

M o d e l o e d u c a t i v o o r i e n t a d o a l a A t e n c i ó n P r i m a r i a d e S a l u d .
T e a c h i n g m o d e l l e a d t o P r i m a r y H e a l t h C a r e .

Niurka Taureaux Díaz, niurka.toro@infomed.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Cuba, Metodóloga, Profesora auxiliar.

Lilia Turquina González Cárdenas, lili@infomed.sld.cu, Escuela Nacional de Salud Pública, Cuba, Metodóloga, Profesora auxiliar.

Elisa Gasca Hernández, gazca@infomed.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Cuba, Jefa departamento MGI, FCM “General Calixto García”, Profesora auxiliar.

Resumen: Introducción: La Universidad médica cubana forma profesionales integrales, capaces de asegurar la continuidad histórica de un sistema de salud. Se necesita formar profesionales con altos valores y preparación, que sean capaces de resolver los problemas de salud de la población por lo que nuestro modelo educacional se concibe a partir de la práctica y el quehacer en salud. Pretendemos una Universidad de calidad, insertada plenamente en los servicios de salud porque la formación integral del profesional de la salud necesita un “sistema de influencias” por lo que la misma debe contar con una fuerte proyección comunitaria, extensionista y comprometida socialmente. Son razones válidas para marchar hacia el perfeccionamiento para la excelencia médica. Objetivo: exponer la experiencia cubana en el desarrollo de la formación de médicos con enfoque hacia la Atención Primaria de Salud (APS) desde el pregrado. Materiales y métodos: Se trata de un estudio cualitativo de carácter descriptivo donde se emplearon métodos teóricos a fin de realizar el análisis y síntesis de la revisión documental y bibliográfica sobre la temática referida al objeto de la investigación, teniendo en cuenta los planes de estudios realizados desde el año 1984 hasta la fecha. Resultados: el diseño curricular del plan de estudios implementado en 1984 y los perfeccionamientos realizados a este inicial, responden, desde el macro currículum hasta el microcurrículum, a satisfacer las demandas del sistema de salud cuya base es la APS. Conclusiones: los modelos educativos revisados contienen las premisas relativas al modelo orientado a la APS.

Palabras clave: Modelo educativo, Atención Primaria de Salud, diseño curricular.

I. INTRODUCCIÓN

El diseño curricular del plan de estudios de Medicina de 1985 ^(1, 2) se fundamentó en algunos de los siguientes principios básicos: contribuir a la formación de la personalidad socialista de los estudiantes, promover la concepción integral, no biomédica de la medicina, realizar integraciones y coordinaciones verticales y horizontales en el diseño, estimular el enfoque integral de cada persona, sana o enferma y evaluar los aspectos promocionales, profilácticos, curativos y de rehabilitación y darle espacio apropiado en el diseño a las ciencias socio médicas y a la práctica en la Atención Primaria de Salud (APS).

Quedando definida la orientación del diseño curricular sobre estos principios generales, lo más significativo e importante es el haber declarado como principios rectores a la educación en el trabajo y la Integración Docente Asistencial Investigativa (IDAI), que a juicio de la autora han singularizado la enseñanza de la medicina en Cuba.

El modelo curricular que sustenta este plan de estudio, está centrado en objetivos, con derivación gradual de éstos y con la necesidad de definirlos en función de acciones. Nuestro sistema educativo ha asumido la categoría didáctica de objetivo como rectora, determinante para la planificación y organización de todo el proceso docente educativo, pues como se refiere ⁽³⁾ el sistema de objetivos generales conforman el así llamado modelo del profesional.

Los planes y programas tradicionalmente han estado determinados por una dimensión científica y la selección de los contenidos a incluir ha tomado como criterio fundamental, los temas tradicionales y actuales de una ciencia particular, sin valorar en toda su extensión la relación con otras disciplinas y asignaturas que preceden o se desarrollan al mismo tiempo o en posteriores semestres, ocasionando repeticiones innecesarias y no pocas veces contradicciones en el enfoque y forma de abordaje de determinadas situaciones, provocando confusión y desconcierto entre los estudiantes. ⁽⁴⁾

II. MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio cualitativo de carácter descriptivo donde se emplearon métodos teóricos a fin de realizar el análisis y síntesis de la revisión documental y bibliográfica sobre la temática referida al objeto de la investigación, con un análisis de la bibliografía relacionada con la temática investigada desde el año 1984 hasta la fecha.

III. RESULTADOS

En la medida que se ha desarrollado el sistema del médico y enfermera de familia, se ha alcanzado una cobertura prácticamente completa de la población y los egresados pueden alcanzar mayor madurez y nivel profesional, científico-técnico y académico, a partir de que ha sido factible incrementar progresivamente en el currículo el espacio de la A.P.S. y el Policlínico. ⁽¹⁾

Así, además de Sociedad y Salud, estancia introductoria de la carrera (devenida después en Introducción a la Medicina General Integral (M.G.I.), Teoría y Administración de Salud e Higiene y Epidemiología (devenidas luego en Salud Pública) y de la rotación en M.G.I. del Internado, aparecieron M.G.I. I (Sanalogía), M.G.I. II, e Introducción a la Clínica, luego el Internado se transforma de práctica preprofesional en práctica profesionalizante, realizado desde la A.P.S., al asumir el interno la atención directa a un sector de población, bajo supervisión profesoral.

Con las transformaciones en la infraestructura y equipamiento de los Policlínicos a partir del año 2001 se desarrolló el “Proyecto Policlínico Universitario” (P.P.U.), que incluyó el desarrollo de las asignaturas de las ciencias básicas biomédicas en el Policlínico, la inserción de los educandos en los consultorios para un mayor nivel de penetración con el modelo profesional y posibilitar grados crecientes de correspondencia básico-clínica-comunitaria”.⁽¹⁾

En el P.P.U. el aprendizaje se centró en el protagonismo estudiantil, la acción de los profesores es instructiva (promueve la construcción del conocimiento por el educando facilitando la asimilación de la teoría mediante la interacción de aquéllos con el objeto de estudio y los medios de enseñanza) y educativa (función paradigmática del tutor y demás profesores). El aporte de los medios de enseñanza, como videos y software educativos, brindó la base de información teórica orientadora, junto con la literatura docente, la guía de estudio y la acción formativa de profesores. El tutor era un médico de familia, que sirvió de modelo profesional a los educandos que con él trabajaban (educación en el trabajo). El profesor que se desempeñaba como facilitador era un profesional preferentemente del entorno de la A.P.S. que asumía la función de orientador y consultor de los alumnos acerca de los contenidos teóricos que se impartían. En el caso del área clínica, siempre fue un médico especialista de MGI o de la especialidad que se trataba. Orientando la búsqueda de la información, su correlación con la educación en el trabajo y la mejor utilización de la guías de estudio.

Estas transformaciones en la metodología y escenarios docentes requirieron de una adecuación curricular que facilitara el logro de los objetivos que se deseaban alcanzar. Más que una reformulación curricular completa se trató de un perfeccionamiento de las unidades curriculares en busca de una nueva correspondencia horizontal (dentro del ciclo y el año académico correspondiente) y vertical (dentro de la disciplina rectora y en correspondencia con los materias y estancias de cada año). Implica establecer y organizar en el Policlínico actividades asistenciales que soporten la educación en el trabajo de contenidos históricamente impartidos en el hospital (el ejemplo más demostrativo lo constituyen las estancias cortas de 5º año).⁽¹⁾

En el perfeccionamiento realizado en el año 2006⁽¹⁾ se trabajó en las primicias de la Disciplina principal integradora (DPI) y se dejan establecidas que las asignaturas que la conforman son aquellas que tienen educación en el trabajo, en el año 2010, cuando se produce un nuevo ciclo en el trabajo de perfeccionamiento curricular en la carrera Medicina se trabaja entonces con el concepto de estancias revertidas, cuya esencia defiende la presencia del estudiante en los escenarios de formación de la APS aún cuando estuviera rotando en el ámbito hospitalario, con el objetivo de propiciar el desarrollo de modos de actuación compatibles con el campo de acción y esferas de actuación descritas desde el modelo del profesional que se defiende.

Tendencias en desarrollo curricular.

Históricamente la educación médica ha mostrado permanentes movimientos de cambio, de revisión y de cuestionamiento hacia los modelos vigentes, posibles y necesarios que se fueron proponiendo para ofrecer una mejor calidad.⁽⁵⁾

En la época moderna, no hay duda que el punto más influyente ha sido la presentación hace más de 100 años del informe escrito por Abraham Flexner sobre lo que debiera ser la educación médica. Ese informe apareció como reacción a un sistema que si bien tenía la virtud de la enseñanza individual, con el aprendiz y su maestro como centro de la enseñanza, sin embargo adolecía de suficientes bases científicas, institucionales. Flexner puso un énfasis particular en tres áreas: el incremento de las ciencias básicas, el desarrollo de una estructura institucional más adaptada a lo que las sociedades necesitaban, y que

pudiera incorporar elementos de enseñanza comunitaria y en tercer lugar el reconocimiento de las características sociales y personales de los estudiantes.⁽⁵⁾

De éstas tres propuestas sólo la primera fue incorporada e implementada, lo que tuvo gran impacto puesto que se produjo una explosión en el número de escuelas de medicina que basaron su enseñanza y prestigio en la transmisión y luego la generación de conocimientos de las ciencias sobre las que se fundarían luego las ciencias clínicas.⁽⁶⁾

La autora considera que si bien en otras partes del mundo las otras dos propuestas quedaron en el olvido en una parte importante de las universidades, desde hace algunos años están siendo incorporadas y valoradas por las escuelas de medicina en diversos países, incluida Cuba, donde se produjo un acercamiento a la segunda con el desarrollo de una estructura institucional más adaptada a lo que la sociedad necesitaba y eso se hizo más evidente en Cuba desde 1984 con el desarrollo de la APS y el programa del médico y la enfermera de la familia y la implementación en 1985 de un plan de estudios cuyo egresado satisfizo las expectativas de este nivel de atención, teniendo en cuenta las necesidades de aprendizaje propias del especialista de Medicina General Integral.

Un siglo después de la publicación de este documento refundacional, algunos autores consideran que es tiempo para proponer nuevas definiciones y visiones^(7, 8, 9). Aun cuando la educación médica de pregrado ha mejorado mucho desde hace un siglo, adolece sin embargo de numerosas falencias debido al dominio hegemónico de un modelo biomédico exclusivo, obsoleto y omnipresente en la mayoría de los currículos.⁽⁷⁾

La autora reconoce que la educación médica debe renovarse si se desea seguir el ritmo de las transformaciones de la práctica médica y adaptarse a la mejor comprensión que se tiene de los procesos de adquisición de los conocimientos.

Brailovsky considera que remontando en el tiempo se observa desde siempre el uso de dos modelos diferentes para entender la enfermedad humana y el rol de la medicina: el modelo biomédico clásico y el modelo centrado en la persona (Cuadro 1).⁽⁶⁾

Cada uno de estos modelos presenta una orientación y un enfoque particular como expresión de filosofías muy distintas.⁽¹⁰⁾ Desde hace muchos años, el enfoque biomédico ha tenido una preponderancia casi total. Ha sido sin ninguna duda de una eficacia real para explicar y curar numerosas enfermedades, pero es incompleto y ya no es ni suficiente ni satisfactorio.

Cuadro 1. Los dos modelos dominantes en educación médica:

Modelo biomédico clásico	Modelo del enfoque centrado sobre la persona
Reduccionista: pone el acento sobre lo que es “defectuoso” y lo repara	Enfoque sistémico: se interesa a la situación global – el paciente en su globalidad y del contexto
El cuerpo es “una máquina”	El cuerpo es un “organismo”
Corregir el mecanismo defectuoso	Aprovechar el poder de la curación natural
Causalidad lineal, causa única y pensamiento dicotómico (sea una, sea la otra)	Causalidad compleja, p. ej: teoría de la complejidad y del pensamiento incluyente (también / y)
Distinción entre cuerpo y espíritu	Integración del cuerpo y del espíritu
Acento puesto sobre la enfermedad, como entidad distinta de la persona	Acento puesto sobre la persona y sus vivencias, cualquiera que sea el problema
Puesta en valor de las ciencias fundamentales tradicionales: fisiología, anatomía, patología, etc.	Integración de las ciencias del comportamiento y de las ciencias humanas a las ciencias biológicas y demográficas

Búsqueda de la certeza	Aceptación de la inevitabilidad de la incertidumbre
El médico debe mantenerse como observador imparcial y desligado, el médico es un científico clínico	El médico debe comprometerse y tener en cuenta su subjetividad y su cociente emocional, el médico es un "curador"

Fuente: Mann, 2011

La autora suscribe que tenemos la obligación de restablecer este equilibrio pedagógico. Los pacientes esperan mucho más que una buena experticia técnica. Esperan y exigen médicos que establezcan lazos en el plano humano, que los escuchen atentamente y que los hagan participar de las decisiones que les conciernen. Los esfuerzos realizados para completar el modelo biomédico constituyen un paso en la buena dirección. Pero no tienen en cuenta los déficits fundamentales del enfoque reduccionista clásico que percibe el cuerpo humano como una máquina e ignora las interacciones complejas entre el espíritu, el cuerpo y el entorno que ofrecen enfoques globales al cuidado de los pacientes.

A partir del informe de Flexner hubo muchos otros informes y propuestas que tuvieron mayor o menor influencia en la enseñanza.⁽¹¹⁾ En 1984 tuvo gran impacto en América del Norte el informe GPEP (General Professional Education of the Physicians) que puso mucho énfasis en el proceso del aprendizaje, como muestra de la corriente constructivista de la época, y su fundamento filosófico: que el aprendizaje debe ser autónomo, activo e independiente. El proceso educacional formal debiera en particular ayudar los estudiantes a desarrollar la aptitud y el deseo de adquirir y aplicar los conocimientos a la resolución de problemas. También hizo hincapié en la importancia de incorporar a los estudios de medicina a las ciencias del comportamiento y las ciencias sociales.⁽¹²⁾

Al reporte GPEP le siguieron en los últimos años varios proyectos, originados predominantemente en los países desarrollados, tales como el MSOP (Medical School Objectives Project) en EEUU, el CanMeds en Canadá, el Tomorrow's doctors de Gran Bretaña, y el Médico del Futuro de la Fundación Educación Médica en España.⁽¹³⁾ Todas estas propuestas eran similares en sus contenidos, están vigentes todavía y sirven de base a la movilización intelectual que se está produciendo nuevamente en la educación médica. Ellas consisten en propuestas en base al modelo vigente, y ninguna ha logrado por ahora establecer lo que sería un cambio copernicano como el que provocó el informe Flexner. Algunos investigadores proponen modificaciones radicales o conceptuales.^(14, 15)

Entre las tendencias específicas que se pueden identificar, Brailovsky⁽¹⁶⁾ considera dentro de algunas áreas que merecen ser citadas lo referido a lo que el llama un nuevo paradigma en la educación médica, un nuevo personaje en la educación: la tecnología, explicando que los nuevos avances de las tecnologías y la implementación de ellas en casi todas las profesiones existentes en el mundo como herramienta eficaz y en ocasiones indispensable para el adecuado desarrollo de los procesos de generación y administración del conocimiento, han hecho que la medicina y en general todas las profesiones de la salud no sean la excepción a la regla.

En el proceso de formación médica las tecnologías han tenido gran acogida por lo que facilitan el acceso a la información y su eficiencia en la elaboración de las tareas y trabajos desde el mismo instante de su creación. Tanto es el impacto que han tenido la introducción de la informática y las tecnologías dentro del proceso, que se han generado universidades, programas de medicina y especialidades médicas con currículos de aprendizaje a distancia por medio de la Internet⁽¹⁶⁾.

Muchas escuelas de medicina han sido reacias a la aceptación de un tercer personaje en el proceso formativo de los médicos, pero otras, han adoptado dichas herramientas hasta tal punto de generar reformas curriculares donde se tengan en cuenta desde el uso de las tecnologías hasta implementación de estrategias pedagógicas basadas en el uso y entendimiento de las ciencias de la salud por medio de sistemas integrados de información y software diseñados para ello.⁽¹⁶⁾

La autora suscribe que en los tiempos actuales no podemos negar que es indispensable conocer y saber utilizar dichas tecnologías para beneficio del aprendizaje y ejercicio médico, no sin antes tener claro ante todo los personajes principales tanto en el proceso formativo (estudiante-docente) como en el proceso del ejercicio médico (médico-paciente).⁽¹⁶⁾

En la Cumbre Mundial de Educación Médica de 1993 donde se produjo la declaración de Edimburgo se aboga entre otros temas por el desarrollo de los profesores de medicina para mejorar la educación médica y por la participación del estudiante de medicina en la planificación y evaluación de la educación médica, mientras que en Granada, en la edición del 2003 del mismo cónclave se habla de modelar el ejercicio de la medicina en nuevos contextos, orientado hacia las necesidades sociales en materia de salud.^(16, 17)

En el V Congreso de Educación Médica celebrado en Valdivia, Santiago de Chile (2010), se expusieron algunas características de la educación en el área de las ciencias de la salud en los países de Latinoamérica que expresan que es: autodidacta, continuada, para toda la vida, tutorial (maestro-aprendiz), científica y aplicada (experiencia), humanista y social y por competencias.⁽¹⁸⁾

Por su parte Frenk J. en la Prince Mahidol Award Conference (PMAC) en enero de 2014⁽¹⁸⁾ ofreció recomendaciones entre las cuales algunas están las referidas al currículo y fueron las siguientes:

- Equidad en salud, justicia social, los determinantes sociales de salud como valores integrales y componentes de la reforma curricular.
- Basado en competencias, contacto temprano con la comunidad y que la misma se involucre en las soluciones.
- Aprendizaje vivencial basado en la comunidad con:
 - ✓ Una aproximación inicial prometedora, desarrollando conocimientos y competencias, centrada en el paciente y en los cuidados del equipo de salud, con satisfacción del estudiante y de la comunidad, apoyo a la retención rural.
 - ✓ “Aprendiendo y practicando en la comunidad, para la comunidad”.⁽¹⁸⁾

La autora tiene la opinión que si bien en Cuba se han logrado la mayoría de las recomendaciones antes referidas se podrían alcanzar mejores resultados si se lograra la IDAI, reclamada por profesores como Ilizástigui F, Douglas Pedroso en los diseños curriculares que lideraron en los años '80.⁽¹⁹⁾

Las instituciones de educación médica superior deben formar a los estudiantes para que se conviertan en ciudadanos bien informados y profundamente motivados, provistos de un sentido crítico y capaces de analizar los problemas, buscar soluciones, aplicar estas y asumir responsabilidades sociales^(20,21) según Horruitiner Silva P, quien además plantea que el proceso de formación integral tiene tres dimensiones básicas: instructiva, desarrolladora y educativa. La primera se refiere a dotar a los educandos de conocimientos y habilidades esenciales de su profesión, es decir resulta necesario instruirlo. Sin embargo, además, al estudiante hay que ponerlo en contacto con el objeto de su profesión desde el comienzo de la carrera y lograr el nexo indispensable con los modos de actuación de la misma, y a esto se refiere la dimensión desarrolladora, cuya esencia es el vínculo del estudio con el trabajo. A su vez, a los jóvenes

hay que prepararlos para vivir en una sociedad con la cual estén comprometidos para que sean capaces de transformarla y mejorarla; de ahí la importancia de la dimensión educativa que contempla la formación de valores y de la personalidad del hombre, como resultado de la influencia conjunta de la familia, la escuela y la sociedad. Estas tres dimensiones básicas del proceso de formación profesional funcionan en completa integración, conforman una unidad dialéctica y persiguen preparar al profesional para su desempeño exitoso en la sociedad.⁽²²⁾

El diseño curricular basado en competencias profesionales surge entre otras razones como resultado de los acelerados cambios tecnológicos, por la necesidad de desarrollar los recursos humanos; como una necesidad para resolver las insuficiencias de los sistemas educativos y sus modelos; y para dar solución a las contradicciones entre el diseño y la dinámica del proceso de formación profesional. Como se ha expresado, sería válido razonar el hecho de que la formación de los recursos humanos en salud en Cuba, debiera estar estructurada desde el pregrado en base a competencias profesionales.⁽²³⁾

En la visión de los directivos y docentes estas necesidades de cambios son imposterables: el modelo para la formación, las relaciones entre la escuela y la vida, la concepción pedagógica de la enseñanza y la preparación del profesor o facilitador, de ahí que la formación por competencias se está convirtiendo en un reclamo general, proveniente de prestigiosos organismos internacionales como la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, entre otros, de modo que es un asunto que pudieran considerar las autoridades nacionales pertinentes como un tema atractivo para reflexionar por parte del MINSAP de Cuba en el marco de la universalización.⁽²²⁾

Horruitiner Silva P. plantea que entre los nuevos paradigmas de la educación superior debieran abordarse el perfeccionamiento de sus transformaciones curriculares, basado en competencias profesionales, particularmente en la educación médica, pues todo ello podría contribuir al mejoramiento de la calidad de la formación universitaria del personal docente; a lo que se suman las consideraciones de otros autores.^(23, 24)

La formación profesional en salud, es una expresión conceptual que concreta el carácter de necesidad de la asignación de los rasgos del contenido de enseñanza aprendizaje en el microproceso curricular, respecto a tres perfiles: lo político-ideológico, lo profesional y lo ocupacional considerado en cada desempeño en el Sistema Nacional de Salud (SNS). Se manifiesta en habilidades profesionales muy comprometidas con el proyecto político de la nación, centrado en valores sociales, humanos, en cualidades de carácter axiológico-moral presentes en la concepción integral del hombre como objeto y como ser biopsicosocial y ambiental.^(25, 26)

IV. CONCLUSIONES

Durante 30 años, el Plan de estudio "D" en Medicina no ha permanecido estático, se han realizado varios perfeccionamientos en respuesta a requerimientos que a partir de los cambios ocurridos en el sistema de salud, en los programas de salud y los avances científico-técnicos, han constituido exigencias para la formación pertinente de médicos en Cuba, lo que ha implicado un mejor desarrollo del proceso docente educativo, los modelos educativos revisados contienen las premisas relativas al modelo orientado a la APS.

REFERENCIAS

- (1) Medicina General Integral como disciplina rectora del plan de estudios de medicina. Vicerrectoría de Desarrollo. Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. 2006
- (2) Relatoría de reunión de trabajo para el perfeccionamiento del plan de estudio. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Comisión Nacional Carrera Medicina, 10 de noviembre de 2009.
- (3) Rivera Michelena N. Material bibliográfico de la Maestría en Educación Médica Superior. Centro Nacional de Perfeccionamiento Médico. La Habana, 1999.
- (4) Weatherall, D (2011). "Science and medical education: is it time to revisit Flexner?" *Medical Education*, 45:44-50. Recuperado el (22 de diciembre 2014) disponible en: <http://redaberta.usc.es/redu>
- (5) Brailovsky, C. y Centeno, A. (2012). Algunas Tendencias Actuales en Educación Médica. *Revista de Docencia Universitaria. REDU*. Vol.10. Número especial dedicado a la *Docencia en Ciencias de la Salud*. Pp. 23-33 Recuperado el (22 de diciembre 2014) disponible en: <http://redaberta.usc.es/redu>
- (6) Bordage G, Harris I. (2011). "Making a difference in curriculum reform and decision making processes". *Medical Education*, 45:87-94
- (7) Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, Fineberg H, Garcia P, Ke Y, Kelley P, Kistnasamy B, Meleis A, Naylor D, Pablos-Mendez A, Reddy S, Scrimshaw S, Sepulveda J, Serwadda D, Zurayk H (2010). "Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world". *Lancet*, 376(9756):1923-58.
- (8) Boelen C, Woollard R. (2011). "Social accountability: the extra leap to excellence for educational institutions". *Medical Teacher*, 33(8):614-619.
- (9) Mann, KV (2011). "Theoretical perspectives in medical education: past experience and future possibilities". *Medical Education*, 45(1):60-68.
- (10) Christakis NA (1995). "The similarity and frequency of proposals to reform US medical education. Constant concerns". *Journal of the American Medical Association*, 274(9):706-11.
- (11) GPEP Report, AAMC, 1984.
- (12) Oriol, A editor. "The Physician of the Future" *Fundación Educación Médica* (2009) 130pp.
- (13) Hodges BD (2010). "A tea-steeping or i-Doc model for medical education?" *Academic Medicine*, 85(9):S34-44.
- (14) Boelen C, Woollard R. (2011). "Social accountability: the extra leap to excellence for educational institutions". *Medical Teacher*, 33(8):614-619.
- (15) Pinzón C.E. Los grandes paradigmas de la educación médica en Latinoamérica. *Acta Med Colomb* Vol. 33 N° 1 ~ 2008, Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=163113349007>, visto (14 de diciembre 2014).
- (16) Los cambios de la profesión médica y su influencia sobre la educación médica. Documento de posición de América Latina ante la Conferencia Mundial de Educación Médica, OPS. Edimburgo: OPS; 1993.
- (17) V Congreso de Educación Médica, Valdivia, Santiago de Chile, 2010.
- (18) Frenk J. Prince Mahidol Award Conference (PMAC). Enero de 2014.
- (19) Ilizástigui F. Plan integrado de los estudios médicos. En: *Salud, Medicina y Educación Médica. De la incoordinación a la integración de los estudios médicos*. Ciudad de La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 1985, p.380-406.

- (20) Horrutiner Silva P. El proceso de formación en la universidad cubana. Revista Pedagogía Universitaria [Links]revista en internet]. 2006[citado 27 diciembre 2014], XI (3). Disponible en: <http://revistas.mes.edu.cu/Pedagogia-Universitaria/articulos/2006/3/189406301.pdf/view?searchterm=cubana>.
- (21) Escobar Yéndez NV. Una mirada crítica a la formación por competencias profesionales desde la medicina clínica. Memorias Universidad 2014, 9no Congreso Internacional de Educación Superior. ISBN 978-959-16-2255-6
- (22) Horrutiner, P. Una nueva generación de Planes de Estudio. En la Universidad cubana: el modelo de formación. La Habana: Editorial Félix Varela, p. 175-206. 2008
- (23) Tobón, S. (2007). "El enfoque complejo de las competencias y el diseño curricular por ciclos propedéuticos". Acción Pedagógica, No. 16/ enero-diciembre, p.14-28.
- (24) Pozo Serrano José Francisco. Educación Social para la salud, proyección acción y profesionalización. Universidad Tecnológica de Pereira. Vol 19, No1, 2013. Revista médica Risaralda Colombia.
- (25) Pupo Ávila Liset, Pérez Perea Lizett, Alfonso García Adianez, Pérez Hoz Grisell, González Valcárcel Bertha. Aspectos favorecedores y retos actuales para la misión de la Universidad de Ciencias Médicas Cubana. Edu Med Sup. Vol 27, No1, 2013.
- (26) Gutiérrez Rodas J A, Posada Saldarriaga R. Tendencias mundiales en educación médica. Iatreia / Vol 17 / No.2 / Junio / 2004