

ANÁLISIS HISTÓRICO TENDENCIAL DEL PROCESO DE FORMACIÓN PEDAGÓGICA DEL ESTUDIANTE DE MEDICINA Y SU DINÁMICA

Historical trend analysis of the pedagogical training process of medical students and its dynamics

Análise histórica tendencial do processo de formação pedagógica dos estudantes de medicina e sua dinâmica

Esp. Lilian Suarez Cid ^{1*}, <https://orcid.org/0000-0002-1894-0688>

Dr. C. Ramiro Gross Tur ², <https://orcid.org/0000-0003-3892-7883>

Dr. C. Angel Deroncele Acosta ³, <https://orcid.org/0000-0002-0413-014X>

Dr. C. Clara Ofelia Suarez Rodríguez ⁴, <https://orcid.org/0000-0001-5129-2777>

Dr. Karina Ojeda Pozo ⁵, <https://orcid.org/000-0003-0350-3394>

^{1,5} Filial de Ciencias Médicas Julio Trigo López de Palma Soriano, Cuba

² Centro Universitario Municipal de Palma Soriano, Cuba

³ Universidad San Ignacio de Loyola, Perú

⁴ Universidad de Oriente, Cuba

*Autor para correspondencia. email suarezlilian592@gmail.com

Para citar este artículo: Suarez Cid, L., Gross Tur, R., Deroncele Acosta, A., Suarez Rodríguez, C. O. y Ojeda Pozo, K. (2025). Análisis histórico tendencial del proceso de formación pedagógica del estudiante de Medicina y su dinámica. *Maestro y Sociedad*, 22(2), 1222-1235. <https://maestroysociedad.uo.edu.cu>

RESUMEN

Introducción: La formación pedagógica del médico cubano, particularmente su dimensión educativa para la salud, debe responder al encargo que le exigen las necesidades actuales del país, sin desestimar las tendencias internacionales y los referentes de su historia. Objetivo: determinar las características y tendencias históricas del proceso de formación pedagógica del estudiante de Medicina y su dinámica, en Cuba a partir de 1959. Materiales y Métodos: El estudio se enmarcó en el paradigma dialéctico, tuvo enfoque cualitativo; fue una investigación básica, con carácter transversal retrospectivo y alcance descriptivo; se empleó el método histórico, se aplicó la revisión documental como técnica de recogida de datos; la información se abordó utilizando los métodos: análisis-síntesis, inductivo-deductivo y generalización-abstracción; material: 85 fuentes. Resultados: Se determinaron tres etapas esenciales del devenir histórico de la formación pedagógica del estudiante de Medicina y su dinámica. Conclusiones: la formación pedagógica del estudiante de Medicina y su dinámica parte desde una concepción social, preventiva y profiláctica de la actividad educativo-comunicativa en las comunidades, marcada por sesgos biologicistas y conductistas, hacia su reconocimiento como un proceso que requiere una preparación pedagógica, pero que no supera la perspectiva instrumental, carente de fundamentos teórico-metodológicos sólidos. También transita desde una dinámica formativa centrada en el desempeño docente del alumno ayudante, con enfoque espontáneo, poco sistemático y extracurricular, hacia el perfeccionamiento interdisciplinar de la formación pedagógica, pero que aún precisa de un método formativo que concrete la construcción de una unidad integradora.

Palabras clave: formación pedagógica, estudiante de Medicina, tendencias históricas

ABSTRACT

Introduction: The pedagogical training of Cuban physicians, particularly its educational dimension for health, must respond to the task demanded by the current needs of the country, without disregarding international trends and references from its history. Objective: to determine the characteristics and historical trends of the pedagogical training process of medical

students and its dynamics in Cuba since 1959. Materials and Methods: The study was framed in the dialectical paradigm, had a qualitative approach; it was a basic research, with a retrospective transversal character and descriptive scope; the historical method was used, the documentary review was applied as a data collection technique; the information was approached using the methods: analysis-synthesis, inductive-deductive and generalization-abstraction; material: 85 sources. Results: Three essential stages of the historical development of the pedagogical training of medical students and its dynamics were determined. Conclusions: the pedagogical training of medical students and their dynamics start from a social, preventive and prophylactic conception of educational-communicative activity in communities, marked by biological and behaviorist biases, towards its recognition as a process that requires pedagogical preparation, but which does not go beyond the instrumental perspective, lacking solid theoretical-methodological foundations. It also moves from a formative dynamic focused on the teaching performance of the student assistant, with a spontaneous, unsystematic and extracurricular approach, towards the interdisciplinary improvement of pedagogical training, but which still requires a formative method that concretizes the construction of an integrative unit.

Keywords: pedagogical training, medical student, historical trends.

RESUMO

Introdução: A formação pedagógica dos médicos cubanos, em particular sua dimensão educativa para a saúde, deve responder à tarefa que as necessidades atuais do país exigem, sem desconsiderar as tendências internacionais e as referências de sua história. Objetivo: determinar as características e tendências históricas do processo de formação pedagógica dos estudantes de medicina e sua dinâmica em Cuba desde 1959. Materiais e métodos: O estudo foi enquadrado no paradigma dialético e teve uma abordagem qualitativa; tratou-se de uma pesquisa básica, de caráter transversal retrospectivo e de abrangência descritiva; foi utilizado o método histórico; a revisão documental foi aplicada como técnica de coleta de dados; as informações foram abordadas utilizando os métodos: análise-síntese, indutivo-dedutivo e generalização-abstração; material: 85 fontes. Resultados: Foram determinadas três etapas essenciais do desenvolvimento histórico da formação pedagógica dos estudantes de medicina e sua dinâmica. Conclusões: a formação pedagógica dos estudantes de Medicina e sua dinâmica partem de uma concepção social, preventiva e profilática da atividade educativo-communicativa em comunidades, marcadas por vieses biológicos e comportamentais, para seu reconhecimento como um processo que requer preparação pedagógica, mas que não ultrapassa a perspectiva instrumental, carecendo de sólidos fundamentos teórico-metodológicos. Passa-se também de uma dinâmica formativa centrada na atuação docente do estagiário, com uma abordagem espontânea, assistemática e extracurricular, para o aperfeiçoamento interdisciplinar da formação pedagógica, mas que ainda requer um método formativo que especifique a construção de uma unidade integradora.

Palavras chave: formação pedagógica, estudante de medicina, tendências históricas.

Recibido: 21/1/2025 Aprobado: 28/3/2025

INTRODUCCIÓN

El presente análisis se circunscribe al ámbito de la educación médica cubana, su concepción y desarrollo, en las particulares condiciones políticas, sociales, económicas, históricas y culturales de la nación en el período revolucionario, sobre la base de sus mismos principios y fundamentos (Salas & Salas, 2017).

La formación pedagógica del médico cubano, particularmente su dimensión educativa para la salud, debe responder al encargo que le exigen las necesidades actuales del país, sin desestimar las tendencias internacionales y los referentes de su historia. El análisis histórico permite percibir el alcance y la trascendencia de los planes y estrategias aplicados en respuesta a los distintos enfoques o modelos de atención de los servicios de salud y los momentos más trascendentales del desarrollo que motivaron saltos de calidad en este proceso (Piña et al., 2005; Águila & Colunga, 2018; Sosa et al., 2019).

La formación de los profesionales de la Medicina en Cuba cuenta con una larga tradición, que comenzó a materializarse en 1726, dos años antes de la fundación de la Universidad de La Habana. Durante el período colonial, la enseñanza se caracterizó por un bajo nivel científico, el empleo de métodos metafísicos y la dicotomía absoluta entre la teoría y la práctica, como reflejo de una práctica pedagógica tradicional en su mayor esplendor, con algunas reformas importantes en 1797, y a partir de la secularización de la universidad en 1842. El interés de la educación médica era la atención curativa de los enfermos, sin ningún vínculo con la comunidad y su educación (Ilizástigui & Douglas, 1993; Martínez, 2010; Vela et al., 2016).

En el periodo neocolonial cubano, comprendido entre los años 1902 y 1958, los médicos se formaban

para una práctica predominantemente curativa, individual, biologicista y mercantilista, como expresión de la orientación hacia la práctica privada de la profesión, y distaban de preocuparse por el enfoque social, epidemiológico y preventivo-promocional de la Medicina (Ilizástigui & Douglas, 1993; Vela, 2016). Los aspectos pedagógicos también quedaban relegados de la formación (Fajardo, 2011). Estos factores, unido a la ausencia de una política sanitaria hacia el pueblo y de un sistema de salud eficiente, contribuían a las elevadas tasas de mortalidad y morbilidad por enfermedades ya controlables y previsibles en esos tiempos.

En esa etapa se sucedieron varios planes de estudio que, de forma general, mantuvieron un marcado enfoque cientificista, enciclopedista y formalista, métodos pedagógicos obsoletos, prácticas hospitalarias de exiguo valor para el aprendizaje debido a su poca frecuencia, duración y rigor, así como falta de atención a las necesidades de salud de la población (Piña et al., 2005; Vela et al., 2016).

El triunfo del movimiento revolucionario 26 de julio, el primero de enero de 1959, y la instauración de un gobierno con carácter socialista a partir de 1961, marcó el inicio de una etapa superior de la enseñanza de la Medicina en Cuba, con tendencia ascendente hacia el perfeccionamiento (Linares et al., 2015). Los cambios estructurales en la sociedad cubana, al conformar un sistema único de salud y de educación, y convertir ambas actividades en gratuitas, derecho del pueblo y deber del Estado, le imprimieron su singularidad a la nueva política para la formación de médicos (Vela, 2016; Sosa et al., 2019).

En lo adelante, el estrecho vínculo de los sucesivos perfeccionamientos curriculares con el desarrollo de los servicios de salud permitió incrementar, de modo paulatino, su enfoque social-comunitario, preventivo-promocional y educativo, así como su pertinencia en relación con las necesidades de salud de la población (Vela, 2016). También se ha apreciado un tránsito desde prácticas formativas centradas en intervenciones médicas individualistas hacia enfoques centrados en la promoción de salud y en las intervenciones grupales y comunitarias de carácter preventivo.

Estos cambios han sido consecuentes con transformaciones socio-históricas y tienden a responder ante demandas sociales y problemas de salud con mayores cargas de condicionantes psico-sociales y subjetivas. Sin embargo, en la literatura científica aún se identifican “insatisfacciones en torno a las aspiraciones formativas del profesional médico durante las acciones de promoción y educación para la salud, así como en relación con las expectativas de la población (Suarez-Cid et al., 2022). Además, no se aprecian análisis históricos que aborden la formación pedagógica del estudiante de Medicina y su dinámica en Cuba a partir de 1959. Ello constituye un vacío teórico-práctico del proceso formativo e implica acciones inmediatas para su erradicación.

Por ello, resulta esencial comprender los avances y limitaciones del proceso de formación del estudiante de Medicina en Cuba, con énfasis en su formación pedagógica, para caracterizarlo, determinar sus tendencias y proponer acciones didáctico-pedagógicas necesarias para su potenciación.

En consecuencia, el presente estudio se realiza con el objetivo de determinar las características y tendencias históricas del proceso de formación pedagógica del estudiante de Medicina y su dinámica en Cuba a partir de 1959.

MATERIALES Y MÉTODOS

Para realizar el proceder metodológico de la investigación se siguió la ruta de diez aspectos metodológicos del mapeo epistémico (Deroncele Acosta et al., 2021):

1. Paradigma: dialéctico; permitió analizar la formación pedagógica del estudiante de Medicina y su dinámica como un proceso histórico: con regularidades y tendencias históricas.
2. Enfoque: cualitativo. Se empleó con la finalidad de construir sentidos a partir de los significantes contenidos en documentos y materiales que abordan el proceso en estudio.
3. Tipo de investigación: básica. Se realizó para caracterizar el devenir histórico de un proceso.
4. Tipo de estudio: Transversal retrospectivo.
5. Alcance: descriptivo. El estudio se centró en describir las características, cambios, regularidades y tendencias de la formación pedagógica del estudiante de Medicina y su dinámica durante un período de tiempo establecido.
6. Método (diseño): histórico. Este método favoreció la comprensión del carácter dialéctico de la historicidad

del proceso en estudio. Se analizó la historia a través de las fases abordadas por Agudelo (2023): pre interpretación, interpretación y comprensión de los textos analizados, asumiendo “la advertencia de que los textos nos hablan” (p. 12).

7. Principales técnicas de recolección de información: revisión documental.
8. Métodos teóricos: análisis-síntesis, inductivo-deductivo y generalización-abstracción.
9. Muestra (materiales): se analizaron 85 fuentes (libros, artículos científicos, regulaciones y discursos). Se realizó el muestreo no probabilístico; se trabajó con 33 materiales relativos al sistema nacional de salud y 52 sobre la formación médica propiamente.
10. Aspectos éticos: se guarda el respeto por la propiedad intelectual y se realiza la toma de posición basada en la evidencia documental.
11. Principal categoría de estudio (unidad de análisis): la formación pedagógica del estudiante de Medicina y su dinámica.

Para este análisis histórico de esta categoría se asumen el criterio y los indicadores siguientes:

Criterio de periodización: Presupuestos teórico-metodológicos de la praxis educomunicativa para la salud, del estudiante de Medicina, en el contexto comunitario.

Indicadores:

- Concepción de la educación y la comunicación para la salud en la formación profesional y su práctica.
- Vías y formas para desarrollar la interacción educativa del estudiante con la comunidad.
- Atención a la función docente-educativa (formación pedagógica) del estudiante de Medicina.

Conforme al criterio y a los indicadores asumidos, han constituido hitos: las transformaciones en la formación de los profesionales de la salud con el triunfo de la Revolución Cubana, la implementación del sexto plan de estudio para la carrera de Medicina, la municipalización de la formación médica con el Proyecto Policlínico Universitario y la implementación de la estrategia curricular para la formación pedagógica.

RESULTADOS

El análisis de las fuentes sobre la base del criterio e indicadores permitió delimitar tres etapas: 1- De gestación de la relación educativa estudiante-comunidad, en respuesta a las nuevas demandas sociales (1959-1984), 2- De consolidación de la práctica educativa para la salud, con la educación en el trabajo en el contexto comunitario (1985-2003), 3- De descentralización y perfeccionamiento pedagógico de la práctica educativa para la salud en condiciones de municipalización, con limitado impacto co-trasformador (2004-2025). Esta última, se divide en dos subetapas: subetapa a) De descentralización y mayor pertinencia de la práctica educativa para la salud, en condiciones de municipalización (2004-2015), y sub-etapa b): De perfeccionamiento pedagógico de la práctica educativa para la salud, con limitado impacto co-trasformador (2016-2025).

Primera etapa: De gestación de la relación educativa estudiante-comunidad, en respuesta a las nuevas demandas sociales (1959-1984).

Con el triunfo de la Revolución Cubana, la salud se proclamó derecho del pueblo y deber del Estado, y se manifestó la voluntad política de llevar la medicina social hasta donde fuera posible (Guevara, 1959), como reflejo de la prioridad que comenzaría a dar el Estado a las acciones a favor de las grandes poblaciones por encima de las de atención médica individual.

En 1960 se instauró el Ministerio de Salud Pública (MINSAP), con el cometido de organizar los servicios “para dar asistencia al mayor número posible de personas (...), prevenir todo lo previsible en cuanto a enfermedades, y (...) orientar al pueblo” (Guevara, 1960, p...). Se creó el Servicio Médico Social Rural, cuyas funciones de vigilancia epidemiológica y educación sanitaria también denotaban una temprana intención de integralidad en las acciones de salud, con especial acento preventivo y educativo (González et al., 2018; Álvarez et al., 2022).

Para desarrollar la nueva salud pública, se comprendió tempranamente la necesidad de formar profesionales en todo el país, de forma integral, científica, humanista e internacionalista, con orientación al ejercicio de una medicina preventivo-curativa, mediante el estudio-trabajo en los escenarios donde transcurre el proceso

salud-enfermedad (Castro, 1962, 1964, 1965; Linares et al., 2015).

Se insistió en educar científica y pedagógicamente a los médicos en ejercicio, para que se desempeñaran como profesores (Vela, 2016); sin embargo, estudios sobre el tema advierten la formación asistencialista de los docentes y la poca prioridad otorgada a los aspectos pedagógicos, predominando una enseñanza espontánea, a partir de la experiencia personal de cada profesor (Curbelo, 2014).

En este período se produjo un gran éxodo de médicos-docentes, como consecuencia de contradicciones ideológicas ante las reformas. En respuesta, se activó el movimiento de alumnos ayudantes, pero en los primeros años, los documentos rectores no precisaban objetivos u orientaciones para su formación pedagógica, que se limitó a la observación de la actuación de los profesores (Curbelo, 2014; Espinosa et al., 2023).

Desde el componente extracurricular, se registran los orígenes de la extensión universitaria en la formación de profesionales de la salud a partir de la reforma universitaria acaecida en 1962, aunque muy limitada a las actividades culturales (García et al., 2018).

En octubre de 1959 se reanudaron los estudios de la carrera de Medicina, con adecuaciones al plan de estudio vigente. Se incluyeron asignaturas nuevas como Psicología Médica, Higiene, Epidemiología, y más adelante, en el primer plan, se sumarían otras como Economía Política, Historia de la Medicina y de la Organización de Salud Pública, para la formación de un médico consciente de su papel en una sociedad socialista. Se enfatizó en la enseñanza práctica y el estudiante se vinculó a la atención directa a pacientes en el contexto hospitalario, mediante el internado rotatorio obligatorio de un año (Vela et al., 2016).

Sobre estas bases, entraron en vigor el primer y segundo plan de estudio en los años 1962 y 1963 respectivamente; sin embargo, no es hasta que comienza a aplicarse un tercer plan de estudio en 1966, que se incluyeron prácticas de familiarización en los policlínicos (Vela, 2016), lo que constituyó un paso de avance al iniciar el vínculo de los estudiantes con los escenarios del primer nivel de atención.

Las investigaciones de Toledo & Cabrera (2017, 2021), y Cedeño (2020), permiten afirmar que la estructuración del proceso formativo en estos tres primeros planes no contó con el respaldo de una filosofía materialista dialéctica de base marxista leninista, sino que asimiló, con relativa pasividad, tendencias conductistas, de la incipiente psicología humanista y existencial, y un enfoque biologicista.

En 1974 se instituyó el modelo de Medicina en la Comunidad, que sustituyó al policlínico integral por el policlínico comunitario como institución central de la APS, y posibilitó perfeccionar los principios de accesibilidad, carácter integral con énfasis preventivo de las acciones de salud, participación de la comunidad en las tareas sanitarias, etc. (Borroto & Salas, 2013). Sin embargo, su aporte más importante fue develar la necesidad de planificar pedagógicamente el área de salud, con objetivos claros de lo que se debía aprender en ella, e introducir la docencia de pregrado y posgrado en el primer nivel de atención (Vela et al., 2016).

Para esta fecha se encontraba vigente el cuarto plan de estudio, que había iniciado en el curso 1969-1970, el cual significó un salto cualitativo en el diseño y en la integración con los servicios de salud. Su estructuración en unidades integradas de estudio le brindó un carácter novedoso, flexible e interdisciplinario; sin embargo, su propio autor reconoció que resultó demasiado complejo (Ilizástigui, 1985, citado en Vela et al., 2016).

Con la creación del Ministerio de Educación Superior (MES) en 1976, las facultades de ciencias médicas se convirtieron en centros independientes y se subordinaron administrativamente al MINSAP, para una mayor integración docente-asistencial. En este contexto, bajo la dirección metodológica del MES, pero con una amplia participación del MINSAP, se instauró el quinto plan de estudio en 1978 (Borroto & Salas, 2013; Vela, 2016).

Al estar sustentado en el modelo de Medicina en la Comunidad, con este plan se introdujeron prácticas de familiarización en policlínicos durante los primeros dos años de la carrera, y prácticas de servicios en los hospitales a partir del tercer año, incluyendo el internado (Borroto & Salas, 2013; Vela et al., 2016), por lo que continuaba la hegemonía del nivel hospitalario.

A partir de las valoraciones de Toledo & Cabrera (2017, 2021), se reconoce que los planes de estudio cuarto y quinto se gestaron con plena conciencia de superar la psicología conductista del aprendizaje, que primaba al triunfo de la Revolución. No obstante, investigadores advierten que continuaba generando pasividad y finalismo en los estudiantes, excesiva teorización, poca práctica, biologicismo y actividad clínica alejada de la realidad, en detrimento de experiencias que favorecieran el aprendizaje activo y real, mediante la solución de problemas (Ilizástigui & Douglas, 1993). Los educandos debían materializar acciones de prevención de

enfermedades y promoción de salud en la comunidad, pero estas no se integraron en las dimensiones del proceso formativo con sistematicidad e intencionalidad (Brizuela & González, 2011).

En el año 1979 se creó el contingente “Carlos Juan Finlay”, y dentro de este, surgió el movimiento de alumnos ayudantes “Frank País”, donde se incluyó la formación orientada hacia la función docente, aspecto vital en la aspiración de contribuir a la apropiación de contenidos, no solamente médicos, sino también pedagógicos. La resolución número 80 del año 1983 señaló la necesidad de preparar a los estudiantes en la disciplina a impartir durante un semestre previo, así como de recibir un curso con temáticas relacionadas con la actividad docente; no obstante, esto quedaba a la iniciativa y experiencia del tutor (Curbelo, 2014; Espinosa et al., 2023).

Por otra parte, a pesar de sus logros, la APS bajo el enfoque del policlínico comunitario comenzó a evidenciar limitaciones, entre ellas: programas de salud predominantemente biologicistas, tendencia a la superespecialización y fragmentación en la atención, una dinámica organizativa que dificultaba la atención oportuna y proactiva, desbalance entre el desarrollo de hospitales y policlínicos e inoperante relación entre ambos, con la consecuente sobrecarga hospitalaria e insatisfacción de la población (González et al., 2018; Álvarez et al., 2022).

En resumen, en esta etapa se inició el desarrollo ascendente de la APS, con énfasis en el enfoque preventivo y en la formación de la conciencia sanitaria de la población. Se enfatizó en la enseñanza práctica como complementación de la teórica y se crearon las condiciones para la progresiva integración asistencial, educacional e investigativa, base para el posterior desarrollo de la educación en el trabajo.

A través del policlínico comunitario, los estudiantes se incorporaron a la actividad directa en las áreas de salud y cooperaron en la solución de los problemas existentes, lo que influyó decisivamente en la proyección del proceso docente-educativo hacia la comunidad. Sin embargo, aunque el proceso formativo alcanzó los servicios de atención primaria, predominó la vinculación de los estudiantes al contexto hospitalario y su insuficiente preparación para el trabajo en el primer nivel de atención.

Los planes de estudio incluyeron asignaturas de ciencias sociales y salud pública que introdujeron aspectos conceptuales y metodológicos de carácter sociomédico, con la finalidad de contribuir a la formación de la conciencia social de los estudiantes y su preparación para el ejercicio de una medicina integral preventivo-curativa. No obstante, mantuvieron sesgos conductistas y un enfoque biologicista, más centrado en la enfermedad que en la promoción de la salud, así como insuficientes prácticas preventivo-promocionales y de educación sanitaria.

Desde las actividades extracurriculares, la atención a los alumnos ayudantes permitió incorporar contenidos pedagógicos a la formación, orientados al desempeño del estudiante como docente. No se definieron vías o formas para el desarrollo de esta labor docente, por lo que predominó una práctica espontánea y empírica, limitada a la imitación de la actuación de los profesores, carentes también de una preparación pedagógica sólida. Sin embargo, las condiciones existentes en el país exigían no solo preparar al médico para impartir docencia, sino para realizar una fuerte labor orientadora con la población.

Se hacía ineludible la necesidad de continuar acercando los servicios de salud a la comunidad y perfeccionar la formación de médicos más versátiles para interactuar con la población, a los que la dirección de la Revolución vislumbraba desde un enfoque predominantemente preventivo, como guardianes de la salud, con “un papel esencial en la medicina preventiva, en la lucha por la higiene, en la lucha contra la obesidad, el sedentarismo” (Castro, 1983).

Segunda etapa: De consolidación de la práctica educativa para la salud, con la educación en el trabajo en el contexto comunitario (1985-2003)

En enero de 1984 se comienza a implementar el Programa del médico y la enfermera de la familia, modelo novedoso y de avanzada, expresión más acabada de la aplicación de la estrategia de la APS. Requirió la conformación de equipos básicos de salud, integrados por dúos de médicos y enfermeras que laborarían en consultorios vivienda en el seno de la comunidad, cuyas actividades básicas incluían el análisis de la situación de salud con participación intersectorial y comunitaria y la dispensarización de acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación a toda la población (Borroto & Salas, 2013; González et al., 2018).

Su trabajo se complementaba con un grupo multidisciplinario de profesionales del área de salud, denominado grupo básico de trabajo, encargados de la docencia, las interconsultas y la supervisión (González et al., 2018), con vistas a garantizar la calidad, integralidad y continuidad de la atención a la población.

En correspondencia con estos cambios, en 1985 se comenzó a implementar el sexto plan de estudios para la carrera de Medicina, orientado a preparar un médico general básico que, a través de su trabajo en la APS, se formara luego como especialista en Medicina General Integral (MGI) y ejerciera la profesión como médico de familia en la comunidad (Castro, 1982-1984; Ilizástigui & Douglas, 1993).

Se coincide con Vela (2016) en que este plan de estudios constituyó un punto de inflexión en la educación médica cubana. El currículo se diseñó a partir de los problemas de salud que el profesional debe atender y resolver en la comunidad, la identificación de los niveles de actuación, habilidades necesarias, objetivos, puestos de trabajo y funciones a desempeñar, dígame atención médica integral, educación, investigación, administración y asistencia militar (Ilizástigui & Douglas, 1993).

Otros elementos novedosos fueron la concepción del plan como un sistema integrado y único para responder al objetivo final de la formación, la integración y coordinación horizontal y vertical de los contenidos básicos biomédicos y sociales, clínicos e higiénico-epidemiológicos, nuevas formas de organización del proceso de enseñanza-aprendizaje (educación en el trabajo) y la definición de una disciplina rectora de la APS: la MGI (Ilizástigui & Douglas, 1993; Vela et. al., 2016).

Las bases teóricas y metodológicas del currículo reflejaron la intención de propiciar condiciones para educar a los estudiantes desde una concepción integral de la Medicina, más centrada en lo colectivo que en lo individual, en la salud que en la enfermedad, en la promoción y profilaxis que en la reparación o curación. Realzaron la importancia de las ciencias sociomédicas y epidemiológicas, de la higiene, administración de salud, psicología y educación para la salud, y de nuevas asignaturas integradas, como sociedad y salud y MGI, en la búsqueda de un equilibrio armónico entre lo biomédico, lo clínico y la APS. También reconocieron la necesidad de preparar a los docentes como formadores y no como meros transmisores de información (Ilizástigui & Douglas, 1993).

En este último aspecto, se registran en la etapa hechos importantes para la formación y superación de los médicos y profesores, como el inicio de la publicación de la Revista "Educación Médica Superior", la creación de INFOMED, la maestría de educación médica desde 1998 y la fundación de la universidad virtual de salud en mayo del 2000 (Vela, 2016). No obstante, investigaciones posteriores constataron las insuficiencias que persistieron en la preparación del claustro para la función educativa (Pernas et al., 2001).

En estrecha relación con el desarrollo de acciones de promoción de salud y prevención de enfermedades, los objetivos terminales o de salida del médico general básico incluyeron participar activamente en proveer la información necesaria a la población y en impartir educación para la salud al individuo, la familia y la comunidad. También colaborar en la educación médica de pregrado y en la del resto del personal de la salud, y participar activamente en su propia educación y preparación profesional (Ilizástigui & Douglas, 1993), aspectos que dan cuenta del reconocimiento a la función docente-educativa de este profesional.

Se enfatizó en la necesidad de articular la enseñanza teórica con la práctica, mediante métodos activos de enseñanza-aprendizaje, la solución de problemas, el trabajo independiente, el aprendizaje en grupos y la educación en el trabajo. Esta última emergió como la vía más directa para vincular a los estudiantes con los servicios y escenarios reales donde transcurre el proceso salud-enfermedad, y devino principio rector de la educación médica cubana (Ilizástigui & Douglas, 1993; Alfonso, Mondéjar & Blanco, 2016).

No obstante, el análisis de Pernas et al. (2001) acerca del diseño, implementación y evaluación curricular de este plan de estudio, reconoció la necesidad de continuar fortaleciendo la integración docente-asistencial. A juicio de estos autores, el mero despliegue del proceso docente-educativo en los escenarios laborales no garantizó una verdadera educación en el trabajo, entendida no como una simple práctica en servicio o una ejercitación laboral, sino como una forma organizativa que requiere la participación consciente del docente en el proceso formativo del educando.

La MGI comenzó a organizarse con diferentes objetivos, en diferentes años académicos, incluido el internado rotatorio, y a impartirse en el escenario docente comunitario mediante la educación en el trabajo, con el empleo de los recursos humanos y materiales del policlínico docente y del consultorio del médico de familia. Integró y aplicó los aspectos socio-biológicos, ecológicos, familiares, de higiene, epidemiología y administración, a los programas de APS. Enfatizó en los aspectos de promoción, prevención y profilaxis, inherentes al perfil del médico formado (Ilizástigui & Douglas, 1993). No obstante, no estaban creadas las condiciones para una adecuada coordinación vertical y horizontal que garantizara su verdadero carácter de disciplina rectora (Pernas et al., 2001).

A lo largo de 25 años, hasta su perfeccionamiento en el 2010, el plan de estudio C de la carrera de Medicina sufrió sucesivas transformaciones en respuesta a demandas provenientes del desarrollo de la APS y a las necesidades de formación de recursos humanos para Cuba y el mundo, identificándose 21 mapas curriculares (Miralles et al., 2015). Sin embargo, no contaron con ninguna asignatura o rotación que garantizara la preparación pedagógica de los estudiantes o contribuyera al desempeño educativo declarado en el propio plan y en el Programa del médico y la enfermera de la familia (Monagas et al., 2021).

Se reconoce que el incremento gradual del número de semanas y horas lectivas ocupadas por asignaturas o estancias que transcurrían en la APS fue lo más trascendental de estos cambios. Se extendieron las horas dedicadas a las asignaturas de salud pública, se amplió su integración con la MGI, aumentaron las horas dedicadas a la educación en el trabajo (Piña et al., 2005; Vela & Fernández, 2012), entre otras modificaciones progresivas en organización, sin perder su enfoque social-comunitario y preventivo-promocional.

A pesar de los avances, se identificó que los estudiantes presentaban dificultades para lograr una visión integral de los problemas de salud pública, demostraban poco dominio de la promoción de salud y prevención de enfermedades, así como de los aspectos relacionados con la modificación de estilos y modos de vida de la población. Los estudios concluyeron la necesidad de continuar perfeccionando los programas de salud pública y de las asignaturas médico-sociales (Vela & Fernández, 2012).

Desde el componente extracurricular, estudios registran una limitada preparación pedagógica de los alumnos ayudantes, desde un modelo que encaminaba su actividad a lo asistencial y al aprendizaje del contenido propio de la especialidad. También la falta de vías o herramientas que permitieran a los tutores organizar dicha formación (Curbelo, 2014). No obstante, hubo avances en el componente investigativo, como lo confirma la publicación de artículos pedagógicos escritos por estudiantes de Medicina y su participación en eventos de corte docente (Fajardo, 2011).

En los primeros años de este período, las actividades extracurriculares organizadas por las facultades promovieron el desarrollo de habilidades y capacidades intelectuales, estéticas y culturales (Ilizástigui & Douglas, 1993), mediante el movimiento de artistas aficionados y la docencia artística en las aulas. Sin embargo, a partir de 1991 la extensión universitaria se definió como una de las principales vertientes de la Educación Superior para lograr resultados cualitativamente superiores en la promoción y desarrollo cultural de la sociedad, e incorporó actividades relacionadas con el trabajo comunitario (González & Machado, 2011; García et al., 2018).

En la década de los noventa, a pesar de las limitaciones económicas generadas por el Período Especial, se continuó extendiendo el Modelo del Médico y la Enfermera de la Familia y se mantuvo el proceso de perfeccionamiento del plan de estudios. Sus repercusiones fortalecieron el enfoque integral de la formación, la intencionalidad para el desarrollo de valores y el compromiso social (Brizuela & González, 2011).

A modo de síntesis, en esta etapa se perfeccionó y consolidó la APS con el Programa del Médico y la Enfermera de la Familia, modelo que acercó la atención médica al seno de las comunidades, donde el contacto continuo y cercano humanizó la atención, favoreció el desarrollo de acciones educativas, promocionales y preventivas, así como la participación comunitaria, para una mayor eficiencia de los servicios en el primer nivel de atención.

En correspondencia, el proceso formativo se reorientó hacia la comunidad. Las asignaturas y estancias desarrolladas en la APS se incrementaron y llegaron a permear casi todos los años de la carrera, incluida la práctica preprofesional. La integración docente-asistencial-investigativa se fortaleció en todos los niveles, sobre todo en la APS, con la introducción de la educación en el trabajo. Desde la extensión universitaria también se incorporaron acciones relacionadas con el trabajo comunitario, y la investigación estudiantil avanzó en el acercamiento a temáticas de corte pedagógico.

La educación se incluyó como función del médico general básico, en estrecha relación con una atención centrada en lo promocional-preventivo, desde un enfoque bio-psico-social del proceso salud-enfermedad, más centrado en la salud y en lo social-comunitario. También la comunicación se reconoció como eje que transversaliza el proceso educativo. No obstante, se mantuvieron sesgos biologicistas y conductuales, una interpretación de la educación y la comunicación como transmisión de información y conocimientos, propia de perspectivas tradicionales, y la indefinición de vías o formas para organizar la formación pedagógica del estudiante.

Se requerían nuevos cambios cualitativos en la educación médica superior cubana, para una mayor calidad y

pertinencia de la labor educativa, comunicativa y asistencial, con relación a las demandas del contexto donde se formaba y laboraría el profesional una vez graduado, al punto que la clásica universidad desaparecería como tal idea, como tal concepto, como tal institución (Castro, 2004), abriendo paso a la verdadera universalización: la municipalización de la enseñanza superior.

Tercera etapa: De descentralización y perfeccionamiento pedagógico de la práctica educativa para la salud en condiciones de municipalización, con limitado impacto co-trasformador (2004-2025)

Subetapa a) De descentralización y mayor pertinencia de la práctica educativa para la salud, en condiciones de municipalización (2004-2015)

En el plan de estudios modificado de los cursos 2004-2005 y 2005-2006, comenzó a desarrollarse un nuevo modelo de enseñanza para la municipalización de la educación médica: el Proyecto Policlínico Universitario, a través del cual la APS, y especialmente el policlínico, se convirtió en el escenario docente principal para la formación médica (Miralles et al., 2015).

Como antecedentes de este proyecto se encuentran la extensa universalización de los estudios médicos iniciada en etapas anteriores, mediante la creación de facultades e instalaciones docente-asistenciales en todas las provincias del país, y la ejecución de internados internacionalistas y en hospitales municipales y rurales, que ampliaron los escenarios docentes y la movilización de profesores hacia ellos (Borroto & Salas, 2013).

Al convertirse el policlínico en universidad, el proceso formativo se estructuró en sus instalaciones y consultorios desde el primer año de la carrera, aprovechando al máximo sus recursos humanos y materiales, sin desestimar el apoyo de las facultades, áreas hospitalarias u otros escenarios pertinentes (Miralles et al., 2015), para una formación más contextualizada y directa del profesional médico con relación a su modelo profesional y futuro escenario de actuación.

Desde sus puestos de trabajo se incorporaron a la docencia un número elevado de profesionales del primer nivel de atención, en función de facilitadores o tutores, como concreción del declarado propósito de integración docente-asistencial-investigativa. El profesor principal de dicho proceso era el especialista en MGI que se desempeñaba en el entorno de la APS (Miralles et al., 2015), que hasta la actualidad se reconoce como principal responsable de la formación y paradigma del médico que demanda la sociedad cubana (Lima et al., 2022; Prieto et al., 2023).

En enero del 2004 se efectuó un proceso de ajuste y reformulación del sexto año para desarrollar el proceso docente educativo íntegramente desde la APS, con un nuevo enfoque que transformó el internado, de una práctica preprofesional, a una práctica profesionalizante, en la que el estudiante asumía la responsabilidad de brindar atención médica a un sector poblacional, bajo supervisión tutorada (Brizuela & González, 2011). También se acometió la llamada reingeniería de la disciplina rectora MGI (Taureaux et al., 2017).

Los planes de estudio no sufrieron cambios trascendentales en cuanto a contenidos; no obstante, se enfatizó en los métodos y medios dinámicos que debían emplearse. Las nuevas indicaciones se sustentaron en la educación en el trabajo, y destacaron el empleo racional y óptimo de los nuevos recursos tecnológicos en función de la enseñanza-aprendizaje, mediante videoconferencias, softwares educativos, etc. Se insistió en el protagonismo estudiantil, la acción instructiva y educativa del tutor y demás profesores, la actividad independiente y la práctica participativa (profesionalizante) frente a la contemplativa hasta ese momento establecida (Piña et al., 2005; Brizuela & González, 2011; Miralles et al., 2015; Taureaux et al., 2017).

En esta etapa se continuó promoviendo el trabajo político-ideológico, el desarrollo de valores, el vínculo de lo instructivo con lo afectivo y la participación activa consciente para estos fines. La dimensión extensionista se consideró un instrumento insustituible en la formación de sus educandos (Brizuela & González, 2011).

En el curso escolar 2010-2011 se puso en vigor un perfeccionamiento del plan de estudios que acercó el proyecto curricular a los requisitos de los planes D del MES. Se mantuvo el policlínico universitario como escenario fundamental de formación, aunque el aprovechamiento de todos los escenarios del sistema de salud fue más flexible. Cambió la denominación del egresado de médico general básico a médico general, se ajustaron los problemas a resolver, los niveles de actuación y las habilidades (Vela, 2016; Taureaux et al., 2017), y la función docente-educativa se ubicó entre las cinco establecidas en el perfil profesional (Carrasco et al., 2016).

Se delinearon cinco estrategias curriculares: educativa (formación de valores), investigación e informática, salud pública y formación ambiental, idioma inglés y medicina natural y tradicional, que aportaron mayor

coherencia vertical al currículo para un logro más acabado de sus objetivos (Vela & Fernández, 2012; Vela, 2016), aunque no se diseñaron con todos los requerimientos metodológicos necesarios (Pernas et al., 2014; Miralles et al., 2015).

En cuanto a las formas de organización de la enseñanza, además de la educación el trabajo, se ampliaron sensiblemente las clases prácticas, seminarios y la actividad independiente del estudiante, dando prioridad a aquellas formas de organización donde el estudiante juega un papel activo (Vela & Fernández, 2012). Estos cambios demostraron la búsqueda de un rol cada vez más protagónico del estudiante, en el que deviniera sujeto de su propia formación.

En el plan perfeccionado la asignatura Salud Pública incrementó los contenidos y la pertinencia de estos, así como las horas de educación en el trabajo. La MGI se declaró como Disciplina Principal Integradora (DPI), pero agrupó a las asignaturas propias de la MGI solamente. Se reordenaron y perfeccionaron los contenidos de sus programas, que tributan al desarrollo de las funciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación inherentes al médico formado con este perfil (Vela & Fernández, 2012; Taureaux et al., 2017), pero no se logró elaborar un programa de la disciplina con todos sus requerimientos en cuanto a concepción integral y estructuración (Miralles et al., 2015; Álvarez, 2017).

Aunque se avanzaba en aspectos de orden metodológico, el carácter social y promocional-preventivo de la asistencia médica demandaba el perfeccionamiento teórico-pedagógico de la labor educativa y comunicativa dirigida a la preservación de la salud de la comunidad.

Subetapa b): De perfeccionamiento pedagógico de la práctica educativa para la salud, con limitado impacto co-transformador (2016-2025)

En el curso 2016-2017 comenzó a implementarse el plan de estudio correspondiente al plan D en la carrera Medicina. Sus principales transformaciones se concentraron básicamente en el plan de proceso docente y los programas de disciplinas y asignaturas (CNC, 2015; Álvarez, 2017).

En la presente investigación se valora que el acontecimiento más relevante de este plan de estudio para contribuir al perfeccionamiento de la labor educativa, comunicativa y asistencial del estudiante de Medicina en el contexto comunitario, ha sido el avance en las estrategias de carácter interdisciplinario, con el diseño de siete estrategias curriculares de la carrera de Medicina (CNC, 2015; Álvarez, 2017). Entre ellas, la estrategia para la formación pedagógica ha permitido contribuir directamente al desarrollo de modos de actuación para la función docente-educativa del médico general (CNC, 2015).

La instrumentación de la estrategia de formación para la función pedagógica se ha apoyado en contenidos que imparten varias disciplinas, principalmente la DPI y las de formación humanista (CNC, 2015). A partir de la revisión de los planes de estudio D y E (...) se reconoce que, si bien se ha avanzado en la incorporación de contenidos de carácter sociomédico y epidemiológico que refuerzan el enfoque preventivo-promocional hacia la solución de problemas de salud propios de la APS, aún persisten concepciones tradicionales en la interpretación de la salud, la educación y la comunicación que limitan el óptimo desempeño de los egresados en el contexto comunitario.

Autores como Gutiérrez (2017) destacan la flexibilidad como aspecto novedoso del plan D, representada por la coexistencia de tres tipos de contenidos curriculares: básico, propio y optativo/electivo; los dos últimos dieron el acento flexible, al adaptarse a la realidad del entorno educativo y a las preferencias e intereses de los estudiantes.

Distingue a este plan de estudio, además, que las asignaturas no se organizaron en ciclos (básico, básico de la clínica y clínico), sino que se entrelazaron interdisciplinariamente desde el inicio hasta el final de la carrera. El desarrollo de los modos de actuación profesional se extendió a la totalidad de los semestres, del primero al sexto año, mediante un eje de formación específica: la DPI Medicina General, conformada por 23 asignaturas (Gutiérrez, 2017; Taureaux et al., 2017).

Se preservó el predominio de la educación en el trabajo para el logro pleno de las dimensiones instructiva, desarrolladora y educativa del proceso formativo, junto con el empleo de otras formas organizativas de la docencia que promovieran la actividad independiente del estudiante, con el apoyo de guías orientadoras y de autoevaluación, así como métodos activos de aprendizaje, centrados en el estudiante (Gutiérrez, 2017).

Otros aspectos fundamentales fueron: asumir con mayor precisión la categoría “problemas profesionales

a resolver” en el modelo del médico a formar y diferenciar los programas del internado de los precedentes, para un mayor nivel de profundidad en el dominio de las habilidades y conocimientos. También consolidar la actividad investigativo laboral del estudiante desde el proceso curricular (Pernas et al., 2014; Álvarez, 2017; Gutiérrez, 2017). En este último aspecto, la estrategia curricular de investigaciones e informática se ha dirigido a la preparación del egresado para aplicar la metodología de la investigación científica y las TIC en la solución de problemas científicos reales en el campo de la APS (CNC, 2015).

En el propio año 2016, se convocó a una nueva reingeniería curricular que implicara la generación del plan de estudio E de la carrera de Medicina, teniendo en cuenta que ya se tramitaba por el MES esa generación de planes y que la Dirección Nacional de Docencia del MINSAP había evaluado que el plan vigente se adaptaba a las exigencias para presentar y defender ante el MES como plan E (Álvarez, 2017).

El plan de estudio E comenzó a implementarse con los estudiantes que comenzaron la carrera de Medicina en septiembre de 2019. Los cambios fundamentales estuvieron dados en la modificación del tiempo de algunas disciplinas y la reducción del número de exámenes finales tradicionales por año académico, con el incremento de otros tipos de evaluación final, por ejemplo, trabajos de curso, casos de estudio, informes, ejercicios profesionales, proyectos, etc., que permitieran comprobar el desarrollo de habilidades profesionales e integrar contenidos de diferentes disciplinas (Álvarez, 2017).

Las bases conceptuales también reconocieron la necesidad de continuar perfeccionando aspectos que se consideran en la investigación, como el fortalecimiento del vínculo universidad-sociedad, el empleo de las TIC y el logro de una adecuada integración entre las actividades académicas, laborales (prácticas) e investigativas (MES, 2016; Álvarez, 2017).

La investigación científica extracurricular y la extensión universitaria, así como la participación en tareas de alto impacto social, se integran a la labor de formación, constituyendo elementos de vital importancia para la formación integral de los estudiantes (MES, 2018), particularmente su formación pedagógica.

Desde la dimensión extensionista, actualmente se perfecciona la labor de los proyectos socioculturales comunitarios de la Federación Estudiantil Universitaria y las cátedras honoríficas y multidisciplinarias en la universidad médica, con la confluencia de arte y salud (García et al., 2018). También el trabajo con el grupo específico de los alumnos ayudantes ha contribuido, desde la dimensión extracurricular, al mejoramiento del desempeño pedagógico de estos estudiantes en sus funciones docentes y la dirección del proceso de enseñanza-aprendizaje para la solución de problemas de la práctica social (Hernández et al., 2018; Espinosa et al., 2023).

De manera general, en esta etapa se descentralizó la formación de médicos y se llevó a los territorios, al contexto local-comunitario, lo que ha favorecido la pertinencia del estudiante con su modelo profesional y futuro escenario laboral de actuación, así como un mayor aprovechamiento de las oportunidades y fortalezas de cada territorio en la construcción social de la salud y el desarrollo local.

DISCUSIÓN

La integración docente-asistencial-investigativa y la educación en el trabajo se han fortalecido con la participación del especialista en MGI en ejercicio, en la labor formativa, y el aporte de sus experiencias profesionales y ejemplo paradigmático a los estudiantes. Se han perfeccionado los métodos, medios y formas de organización, con énfasis en el empleo de las TIC, la práctica participativa (profesionalizante) y el protagonismo del estudiante como sujeto de su propia formación.

El incremento gradual de las horas dedicadas a la educación en el trabajo ha contribuido a una creciente integración de la teoría y la práctica educativa; no obstante, se reconoce la necesidad de una orientación más consciente, interactiva, problematizadora e individualizada de este proceso por parte de los docentes, que articule las potencialidades de los componentes académico, laboral, investigativo y extensionista.

La atención teórico-metodológica a la función docente-educativa se ha consolidado con la conformación del programa de la DPI Medicina General como un eje a lo largo de toda la carrera y la incorporación de la estrategia curricular para la formación pedagógica; sin embargo, prevalecen modelos teóricos tradicionales que limitan el sentido de pertenencia y la capacidad transformadora del estudiante, tanto de sí mismo, como de la realidad de salud existente en las localidades. Por tanto, se reconoce la necesidad de continuar perfeccionando los contenidos sociomédicos, epidemiológicos y pedagógicos.

CONCLUSIONES

El estudio histórico-tendencial ha permitido revelar tres tendencias históricas en el proceso de formación pedagógica del estudiante de Medicina y su dinámica. Se concluye que la formación pedagógica del estudiante de Medicina y su dinámica:

Parte desde una concepción social, preventiva y profiláctica de la actividad educativo-comunicativa en las comunidades, marcada por sesgos biologicistas y conductistas, transitando por un enfoque integral más orientado a la salud y a lo social-comunitario, sin un análisis pedagógico intencional, hacia su reconocimiento como un proceso que requiere una preparación pedagógica, pero que no supera la perspectiva instrumental, carente de fundamentos teórico-metodológicos sólidos.

Parte desde el énfasis en la enseñanza práctica, predominantemente hospitalaria, y la insuficiente preparación para el trabajo en la APS, pasando por la consolidación de la interacción educativa mediante la educación en el trabajo en el contexto comunitario como escenario fundamental, hacia un perfeccionamiento metodológico y pedagógico, con mayores posibilidades de contextualización a las necesidades locales, pero que aún no logra suficientemente el impacto educativo a través del diálogo reflexivo co-transformador estudiante-comunidad.

Parte desde una dinámica formativa centrada en el desempeño docente del alumno ayudante, con enfoque espontáneo, poco sistemático y extracurricular, pasando por la formalización de la función docente-educativa como inherente al perfil profesional del médico, con indefinición de vías o formas para su atención, hacia el perfeccionamiento interdisciplinar de la formación pedagógica, pero que aún precisa de un método formativo que concrete la construcción de una unidad integradora.

REFERENCIAS

- Agudelo Agudelo, C. A. (2023). El método histórico en diálogo con las fuentes primarias: algunas preguntas al oficio del investigador. *Jurídicas*, 20(2), 7–14. <https://doi.org/10.17151/jurid.2023.20.2.1>
- Águila Carralero, A. y Colunga Santos, S. (2018). Análisis histórico tendencial: un desafío para los doctorandos en Ciencias Pedagógicas. *Transformación*, 14(1), 1-10
- Alfonso de León, J. A., Mondéjar Rodríguez, J. J. & Blanco Aspiazú, M. A. (2016). Fidel Ilizástigui Dupuy y su concepción de la educación en el trabajo. *Revista Científica Pedagógica "Atenas"*, 2(34): 96-111. <http://atenas.umcc.cu/index.php/atenas/article/view/202/381>
- Álvarez Sintés R. (2017). Plan de estudio de medicina: ¿nueva generación? *Rev haban cienc méd* 16(5), 680-685. <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/2123>
- Álvarez Sintés, R. (2022). *Medicina General Integral* (4ta. ed.). ECIMED
- Borroto Cruz, E. R. y Salas Perea, R. S. (2013): Momentos de la educación médica en la Revolución cubana. En: *Repositorios de la Universidad Virtual de la Salud*. <http://recursosuvs.sld.cu/index.php>
- Brizuela Tornés, G. B. y González Brizuela, C. M. (2011). Evolución histórica tendencial del proceso formativo del médico en Cuba desde 1959 hasta 2011. *MEDISAN*, 15(7), 992
- Castro Ruz, Fidel. (1964, 10 de septiembre). Discurso pronunciado en el acto de graduación de 250 médicos, celebrado en el teatro de la CTC revolucionaria. Recuperado de: <http://www.cuba.cu/gobierno/discursos/1964/esp/f100964.html>
- Castro Ruz, F. (1965). Discurso pronunciado en la Graduación en el Pico Cuba. <http://www.cuba.cu/gobierno/discursos/1965/esp/f141165e.html>
- Castro Ruz, F. (2013). Discurso pronunciado en la inauguración del ICBP "Victoria de Girón". <http://www.cuba.cu/gobierno/discursos/1962/esp/f171062e.html>
- Castro Ruz, F. (1982). Discurso pronunciado en el Claustro Extraordinario de Profesores de Ciencias Médicas de La Habana. Editora Política.
- Castro Ruz, F. (1983). Clausura del Claustro Nacional de Ciencias Médicas. Teatro "Karl Marx". Editora Política. <http://www.fidelcastro.cu/es/discursos/discurso-pronunciado-en-la-clausura-del-claustro-nacional-de-ciencias-medicas-en-el-teatro>
- Castro Ruz, F. (1984). Discurso de Clausura del Encuentro Nacional de Estudiantes de Ciencias Médicas. <http://www.cuba.cu/gobierno/discursos/1984/esp/f050584e.html>
- Castro Ruz, F. (2004). Discurso clausura del Cuarto Congreso de Educación Superior. La Habana.

Comisión Nacional de Carrera. (2015). Plan de estudios "D". Modelo del profesional para la formación de médicos. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Cuba.

Comisión Nacional de Carrera. (2015). Plan de estudios "D". Indicaciones metodológicas y de organización. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Cuba

Comisión Nacional de Carrera. (2015). Estrategia para la formación pedagógica. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Cuba.

Comisión Nacional de Carrera. (2015). Estrategia curricular de investigaciones e informática en la carrera de Medicina. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Cuba.

Ministerio de Salud Pública. (2019). Plan de estudio E. Carrera de medicina. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Cuba.

Ministerio de Educación Superior. (2018). Resolución No. 2/2018. Gaceta Oficial No. 25 Ordinaria de 21 de junio de 2018. <http://www.gacetaoficial.cu/>

Deroncele Acosta, A., Gross Tur, R., Medina Zuta, P. (2021). El mapeo epistémico: herramienta esencial en la práctica investigativa. *Universidad y Sociedad*, 13(3), 172-188.

García Torres, D. S., Díaz Suárez, R., Sánchez Hechavarría, M. E., Mendoza Ruíz, M. (2018). Concepción de extensión universitaria desde las ciencias médicas en Santiago de Cuba. *Humanidades Médicas*, 18(3):564-575

González Cárdenas, L.T., Cuesta Mejías, L., Pérez Perea, L., Presno Labrador, M. C., Fernández Díaz, I. E., Pérez Díaz, T. C., Guerrero Chacón, S. E. y Pérez Charbonier, C. (2018). El Programa del médico y enfermera de la familia: desarrollo del modelo de atención médica en Cuba. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, e31. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6386125/#!po=90.2174>

González Peña, M. V., Machado Durán, M. T. (2011). Etapas y tendencias de la gestión de la Extensión Universitaria: antecedentes imprescindibles para la reconceptualización. *Centro para el Desarrollo de las Ciencias Sociales y Humanísticas en Salud. Rev Hum Med* 11(3), 504-522. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202011000300007

Guevara de la Serna, E. (1959). Discurso del Comandante Ernesto «Che» Guevara en su visita al Colegio Médico Nacional. <https://www.cubanamera.org/documentos-de-ernesto-che-guevara/discurso-del-comandante-ernesto-che-guevara-en-su-visita-al-colegio-medico-nacional/>

Guevara de la Serna, E. (1960). El médico revolucionario. Discurso pronunciado el 20 de agosto de 1960. <https://www.google.com/amp/www.cubadebate.cu/especiales/2020/06/14/el-medico-revolucionario/amp/>

Gutiérrez Maydata, A. (2017). Lo novedoso en el plan de estudio D en la carrera de Medicina. *Medicent Electrón*, 21(3), 190-1

Ilizástigui Dupuy, F. y Douglas Pedroso, R. (1993). La formación del médico general básico en Cuba. *Educ Med Salud*; 27(2): 189-205.

Lima Sarmiento, L., García Hernández, K. C., Pérez Esquivel, G. J., Arenas Gutiérrez, R., Fernández Rodríguez, R. (2022). Estrategia de superación profesional para potenciar habilidades pedagógicas profesionales en el tutor de Medicina General Integral. *Revista Cubana de Educación Superior*, 41(Número Especial 2), 1-12.

Linares Tovar, F., López Palmero, C. K., Abreus Ponvert, Y. (2015). Desarrollo histórico de la Enseñanza Médica Superior en Cuba de 1959 a 1989. *Medisur*, 13(1), 75-83

Miralles Aguilera, E. A., Taureau Díaz, N., Fernández Sacasas, J. A., Pernas Gómez, M., Sierra Figueredo, S., y Diego Cobelo, J. M. (2015). Cronología de los mapas curriculares en la carrera de Medicina. *Educación Médica Superior*, 29(1), 93-107

Martínez Calvo, S. (2010). Evolución histórica de la enseñanza de la medicina preventiva en la carrera de medicina en Cuba. En: XIV Encuentro de Latinoamericanistas Españoles: congreso internacional, Santiago de Compostela, España (135-148).

Pernas Gómez, M., Arencibia Flores, L. y Ortiz García, M. (2001). El plan de estudio para la formación del médico general básico en Cuba: experiencias de su aplicación. *Rev Cubana Educ Med Super*, 15(1), 9-21.

Pernas Gómez, M., Taureau Díaz, N., Sierra Figueredo, S., Diego Cobelo, J. M., Miralles Aguilera, E. A., Fernández Sacasas, J. A., y Agramonte del Sol, A. (2014). Principales retos para la implantación del plan de estudio D en la carrera de Medicina. *Educación Médica Superior*, 28(2), 335-346

Piña Loyola, C. N., González Debén, M. R., López Rodríguez del Rey, A. M., y López Rodríguez del Rey, M. (2005). La formación del médico en Cuba: una perspectiva crítica de su historia. *MediSur*, 3(3), 58-67. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180019788009>

Sosa Díaz, R. Y., Sosa Díaz, J. y Fernández Rodríguez, C. J. (2019). Apuntes históricos y cronológicos de los Planes de estudio de la Educación Médica en Cuba. *Rev. Med. Electrón.* 41(1), 262-274

Suarez-Cid, L., Gross-Tur, R., Deroncele-Acosta, A., & Suarez-Rodríguez, C. O. (2022). Necesidad de perfeccionar la formación del estudiante de medicina para la comunicación social en salud. *Santiago*, (No. Especial75UO), 225-239. <https://santiago.uo.edu.cu/index.php/stgo/article/view/5792>

Taureaux Díaz, N., Miralles Aguilera, E. A., Pernas Gómez, M., Diego Cobelo, J. M., Blanco Aspiazú, M. A., y Oramas González, R. (2017). El perfeccionamiento de la disciplina principal integradora en el plan de estudio de la carrera de Medicina. *Revista Habanera de Ciencias Médicas* 16(1), 71-81. <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/1682>

Toledo Méndez, M. A. y Cabrera Ruiz, I. I. (2017). Corrientes psicológicas determinantes de la concepción del aprendizaje en la enseñanza médica superior. *Educación Médica Superior*; 32(4), 1-14. http://scielo.sld.cu/pdf/ems/v31n4/a23_1094.pdf

Toledo Méndez, M. A. y Cabrera Ruiz, I. I. (2021). Psicología y atención médica integral. Concepción del proceso de formación del médico general. Editorial Samuel Feijó

Vela Valdés, J. y Fernández Sacasas, J. (2012). Las asignaturas de salud pública en las políticas de formación para la carrera de medicina. *Revista Cubana de Salud Pública*; 38(3), 383-392

Vela Valdés, J. (2016). Formación de médicos para los servicios de salud en Cuba (1959-2014). Tesis en opción al grado científico de Doctor en Ciencias de la Salud. La Habana. Escuela Nacional de Salud Pública.

Vela Valdés, J., Salas Perea, R. S., Pujals Victoria, N., Quintana Galende, M. L. y Pérez Hoz, G. (2016). Planes de estudio de Medicina en Cuba de 1959 a 2010. *Educ Med Super*, 30(1). <http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/684/319>

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Declaración de responsabilidad de autoría

Los autores del manuscrito señalado, DECLARAMOS que hemos contribuido directamente a su contenido intelectual, así como a la génesis y análisis de sus datos; por lo cual, estamos en condiciones de hacernos públicamente responsable de él y aceptamos que sus nombres figuren en la lista de autores en el orden indicado. Además, hemos cumplido los requisitos éticos de la publicación mencionada, habiendo consultado la Declaración de Ética y mala praxis en la publicación.

_____ : Proceso de revisión de literatura y redacción del artículo.

_____ : Revisión y corrección de la redacción del artículo.