme los planes de desarrollo previstos para cada territorio.

Los aspirantes en cualquiera de las vías especificadas anteriormente deben cumplir los requisitos establecidos en el concurso convocado cada año por los centros de formación, de acuerdo con el número de plazas aprobadas por especialidades y provincias. Al finalizar el proceso de selección se realiza un análisis del cumplimiento del plan, con objeto de precisar los problemas que puedan generarse en los territorios por incumplimiento del mismo y tener en cuenta, para futuros planes, las plazas no cubiertas.

RECURSOS HUMANOS EN FORMACION Y FORMADOS

En el curso de 1991–1992 se encontraban en formación en los centros de docencia médica 25 753 alumnos de medicina, 2 781 de estomatología, 8 841 de licenciatura en enfermería y 276 de licenciatura en tecnología de la salud (cuadro 4), así como 12 723 en régimen de residencia. Otras 8 454 personas se preparaban para ser enfermeros de nivel técnico y 5 740 para ser técnicos de la salud. No se incluyen en las cifras anteriores los 2 218 becarios de 79 países extranjeros, de los cuales 991 correspondían a medicina y estomatología, 1 123 a las carreras de técnico o enfermero y 104 al régimen de residencia.

CUADRO 4. Matrícula inicial en educación médica superior, curso diurno y por encuentros. Cuba, curso académico 1991-1992.

Carrera	Tipo de curso		Total
	Diurno	Por encuentros	
Medicina	25 753		25 753
Estomatología	2 136	645	2 781
Licenciatura en Enfermería	4 840	4 001	8 841
Licenciatura en Tecnología de la salud		276	276
Total	32 729	4 922	37 651

Fuente: Dirección Nacional de Estadística, Ministerio de Salud Pública, Cuba.

De 1959 a 1991 se han formado en los centros de educación médica superior 45 253 médicos, 7 829 estomatólogos, 5 368 licenciados en enfermería (figura 5) y 17 000 especialistas de primer grado. De los centros de educación médica media se han graduado 108 553 enfermeros y 63 803 técnicos de la salud (figura 6). A esto se añaden 4 215 becarios extranjeros de 94 países, de los cuales 1 840 se graduaron de médicos y estomatólogos, 1 718 de técnicos y enfermeros, 405 de especialistas médicos y 251 de especialistas técnicos (posbásicos).

FIGURA 5. Graduados de educación médica superior por carreras. Cuba, 1959-1991.

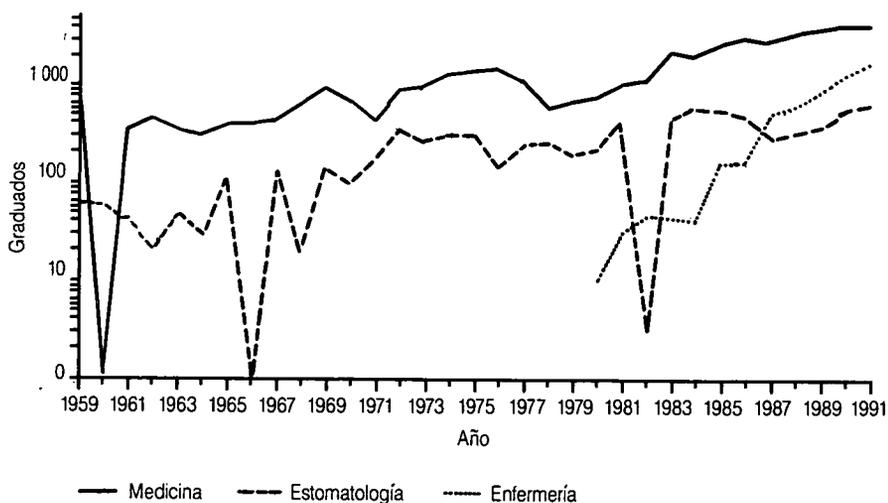
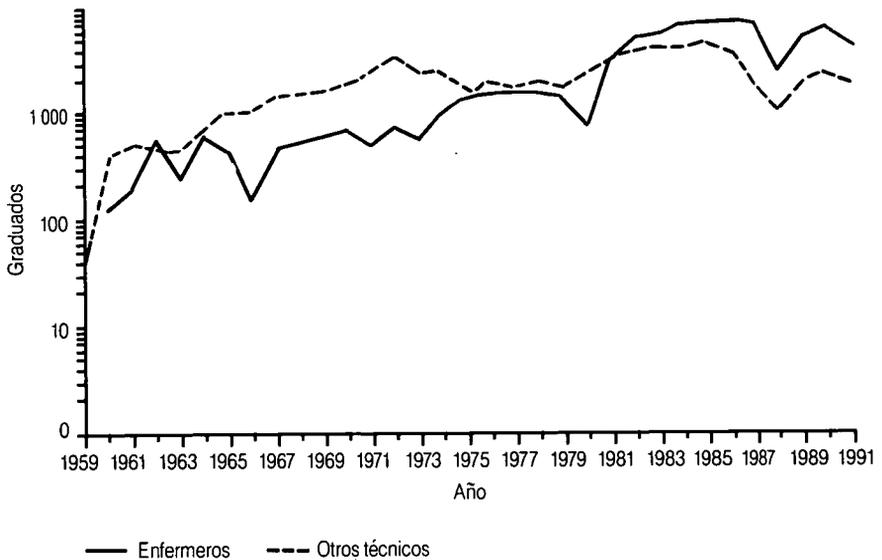


FIGURA 6. Total de graduados en enfermería y en tecnología de la salud. Cuba, 1959–1991.



CONSIDERACIONES FINALES

El proceso de planificación de los recursos humanos en el sector de la salud se ha vinculado estrechamente con el proceso de desarrollo económico y social de nuestro país. Su carácter integral, que refleja un enfoque tanto sectorial como intersectorial, ha facilitado la elaboración de planes y la selección de las personas que ingresan a los centros formadores. Este proceso singular, quizás único, ha dado respuesta a los objetivos esenciales de desarrollo de la salud pública cubana. En este sentido la situación favorable creada mediante el potencial de recursos humanos, materiales y tecnológicos garantiza una cobertura universal. A la par de otros factores sociales, tales como un buen nivel educacional y cultural, esto contribuye a elevar el estado de salud de la población.

En las condiciones económicas actuales, se intensifica la búsqueda de métodos para aumentar la eficacia y eficiencia de los recursos, especialmente los humanos, con el fin de lograr un nivel óptimo en la calidad de los servicios de salud que se prestan a la población. La dirección del esfuerzo principal hacia estos fines constituye actualmente un objetivo estratégico del Sistema Estatal de Salud en Cuba.

REFERENCIAS

- 1 De Canales F, Haddad J. Manual de planificación de recursos humanos para la salud, pag 4-5. Publicación PASCAP No. 20, 1986.
- 2 Haddad J, De Canales F. Los planes de desarrollo de personal de salud: consideraciones fundamentales para su formulación. *Educ Med Salud*. 1987; 21(4):313-327.
- 3 Ley No. 41 de la Salud Pública. *Gaceta Oficial de la República de Cuba*. No. 61, 13 de julio de 1983.
- 4 Hilleboe HE, Barkuus A, Thomas WC, Jr. Métodos de Planificación Sanitaria Nacional. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1973. (Cuaderno de Salud Pública 46).
- 5 Jardines J, Oubiña J, Aneiros-Ribas R. La educación en ciencias de la salud en Cuba. *Educ Med Salud*. 1991; 25(4):388-391.
- 6 Castro O. Financiamiento del sector salud en una situación de crisis: experiencia cubana. Ponencia presentada en La Habana, Cuba, marzo de 1992.
- 7 Castro O. *Planificación de recursos humanos para la salud pública, formación y utilización*. Informe presentado en el Seminario Regional sobre Recursos Humanos para la Salud, Acapulco, México, 1986.
- 8 Cuba, Ministerio de Salud Pública. Informe anual 1990. La Habana: MINSAP; 1990.
- 9 Cuba, Ministerio de Salud Pública. Objetivos, propósitos y directrices para incrementar la salud de la población cubana, 1992-2000. La Habana: MINSAP; 1992.
- 10 Hall TL, Mejías A. Planificación del personal de salud: principios, métodos y problemas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1979.
- 11 Castro F. *Conclusiones en el Claustro Extraordinario de Profesores del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana* (11 de junio de 1982). La Habana: Editora Política; 1982.
- 12 Cuba, Ministerio de Salud Pública. *Nomenclatura por tipo y categoría de red de instituciones del Sistema Nacional de Salud*. La Habana: MINSAP; 1981. Resolución 185.
- 13 MINSAP-CETSS. Normativas a utilizar para el cálculo de las plantillas por categorías ocupacionales. La Habana: Departamento de Divulgación del CETSS; 1974.
- 14 Cuba, Ministerio de Salud Pública. Sistema Único de Normas de Plantilla. La Habana: Editorial Palacio de las Convenciones; 1973.
- 15 Hernández ER. *Planificación de los recursos humanos en salud*; 1983.
- 16 Zhilinskas Youzas Y. *Metodología de planificación y financiamiento de la salud pública soviética y sus aspectos económicos*. La Habana: CNICM; 1979.
- 17 Anastasi A. Test Psicológico, 3era Ed. Barcelona: Editorial Aguilar; 1982.
- 18 Goode WJ, Halt PK. *Método de investigación social*. La Habana: Editora Instituto Cubano del Libro; 1971.
- 19 Predvechni GP, Shiokovin YA. *Psicología social*. La Habana: Editora Política; 1986.
- 20 Thourndike R, Hagen E. Test y técnicas de medición en psicología y educación. México: Editora Trillas; 1973.

LA FORMACION DE PERSONAL DE ENFERMERIA Y TECNICOS DE LA SALUD

Violeta Chiú Navarro,¹ Mercedes Reyes Tolentino,² Magdalena Zubizarreta Estévez³ y Adolfo S. Álvarez Blanco⁴

En el presente artículo se hace una breve reseña histórica sobre la formación de técnicos de la salud en Cuba y se analizan los profundos cambios producidos en la estructura socioeconómica del país a partir del triunfo de la revolución, junto con las transformaciones esenciales que estos han provocado en el campo de la salud. Se expone la constante atención que se ha prestado al perfeccionamiento de los planes y programas de estudio de enfermeros y técnicos de la salud —reflejada en modificaciones de contenidos y de tiempo de formación— y se describen los modelos educativos, seleccionándose la especialidad de enfermería como un ejemplo del total de carreras técnicas de la salud existentes en el país. También se describen brevemente la formación básica y universitaria del personal de enfermería y sus modelos educativos. Al final se hace una proyección y se trazan alternativas de acción para la formación y el perfeccionamiento de los recursos humanos en especialidades técnicas de la salud a partir de la nueva estrategia de educación permanente trazada para el país. Esta estrategia permite una perspectiva amplia de trabajo y contribuye a la acción transformadora en los servicios.

INTRODUCCION

En 1899 comienza en Cuba la formación de técnicos de la salud con la creación de la primera escuela de enfermeras en el Hospital Nuestra Señora de las Mercedes en La Habana (1).

¹ Estomatóloga, Especialista de Segundo Grado en Periodontología, Directora del Centro Nacional de Perfeccionamiento Técnico, Ministerio de Salud Pública, Cuba.

² Licenciada en Enfermería, Metodóloga del Departamento Docente Metodológico, Ministerio de Salud Pública, Cuba.

³ Licenciada en Enfermería, Metodóloga del Centro Nacional de Perfeccionamiento Técnico, Ministerio de Salud Pública, Cuba.

⁴ Médico, Especialista de Segundo Grado en Organización y Administración de Salud Pública, Asistente del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana, Jefe del Departamento Nacional de Capacitación, Ministerio de Salud Pública, Cuba.

En 1902 había seis de estas escuelas en todo el país y entre todas no se lograba formar a más de cien enfermeras al año. Desde esa época hasta 1955 no se crearon nuevos centros docentes para la formación del personal técnico. La formación de algunos centenares de optometristas, dietistas, trabajadores sociales y quiropodistas se lograba a través de la Universidad de La Habana o por la vía del empirismo y la convalidación (1). “Era evidente que la Educación Técnica y Profesional en el campo de la Salud, estaba alejada de las necesidades sociales y que su objetivo principal era la preparación del personal para la práctica privada con sentido eminentemente individualista y orientado básicamente para trabajar en la práctica médica a nivel de diagnóstico y tratamiento” (1).

En 1955 se inicia por primera vez en el país, en el Instituto Carlos J. Finlay, un curso regular para la preparación del personal técnico en el área de laboratorio clínico (1).

Esta era la situación cuando estalló la Revolución de 1959. Los profundos cambios producidos a partir de esta fecha en la estructura socioeconómica de Cuba provocaron transformaciones esenciales del quehacer médico y de las políticas de salud, lo que llevó a la creación de un Sistema Nacional de Salud (SNS) que permitiera enfrentar y resolver los problemas de salud de la población mediante programas orientados a satisfacer las necesidades y demanda de servicios. Se determinó dar prioridad al desarrollo acelerado y eficiente de los programas, de forma tal que se garantizara la formación de los recursos humanos necesarios. Para estos fines se creó la Dirección Nacional de Docencia Médica del Ministerio de Salud Pública (MINSAP), la cual asumió la responsabilidad de atender a todo lo relacionado con el proceso docente educativo, bajo la orientación metodológica del Ministerio de Educación (1).

Para lograr la formación de los recursos humanos que se necesitaban también se crearon nuevos centros formadores de enfermeras y técnicos y se diseñaron planes de estudio para la formación de auxiliares de enfermería, cursos posbásicos para instructoras de enfermería y cursos de nivel técnico en las especialidades de radiología, oftalmología y medicina nuclear (2). En consonancia con los cambios que se iban produciendo, las necesidades de salud fueron incrementándose, lo que provocó que se crearan otras especialidades técnicas y de enfermería. Paralelamente, los centros docentes se multiplicaron y se extendieron a todo el país.

Se ha prestado constante atención al perfeccionamiento de los planes y programas de estudio, variando el tiempo de formación de seis meses a un año en el caso de las auxiliares de enfermería y de dos a tres años en el de las especialidades técnicas y de enfermería. También se ha elevado progresivamente el nivel de escolaridad necesario para ingresar a estas especialidades. En los primeros años se exigía tener aprobado el sexto grado, posteriormente haber cursado estudios de nivel secundario y, a partir de 1986, haber terminado el bachillerato.

Dado el desarrollo alcanzado por la salud pública cubana y en vista de la necesidad de formar un personal de enfermería cuya preparación científico-técnica le permitiera tomar decisiones y obrar con más profundidad y complejidad, en 1976 se inició en el país la formación de esta especialidad en el nivel universitario. Se creó la licenciatura en enfermería, dirigida a los enfermeros vinculados a los servicios, con un itinerario regular diurno presencial.

En 1981 se inició el curso regular por encuentros (curso a distancia) para trabajadores, con objeto de satisfacer las necesidades de superación del personal de enfermería de nivel técnico en el país (3). Inicialmente estos cursos eran de cuatro años de duración y posteriormente de cinco. En 1988 se inició el curso regular diurno, con una duración de cinco años, para estudiantes egresados de los institutos preuniversitarios con el título de bachiller. Se plantea como estrategia que, a partir del curso de 1992-1993, toda la formación del personal de enfermería sea de nivel universitario. El propósito de este trabajo es dar una visión global de la formación de los técnicos de la salud, poniendo énfasis en la experiencia que se tiene al respecto en la especialidad de enfermería.

FORMACION DE LOS RECURSOS HUMANOS DE NIVEL TECNICO

Los centros formadores de recursos humanos para la salud de nivel técnico son los institutos politécnicos de la salud y de enfermería (actualmente 52), donde los estudiantes ingresan con un título de bachiller y se someten a un proceso de formación de tres años.

El plan de estudios de las especialidades técnicas y de enfermería tiene un enfoque integral en el que predominan los contenidos prácticos. En el primer y segundo año se ofrecen ciclos de asignaturas teórico-prácticas y prácticas en los servicios, donde el estudiante desempeña un papel importante. Al inicio de los estudios hay un período de introducción a la especialidad para que los alumnos comiencen a conocer el contexto de su futuro trabajo. En el tercer año se realiza la práctica preprofesional, acompañada de un período terminal donde los estudiantes son preubicados en sus futuros puestos de trabajo. De este modo se garantiza la consolidación de los conocimientos adquiridos y el dominio de la labor una vez concluida la fase de formación. Durante el proceso de formación de los recursos humanos en algunas especialidades, como trabajo social, terapia física y rehabilitación, podología y psicometría, se incluyen teoría y práctica en salud comunitaria por la importancia que esta última reviste dentro del marco de las políticas de salud del país. Esto coincide con el planteamiento internacional reconocido por la Declaración de Alma-Ata, que otorga a la

atención primaria un papel clave para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000 (4).

Para lograr los objetivos propuestos en los planes de estudio, se da gran importancia a la educación en el trabajo. Esta se considera eje central de la formación, ya que en ella lo social, lo psíquico y lo biológico están presentes y unidos a la creatividad. Desde temprano se establecen las coordinaciones necesarias con la finalidad de seleccionar aquellas unidades de producción y servicios que reúnan las condiciones materiales y humanas requeridas para el desarrollo de las habilidades profesionales de cada técnico o enfermero. Así se logra la integración docencia-atención médica e investigación (IDAI). Otro elemento común en la formación de enfermeros y técnicos de la salud es que al finalizar este período todos los alumnos toman un examen final integral (examen profesional) con las mismas características que los exámenes estatales de la educación superior. Este examen marca la culminación de los estudios y sirve para determinar el nivel de preparación, los hábitos y las habilidades de los estudiantes, de manera que estos puedan ejercer sus funciones con éxito.

Especialidades técnicas de la salud

De las especialidades técnicas de la salud que existían anteriormente, excluida la enfermería, ha egresado de 1959 a 1990 un total de 61 998 técnicos (cuadro 1). Estas especialidades se han ido integrando en carreras de perfil más amplio, de las cuales hay 17 en la actualidad. Para la superación de este personal se han creado cursos de especialización denominados posbásicos, de los que egresaron, entre 1974 y 1990, 4 253 técnicos especializados. Recientemente se revisaron los perfiles de estos cursos posbásicos y quedaron aprobados en el país solamente cuatro: hematología, prótesis fija, higiene general y técnicas especiales en rayos X.

A partir del curso de 1989–1990 se inició en la Ciudad de La Habana, de forma experimental, la licenciatura en tecnología de la salud, la cual permite alcanzar el nivel universitario a los técnicos cuyo perfil profesional no está contemplado en las carreras universitarias actualmente existentes en el país.

Especialidad de enfermería de nivel técnico

Dentro de la especialidad de enfermería existían las subespecialidades de enfermería general, pediátrica y obstétrica, las cuales se integraron a partir del curso de 1986–1987 en una sola: enfermero general integral. Este profesional es capaz de responder a cualquier necesidad del SNS en los tres niveles de atención médica.

CUADRO 1. Graduados en cursos técnicos de la salud según especialidad. Cuba, 1959 a 1990.

Especialidades	Graduados
Estomatología	4 040
Farmacia	8 831
Gastroenterología	227
Oftalmología	904
Psicometría	960
Higiene y epidemiología	4 719
Trabajo social	1 597
Anatomía patológica	854
Banco de sangre	1 590
Laboratorio clínico	10 262
Microbiología	1 878
Rayos X	4 400
Fisioterapia	1 866
Logopedia y foniatría	208
Prótesis dental	1 663
Terapia ocupacional	230
Bibliotecología	552
Dietética	1 027
Citología	439
Ergoterapia psiquiátrica	452
Estadística	2 761
Asistente dental	9 273
Electromedicina	429
Otros	2 836
Total:	61 998

Fuente: Dirección Nacional de Estadística. Ministerio de Salud Pública, Cuba.

Hasta el momento han egresado 72 511 enfermeros (cuadro 2). Para permitir la especialización del personal de enfermería también se crearon cursos posbásicos, de los cuales se graduaron, entre 1959 y 1990, 14 240 enfermeros especializados (cuadro 3). Existen en la actualidad siete cursos posbásicos de especialización: neonatología, cuidados intensivos, anestesia, enfermedades de transmisión sexual y lepra, unidades quirúrgicas, psiquiatría y atención a la mujer.

CUADRO 2. Graduados en cursos técnicos de enfermería. Cuba, 1959 a 1990.

Especialidades	Graduados
Enfermería general	57 471
Enfermería pediátrica	11 919
Enfermería obstétrica	3 121
Total:	72 511

Fuente: Dirección Nacional de Estadística. Ministerio de Salud Pública, Cuba.

CUADRO 3. Graduados en cursos posbásicos de enfermería. Cuba, 1961 a 1990.

Especialidades	Graduados
Administración	4 622
Docencia	478
Cuidados intensivos	3 173
Anestesia	1 222
Neonatología	1 466
Enfermedades de transmisión sexual	386
Psiquiatría	477
Unidad quirúrgica	819
Vigilancia epidemiológica	234
Rehabilitación	71
Atención a la mujer	562
Otros	744
Total:	14 254

Fuente: Dirección Nacional de Estadística. Ministerio de Salud Pública, Cuba.

MODELOS EDUCATIVOS PARA LA FORMACION EN ENFERMERIA

Es necesario que se prepare al personal de enfermería para desempeñar funciones que demuestren su capacidad científica y que lo capaciten de forma integral para prestar servicios al individuo, la familia y la comunidad, observando los principios científicos de la enfermería y de otras ciencias y atendiendo a actividades de promoción de salud, prevención, recuperación y rehabilitación. Este enfoque se apoya en el concepto del ser humano como unidad biopsicosocial (5).

Plan de estudios básicos en enfermería técnica

Como hemos señalado anteriormente, el plan de estudios para la formación básica en enfermería está confeccionado por ciclos de asignaturas íntimamente interrelacionadas y de carácter integral y práctico. Este plan, que comprende seis semestres con una duración de veinte semanas cada uno, contiene las asignaturas básicas necesarias para el ejercicio de la profesión. Cabe destacar que existe un equilibrio entre la teoría y la práctica, pero que esta última recibe mayor énfasis debido a su importancia para el dominio profesional. Para cumplir los objetivos de las asignaturas prácticas se han establecido rotaciones por distintos servicios del Sistema Nacional de Salud y estas han contribuido a mejorar la calidad del proceso formativo a través de un enfoque sistemático, integral y armónico. La presencia constante de pequeños grupos de estudiantes en las áreas prácticas (6) ha permitido garantizar la enseñanza tutorial.

Para establecer vínculos entre el estudiante y la comunidad, se realizan, desde el primer momento, visitas a policlínicos, consultorios de médicos y enfermeras de la familia, centros laborales y escolares y círculos infantiles. El objeto es conocer el contexto en que se desenvuelven el individuo, la familia y la comunidad.

El núcleo de esta primera etapa del plan de estudio es la asignatura denominada atención de enfermería. Su objetivo fundamental es desarrollar hábitos y habilidades prácticas en el campo de la enfermería, primero mediante la asistencia a laboratorios docentes y posteriormente mediante rotaciones por las diferentes áreas prácticas. A continuación se desarrollan los contenidos de la asignatura de enfermería médicoquirúrgica. Los estudiantes pasan por los servicios correspondientes con el objetivo de aplicar medidas de atención de enfermería a pacientes con afecciones médicoquirúrgicas y profundizar en los aspectos relacionados con las técnicas básicas de enfermería. Vías fundamentales para lograr el aprendizaje son la presentación y el estudio de casos, el análisis y la solución de problemas, y otras actividades destinadas a estimular la participación activa de los estudiantes.

Posteriormente se imparte la asignatura denominada enfermería en la comunidad, cuyas rotaciones prácticas corresponden a la atención primaria. Los estudiantes proporcionan atención integral al paciente y al hombre sano, a la familia y a la comunidad, dando prioridad a la educación para la salud, a la aplicación del proceso de atención de enfermería y del método epidemiológico y a la participación en equipo como elementos fundamentales para resolver los problemas del proceso salud-enfermedad que se detecten. Paralelamente se desarrollan los contenidos teóricos y prácticos de la asignatura materno-infantil, cuyo objetivo fundamental es la atención a la madre y al niño durante el parto, así como antes y después.

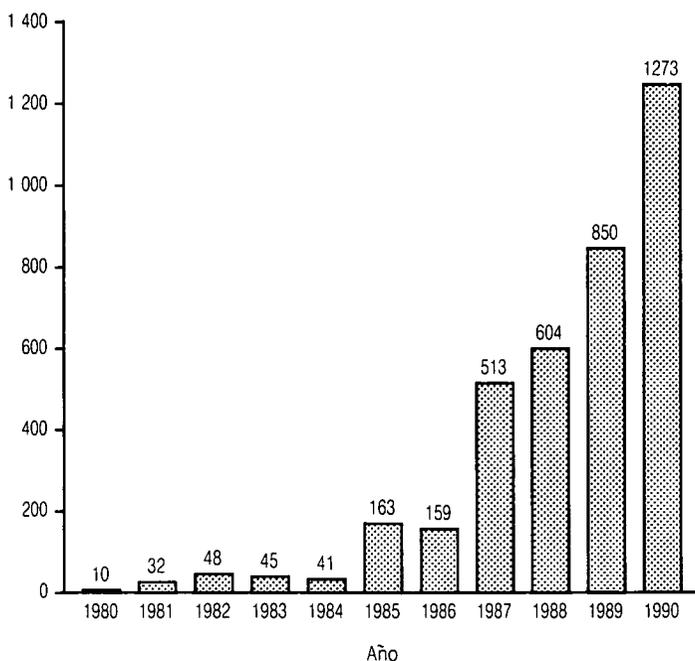
Durante la práctica preprofesional se profundiza en los contenidos de las especialidades básicas necesarias para el ejercicio de la profesión. Los estudiantes se dedican fundamentalmente a rotar por la comunidad, donde brindan una atención más integral y especializada de enfermería a medida que conocen el marco conceptual en que se apoya su quehacer profesional. Por último, el examen final integral que realizan los estudiantes de esta especialidad consiste en la selección de un caso al que aplican cuidados integrales de enfermería que más tarde hay que justificar.

Plan de estudio para la formación del licenciado en enfermería (curso regular diurno).

Este plan de estudios comprende ocho semestres de formación teórico-práctica y un último año de ejercicio preprofesional. Consta de tres ciclos. El primero, que comprende los dos primeros años, tiene por objetivo

principal que los estudiantes alcancen una capacitación técnica en enfermería. El segundo ciclo comprende los dos siguientes años de la carrera y tiene como objetivo principal el aprendizaje de la atención de enfermería aplicada en las diferentes etapas de la vida y en los distintos niveles de la atención de salud. El tercer ciclo abarca el último año de la carrera y corresponde a la práctica preprofesional. Su objetivo es perfeccionar los hábitos y habilidades profesionales y laborales del estudiante, así como consolidar su competencia profesional en el campo de la enfermería. La atención primaria se incluye en el plan de estudios desde el inicio del curso denominado enfermería general I, en el cual se introduce al estudiante en la comunidad como puerta de entrada al SNS. Ahí deberá resolver su primer problema: su relación con el individuo, la familia y la comunidad y su interrelación con el grupo básico de trabajo (GBT) y con el resto del equipo de salud. Se hace hincapié en el estudio y comprensión de las necesidades y características individuales y en los problemas relacionados con la nutrición, la sociedad, la epidemiología, la comunicación y la promoción de la salud, que son los que deberán enfrentar y resolver los estudiantes de este nivel mediante la atención de enfermería y el método epidemiológico.

FIGURA 1. Graduados de licenciatura en enfermería (1980–1990).



Fuente: Dirección Nacional de Estadística, Ministerio de Salud Pública, Cuba.

Durante el ciclo que abarca los trimestres séptimo y octavo de enfermería se establece una interrelación con los diferentes niveles del SNS. El estudiante proporciona atención de enfermería de forma integral, no solo al paciente sino a la familia y a la comunidad. Los conocimientos que adquiere durante estas prácticas comprenden la atención de individuos sanos, en riesgo y enfermos o de los que están en etapa de rehabilitación, siempre dentro del contexto familiar y social. Las actividades que se realizan están ampliamente vinculadas al contexto de aprendizaje de la comunidad y la solución de problemas es parte fundamental de las mismas.

Establecer el diagnóstico de la situación de salud y proyectar una estrategia de acción correspondiente forman parte del contenido del plan de atención a la familia. El plan también comprende acciones de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación en las áreas de salud individual, familiar y comunitaria. Tales acciones pueden ser dependientes, independientes e interdependientes y su objetivo es ayudar a resolver los problemas de la comunidad.

Finalmente, todos los estudiantes terminan sus estudios con un examen estatal que certifica su competencia profesional como licenciados en enfermería. De 1980 a 1990 se ha graduado un total de 3 738 licenciados en esta especialidad a través de los cursos para trabajadores (figura 1).

FORMACION Y PERFECCIONAMIENTO DE RECURSOS HUMANOS EN LAS ESPECIALIDADES TECNICAS DE LA SALUD

Dadas las características propias del desarrollo de nuestro país y la formación de un menor número de especialistas técnicos, es necesario que la estrategia de educación permanente permita la superación de los técnicos de la salud mediante su capacitación en el propio servicio. De este modo pueden investigarse e identificarse las necesidades de aprendizaje de este personal para solucionar los problemas de salud (7) y actualizar los conocimientos de acuerdo con las exigencias del desarrollo científico-técnico. Esta estrategia de educación permanente ofrece una perspectiva amplia de trabajo mediante un programa que supere el nivel actual y que contribuya a transformar los servicios. Permite que la educación continuada mejore la atención primaria y que se lleve a cabo dentro de la misma, lo cual constituye el inicio de un salto cualitativo en la educación permanente de la enfermera de la familia y otros trabajadores de la salud (8).

Finalmente debe destacarse que esta transformación de las necesidades de formación del personal de enfermería y de otros técnicos de la salud, en necesidades de perfeccionamiento, de forma tal que influya en la calidad de los servicios, nos lleva a trazar alternativas de acción que incluyen:

- alcanzar la cifra de 90 000 enfermeros de nivel universitario y técnico para el año 2000;
- ofrecer cursos posbásicos para los enfermeros de nivel técnico dedicados a la atención primaria de salud;
- continuar desarrollando la licenciatura en tecnología de la salud;
- mantener y desarrollar las actividades de educación permanente que sean necesarias para alcanzar el adiestramiento del mayor número posible de personas en los servicios y a través de un mínimo de cursos, en todas las instancias de la organización;
- lograr una interrelación óptima entre la docencia, la atención médica y la investigación;
- lograr la aplicación adecuada de los nuevos enfoques de la educación permanente en las diferentes instancias del SNS, desarrollando investigaciones educacionales como eje integrador (9);
- continuar la preparación científico-técnica, metodológica y pedagógica del personal de enfermería y de los técnicos de la salud, satisfaciendo los requisitos de este nuevo estilo de trabajo centrado en un enfoque participativo y en la educación en el propio servicio;
- evaluar y diseñar métodos para identificar las necesidades de aprendizaje de los recursos humanos de salud en el proceso de trabajo (10);
- diseñar metodologías que permitan evaluar el desempeño de los recursos humanos de salud (11), e
- iniciar la maestría en salud comunitaria para licenciados en enfermería, con objeto de responder a las exigencias de la sociedad y de ampliar el papel de los enfermeros cubanos en la investigación, en el trabajo multidisciplinario, interdisciplinario e intersectorial, y en la definición de las políticas de salud del país.

REFERENCIAS

- 1 Taller Internacional para el Desarrollo de la Formación de Técnicos Medios de la Salud, Camagüey, 1979. En: *Memorias Completas*. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 1980.
- 2 Organización Panamericana de la Salud. Capacitación de enfermeros y técnicos de nivel medio en Cuba. *Bol Of Sanit Panam*. 1984; 97:84-85.
- 3 Guillén M, Gómez S. Modelo del Plan de Estudio de Cursos por Encuentros en la especialidad de licenciatura en enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*. 1986; Vol. 2. mayo-agosto.
- 4 Soberón G, Herrera F, Nájera RM. La enfermería en la atención primaria en México. *Educ Med Salud*. 1984; 18 (1):34-45.
- 5 Trincado MT, Vega B. *El desarrollo de los recursos humanos en enfermería*. La Habana: Ministerio de Salud Pública de Cuba; 1988.
- 6 Cuba, Ministerio de Educación. *Plan de estudios para la formación de técnicos medios en la especialidad de enfermería*: Resolución 439. La Habana: Ministerio de Educación; 1987.

- 7 Álvarez AS, Hatim A. Política de la educación permanente de los recursos humanos en salud. En: *II Taller Nacional de Perfeccionamiento*. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 1991.
- 8 Jardines JB, Oubiña J, Ceballos JJ, et al. *Desarrollo hasta el año 2000 de la Educación Permanente del Médico, la Enfermera de la Familia y otros trabajadores de la atención primaria en los sistemas locales de salud: Proyecto "Salto Cualitativo"*. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 1991.
- 9 Davini MC. Bases metodológicas para la educación permanente del personal de salud. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud; 1989.
- 10 de Almeida AM, Galvao EA, Dos Santos I, Roschke MA. *El Proceso Educativo*. Serie de Desarrollo de los Recursos Humanos No. 81. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 1989.
- 11 de Canales F, Turcios MI, Haddad J. *Monitoreo y seguimiento del aprendizaje*. Serie de Desarrollo de los Recursos Humanos No. 82. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 1989.

LA FORMACION DEL MEDICO GENERAL BASICO EN CUBA

Fidel Ilizástigui Dupuy¹ y Roberto Douglas Pedroso²

En el marco estructural del Sistema Nacional de Salud (SNS) y de la educación superior en Cuba, se elaboraron las bases conceptuales del nuevo plan de estudio de medicina (NPE), orientado a la formación de un médico general básico (MGB) capaz de resolver, como médico de familia, los problemas de salud de la atención primaria. El currículo se diseñó a partir de las funciones, tareas y actividades propias del médico de familia y un inventario de problemas de atención primaria de salud (APS) que este debe atender y resolver en la comunidad. Así se determinaron los contenidos de las disciplinas, que se imparten a través de asignaturas coordinadas, estancias clínicas integradas, rotaciones clínicas y de APS y un año de práctica profesional (internado).

Se pone énfasis en los métodos productivos de enseñanza y aprendizaje, la solución de problemas clínicos, la educación en el trabajo, el estudio individual y la aplicación del método científico en sus aspectos clínico, epidemiológico y de diagnóstico de salud. La décima parte del currículo está dedicada a la APS y es propósito firme incrementar el tiempo dedicado a ella, aumentando progresivamente la cobertura de los consultorios de médicos de familia con especialistas en medicina general integral.

ANTECEDENTES Y FUNDAMENTOS

La enseñanza de la medicina en Cuba comenzó en 1726, antes de la fundación de la Universidad de La Habana en 1728. Su nivel científico era bajo, se usaban métodos de estudio metafísicos y había una dicotomía absoluta entre la teoría y la práctica. Durante el período colonial, se hicieron reformas de la enseñanza médica en 1797, 1842, 1863 y 1887; se introdujeron cambios curriculares, nuevas asignaturas, cátedras extrauniversitarias y prácticas en los hospitales.

¹ Médico. Doctor en Ciencias. Profesor Titular. Especialista de Segundo Grado en Medicina Interna. Vicerrector de Desarrollo del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana, Cuba.

² Médico. Doctor en Ciencias. Profesor Titular. Funcionario de la Vicerrectoría de Desarrollo del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana, Cuba.

De 1902 a 1958, varios planes de estudio sucesivos ajustaron la enseñanza médica al desarrollo científico de la época. En todos persistieron el cientifismo y el enciclopedismo, los métodos pedagógicos obsoletos y la falta de atención a las necesidades de salud de la población. Los médicos se formaban para una práctica predominantemente individualista, biólogo y mercantilista. La ausencia total de una política sanitaria, el escaso desarrollo de las instituciones de salud estatales, la carencia de atención médica a la población rural y la inadecuada formación de especialistas fueron algunas características de la formación médica y del panorama de salud de esa época.

Cuando triunfó la revolución en 1959, se produjo un cambio de política radical. El derecho a la salud y el deber del estado de garantizarla, dándole una orientación predominantemente profiláctica a la atención médica y haciéndola gratuita, fueron factores determinantes.

La creación del Ministerio de Salud Pública (MINSAP), del sistema de policlínicos para la APS y de programas de salud, así como la formación de institutos de investigaciones médicas, constituyeron las bases para el desarrollo impetuoso de la salud pública cubana. Estos cambios y la urgente necesidad de formar a un mayor número de médicos aceleraron el desarrollo de la educación médica superior (EMS). Entre la Reforma Universitaria de 1962 y 1980 hubo cinco planes de estudio. Después de incorporar la EMS al MINSAP (1976) y a raíz del análisis diagnóstico de la EMS realizado en 1981–1982, esta se extendió a todo el país. Se decidió elaborar un nuevo currículo de estudios médicos con el propósito de formar a un médico general básico (MGB) que, a través de su trabajo en la APS, se formara como especialista en medicina general integral (MGI) y ejerciera la profesión como médico de familia en la comunidad.

BASES TEORICAS Y METODOLOGICAS DEL NUEVO PLAN DE ESTUDIO DE MEDICINA (NPE)

La actuación del hombre se orienta a propósitos y fines. Fue necesario, previo a la elaboración concreta del plan de estudio, determinar una base conceptual teórica y metodológica para orientar el trabajo (1). Tal base no fue definitiva. El propio trabajo de elaborar el currículo precisó el alcance de tales propósitos, haciéndolos más concretos y reales. Teniendo en cuenta la situación real de la salud pública y de la educación médica —sus logros, deficiencias y perspectivas (1)— y la experiencia nacional e internacional en el campo de la educación médica en la actualidad (2), se determinaron las bases siguientes:

- formar, mediante la EMS, un MGB de perfil amplio que tenga un concepto biosocial e integral de la medicina y la salud, sólidos conocimientos y un enfoque científico y humano, y que sea capaz

de resolver con eficiencia los problemas de salud del individuo, la colectividad y el ambiente, según la demanda y las necesidades presentes de la salud pública cubana;

- contribuir a la educación integral y a la formación multilateral, armónica y socialista de los estudiantes por intermedio de actividades curriculares y extracurriculares;
- propiciar condiciones que permitan educar a los estudiantes según un concepto social e integral de la medicina, más centrado en la salud que en la enfermedad; en la promoción, profilaxis y rehabilitación que en la reparación o curación, y en las colectividades que en los individuos. Esto implica luchar contra el biologismo y la excesiva dependencia tecnológica. Se debe desplazar progresivamente la formación de pregrado del hospital docente de segundo y tercer nivel al área de la atención primaria, realzando la importancia de las ciencias sociomédicas y epidemiológicas, de la higiene, administración de salud, psicología, psicología social y educación para la salud, y de nuevas asignaturas integradas, como sociedad y salud y medicina general integral, en la búsqueda de un equilibrio armónico entre las ciencias biomédicas, las clínicas y la APS. El MGB, como futuro especialista en medicina general integral, trabajará como médico de familia en la comunidad y será apoyado por el sistema nacional de salud (especialistas, policlínicos y red hospitalaria).
- combatir la división exagerada entre las distintas disciplinas, coordinándolas e integrándolas, tanto vertical como horizontalmente, hasta donde lo permitan los factores objetivos y subjetivos;
- garantizar la adquisición por parte de los estudiantes de todas las habilidades identificadas (senso-perceptuales, diagnósticas, terapéuticas, curativas, promocionales, preventivas y rehabilitadoras), mediante el establecimiento de estancias y rotaciones en las clínicas y servicios de APS. El objeto es asegurar su plena competencia y un comportamiento profesional y ético a través del régimen de estudio y del trabajo en pequeños grupos con un tutor. Esto no excluye el empleo de otros medios de instrucción, tales como computadoras, fantasmas y simuladores;
- evitar por todos los medios que la enseñanza teórica se encuentre desligada de la actividad práctica. Se hace necesario continuar luchando contra el enciclopedismo y el aprendizaje de memoria. La teoría y la práctica se deberán conjugar en la mente de cada estudiante;
- permitir que los alumnos estudien materias de su elección, introduciendo tiempo para ellas en casi todos los cursos. De esta forma se satisfacen las preferencias individuales de los estudiantes;

- introducir en todo el NPE los métodos activos de enseñanza y aprendizaje, especialmente la solución de problemas, el trabajo independiente y el aprendizaje en pequeños grupos, para eliminar la pasividad, el aprendizaje de memoria y los malos hábitos de estudio. Esto presupone la reducción progresiva de las clases teóricas y de los seminarios no orientados a la solución de problemas como base del aprendizaje;
- propiciar que, al elaborarse y emplearse los libros de texto, no se presente exclusivamente el contenido teórico de las asignaturas. La bibliografía complementaria y su renovación continua al ritmo del progreso científico-técnico son indispensables;
- hacer evaluaciones en correspondencia con los objetivos, contenidos y métodos del NPE, procurando que sean formativas y calificadoras y que se basen en el dominio de conocimientos y habilidades adquiridas mediante el trabajo en la APS y en las clínicas. Los objetivos educativos serán evaluados con igual rigurosidad que los instructivos. Será necesario haber aprobado la evaluación práctica para poder asistir a la evaluación teórica. La evaluación debe extenderse al desempeño de los docentes en los departamentos y al plan de estudio en su totalidad. Esto permitirá modificar frecuentemente todo el sistema para lograr los objetivos establecidos;
- preparar a los docentes para su papel de formadores y no de meros transmisores de información. Para cumplir este último propósito se podrían emplear con mayor eficiencia los métodos y medios de la tecnología educacional. Se necesita que el docente se identifique con los cambios que la EMS exige y con su papel actual de formadores y guías de los estudiantes;
- estimular a los estudiantes a participar en la comisión central del NPE, ya que sus opiniones son indispensables en la retroalimentación del trabajo que se efectúa;
- elaborar un plan de estudio, no a partir de las disciplinas académicas, sino de las necesidades de salud de la población, entrelazando los contenidos de tal modo que el plan de estudio sea una sola unidad y no un cúmulo de disciplinas y asignaturas;
- concebir la disciplina y asignatura como derivaciones de una ciencia o especialidad, o de un conjunto interrelacionado de estas, en el campo de la educación;
- diseñar todas las unidades curriculares del NPE en función del médico que egresa, y no al revés.

Un plan de estudio no debe considerarse científico y moderno solo porque incluye exclusivamente los conocimientos y técnicas más modernas de las ciencias médicas, si a su vez no forma al estudiante y permite

que se apropie del método reflexivo. Además es fundamental articular apropiadamente los estudios de pregrado con los de la enseñanza pre-universitaria anterior y el posgrado.

ORGANIZACION, PLANIFICACION Y ESTILO DE TRABAJO

La responsabilidad de elaborar el nuevo plan de estudio se le otorgó al Instituto Superior de Ciencias Médicas (ISCM) de la Habana, como centro rector. Se nombraron una comisión central y varias subcomisiones por disciplinas para la ejecución de esta tarea. En la integración de la comisión central participaron representantes de la atención médica, del MES, de los estudiantes y del profesorado. Estos últimos fueron escogidos por sus conocimientos pedagógicos en medicina y su experiencia práctica en la elaboración de planes de estudio, y no como representantes de determinadas disciplinas o asignaturas.

Las subcomisiones se crearon para todas y cada una de las disciplinas y asignaturas existentes en las facultades de medicina, sin que ello determinara la forma que adoptaría posteriormente el diseño del nuevo plan de estudios. Estas subcomisiones desempeñaron un papel importante en la identificación de los problemas de salud que debía resolver el MGB y de las habilidades que estos debían adquirir.

Durante un período de tres años se planificó el trabajo de la comisión para el cumplimiento de su labor. Los documentos elaborados se discutieron, previo aviso a los claustros de las facultades de medicina del país, en talleres nacionales. El propósito fue dar participación a los profesores de todas las facultades y permitirles emitir sus criterios, opiniones y sugerencias. Esta medida se tomó tanto en la fase de elaboración del plan, como en la etapa posterior de ajuste y adecuación del mismo.

Los documentos modificados fueron analizados en distintos niveles del MINSAP y su aprobación final se llevó a efecto por el MES. En esta empresa educacional fue ardua la labor de discusión y análisis sostenida con cada uno de los departamentos de las facultades de medicina, con objeto de comprender y aceptar las disciplinas y asignaturas y las bases teórico-conceptuales que determinaron el diseño y papel de las mismas en el NPE de medicina.

Cuando ya estaba avanzado el proceso de elaboración del NPE, se crearon varios comités interdisciplinarios (verticales y horizontales) con objeto de "entretejer", a partir de las ciencias básicas, clínicas y sociomédicas, los contenidos indispensables para un médico. Esto permitió obtener un plan de estudio integrado y unitario y no una suma inconexa de disciplinas y asignaturas.

METODOLOGIA EMPLEADA

El empleo de una metodología científica constituye parte esencial de la elaboración del currículum (3). La metodología empleada partió de las consideraciones actuales del MES (4), el MINSAP (5) y otros autores (6).

La comisión analizó una extensa documentación: discursos del doctor Fidel Castro (7); tesis y resoluciones de congresos del partido comunista de Cuba (8); documentos metodológicos de varios organismos (9–12); estadísticas sobre la mortalidad, morbilidad y situación sanitaria del país (13–17); estudios de la EMS en Cuba y otros países (18–22); opiniones de estudiantes, profesores y facultades, y descripciones y análisis del universo de trabajo del médico de familia en la APS (23).

Tipo de médico formado por el sistema cubano de educación médica

Para definir el modelo de médico que debe egresar de la EMS fue necesario tener en cuenta los objetivos generales de la educación superior y las características de la salud pública. De este modo se investigaron las exigencias que enfrentará el médico que egresa de la organización de salud en los lugares donde ejercerá su actividad profesional como graduado; es decir, en los cargos que ocupará y en las funciones que desempeñará en los servicios médicos de la APS. La dirección de la revolución determinó que el médico de APS sería el médico de familia, catalogado como “militante” o guardián de la salud, y que la MGI sería una especialidad. Sobre esta base se definió que el médico que egresa de la EMS tenía que ser el médico general, al cual se le puso el calificativo de “básico” para diferenciarlo del médico general integral con nivel de especialista. Ambos tienen funciones similares y manejan los mismos problemas, pero con diferente grado de profundidad.

El modelo del médico general básico

Una vez que se identificó el tipo de médico que debe egresar, el paso siguiente fue modelar al MGB. Este fue un momento importante. Cuando se hacen encuestas entre los docentes sobre el tipo de médico que se busca formar, las respuestas suelen coincidir, pero hay diferencias entre las características que cada uno sugiere. De ahí que determinar los atributos y las características de este médico, expresándolas en un modelo, proporciona un denominador común para todas y cada una de las unidades curriculares de las facultades de medicina y para la labor de los propios docentes. El modelo sirve de guía para diseñar un currículo unitario y su estructura y dinámica, y orienta el diseño de las unidades curriculares y el trabajo de las facultades y docentes.

Universo de trabajo del médico general integral

Los puestos de trabajo desempeñados por el MGI fueron establecidos por los niveles superiores en los sitios siguientes: consultorio, comunidades rurales, escuelas, fábricas, centros turísticos, círculos infantiles, hogares de ancianos y barcos. La comisión central estudió la documentación existente y las actividades del médico de familia en su puesto de trabajo e identificó, con experto criterio, las funciones que debe desempeñar el MGB: atención médica integral, educación, investigación, administración y asistencia militar. Posteriormente cada una de ellas fue desglosada en tareas y actividades.

Problemas de salud manejados por el MGB y el especialista en MGI

A fin de definir mejor el modelo del MGB, los expertos de la comisión identificaron 286 problemas de salud que este médico debe atender en la comunidad (compuesta de individuos, colectividades y ambientes), clasificándolos en cinco grados según el nivel de actuación y responsabilidad del MGB. Estos grados son los siguientes:

- grado 1: El MGB trata y resuelve el problema sin ayuda.
- grado 2: El MGB inicia la solución y si no puede resolver el problema, remite el caso.
- grado 3: El MGB inicia la solución de una urgencia para luego remitir el caso.
- grado 4: El MGB conoce el problema pero está incapacitado para resolverlo. Orienta y remite el caso a un especialista.
- grado 5: El MGB ayuda a solucionar el problema (programas de salud y casos bajo la atención del especialista).

Al definirse los problemas de salud se establecieron tres niveles de actuación para el MGB: terapéutico, diagnóstico y sensoperceptual. Para cada nivel se precisaron los conocimientos básicos y clínicos y las habilidades terminales o de salida. Se determinó que, para poder atender adecuadamente estos problemas de salud, el estudiante debe desarrollar 760 habilidades, que también se distribuyeron en sensoperceptuales, diagnósticas y terapéuticas.

“Entretejimiento” de los contenidos del plan de estudio

Un cambio sustancial para el abordaje del plan de estudio como un sistema integrado y único fue el llamado “entretejimiento de los contenidos” por parte de la comisión. Los comités multidisciplinares entretejieron los conocimientos y habilidades que intervienen en cada problema

de salud (individual, colectivo y ambiental) con los conocimientos y habilidades propias de cada disciplina (coordinada o integrada) en el plan de estudio. Cada comité precisó los contenidos y objetivos específicos y determinó, en cada caso, los niveles de profundidad y generalidad y el grado de dominio de las habilidades necesarias para la solución de los problemas de salud. Mediante este proceso se integraron los contenidos de las ciencias básicas biomédicas y sociales, y de las ciencias clínicas e higiénico-epidemiológicas, de acuerdo con la demanda de cada problema de salud.

Modelo de preparación del MGB

Después de precisar el modelo o tipo de médico que debe egresar, así como sus funciones y los problemas que tiene que resolver, se pasa a la tarea básicamente pedagógica de prepararlo como médico.

Establecimiento de los objetivos

Los objetivos rigen el proceso docente educativo. Determinan y dominan todo el proceso de formación del MGB, incluidos la evaluación y el material docente, pero no pueden separarse de los contenidos que se identificaron. Ambos forman un binomio dialéctico cuyas influencias son recíprocas e interdependientes.

Como parte esencial de este proceso se establecieron, en primer lugar, los objetivos generales, educativos e instructivos del NPE. Los primeros se basaron en los principios de la educación socialista, orientada hacia la formación integral de los estudiantes y hacia la creación de una personalidad multilateral y armónica. Se tomaron de lo establecido por el MES para los que egresan de la educación superior y se extrapolaron a las peculiaridades del estudiante que egresa de la facultad de medicina.

Los objetivos generales de la instrucción, por otra parte, se identificaron a partir de las funciones, tareas y actividades que el MGB realiza al egresar de la facultad de medicina. Durante el proceso de identificar los contenidos terapéuticos, diagnósticos y sensoriales que debe lograr el MGB para resolver cada problema de salud, los profesores identificaron los objetivos y el nivel de profundidad y generalidad que debía dominar el MGB para resolver cada uno de los problemas de salud identificados. A través de un proceso de derivación de objetivos, estos se determinaron para las disciplinas, asignaturas y ciclos en que posteriormente se agruparon los componentes del plan de estudio.

Objetivos terminales del MGB

A partir de los objetivos generales de la EMS y de las funciones y actividades del MGB y de los problemas de salud que este debe resolver,

se establecieron los objetivos terminales o de salida del MGB, que son los siguientes:

El MGB debe ser capaz de:

- prestar atención médica integral a niños, adolescentes, adultos, mujeres embarazadas y ancianos en lo individual, así como a familias, instituciones escolares, fábricas, cooperativas e instituciones de atención para grupos especiales de la sociedad, mediante las acciones de promoción de la salud del individuo, la familia, y la comunidad; la prevención específica en individuos sanos y enfermos; la atención a pacientes ambulatorios dentro y fuera de los dispensarios y a enfermos hospitalizados, y la rehabilitación física, psicológica y social de quienes la requieran;
- detectar y notificar los efectos perjudiciales del ambiente y del hombre mismo, así como ejecutar las acciones propias de la profilaxis higiénico-epidemiológica contenidas en los objetivos de los programas de trabajo de la APS, en relación con la higiene de la comunidad, de los alimentos, del trabajo y del medio escolar. El fin debe ser proteger y promover la salud del individuo, la familia y la colectividad;
- ejecutar acciones administrativas, de acuerdo con la organización de la salud pública, que le permitan movilizar los recursos del sistema a fin de utilizarlos en el cumplimiento de la atención médica integral; garantizar la utilización óptima de los recursos humanos, materiales y financieros asignados a los programas de salud, y controlar y evaluar los programas de salud que pertenecen a su nivel ocupacional;
- participar activamente en proveer la información necesaria a la población y en impartir educación para la salud al individuo, la familia y la comunidad; colaborar en la educación médica de pregrado y en la del resto del personal de la salud (educación prediploma y continuada), y participar activamente en su propia educación y preparación profesional;
- aplicar el método científico al diagnóstico y solución de los problemas de salud del individuo, la familia y la comunidad; a la búsqueda, evaluación y aplicación de la información científico-técnica relacionada con la salud humana; a la búsqueda y recolección activa de la información y a su análisis estadístico, tanto en el ejercicio cotidiano de su profesión, como cuando participa en la ejecución de investigaciones biomédicas de carácter regional o nacional en sus áreas de trabajo;
- realizar, en tiempos de guerra y en situaciones de desastres naturales, actividades de atención médica a lesionados y enfermos, desde el punto de vista médico y sanitario.

DISEÑO DEL PLAN DE ESTUDIO DE MEDICINA

Después de precisar los objetivos generales de la EMS, los objetivos terminales del MGB, los puestos de trabajo, funciones y actividades de este médico y los problemas de salud que debe resolver, así como otros aspectos fundamentales del nivel alcanzado en la docencia y asistencia médica en nuestro país, se concibieron la estrategia y el diseño del plan de estudio para garantizar el logro de los objetivos y propósitos planeados.

Plan de estudio: ¿tradicional, innovador o transformador?

Hasta esta etapa del proceso de elaboración del programa de estudios médicos se había logrado hacer un plan transformador basado en las funciones del MGB y en los problemas de salud que este debe resolver. Los contenidos identificados para esta labor en todos los niveles del plan conformaron una sola unidad, a través del proceso de "entretrejimiento" de estos contenidos.

El paso siguiente fue identificar el tipo de unidad curricular adecuado para conformar el diseño curricular operativo. Se llegó a la conclusión de que era imposible elaborar un plan muy innovador en lo que respecta a la integración de las unidades curriculares. Numerosos factores, favorables y desfavorables, pesaron en esta decisión. Tampoco se podía abordar el NPE con un diseño clásico por asignaturas separadas e inconexas. La necesidad de un arreglo conciliatorio se hizo inevitable para lograr eliminar los factores adversos de carácter objetivo y subjetivo.

Se establecieron, por lo tanto, disciplinas organizativas integradas, coordinaciones horizontales y verticales entre disciplinas, y nuevas disciplinas como la MGI. Se llegó a la conclusión de que, sin menospreciar ni subvalorar las unidades curriculares integradas, su impacto en la formación del médico que egresa en una nación donde es prioritaria la APS siempre sería inferior al de un plan de estudio que, sin cumplir con todos los requisitos ideales de un diseño innovador, garantice que el estudiante trabaje y aprenda en el área de la APS y que sepa desempeñarla después de graduado. Se previó lograr innovaciones deseables en el futuro de acuerdo con el progreso de las condiciones objetivas y subjetivas que imperan en la APS.

Características generales del nuevo plan de estudio

Se definió para la carrera de medicina una duración de seis años, con una organización en años y semestres, una estructuración por disciplinas, estancias y asignaturas, y una distribución en tres ciclos: ciencias

básicas biomédicas y sociales en los primeros tres semestres; ciencias clínicas básicas en los semestres cuarto y quinto; ciencias clínicas en los semestres sexto a décimo, y práctica preprofesional (internado) en el sexto curso. También se incluyen los siguientes en el plan de estudio: inglés en los primeros 10 semestres; educación física y deportes en los primeros cuatro semestres; preparación médico-militar, en estancias de dos semanas, en el tercer y cuarto año; dos semanas de tiempo electivo en el tercer, cuarto y quinto año, y actividades extracurriculares —deportivas, culturales y científicas— a lo largo de la carrera.

La práctica preprofesional se realiza en el sexto año, durante el régimen de internado, en hospitales médico-quirúrgicos, pediátricos y obstétricos y en un consultorio del médico de familia en la comunidad. El propósito de este ciclo de rotaciones es consolidar y actualizar los conocimientos y habilidades, la creación de buenos hábitos de trabajo y el logro de la competencia profesional. Los internos trabajan en pequeños grupos (no más de cinco estudiantes) bajo la supervisión de un tutor. El régimen de trabajo es el del servicio hospitalario o de la consulta del médico de familia.

En el plan de estudio se mantiene una relación entre horas teóricas y prácticas de 3:2 en el ciclo básico; 1/2:3 en el ciclo clínico y 1:5 o más en la práctica preprofesional. Las actividades prácticas se realizan según el horario matutino en todo el ciclo clínico y en la práctica preprofesional. El trabajo independiente ocupa 10 horas semanales en el ciclo básico y aumenta progresivamente, hasta ocupar casi toda la práctica preprofesional. El tiempo de estudio individual varía según las características del ciclo.

La evaluación es cualitativa, integral y teórico-práctica; formativa y certificativa; sistemática, parcial y final. Se realiza por asignaturas y estancias clínicas. En las estancias es necesario aprobar la evaluación práctica para tener derecho a la evaluación teórica. Todo el plan de estudio está coordinado horizontalmente (por disciplinas integradas) y verticalmente (por disciplinas individuales e integradas) por comités de profesores.

Principales características del diseño

El diseño es, en general, flexneriano con algunas innovaciones. El ciclo inicial de ciencias básicas biomédicas está coordinado por disciplinas y asignaturas, según la correlación estructura-función, y por sistemas. El ciclo de ciencias clínicas básicas coordina parte de sus asignaturas (psicología, farmacología, imagenología, laboratorio clínico) con la estancia propeútica clínica y la semiología médica.

El ciclo clínico incluye las disciplinas higiénico-epidemiológicas, las cuales se coordinan con la práctica comunitaria y la medicina general

integral. Se ofrece un curso básico de informática médica, bioestadística y computación en el cuarto semestre.

Innovaciones

En las primeras cuatro semanas de la carrera se imparte la asignatura sociedad y salud durante estancias en la comunidad. Ella introduce al estudiante en los estudios médicos y en la APS, inculcándole su función como futuro médico de familia y proporcionándole un modelo para su ejercicio profesional al graduarse. El estudiante trabaja a tiempo completo y se dedica exclusivamente al ambiente comunitario de la APS, partiendo de un concepto de la medicina como ciencia sociobiológica. Aprende a trabajar colectivamente en grupos pequeños, asesorado por un tutor, y realiza actividades relacionadas con el hombre sano o enfermo, como individuo o miembro de un grupo o colectividad, ya sea la familia o la comunidad. En este período asimila conocimientos y habilidades básicas en ciencias sociomédicas e higiénico-epidemiológicas. Toda la estancia se desarrolla en la comunidad. El método de aprendizaje se basa en la combinación del estudio individual y colectivo. Las ciencias básicas biomédicas, impartidas por disciplinas y asignaturas, se coordinan sobre la base de parámetros morfo-funcionales y se orientan por problemas de salud en la APS.

Las ciencias clínicas básicas también se imparten por disciplinas y asignaturas. Comprenden los agentes biológicos, la patología general, la genética, la inmunología y la psicología médica, en parte coordinadas y en parte integradas al aprendizaje inicial de la historia clínica y del examen físico, del método clínico y de las habilidades diagnósticas.

En el ciclo clínico, que se inicia en el quinto semestre, se consolida el aprendizaje en estancias mediante el trabajo formativo en las grandes clínicas: medicina, cirugía, pediatría, ginecología-obstetricia y psiquiatría. El aprendizaje se realiza en pequeños grupos supervisados y guiados por un tutor asociado al personal asistencial de cada clínica. La rotación de los grupos impide su acumulación excesiva en un mismo centro.

Las disciplinas sociomédicas e higiénico-epidemiológicas se integran progresivamente entre sí y con la actividad de MGI en un semestre del quinto año. En general, la enseñanza activa y el aprendizaje basado en el trabajo médico permiten que el estudiante llegue a dominar el método clínico, desarrolle su juicio clínico y aprenda a tomar decisiones diagnósticas y terapéuticas en circunstancias normales y de incertidumbre (urgencias). Esto sucede de forma gradual y progresiva, a medida que se incrementa la responsabilidad del estudiante en su atención médica a pacientes, familias y grupos de la comunidad, ya sea en consultas, salas o cuerpos de guardias u otras circunstancias.

La enseñanza y el aprendizaje son integrados y activos y se basan en situaciones y actuaciones reales. Se llevan a cabo mediante la educación en el trabajo, tanto en la actividad profesional médica de APS como en la atención de nivel secundario. El énfasis se coloca en los aspectos educativos y preventivos, siempre dentro del marco de referencia de los problemas de salud de la población que el MGB o el MGI deberá resolver en su futuro ejercicio profesional como médico de familia.

Medicina General Integral

Esta es la disciplina rectora de la APS. Se imparte en el espacio docente comunitario y utiliza las instalaciones y recursos del policlínico docente y del consultorio del médico de familia, donde se brinda APS a individuos sanos o enfermos, familias y grupos de la comunidad. Integra y aplica los aspectos sociobiológicos, ecológicos y familiares de la APS. El aprendizaje se basa en la aplicación de conocimientos y habilidades médicas en un marco real e integra aspectos de higiene, epidemiología y administración a los programas de APS. La educación en el trabajo es dirigida por un profesor de MGI, y la actividad en los consultorios por el médico de familia. Se hace énfasis en los aspectos de promoción, prevención y profilaxis. Durante esta actividad se logra el dominio del diagnóstico de salud como método de trabajo.

Otras actividades curriculares y extracurriculares

Se imparten a lo largo de la carrera un curso básico de medicina legal y ética médica, seminarios de actualización terapéutica (en el internado) y un curso de preparación médico-militar (dos semanas durante el tercero y cuarto año). El tiempo electivo —tres estancias de dos semanas en el tercero, cuarto y quinto año— da a cada estudiante la oportunidad de aprender materias o cursos de su elección. Cada facultad ofrece cursos teóricos, teórico-prácticos, prácticos y de entrenamiento en el servicio. Mediante ellos se cubren muchas de las áreas de interés de los estudiantes. Las actividades extracurriculares que organizan las facultades promueven el desarrollo de habilidades y capacidades intelectuales, estéticas y culturales.

Ciclo de práctica preprofesional

Este ciclo comprende la rotación por los servicios clínicos básicos: medicina, cirugía, pediatría, obstetricia y ginecología y atención primaria de salud en la comunidad. Se desarrolla en 40 semanas, durante las cuales

el estudiante pasa 44 horas semanales trabajando como interno con un grupo básico de trabajo. En este ciclo se desarrollan y consolidan los conocimientos, habilidades y hábitos de trabajo, así como las actividades y comportamientos profesionales.

El incremento de la experiencia en desempeño clínico y en APS se logran fundamentalmente durante el trabajo del médico en situaciones reales. Asimismo, la adquisición de nuevos conocimientos y habilidades se logra mediante el estudio y la atención individual a pacientes, familiares y grupos de la comunidad, ya estén sanos o afectados por problemas de salud; el trabajo en equipo en los grupos básicos de trabajo; el contacto personal con docentes y especialistas; las actividades científicas, y el entrenamiento en los servicios de atención de pacientes en estado crítico (cuidados de urgencia) y en salas de cuidados intermedios e intensivos.

La evaluación de las rotaciones consiste en hacer que el estudiante demuestre actitudes y competencia profesionales en situaciones reales ante tribunales externos que también exploran los fundamentos teóricos de la actuación profesional.

Examen estatal

Con este examen se terminan los estudios médicos ante un tribunal externo. Reúne los requisitos, exigencias y características de un examen de competencia, comportamiento y actitud profesionales.

Programa de preparación de disciplinas y asignaturas

El nuevo currículo de estudios está integrado por asignaturas conformadas en disciplinas académicas. En distintas reuniones por disciplinas se realizó la labor de elaborar, coordinar y establecer la secuencia de contenidos y de ajustar las disciplinas y sus asignaturas.

LA PUESTA EN MARCHA DEL NPE

En la implantación progresiva del NPE se detectaron dificultades objetivas y principalmente subjetivas. Las facultades que no participaron directamente en la elaboración del NPE y algunas instituciones de salud se mostraron renuentes a aceptar los beneficios y fundamentos teóricos del NPE. No todo el profesorado del país se identificó con este y hubo muchas actitudes de oposición, que se manifestaron con mayor o menor intensidad. Algunos rechazaron el egreso de un MGB y la aceptación de la medicina como ciencia sociobiológica; la inclusión en los programas propios de las diversas disciplinas y asignaturas de aspectos preventivos, sociales, psico-

lógicos, sexuales, entre otros; la adjudicación de mayor tiempo a las ciencias sociológicas y a la atención primaria de salud; la disminución del tiempo asignado a su disciplina o asignatura, o la desaparición o integración de la misma con otra disciplina. Estas fueron las quejas más frecuentes. También contribuyeron a la incorporación del NPE y a su rechazo por parte de los docentes la integración de contenidos que exigen mucho tiempo y estudio; el desconocimiento de las nuevas corrientes en la educación médica y la necesidad de actualizar sus conocimientos; el tiempo consumido en la evaluación y control del aprendizaje, y el desconocimiento de los métodos de trabajo utilizados en las estancias clínicas.

Los estudiantes manifestaron diferentes criterios que crearon algunas dificultades. Los hábitos y costumbres de estudio derivados del plan de estudio anterior y del preuniversitario —finalismo, pasividad, excesiva teorización, poca práctica, actividad clínica alejada de la realidad, biologismo, enfoque en atención secundaria— crearon rechazo a la situación de la docencia y al aprendizaje activo y real. La falta de articulación de las ciencias básicas biomédicas y sociales con las materias del preuniversitario, los efectos de coordinación de algunas disciplinas, la discrepancia entre el tiempo que exigen los contenidos de algunas estancias y el tiempo real de las mismas, y la carencia de experiencias de aprendizaje mediante la técnica de solución de problemas, fueron factores que influyeron en el rechazo por parte de algunos estudiantes. Por otra parte, el desenvolvimiento de los médicos egresados en la APS, los logros obtenidos y la satisfacción de la población con el nuevo médico formado dieron mayor fuerza al desarrollo y consolidación del NPE.

Ajustes y perfeccionamiento del NPE

La gran caducidad de los planes de estudios médicos —generada por la rapidez con que se tornan obsoletos los conocimientos científicos y clínicos y por el acelerado ritmo de desarrollo de la revolución científico-técnica y su aplicación a las ciencias de la salud— así como las nuevas demandas de atención de salud de la población, obligan a realizar ajustes periódicos en cortos intervalos de tiempo. La comisión central del plan de estudio ha realizado ajustes y mejoras parciales durante los ocho cursos transcurridos desde la implantación del NPE. Para esto se ha valido de las informaciones y análisis obtenidos de los departamentos y facultades a través de cuestionarios anuales sobre los criterios, deficiencias y logros de cada asignatura, disciplina, ciclo, estancia y rotación; las opiniones y criterios de las organizaciones sanitarias y políticas; las opiniones de los grupos nacionales de especialidades médicas, y otra fuentes.

Algunas asignaturas y estancias se han trasladado de un año o semestre a otro. También se han integrado dos o más asignaturas o dis-

ciplinas, se han creado nuevas asignaturas, y se han modificado y redefinido las habilidades que deben lograrse en cada estancia.

CONCLUSIONES

En esta época de acelerados cambios sociales, científicos y tecnológicos, es difícil que los planes de estudio tengan larga vigencia. Desde hace casi 10 años se ha trabajado arduamente en el proyecto de elaborar y ejecutar un plan de estudio transformador y algo innovador en la EMS. Ha sido necesario vencer múltiples obstáculos. Al cabo de este período se puede afirmar que la esperanza ha sido coronada por el éxito, gracias a la voluntad política y a los recursos de todo tipo aportados por el Estado; a las instituciones docentes, asistenciales, de investigación y de salud pública; a los esfuerzos de los administradores de salud, de los docentes y de los propios estudiantes; a su celo y crítica oportuna de los logros alcanzados en la APS, y a la satisfacción de la población involucrada en el trabajo práctico durante el año que los MGB se familiarizan con su función de médicos de familia.

Los logros que ha alcanzado actualmente la APS en nuestro país, tanto en lo que se refiere a la atención de salud como a la educación e investigación médicas, resaltan la necesidad de elaborar un nuevo plan de estudio más transformador e innovador, más centrado en la APS, y con un mayor desplazamiento de la EMS del hospital al policlínico. Un plan semejante permitiría cumplir a cabalidad todos y cada uno de los principios y propósitos de una EMS basada en una nueva ciencia de la salud: la sanalogía.

REFERENCIAS

- 1 Fernández JR. *Informe sobre el estado de la Educación Médica Superior en Cuba*. La Habana: Ministerio de Educación; 1983.
- 2 Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. *Trabajo empírico-experimental (encuesta) con alumnos de 6° año, curso 1982-1983*. La Habana: Vicerrectoría de Desarrollo, Planes y Programas
- 3 Ilizástigui F, Douglas R, Calvo I, *et al.* El programa director de la Medicina General Integral para el médico general básico (propuesta). La Habana: Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana; 1985.
- 4 Cuba, Ministerio de Educación Superior, Dirección Docente Metodológica
- 5 Cuba, Ministerio de Salud Pública, Viceministerio de Docencia. "Documento básico para la elaboración de los planes de estudio y programas en las facultades de medicina". La Habana: MINSAP; 1982.
- 6 Andrade J. El proceso de diseño del plan de estudio. *Educ Med Salud*. 1971; 5(1):20-39.
- 7 Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. "Algunas ideas vertidas en diferentes discursos pronunciados por el Comandante en Jefe Fidel Castro en

- relación con la formación del médico a egresar de la educación superior y la especialidad de Medicina General Integral (1981–1984)". Selección de Lecturas. La Habana: 1984.
- 8 Tesis y resoluciones sobre política educacional y política científica nacional. Informes I y II del Congreso del Partido Comunista Cubano.
 - 9 Cuba, Ministerio de Educación. "El programa de perfeccionamiento de la educación cubana". La Habana: Ministerio de Educación; 1977.
 - 10 Cuba, Ministerio de Educación Superior. Dirección Docente Metodológica. *El perfeccionamiento de los planes de estudio*. La Habana.
 - 11 Cuba, Ministerio de Salud Pública. "Síntesis de la estrategia de desarrollo hasta el año 2000 de la Salud Pública Cubana". La Habana: MINSAP; 1984.
 - 12 Cuba, Ministerio de Salud Pública. Vice-ministerio de Higiene y Epidemiología. "Informe sobre el papel del médico a egresar de la Educación Médica Superior en Higiene y Epidemiología", La Habana: MINSAP; 1983.
 - 13 Cuba, Ministerio de Salud Pública, Dirección de Estadísticas. "Encuesta sobre morbilidad en cuatro policlínicos de la Ciudad de la Habana". La Habana: MINSAP; 1984.
 - 14 Provincia de Salud del Poder Popular, Departamento de Estadísticas. "Encuesta sobre morbilidad en policlínicos de la Provincia de la Habana". La Habana.
 - 15 Cuba, Ministerio de Salud Pública. Policlínico Pasteur. "Los 50 primeros grupos de enfermedades según grupo de edades en orden decreciente, La Habana: MINSAP; 1982.
 - 16 Cuba, Ministerio de Salud Pública. Policlínico Pasteur. "Los 50 primeros motivos de consulta de primera vez en orden decreciente". La Habana: MINSAP; 1982.
 - 17 Cuba, Ministerio de Salud Pública. "Certificaciones iniciales o de alta dadas a pacientes en policlínicos y consultas". La Habana: MINSAP; 1983.
 - 18 Facultad de Ciencias Médicas de la Habana. "Plan de estudio para la intensificación de los estudios médicos". La Habana: Universidad de La Habana; 1964.
 - 19 Ilizástigui F. De la incordinación a la integración de los estudios médicos. *Rev Educ Superior*. Abril-junio, 1971.
 - 20 Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. "Críticas al plan de estudio anterior y sugerencias de su perfeccionamiento". La Habana: 1982.
 - 21 Consejo de Estado. "La Educación Médica en la URSS, Checoslovaquia, Francia, Suecia, Inglaterra y Estados Unidos de Norteamérica". La Habana: 1984.
 - 22 Basic Medical Education in the British Isles. The report of the general Medical Council Survey. Londres: Duffield Provincial Hospital Trust; 1977.
 - 23 Cuba, Ministerio de Salud Pública. "Dirección de Policlínicos. Programa de Trabajo del Médico de la Familia". La Habana: MINSAP; 1984.

NUEVA ESTRATEGIA CURRICULAR EN LA FORMACION DEL ESTOMATOLOGO GENERAL

Félix Companioni Landín,¹ Fidel Ilizástigui Dupuy² y Manuel Becerra Troya³

Se presentan los fundamentos de los principios que rigen en el nuevo plan de estudios de la carrera de estomatología en Cuba, a partir de un breve análisis histórico de la enseñanza de la estomatología y del concepto de la salud pública en este país. El enfoque de la atención al hombre sano exige la formación de un profesional con un concepto integral de salud basado en el carácter inseparable de lo biológico y lo social, de lo preventivo y lo curativo y del hombre y el medio en que vive. Ha resultado indispensable, por lo tanto, reestructurar una estrategia curricular que haga posible la creación de un estomatólogo capaz de satisfacer esta necesidad. Se describen los elementos fundamentales que orientan el diseño del plan de estudios y se ofrece información general sobre las disciplinas que lo integran y su distribución en años y semestres.

INTRODUCCION

La formación del estomatólogo general en Cuba se ha visto condicionada por situaciones históricas y concretas, por el desarrollo social en general y por el de la medicina en particular. Las primeras academias formadoras de "dentistas" fueron creadas en 1879 (1) según las normas y regulaciones del gobierno colonial español. La enseñanza de la estomatología adquiere carácter universitario con la creación de la primera Facultad de Cirugía Dental en 1900, dos años después de ganada la Guerra de Independencia. En esa época, sin embargo, el país se encontraba ocupado

¹ Candidato a Doctor en Ciencias. Profesor Titular de Anatomía Humana. Decano de la Facultad de Estomatología, Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana, Cuba.

² Profesor de Mérito. Doctor en Ciencias. Profesor Titular de Medicina Interna. Vice Rector del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana, Cuba.

³ Doctor en Ciencias. Especialista de Segundo Grado en Administración de Salud. Profesor Titular de Higiene y Epidemiología. Miembro de la Comisión Central del Plan de Estudios, La Habana, Cuba.

por el gobierno intervencionista norteamericano. Aunque en los primeros años la docencia mostraba una marcada influencia francesa, numerosos profesores formados en los Estados Unidos de América, bajo influencia de ciertos factores políticos y económicos, facilitaron la introducción de una fuerte influencia norteamericana, tanto en la enseñanza como en la práctica de la profesión. De ahí que no transcurriera mucho tiempo para que la docencia y, por consiguiente, la práctica profesional se impregnaran de las ideas de Flexner, propias de la enseñanza de la medicina estadounidense en esa época. La penetración de las ideas flexnerianas fue tan eficaz que estas se transmitieron de generación en generación hasta el presente. Lamentablemente, todavía persisten mentalidades y actitudes malformadas por aquellas ideas, a pesar de los cambios que se han venido operando desde los años sesenta en la enseñanza y en la práctica de las profesiones de la salud (2).

La evolución que ha habido en la aplicación de los principios de la medicina general integral (MGI) en la salud pública cubana ha llegado a su más alto nivel en la actualidad con el modelo de atención primaria conocido como el Plan del Médico de la Familia (3, 4). La docencia y los servicios de estomatología han sido parte de este desarrollo y la existencia del médico de la familia ha generado nuevos y mejores conceptos en torno a la atención integral de nivel primario. Con un enfoque innovador, esta obliga a la estomatología a encontrar formas más avanzadas de llevar a la práctica la atención primaria de salud bucal de acuerdo con los objetivos y concepciones del médico de la familia, pero sin perder de vista los principios y objetivos de la atención estomatológica establecidos para la estomatología de la comunidad en 1979 (5), ya que esta encierra la estrategia fundamental para mejorar el nivel de salud bucal de la población (6).

Los nuevos conceptos llevaron al Ministerio de Salud Pública (MINSAP) a implantar una nueva política estomatológica orientada hacia la salud y no hacia la enfermedad, como era la tendencia tradicional, y consecuentemente a elaborar un nuevo plan de estudios para la formación de un estomatólogo general integral capaz de alcanzar los nuevos objetivos propuestos.

La orientación de la atención estomatológica hacia el hombre sano requiere de un estomatólogo distinto, capaz de actuar no solo en la clínica, sino en el medio social, identificando y controlando los factores epidemiológicos y sociales que condicionan y determinan la salud bucal. Este estomatólogo deberá estar científicamente preparado para ejercer una práctica profesional fundada en la unidad de lo biológico y lo social.

PRINCIPIOS DE LA ATENCION ESTOMATOLOGICA INTEGRAL

La atención estomatológica integral se enmarca en los principios generales de la salud pública cubana, que son (7):

- un sistema único para la atención de salud de toda la población;
- el derecho de todos los ciudadanos a la salud, que es una responsabilidad del Estado;
- la accesibilidad económica, geográfica, legal y cultural de los servicios de salud a toda la población;
- el carácter integral de las acciones de salud con énfasis en la prevención;
- la planificación de los servicios de salud;
- la participación activa de la comunidad organizada en las acciones de salud.

Además, la estomatología cubana (8):

- se orienta hacia la satisfacción de las necesidades de toda la población y hacia el mejoramiento constante de la salud bucal;
- es integral, dado el carácter inseparable de lo preventivo y lo curativo, de lo biológico y lo social y del hombre respecto al medio en que vive;
- desarrolla, de manera integrada, sus tres esferas principales de acción: los servicios, la docencia y la investigación;
- practica el internacionalismo en la salud pública.

BASES PARA LA ELABORACION DEL PLAN DE ESTUDIOS

El nuevo plan de estudios de estomatología se estructura sobre las bases siguientes (9):

- modelo de desempeño (funciones, tareas y actividades) del estomatólogo general integral establecido por el MINSAP en virtud de la política estomatológica que se busca desarrollar y los objetivos que se desea alcanzar;
- problemas de salud que debe resolver el estomatólogo general integral;
- objetivos educacionales e instructivos generales del plan de estudios de estomatología general integral;
- un diseño factible y flexible que se pueda implantar en todas las facultades y departamentos de estomatología del país;
- representación de las ciencias sociomédicas y la comunidad en el nuevo programa de estudio, partiendo de la premisa que la estomatología, como la medicina, es una ciencia práctica, humana, de carácter sociobiológico y no exclusivamente biológico;
- disciplinas que no siempre se identifican con una ciencia o especialidad constituida y que organizan o adaptan terminologías del pasado al actual nivel de conocimiento, a fin de permitir la integración y coordinación de los contenidos;

- un diseño que intenta garantizar las habilidades esenciales para resolver los problemas de salud identificados en las estancias clínicas y epidemiológicas;
- un programa que se opone al aprendizaje de memoria y al enciclopedismo como fundamentos de la educación. El pensar, el saber buscar información, el estudio independiente y los métodos activos que le sirven de sostén son características del progreso científico-técnico actual. Se da menos énfasis a las conferencias y seminarios catequísticos, y se aplica en toda la carrera la solución de problemas como método de aprendizaje básico, aunque no único;
- un docente que no solo enseña, sino que guía y aconseja a los estudiantes y realiza actividades que permiten que estos lleguen a dominar las tecnologías cognoscitivas, que son las únicas que les permitirán ser productivos, creativos e independientes a la hora de solucionar problemas. Al mismo tiempo, el docente necesita actualizar sus propias materias, intercambiar criterios con sus colegas de otras disciplinas y contribuir a crear una atmósfera de estudio e investigación en cada departamento y facultad;
- creación del tiempo electivo con el propósito de que los estudiantes aborden disciplinas que les son fuente de motivación;
- un plan de estudios que constituye una sola unidad y no una combinación de asignaturas o disciplinas inconexas. La organización del plan es tal que las habilidades y conocimientos aprendidos se profundizan en los años siguientes. De ahí que lo aprendido previamente no se deje atrás sino que se aplique y desarrolle en todo momento;
- contacto temprano del estudiante con la comunidad y la atención individual;
- premisa de que la disciplina o asignatura no es la representación pedagógica total de una ciencia o de una especialidad, sino de los contenidos indispensables de esa ciencia, especialidad o grupo de estas. Estos contenidos capacitan al estudiante en la solución de los problemas de salud;
- cumplimiento de los principios de la estomatología integral en la atención estomatológica y preparación de estomatólogos para esta tarea, a fin de poder educar a los estudiantes en las clínicas y establecer la estomatología integral como disciplina;
- impulso al aprendizaje del método científico mediante la inclusión de la investigación científica en el currículo. Las clínicas y las ciencias sociales pueden aportar mucho a esta tarea, haciendo explícito en su trabajo con personas y colectividades el uso de los métodos clínico, epidemiológico y social.

DISEÑO GENERAL DEL PLAN DE ESTUDIOS DE ESTOMATOLOGÍA

Las bases generales del proyecto ponen de manifiesto que: la educación del estudiante comienza con la estomatología integral (primer semestre), a la que se añaden después las ciencias básicas. El estudiante, desde temprano, entra en contacto con la actividad que realizará a su egreso. Esto le confiere mayor dominio y profundidad a la hora de atender colectividades y personas sanas o enfermas.

La estomatología integral tiene tres fases en el primer año: introducción a la estomatología integral (primeras dos semanas del curso a tiempo completo), estomatología integral I (16 semanas restantes del semestre) y estomatología integral II (primeras dos semanas del segundo semestre).

Las ciencias básicas biomédicas incluidas en este diseño no tienen una mayor integración que las materias precedentes. Constituyen una excepción las ciencias morfológicas, que sí están integradas. Es probable que la integración de las ciencias fisiológicas y de estas con las morfológicas, teniendo como punto de partida los problemas de salud, pueda lograrse en el próximo perfeccionamiento.

En el segundo año (tercer semestre) se inicia la educación de los estudiantes para capacitarlos en la atención a colectividades (familias y grupos) en íntima relación con el médico de la familia. Este proceso se extiende hasta el sexto semestre (tercer año). Existen, pues, cuatro asignaturas, que son estomatología social I y II (segundo año) y III y IV (tercer año).

La disciplina de estomatología social, incluye, en sus distintas asignaturas, materias tales como epidemiología, higiene, psicología, sociología, estadística y estomatología legal. Se imparte en las clínicas estomatológicas, fuera o dentro de la facultad, y en la comunidad.

Del plan de estudios anterior se mantienen inalteradas las asignaturas de inglés (del primero al octavo semestre), filosofía marxista-leninista (primero y segundo semestres) y educación física (primero al cuarto semestre).

En las ciencias básicas biomédicas (tercer semestre) se relacionan más estrechamente la fisiología y la farmacología. En el tercer semestre las ciencias morfológicas se concentran en el estudio del aparato masticatorio y sus aspectos radiológicos. En fisiología se dedica un tema al aparato masticatorio y su regulación.

En el cuarto semestre se identifican las dos grandes disciplinas organizativas que tienen que ver con la atención estomatológica de las colectividades y del individuo (permanecen separadas, pues están en fase de educación y aprendizaje): estomatología social II y atención estomatológica al individuo I. Esta última comprende los siguientes aspectos:

- a) semiología médico-estomatológica y propedéutica clínica: se estudian aspectos esenciales de los sistemas orgánicos de la medicina y específicamente de la boca y aspectos radiológicos pertinentes.
- b) operatoria I: comprende la parte de laboratorio y el inicio de la actividad clínica.

Estas materias se impartirán en estancias de forma secuencial si la proporción entre profesores y alumnos es aceptable. De lo contrario, se hace necesario "romper la masividad" impartiendo a dos grupos que se alternan entre ambas estancias.

Durante este mismo semestre, la patología general incluirá la anatomía patológica y la inmunología y genética. Coordinará los aspectos de la fisiopatología con la semiología médico-estomatológica y propedéutica clínica.

En el quinto semestre (tercer año) se imparten estomatología social III y atención estomatológica al individuo II. Esta última comprende materias que se identificarán en tres grandes temas: operatoria II, medicina bucal I y rehabilitación I.

Estos temas se imparten en estancias, ya sea de forma secuencial a un solo grupo de alumnos o de forma intercambiable a tres grupos de estudiantes que rotan. En operatoria II se incluyen exodoncia y endodoncia. El tema de medicina bucal abordará los contenidos esenciales que se relacionan con las enfermedades de la boca, excepto las afecciones dentales. El de rehabilitación I comprenderá actividades de laboratorio y algunas actividades clínicas al final de la subestancia.

El sexto semestre (tercer año) incluye estomatología social IV y atención estomatológica al individuo III. Esta comprende aspectos de materias que se imparten como grandes temas en estancias sucesionales o rotativas, según la proporción entre profesores y alumnos. Estas estancias, que son estomatología infantil, periodontopatías y rehabilitación II, tienen el carácter de educación en el trabajo y, como tal, forman parte de la actividad académica. La parte teórica de los contenidos (aquellos que se imparten como seminarios o conferencias en cada estancia) incluirá, entre otros, los aspectos epidemiológicos, psicológicos, radiológicos, anatomopatológicos y clínicos en el nivel necesario para lograr la comprensión del estudiante y la visión integral del paciente.

En el séptimo semestre (cuarto año) reaparece la estomatología integral (III) y continúa la atención estomatológica al individuo (IV). La disciplina estomatología integral, eje central de este plan de estudios, está concebida, básicamente, para consolidar e integrar los contenidos y las habilidades del estudiante de acuerdo con los principios que la rigen. Se seleccionarán los contenidos de las disciplinas precedentes (estomatología social I, II, III y IV, atención estomatológica del individuo I, II, III y IV

y del primer año de estomatología integral I y II) que deben formar parte de esta disciplina en el séptimo semestre. Comprenderá actividades que permitan incorporar la investigación estomatológica al currículo estudiantil.

La disciplina de atención estomatológica del individuo IV incluye las estancias de medicina bucal II (con una rotación por cancerología) y de cirugía (con una rotación por cirugía máxilofacial).

El octavo semestre (cuarto año) está constituido por la estomatología integral IV. Esta comprende contenidos de la estomatología integral III (con mayores grados de asimilación y profundidad) más otros pertinentes tomados de la disciplina de atención estomatológica al individuo IV. Se busca, además, una mayor profundización en informática médica (cibernética, computación y bioestadística).

El quinto año no tendrá semestres, ya que será la práctica pre-profesional durante todo el curso (40 semanas). Su objetivo será lograr que el estudiante domine a plenitud los contenidos de las ciencias básicas, sociomédicas y clínicas que se consideran necesarios, el método científico y las habilidades clínicas e intelectuales propias de la práctica estomatológica. También se procura reafirmar su convicción de que su profesión es una ciencia práctica y humana, así como su misión como profesional de la salud individual y colectiva. Esta misión consiste en promover, precaver, curar y rehabilitar, sin perder de vista que atiende a seres humanos.

Los nuevos contenidos de este internado se derivarán de la capacidad que posee el estudiante para abordar los problemas de salud con métodos activos, así como de la necesidad de permitir el estudio independiente.

Al final de la carrera se hará un examen estatal para evaluar el desempeño profesional frente a un problema de salud.

COMENTARIO FINAL

El presente plan de estudios, que se comenzó a aplicar en el primer año del curso académico 1991 – 1992, tiene como característica principal que desde el primer día de su ingreso a la carrera el estudiante se pone en contacto con la comunidad, lo cual le permite apreciar globalmente el alcance de la atención estomatológica integral. Se da cuenta desde el primer día de que la estomatología es mucho más que la atención a pacientes. Participa en diversas actividades estomatológicas que le hacen sentirse identificado con su carrera, y los métodos activos de enseñanza utilizados han propiciado un mayor aprendizaje gracias, en gran medida, a la motivación de los alumnos.

REFERENCIAS

- 1 Álvarez-Valls L. *Por los senderos de la docencia estomatológica en Cuba*. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1984.
- 2 Becerra M. Conceptualización de la estomatología y de la enseñanza de la estomatología en Cuba. Trabajo presentado en la Conferencia Integrada "Universidad Latinoamericana y Salud de la Población", UDUAL/ISCMH, La Habana, 3 a 7 de junio de 1991.
- 3 Cuba, Ministerio de Salud Pública, *Programa de trabajo del médico y la enfermera de la familia, el policlínico y el hospital*. La Habana: Dirección de Atención Ambulatoria, MINSAP; 1986.
- 4 Cuba, Ministerio de Salud Pública. *Experiencia cubana del médico de familia*. La Habana: MINSAP; 1987.
- 5 Cuba, Ministerio de Salud Pública. *La Estomatología en la Comunidad*. La Habana: MINSAP; 1979.
- 6 Becerra M. Integración docencia-servicio-investigación y el modelo de atención estomatológica integral a la familia. Trabajo presentado en la Conferencia Integrada "Universidad Latinoamericana y Salud de la Población", UDUAL/ISCMH, La Habana, 3 a 7 de junio de 1991.
- 7 Hernández R. Fundamentos de la salud pública socialista. En: *Teoría y Administración de Salud*. La Habana: Dirección Docente Metodológica, MINSAP; 1982.
- 8 Becerra M, Valdés R, Hernández N. "Conceptualización de la estomatología y de la educación estomatológica en Cuba". La Habana: Facultad de Estomatología, ISCMH; 1990.
- 9 Ilizástigui F. "El nuevo plan de estudios de la carrera de estomatología: aclaraciones al proyecto de diseño". La Habana: Comisión Central del Plan de Estudios, ISCMH; 1992.

EL SISTEMA DE FORMACION DE ESPECIALISTAS EN CUBA

Pablo Antúnez Jiménez,¹ Nidia Nolla Cao² y Jesús Orozco Nodarse³

El sistema de formación de especialistas en Cuba surge después del triunfo de la revolución como resultado del desarrollo científico-técnico y social en materia de salud. El adelanto progresivo en la formación de especialistas de medicina y estomatología y el surgimiento del especialista de Medicina General Integral (MGI) para prestar servicios de atención primaria de salud (APS), han ido modificando el sistema y nos han obligado a hacer un análisis crítico, profundo y permanente de sus componentes para garantizar la calidad del estudiante que egresa.

El proceso educativo se desarrolla íntegramente vinculado a la atención médica o estomatológica que presta el residente como profesional de la salud y se caracteriza por la independencia cognoscitiva en el aprendizaje, que es de carácter tutorial. Los planes y programas de estudio garantizan la orientación adecuada para el desarrollo del proceso docente-educativo; y la acreditación docente exige que haya condiciones idóneas en las unidades donde se forman los residentes.

La evaluación, componente esencial del proceso, permite medir los cambios cuantitativos y cualitativos en los modos de actuar de los residentes, regular el proceso pedagógico y valorar el desempeño profesional.

INTRODUCCION

El creciente aporte de los recursos humanos y financieros al Sistema Nacional de Salud (SNS) y el desarrollo científico-técnico y social

¹ Médico. Especialista de Segundo Grado en Administración y Organización de Salud Pública. Jefe del Departamento de Especialización. Ministerio de Salud Pública, La Habana, Cuba.

² Pedagoga. Metodóloga del Departamento de Especialización. Ministerio de Salud Pública, La Habana, Cuba.

³ Psicopedagogo. Profesor de Didáctica y Pedagogía del Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana. Metodólogo del Departamento de Especialización. Ministerio de Salud Pública, La Habana, Cuba.

alcanzado en nuestro país han traído consigo la necesidad de abordar las transformaciones cualitativas indispensables para ofrecer una atención médica y estomatológica más especializada y de mejor calidad. A partir de 1962 se decidió por primera vez normar la instrumentación legal que sirviera de apoyo a toda la estructura y que, con un enfoque sistemático, permitiera la formación de especialistas en medicina y estomatología. A esta se le denominó régimen de residencia. En esta etapa se trazó la estrategia para la formación de especialistas y se crearon las bases para el ulterior desarrollo profesional.

En la estrategia se incluyeron los aspectos relacionados con el proceso de formación de especialistas, tales como la definición de las especialidades; el modelo de especialista que se debía formar; la elaboración de los planes y programas de estudio para cada especialidad; la selección de las unidades del sistema de salud donde se impartiría la docencia, y la acreditación docente de las unidades seleccionadas (1). Los cambios producidos en el perfil de salud de la población y el nivel de cobertura médica y estomatológica alcanzado durante la etapa de integración del Sistema Nacional Único de Salud (SNUS, 1959–1972), llevaron al incremento del número de especialidades y de especialistas que había que formar. En la etapa de consolidación del SNS (1973–1980) se completó la extensión de los servicios de salud a todo el país, se fortaleció la actividad docente e investigativa y se desarrolló la medicina comunitaria, lo que influyó favorablemente en el perfeccionamiento del régimen de residencia y creó las bases para abordar nuevas expectativas (2).

En 1983 se inició la formación del especialista de MGI, profesional muy calificado que reside en la comunidad y desempeña la función de guardián de la salud. En la práctica de este especialista predominan el enfoque de promoción de la salud y prevención de enfermedades y la participación activa de la comunidad en la identificación de sus propios problemas.

Las complejas tareas que surgieron como parte de la formación de los recursos humanos especializados hicieron que en 1987 la dirección y el control del proceso docente-educativo del régimen de residencia, que era responsabilidad de las direcciones provinciales de salud, cayera bajo la estructuración y control de los institutos superiores y facultades de ciencias médicas, cuyas estructuras docentes y de investigación garantizarían un proceso docente-educativo de mayor calidad y eficiencia.

En este trabajo se da a conocer el desarrollo de la formación de los recursos humanos en las especialidades médicas y estomatológicas y los principios que la han regido. Asimismo se refleja la importancia que tienen la planificación de los recursos humanos y la dirección y control del proceso educativo.

LA ESPECIALIZACION A TRAVES DEL REGIMEN DE RESIDENCIA

Política de formación del especialista

La formación de especialistas en el país tiene como premisa fundamental satisfacer las necesidades de atención médica especializada de nuestro pueblo en todos los niveles del SNS. En función de ello, las especialidades médicas y estomatológicas se han definido tomando en consideración el cuadro de salud de la población y la necesidad de personal especializado para abordar los problemas detectados. Actualmente se desarrollan en el país 54 especialidades médicas y estomatológicas (cuadro 1). En ellas hay un total de 12 723 residentes (figura 1), de los cuales el mayor porcentaje corresponde a las especialidades básicas. De los que están en estas, 52% son residentes de MGI. Este alto porcentaje se debe a que la mayoría de los estudiantes que egresan de medicina pasan directamente al plan del médico de la familia y posteriormente ingresan a esta especialidad.

Las especialidades médicas y estomatológicas pueden alcanzarse en las categorías de primer y segundo grado. La especialidad de primer grado es la que obtiene el médico o estomatólogo después de haber vencido el programa de la especialidad y de haber demostrado, a través de un examen estatal, que posee los conocimientos, hábitos y habilidades correspondientes. La especialidad de segundo grado se obtiene después de la de primer grado y exige haber demostrado sólidos conocimientos en el trabajo médico especializado que se realiza, además de haber cumplido con los requisitos establecidos para dicha categoría. Es importante señalar que en la formación de nuestros especialistas siempre se ha tenido en cuenta el papel de la atención primaria en los servicios de salud, fundamentalmente en las especialidades básicas y clínicas, en cuyos planes y programas de estudio ha tenido un peso importante la rotación por la comunidad. Este es el caso en medicina interna, pediatría y ginecobstetricia.

Al surgir el médico de familia y el especialista en MGI, se consolidó la estrategia de la atención primaria. El contenido del programa de formación de este especialista, que se desarrolla en la comunidad, pone énfasis en la participación del médico en las acciones de promoción y prevención y en el tratamiento de las afecciones propias del nivel primario, así como en la rehabilitación que le corresponde (3). El papel de este modelo de atención en la solución de los problemas de salud de la población es cada día más importante y le ha llevado a convertirse en la piedra angular del SNS.

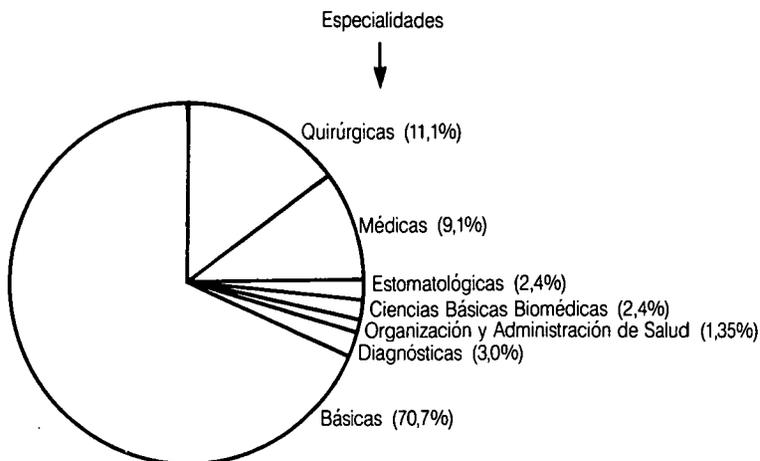
El aumento progresivo del número de graduados de la especialidad de MGI y la cobertura alcanzada en el resto de las especialidades en todos los niveles del SNS (cuadro 2) crearon condiciones idóneas para formar un especialista de mayor calidad científico-técnica. En función de

CUADRO 1. Clasificación de las especialidades según grupo y tiempo de formación.

Especialidades	Años	Especialidades	Años
Básicas		Médicas	
Medicina interna	3	Alergología	3
Ginecobstetricia	3	Cardiología	3
Pediatría	3	Endocrinología	3
Medicina general integral	3	Gastroenterología	3
		Hematología	3
Quirúrgicas		Neurología	3
Cirugía general	4	Nefrología	3
Cirugía pediátrica	4	Neumología	3
Traumatología y cirugía plástica	4	Dermatología	3
Angiología y cirugía vascular	4	Psiquiatría	3
Anestesiología y reanimación	4	Psiquiatría infantil	3
Coloproctología	3	Oncología	4
Neurocirugía	4	Logopedia y foniatría	3
Oftalmología	3	Neonatología	3
Otorrinolaringología	3	Reumatología	3
Ortopedia y traumatología	4	Gerontología y geriatría	3
Urología	3	Medicina legal	3
Cirugía cardiovascular	6	Medicina deportiva	3
		Medicina física y rehabilitación	3
Estomatológicas		Organización y administración de salud	
Cirugía máxilofacial	3	Administración de salud	3
Ortodoncia	3	Bioestadística	3
Periodoncia	3	Higiene y epidemiología	3
Prótesis estomatológica	3		
		Diagnósticas	
Ciencias básicas biomédicas		Anatomía patológica	4
Anatomía humana	4	Laboratorio clínico	4
Embriología	4	Microbiología	4
Histología	4	Radiología	3
Fisiología normal y patológica	4		
Bioquímica clínica	4		
Farmacología	4		
Inmunología	4		
Genética clínica	4		

ello se definió que los especialistas de MGI podían optar por una segunda especialidad. Está previsto que en corto tiempo todas las especialidades se realicen a partir de la especialidad de MGI.

Todas las especialidades del sistema se desarrollan, a tiempo completo y con dedicación absoluta, en las unidades de salud acreditadas, de acuerdo con el programa establecido para cada una. El régimen de residencia está bajo el control y la dirección docente y metodológica de

FIGURA 1. Distribución porcentual de residentes según especialidades. Cuba, 1991.**CUADRO 2. Médicos y estomatólogos graduados de especialistas: Cuba, 1962–1991.**

Especialidad	1962– 1980	1981– 1986	1987	1988	1989	1990	1991	Total
Medicina General Integral		28	21	144	312	905	1 030	2 440
Medicina Interna	442	418	138	238	249	268	294	2 047
Pediatría	539	338	136	157	179	217	237	1 803
Cirugía General	445	201	89	58	131	119	129	1 172
Ginecobstetricia	484	274	147	159	127	149	179	1 519
Otras especialidades quirúrgicas	1 278	699	215	365	341	369	258	3 525
Otras especialidades clínicas	921	665	199	248	292	325	292	2 942
Especialidades diagnósticas	586	283	86	97	88	96	94	1 330
Especialidades de Organización y Administración de Salud	249	442	183	178	152	129	113	1 446
Estomatología	481	438	70	107	116	106	86	1 404
Ciencias Básicas Biomédicas		62	66	80	123	44	40	415
Total	5 425	3 848	1 350	1 831	2 110	2 727	2 752	20 043

todos los centros de educación médica superior con que cuenta el SNS y se desarrolla en las facultades e instituciones docente-asistenciales, tales como hospitales, institutos de investigación, policlínicos, clínicas estomatólogicas y unidades de higiene y epidemiología.

ACREDITACION DOCENTE

La acreditación docente es el elemento esencial que garantiza las condiciones académicas exigidas a las instituciones donde se forman los especialistas. La realiza una comisión de carácter estatal que evalúa las particularidades de cada centro seleccionado y exige rigurosamente que se cumplan los requisitos establecidos. La acreditación docente de las instituciones contribuye a la integración docencia-atención médica o estomatólogica, ya que la buena calidad y eficiencia de los servicios de salud son indispensables para una buena docencia y ya que ambas ejercen un efecto favorable en los indicadores de salud (2).

Entre los requisitos fundamentales para obtener la acreditación se encuentran los siguientes: profesionales y técnicos cuyo número esté en correspondencia con el número de camas o pacientes que atienden; profesores con categoría docente cuyo número corresponda a las exigencias de la educación posgraduada; tipos de atención médica que ofrece la institución; calidad de la atención médica que brinda, y recursos materiales y equipos con que cuenta (4).

FORMAS DE INGRESAR A LA RESIDENCIA

El ingreso se realiza anualmente según las necesidades del momento y las perspectivas previstas en el plan de desarrollo de las especialidades. Las áreas de Asistencia Médica y Docencia y la Dirección de Desarrollo del Ministerio de Salud Pública, junto con las direcciones sectoriales de salud, los institutos superiores y las facultades de ciencias médicas, elaboran las cifras de ingresos de las diferentes especialidades y las incluyen en el plan de plazas de cada año, que se somete a la consideración del Ministro de Salud para su aprobación.

Como premisa fundamental, este plan cumple con los requisitos establecidos para la planificación científica de los recursos humanos especializados, de acuerdo con las necesidades previstas en los distintos niveles de atención del SNS y del desarrollo proyectado de cada especialidad. Los requisitos establecidos para ingresar a la residencia tienen por objeto seleccionar los mejores aspirantes para cada una de las especialidades ofrecidas en el plan.

A las plazas que corresponden a las distintas especialidades pueden aspirar los médicos o estomatólogos recién graduados o los que tengan

más de dos años de trabajo, médicos de familia y especialistas de MGI que aspiran a realizar una segunda especialidad. Todos los aspirantes deben llenar los requisitos generales y específicos.

La concesión de especialidades la realiza una comisión de profesores designada para este fin. En cada centro de educación médica superior la comisión analiza los requisitos y documentos presentados por los aspirantes. Los médicos de familia pasan directamente a la especialidad de MGI, siempre que hayan cumplido satisfactoriamente su tiempo de familiarización en la comunidad.

PROCESO EDUCATIVO

El sistema de enseñanza para la formación de especialistas se apoya en el principio de la educación cubana de vincular al hombre con la vida y a la educación con el trabajo. Por consiguiente, el proceso docente-educativo en el régimen de residencia, denominado proceso docencia-atención médica o estomatológica-investigación, se concibe integrado a las actividades de atención médica o estomatológica y de investigación que le corresponden al profesional de la salud. En este proceso se tienen en cuenta algunos componentes esenciales, como el trabajo docente-educativo, el trabajo de dirección y el trabajo metodológico.

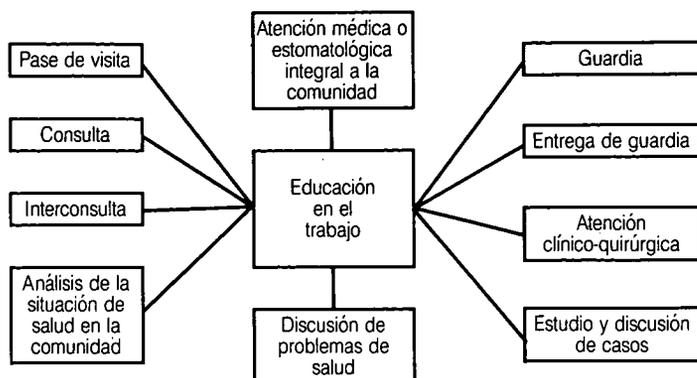
Trabajo docente-educativo

El trabajo docente-educativo es el conjunto dinámico y complejo de acciones que despliega el profesor o tutor con su grupo de residentes y que están encaminadas a desarrollar el proceso enseñanza-aprendizaje a través de las actividades docentes, de atención médica o estomatológica, de investigación y de administración. La forma de organización de la enseñanza que rige en la residencia es la educación en el trabajo. Esta constituye la forma esencial de docencia en este sistema. La educación en el trabajo se produce mediante las diferentes actividades de los residentes, las cuales se convierten en otras formas de organización de la enseñanza (figura 2).

En cada una de las actividades el residente participa como miembro del equipo de salud, a la par de sus profesores y de especialistas. En ellas se aplican las categorías pedagógicas —objetivo, contenido, método y evaluación— convirtiéndose así la actividad en un proceso educativo donde se integran la docencia, la atención médica o estomatológica y la investigación.

Los principales objetivos de la educación en el trabajo son la formación y desarrollo de habilidades y destrezas que garanticen la función profesional especializada, así como la adquisición de métodos de trabajo y de rasgos de personalidad propios de un especialista. En el contexto de la

FIGURA 2. Actividades donde se aplica la educación en el trabajo.



educación en el trabajo se propicia el desarrollo conjunto de la instrucción y educación. Los residentes reciben la influencia de los tutores y profesores y del equipo de trabajadores, con el objetivo de transformar su personalidad según las exigencias de la sociedad, del SNS y de la especialidad que cursan.

La educación en el trabajo se complementa con otras formas de organización de la enseñanza, como conferencias, seminarios, revisiones bibliográficas, talleres y cursos. En la planificación de estas actividades docentes se tiene en cuenta un enfoque sistemático, a manera de que se desarrollen con una secuencia lógica e interactúen entre sí, cumpliendo cada una su función específica y contribuyendo al perfeccionamiento de las conductas propias de cada especialidad.

En la educación en el trabajo, el papel del profesor y el residente difieren de las formas tradicionales de la enseñanza. El profesor deja de ser fuente básica del saber y del hacer y se convierte en un tutor cuya función es orientar y organizar las condiciones que favorecen el aprendizaje. Por otra parte, el residente se convierte en objeto y sujeto de su propio aprendizaje al trabajar y estudiar independientemente.

Al enfrentarse al desempeño de su actividad profesional, el residente aprende por sí mismo, adquiere independencia en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y en la toma de decisiones ante problemas de salud, y aplica la creatividad y el criterio científico necesarios para solucionar cada situación. El estudio independiente le hace adquirir hábitos y habilidades que le permiten buscar información científico-técnica para mantenerse al día en su especialidad.

Todos los médicos y estomatólogos en el régimen de residencia están obligados a participar en el estudio, análisis y búsqueda de soluciones de los problemas prioritarios de la especialidad con el fin de adquirir experiencia en metodología científica y de investigación. Esto constituye un

importante elemento integrado con el proceso docencia-atención médica o estomatológica, pues mejora la calidad de la atención médica y de la formación de los recursos humanos (2). La experiencia científica y de investigación acumulada le ayudará a elaborar su tesis o trabajo de terminación de la residencia (TTR), el que se comienza a elaborar desde el inicio de la especialización.

El trabajo de dirección

Este trabajo se concibe en dos vertientes diferentes: la que ejercen los niveles jerárquicos sobre los dirigentes, profesores y residentes, y la que ejercen los profesores sobre los residentes durante el desarrollo del proceso educativo.

El Área de Docencia del Ministerio de Salud Pública, a través de la Dirección de Especialización, tiene la responsabilidad de regular los documentos rectores para la formación de especialistas y controlar su cumplimiento en las instituciones acreditadas al respecto. Los institutos superiores y facultades de ciencias médicas se encargan de dirigir, organizar, controlar y evaluar el proceso docencia-atención médica o estomatológica-investigación y ejercen su influencia metodológica y administrativa sobre profesores, residentes y todo miembro del personal de salud que de una forma u otra esté vinculado a la actividad docente de los residentes. El trabajo de dirección del proceso docente-educativo es eminentemente pedagógico, lo realizan los profesores y tutores e influye directamente en los residentes para lograr los objetivos del aprendizaje.

Trabajo metodológico

Este trabajo lo realizan los profesores de forma individual y colectiva para elevar su maestría pedagógica y garantizar la calidad del proceso enseñanza-aprendizaje. El trabajo metodológico comprende la autopreparación del profesor; el estudio sistemático de toda la información científico-técnica actualizada de la especialidad; la participación en cursos, talleres, jornadas científicas, congresos, etc; y la autoevaluación en la actividad que se realiza, mediante el análisis sistemático de sus resultados y del nivel de aprendizaje alcanzado por los educandos. Cada aspecto garantiza la calidad pedagógica y científico-técnica que exige el proceso educativo.

La participación de los docentes en investigaciones científico-pedagógicas en el campo de la educación médica, especialmente en la metodología de la enseñanza que imparten, es otra forma de trabajo metodológico dirigida a darle fundamento científico a su trabajo pedagógico y

a generalizarlo por medio de la divulgación en libros, revistas, conferencias y jornadas científicas (5).

PLANES Y PROGRAMAS DE ESTUDIO

Para garantizar la formación del médico y estomatólogo especializado, mediante los contenidos que le permitan resolver los problemas generales y particulares de su especialidad, se estructura el sistema de enseñanza de forma tal que oriente a profesores y residentes hacia los conocimientos, habilidades, modos de actuar y objetivos que deben lograr, así como hacia las formas de organización de la enseñanza, métodos y modos de evaluación que debe aplicar. Todo ello se concreta en los planes y programas de estudio de cada especialidad. En la elaboración de estos planes y programas de estudio participan comisiones multidisciplinarias de especialistas de alto nivel científico y amplia experiencia docente, quienes abordan su objeto de estudio y garantizan la planificación adecuada del proceso docente-educativo.

El plan de estudio se conforma al modelo del médico especializado y al plan de enseñanza. El modelo señala el papel que desempeña el especialista dentro de la rama de los servicios. En él se definen las funciones de atención médica o estomatológica integral, docencia, administración e investigación. El plan de enseñanza estructura el programa en áreas del conocimiento, módulos, estancias o disciplinas por años. En el programa de la especialidad se expresan el sistema de habilidades y conocimientos que debe desarrollar el educando en cada módulo, estancia o asignatura y la estrategia docente que orienta los lineamientos en relación con los métodos, formas de organización de la enseñanza y recursos didácticos (6).

SISTEMA DE EVALUACION

La evaluación del proceso enseñanza-aprendizaje es la interpretación o juicio de valor que emite el profesor, al medir los resultados alcanzados por sus residentes durante el proceso y de acuerdo con los objetivos planteados. La evaluación se caracteriza por ser un proceso objetivo, sistemático y continuo que tiene dos componentes fundamentales: objetivos y contenido. Los objetivos determinan los contenidos que deben evaluarse y permiten controlar la enseñanza y el aprendizaje, condición indispensable para regular y retroalimentar la dirección pedagógica del proceso. La evaluación se articula con todo el sistema de objetivos de tal manera que se convierte en un sistema: el sistema de evaluación (7). En el régimen de residencia este implica la valoración y medición de las transformaciones logradas en los conocimientos, hábitos y habilidades definidas en el modelo del médico especializado.

Dado el carácter independiente del aprendizaje, el profesor no está presente en todas las actividades que realiza el residente, por lo que es necesario hacer evaluaciones frecuentes para que estas no pierdan su continuidad. En estas evaluaciones debe seleccionarse lo esencial y representativo del contenido y de los objetivos que se desea lograr, de modo que se puedan valorar los cambios cualitativos y cuantitativos que se van produciendo en el residente y detectar las deficiencias que se presentan con miras a eliminarlas.

Se aplican tres tipos de evaluación: evaluación en el curso de la residencia, por año; evaluación de fin de año y examen estatal. La evaluación en el curso de la residencia permite evaluar los cambios cualitativos que se producen en el desempeño del residente, en su modo de actuar y conocimientos, y en la adquisición de métodos de trabajo propios de la especialidad. Esta evaluación se aplica sistemáticamente, al final de un módulo, conjunto de módulos o asignatura.

La evaluación teórico-práctica de fin de año se realiza al terminar el residente todas las rotaciones, módulos o asignaturas correspondientes al año académico. El acto de evaluación lo efectúa un tribunal que determina qué tan apropiados e independientes son los modos de actuar del residente en su quehacer médico o estomatológico.

El examen estatal constituye la evaluación final de la especialidad y determina si el residente está apto para convertirse en especialista de primer grado. Para tener derecho a este examen, el residente debe tener aprobadas todas las evaluaciones establecidas en su plan de estudio y tener terminado su TTR. El examen estatal permite verificar el grado de preparación de los residentes y su competencia profesional, el dominio teórico de los contenidos, y la capacidad alcanzada para estudiar y resolver científicamente los problemas de su especialidad.

La evaluación la realiza un tribunal estatal y externo, integrado por docentes de gran reconocimiento profesional y social. Su carácter externo se debe a la participación de profesores de otras facultades o instituciones que no están vinculadas con la formación del residente. El examen estatal consiste en la valoración del expediente docente; la presentación y defensa del TTR y la realización de un examen práctico y teórico. El examen estatal se considera aprobado cuando se alcanza en cada ejercicio 75% de los puntos asignados (4-8).

CONCLUSIONES

El MINSAP ha logrado una estructura funcional que, con un enfoque sistemático y el apoyo material y financiero de la dirección del gobierno, ha permitido obtener logros sustanciales en la formación de los

recursos humanos especializados en medicina y estomatología. Estos logros han afectado favorablemente los indicadores de salud del país.

Hemos abordado de manera permanente el reto que el desarrollo social del país nos ha impuesto. Con motivo de ello ha sido necesario evaluar de forma sistemática y profunda los resultados del sistema de formación de especialistas en todos sus niveles y etapas, sin dejar de analizar cada uno de los elementos que lo integran.

La estrategia fundamental de nuestro trabajo ha estado encaminada a lograr que la calidad del especialista en materia científico-técnica e investigación esté a la altura de nuestras necesidades y del desarrollo mundial. En función de este objetivo se ha trabajado intensamente en lo que consideramos la piedra angular del sistema —“el proceso educativo”— el cual se ha modificado en la misma medida en que lo han indicado los resultados del análisis realizado.

El proceso educativo de la residencia se ha vinculado íntimamente a los servicios de atención médico-estomatológica. Por lo tanto, en él se ha dado prioridad, como forma fundamental de organizar la enseñanza, a la educación en el trabajo. Esta permite que el residente se integre al equipo de salud a la par del profesor y, como resultado de esta nueva relación docente-asistencial, este residente se convierte en objeto y sujeto de su propio aprendizaje.

Un aspecto importante del trabajo ha sido garantizar la confección de los planes y programas de estudio de las especialidades del sistema, teniendo como premisa fundamental el modelo del médico especializado. Las actividades de acreditación docente y la evaluación del residente en el curso de su especialización han sido objeto de análisis y modificación, lo que ha dado como resultado la mejoría cualitativa del sistema formativo.

A partir de un análisis retrospectivo del trabajo realizado hasta el momento en la formación de especialistas, podemos sacar en conclusión que hemos tenido logros y dificultades, pues la complejidad del sistema y sus componentes no nos ha permitido alcanzar plenamente todos los objetivos que nos propusimos. No obstante, nos sentimos satisfechos de los resultados obtenidos por nuestros especialistas en su empeño por convertir a Cuba en una potencia en el campo de la medicina.

REFERENCIAS

- 1 Cuba, Ministerio de Salud Pública. Reglamentos, normas y programas del internado y residencia. La Habana: MINSAP; 1962.
- 2 Jardines JB, Oubiñas J, Aneiros-Riba R. La educación en ciencias de salud en Cuba. *Educ Med Salud*. 1991; 25(4):387-409.
- 3 Colectivo de Autores. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Aspectos generales del programa nacional de formación de especialistas en higiene y epidemiología. *Educ Med Salud*. 1990; 24(3):280-294.
- 4 Cuba, Ministerio de Salud Pública. *Acre-*

- ditación docente.* (Resolución Ministerial No. 174) La Habana: MINSAP; 1991.
- 5 Cuba, Ministerio de Salud Pública. Proyecto de reglamento para el régimen de residencia en Cuba. La Habana: MINSAP; 1992.
- 6 Rivero B. Metodología aplicada en la elaboración de programas de la especialidad de Medicina General Integral. Trabajo presentado en la Conferencia Integrada "Universidades Latinoamericanas y Salud de la Población," La Habana, 3 a 7 de junio de 1991.
- 7 Labarrere G, Valdivia G. Pedagogía. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1988.
- 8 Cuba, Ministerio de Salud Pública. *Normas de docencia médica superior para el régimen de residencia.* (Resolución Ministerial No. 196). La Habana: MINSAP; 1980.

LLA MEDICINA GENERAL INTEGRAL Y LA INTEGRACION DOCENCIA-ATENCION MEDICA-INVESTIGACION

N. José Rodríguez Rodríguez,¹ Layda T. Sarracino Acosta,² Blanca Rivero Casteleiro³ y Moisés Baly Baly⁴

La integración de la docencia, la atención médica y la investigación evoluciona a la par del desarrollo de nuestro Sistema Nacional de Salud (SNS) y se apoya en el principio de estudio-trabajo en la educación médica y de aprendizaje en el servicio. Denominamos al proceso integración "docencia-atención médica-investigación" por considerar que el término "atención médica" incluye más cabalmente las acciones de promoción y prevención que el término "asistencial".

El médico y enfermera de la familia son miembros de la comunidad que constituyen la unidad fundamental en la organización del SNS. Asumen el trabajo de atención médica, docencia e investigación en su propio quehacer profesional, y esto les obliga a integrar sus acciones para dar solución científica a los problemas de salud de su población.

El sistema de formación del especialista en medicina general integral (MGI) expresa en lenguaje pedagógico las funciones correspondientes a su perfil profesional: atención médica, docente-educativa, administrativa y de investigación. La posición rectora de este sistema de funciones la ocupa la atención médica.

El programa de trabajo del médico y la enfermera de la familia y el sistema de formación del especialista en MGI constituyen muestras fehacientes de lo

¹ Especialista de Segundo Grado en Pediatría. Profesor Auxiliar. Jefe del Departamento de Medicina General Integral. Área de Docencia. Ministerio de Salud Pública, La Habana, Cuba.

² Especialista de Segundo Grado en Pediatría. Profesora Auxiliar. Metodóloga del Departamento de Medicina General Integral. Área de Docencia. Ministerio de Salud Pública, La Habana, Cuba.

³ Pedagoga, Profesora Auxiliar, Metodóloga del Departamento de Medicina General Integral. Área de Docencia. Ministerio de Salud Pública, La Habana, Cuba.

⁴ Especialista de Segundo Grado en Administración de Salud. Instructor. Funcionario de la Dirección de Atención Ambulatoria. Área de Asistencia Médica. Ministerio de Salud Pública, La Habana, Cuba.

que se ha alcanzado en la integración docencia-atención médica-investigación en la Atención Primaria de Salud (APS) en Cuba en la última década.

El modelo de atención del médico y la enfermera de la familia influye favorablemente en la calidad de la atención médica, la formación de recursos humanos y las investigaciones en salud y permite una mayor participación de la comunidad en el proceso de integración docencia-atención médica-investigación. La consolidación de la fase académica de la MGI en Cuba es una estrategia que contribuye al perfeccionamiento de este proceso de integración.

INTRODUCCION

El Ministerio de Salud Pública (MINSAP) de Cuba fue asumiendo, de manera total y progresiva, la dirección y el control de la atención médica, así como la formación de los recursos humanos y la investigación en salud. Esto se consolidó con la implantación del Sistema Único Nacional de Salud (SUNS).

En 1976 se creó el Ministerio de Educación Superior (MES) con su red de centros universitarios y se adscribieron al MINSAP los institutos superiores y las facultades de ciencias médicas. Todo ello constituyó la base para una mayor integración docente-asistencial-investigativa (1).

El desarrollo alcanzado por nuestro SNS en general y por la APS en particular creó las condiciones necesarias para que en 1984 se iniciara un modelo de atención en la comunidad, conocido como el plan del médico y la enfermera de la familia, que representa un nuevo enfoque de la práctica médica y constituye la célula básica del sistema.

¿Cómo se puede abordar la salud como un problema social? El concepto de la comunidad como espacio social nos da una perspectiva nueva sobre el desarrollo del proceso salud-enfermedad (2). Este enfoque exige cambios radicales en la manera de concebir y enfrentar el proceso salud-enfermedad, de modo que la integración de la docencia, la atención médica y la investigación se logre dentro del contexto social y a través del trabajo colectivo del equipo de salud en los tres niveles de atención. Un estrecho vínculo con la comunidad es un elemento indispensable para lograr esta integración. Lo anterior hace necesario encontrar nuevos métodos y formas que permitan propiciar una verdadera integración docente-asistencial-investigativa en la práctica médica.

LA INTEGRACION DE LA DOCENCIA, LA ATENCION MEDICA Y LA INVESTIGACION EN CUBA

En nuestro país existen las condiciones reales para llevar a cabo este proceso de integración, como lo demuestra la formación de especialistas

en MGI muy bien calificados, empezando por el médico general básico (MGB) que desempeña la función de médico de la familia (figura 1).

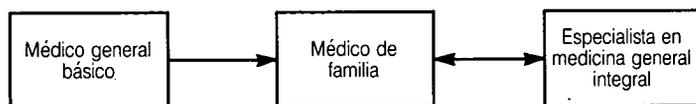
La aplicación del principio estudio-trabajo en todos los niveles de la educación médica en Cuba, cuyos ejes centrales son los problemas de salud de nuestro país y el aprendizaje en el servicio, constituye un paso hacia la integración docencia-atención médica-investigación en la formación de los recursos humanos en salud. Esta tiene como finalidad mejorar la calidad de la atención médica mediante el abordaje de los problemas de salud de la población con la participación activa de la misma.

La formación de recursos humanos de acuerdo con las necesidades de salud exige que el proceso educativo se base en las realidades de salud del país. Por lo tanto, los programas de formación deben incluir los tres componentes de la integración, junto con una interrelación adecuada entre los tres niveles de atención y la comunidad. Este proceso educativo se produce en el transcurso de la práctica médica, por lo que se convierte en un proceso complejo de múltiples y variadas relaciones internas y con el resto de la sociedad.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) define la integración docente-asistencial como “un proceso de interacción entre los docentes, los estudiantes y la sociedad, que tiene como objetivo principal efectuar la enseñanza-aprendizaje en condiciones reales y productivas” (3). Este concepto, válido en nuestro contexto, se aplica de acuerdo con las características de los servicios de salud y con las realidades de cada sociedad. Como resultado del análisis de la definición establecida por la OPS y expresada por el doctor Rodríguez Rivera en 1977 (4), optamos por denominar este proceso “integración docencia-atención médica-investigación”, ya que el término “asistencial” no abarca en su totalidad ni la promoción de la salud ni la prevención de la enfermedad. En cambio, ambas están incluidas en el término “atención médica”.

Hemos desarrollado una estrategia de salud basada en la atención primaria. Para lograr los objetivos pertinentes hay que aplicar métodos y formas que permitan una verdadera integración de la docencia, la atención médica y la investigación en la práctica médica y en el desempeño profesional de cada trabajador en los diferentes niveles de atención del SNS. Un vínculo estrecho con la comunidad es un elemento indispensable para lograr esta integración (5).

FIGURA 1. Desempeño profesional del especialista en medicina general integral.



PROGRAMA DE TRABAJO DEL MEDICO Y ENFERMERA DE LA FAMILIA EN LA INTEGRACION DOCENCIA-ATENCION MEDICA-INVESTIGACION

El modelo de atención primaria que se inició en la década de los años sesenta en Cuba logró la participación de la comunidad en algunas tareas destinadas a mejorar el estado de salud de la población. Con la puesta en práctica del modelo de medicina en la comunidad se aumentó y extendió la participación de esta última en la identificación y solución de sus propios problemas de salud, y con el actual modelo del médico y la enfermera de la familia y el desarrollo de la especialidad de MGI se cumple muy satisfactoriamente este principio.

La evolución de nuestro perfil de salud y diversos cambios demográficos permitieron incrementar el carácter preventivo-curativo de la atención médica con el objetivo de modificar el modo de vida de nuestra población. Para ello se tuvo en cuenta la influencia de la comunidad y la familia, con sus hábitos y costumbres, en el estado de salud de los individuos.

El modelo de atención del médico y la enfermera de la familia tiene un programa de trabajo cuyos lineamientos se convierten en elementos esenciales para la integración de las funciones del equipo básico de salud. Este comprende al médico y a la enfermera de la familia y su objetivo general es "mejorar el estado de salud de la población mediante acciones integrales dirigidas al individuo, la familia, la comunidad y el ambiente, a través de una íntima vinculación con las masas" (6).

El programa de trabajo establece ocho objetivos específicos para las actividades del equipo básico de salud. Estos objetivos hacen posible una verdadera integración docencia-atención médica-investigación y son los siguientes (6):

- "promover la salud a través de cambios favorables en los conocimientos, hábitos de vida y costumbres higiénico-sanitarias de la población;
- prevenir la aparición de enfermedades y daños a la salud de la población;
- garantizar el diagnóstico precoz y la atención médica integral, ambulatoria y hospitalaria a la comunidad de forma oportuna y continua;
- desarrollar la rehabilitación con una base comunitaria, dirigiéndola a la población física o psíquicamente discapacitada;
- producir cambios favorables en el saneamiento ambiental de su radio de acción, así como en las condiciones higiénicas en que viven las familias bajo su control;

- lograr cambios favorables en la integración social de la familia y la comunidad;
- lograr la formación de un especialista de medicina general integral de alta calidad científica y ética;
- hacer investigaciones que respondan a las necesidades de salud de la población”.

Estos objetivos dirigen el pensamiento del profesional hacia una atención médica integral y hacia la posibilidad de alcanzar una alta calificación científico-técnica como especialista en MGI mediante un proceso de formación en su práctica médica y puesto de trabajo y la constante superación e investigación de los problemas de salud de su comunidad.

El médico y la enfermera de la familia conforman el equipo básico de salud y atienden entre 600 y 700 personas, lo cual representa aproximadamente 120 familias. Desarrollan su trabajo sin esquemas preestablecidos, y esto les permite realizar las acciones de salud de acuerdo con la situación de salud de su población y con la participación activa de la misma. De ahí que la población se convierta en verdadero sujeto-objeto de su proceso salud-enfermedad.

El equipo básico de salud es el responsable de llevar a la práctica el programa de trabajo del médico y la enfermera de la familia en su sector y de organizar el trabajo con el fin de satisfacer las necesidades de salud de la población que atiende. Este equipo de salud realiza sus actividades a partir de la familia y programa las acciones dirigidas al individuo en las diferentes etapas de su ciclo vital.

El esfuerzo conjunto de los servicios de salud, los centros de formación y la comunidad facilita la articulación progresiva de la docencia, la atención médica y la investigación por parte de los miembros del equipo básico responsable de la salud de determinada población.

El médico y la enfermera de la familia son miembros de la comunidad que atienden. Esto facilita el acceso de la población a la atención y garantiza la continuidad del proceso. Por medio de la atención en dispensarios se planifican, organizan, y controlan las acciones que se pretende realizar de acuerdo con los problemas de salud de la población y se puede clasificar a todos los individuos en aparentemente sanos, en riesgo, enfermos y con secuelas, y a las familias en aquellas con o sin problemas de salud.

El propio quehacer profesional del médico y la enfermera de la familia determina la necesidad de realizar investigaciones que les permitan dar una respuesta científica a los problemas de salud que se presentan y a seguir buscando su superación científico-técnica continua. La docencia se incluye en la asistencia médica, por lo que la integración no consiste en

“entregar la enseñanza al personal asistencial, sino hacer que el personal docente asuma la asistencia” (4).

En el plan del médico y la enfermera de la familia el grupo básico de trabajo constituye la unidad organizativa fundamental y desarrolla, bajo la dirección de un jefe, los trabajos de atención médica, docencia e investigación. El grupo básico de trabajo está integrado por 15 a 20 médicos y enfermeras de la familia, los cuatro docentes de las especialidades básicas (medicina interna, ginecobstetricia, pediatría y psicología), la supervisora de enfermería y la trabajadora social (7, 8). Todos ellos integran en su quehacer las actividades de docencia, atención médica e investigación en la comunidad, que constituye el espacio social. Esta integración ayuda a mejorar la calidad de los servicios de salud que recibe la población y favorece la adquisición de nuevos conocimientos. La incorporación del especialista en medicina general integral mejora la calidad de la atención médica primaria en nuestro país.

La integración docencia-atención médica-investigación será más patente cuando el policlínico sea el espacio fundamental donde se formen y perfeccionen los recursos humanos para la salud. Esto contribuirá a lograr que la atención médica se base en el condicionamiento del proceso salud-enfermedad a través de la interacción del individuo, la familia y la comunidad, y que los aspectos sociales, psicológicos, biológicos y ambientales se integran en el análisis de la situación de salud y en las acciones de salud que se realizan.

Para lograr lo antedicho, es imprescindible mantener y estimular aun más la participación de la comunidad en enfrentar los desafíos que plantea actualmente la atención primaria en Cuba particularmente en términos de calidad, eficiencia, integralidad, integración y trabajo en equipo, así como del uso eficiente de los recursos humanos, materiales y financieros.

INTEGRACION DE LAS FUNCIONES DEL ESPECIALISTA EN MEDICINA GENERAL INTEGRAL EN EL SISTEMA DE FORMACION

El plan del médico y la enfermera de la familia y la formación del especialista en MGI se iniciaron simultáneamente, gracias a la voluntad política de nuestro país en correspondencia con su situación económica, social y sanitaria. El primero se creó para satisfacer una necesidad institucional derivada, a su vez, de una necesidad percibida por la población; y el segundo para garantizar, mediante el proceso educativo, su desarrollo y consolidación con vistas a facilitar el salto cualitativo en la APS.

El programa de formación inicial tuvo carácter provisional. En el transcurso de 1984 se perfeccionó y delegó para el año siguiente la

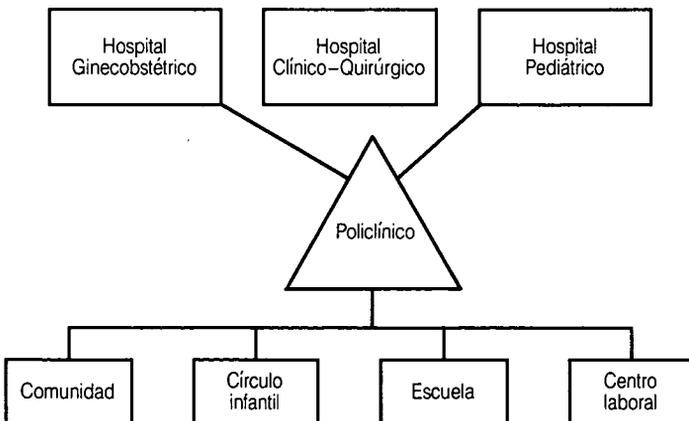
primera versión del sistema de enseñanza y aprendizaje para la formación del especialista de primer grado en MGI (9).

Los éxitos alcanzados, con el apoyo de la docencia, por el plan del médico y la enfermera de la familia a solo cuatro años de iniciado, se han manifestado fundamentalmente en los indicadores de salud, en los cambios experimentados en la actitud y el enfoque integral de los profesores y residentes que crearon nuevos conocimientos y lograron modificar favorablemente las actitudes individuales, familiares y de la comunidad en materia de salud, y en su grado de satisfacción.

Lo antes expuesto propició una nueva decisión política: formar a este especialista como médico de la familia en la comunidad, y también en otros lugares, tales como centros educacionales (círculo infantil y escuelas) y centros laborales (figura 2). Tal determinación implicó que el residente debía tener como objetos de estudio y trabajo la comunidad, la familia y el individuo, en su manifestación particular en la población atendida (7, 8). Esto exige una continua interrelación entre los médicos de los distintos puestos de trabajo, partiendo de la base de que el médico de la familia en la comunidad es el responsable de la salud de su población y de que si el médico de algún centro necesita información sobre una familia o intervenir directamente en ella, actúa por conducto del médico de la familia de la comunidad.

Como respuesta a la nueva situación planteada se diseñó el sistema de formación del especialista en MGI, que entró en vigor en 1990 (10). Su propósito es transformar los modos de actuar del MGB para que este se convierta en un especialista de espectro amplio con un alto nivel científico-técnico, ajustado a la situación económica, social y sanitaria actual

FIGURA 2. Lugares de formación del especialista en medicina general integral.



y futura de nuestro país, y capaz de desempeñar la función de médico de la familia en la comunidad y sus centros con miras a mejorar el estado de salud de la población (figura 3).

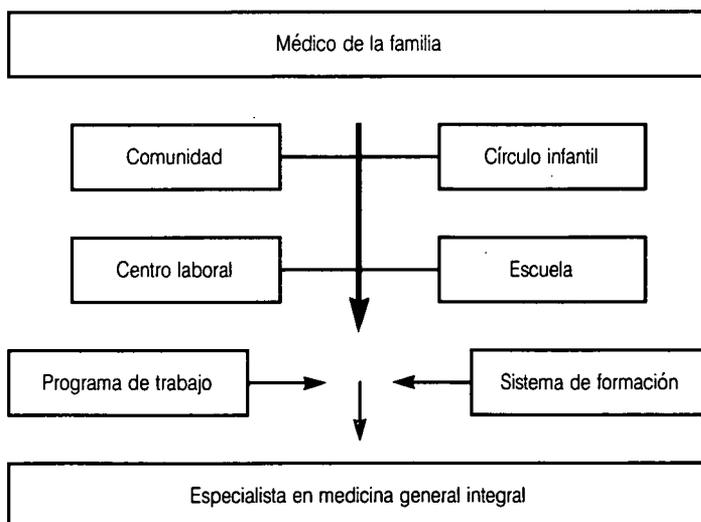
El objetivo definido implica que la comunidad y sus centros se deben convertir en el verdadero sujeto-objeto de las acciones de salud y que las modificaciones en el proceso salud-enfermedad deben ser el resultado no solo de cambios conductuales individuales sino de la adopción de un modo de vida más sano.

El programa considera que la medicina de enfoque integral es el componente clave de la formación del especialista y que dicha formación se desarrolla a través de la integración de conocimientos y habilidades de las ciencias sociomédicas y biomédicas y de una preparación clínico-epidemiológica sólida que permita al especialista resolver los problemas de salud del individuo, la familia, el grupo educacional, la colectividad laboral y la comunidad.

El concepto pedagógico del sistema de formación del especialista en MGI se basa en los siguientes principios:

- debe haber una correspondencia adecuada entre el objeto de estudio-trabajo y su reflejo;
- la dinamicidad y flexibilidad que permitan llevar a la práctica el sistema de objetivos y contenidos conforme los problemas de

FIGURA 3. Formación del especialista en medicina general integral.



salud que se presentan en el servicio (pedagogía problematizada), y no necesariamente siguiendo el orden establecido en el programa;

- integración de la docencia, la atención médica y la investigación sobre las bases siguientes:
 - a) el aprendizaje se lleva a cabo en el servicio mediante la combinación del estudio-trabajo a través de la educación en el desempeño de la labor. Esto permite dar máxima expresión al principio de la unidad de la teoría y la práctica.
 - b) el médico de familia, en su calidad de residente (especialista en formación), es el responsable de cumplir con los programas de trabajo y de formación mediante su enfrentamiento directo con el problema real de salud, la autoinstrucción, el autoaprendizaje, el intercambio entre tutor y residente, la discusión en grupo para la solución de problemas y la autoevaluación.
 - c) determinados profesionales que integran los grupos básicos de trabajo son, en su condición de docentes, los encargados de orientar o facilitar el aprendizaje, así como de controlar y evaluar el progreso del residente.
 - d) la situación de salud de la población determina los problemas que serán motivo de investigación.

Este enfoque crea las condiciones para integrar las funciones del especialista en MGI, contenidas en el programa de trabajo del médico y la enfermera de la familia, el policlínico y el hospital, que se hacen patentes en el modelo profesional del especialista; en la estructura del sistema de objetivos y contenidos pedagógicos del programa; en el plan de estudios, y en la estrategia docente.

El diseño del perfil profesional, componente del modelo del especialista en MGI, tiene como fuente fundamental de información el programa de trabajo del médico y la enfermera de la familia y, por lo tanto, en él quedaron reflejadas las funciones asignadas a este especialista y las actividades correspondientes a cada una de ellas. Dichas funciones son atención médica, docencia, educación, investigación y administración. La posición rectora de este sistema de funciones la ocupa la atención médica.

Como resultado del análisis multilateral de las funciones contenidas en el perfil profesional y de los problemas que caracterizan el cuadro de salud de nuestro país, así como de aquellos de alcance regional o mundial, se establecieron los diferentes niveles de actuación y de conocimiento, es decir, el sistema de objetivos y contenidos del programa, orientado por

problemas, que garantizan el amplio espectro de la actuación del especialista.

La estructura del programa de formación consiste en cinco áreas de aprendizaje y 77 módulos que contienen los problemas derivados de la atención médica como función rectora, y hay un módulo para cada una de las restantes funciones.

Se adoptó el sistema de aprendizaje modular debido a que el módulo es la estructura didáctica, multidisciplinaria, dinámica y flexible que permite que el contenido del programa se exprese por problemas de salud y se organice de acuerdo con las características de cada área de salud en que se aplique. Es, a su vez, una guía para el proceder del profesor y el residente cuando ocurre determinado problema que deben resolver.

En el diseño de los módulos y unidades modulares o didácticas correspondientes a las áreas derivadas de la atención médica se incluyen, en el momento apropiado, las habilidades y conocimientos propios de las demás funciones, pero de manera general; es decir, sin enfocar las operaciones con que se cumplen, ya que estas aparecen detalladas en el módulo específico de la función. Esto permite que el pensamiento y las acciones del residente se mantengan en el orden secuencial en que se producen, y lo mismo se aplica al desarrollo de las actividades correspondientes a cada función.

En el plan de estudios, que dura tres años, aparece la distribución de módulos, por áreas y años de estudios, con que se cumple la función de atención médica. Los módulos que corresponden a las funciones docente-educativa, investigativa y administrativa se desarrollan simultáneamente en los tres años de estudio.

La estrategia docente adopta, como forma fundamental de organizar la enseñanza-aprendizaje, la educación en el trabajo (11-13). Esta se lleva a cabo cuando en la actividad profesional se aplican las categorías pedagógicas fundamentales —objetivo, contenido, método y evaluación— en el desarrollo de las actividades docente-educativas, investigativas, administrativas y de atención médica, adquiriendo estas un carácter docente. A la educación en el trabajo se dedica más del 90 por ciento del tiempo de formación. El o los docentes encargados de la formación integral del residente asumen, por lo general, la responsabilidad de las cuatro funciones.

El diseño del programa del especialista en MGI garantiza que en el desarrollo de las actividades propias de la función de atención médica, el residente reciba e imparta docencia de acuerdo con su posición en la pirámide de la docencia-atención médica-investigación; identifique los problemas de salud que se deben investigar; proyecte, ejecute y ponga en práctica los resultados de las investigaciones, y se entrene en la planificación, organización y control del trabajo.

EL IMPACTO DE LA INTEGRACION DOCENCIA-ATENCION MEDICA-INVESTIGACION EN LA COMUNIDAD

La Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y nuestro MINSAP consideran que la integración docencia-atención médica-investigación es impostergable y constituye la vía fundamental para mejorar palpablemente la calidad de la atención médica que se brinda a la población y lograr que mejorar la calidad de la vida de las personas se convierta en nuestro principal objetivo.

El Director de la OPS ha señalado, en relación con este tema, que “Es necesario romper progresivamente las barreras que separan el mundo del trabajo del mundo de la escuela, de la ciencia de la práctica. Servicios y escuelas deben compartir responsabilidades comunes en la investigación, en la docencia y en la atención, sin descuidar los campos de sus responsabilidades específicas. La integración docente-asistencial se complementa con la utilización de los recursos formales . . . la formación debe superar la simple capacitación técnica, educando para el compromiso social y para el cambio” (14). Además de lo expresado anteriormente, la integración docencia-atención médica-investigación afecta favorablemente la calidad del difícil y complejo proceso de formar el personal de salud y propicia una preparación científico-técnica de mejor calidad.

Los cambios favorables observados en el estado de salud de la población; la accesibilidad de los servicios de salud; el desarrollo de la estrategia de atención primaria a partir del plan del médico y la enfermera de la familia, el nivel de preparación científico-técnica de los trabajadores de la salud en el primer nivel de atención, y el desarrollo de las investigaciones en el nivel primario son expresión de la integración docencia-atención médica-investigación en nuestro país.

La formación del especialista en MGI en su puesto de trabajo mejora la calidad de la atención médica en la comunidad, debido a la amplia experiencia que se ha adquirido al final de los estudios y a la participación de especialistas de medicina interna, ginecobstetricia, pediatría y psicología en la docencia y en el grupo básico de trabajo, donde la atención médica se combina con la docencia y la investigación en el desarrollo de la práctica médica para resolver los problemas de salud con un enfoque multidisciplinario. Estos especialistas desempeñan su función docente y participan en la solución de los problemas de salud de la comunidad junto con otros especialistas docentes de nivel secundario y terciario que, si bien no forman parte del grupo básico de trabajo, desarrollan su actividad como consultores en el área de salud.

Previo a la implantación del modelo de atención del médico y la enfermera de la familia, algunos problemas complejos de salud individual

se atendían exclusivamente en el nivel secundario y terciario. Gracias al desarrollo de la atención primaria alcanzado con este modelo, a la presencia en la comunidad de especialistas en MGI y de expertos docentes y consultores de las especialidades básicas y no básicas, así como a la mayor interrelación entre los diferentes niveles de atención del SNS y a los logros obtenidos en la integración docencia-atención médica-investigación, es posible resolver estos problemas de forma integral, logrando un uso más racional de los recursos y mejorando el grado de satisfacción de la población.

La integración docencia-atención médica-investigación se logra en las actividades propias del trabajo del médico y la enfermera de la familia, como en el caso de aquellas que corresponden a los círculos de grupos comunitarios especiales: los círculos de abuelos, adolescentes, embarazadas y demás. En estos se conjugan los esfuerzos de las instituciones de salud, centros docentes, organizaciones de masas y de la propia comunidad con el objetivo de promover la salud, prevenir las enfermedades y lograr la rehabilitación comunitaria.

El ingreso en el hogar, que es otra actuación específica del médico y la enfermera de la familia, permite brindar atención médica sistemática e íntegra a pacientes en el hogar, de acuerdo con sus posibilidades y características personales y familiares y según la enfermedad que presenten. Los docentes del grupo básico de trabajo y otros especialistas del primero, segundo o tercer nivel de atención participan con el equipo básico de salud en la solución del problema, ajustándose a las necesidades de cada caso en particular. Esta actuación forma parte de las actividades docente-asistenciales y es una de las tres modalidades del proceso enseñanza-aprendizaje de esta especialidad (15).

Los ejemplos anteriores ilustran cómo los especialistas de los centros docentes y las instituciones de salud del segundo y tercer nivel se interrelacionan con las del primero, incluso hasta llegar a los propios hogares, para resolver juntos el problema de salud con la participación de la comunidad. Esto refuerza, además, la integración docencia-atención médica-investigación y logra dar plena satisfacción a la población.

Con la aplicación del modelo de atención del médico y la enfermera de la familia y una mejor integración de la docencia, la atención médica y la investigación para beneficio de la comunidad, se han producido cambios favorables en algunos indicadores de salud (16), tales como:

- a) un mayor control de los factores de riesgo y de los enfermos crónicos por medio de acciones de salud sistemáticas e integrales dirigidas al individuo, la familia y la comunidad;
- b) la disminución de la mortalidad infantil a menos de 11 por 1000 nacidos vivos (10,7 en 1991);

- c) la disminución de la morbilidad oculta;
- d) la participación activa de la comunidad en la identificación y solución de sus problemas de salud, habiendo adquirido un mejor conocimiento de los mismos, a través de una mejor educación en salud;
- e) el mejoramiento de los niveles de inmunidad de la población.

Los lineamientos para el desarrollo de las investigaciones de atención primaria en el nivel municipal, provincial y nacional tienen como punto de referencia los problemas de salud identificados mediante el análisis de la situación de salud de la comunidad, la familia y el individuo. Así se refuerza en nuestro SNS la integración docencia-atención médica-investigación dentro del marco comunitario, con la participación activa y relevante del médico y la enfermera de la familia en íntimo contacto con la población.

Las investigaciones proyectadas en las instituciones de salud del segundo y tercer nivel de atención con la participación del médico y la enfermera de la familia y su comunidad, consolidan cada vez más esta integración. Un ejemplo reciente de la relación entre el médico de la familia y los centros de alta complejidad aparece publicado en el informe *El plan del médico de la familia en Cuba*, realizado por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), la OPS, la OMS y el MINSAP de Cuba (5). En este trabajo se presentan los resultados de una investigación sobre enfermedades renales y se reafirma el papel del médico y la enfermera de la familia en la detección de los factores de riesgo y en las acciones de promoción, prevención y diagnóstico temprano en su comunidad, tareas que constituyen la base del éxito en lo que respecta al control de esas enfermedades. Si tenemos en cuenta los resultados de esta investigación y los aplicamos en el caso de cualquier afección prevenible, se confirma la importancia de la participación del equipo básico de salud en la investigación y en la aplicación

CUADRO 1. Especialistas y residentes en medicina general integral hasta 1992 en Cuba.

Especialistas en medicina general integral	Residentes de medicina general integral			Total
	Primer año	Segundo año	Tercer año	
2 440	2 640	2 590	1 473	6 703

Fuente: Departamento de Medicina General Integral. Área de Docencia, Ministerio de Salud Pública, Cuba, 1992.

de los resultados de la misma, cuyo objetivo es mejorar cada vez más el estado de salud de nuestra población.

En la actualidad contamos con 15 141 médicos de la familia. De ellos, 2 440 se han graduado como especialistas de primer grado en MGI, y se encuentran en proceso de formación 6 703 que están distribuidos en los tres años de la especialidad, como se observa en el cuadro 1. Estas cifras muestran el desarrollo alcanzado por el plan del médico y la enfermera de la familia en el país. Se ha alcanzado un 67,6% de cobertura con este modelo de atención, el cual se traduce, sin duda alguna, en una atención de mejor calidad a nuestra población.

PERSPECTIVAS EN EL DESARROLLO DE LA MEDICINA GENERAL INTEGRAL

En el desarrollo de la MGI en Cuba se han identificado tres etapas o fases. La primera corresponde a la decisión de establecer el modelo de atención del médico y la enfermera de la familia, denominada fase política, la cual da paso en 1984 a la segunda. En esta, denominada fase administrativa, el MINSAP asume la responsabilidad de implantar dicho modelo de atención. La tercera o fase académica se caracteriza por el perfeccionamiento de este modelo (5).

Actualmente existen las condiciones reales y objetivas para propiciar un salto cualitativo en el desarrollo de la MGI, por lo que nuestros esfuerzos se dirigen a consolidar la fase académica, con el principal objetivo de fortalecer la credibilidad y prestigio de esta especialidad y con ello contribuir a mejorar la calidad de la atención médica. La tarea fundamental para lograr la consolidación de la fase académica es hacer que los especialistas en MGI participen más en la enseñanza de su disciplina en todos los niveles de la educación médica y que asuman otras responsabilidades en el SNS.

Una mayor participación de los especialistas en MGI en la docencia conlleva modificaciones en la estructura y funcionamiento actuales del equipo de salud y de los grupos básicos de trabajo del policlínico. Este proceso se desarrollará paulatinamente hasta que los grupos básicos de trabajo de los policlínicos del país sufran una transformación.

El grupo básico de trabajo estará conformado por determinado número de equipos básicos de salud, con médicos de familia en diferentes etapas de desarrollo, y será dirigido por un especialista en MGI. Dicho grupo constituye la estructura organizativa responsable de la calidad con que cada médico y enfermera de la familia realiza las acciones de salud necesarias para identificar y dar solución a los problemas de salud de su población.

La consolidación de la fase académica de la MGI contribuye a fortalecer el proceso de integración docencia-atención médica-investigación en nuestro SNS.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El proceso de integrar la docencia, la atención médica y la investigación no puede considerarse la suma de estos elementos, sino un proceso dinámico y complejo de interacción que parte de la atención médica. Esta integración se consolida en la medida en que sus relaciones internas se fortalecen y en que se incorpora activamente a la comunidad.

En Cuba el desarrollo alcanzado por la MGI propicia una mejor interacción entre la docencia, la atención médica y la investigación como forma de brindar una mayor cobertura para satisfacer las necesidades de salud de la población.

El programa de trabajo del médico y la enfermera de la familia, el policlínico y el hospital y el proceso de formación del especialista en MGI de perfil amplio desde su puesto de trabajo, son exponentes de lo que se ha alcanzado en cuanto a la integración docencia-atención médica-investigación en nuestro país.

Este proceso mejora la calidad de los servicios de salud y representa el gran reto del SNS, que busca consolidar en la atención primaria la calidad, la eficiencia, la integralidad, la integración y el trabajo en equipo, así como el uso eficiente y racional de los recursos disponibles, para mejorar el estado de salud de la población cubana.

La integración docencia-atención médica-investigación en nuestro medio permite llevar a cabo un proceso educativo basado fundamentalmente en la educación en el trabajo, así como realizar investigaciones dirigidas hacia la comunidad, la familia y el individuo. Todo ello mejorará, indudablemente, la calidad de la atención médica, que a su vez influye en la calidad de vida de los individuos que integran la comunidad.

La mayor participación de los especialistas en MGI en la docencia, la atención médica, la investigación y las funciones administrativas, que constituye la estrategia para consolidar la fase académica de la MGI, contribuye a perfeccionar este proceso de integración en el SNS de Cuba.

REFERENCIAS

- 1 Jardines J B, Oubiña J, Aneiros R. La educación en ciencias de la salud en Cuba. *Educ Med Salud*. 1991; 25(4):387-409.
- 2 Ordoñez C. La integración de los servicios de salud, la docencia y la investigación orientada a la comunidad. Xochimilco, México: Universidad Autónoma Metropolitana; 1985.

- 3 Organización Panamericana de la Salud. IV Taller sobre Educación para la Salud. Washington, DC: OPS; 1975. (Documento del Grupo A.)
- 4 Rodríguez R L. Criterios y mecanismos para la integración docente-asistencial. Ponencia oficial del Tema 3 en la X Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina, Santo Domingo, 20 a 25 de noviembre de 1977.
- 5 UNICEF, UNFPA, OPS-OMS, MINSAP. El plan del médico de la familia en Cuba. México, DF: 1991.
- 6 Cuba, Ministerio de Salud Pública. Programa de Trabajo del Médico y Enfermera de la Familia, el Policlínico y el Hospital. La Habana: MINSAP; 1988.
- 7 Rodríguez J. Formación del Especialista en Medicina General Integral desde diferentes puestos de trabajo. Ponencia presentada en la Conferencia Integrada "Universidad Latinoamericana y Salud de la Población". La Habana: 3 a 7 de junio de 1991.
- 8 Rivero B. Metodología aplicada en la elaboración del Programa de Formación del Especialista en Medicina General Integral. Ponencia presentada en la Conferencia Integrada "Universidad Latinoamericana y Salud de la Población". La Habana: 3 a 7 de junio de 1991.
- 9 Cuba, Ministerio de Salud Pública. *Programa de especialización en medicina general integral: sistema de enseñanza y aprendizaje (residencia) para la formación de especialistas de primer grado*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1985.
- 10 Cuba, Ministerio de Salud Pública. *Programa de especialización en Medicina General Integral*. La Habana: MINSAP; 1990.
- 11 Cuba, Ministerio de Salud Pública. Proyecto de reglamento para el régimen de residencias médicas en Cuba. La Habana: MINSAP; 1992.
- 12 Cuba, Ministerio de Salud Pública. Reglamento para la organización del proceso docente-educativo en los Centros de Educación Médica Superior. La Habana: MINSAP; 1988.
- 13 Chil A, et al. Orientaciones metodológicas sobre la educación en el trabajo. Instituto Superior de Ciencias Médicas de Villa Clara. La Habana: MINSAP; 1990.
- 14 Macedo C Guerra de. Política de Recursos Humanos y Salud. *Educ Med Salud*. 1986; 20(4):419.
- 15 Sarracino L. La estrategia docente en el sistema de formación del especialista en medicina general integral. Ponencia presentada en la Conferencia Integrada "Universidad Latinoamericana y Salud de la Población", La Habana; 3 a 7 de junio de 1991.
- 16 Cuba, Ministerio de Salud Pública. *Informe Anual*. La Habana: Dirección Nacional de Estadística, MINSAP; 1992.

LA CAPACITACION DE LOS TRABAJADORES DE LA SALUD

Adolfo S. Álvarez Blanco,¹ María A. Pérez Muñoz² y Nayda Gutiérrez Casas²

Se expresan los antecedentes y elementos de organización metodológica del Área de Capacitación del Ministerio de Salud Pública de Cuba y se especifican las estrategias de trabajo que regulan su acción, a la vez que se establecen las definiciones conceptuales y metodológicas de la capacitación laboral y los resultados alcanzados en sus 19 años de existencia. También se identifican las áreas de acción, que pertenecen a las esferas de la preparación y superación de los dirigentes del sistema, la preparación y superación idiomática, la superación cultural de los trabajadores y la preparación del personal técnico de la salud para su ingreso a los centros de educación médica superior.

INTRODUCCION

En los años sesenta se desarrollaron actividades de capacitación y perfeccionamiento de los trabajadores de la salud que, aunque poco organizadas y algo espontáneas (1), fueron cobrando mayor peso en el transcurso de dicho decenio. En junio de 1973 se creó el Viceministerio de Docencia e Investigación en el Ministerio de Salud Pública (MINSAP) y, adscritas al mismo y formando parte de su estructura organizativa, las Direcciones de Perfeccionamiento, Docencia Médica Media y Capacitación. Ello permitió iniciar actividades de educación continua para profesionales, técnicos y personal auxiliar en todas las instancias, así como cursos de formación para técnicos, obreros calificados y otros trabajadores no técnicos del Sistema Nacional de Salud (SNS), en conformidad con las estrategias estatales que obligan a todos los organismos y organizaciones a ofrecer

¹ Médico. Especialista de Segundo Grado en Organización y Administración de Salud Pública. Asistente del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. Jefe del Departamento Nacional de Capacitación, Ministerio de Salud Pública, La Habana, Cuba.

² Metodóloga. Departamento Nacional de Capacitación, Ministerio de Salud Pública, La Habana, Cuba.

cursos de preparación y superación para sus trabajadores, orientándolos a los contenidos fundamentales de sus puestos de trabajo. Esto contribuyó a garantizar la calidad del desempeño laboral, ya que se establecieron normas en torno a los diferentes modos de formación y superación que debían aplicarse, las áreas de responsabilidad de los administradores, dirigentes y trabajadores, y el financiamiento para estas actividades (2). Unidos a los planes de desarrollo trazados para estos años, estos pasos han influido en los logros científico-técnicos en salud alcanzados por nuestro país, los cuales son reconocidos mundialmente. Los buenos resultados obtenidos son consecuencia de la voluntad política y del apoyo dado por el gobierno a estas tareas (1), factores que hacen posible la sucesiva calificación de los trabajadores y la creación de reservas de personal para facilitar su rotación y lograr de esa forma la calificación o recalificación de otros trabajadores de igual perfil ocupacional (3).

Este trabajo se propone describir los elementos metodológicos que permiten planificar, organizar y ejecutar las actividades de capacitación en nuestro SNS, así como exponer sus principales logros.

ACTIVIDADES DE CAPACITACION Y SUPERACION

Direccionalidad, objetivos y líneas de trabajo de la capacitación en el SNS

El subsistema de capacitación del SNS cubano estuvo dirigido desde sus inicios a la formación y perfeccionamiento de los obreros calificados y de otros trabajadores auxiliares, así como al perfeccionamiento de los profesionales y técnicos no formados por el sistema, la superación cultural e idiomática de los trabajadores, y la coordinación con otros organismos y centros docentes del Estado para lograr la superación de la fuerza de trabajo (4).

En la actualidad el Área de Capacitación comprende en su ámbito metodológico las siguientes líneas de trabajo: la capacitación laboral de los trabajadores de la salud; la preparación y superación de los dirigentes del sistema (5); la superación idiomática, particularmente de aquellos trabajadores destinados a prestar su colaboración en países que no son de habla hispana; el mejoramiento de la escolaridad de los trabajadores, de manera que puedan cursar los niveles medio básico y medio superior, así como la preparación para el ingreso de los técnicos de la salud en los centros de educación médica superior.

Todas las tareas citadas permiten cumplir con los objetivos trazados por la estrategia de capacitación del SNS, cuyo fin es garantizar que cualquiera que entre a trabajar a una de sus unidades o establecimientos de servicios o producción tenga o consiga la calificación necesaria para

desempeñar su labor y perfeccione sus conocimientos técnicos, hábitos, habilidades y modos de actuar profesionales, a través de diferentes modalidades de la capacitación laboral (6) (figura 1). Lo anterior, junto con las facilidades que se le brindan para mejorar su grado de escolaridad (denominadas en nuestro contexto actividades de superación cultural), y además de su preparación y superación en el dominio de un idioma extranjero para poder interpretar los últimos avances que la información científico-técnica le suministra sobre su especialidad, cargo o puesto de trabajo, le permite al trabajador desarrollar una labor de mejor calidad y al mismo tiempo continuar superándose para poder llegar a cursar estudios en centros de educación de nivel medio y superior.

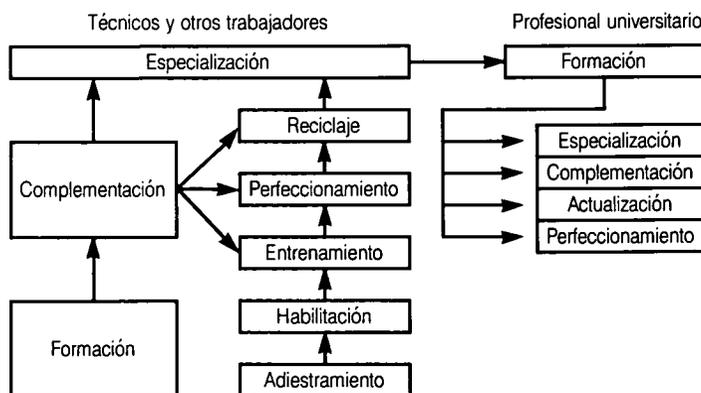
El Área de Capacitación del MINSAP cuenta con escuelas provinciales de capacitación distribuidas por todo el país para lograr la superación de los trabajadores a través de actividades que se desarrollan en las instancias nacional, provincial, municipal y de unidad.

La capacitación laboral de los trabajadores de la salud

Mejorar la calificación laboral de los trabajadores de la salud constituye un objetivo básico del SNS. El propósito es garantizar la prestación de mejores servicios a la población e incrementar su productividad.

Un trabajador nuevo puede llegar a su puesto de trabajo con una formación de nivel superior o técnico. A los profesionales no formados por el sistema se les facilita la coordinación con los centros de educación superior y con otros organismos de la Administración Central del Estado o con las Direcciones Territoriales de los Órganos del Poder Popular para desarrollar actividades de perfeccionamiento, actualización, complemen-

FIGURA 1. Vías de superación de los trabajadores.



tación o especialización a través de cursos y entrenamientos de posgrado (6) (figura 1). Un ingeniero que labora en un taller provincial de electro-medicina puede aspirar a matricularse en un curso de posgrado sobre "automatización con la utilización de procesadores en procesos discontinuos" en la esfera de electrónica y comunicaciones de alguna de las universidades del país, y asistir a dicho curso de día con regularidad o por encuentros durante tres meses. En este caso el Área de Capacitación recibe la solicitud de la dirección de la unidad donde trabaja el ingeniero y gestiona con el centro de educación superior correspondiente la matrícula del mismo, avisándole, si es aceptado, la fecha en que debe presentarse al centro, dónde será alojado y la hora y el día en que ha de comenzar.

Al trabajador de nivel técnico se le brindan las posibilidades necesarias para su óptimo desempeño, permitiéndosele realizar actividades de capacitación laboral basadas en las áreas de formación de complementación, perfeccionamiento, entrenamiento o especialización, o matricularse en las diferentes carreras de la educación superior (figura 1). Podemos señalar algunos ejemplos: un trabajador habilitado para desempeñar el cargo de mecánico en electromedicina, con algunos conocimientos teóricos y la práctica adquirida por su experiencia laboral, desea ingresar a un curso de complementación de técnicos en electromedicina; un técnico en mantenimiento industrial quiere perfeccionarse en el área de equipos de esterilización para la industria médico-farmacéutica; un técnico en economía desea entrenarse en técnicas de contabilidad para desempeñar mejor su trabajo; un técnico en instrumentación y control necesita, para su promoción laboral, especializarse como técnico en electromedicina, o un trabajador técnico de un laboratorio de productos biológicos se candida-tiza y es seleccionado para cursar estudios superiores y graduarse de ingeniero industrial.

A los demás trabajadores que llegan al cargo sin calificación técnica se les matricula en un curso de habilitación si su llegada al puesto de trabajo coincide con la apertura de los cursos académicos (septiembre o febrero), en cuyo caso se les facilita la adquisición de los conocimientos teórico-prácticos mínimos necesarios. Citamos a manera de ejemplo el caso de un aspirante seleccionado para trabajar en el departamento de admisión y archivo de un hospital, al cual se le habilita para adquirir los conocimientos que se requieren para ese puesto de trabajo. En otros casos reciben un adiestramiento inicial (7), previo al curso de habilitación, en el que adquieren las habilidades primarias de carácter práctico. Este es el caso de un trabajador nuevo y sin experiencia laboral que llega a trabajar, para cubrir una necesidad del centro, en una fecha en que ya han comenzado los cursos convocados. Para esta persona se organiza un adiestramiento primario que le permite desenvolverse en su nuevo trabajo hasta poder cursar los estudios de habilitación. Estos trabajadores posteriormente son entrenados (8) con el fin de consolidar sus conocimientos y hábitos prácticos o eliminar defi-

ciencias en su puesto de trabajo (figura 1). Citamos como ejemplo a ese mismo trabajador de admisión y archivo al que se le detecta, mediante un proceso de identificación de necesidades de aprendizaje, que comete errores al archivar la historia clínica del paciente. En este caso se le organiza un entrenamiento para eliminar las deficiencias que ha demostrado tener en su trabajo diario.

Otra variante es la de los cursos de perfeccionamiento destinados a ampliar los conocimientos teóricos o hábitos prácticos, o a lograr que los trabajadores alcancen un dominio superior en su especialidad (figura 1). Ponemos de ejemplo el caso del mismo trabajador que necesita, para mejorar su trabajo, adquirir algunos conocimientos sobre la estadística de la salud pública. Estos le permitirían interpretar, entre otras cosas, los índices de ocupación de camas de estadía hospitalaria.

Otra modalidad de formación es la de los reciclajes, que se convocan con una periodicidad quinquenal para actualizar los conocimientos, hábitos y habilidades. Se ha normalizado esta práctica en todas las especialidades para garantizar que el trabajador recupere periódicamente los conocimientos, hábitos y habilidades olvidados y los actualice. Asimismo, algunos casos pueden especializarse en sus funciones y de ese modo adquirir los conocimientos completos y profundos que corresponden a una técnica específica propia de su ocupación. A un cocinero de alto nivel, por ejemplo, se le puede incorporar a una especialización en pastelería y dulcería fina (figura 1).

Ante una necesidad personal, de los servicios o de la producción (en este último caso previo acuerdo con la administración), los trabajadores pueden desarrollar cursos de recalificación para adquirir los conocimientos teórico-prácticos que se requieren en otro perfil o especialidad (7, 8). Este sería el caso de una auxiliar de admisión que, con motivo de la ampliación de los servicios, aspira a ocupar una plaza de secretaria de sala tras reunir los requisitos para el puesto. Primero hay que aportarle los conocimientos necesarios para desempeñar esta nueva actividad.

Los trabajadores pueden también hacerse técnicos u obreros calificados si reúnen los requisitos mediante cursos de formación completa que les garanticen la adquisición de todos los conocimientos teóricos y prácticos correspondientes (9) (figura 1) (como en el caso de un portero que aspira a hacerse técnico en economía), o de cursos de complementación, mediante los cuales adquieren los conocimientos teóricos y prácticos que les faltan para cumplir con los requisitos establecidos para determinada labor (9) (figura 1) (caso que se presenta cuando un trabajador auxiliar de recursos humanos ya formado mediante un curso de habilitación solicita y recibe aprobación para hacerse técnico en comercio).

Conocimientos de carácter general se pueden impartir al trabajador a través de actividades de información y divulgación colectivas y de corta duración sobre diferentes funciones, tareas o aspectos pertinentes.

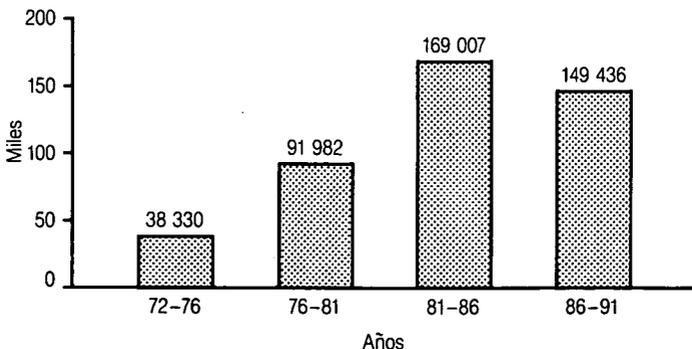
FIGURA 2. Clasificación de los modos de formación profesional en la capacitación laboral.



Estas actividades pueden realizarse en forma de seminarios y conferencias, como en el caso de la atención de un paro cardiorrespiratorio, en torno a la cual hemos establecido conferencias complementadas con diapofonogramas y videos sobre resucitación cardiopulmonar (10). De esta manera todos los trabajadores de la salud están preparados para salvar la vida en casos de infarto, accidente, u otra situación urgente (figura 2).

Miles de trabajadores se han graduado durante las dos últimas décadas de la capacitación laboral que ha tenido lugar en los territorios en forma de cursos de formación y superación nacionales, provinciales, municipales y de unidad (figura 3).

FIGURA 3. Graduados de cursos de capacitación nacionales y provinciales (1972–1991).



Preparación y superación de los dirigentes del sistema

Constituye una tarea de gran prioridad en nuestro país, dado el papel determinante que en el perfeccionamiento de las funciones de dirección desempeñan los propios dirigentes del sistema, asegurar la preparación y superación de estos (11). En los países más desarrollados, a estas tareas se otorga gran preferencia, y abundantes recursos se dedican a la preparación y entrenamiento de los dirigentes y a la actualización de sus conocimientos (12).

Se ha establecido que no solo es necesario contar con cuadros de dirección de alto nivel profesional formados en las universidades y otros centros especializados, sino asignar recursos suficientes a la educación y al entrenamiento permanente de los mismos (13). Desde 1973 se han entrenado en el país más de 26 000 dirigentes.

Preparación y superación idiomática

La preparación y superación idiomática se han dirigido, fundamentalmente, a garantizar las necesidades planteadas por la colaboración internacional y aquellas sentidas y expresadas (14) por nuestros profesionales y técnicos, todo como parte de un proceso que deberá consolidarse paulatinamente durante la década presente (15). Con este fin se ha trabajado con diferentes métodos y sistemas pedagógicos de manera preliminar, decidiéndose en los últimos años aplicar métodos activos para el aprendizaje de la lengua inglesa mediante estudios básicos, intermedios y posintermedios que permiten al estudiante llegar a dominar la comunicación, interpretación y lectura. Durante el último curso escolar la matrícula en el área de superación idiomática fue de más de mil trabajadores en los niveles básico, intermedio y posintermedio. Estos estudios también se han incorporado a los cursos de formación de profesionales y técnicos de la salud.

Superación cultural de los trabajadores

Desde el inicio del proceso revolucionario en nuestro país en 1953 se formuló la estrategia educacional del Estado (16). Después de 1959 se emprendieron importantes tareas, entre ellas la campaña de la alfabetización en 1961 y posteriormente las del sexto y el noveno grados, cuyo resultado fue el logro de una escolaridad media de nueve grados en nuestra población (17).

Al mismo tiempo, los planes de estudio para técnicos y obreros ayudaron a mejorar la escolaridad de los trabajadores, ya que en los centros

docentes de la salud y en algunas de sus unidades asistenciales se fueron creando aulas de nivel secundario y preuniversitario que proporcionan al trabajador en funciones el nivel de escolaridad que necesita. Más de dos mil trabajadores se matricularon en estas aulas dentro del SNS en el último curso escolar.

Preparación del personal técnico de la salud para el ingreso a los Centros de Educación Médica Superior (CEMS)

Una vía establecida para la superación de los trabajadores de la salud es el ingreso a las carreras de ciencias médicas (medicina, estomatología y licenciaturas en enfermería y tecnología de la salud). El personal técnico de la salud, según la afinidad de su especialidad con los estudios convocados, puede solicitar su ingreso a los centros de educación médica superior. Primero debe prepararse, si tiene la escolaridad que se requiere, para los exámenes de ingreso a dichas carreras universitarias. Para ello el Subsistema de Capacitación ha habilitado, en sus centros docentes y asistenciales, aulas donde se usa el fondo de tiempo docente de los profesores para que estos preparen a los que aspiran a matricular en dichos cursos. Existen más de 100 aulas abiertas en todo el país.

Otras actividades

Con respecto a la formación universitaria cabe destacar que 1 843 docentes del SNS se han matriculado para prepararse como licenciados en educación, 509 como licenciados en farmacia y 819 como licenciados en economía. Por otra parte, 49 820 trabajadores han asistido a cursos de posgrado y de perfeccionamiento en otros organismos de la Administración Central del Estado o de las Direcciones Territoriales de los Órganos del Poder Popular.

CONCLUSIONES

En 1973 se creó el Subsistema de Capacitación en el MINSAP con la aprobación del Viceministerio de Docencia e Investigación. Dicho Subsistema se convirtió en una de las Direcciones de este último. A partir de ese año y con fines experimentales, se fueron impartiendo actividades de formación y educación continuada a los trabajadores en forma de cursos nacionales y provinciales. En estos últimos se abarcaron los municipales y los de unidad de base, que fueron incrementándose paulatinamente. En sus inicios estas actividades fueron poco organizadas y algo espontáneas, pero actualmente el Subsistema de Capacitación comprende las siguientes

líneas de trabajo: la capacitación laboral de los trabajadores de la salud; la preparación y superación de los dirigentes del sistema; la preparación y superación idiomática de los trabajadores de la salud; la superación cultural de los trabajadores de la salud; la apertura de las aulas de secundaria y preuniversitario; la apertura de aulas de preparación para el ingreso de los técnicos de la salud a los centros de educación médica superior, y el envío de trabajadores a cursos en centros docentes de otros organismos de la Administración Central del Estado o de las Direcciones Territoriales de los Órganos del Poder Popular.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Álvarez AS, Hatim A. Política de la educación permanente de los recursos humanos en salud. *II Taller Nacional de Perfeccionamiento*, La Habana: MINSAP; 1991.
- 2 Consejo de Estado de la República de Cuba. *sobre la Capacitación Laboral de los trabajadores*. (Decreto-Ley No. 45 del 17 de junio de 1981). *Gaceta Oficial*. La Habana: 1981.
- 3 Partido Comunista de Cuba. *Programa del Partido Comunista de Cuba*. La Habana: Editora Política; 1986.
- 4 Cuba, Ministerio de Salud Pública, Viceministerio a cargo de la Docencia. *Reglamento del Subsistema de Capacitación en el MINSAP*, La Habana: MINSAP; 1984. (Resolución VAD No. 6).
- 5 Ministerio de Salud Pública. *Lineamientos de trabajo, objetivos y plan de trabajo para 1990 del SUPSCER en el Sector Salud*. La Habana: MINSAP; 1990.
- 6 Álvarez AS. Los modos de formación en capacitación y su correspondencia con los de la educación superior. (Trabajo presentado para publicación.) La Habana: MINSAP; 1990.
- 7 Comité Estatal del Trabajo y Seguridad Social. Sobre el Sistema de Capacitación Laboral de los Trabajadores en los Modos de Formación no Completa. (Resolución No. 4248 del 26 de marzo de 1985 del Ministro Presidente): *Gaceta Oficial*, La Habana: 1985.
- 8 Comité Estatal del Trabajo y Seguridad Social. Sobre el Sistema de Capacitación Laboral de los Trabajadores en los Modos de Formación no Completa que sustituirá a la Resolución No. 4248/85 del CETSS. (Proyecto de Resolución.) *Gaceta Oficial*. La Habana: 1991.
- 9 Cuba, Ministerio de Educación. Sobre las Indicaciones Metodológicas y Organizativas de los Cursos de Capacitación de Formación Completa y Complementación. (Resolución No. 368 del 7 de julio de 1987 del Ministro de Educación.) *Gaceta Oficial*. La Habana: Ministerio de Educación; 1987.
- 10 Cuba, Ministerio de Salud Pública. *Objetivos, propósitos y directrices para incrementar la salud de la población cubana, 1992-2000*. La Habana: MINSAP; 1992.
- 11 Álvarez AS. La Preparación y superación de cuadros y el subsistema de capacitación en el sector salud. (Presentado para publicación). La Habana: MINSAP; 1989.
- 12 Borrego O. La ciencia de dirección: algunos antecedentes y enfoques actuales. La Habana: SUPSCER; 1989.
- 13 Centro de Estudios de Técnicas de Dirección de la Universidad de La Habana. *Enfoques y métodos para la capacitación a dirigentes*. (Serie Métodos de Enseñanza, No. 001). La Habana: Universidad de la Habana; 1989.
- 14 Bradshaw J A. Taxonomy of social needs. En: *Problems and progress in medical care: essay on current research*. Seventh Series, McLacian G, ed. Oxford: Oxford University Press for Nuffield Provincial Hospital Trust; 1972.

- 15 Jardines JB, Oubiña J, Ceballos JJ, et al. *Desarrollo hasta el año 2000 de la Educación Permanente del Médico, la Enfermera de la Familia y otros Trabajadores de la Atención Primaria en los Sistemas Locales de Salud: Proyecto "Salto Cualitativo"*, La Habana: MINSAP; 1991.
- 16 Castro F. *La historia me absolverá*. La Habana: Orientación; 1973.
- 17 Tesis y resoluciones del Primer Congreso del P C C. En: *Memorias del Primer Congreso del P.C.C.* Tomo II, La Habana: 1976.

CAPACITACION DE RECURSOS HUMANOS PARA LA DIRECCION DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Alberto Céspedes Carrillo,¹ Pedro Llerena Fernández² y Rolando Rey Bravo³

En el desarrollo de la salud pública cubana ha sido decisivo el papel desempeñado por los dirigentes de la organización de salud, cuya preparación y superación han evolucionado hasta llegar a formar parte del sistema de educación permanente organizado para todos los trabajadores. La participación de la Facultad de Salud Pública en la descentralización de la capacitación ha sido muy activa y ha garantizado la infraestructura básica necesaria. Dicho proceso de capacitación se inicia con la identificación de necesidades de aprendizaje y la evaluación constituye una actividad permanente de todo el proceso. Los dirigentes tienen, a su vez, la responsabilidad de capacitar a sus subordinados, así como de articular el programa de educación permanente correspondiente. De ahí que la capacitación de los dirigentes reciba especial atención.

INTRODUCCION

En el desarrollo de la salud pública cubana se han identificado, desde el triunfo revolucionario, tres etapas significativas que han permitido valorar la dinámica de las transformaciones que se han llevado a cabo en las tres últimas décadas (1). Cada una de estas etapas tuvo sus características particulares y sentó las bases para el desarrollo de la etapa siguiente. Los hombres que han dirigido las transformaciones cualitativas en los distintos niveles de la organización han sido, sin lugar a dudas, un factor clave en el desarrollo de las estrategias de cada etapa.

¹ Médico. Especialista de Segundo Grado en Organización y Administración de Salud Pública. Director de Cuadros, Ministerio de Salud Pública, Cuba.

² Médico. Especialista de Primer Grado en Organización y Administración de Salud Pública. Decano de la Facultad de Salud Pública, Ministerio de Salud Pública, Cuba.

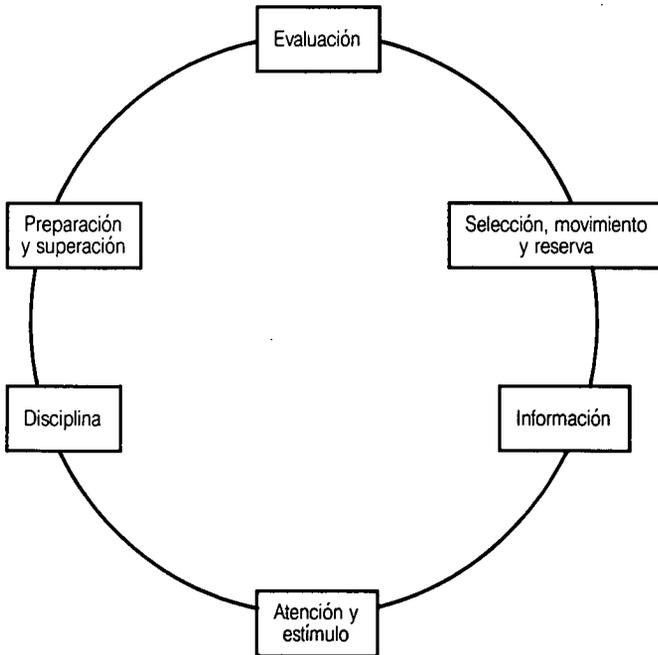
³ Médico. Especialista de Primer Grado en Organización y Administración de Salud Pública. Funcionario de la Dirección de Cuadros, Ministerio de Salud Pública, Cuba.

La preparación de estos dirigentes de la salud pública siempre se ha ajustado a las necesidades y al grado de desarrollo técnico y organizacional. Por lo general ha abarcado a dirigentes graduados de nivel superior y a aquellos que poseen un nivel educacional más bajo, y en nuestra época, los nuevos objetivos de la salud pública cubana imponen la adopción de decisiones que garanticen el logro de los propósitos trazados.

El Consejo de Estado de la República de Cuba estableció el Sistema de Trabajo con los Cuadros del Estado (STCE), en el que se trazaron las definiciones, objetivos y principios generales que rigen la aplicación uniforme de la política de cuadros en el país. El STCE, como indica la figura 1, está formado por seis subsistemas (2):

- Evaluación de cuadros
- Selección, movimiento y reserva de cuadros
- Preparación y superación de cuadros
- Atención y estímulo a los cuadros
- Disciplina de los cuadros
- Información sobre los cuadros

FIGURA 1. Sistema de trabajo con los cuadros y sus reservas.



En el STCE se define como cuadro al trabajador que, como regla general, ocupa un cargo de dirigente (2). Por lo tanto, utilizaremos en el presente trabajo los términos de cuadro y dirigente indistintamente.

El gobierno cubano ha creado recientemente la Comisión Coordinadora para el Sistema Único de Preparación de los Cuadros del Estado y sus Reservas, estructura encargada de orientar las acciones encaminadas a la preparación y superación de los dirigentes. Dentro de este marco y con la experiencia acumulada, la salud pública cubana ha reorientado el proceso de capacitación de los dirigentes, apoyándose en los aportes nacionales e internacionales que han tenido lugar en este campo. Un primer paso fue identificar los recursos, debilidades, oportunidades y deficiencias del Sistema Nacional de Salud (SNS), lo cual permitió valorar las verdaderas potencialidades del mismo para poder desarrollar a gran escala el proceso de capacitación de los dirigentes del sector.

La Facultad de Salud Pública constituye uno de los principales recursos en cuanto a todo lo relativo a la capacitación de los dirigentes, dada su larga tradición en la formación de los recursos humanos para el campo de la salud pública. Este centro docente de nivel superior tiene una rica experiencia en la formación de especialistas en bioestadística, higiene y epidemiología, y administración de salud. Además, en él se desarrollan otros cursos dedicados fundamentalmente a personal extranjero, principalmente iberoamericano: maestría en salud pública, cursos cortos de superación (tutelares y de adiestramiento) y cursos para personal directivo.

Se tuvo en cuenta, como hecho fundamental, que tanto este centro como sus antecesores han estado a cargo de la preparación y superación de los dirigentes del sector, ajustándose a las distintas modalidades y concepciones que se han desarrollado en las diferentes etapas por las que ha transitado la salud pública cubana.

ESTRATEGIA DE PREPARACION Y SUPERACION DE LOS DIRIGENTES

La etapa que comenzó en 1989 se ha caracterizado por la creación de determinadas condiciones materiales y por la formación de los profesores y entrenadores que participan en el actual proceso descentralizado de capacitación. El entrenamiento de los profesores se ha basado en una estrategia escalonada en tres etapas: formación del núcleo central, multiplicación reducida y multiplicación ampliada (3).

El núcleo central se seleccionó partiendo de la Facultad de Salud Pública (FSP). Este centro y el Centro Nacional de Perfeccionamiento Técnico (CENAPET) asumen las funciones de centros coordinadores de la preparación de los dirigentes de la salud pública. Abarcan todas las acciones

dirigidas a capacitar a los cuadros, independientemente del nivel educacional que estos posean, su jerarquía o la actividad que realicen (figura 2) (4).

La multiplicación reducida se refiere al entrenamiento de profesores de la FSP, así como de profesores adjuntos de este centro, que actualmente realizan funciones de dirección en los distintos tipos de unidades de salud de las provincias de Ciudad de la Habana y La Habana. También incluye a los profesores pertenecientes al CENAPET. Este grupo constituyó la infraestructura primaria que garantiza la función coordinadora de estos centros.

La multiplicación ampliada abarcó la formación de los núcleos provinciales de profesores que han comenzado la capacitación descentralizada de los dirigentes del sector. Para este fin fue necesario entrenar a profesores de los institutos superiores de ciencias médicas (ISCM) del país para la función de núcleos territoriales. Con el apoyo metodológico y las orientaciones prácticas de la Facultad de Salud, estos llevan a cabo la preparación de los profesores seleccionados en el resto de las provincias, incluidos aquellos que entrenan a los dirigentes que no poseen nivel superior (figura 3).

Objetivos de la preparación y superación de los dirigentes de la salud pública

Los objetivos siguen tres líneas fundamentales: preparar a los futuros dirigentes, dotándolos de los conocimientos requeridos para asumir las nuevas responsabilidades con eficiencia e iniciativa; lograr la superación

FIGURA 2. Entrenamiento a dirigentes.

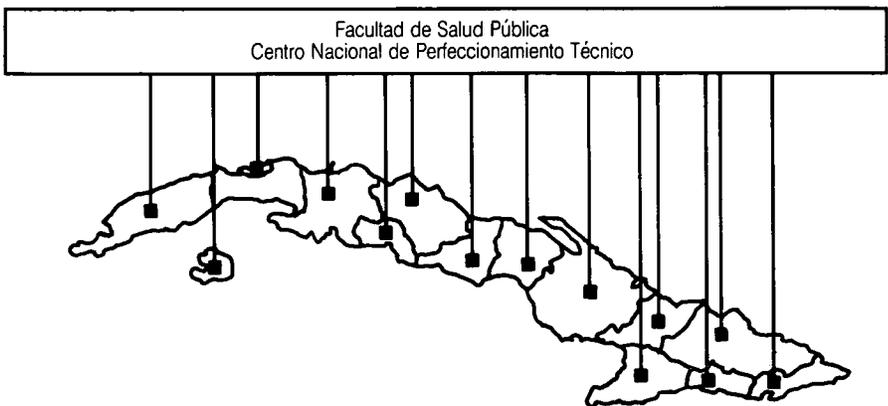
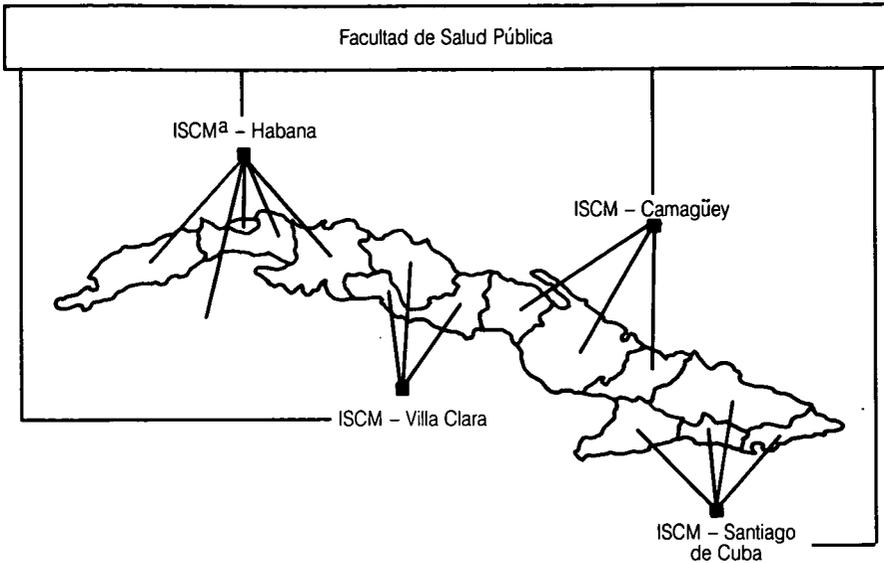


FIGURA 3. Multiplicación ampliada de entrenadores.



^aISCM = Instituto Superior de Ciencias Médicas.

de los dirigentes, de modo que puedan desempeñar creativamente las funciones del cargo que ocupan; y actualizar los conocimientos de los dirigentes a fin de que mantengan un nivel de información y habilidad adecuado para las exigencias de la actividad que realizan.

CAPACITACION DE LOS DIRIGENTES

Principios en que se basa la capacitación de los dirigentes de la Salud Pública

Los dirigentes deben ser capacitados según las actividades propias de su trabajo, de acuerdo con el territorio en que desempeñan la función de dirección, y sobre la base de lo que necesitan aprender para ser eficientes en su trabajo y poder asimilar otras responsabilidades. El dirigente es el máximo responsable de la preparación y superación de sus subordinados. Debe ser un educador, preocupado no solo de transmitir sus conocimientos y habilidades, sino de articular un programa permanente para la capacitación de sus subordinados (5).

FIGURA 4. Enfoques de la capacitación de dirigentes.



La capacitación de los dirigentes y sus reservas

La capacitación de los dirigentes y sus reservas en las distintas entidades se organiza de acuerdo con tres enfoques principales: capacitación en el puesto de trabajo, capacitación fuera del puesto de trabajo y autopreparación (figura 4). Si bien las acciones de capacitación comprenden estos tres enfoques, se presta especial atención a la capacitación de carácter permanente que se desarrolla en estos momentos, para lo cual se han introducido progresivamente algunos componentes, tales como programas en ejecución, proyectos de trabajo individuales o colectivos, rotación de cargos, tutoría y asesoramiento, y sustitución e intercambio de experiencias.

SELECCION DE GRADUADOS EN CIENCIAS MEDICAS

En las facultades de ciencias médicas se desarrolla un trabajo encaminado a identificar a aquellos estudiantes que, en su desempeño, dan muestras de poseer aptitudes y actitudes de dirigentes. Los estudiantes pasan al régimen de residencia y, al finalizar esa etapa, se realiza una valoración integral cuyos resultados se tienen en cuenta en el momento de su ubicación como especialistas.

Una vez que los estudiantes han sido ubicados en las distintas unidades del SNS, se hace un seguimiento de la trayectoria profesional y laboral de estos trabajadores, hasta que están preparados para desempeñar los cargos de dirección específicos que ocuparán, especialmente los primarios (cargos de nivel de base). De acuerdo con las aptitudes que demuestren los dirigentes activos y los trabajadores que integran la reserva de dirigentes, se les confecciona un plan de desarrollo individual encaminado a dotarlos de los conocimientos y habilidades que requieren, tanto para los cargos que desempeñan como para los que se prevé puedan ocupar. En la medida en que los dirigentes ascienden en la escala jerárquica del SNS, se someten a una preparación y a actividades de superación cada vez más complejas. Se puede llegar incluso a cursos de nivel superior, ya sean de especialización o maestría.

La preparación de los dirigentes del SNS debe responder a la necesidad que tienen este y las unidades que lo componen de ser eficaces y eficientes. De aquí la importancia de conferir al proceso un carácter permanente y de capacitar a los dirigentes junto con el resto de los trabajadores del sistema.

El proceso de capacitación constituye un sistema cíclico con elementos interrelacionados. Se realiza en varias fases, cada una de las cuales da origen a la siguiente y a su vez se integra a ella. Dicho proceso incluye la identificación de las necesidades de aprendizaje, la identificación de los objetivos, el diseño del programa, la puesta en marcha del programa y la evaluación, monitoreo y retroalimentación (figura 5) (5).

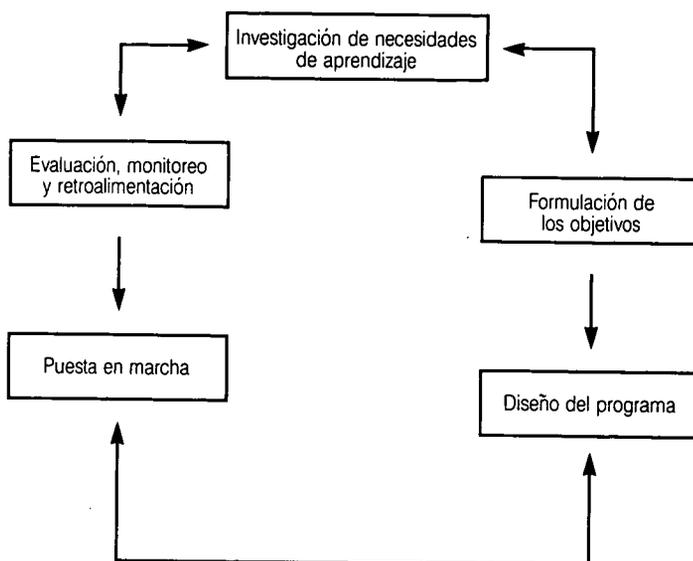
Determinación de las necesidades de aprendizaje

La determinación de las necesidades de aprendizaje (DNA) es una premisa en la elaboración de los programas de capacitación de dirigentes y comprende cuatro pasos fundamentales: 1) investigación, 2) comparación, 3) análisis de la brecha, y 4) valoración de las necesidades.

Determinación de los objetivos

Después de identificar las necesidades de aprendizaje, deben analizarse las soluciones que se darán a las mismas y los resultados que se pretende alcanzar. Esto constituye la determinación de los objetivos de la capacitación. Los objetivos están condicionados por las exigencias actuales y futuras perspectivas de la práctica, el progreso científico-técnico, el desarrollo socioeconómico y las necesidades concretamente establecidas en el proceso de capacitación de dirigentes.

FIGURA 5. Pasos que hay que seguir en el proceso de capacitación.



Diseño del programa

Una vez determinados los objetivos en concordancia con las necesidades de aprendizaje, comienza el diseño del programa de capacitación. Este diseño constituye el documento metodológico que define con exactitud los elementos que harán posible la eficacia del proceso de capacitación.

Puesta en marcha del programa

La puesta en marcha del programa es aquel momento esencial en que se ejecutan todas las fases desarrolladas anteriormente y se demuestra cómo se llevó a cabo el proceso de diseño del programa de capacitación.

Evaluación y retroalimentación

La evaluación de los dirigentes está orientada, básicamente, a obtener información relacionada con los cinco aspectos fundamentales del proceso de capacitación. Se concibe en cuatro fases fundamentales (figura 6):

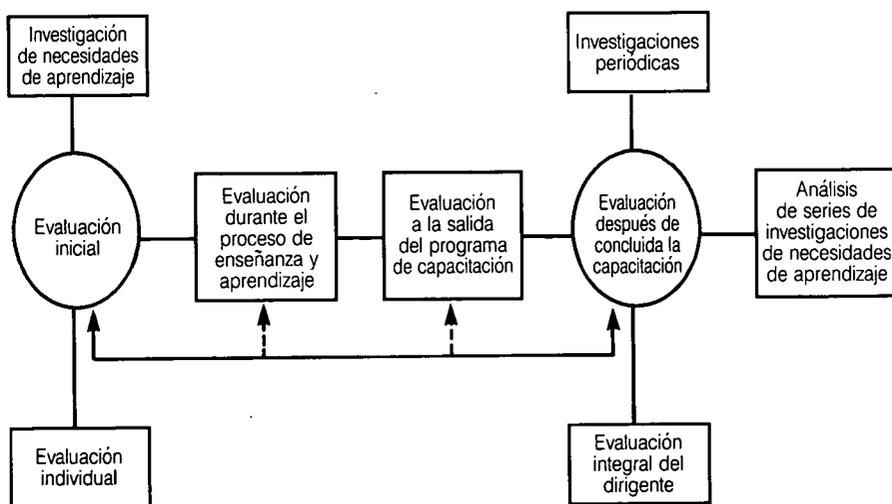
- a la entrada del proceso de capacitación;
- durante el proceso de capacitación;
- a la salida del proceso de capacitación;
- pasado un tiempo después de terminado el proceso de capacitación

Diferentes tipos de unidades intervienen en las distintas etapas de la preparación y superación de los dirigentes. Esta particularidad le imprime al proceso un carácter interinstitucional, ya que se lleva a cabo en institutos superiores, facultades de ciencias médicas, institutos de investigación, unidades asistenciales, empresas y unidades administrativas.

La preparación de los dirigentes debe contemplar, según su nivel jerárquico, materias técnicas, económicas y gerenciales. Esto implica que todos los dirigentes y reservas que laboran en el SNS, independientemente de que sean o no graduados en ciencias médicas, de que posean o no un nivel de preparación superior y de que ocupen determinado nivel jerárquico, deberán contemplar actividades encaminadas a garantizar su preparación y superación.

En nuestro sistema, las acciones de capacitación son complejas, ya que además de constituir una organización de un elevado nivel técnico y profesional, comprenden funciones gerenciales vinculadas a distintas ramas. Esto le imprime a la capacitación un carácter intersectorial que permite

FIGURA 6. Proceso de evaluación en sus distintas fases-monitoreo y retroalimentación.



la capacitación específica en sectores ajenos a la salud pública (industria, comercio, construcción, transporte, sector global y educación).

En la preparación de los dirigentes en técnicas de dirección, el enfoque epidemiológico desempeña un papel importante, puesto que facilita el aprendizaje al adecuar estos contenidos al sector de la salud. Sin embargo, cuando se trata de dirigentes que proceden de la industria médico-farmacéutica, de centros de investigación o de centros docentes, las técnicas de dirección se enfocan desde el punto de vista de la producción, la investigación o la docencia, según corresponda. Esto justifica el carácter diferenciado que tiene la preparación y superación de los dirigentes en salud pública.

CONSIDERACIONES FINALES

Las transformaciones que han tenido lugar en el desarrollo de la salud pública cubana se han basado en estrategias específicas en cada etapa. En todas ha sido decisivo el papel desempeñado por los dirigentes de la organización en los distintos niveles. La preparación y superación de los dirigentes evolucionó, según fueron cambiando las exigencias, hasta llegar a estructurarse como parte del sistema de educación permanente organizado para todos los trabajadores de la salud.

Las nuevas exigencias hicieron necesario crear las bases materiales y humanas que permiten desarrollar el trabajo de capacitación de forma descentralizada. El papel de la Facultad de Salud Pública en la preparación de los profesores fue extraordinario y decisivo, ya que hizo posible tener, en el menor tiempo posible, una infraestructura básica de garantía.

Los dirigentes, que son los responsables de la capacitación de sus subordinados, tienen que ocuparse, fundamentalmente, de articular el programa de educación permanente de los mismos, prestando especial atención a la capacitación de dirigentes. El proceso de capacitación se inicia con la identificación de las necesidades de aprendizaje, y la evaluación constituye una actividad permanente durante todo el proceso. La capacitación de los dirigentes de la salud pública en Cuba resulta muy compleja, dado el carácter descentralizado, interinstitucional e intersectorial de la misma.

REFERENCIAS

- 1 Jardines JB, Oubiña J, Aneiros R. La Educación en Ciencia de la Salud en Cuba. *Salud*. 1991; 25(4):387-409.
- 2 República de Cuba. *Sobre el Sistema de tra-*
- 3 Cuba, Ministerio de Salud Pública. *Me-*

bajo con los cuadros del Estado. Decreto-Ley Número 82. *Gaceta oficial*. La Habana: 1984.

Metodología y estrategia para elaborar un diseño de capacitación a dirigentes. La Habana: MINSAP; 1989.

métodos y diseño de programas de capacitación de cuadros y la evaluación de la capacitación. La Habana: 1989.

4 Comisión Coordinadora para el Sistema Único de Preparación y Superación de los Cuadros del Estado y sus Reservas. *Documento directivo sobre la planificación del proceso de capacitación: los enfoques, formas,*

5 Borrego O. *La ciencia de la dirección.* La Habana: Sistema Único de Preparación y Superación de los Cuadros y sus Reservas. 1989.

EL PERFECCIONAMIENTO Y LA EDUCACION PERMANENTE DE LOS RECURSOS HUMANOS DE SALUD

Juan J. Ceballos Arrieta,¹ Alberto Hatim Ricardo,² Plácido Ardanza Zulueta,³ Adolfo Álvarez Blanco⁴ y Fabiola Corvisón Cuenca⁵

Se presentan los antecedentes de la educación continuada o perfeccionamiento de los recursos humanos en el Sistema Nacional de Salud y se analizan los diferentes factores que han impulsado la transformación de los programas de desarrollo de los recursos humanos en salud. A continuación se plantean la estrategia y política que se pretende seguir para reorientarlos hacia la Educación Permanente a partir de la creación del nuevo modelo de Atención Primaria, con el médico y la enfermera de la familia y la especialidad de medicina general integral y el programa de propósitos, objetivos y directrices para incrementar la salud de la población cubana en el período de 1992 al año 2000. Por último se hace una valoración de la aplicación actual de la nueva política de educación permanente mediante un estudio piloto que se está llevando a cabo en una provincia, así como de los pasos que se están dando para implantarla en todo el país.

ANTECEDENTES

Los indicadores de salud que ha logrado Cuba en las últimas tres décadas (1) reflejan los esfuerzos realizados en la esfera social para

¹ Médico. Especialista de Segundo Grado en Administración de Salud. Profesor titular. Director del Centro Nacional de Perfeccionamiento Médico. Cuba.

² Médico. Especialista de Segundo Grado en Medicina Interna. Profesor titular. Subdirector del Centro Nacional de Perfeccionamiento Médico. Cuba.

³ Estomatólogo. Especialista de Segundo Grado en Prótesis Estomatológica. Profesor titular. Subdirector del Centro Nacional de Perfeccionamiento Médico. Cuba.

⁴ Médico. Especialista de Segundo Grado en Administración de Salud. Profesor asistente. Subdirector del Centro Nacional de Perfeccionamiento Técnico. Cuba.

⁵ Licenciada en Lengua y Literatura Francesa. Profesora asistente. Especialista del Centro Nacional de Perfeccionamiento Médico. Cuba.

transformar el nivel de vida, así como la alta prioridad que el Estado concede a la salud de sus ciudadanos, pero también expresan el trabajo sostenido y cada vez más intenso de su sistema de salud, de sus instituciones y de todo el personal que los integra. Cuba posee un Sistema Único de Salud eficiente, gratuito, que cubre a toda la población y que actúa con gran sentido humanitario. El sistema está nutrido de la más actualizada ciencia y tecnología y tiene estrechos vínculos con la comunidad que recibe sus servicios y que a la vez participa en la prestación de los mismos. Sus acciones se dirigen a la promoción, prevención, curación y rehabilitación y cuenta con un personal capacitado para desarrollar estas y otras acciones.

La superación, capacitación y perfeccionamiento de los recursos humanos han desempeñado un papel importante en los logros alcanzados por la salud pública cubana. Si nos remontamos a los primeros años después del triunfo revolucionario, cuando aún la salud pública se estaba estructurando, vemos que ya se daban los pasos iniciales a través de la organización de cursos y entrenamientos que capacitaron al personal para trabajar con éxito en el recién creado programa de lucha contra las enfermedades infecciosas, causa importante de enfermedad y muerte en aquellos años. La lucha contra las enfermedades diarreicas, la erradicación del paludismo, el control de la tuberculosis y las inmunizaciones en masa dieron tan buenos resultados que disminuyeron la frecuencia de esas enfermedades, las cuales hoy en día solo representan el 1,5% de las defunciones en Cuba.

En los años sesenta también comenzó a descentralizarse la formación del personal de salud. Se crearon escuelas de enfermeras y de técnicos medios en otras provincias y se extendió la formación de médicos y estomatólogos a las zonas oriental y central del país. El desarrollo alcanzado en la docencia determinó, en la década siguiente, la organización de un subsistema de docencia dentro del Sistema Nacional de Salud (SNS), creándose dentro de este subsistema una Dirección Nacional de Educación Continuada y un Departamento Nacional de Capacitación, ambos subordinados al Viceministerio de Docencia, con departamentos homólogos en todas las provincias del país.

Las actividades se organizaron en conformidad con los planes nacionales y sobre la base del desarrollo y los recursos con que ya contaba el sistema. Miles de profesionales, técnicos y trabajadores no técnicos actualizaron sus conocimientos, desarrollaron habilidades, y adquirieron destrezas y nuevos conocimientos. Los resultados superaron ampliamente las expectativas. En los años ochenta este subsistema se expandió y consolidó. También se materializó la política de desarrollo de los recursos humanos en salud —según la cual cada provincia debe formar su propio personal— y se crearon centros de educación médica en cada una de las catorce provincias del país. Se establecieron institutos y facultades de ciencias médicas

y nuevos politécnicos de la salud y se completó la red de escuelas provinciales de capacitación.

La magnitud del personal de salud —más de 300 000 trabajadores— y las tareas relacionadas con la superación del personal llevaron a la creación de instituciones especializadas encargadas de llevar a cabo todo el proceso de perfeccionamiento de los recursos humanos. Se crearon así el Centro Nacional de Perfeccionamiento Técnico (CENAPET), encargado de la formación, superación y capacitación técnica y cultural de los técnicos, trabajadores no técnicos y obreros calificados, y el Centro Nacional de Perfeccionamiento Médico (CENAPEM), responsable de la educación continuada de los profesionales del SNS.

Múltiples factores nos permiten contemplar cambios profundos en la forma de enfrentar el perfeccionamiento de los recursos humanos. Entre ellos se encuentran los logros ya alcanzados por la salud pública cubana y su gran desarrollo en el perfeccionamiento de los recursos humanos; los sólidos principios que establecen que la salud es un derecho de todos y responsabilidad del Estado; la existencia de un cuadro epidemiológico bien definido y controlado; el establecimiento a partir de 1984 de un programa dirigido al desarrollo de la atención primaria mediante la incorporación de un nuevo modelo basado en el médico y la enfermera de familia (2); la implantación en todo el país del programa más ambicioso que se ha planteado la salud pública cubana —los propósitos, objetivos y directrices para mejorar la salud de la población cubana de 1992–2000 (3)— y la voluntad política de dar prioridad a la educación y a la salud.

PROGRAMA NACIONAL DE PERFECCIONAMIENTO DE LOS RECURSOS HUMANOS

Las políticas de salud son instrumentadas por el MS en numerosos programas que se desarrollan en todo el país. El perfeccionamiento de los recursos humanos ocupa un lugar relevante entre ellos por su importancia estratégica. Este programa se plantea como objetivos: lograr la superación constante y sistemática del personal de salud en sus conocimientos generales y especializados, promover el desarrollo de sus habilidades y destrezas y hacer que su participación en mejorar la calidad de la atención sea consciente y activa.

El Programa Nacional de Perfeccionamiento se basa en los siguientes principios generales:

- a) Universalidad, gratuidad y sistematicidad.

Comprende a todo el personal de salud, independientemente de su ubicación en los diferentes niveles de las organizaciones, y no tiene

costo alguno para los educandos. La participación se concibe como un proceso de aprendizaje permanente, continuo y sistemático.

b) Identificación de las necesidades de la población y del personal de salud.

El programa aspira a satisfacer las necesidades crecientes de la población a través de la atención cada vez más calificada. El cumplimiento de este principio contribuye al desarrollo científico del país, a la superación individual de los participantes y a una mayor garantía de calidad de los servicios de salud.

c) Normalización centralizada y ejecución descentralizada.

El programa responde a normas metodológicas que rigen todo el sistema y que definen su alcance, límites, acreditación, elaboración de planes y control periódico de actividades. Se desarrolla a nivel nacional, provincial, municipal y en la propia unidad de salud. Cada nivel determina el contenido, duración, frecuencia y complejidad, de acuerdo con sus objetivos.

d) Identificación de necesidades de aprendizaje y determinación de prioridades.

El proceso de identificar las necesidades de aprendizaje y de determinar las prioridades se lleva a cabo según las directrices del SNS.

e) Control periódico.

El control se establece mediante el monitoreo y seguimiento en todos los niveles de la organización. Están establecidos ciertos mecanismos permanentes que permiten recopilar información sobre el progreso de la acción educativa y el momento de la retroalimentación en que se complementa, favorece y controla el aprendizaje. Las vías fundamentales del monitoreo son, en primer lugar, el análisis de los problemas habituales que se presentan en los servicios de salud donde trabaja el participante; en segundo lugar, la supervisión por parte de los profesores y las autoridades locales de salud; y por último, las investigaciones educacionales en el campo de la salud.

Para lograr los objetivos propuestos y dar cumplimiento a los principios, el programa desarrolla planes anuales de perfeccionamiento cuyo fin es:

- mejorar la calidad de la asistencia médica, la docencia y la investigación;
- propiciar la educación sanitaria de la comunidad, principalmente en los aspectos de prevención y promoción de salud;
- aumentar la productividad laboral;
- acelerar el desarrollo científico-técnico;
- propiciar la educación financiera del personal de salud para lograr una mayor eficiencia en el uso de los recursos, y

- satisfacer las necesidades individuales del personal, mejorando a la vez su nivel cultural y técnico.

La estrategia de desarrollo proyectada hasta el año 2000 para la salud pública en Cuba tiene entre sus objetivos lograr una cobertura universal con servicios de salud de la mejor calidad posible y la plena satisfacción de la población con los servicios que recibe. Como parte importante de esta estrategia, el perfeccionamiento de los recursos humanos debe sufrir modificaciones conceptuales para que, sin abandonar totalmente lo que actualmente hacemos, podamos enfrentar con éxito las futuras demandas del sistema de salud.

REFORMULACION ESTRATEGICA

El creciente número de trabajadores del sistema de salud ha generado demandas de capacitación imposibles de enfrentar por los métodos tradicionales. Se necesitan nuevas vías que nos permitan acometer con éxito esta creciente demanda de servicios. En este sentido, nos parecen muy útiles los nuevos enfoques de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (4) con respecto a la educación permanente.

A partir de esta valoración iniciamos un intenso trabajo en el Area de Docencia del Ministerio de Salud Pública. Se creó un grupo central encargado de profundizar en los conceptos de la educación permanente y de elaborar recomendaciones para llevarlo a la práctica. A medida que se fue profundizando se tomó conciencia de la dirección del cambio y se elaboraron los instrumentos para su implantación en el país.

Se celebró en La Habana en noviembre de 1989 un taller nacional sobre nuevos enfoques del perfeccionamiento médico en Cuba (5). En él participaron dirigentes, funcionarios y especialistas de la salud pública de todo el país y asesores de la OPS. El taller, cuyo objetivo central era determinar las bases de la reorientación en torno al perfeccionamiento del personal de salud, abordó con profundidad los nuevos conceptos y definió a la educación permanente en nuestro contexto como "el proceso de aprendizaje en los servicios de salud presente durante toda la vida laboral del trabajador, que tiene como ejes fundamentales la problematización y transformación de los servicios por el propio trabajador y su participación consciente y activa, con un alto grado de motivación y compromiso, en la elevación de la calidad de las actividades profesionales que él brinda a la población" (5). Los participantes acordaron recomendar la elaboración de un documento conceptual de carácter estratégico en que se proyectara el desarrollo perspectivo, integral e integrado del perfeccionamiento de los recursos humanos de salud en Cuba, basando los planes de trabajo a corto y mediano plazo en las tesis y principios del mismo.

El grupo central elaboró dicho documento, denominado "Proyecto de desarrollo hasta el año 2000 de la Educación Permanente del Médico, la Enfermera de la Familia y otros trabajadores de la Atención Primaria" (6). Este proyecto, que hemos denominado "salto cualitativo" (7), se plantea introducir, validar y generalizar, conforme a las condiciones concretas de Cuba, la propuesta de reorientar la educación permanente de la OPS. Se trata de transformar la superación del personal, orientándola hacia un cambio cualitativo basado fundamentalmente en llevar a cabo procesos de aprendizaje en los propios servicios de salud (8). Este proyecto se planeó con miras a aplicarlo en una provincia del país y luego extenderlo a todas las provincias a medida que se fueran obteniendo resultados. Se ha comenzado a aplicar en la provincia de Pinar del Río en el occidente del país, para lo cual se creó un grupo provincial y se designó de director del mismo a un especialista en medicina interna de un grupo básico de trabajo (GBT). El grupo es el encargado de ejecutar el proyecto en estrecha coordinación con el grupo central. En el proyecto participan, por ser unidades importantes en la provincia, la facultad de ciencias médicas, los politécnicos de la salud, la escuela provincial de capacitación y cuatro policlínicos. Abarca en su pilotaje a 160 consultorios del médico y la enfermera de familia, a los GBT integrados por profesores que tienen la responsabilidad docente de este personal y a numerosos especialistas, técnicos y trabajadores de la atención primaria en los dos municipios en que se desarrolla.

Antes de poner el proyecto en marcha se realizó un intenso trabajo para preparar a los facilitadores e identificar sus necesidades de aprendizaje. Luego se realizó un taller provincial para llevar a cabo la preparación e iniciar la subsecuente diversificación de las técnicas de participación y de simulación; la utilización adecuada de los medios de enseñanza y de la informática; la búsqueda de información científico-técnica y pedagógica; la motivación a la autoenseñanza y a la preparación en el puesto de trabajo, así como la superación gerencial de los dirigentes del sistema, de forma tal que el facilitador fuera capaz de tomar decisiones para reorientar los procesos educativos (figura 1).

Se diseñaron el protocolo y los instrumentos adecuados para la ejecución del proyecto de la investigación. Ambos pretenden llegar a conclusiones científicas, mediante la utilización de métodos clásicos y de participación y a través de métodos cuantitativos y cualitativos, sobre los problemas técnicos, metodológicos y operativos de la educación permanente. Estas investigaciones abordan dos grandes áreas: la identificación de las necesidades de aprendizaje y el desarrollo de los procesos educativos permanentes.

En noviembre de 1991 se celebró el II Taller Nacional sobre la Educación Permanente (9), con la presencia de cincuenta dirigentes, fun-

FIGURA 1. Funciones de los grupos.

Asesorar política y coordinar acciones de educación permanente	Descentralización de actividades
Dirigir, desarrollar y controlar investigaciones	Monitorear y evaluar calidad de todo el proceso
Dirigir y controlar el proceso de preparación de facilitadores	Planificar, organizar y dirigir talleres y reuniones
Elaborar documentación metodológica	Dirigir el desarrollo del "Salto Cualitativo" en la atención primaria en salud
Obtener y promover divulgación de la información científico-técnica	Promover intercambios con grupos afines en otros países

cionarios y especialistas en salud pública de todo el país y con el propósito de ir logrando la toma de conciencia para efectuar los cambios a escala nacional. Como objetivo central se planteó "elaborar recomendaciones para la toma de decisiones en la formulación de estrategias para la puesta en marcha de la Educación Permanente de los Recursos Humanos en Salud."

Las principales recomendaciones fueron:

- reformular la estrategia de perfeccionamiento del personal de salud, haciendo énfasis en que los nuevos enfoques de la educación permanente son un conjunto de acciones concatenadas y orientadas a lograr el aprendizaje a través de la realidad enfrentada en el trabajo cotidiano. Se espera con ello que comiencen a cambiar la actitud y estilo de trabajo de los dirigentes y trabajadores del SNS y que se armonicen las necesidades de los servicios y los procesos de capacitación.
- desarrollar fórmulas para lograr procesos de capacitación económicamente eficientes, teniendo en cuenta que el perfeccionamiento de los recursos humanos es una inversión, y al mismo tiempo genera un cambio favorable en la calidad de la prestación de servicios y la producción;
- preparar adecuadamente a todos los cuadros para dirigir el proceso de educación permanente, logrando su toma de conciencia en torno al papel que desempeñan en el fortalecimiento de los planes de desarrollo individual;
- hacer que todos participen en el perfeccionamiento de los recursos humanos de salud y que se comprometan a lograr la transformación necesaria, dirigiendo el trabajo hacia equipos multidisciplinarios y logrando la motivación y compromiso de

- los trabajadores para resolver los problemas existentes en cualquier servicio, unidad o instancia;
- sistematizar el proceso de identificar las necesidades de aprendizaje, llevándolo a cabo en los distintos niveles del sistema de forma continua y sistemática, y
 - perfeccionar la integración docencia-atención médica-investigación, revalorizando el contexto donde se realizan los cambios —los servicios y las unidades de salud— así como la coordinación entre los centros de educación médica superior, de educación media y de capacitación.

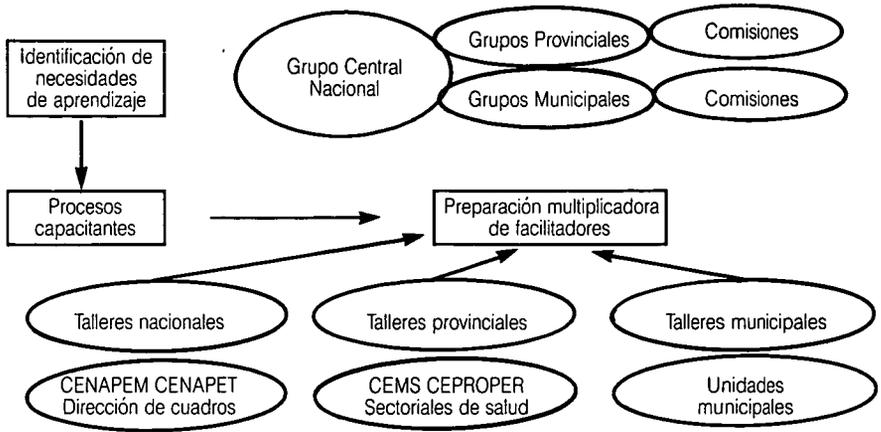
Tomando en consideración las recomendaciones de este taller y la ejecución en todo el país del nuevo programa de la salud pública cubana —“objetivos, propósitos y directrices para incrementar la salud de la población cubana en el período 1992–2000”— se llegó a la conclusión en el Área de Docencia de que, sin esperar los resultados del ensayo piloto en la provincia de Pinar del Río, era necesario e imprescindible comenzar a aplicar conceptos de educación permanente en todo el país.

El programa de objetivos, propósitos y directrices pretende, entre otras cosas, adoptar medidas encaminadas a cambiar los estilos de vida (promoción); controlar el medio ambiente y eliminar factores de riesgo (prevención); conservar la vida mediante el diagnóstico y tratamiento oportuno de las enfermedades (recuperación) y el tratamiento de las limitaciones y secuelas (rehabilitación); reducir la morbilidad y mortalidad por enfermedades no trasmisibles, infecciones y otros daños a la salud; consolidar y mejorar la salud de la madre y el niño; cambiar los hábitos dietéticos y de nutrición, así como lograr la introducción de la medicina alternativa (acupuntura, medicina verde o herbolaria y otros procedimientos) y atender al paciente grave. Para ir cumpliendo estas directrices, comenzamos por introducir la medicina alternativa mediante la organización de un curso nacional de técnicas de acupuntura, teniendo en cuenta el nuevo enfoque de la educación permanente. También se identificaron las necesidades de aprendizaje para determinar las prioridades y necesidades de los médicos de la familia y estomatólogos y ofrecer una vía de solución alternativa con fines terapéuticos.

Con los objetivos citados se designaron profesores de alto nivel y se seleccionaron especialistas que se convertirían en facilitadores locales en los municipios seleccionados. Se estructuró un programa único y se efectuó la actividad en diferentes sedes en la Ciudad de La Habana. Al final de la misma se seleccionaron, mediante una evaluación, los facilitadores para los diferentes municipios (figura 2).

En la actualidad, esta experiencia se está extendiendo progresivamente a todas las provincias y municipios del país. Paralelamente se

FIGURA 2. La identificación de las necesidades de aprendizaje como punto de partida de los procesos capacitantes.



desarrolla un programa de actualización en medicina herbolaria que comprende aspectos fármaco-terapéuticos y busca la unificación de criterios para la investigación e introducción de fármacos derivados de plantas con propiedades medicinales. Este programa incluye enseñar a los facilitadores a utilizar materiales de programación para que posteriormente sean capaces de llevar estos conocimientos a todas las provincias y municipios del país, logrando no solo su extensión sino también las bases científico-técnicas para alcanzar un marcado desarrollo en este campo.

En la medida en que nuestro trabajo avanza en esta dirección, comenzamos a obtener buenos resultados y a dar respuesta a las necesidades de salud de la población. Al mismo tiempo vamos logrando el compromiso y motivación de los especialistas involucrados en esta tarea. Ya se comenzó a aplicar este enfoque de educación permanente a problemas médicos identificados en el país: asma bronquial y alergia, hipertensión arterial, atención integral de la embarazada, atención del paciente grave, manejo del estrés, carencias nutricionales, etc. De acuerdo con las recomendaciones de los talleres (1989–1991) y con el objetivo de iniciar la difusión de los nuevos conceptos educativos, se comenzó la preparación de facilitadores para llevar a cabo los procesos de educación correspondientes.

El facilitador deberá dominar la pedagogía de la problematización, enriqueciendo sus enfoques y métodos de enseñanza y la teoría y técnica de dirección; modificar el proceso educativo de manera que este sea no una mera transmisión de conocimientos, sino una interacción dinámica que logre el cambio y propicie la creatividad; y llevar al sujeto del aprendizaje a participar activamente en la búsqueda del conocimiento, mo-

tivándolo y comprometiéndolo a hacer los cambios necesarios para lograr la imagen-objetivo y la satisfacción de las necesidades (10). Deberá, además, aplicar el enfoque sistemático, teniendo en cuenta el trabajo cooperativo, la direccionalidad técnica y las dimensiones vertical y horizontal del trabajo (11) y proponiendo la creación de indicadores que permitan monitorear el proceso y evaluar su impacto (12).

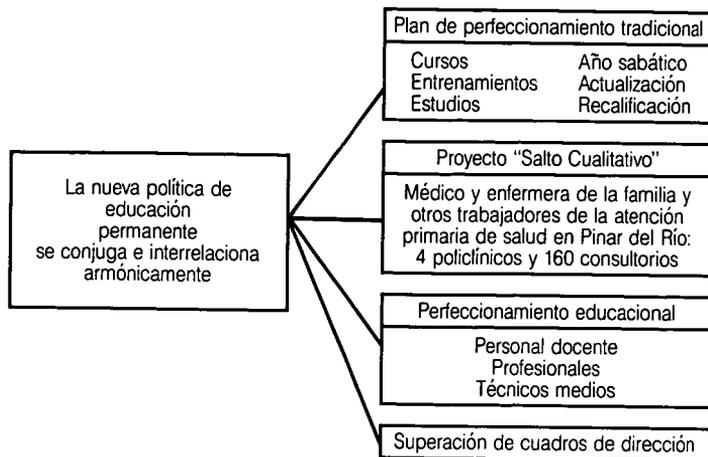
Las facultades de ciencias médicas, las direcciones provinciales de salud, los centros provinciales de perfeccionamiento y las demás instituciones de los municipios trabajarán para lograr estos objetivos, integrándolos coherentemente y desarrollando acciones para identificar las necesidades de aprendizaje partiendo de los problemas concretos que se presentan en los diferentes servicios y de los procesos educativos necesarios para dar solución a estas demandas.

Teniendo en cuenta los conceptos modernos de educación permanente, el Ministro de Salud Pública aprobó la Resolución No. 97 del 13 de mayo de 1991 (12), que pone en vigor la nueva política de la educación permanente de los trabajadores del SNS. Esta se basa en identificar las necesidades de aprendizaje de los recursos humanos de salud, para que con su aplicación se comience a producir un cambio de actitud mental entre todos los dirigentes del sistema que estén implicados en el nuevo enfoque de la capacitación de los recursos humanos. De esta forma se busca armonizar las verdaderas necesidades de los trabajadores de la salud, el trabajo que realizan y los procesos de educación participativos, lo cual redundará, a su vez, en un proceso docente-educativo de mejor calidad.

La nueva política de educación permanente debe conjugarse y entrelazarse armónicamente, de manera sistemática, con las demás formas de perfeccionamiento existentes (figura 3) (13):

- El plan de educación continuada tradicional, que ha existido desde los años setenta y que deberá mantenerse como vía para mejorar la calificación técnico-profesional de los trabajadores del SNS. El plan se irá enriqueciendo con los procedimientos metodológicos de las cinco etapas fundamentales del modelo de educación permanente, hasta su integración total. Consta de cursos, estudios, entrenamientos de posgrado, y años sabáticos para la educación superior, así como de cursos de rotación, especialización posbásica, adiestramiento, entrenamiento y perfeccionamiento para la enseñanza media (13).
- La actualización, cada cierto período, del personal de enfermería y otros técnicos de la salud en su técnica laboral y al ritmo de los adelantos científico-técnicos. Aprobada por la Resolución No. 103 del 23 de mayo de 1991 del Ministro de Salud Pública (14), la actualización también consistirá en aplicar los procesos

FIGURA 3. Nueva política de educación permanente.



metodológicos prescritos en las cinco etapas del modelo de educación permanente.

- La recalificación, para ejercer otra especialidad, especialización o cargo diferente del que ocupan, de los trabajadores de la salud cuyo número sea excesivo, según las Comisiones Provinciales de Implantación del Sistema Único de Plantillas, aprobada por la Resolución No. 99 del Ministro de Salud Pública del 17 de mayo de 1991. En ella se incorporarán los procesos metodológicos establecidos en las cinco etapas del modelo de educación permanente.
- El Proyecto de Desarrollo hasta el año 2000 de la Educación Permanente del Médico, la Enfermera de la Familia y Otros Trabajadores de la Atención Primaria en los Sistemas Locales de Salud (7), que se desarrolla experimentalmente en la provincia de Pinar del Río con miras a su difusión posterior.
- El perfeccionamiento educacional de todo el personal docente que labora en los centros de enseñanza superior y media del SNS.
- La superación de los cuadros de dirección del SNS.

La reformulación estratégica del perfeccionamiento de los recursos humanos de la salud deberá consolidarse progresivamente durante la presente década hasta pasado el año 2000, para de esta forma reorientar la educación continuada del personal de salud hacia la educación permanente.

CONCLUSIONES

A partir de la creación de la especialidad de MGI y del nuevo modelo del médico y la enfermera de la familia en el SNS, se hará más viable, factible y necesaria la aplicación de la educación permanente de los recursos humanos en salud como un medio eficaz para cubrir las necesidades de superación del personal del sistema. A tal efecto se han establecido políticas para ponerla en práctica y lograr los objetivos previstos: modificar el estilo de trabajo y la actitud mental de los dirigentes, educadores y trabajadores del sistema en torno a la consecución de los objetivos, propósitos y directrices del MSP para mejorar la salud de la población cubana en el período de 1992 a 2000, al fortalecimiento de la red gerencial, y a la aplicación de la educación permanente adaptada a nuestro medio.

Asimismo se han tenido experiencias preliminares en la ejecución de las políticas. En tales experiencias se han obtenido resultados concretos de trabajo a partir de actividades normativas, talleres y actividades educativas y formadoras, orientadas hacia los problemas de mayor prioridad del sistema y con la participación de los diferentes niveles en todo el país.

Estos primeros resultados, aunque modestos, han permitido fortalecer la integración docente-asistencial-investigativa (IDAI) como elemento fundamental del trabajo en materia de salud en Cuba. A su vez han permitido adquirir nuevas experiencias en la identificación de necesidades de aprendizaje y en la planificación, ejecución y evaluación de los resultados de los nuevos procesos educativos. Asimismo, han sido fuente de retroalimentación durante la planificación y ejecución de las diferentes fases y componentes de la educación permanente.

REFERENCIAS

- 1 Organización Panamericana de la Salud. Las condiciones de salud en las Américas. Washington, DC: OPS; 1990. (Publicación científica 524).
- 2 Cuba, Ministerio de Salud Pública. Programa de Trabajo del Médico y la Enfermera de la Familia, el Policlínico y el Hospital. La Habana: MINSAP; 1988.
- 3 Cuba, Ministerio de Salud Pública. Propósitos, objetivos y directrices para incrementar la salud de la población cubana en el período 1992-2000. La Habana: MINSAP; 1992.
- 4 Organización Panamericana de la Salud. Educación permanente del personal de salud en la región de las Américas: propuesta de reorientación. Washington, DC: OPS; Serie de desarrollo de recursos humanos 78; 1988.
- 5 Centro Nacional de Perfeccionamiento Médico. Informe final del Taller "Nuevos Enfoques del Perfeccionamiento Médico en Cuba." La Habana, noviembre de 1989.
- 6 Oubiña J, Jardines JB, Ceballos JJ, Aneiros-Riba R, Serrano M M. Estra-

- tegia para la Educación Permanente del Médico y la Enfermera de la Familia y otros trabajadores de la Atención Primaria de Salud en Cuba. Educación Permanente del Personal de Salud. Fascículo X: Propuestas de trabajo en contextos específicos. Washington, D.C.: OPS; 1991. Serie de Desarrollo de Recursos Humanos 87.
- 7 Jardines JB, Oubiña J, Ceballos JJ, *et al.* Proyecto de Desarrollo hasta el año 2000 de la Educación Permanente del Médico, la Enfermera de la Familia y otros trabajadores de la Atención Primaria en los Sistemas Locales de Salud. Proyecto "Salto Cualitativo". Trabajo presentado en la Conferencia Integrada "Universidad Latinoamericana y Salud de la Población", La Habana: 3 a 7 de junio de 1991.
- 8 Organización Panamericana de la Salud. Educación permanente del personal de salud en la región de las Américas: identificación de necesidades de aprendizaje. Washington, DC: OPS; 1989. (Serie de desarrollo de recursos humanos 90, Fascículo III).
- 9 Centro Nacional de Perfeccionamiento Médico. Informe final del II Taller Nacional sobre "Nuevos Enfoques de la Educación Permanente de los Recursos Humanos en Salud en Cuba," La Habana, noviembre de 1991.
- 10 Ardanza P, Hatim A. Educación Permanente: aspectos fundamentales del proceso educativo. Trabajo presentado en el II Taller Nacional sobre "Nuevos Enfoques de la Educación Permanente de los Recursos Humanos en Salud en Cuba," La Habana: noviembre de 1991.
- 11 Ardanza P, Hatim A. Educación Permanente: algunos aspectos de la capacitación de los facilitadores. Trabajo presentado en el II Taller Nacional sobre "Nuevos Enfoques de la Educación Permanente de los Recursos Humanos en Salud en Cuba," La Habana, noviembre de 1991.
- 12 Cuba, Ministerio de Salud Pública. Resolución Ministerial 97 del 17 de mayo de 1991. La Habana: MINSAP; 1991.
- 13 Álvarez A, Hatim A. Política de Educación Permanente de los Recursos Humanos en Salud. Trabajo presentado en el II Taller Nacional sobre "Nuevos Enfoques de la Educación Permanente de los Recursos Humanos en Salud en Cuba," La Habana, noviembre de 1991.
- 14 Cuba, Ministerio de Salud Pública. Resolución Ministerial 99 del 17 de mayo de 1991. La Habana: MINSAP; 1991.

RESEÑA

EJERCICIO DE EVALUACION CONJUNTA DE LA COOPERACION CIENTIFICO-TECNICA DE LA OPS/OMS EN CUBA: EL COMPONENTE DE PERFECCIONAMIENTO DEL PERSONAL DE SALUD 1988-1991¹

Miguel Márquez²

ANTECEDENTES, PROPOSITO GENERAL Y OBJETIVOS DE LA EVALUACION

Antecedentes

Los Gobiernos Miembros de la OPS/OMS, al aprobar las Estrategias Mundial y Regional de Salud para Todos en el Año 2000 (SPT/2000) expresaron el interés de evaluar periódicamente el progreso alcanzado por los países en el cumplimiento de estas estrategias. Por otra parte, cuando aprobaron la Estrategia de Gestión para el Uso Óptimo de los Recursos de la OPS/OMS y la Política Regional de Presupuestos por Programas, decidieron que la Secretaría debía elaborar un procedimiento para evaluar periódicamente la cooperación técnica en el nivel nacional. De igual forma, los países aprobaron los documentos sobre las orientaciones estratégicas y prioridades programáticas de la OPS para los cuatrienios 1987-1990 y

¹ El Ejercicio de Evaluación Conjunta se efectuó en el período de julio a noviembre de 1991, y la reunión final tuvo lugar del 31 de octubre al 4 de noviembre de 1991 en La Habana, Cuba.

² Representante de la OPS/OMS, La Habana, Cuba.

1991–1994, donde se describen las actividades de la Secretaría y se definen las características de la cooperación técnica, su utilización, monitoreo y evaluación.

En 1983 en Cuba, mediante un esfuerzo conjunto MINSAP-OPS/OMS, se reformuló la Estrategia de Cooperación OPS/OMS-Cuba. Para tal efecto, una comisión del Ministerio de Salud Pública (MINSAP) realizó un estudio de la experiencia de 25 años de revolución en la esfera de la salud, actualizó el diagnóstico de la situación de salud del país y redefinió las prioridades de salud de acuerdo con los cambios que se habían producido en el sector sanitario.

A partir de la nueva situación, se formularon las prioridades para la cooperación científico-técnica con la OPS/OMS, que han guiado a los programas de cooperación desde 1984 hasta la fecha. Los presupuestos por los programas de los bienios 1984–1985 y 1986–1987 se elaboraron a partir de las prioridades definidas en 1983 y, en consecuencia, los planes anuales (APB) se basaron en la estrategia definida en aquel momento.

La reformulación de la Cooperación Científico-Técnica de la OPS/OMS en Cuba dio lugar a una etapa superior en la cooperación, caracterizada por una utilización más adecuada y eficiente de la colaboración científico-técnica y un mayor control de los recursos financieros. Dos elementos importantes surgieron como resultado de la reformulación: el diseño de metodologías para evaluar los distintos componentes de la cooperación, entre los que se destaca el estudio realizado con becas, y la designación de coordinadores para cada área que recibe la cooperación regular de la OPS/OMS. Los coordinadores han cumplido una labor fundamental en la planificación y puesta en marcha de la cooperación.

En 1989, el MINSAP y la representación de la OPS/OMS efectuaron juntos el análisis del contexto nacional —las Orientaciones y las Prioridades de la Cooperación Regional de la OPS/OMS para el Bienio 1990–1991— como base para elaborar la Estrategia Global de la Cooperación Científico-Técnica para el Bienio 1990–1991, expresada en el Documento “Proyección del Trabajo 1990–1991. Serie: Desarrollo de la Representación OPS/OMS. Cuba. No. 1/90 y No. 2/91”.

En 1991, el MINSAP y la OPS/OMS consideraron que el efectuar el proceso de evaluación de la cooperación científico-técnica de la OPS/OMS en Cuba en el cuatrienio 1988–1991 constituiría un hecho de singular importancia para el país y para la OPS/OMS, debido al desarrollo alcanzado por la salud pública cubana, al conjunto de iniciativas que desde 1983 se vienen desarrollando para lograr la óptima utilización de los recursos de cooperación técnica y, en otra dimensión, a las posibilidades de reforzar la relación entre Cuba y el resto de América Latina y el Caribe.

Para llevar adelante el ejercicio de evaluación del cuatrienio, se hizo necesario elaborar un conjunto de documentos que reflejaran las con-

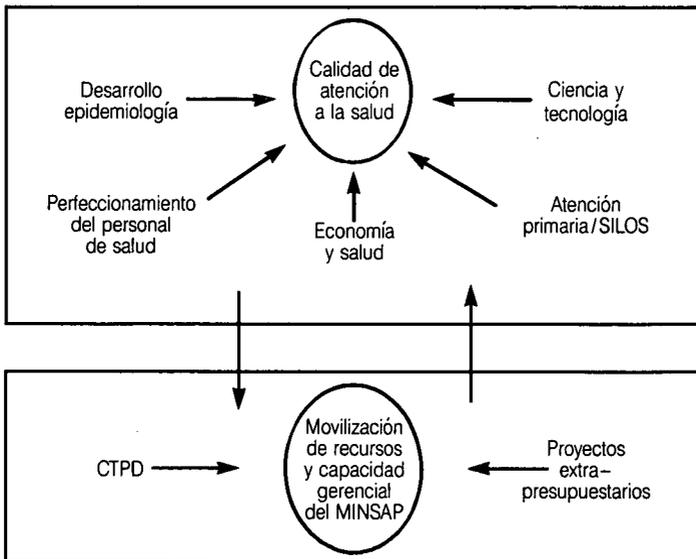
diciones de salud de la población cubana en respuesta a las metas de SPT/2000; la cooperación técnica de la OPS/OMS con Cuba en el cuatrienio 1988–1991; el análisis de los resultados de la Estrategia de Gestión en los niveles de la Representación y Regional; la utilización de recursos extra-presupuestarios y, finalmente, la proyección del trabajo para 1992–1995 con la OPS/OMS (figura 1).

En este proceso las diferentes áreas del MINSAP intervinieron en la elaboración de los documentos básicos. A la vez se mantuvo una dinámica integración entre las mismas y la representación de la OPS/OMS en Cuba.

Propósito general

Como parte integrante del desarrollo de la cooperación técnica de la OPS/OMS, el ejercicio conjunto de evaluar la cooperación científico-técnica de la OPS/OMS en el cuatrienio 1987–1991 tuvo como propósito analizar la situación nacional de salud y el desarrollo del sistema de servicios de salud del país en el contexto político, económico y social para desarrollar el programa de cooperación técnica de la OPS/OMS y asegurar un mayor

FIGURA 1. Objetos de estudio de la cooperación científico-técnica de OPS/OMS en Cuba, 1988–1991.



grado de eficacia, efectividad y pertinencia del mismo para el período de 1992 a 1994.

Objetivos

Los objetivos de la evaluación fueron los siguientes:

- 1) analizar las principales políticas y programas nacionales de desarrollo global y sectorial en sus relaciones con los programas de salud;
- 2) describir y analizar la situación de salud y las tendencias observadas principalmente en los últimos cuatro años;
- 3) describir y analizar las principales características demográficas y epidemiológicas y la situación de salud de áreas geográficas y de grupos específicos, analizando principalmente el desarrollo de las Estrategias de Atención Primaria y de los Sistemas Locales de Salud;
- 4) analizar en qué medida la cooperación científico-técnica correspondió a las prioridades formuladas por el país y los objetivos y estrategias globales de la OPS/OMS;
- 5) identificar las prioridades nacionales propuestas para el período de 1992 a 1994 y lo previsto para la cooperación técnica de la OPS/OMS;
- 6) establecer, a la luz del análisis de la situación del país y de las prioridades establecidas en el ejercicio de evaluación, nuevos mecanismos y formas de trabajo que reflejen la coordinación nacional intra e intersectorial; la coordinación entre la representación de la OPS/OMS y las Unidades Técnicas Regionales de la OPS y los Programas Interregionales de la OMS; la coordinación entre agencias del Sistema de las Naciones Unidas, organizaciones no gubernamentales y otras formas de movilizar recursos, y la coordinación horizontal entre países;
- 7) analizar las características estructurales y funcionales de la representación de la OPS/OMS, identificar sus limitaciones, y establecer un programa coherente de desarrollo para lograr que la Oficina del País actúe eficientemente como unidad básica para generar, coordinar, ejecutar y evaluar las coordinaciones de la cooperación científica y técnica de la OPS/OMS en Cuba;
- 8) proporcionar a las autoridades nacionales información sobre las políticas, estrategias, estructuras y procedimientos administrativos de la OPS/OMS.

ANÁLISIS DEL COMPONENTE DE PERFECCIONAMIENTO DEL PERSONAL DE SALUD

Identificación de necesidades

Las necesidades identificadas para la cooperación de la OPS en esta área responden al eje prioritario del Perfeccionamiento de los Recursos Humanos en Salud, con un nuevo enfoque en la Educación Permanente, en que los aspectos referidos a las investigaciones educacionales en salud desempeñan un papel importante para alcanzar un salto cualitativo en este proceso. Todo el trabajo de perfeccionamiento estuvo dirigido a mejorar la calidad de los servicios y a desarrollar dicho trabajo en el contexto de los propios servicios asistenciales. De esta forma Cuba se unirá a la labor emprendida por la OPS de formar una red latinoamericana de colaboración para investigar y proponer otros métodos de capacitación de trabajadores de la salud.

En lo que respecta a la mejor utilización y administración de los recursos asignados a esta área, se dedicó especial interés al Programa de Becas. Por otra parte, en la formación de pregrado de medicina y enfermería se introdujo la metodología propuesta por la OPS en relación con el análisis prospectivo, método basado en la creación de futuros marcos hipotéticos.

El hecho de haber incorporado en el Programa País los aspectos que la Organización valoró y propuso como posible estrategia de cambio, aumenta la importancia de evaluar la cooperación entre Cuba y la OPS/OMS en el área de recursos humanos.

Las necesidades de cooperación se identificaron en un proceso de trabajo apoyado en reuniones interprogramáticas con la participación de las diferentes unidades del MINSAP. Se definió establecer las siguientes áreas de cooperación con la OPS para el cuatrienio:

- perfeccionamiento del personal de salud, desarrollo de las especialidades prioritarias y fortalecimiento del Programa Nacional de Perfeccionamiento;
- calidad y desempeño de los médicos que egresan de los niveles medio, superior y de posgrado;
- superación universitaria de los técnicos de la salud;
- fortalecimiento de la Facultad de Salud Pública.

Programación y ejecución de la cooperación

El Perfeccionamiento de los Recursos Humanos en Salud contempló dos áreas: el fortalecimiento del programa nacional y la superación.

En relación con el primero, se trabajó intensamente en la preparación de un Proyecto de Desarrollo del Perfeccionamiento de los Recursos Humanos hasta el año 2000, denominado Proyecto Salto Cualitativo, que se aplicará paulatinamente en todo el país. Se realizaron varios talleres nacionales e internacionales sobre la educación permanente del personal de salud, y se recibieron además en el último bienio numerosos asesoramientos de la OPS que ayudaron a definir las líneas de trabajo hasta finales de la década. Para el Centro Nacional de Perfeccionamiento Médico y Medios de Enseñanza (CENAPEM), se adquirió equipo de reprografía.

Una actividad relevante desarrollada en esta área de cooperación fue el taller internacional celebrado en Topes de Collantes por el Grupo Regional de Trabajo sobre Investigación Educacional. En él participaron representantes de Bolivia, Brasil, Colombia, Cuba, Chile, Ecuador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Perú y República Dominicana. También contó con la participación del Coordinador del Programa de Recursos Humanos de la OPS/OMS y de un grupo de funcionarios de la Organización. La relatoría de este taller y sus recomendaciones fueron publicadas por la OPS en el fascículo X de su Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 87 de 1991.

El plan de desarrollo de las treinta y cinco especialidades prioritarias constituyó un objeto de cooperación en el área de perfeccionamiento y un complemento de los importantes esfuerzos que realiza el país con sus propios recursos y otros de origen bilateral para desarrollar dichas especialidades. Se puso especial interés en el desarrollo de la enfermería.

El Comité Asesor de Becas, revitalizado después de la reunión de evaluación de becas de diciembre de 1988, está presidido por el Viceministro a cargo de la Docencia y lo integran funcionarios de todas las áreas del MINSAP, designados por los respectivos Viceministros y la Representación de la OPS. La experiencia de dos años de trabajo de este Comité ha dado resultados satisfactorios, como la prolongación de la duración de las becas, la mejor selección del becario, una mayor participación de la mujer y la programación y ejecución de actividades nacionales para multiplicar el conocimiento adquirido.

En la primera etapa, el Comité se dedicó a elaborar documentos normativos y metodológicos sobre los criterios de selección del becario; la pertinencia de la beca; la correspondencia de la beca con las políticas y programas aprobados para el desarrollo de las especialidades prioritarias; la creación de un banco de datos sobre centros de referencia y contrarreferencia; las instituciones de mayor nivel científico; la elaboración de documentación de referencia para el becario; la multiplicación de los conocimientos adquiridos y su reflejo en los resultados del trabajo en los servicios. Se creó un boletín que periódicamente divulga a los especialistas de las diferentes ramas el conocimiento adquirido a través de las becas concedidas.

La Resolución Ministerial No. 97/1991 es el documento legal que define que las becas otorgadas en el extranjero serán tramitadas a través del referido Comité de Becas.

En Cuba se ha dado respuesta a los cinco aspectos fundamentales de la política de becas trazada por la OPS/OMS y en estos momentos se perfeccionan los mecanismos de seguimiento del becario, la multiplicación de los conocimientos adquiridos, el impacto en el servicio y los cambios que se producen en los procedimientos y la calidad de la asistencia médica.

La evaluación del desempeño y calidad del médico egresado en relación con la formación de pregrado fue incorporada en el último bienio al estudio prospectivo de la educación médica. La metodología se basa en la creación de futuros marcos hipotéticos para fijar normas dentro del concepto de la meta de acceso universal a la atención primaria de salud. Se realizaron tres talleres para la preparación del equipo, adecuación del instrumento y prueba de campo. Los resultados de esta investigación fueron presentados en la Conferencia Integrada de las Universidades en América Latina y Salud de la Población, celebrada en La Habana en junio de 1991.

Se dio particular importancia a la preparación del personal en el campo de la automatización y a la adquisición de equipos de computación, para impulsar el desarrollo de los laboratorios docentes que se han puesto en función en los centros de educación médica del país.

Este cuatrienio fue una etapa fructífera en el campo de las investigaciones educacionales en salud, no solo en cuanto a la consolidación de las mismas sino también a la incorporación de Cuba al Proyecto Regional. La reunión de Guatemala celebrada en 1990 sirvió de marco de referencia para que Cuba presentara sus áreas de investigación y su adecuación e inclusión en las ya definidas por otros países de la Región. Durante esta etapa también se terminó la investigación sobre el mercado de trabajo, cuyos resultados dejaron en ejecución dos líneas de estudio: eficiencia y desempeño del personal egresado.

Se definieron las siguientes prioridades de cooperación para el país en el área de enfermería:

- análisis prospectivo de la educación en enfermería;
- educación permanente en enfermería;
- investigaciones sobre la calidad del personal egresado y evaluación de su desempeño (que derivaron de la investigación sobre el mercado de trabajo);
- bibliografía docente para la formación universitaria del personal de enfermería;
- división técnica del trabajo de enfermería y de otros profesionales de la salud;
- la formación posgraduada: maestría y doctorados.

Se realizaron varios talleres para poner en marcha la investigación sobre el estudio prospectivo de la enfermería y se presentó un anteproyecto para instrumentar las maestrías y perfeccionar el plan de estudio de la licenciatura en enfermería en cursos regulares. Junto con el Canadá se elaboró un proyecto de colaboración que, a pesar de no contar aún con financiamiento externo, se ha continuado mediante el trabajo y la participación en reuniones regionales con vistas a establecer una red de colaboración entre varios países de la Región para la formación de recursos humanos en enfermería.

En el cuatrienio se ha llevado a cabo una búsqueda de información sobre la formación universitaria de los técnicos de la salud para preparar el currículo de estudio de la especialidad universitaria en tecnología de la salud. Se realizaron intercambios de experiencia con diferentes universidades de Europa.

La OPS/OMS ha desempeñado un papel importante en el fortalecimiento de la Facultad de Salud Pública. Para ello se han realizado actividades de cooperación dirigidas a:

- analizar la proyección estratégica de la Facultad para los próximos años en relación con la docencia, la investigación y la producción de conocimientos para la elaboración de políticas de salud;
- elaborar, revisar y evaluar los programas de maestrías;
- realizar talleres y conferencias para el desarrollo técnico y docente de los profesores, y
- lograr la participación de asesores como profesores en las maestrías de higiene y epidemiología y administración de salud.

En colaboración con la OPS/OMS, también se confeccionó un nuevo programa para la residencia de higiene y epidemiología y se creó un curso sobre desastres. Al mismo tiempo, se dio particular importancia a fortalecer la infraestructura reprográfica y a actualizar la bibliografía, y se confeccionó un proyecto que está en proceso de análisis para preparar un Centro de Referencia Nacional.

En el último bienio un gran número de asesores y funcionarios de la OPS/OMS, independientemente del objetivo central de su visita, han interactuado con la Facultad de Salud Pública para el perfeccionamiento de la docencia y la investigación, actividades estas de inestimable valor.

Resultados

En síntesis, los siguientes han sido resultados relevantes de la cooperación de la OPS:

CUADRO 1. Indicadores seleccionados sobre becas OPS/OMS-Cuba, bienio de 1990 a 1991.

Indicadores	1990	1991	Total
Recursos financieros	101 095	223 579	324 674
Número de becarios	21	36	57
Meses de becas	55,5	105	160,5
Costo por becario	4 814	6 210	5 696
Costo por mes/beca	1 821	2 129	2 022

Fuente: Base de datos de la representación de la OPS en Cuba.

- desarrollo de la estrategia para el perfeccionamiento del personal del SNS;
- fortalecimiento de las investigaciones educacionales en salud;
- creación y desarrollo del Comité Asesor de becas del MINSAP;
- apoyo al proceso de fortalecimiento y desarrollo de la Facultad de Salud Pública en sus aspectos político, técnico, docente y de investigación;
- contribución al programa de desarrollo de especialidades prioritarias.

Discusión

Como resultado de haber dado prioridad a la formación de recursos humanos en salud, Cuba dispone actualmente de un gran potencial en este campo. Por consiguiente, la prioridad será, en vez de la formación, el perfeccionamiento.

Se reconoció el papel de la participación y apoyo de la OPS en la formación de los técnicos medios.

Se consideró que las capacidades instaladas en instituciones se emplearán para el salto cualitativo del perfeccionamiento; asimismo, la educación continuada pasará a una etapa superior de educación permanente.

El desarrollo tecnológico adquirido por los servicios de salud exige que haya un personal mejor calificado. Esto dio origen a la licenciatura en tecnología de la salud, que es una de las experiencias docentes más ricas de América Latina. De igual forma, la dirección fundamental del desarrollo en enfermería será hacia la licenciatura.

En el pasado se prestaba especial atención a la organización de la enseñanza, pero la práctica demostró que ello no era suficiente y que el papel central en ese sentido lo tienen la organización de los servicios de

salud y la integración en la comunidad de la atención médica, la docencia y la investigación.

Durante las diferentes sesiones de trabajo se abordaron los problemas de calidad desde diferentes perspectivas, como la gerencial, la epidemiológica y la docente. Ello presupone la necesidad de integración y trabajo en equipo para lograr un buen desempeño profesional.

Se discutió que el perfeccionamiento incluye aspectos de la condición humana íntimamente ligados a la ética individual y comunitaria. También se comentó que la calidad de la enseñanza debía medirse en términos de la modificación de las condiciones de salud, así como del impacto de los servicios en la satisfacción de la población. Estos elementos tienen su mayor expresión en los equipos multidisciplinarios de la atención primaria de salud.

Se volvió a considerar el papel de la epidemiología como enfoque básico de trabajo para el médico y la enfermera de familia, poniéndose énfasis en prestar especial atención al aprendizaje activo del enfoque epidemiológico desde la etapa de pregrado. De igual manera se analizó el valor de instituciones tales como el Centro Nacional de Perfeccionamiento en Salud y la Facultad de Salud Pública, en el desarrollo de los recursos humanos a través de la educación permanente.

El país ha dado respuesta en los cinco aspectos fundamentales trazados en la política de becas de la OPS/OMS. En este sentido, el Comité de Becas ha contribuido a una mejor utilización de los recursos asignados y en el momento actual se perfeccionan los mecanismos de seguimiento de becarios, la multiplicación de los conocimientos adquiridos, el impacto en los servicios y los cambios que se producen en los procedimientos técnicos y en la calidad de la atención médica.

Se estimó que realizar actividades tales como el III Congreso de Higiene y Epidemiología, el III Seminario de Atención Primaria de Salud, la Conferencia Internacional de Hospitales de Referencia Nacional, la Conferencia Integrada de Universidades Latinoamericanas y los Seminarios preliminares en Quito, Caracas y La Habana para la preparación de la UDUAL —siempre que estas estén bien estructuradas y concebidas— aporta una gran experiencia y un importante caudal de conocimientos que influyen en el perfeccionamiento de los recursos humanos. De ello se desprende la necesidad de valorarlas en el marco de cooperaciones futuras.

También se valoró el propósito que tiene el SNS cubano en la especialización de sus recursos, determinándose que el papel de mayor relevancia en el momento actual lo tiene la especialización en Medicina General Integral. Esta posee un programa de formación muy novedoso y en consonancia con los requerimientos de la atención primaria de salud.

Desde 1989, Cuba ha comenzado a divulgar sus ofertas con respecto a las investigaciones educacionales en salud, no solo en su consoli-

dación, sino también por la incorporación de Cuba al proyecto regional. La Reunión efectuada en Guatemala en 1990 sirvió de marco para que Cuba presentara sus áreas de investigación y lograra su adecuación e inclusión en las ya definidas por otros países de la Región.

Recomendaciones

- 1) Cuba debe continuar trabajando en la educación permanente para contribuir al perfeccionamiento de los recursos humanos, poniendo énfasis en la licenciatura en tecnología de la salud, la licenciatura en enfermería y la especialidad en medicina general integral.
- 2) Deben seguirse desarrollando investigaciones educacionales en salud que permitan evaluar el desempeño profesional y la calidad del personal egresado y transmitir los resultados al proyecto regional.
- 3) Es importante abordar interdisciplinariamente los aspectos relacionados con la calidad de los servicios de salud.
- 4) Dado el caudal de conocimientos y experiencias que se logra en las conferencias, seminarios y talleres, se deberá continuar contribuyendo a su desarrollo y participando en los mismos a través de la cooperación de la OPS.
- 5) Es necesario continuar perfeccionando el trabajo del Comité Asesor de Becas, así como la transmisión de su experiencia a otros países de la Región, a través de la OPS. Un mecanismo similar deberá de aplicarse para divulgar las ofertas de becas que hace el país.
- 6) Hay que continuar el desarrollo estratégico del perfeccionamiento de los recursos humanos de salud. Puesta en marcha del Proyecto Salto Cualitativo, resultado de su aplicación en la provincia de Pinar del Río.
- 7) Debemos continuar fortaleciendo la Facultad de Salud Pública y poner en marcha nuevas maestrías.
- 8) Es preciso fortalecer la formación y el perfeccionamiento de los recursos humanos en enfermería y en tecnología de la Salud.

NOTICIAS

UNA INICIATIVA PARA LA EDUCACION DE PROFESIONALES DE LA SALUD CON PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD: LA EXPERIENCIA DE LONDRINA

Educación Médica y Salud desea dar a conocer la iniciación de un proyecto multiinstitucional, dirigido por la Universidad Estatal de Londrina en Paraná, Brasil, que involucra a las escuelas de medicina, enfermería, odontología, farmacia, bioquímica y fisioterapia, así como a los servicios de salud de las secretarías municipal y estatal de salud y a la comunidad organizada en la región sur del municipio de Londrina. Esta región está constituida por 14 barrios y 7 distritos rurales y tiene 94 000 habitantes. Existen en la zona dos hospitales generales, un centro y 19 puestos de salud.

En este contexto sociocultural y político se desarrolla un amplio conjunto de actividades orientadas a la formulación de un modelo académico que se apoye en la interdisciplinariedad; la construcción de un currículo basado en la solución de problemas; la investigación biomédica, operativa y educacional; la articulación de los ciclos básicos y clínico, y el uso de nuevos modos de evaluar el aprendizaje. También forman parte de la experiencia el diseño y desarrollo de un modelo diferente de distrito sanitario caracterizado por proveer una atención de salud integral a través de la acción de equipos multiprofesionales; un sistema de referencia y contrarreferencia; el perfeccionamiento de los servicios de apoyo; nuevas formas de práctica profesional, y un amplio programa de educación continuada.

El proyecto tiene como fundamento metodológico el planeamiento estratégico-situacional y permite una amplia participación de profesionales de las instituciones involucradas y la comunidad. El proceso de planeación incluyó la celebración de una conferencia local de salud, donde se identificaron los principales problemas sociales y sanitarios de la Región para poder orientar la programación de acciones prioritarias en el marco del proyecto. La experiencia, que se inició a finales de 1992, tiene como uno de sus objetivos a largo plazo acumular experiencia sobre los resultados obtenidos para evaluar su impacto en términos de cambios que puedan ocurrir en el plano académico y que afectan conjuntamente a la educación médica y al desarrollo de servicios. El proyecto forma parte de una red de 14 proyectos latinoamericanos que reciben el apoyo financiero de la Fundación Kellogg, dentro de su Programa UNI.

XXX CONGRESO BRASILEIRO DE EDUCACION MEDICA

Del 16 al 20 de noviembre de 1992 tuvo lugar en Londrina, Brasil, el XXX Congreso Brasileiro de Educación Médica, patrocinado por la Asociación Brasileira de Educación Médica y la Universidad Estatal de Londrina. El encuentro implicó la realización simultánea del II Foro Nacional de Evaluación de la Enseñanza Médica y dio lugar a la discusión de temas muy diversos, entre los cuales destacaron: "Los desafíos para la educación médica frente a las conclusiones de la IX Conferencia Nacional de Salud", "Los desafíos para la educación médica para el próximo milenio", "La educación médica en América Latina: 20 años después del estudio de Juan César García", "La educación médica, los hospitales universitarios y los SILOS", y "La educación médica continuada y permanente: el papel de las escuelas, los servicios y las entidades". Durante una importante sección de temas libres se enfocaron distintos temas relacionados con la problemática educativa en medicina y revistió particular interés una serie de experiencias innovadoras sobre la evaluación del aprendizaje y de los procesos educativos en medicina. Al encuentro asistieron aproximadamente 300 personas, la mayoría procedentes de las escuelas médicas del Brasil, con alguna participación de docentes argentinos y uruguayos.

CONFERENCIA MUNDIAL DE EDUCACION MEDICA Y PROGRAMA DE RECURSOS HUMANOS DE LA OPS

En agosto de 1993 tendrá lugar en Edimburgo, por segunda vez consecutiva, la Conferencia Mundial de Educación Médica, cuyo tema central será los cambios en la práctica y la educación médica. Las instituciones educativas y los organismos que tienen relación con el quehacer de la práctica y la educación en el campo de la medicina, se aprestan a contribuir al debate universal sobre el tema, mediante una serie de reflexiones, discusiones y análisis de documentos que se han estado preparando al respecto. El Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) convocó a todo su personal de la sede y de los países a una reunión de trabajo en Washington, DC, Estados Unidos de América, la última semana de septiembre de 1992. Se analizaron tres documentos preparados especialmente para la reunión, con miras a consolidar algunas ideas y planteamientos que sirvieran de base para construir progresivamente una propuesta latinoamericana.

El documento básico ha sido sometido a la consideración de los cuerpos docentes y administrativos de las escuelas médicas, después de consultar a los decanos y profesores de las mismas en los países de Centroamérica, Brasil y la República Dominicana en noviembre de 1992. En el curso de 1993 se han incorporado al proceso las escuelas de la Subregión Andina, que se reunieron en Cartagena en febrero pasado, y se unirán las

de Argentina en marzo y las de México en abril. Están previstos encuentros similares de las escuelas médicas de Cuba, Chile, Paraguay y Uruguay, entre mayo y julio próximos.

NUTES: VEINTE AÑOS DE VIDA

El Núcleo de Tecnología Educacional para la Salud (NUTES) de la Universidad Federal de Rio de Janeiro, Brasil, ha cumplido 20 años de vida el pasado 2 de diciembre de 1992. El Programa Regional de Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS se complace en consignar esta fecha importante y augura una continuidad de muchos años a la fructífera labor que la institución ha desarrollado en el Brasil y en América Latina.

NUTES estuvo siempre ligado a la OPS y en especial a este Programa. Desde su fundación ha constituido el componente nacional del Centro Latinoamericano de Tecnología Educacional para la Salud (CLATES-Rio), que diseminó por la Región el conocimiento que surgía en el campo metodológico, así como propuestas transformadoras orientadas a mejorar la educación en ciencias de la salud, especialmente en el pregrado profesional, y el personal de los servicios de salud. Hasta 1983 se trataba de NUTES-CLATES; luego la tarea quedó exclusivamente en manos de NUTES, pero la proyección latinoamericana a través de cursos y talleres en la sede y fuera de ella se constituyó en un instrumento fundamental de apoyo a los esfuerzos por formar profesores de medicina, enfermería, odontología y otras disciplinas. Produjo, además, un importante caudal de material educativo de todo tipo y fue pionero en la irrupción de nuevas tecnologías (como la televisión) aplicadas a la docencia. Lo anterior fue producto del esfuerzo sostenido de distintos grupos de profesionales de la salud y de la educación que laboraron en NUTES en sus distintas épocas, así como a los gestores de la idea y conductores del respaldo permanente que se brindó desde el Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS.

Al hacer esta remembranza, *Educación Médica y Salud* felicita y reconoce a los funcionarios y empleados de NUTES que han contribuido de distintas formas, durante los últimos veinte años, a concebir, construir y proyectar en la Región a esta institución que da mayor prestigio a la Universidad Federal de Rio de Janeiro y a los educadores en salud de América Latina.

IV CONGRESO CUBANO DE MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA

Bajo los auspicios de la Sociedad Cubana de Microbiología y Parasitología y del Instituto Pedro Kourí tendrán lugar, durante la última

semana del próximo octubre, el IV Congreso Cubano de esa especialidad y el I Congreso de Medicina Tropical. El propósito de estos encuentros es juntar a especialistas dedicados a la investigación y la atención de salud en medicina tropical, parasitología, microbiología y epidemiología de las enfermedades transmisibles, propiciando así el intercambio de experiencias y la discusión de los resultados del trabajo científico en estos campos. En ese marco se tratarán temas tales como la enfermedad diarreica aguda, las fiebres hemorrágicas, el control de vectores, las zoonosis, el SIDA, la microbiología del ambiente, las enfermedades de transmisión sexual, la biología molecular y bio-ingeniería, la vigilancia epidemiológica, la hepatitis viral, la malaria y las infecciones hospitalarias. Se han programado varios cursos pre-congreso, así como sesiones especiales sobre dengue hemorrágico, el control de la poliomielitis, la malacología médica, y la vacuna contra el meningococo.

Las personas interesadas podrán obtener mayor información y detalles escribiendo al Dr. Gustavo Kourí Flores, Presidente del Comité Organizador, Instituto Pedro Kourí, Apartado 601, Marianao, La Habana, Cuba.

LIBROS

LA CRISIS DE LA SALUD PUBLICA: REFLEXIONES PARA EL DEBATE

Es la Publicación científica 540, publicada en 1992 por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que compila en sus 280 páginas los resultados de "uno de los esfuerzos generales de cooperación más sostenidos de la OPS/OMS en el área de educación en Salud Pública, especialmente a nivel de posgrado". Es, a la vez, una primera exteriorización documental acerca de lo que se ha logrado hasta ahora en el desarrollo de un proceso que la OPS impulsa con gran interés y que se manifiesta en la necesidad de redefinir el espacio de la teoría y la práctica de la salud pública, de "repensar la prioridad que se le ha otorgado y de dar a ese interés una expresión concreta".

El Director de la OPS, Dr. Carlyle Guerra de Macedo, sintetiza la relevancia del contenido, en términos de las expectativas que la obra ha creado, cuando señala que el libro "pretende servir de acicate, estímulo o provocación para un debate subregional, nacional e institucional más específico y más idóneo a los diferentes contextos, en un esfuerzo por generar un movimiento para desarrollar la salud pública en el continente". Y más adelante refuerza esta idea al indicar que a partir de los avances aquí publicados "se espera que sea posible revitalizar y reorientar donde corresponda el servicio, la investigación y la docencia en el campo de Salud, dentro del marco de la nueva ética de desarrollo global a que aspiran nuestros pueblos".

La obra, que se publica también en inglés con el título *The Crisis of Public Health: Reflections for the Debate*, ha sido creada a través de un proceso de trabajo colectivo dirigido por el Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS, con la participación de los Programas Regionales de Análisis de la Situación de Salud y sus Tendencias y de Salud Ambiental, así como de la Coordinación de Investigaciones, todos de la OPS. Contribuyeron asimismo en una primera etapa la Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública (ALAESP) y la Asociación de Escuelas de Salud Pública (ASPH) de los Estados Unidos de América. Las contribuciones individuales reflejan la experiencia y cono-

cimientos de distinguidas autoridades en el campo de la salud pública de América y Europa, tales como Robin F. Badgley, Julio Frenk, Donald Henderson, Eduardo L. Menéndez, Enrique Nájera, Gilbert S. Omenn, Jairnilson Silva Paim, Hernán Sandoval, David Tejada, Milton Terris, Mario Testa, Carlyle Guerra de Macedo y José Roberto Ferreira, así como de los participantes del Grupo de Consulta sobre el tema, que se reunió en Nueva Orleans en 1991. Las deliberaciones del Grupo se resumen en la parte III del libro.

Quien desee adquirir esta publicación en español (ISBN 92 75 31540 X) o en inglés (ISBN 92 74 11540 0) debe solicitarla a la Oficina de Distribución y Ventas, Organización Panamericana de la Salud, 525 23rd St., N.W., Washington, DC 20037, EUA. Fax: (202) 338-0869; tel. (202) 293-8129. Precio: US\$ 28,00; US\$ 21,00 en los países en desarrollo.

SALUD INTERNACIONAL: UN DEBATE NORTE-SUR. INTERNATIONAL HEALTH, A NORTH-SOUTH DEBATE.

La Serie Desarrollo de Recursos Humanos ha divulgado recientemente su publicación No. 95, que responde, en sus dos versiones (en inglés y en español), a los títulos señalados arriba. Está constituida a base de los materiales que fueron presentados para discusión en el seminario sobre "Salud Internacional: un campo de estudio y de práctica profesional" que tuvo lugar en la ciudad de Quebec, Canadá, en marzo de 1991. El seminario fue una iniciativa de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y para su organización y desarrollo se contó con la colaboración del Ministerio de Salud y Bienestar Social de Canadá y del Ministerio de Salud y Servicios Sociales de Quebec.

Tal como se informó en su oportunidad, en las discusiones que tuvieron lugar en ese Seminario participaron profesionales originarios de Argentina, Brasil, Canadá, Chile, Estados Unidos de América, México y Perú, además de funcionarios de la Organización Mundial de la Salud y de la OPS. Las contribuciones relevantes en el encuentro, que constituyen un componente fundamental del libro, procedieron de diferentes campos y disciplinas, particularmente de sociología, salud pública, enfermería, ciencias políticas, ecología y economía. Como resultado de dichas contribuciones el seminario se convirtió en un espacio de debate sobre lo que constituye la salud internacional. En él se resaltaron las profundas limitaciones de la acepción prevalente, que reduce el objeto de estudio a la salud de los países en desarrollo.

El libro reseñado en estas páginas busca ampliar el debate iniciado en Quebec y explora el tema desde nuevas perspectivas, especialmente la latinoamericana. El equipo editorial estuvo integrado por José Roberto Ferreira, Charles Godue y María Isabel Rodríguez, todos miembros del Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS.

RECURSOS HUMANOS EN SALUD: EL CASO DE VENEZUELA

Martha Rodríguez de González y Tirsis Quezada Aliff son dos estudiosas e investigadoras de los problemas del área de recursos humanos en América Latina, y particularmente en Venezuela. Los resultados de sus esfuerzos en este campo han sido publicados en distintas revistas científicas de Venezuela y de otros países de la Región y son fuente importante de información para los estudios impulsados por la OPS en las Américas sobre asuntos que atañen a la Fuerza de Trabajo en Salud.

Uno de sus esfuerzos más recientes se refleja en las páginas del libro indicado arriba, publicado en 1992 por la Universidad Central de Venezuela con sede en Caracas. Según las autoras, la obra analiza "la situación de los trabajadores de la Salud en Venezuela en el período comprendido entre 1976 y 1984, a la vez que hace proyecciones para el año 2000 en relación a la oferta y demanda de profesionales de la medicina, la enfermería, el campo de bioanálisis y los técnicos medios". La obra se considera de utilidad para los que trabajan en el área de formación de personal, así como para el personal de las entidades empleadoras y gremiales. Incluye una propuesta para la organización de un Sistema de Información Permanente a partir de los criterios que se utilizaron en la investigación que dio origen al libro. Aporta a los nuevos conocimientos sobre el Mercado de Trabajo en Salud, a la vez que enriquece la bibliografía latinoamericana sobre el tema, del que aún se conoce poco en la Región. La investigación realizada y la obra que aquí comentamos fueron posibles gracias al apoyo de la OPS y de la Asociación Venezolana de Investigación en Salud.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

La Oficina Sanitaria Panamericana —denominada hasta 1923 Oficina Sanitaria Internacional— se originó a raíz de una resolución adoptada por la Segunda Conferencia Internacional de Estados Americanos (México, enero de 1902) en la que se recomendaba celebrar “una convención general de representantes de las oficinas de salubridad de las repúblicas americanas”. Dicha convención (Washington, DC, 2–4 de diciembre de 1902) estableció la Oficina con carácter permanente. El Código Sanitario Panamericano (La Habana, 1924), ratificado por los gobiernos de las 21 repúblicas americanas, asignó funciones y deberes más amplios a la Oficina como órgano central coordinador de las actividades sanitarias internacionales en las Américas. La XII Conferencia Sanitaria Panamericana (Caracas, 1947) aprobó un plan de reorganización en virtud del cual la Oficina se convirtió en el órgano ejecutivo de la Organización Sanitaria Panamericana, cuya Constitución fue aprobada por el Consejo Directivo en su primera reunión (Buenos Aires, 1947). Durante la XV Conferencia Sanitaria Panamericana (San Juan, Puerto Rico, 1958) se decidió cambiar el nombre de Organización Sanitaria Panamericana por el de Organización Panamericana de la Salud. La Oficina, en cambio, permaneció con el mismo nombre.

En virtud de lo acordado en 1949 entre la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Oficina Sanitaria Panamericana desempeña las funciones de Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas. La Organización Panamericana de la Salud funge también como organismo especializado interamericano en la esfera de la salud pública y goza de la más amplia autonomía para cumplir con sus objetivos.

Los propósitos fundamentales de la Organización Panamericana de la Salud son promover las acciones y coordinar los esfuerzos de los países del continente tendientes a combatir las enfermedades, prolongar la vida y estimular el mejoramiento físico y mental de sus habitantes. Con el fin de lograr estos propósitos, la OPS colabora con los Gobiernos Miembros en el desarrollo y perfeccionamiento de los servicios nacionales y locales de salud pública, fomenta la investigación y el desarrollo de tecnologías, facilita los servicios de consultores, concede becas, organiza seminarios y cursos de capacitación, coordina las actividades que llevan a cabo los países en relación con problemas comunes de salud pública, recopila y distribuye información epidemiológica y datos de estadísticas de salud y desempeña diversas funciones afines. A través de sus publicaciones, la OPS disemina información científica y técnica de carácter internacional.

Gobiernos Miembros: Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil, Canadá, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, Dominica, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de América, Grenada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, San Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay, Venezuela. **Gobiernos Participantes:** Francia, Reino de los Países Bajos, Reino Unido.

Cuerpos Directivos: Conferencia Sanitaria Panamericana (reunión cuatrienal), Consejo Directivo (reunión anual), Comité Ejecutivo (dos reuniones ordinarias al año).

Oficina Sanitaria Panamericana: Dr. Carlyle Guerra de Macedo, Director; Dr. Robert F. Knouss, Director Adjunto; Dr. George A. O. Alleyne, Subdirector.

CUBA: RECURSOS HUMANOS EN LA ATENCION
PRIMARIA DE SALUD • PLANIFICACION DE LOS
RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD •
LA FORMACION DE PERSONAL DE ENFERMERIA Y
TECNICOS DE LA SALUD • LA FORMACION DEL
MEDICO GENERAL BASICO EN CUBA • NUEVA ESTRATEGIA
CURRICULAR EN LA FORMACION DEL ESTOMATOLOGO
GENERAL • EL SISTEMA DE FORMACION DE
ESPECIALISTAS EN CUBA • LA MEDICINA GENERAL
INTEGRAL • LA CAPACITACION DE LOS
TRABAJADORES DE LA SALUD • CAPACITACION DE
RECURSOS HUMANOS PARA LA DIRECCION
DE LOS SERVICIOS DE SALUD •
EL PERFECCIONAMIENTO Y LA EDUCACION
PERMANENTE DE LOS RECURSOS HUMANOS DE SALUD •
RESEÑA • NOTICIAS • LIBROS

