

Programa Más Médicos y las Directrices Curriculares de los cursos de Medicina: un análisis comparativo entre instituciones de enseñanza superior

Annabelle de Fátima Modesto Vargas^(a)

<annamodesto@hotmail.com> 

Diogo de Souza Vargas^(b)

<diogosvargas@yahoo.com.br> 

Mauro Macedo Campos^(c)

<mauromcampos@yahoo.com.br> 

Rodrigo da Costa Caetano^(d)

<profrodrigo@uenf.com> 

^(a) Pós-graduanda do Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política (pós-doutorado), Laboratório de Gestão e Políticas Públicas, Centro de Ciências do Homem (CCH), Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF). Avenida Alberto Lamego, 2000, Parque Califórnia. Campos dos Goytacazes, RJ, Brasil, 28013-602.

^(b) Pós-graduando do Programa de Pós-Graduação em Políticas Sociais (doutorado), Laboratório de Estudo do Espaço Antrópico, CCH, UENF. Campos dos Goytacazes, RJ, Brasil.

^(c) Laboratório de Gestão e Políticas Públicas, CCH, UENF. Campos dos Goytacazes, RJ, Brasil.

^(d) Laboratório de Estudo do Espaço Antrópico, CCH, UENF. Campos dos Goytacazes, RJ, Brasil.

El artículo fue elaborado a partir de una investigación exploratoria y documental e investiga las matrices curriculares de los cursos de Medicina de tres Instituciones de Enseñanza Superior, buscando identificar el peso que atribuyen a una formación más humanista de sus estudiantes, en los moldes del "Programa Más Médicos" (PMM). Se examinaron dos instituciones brasileñas, una pública y una privada, ambas en Río de Janeiro y una tercera, cubana. En la formación de los médicos cubanos se nota una intensidad en las disciplinas categorizadas como "Formación en Salud Pública". En contra de ese diseño se tiene que la formación del médico brasileño refleja el conflicto entre la enseñanza y la realidad del país, visible en la dificultad en formar médicos para actuar en la Atención Primaria a la Salud y en fijarlos en los más remotos lugares de Brasil.

Palabras clave: Educación médica. Políticas públicas. Salud Pública.

Introducción

El artículo analiza la formación médica construida por las propias Instituciones de Enseñanza Superior (IES), a partir del análisis de las matrices curriculares propuestas. Su objetivo es identificar el espacio destinado a la formación enfocada en la actuación en salud pública. La investigación se realizó a partir de dos IES del estado de Río de Janeiro, comparado con lo que se practica en los cursos de medicina de Cuba, más específicamente en su capital La Habana, en donde se localiza la principal facultad de medicina del país.

Para el desarrollo se busca delimitar la actual conformación de las directrices curriculares para los cursos de medicina en Brasil¹, a partir de un rápido recorrido sobre la dirección de la educación médica nacional, con lo que se practica en Cuba, puesto que este es el país que más “ofrece” profesionales médicos para misiones internacionales². Además, se destaca el hecho de que ese país prioriza una formación académica enfocada en la medicina familiar y social, formando “médicos de familia” capacitados para una medicina comunitaria³.

En Brasil, las normativas que tratan de la educación médica, así como el desarrollo de las directrices para los cursos de graduación, se legitimaron tardíamente, iniciadas por la Ley de Directrices y Bases de la Educación Nacional (LDB), a finales de la década de 1990. También se subraya que los modelos de educación son disconformes con la realidad del país, así como la voluntariedad en la adhesión a esos modelos por parte de las instituciones de enseñanza. La suma de esas cuestiones acaba perjudicando la formación de profesionales con perfil para actuar en el Sistema Único de Salud (SUS). Son abordajes ya considerados por el Programa Más Médico (PMM) en lo que se refiere al perfeccionamiento de la formación médica, indicado en las reformas curriculares dirigidas a la Atención Primaria de la Salud (APS)¹.

El argumento central de este artículo considera como base un ejercicio comparativo en el que se pretende subrayar los abordajes de la formación médica construidos por las propias IES. En realidad, si lo que se pretende es discutir sobre una formación médica que privilegie la APS, dentro lo que el PMM propone⁴, hay que enfocarse en el modelo mediante el cual se estructuran las bases curriculares.

Método

El trabajo se construyó a partir de una investigación exploratoria, por medio de un análisis documental de carácter cualitativo⁵, de modo que fuera posible una visión más general sobre las matrices curriculares. Para el desarrollo, se utiliza el análisis de las directrices curriculares de cursos de medicina de tres instituciones de enseñanza.

La elección de las IES proviene del hecho de que el 55,3% de los médicos brasileños se concentran en la región Sudeste, siendo que el estado de Río de Janeiro tiene la mayor proporción de médicos por número de habitantes (3,75 médicos por mil habitantes), perdiendo solamente para el Distrito Federal (4,28 médicos por mil habitantes)⁶. La investigación consideró también una universidad pública y otra privada. Adicionalmente, se tratan las IES que más ofrecen plazas autorizadas por el Ministerio de la Educación (MEC), siendo: (1) IES pública – IES1; e (2) IES privada – IES2. La

cuadro 1 muestra las IES del estado de Río de Janeiro, acompañadas de la localización, del cuantitativo de plazas y del inicio de funcionamiento de cada curso.

Cuadro 1 - Instituciones de Enseñanza Superior en Medicina del Estado de Río de Janeiro.

Instituciones privadas con plazas autorizadas por el MEC			
Municipio	Mantenedora	Plazas anuales (2017)	Inicio del curso
Valença	IES4	150	1968
Rio de Janeiro	IES5	170	2014*
Rio de Janeiro	IES2	240	1997
Petrópolis	IES6	150	1967
Teresópolis	IES7	144	1970
Vassouras	IES8	160	1969
Campos dos Goytacazes	IES9	126	1967
Rio de Janeiro	IES10	192	1971
Volta Redonda	IES11	120	1968
Itaperuna	IES12	100	1997
Nova Iguaçu	IES13	100	1977
Itaperuna	IES14	112	2015*
Duque de Caxias	IES15	110	1997
Rio de Janeiro	IES16	110	2007
Total de plazas autorizadas en graduación de medicina en IES de carácter privado en el estado: 1.984			
Instituciones públicas con plazas autorizadas por el MEC			
Municipio	Mantenedora	Plazas anuales (2017)	Inicio del curso
Rio de Janeiro	IES17	94	1936
Niterói	IES18	180	1926
Rio de Janeiro	IES1	200	1808
Macaé	IES19	60	2009
Rio de Janeiro	IES20	160	1912
Total de plazas autorizadas en graduación de medicina en IES de carácter público en el estado: 694			
Total de plazas autorizadas en graduación de medicina en IES en el estado: 2.678			

* Estas instituciones todavía no formaron médicos.
Fuente: emec.mec.gov.br. Consulta el: 03/08/2017.

El municipio de Río de Janeiro cuenta con siete cursos de medicina, siendo cuatro de ellos privados y tres públicos, con un total de 1.166 plazas autorizadas (43,5% de las plazas del estado). Segundo Scheffer et al.⁶, el municipio cuenta con 6,28 médicos para cada mil habitantes, lo que representa el 66% de los médicos de el Estado y el 34,7% de los médicos del Sudeste.

Con el propósito de comparar el modelo de enseñanza médica realizado por las instituciones brasileñas se seleccionó también una universidad cubana. Antes, sin embargo, caben algunas consideraciones sobre los criterios de elección, al perseguir el argumento central del artículo: el proceso de cambio curricular en la formación médica en Brasil, respaldado por el MEC e instituido por el PMM, a partir de un modelo de atención que privilegie la APS¹. Corrobora también el hecho de que la enseñanza de la medicina en Cuba prioriza ese aspecto⁷ en la formación profesional. No es casualidad que Cuba sea el país que más envía profesionales para el ejercicio de la medicina en Brasil⁸, en el ámbito del PMM. La universidad cubana elegida está situada en la capital, La Habana: IES3, una institución pública de enseñanza, como todas en el país, siendo esta la más tradicional y la más notable.

El paso siguiente fue buscar las matrices curriculares de los cursos, con el objetivo de comparar los componentes curriculares ofrecidos a los estudiantes en cada una de ellas. Se trata de un análisis que busca congrega los diferentes componentes que constan en las matrices de estos cursos y sus respectivas cargas horarias.

El desarrollo de este artículo se basó en las áreas de competencia expresadas en la DCN de 2014¹ para dar subsidio a las finalidades y a los fundamentos de la formación en medicina, siendo: (a) Área de Competencia de Atención de la Salud; (b) de Gestión de Salud; (c) de Educación en Salud. Debemos subrayar que la implementación de las directrices todavía no fue completamente realizada, siendo que las IES tienen plazo hasta el final de 2018 para adecuarse a la DCN. Esas tres grandes áreas se utilizarán como un “tipo ideal” para los análisis, siendo que en la práctica prevalecen las categorías establecidas por Almeida et al.⁹ (2007), construidas a partir de la DCN de 2001: (1) competencias y habilidades generales; (2) competencias y habilidades específicas; y (3) formación para el SUS. Utilizar categorías de la DCN de 2001 en nada perjudica la contemporaneidad del estudio, ratificado también por su vigencia.

La última categoría, “formación para el SUS” representada por las disciplinas referentes a la salud pública brasileña, se denominó aquí como “formación en salud pública, para atender la propuesta de análisis del curso de Cuba, permaneciendo toda su esencia. De tal forma, el artículo subraya la urgencia en la implementación de las nuevas directrices curriculares, siguiendo los preceptos del PMM, para colocar la formación médica más próxima de las vulnerabilidades sociales del país.

Teoría, resultados y discusión

La introducción de las DCN's en los cursos de graduación en Brasil se realizó a partir de la LDB¹⁰, que presentó cambios en la forma de concebir y de buscar la garantía del derecho a la educación. En lo que se refiere a los cursos de medicina, el objetivo es la construcción de un perfil académico y profesional con competencias y contenidos contemporáneos, para que los egresados puedan actuar en el ámbito del SUS. De tal forma, con una formación más generalista, humanista y flexible en lo que se refiere al formato del estudio ofrecido¹¹, puede ser posible superar las “concepciones antiguas y herméticas de las parrillas (prisiones) curriculares”¹². En ese contexto de formateado de la educación se instituyeron las “parrillas” curriculares para los cursos de salud, que carecen de avances con relación a las realidades regionales del país. Debemos subrayar la importancia de la relación entre teoría y práctica, para ampliar el conocimiento, la habilidad y las actitudes, con “reflexiones críticas y propositivas en el campo de la formación médica, teniendo como orientador el SUS”¹³ (p. 197).

Sin embargo, el propio Consejo Nacional de Educación, por medio del parecer n° 776/1997, atribuye la prerrogativa para que cada IES pueda definir la carga horaria y los contenidos necesarios para la formación del profesional médico¹⁴. Sucede que tal medida permite el avance de disciplinas técnicas en perjuicio de las disciplinas de cuño más social, generando un efecto en sentido contrario al que se propone en términos de calificación de la atención primaria.

Esta flexibilidad en el diseño de la estructura curricular de los cursos, hasta entonces entendida como una autonomía de las instituciones educadoras, obtuvo fuerza a partir de la primera DCN médica, en 2001. Según Pereira y Lages¹⁵ la flexibilidad debe

verse con cautela, por poder proporcionar una exención para la sociedad, cabiéndole al estado el desarrollo de políticas que induzcan a las universidades a cumplir su papel social. Este movimiento en el sentido de readecuación de la matriz curricular de los cursos de medicina en Brasil no se configura como una trayectoria sin obstáculos y exenta de intereses. Por lo tanto, para que se pueda dar sentido a los propósitos del artículo, el trayecto cronológico de esos cambios ayuda a su comprensión y es por medio de ese abordaje que se busca entender la formación médica en Brasil.

En lo que se refiere a las discusiones sobre las conformaciones curriculares, en la DCN de 2001 se esbozaron los principios de autonomía institucional. En la misma medida, se buscó incentivar la construcción de una red de saberes y de prácticas presentes en los campos profesionales al cotidiano de formación universitaria (articulación teoría-práctica), además de la integración, enseñanza, investigación y extensión y del uso de prácticas evaluadoras continuadas¹¹. Consecuencia de debates y movimientos internacionales de la salud habidos en la época, tales como la conferencia de Yakarta, en 1997, la DCN de 2001 presenta una identificación con el campo de las Ciencias Sociales¹⁶.

Movimientos posteriores a la DCN de 2001 contribuyeron para poner en práctica lo que originalmente se expresaba en la directriz. El primero de ellos, en 2002, el Programa de Incentivo a los Cambios Curriculares de los Cursos de Medicina (PRO-MED), tuvo la participación de los Consejos Nacionales de Salud y Educación, Ministerio de la Salud, Organización Panamericana de la Salud (OPAS) y MEC, además de la Asociación Brasileña de Educación Médica (ABEM) y de la Red Unida.

El programa nace de la tentativa de realizar cambios curriculares en los cursos de graduación de medicina, para responder a las demandas del SUS, bajo el lema: “una nueva escuela médica para un nuevo sistema de salud”. Una de las mayores preocupaciones es la excesiva especialización médica, resultando en la disminución del médico con visión integral y generalista. Tales cuestiones implican el aumento de los costos asistenciales de salud¹⁷, puesto que una APS no resolutive sobrecarga la logística de los sectores de media y alta complejidad en la salud. No obstante, el hecho de que el PROMED tenga un carácter voluntario permitió la falta de adherencia maciza de las IES con adhesión solamente de 19 escuelas de las 118 vigentes¹⁸, imposibilitando la adecuación íntegra en los currículos de las escuelas del país.

En 2003, durante la 12ª Conferência Nacional de Salud, se subrayó el papel de los órganos de control en lo que se refiere al cumplimiento de las normas emitidas por el poder público para apertura y funcionamiento de cursos de formación de profesionales de la salud, además de averiguar la implantación de modificaciones en los modelos de formación. Debemos subrayar la preocupación por una adecuación de las escuelas ya existentes y un direccionamiento hacia la apertura de nuevos cursos del área, siguiendo características regionales, sociales, económicas, epidemiológicas y demográficas, a partir de las directrices para la organización de la atención de la salud¹⁹.

Entre 2006 y 2009, la CAEM/ABEM (Comisión de Evaluación de las Escuelas médicas de la Asociación Brasileña de Educación Médica) desarrolló el proyecto “Evaluación de Tendencias de Cambios en el Curso de Graduación de las Escuelas Médicas Brasileñas”. En términos prácticos, ese proyecto contó con la adhesión voluntaria de 28 IES²⁰, teniendo como propuesta la transición de un modelo de enseñanza *flexneriana* para otro factor valorizador de la integridad – biopsicosocial.

En 2013, se realizó el “Seminario de Formación Médica para Atención Básica”, contando con la participación de representantes del gobierno, de las escuelas médicas, de los gestores públicos y de los estudiantes de medicina. Los objetivos del evento fueron: (a) realizar debates sobre los desafíos de proporcionar profesionales médicos según la necesidad de la APS; (b) conocer y discutir estrategias de formación de este profesional; y, (c) proponer estrategias para el perfeccionamiento de la formación médica²¹. Aunque en carácter normativo, las propuestas sufrieron en el sentido de reforzar la indisociabilidad enseñanza-investigación-extensión; ampliar las prácticas de interiorización del internado por medio de convenios con gobiernos municipales; valorizar la carrera de docente vinculada a la APS; buscar la interacción entre graduación y residencia médica; y regionalizar los cursos médicos con responsabilidad de proporcionar profesionales en cantidad y de perfil adecuado a las necesidades locales²¹.

Sin embargo, todavía se percibe una carencia de profesionales médicos que actúan conforme las premisas del SUS^{4,22}, principalmente en la APS. Esa laguna es pauta de innumerables críticas de los gestores municipales²³ y, principalmente, de la población²⁴ con relación a la calidad de la salud pública ofrecida. Esa es la razón de que iniciativas frecuentes por parte del gobierno sean “puestas a prueba”, desde la década de 1960 con el objetivo no solo de perfeccionar la actuación de esos profesionales de acuerdo con la realidad nacional, sino también de promover el proceso de interiorización de esta mano de obra. En ese sentido, se destacan el Proyecto Rondon (1968), el Programa de Interiorización de las Acciones de Salud y Saneamiento (PIASS, 1976), el Programa de Interiorización del Sistema Único de Salud (PISUS, 1993) y el Programa de Interiorización del Trabajo en Salud (PITS, 2001), todos ellos teniendo en común puntos convergentes en ese sentido²⁵. Recientemente, se instituyó el Programa de Valorización de la Atención Básica (PROVAB)²⁶.

En la misma línea, en 2013, tenemos el “Programa Más Médicos” (PMM)⁴, incluyendo acciones conjuntas entre el MS y el MEC, promoviendo no solo la convocatoria de médicos para actuar en regiones prioritarias, esta sería la medida de emergencia, sino también la mejora en infraestructura y equipos para la salud, la expansión de plazas de graduación en medicina y de especialización/residencia médica y el perfeccionamiento de la formación médica por medio de reformas curriculares dirigidas a la APS¹.

Para el artículo en cuestión interesan los desdoblamientos relacionados a la formación médica, al tratar del eje más estructurador del PMM, en el cual “recomienda” la reorientación del currículum, dando énfasis a la atención primaria y por fomentar la “formación en salud pública”, cuyos impactos serán a mediano y largo plazo²⁷. Tales cuestiones, también se insieren en las diferentes y plurales realidades territoriales.

Las nuevas DCN para el curso de graduación en medicina provienen de ese programa, con el objetivo de reforzar la superación de modelos curriculares pragmáticos y disciplinarios, interconectando enseñanza, investigación y extensión durante la formación, dando crédito al conocimiento profundizado en las áreas de la atención, de la gestión y de la educación. Este nuevo formato de enseñanza se extiende incluso a la inserción de nuevas técnicas en el ámbito de la práctica pedagógica, aproximando la universidad a los servicios de salud¹³.

Se percibe aquí el carácter “voluntario” de esa propuesta, llevando en consideración que las directrices del PMM señalan la adecuación al nuevo formato solamente como recomendación para las IES. Se añade también la complejidad de un sistema que

conjuga lo público y lo privado, desde la enseñanza médica hasta la atención asistencial, habiéndose asignado al sector privado los servicios más complejos, especializados y tecnológicos, por lo tanto, más onerosos y rentables. Es en esa arena en la que se presentan propuestas de cambios en la formación académica médica, en donde los inevitables conflictos son, de cierta forma, desconsiderados en la propuesta de una nueva DCN¹ que vigora, de su forma “voluntariosa”, en un ambiente complejo y notablemente competitivo.

En la práctica, todavía no se ha dado a la enseñanza el crédito de la importancia de los factores sociales en la salud, principalmente en las actividades médicas, perjudicando especialmente la interrelación salud-enfermedad con los fenómenos clínicos y sociológicos vividos en un país tan heterogéneo²⁸. Las propuestas de humanización e integralidad del cuidado de la salud son vistas como estrategias importantes para llenar los espacios dejados por esa laguna²⁹.

La actual DCN del curso de medicina insiere consideraciones en lo que se refiere a las diferencias “biológica, subjetiva, étnico-racial, de género, orientación sexual, socioeconómica, política, ambiental, cultural”¹ (p. 1). El documento también establece la integralidad y la humanización del cuidado “por medio de práctica médica continua e integrada con las demás acciones e instancias de salud, en la construcción de proyectos terapéuticos compartidos”, prevaleciendo el “trabajo interprofesional, en equipo, con el desarrollo de relación horizontal compartida”¹ (p. 1). Por lo tanto, refuerza el propósito de promover una formación médica más general, humanística y crítica, capaz de actuar en los diferentes niveles de atención de la salud, con responsabilidad social y compromiso con la defensa de la ciudadanía, de la dignidad humana y de la salud integral de la población^{1,27,30}.

El análisis de la aplicabilidad de la DCN para los cursos de medicina en las IES lleva en consideración gran número de universidades en el país. Son 288 IES, responsables por 29.252 plazas³¹, habiendo un predominio de ellas en la red privada de enseñanza, teniendo la región Sudeste el 41% de ellas^{31,32}.

Para efectos de mayor densidad de lo que se pretende con esa comparación de las matrices curriculares, se consideró también una IES extranjera: la IES3 de La Habana, capital de Cuba. Debemos subrayar también que Cuba es un país conocido internacionalmente como “exportador de médicos” y que desde la implantación del PMM ha sido el mayor colaborador en lo que se refiere al suministro de esos profesionales, llegando a una adhesión al 63% del total de médicos adheridos, que totalizan más de 11 mil profesionales que actúan en los servicios primarios de salud⁶.

La actuación en Brasil de médicos extranjeros en el PMM, en su mayoría de origen cubano, en función de su formación y de su actuación práctica, minimiza el excesivo uso de la tecnología en las prácticas de salud y valoriza las cuestiones sociales envueltas en los tratamientos³³. En realidad, se observaron ganancias en la calidad de la asistencia de la salud en unidades beneficiadas por el Programa, incluso en regiones remotas, vulnerables socioeconómicamente y deficitarias con relación a la infraestructura de los equipos públicos prestadores de los servicios primarios de salud^{5,34,35}.

El estudio de las directrices curriculares, de forma comparada entre las IES, permite una visión panorámica de como cada IES planifica la formación del profesional médico para actuar en la sociedad. De acuerdo con Heinzle y Bagnato³⁶, el currículum resulta de una circularidad de discursos y textos. Según las autoras, “la construcción política

y social del currículum es expresión de principios y teorías de un determinado tiempo histórico”³⁶ (p. 227).

La DCN de 2014 parte de una reestructuración curricular como forma de responder de forma integral a las demandas del sistema público de salud brasileño, considerando los factores determinantes sociales, culturales, psicológicos, en los niveles colectivos e individuales del proceso salud-enfermedad. En este sentido queda en evidencia la necesidad de incorporación de las Ciencias Sociales y Humanas como “eje transversal” en la formación de profesionales con perfil generalista¹.

De acuerdo con Barros¹⁶, “el médico contemporáneo debe estar capacitado para acoger, comprender, responsabilizarse y resolver la mayor parte de las necesidades y demandas de salud de los individuos y de las poblaciones” (p. 50). El mismo carece de una formación interdisciplinaria y de la necesidad de ruptura de valores, símbolos y percepciones de los antiguos modelos en que se resume solamente en la calificación técnica del profesor: de que hay que ser médico para enseñar medicina. Según el autor¹⁶, a pesar de la DCN de 2001 establecida, hay un abismo entre lo que está expresado formalmente y lo que se observa en la práctica, principalmente en las dificultades estructurales y culturales de las escuelas médicas, lo que Bonet³⁷ denomina de divergencia entre la “medicina del libro” y la “medicina vivida”.

El cuadro 2 proporciona un panorama comparado de lo que las IES ofrecen en términos de currículum para los cursos de medicina, agrupados según las categorías establecidas por Almeida et al.⁹, adaptadas para ese estudio y con sus respectivas cargas horarias.

En términos analíticos, como se observa en la tabla 2, las disciplinas de las parrillas curriculares de la IES se separaron en cuatro grandes grupos, a partir de las “competencias” en la formación médica: (1) Competencias y habilidades generales; (2) Competencias y habilidades específicas; (3) Formación en Salud Pública; y (4) Disciplinas electivas. Para el texto en cuestión no se abordarán las disciplinas electivas, considerando que no las cursan igualmente todos los estudiantes. Por lo tanto, solamente se analizarán las tres primeras categorías.

En este camino, el currículum de la institución pública brasileña tiene carga horaria, sin contabilizar las disciplinas electivas, de 6.961 horas, la privada de 8.154 horas y la cubana de 9.958 horas. La matriz curricular de la universidad cubana incluye una carga horaria mayor en todas las categorías, lo que indica una formación más amplia dentro del modelo de salud propuesto por Cuba, y que en buena medida se asemeja a los principios del SUS brasileño. También debemos subrayar que, considerando la búsqueda reciente de estos datos, la matriz curricular puesta a disposición por la IES1 es de 1997, elaborada incluso antes de la primera DCN en Medicina en Brasil, del año 2001.

En la categoría “Formación en Salud Pública”, existe una desproporcionalidad en el número de horas de la IES2 (576 horas) con relación a la IES3 (800 horas), ambas muy superiores a lo observado en la IES1. A pesar de la proximidad entre las dos primeras, en la IES3 las disciplinas presentan una adherencia mayor a los abordajes relacionados a la APS, siendo ellas: “*Promoción de Salud*”, “*Prevención en Salud*”, “*Medicina Comunitaria y Salud Pública*”.

Cuadro 2. Cuadro comparativo de las parrillas curriculares de los cursos de Medicina

IES	IES1*	IES2**	IES3***
Competencias y habilidades generales	Anatomía MI Biofísica MI Bioquímica MI Histología y Embriología Básicas Microbiología e Inmunología MI Patología General MI Salud y Trabajo Administración y Planificación de Salud	Ambiente y Salud Bases Moleculares de los Sistemas Orgánicos Biomorfología Orientación Psicopedagógica Anatomía Patológica Fisiopatología Enfermedades Infecciosas y Parasitarias	Inglés (I al X) Educación Física (I al IV) Metodología de la Investigación y Estadística Anatomía Patológica
Carga horaria total (horas)	1.065	637	1.153
Competencias y habilidades específicas	Genética y Evolución para Medicina Sistema Nervioso Sistema Cardiovascular y Respiratorio Atención Integral de la Salud Sistema Digestivo Sistema Urinario Sistema Endócrino y Reproductor Sistema Nervioso Sistema Cardiovascular y Respiratorio Parasitología Médica Propedéutica Clínica Medicina Interna (I, II y III) Psicología Médica Clínica Pediátrica (I y II) Farmacología (MI y MII) Patología Forense Cirugía Ginecología Oftalmología Ortopedia y Traumatología Otorrinolaringología Enfermedades infecciosas y parasitarias Medicina Legal Obstetricia Psiquiatría y Salud Mental Internado Rotatorio (A – Clínica Médica; B – Cirugía; C- Pediatría; D – Ginecología y Obstetricia) Internado (Cirugía; Clínica Médica; Ginecología y Obstetricia; Pediatría)	Microbiología Médica Parasitología Médica Psicología Médica Estudio de imágenes Propedéutica Médica Psicología Médica Clínica Quirúrgica (I, II y III) Clínica Médica (I, II y III) Farmacología Médica (I y II) Salud del Niño y del Adolescente (I y II) Bioética Aplicada a la Práctica Médica Salud de la Mujer (I y II) Salud del Anciano Salud Mental Aspectos Legales de la Práctica Médica Emergencias Médicas Internado (I al IV) Sistemas Orgánicos Integrados (I al III) Seminario Integrado (I al VIII)	Introducción a la MGI Morfofisiología (I al VI) Informática médica Genética Médica Psicología Médica (I y II) Microbiología y Parasitología Médica Propedéutica Clínica y semiología Farmacología (I y II) Medicina Interna Pediatría Medicina de desastre (I y II) Ginecología y Obstetricia Psiquiatría Medicina General Integral Medicina Legal y Ética Médica Ortopedia ORL Oftalmología Dermatología Urología Medicina Interna Pediatría Ginecobstetricia Cirugía Medicina General Integral
Carga horaria total (horas)	5.706	6.941	8.005
Formación en Salud Pública	Epidemiología Administración y Planificación de Salud	Salud de la Familia (I al VIII) Epidemiología (I y II)	Promoción de Salud Prevención en Salud Medicina Comunitaria Salud Pública
Carga horaria total (horas)	190	576	800
Disciplinas electivas	1.741	216	360
Total de carga horaria	8.702	8.370	10.318
Carga horaria (excepto disciplinas electivas)	6.961	8.154	9.958

*Fuente: Elaborado por los autores a partir de informaciones de la página web de la Facultad de Medicina – IES1.
 ** Fuente: Elaborado por los autores a partir de informaciones de la página web de la Facultad de de Medicina – IES2.
 *** Fuente: Elaborado por los autores a partir de informaciones de la página web de la IES3.

En la IES2, la conformación de la parrilla curricular valoriza el aprendizaje sobre Salud de la Familia, con disciplinas específicas administradas en ocho períodos del curso. Por lo tanto, sigue los preceptos de la nueva DCN, de 2014, sobre todo con relación a la carga horaria total del curso. En la categoría “Competencias y habilidades generales” la disciplina “Ambiente y Salud” llama la atención dado su concepto ampliado de salud y sus factores determinantes en

el proceso salud-enfermedad, siguiendo influencias históricas nacionales e internacionales de la salud pública. Lo contradictorio es que, mientras la IES privada adopta un modelo de educación con énfasis en la APS, en lo que propone la Política Nacional de Atención Básica (PNAB)³⁸, no se observan tales prerrogativas de enseñanza médica en la IES pública brasileña analizada.

Otro punto de destaque en la parrilla curricular de la IES2 se presenta en la categoría “Competencias y habilidades específicas”. Se trata de las disciplinas de carácter integrado, siendo: “Clínica Médica (I, II y III)”, “Sistemas Orgánicos Integrados (I, II y III)” y “Seminario Integrado (I al VIII)”. Este último promueve un abordaje de los problemas de salud de forma integrada, separado de los moldes de las disciplinas tradicionales de los cursos de medicina, anteriores a la última DCN, pero que todavía puede verse en la parrilla curricular de la IES1.

La integralización de los componentes curriculares en los moldes de la DCN, observada con mayor intensidad en la escuela cubana y en la IES2, transita en la dirección contraria del modelo biomédico de aprendizaje: altamente especializado, fragmentado y dirigido al uso de equipos, técnicas y drogas modernas, una metodología todavía de moda en Brasil, pero ha sido desmotivada por la DCN de 2014. Según Amoretti³⁹, una formación profesional en ese modelo, como el observado en la IES1, contribuye al desinterés del alumno en ser “médico de familia”.

Dentro de lo que propone la IES1, se percibe una falta de disciplinas relacionadas con la promoción del conocimiento sobre la “gestión en salud” y la “educación en salud”, hecho observado, pero de menor intensidad, en la IES2. Tales puntos se consideran esenciales para la “articulación de conocimientos, habilidades y actitudes” para el profesional médico⁴. Según Potyara⁴⁰, saberes interdisciplinarios posibilitan la ruptura de la “alienación científica” que, a su vez, pueden fortalecer la verticalización de las especialidades, la tipologización de los saberes y el raciocinio dicotómico, propiciando la pérdida del contacto con la realidad y posibilitando un lenguaje incommunicable entre diferentes áreas.

En lo que se refiere al análisis de la parrilla curricular de la IES3, además de la extensa carga horaria de estudios, algunos trazos comparativos a la realidad brasileña merecen destaque. La inserción de las disciplinas “Inglés” (por diez períodos - 640 horas) y de “Educación Física” (en cuatro períodos - 320 horas), llaman la atención y no solamente en la formación profesional propiamente dicha, sino que ratifica que el alumno esté preparado para comprender y analizar informaciones internacionales de salud y que también tenga una condición de vida saludable brindada por la práctica del deporte.

La formación de los médicos cubanos prioriza disciplinas categorizadas como “Formación en Salud Pública” que es exactamente la discusión propuesta en el artículo. En la IES3 el peso de esas disciplinas en la parrilla curricular está muy por encima del que tiene en las IES brasileñas, totalizando el 320% de la parrilla curricular de la IES1 y el 38% de la IES2. La pequeña participación de esta categoría en la formación del médico brasileño refleja el conflicto entre la enseñanza y la realidad del país, que, a lo que parece, traduce parcialmente la crisis de la salud pública brasileña, teniendo la dificultad de fijar a los médicos en los lugares más remotos del país, motivando así la implantación del PMM.

La carencia del profesional médico brasileño actuando en las UBS proviene, en parte, del conflicto existente entre las IES enfocadas en la visión mercadológica de la salud y enfocada en el hospital, con la necesidad latente de la actuación de este profesional en la ESF, con visión holística, entendiendo no solo la enfermedad, sino también las cuestiones socioambientales y familiares presentes. Por lo tanto, la identidad médica construida con base en la concepción de la medicina extremadamente técnica no está de acuerdo con una formación profesional atenta a las condiciones sociales y a las dinámicas territoriales, lo que afecta la preparación profesional para actuar en estas adversidades.

Finalmente, debemos subrayar que los instrumentos normativos previstos en la DCN¹ actual (cuya obligatoriedad de implementación integral culmina en 2018), prevén un mayor cumplimiento del “Eje de Formación Médica” del PMM². No obstante, los efectos provenientes de tales cambios tienen un carácter temporal, cabiendo, por lo tanto, avanzar en el debate tanto público como académico sobre los impactos sociales en el actual modelo de salud del país.

Consideraciones finales

La salud pública brasileña enfrenta un *mix* de desafíos. Eso es un hecho que se ha discutido incluso antes de la implantación del SUS. Para el desarrollo del artículo se dirigió la atención para la implantación del cuidado de la salud, en un eje transversal en los currículos de los cursos de medicina, conforme señalado por Medeiros y Batista⁴¹. Es en este vacío de deficiencia en la formación académica de la graduación en donde prolifera y se fortalece el modelo biomédico. No es el propósito de este modelo la valorización de los factores determinantes sociales de salud, puesto que poco se considera la relación médico-paciente como elemento fundamental de la terapéutica, rigiéndose por la búsqueda nacional de medios complejos y de tecnología onerosa, con poca inversión en la autonomía del paciente, y afirmando una medicina que tenga como categoría central la enfermedad y no la salud⁴².

El análisis de la matriz curricular de las IES brasileñas permite, de cierta forma, dimensionar cuánto se necesita avanzar todavía en la conformación de su estructura para ofrecer un estudio de medicina dentro de las perspectivas de lo que el sistema público de salud brasileño propone y necesita. Más próximo de esta realidad está el currículum de la IES cubana, a pesar de todas las críticas a la llegada de médicos cubanos por medio del PMM. En el otro extremo, la realidad de la institución pública brasileña bajo análisis, cuyo formato curricular se muestra todavía distante de los anhelos de la DCN de 2014¹.

Contribuciones de los autores

Todos los autores participaron activamente de todas las etapas de elaboración de este manuscrito.

Derechos de autor

Este artículo está bajo la Licencia Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es>).

Referencias

1. Ministério da Educação (BR). Resolução nº 3, de 20 de Junho de 2014. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União. 23 Jun 2001.
2. González JEC, Morales ECL, Ramos AD. Proyecto “Mais Médicos para Brasil”: nueva modalidad de colaboración cubana em el exterior. Rev EDUMECENTRO [Internet]. 2015 [citado 26 Abr 2016]; 7(1):171-7. Disponível em: <http://www.revedumecentro.sld.cu>.
3. Moreno LVD, Vedovato LR. Reflexões sobre o regime de contratação dos médicos cubanos no Programa Mais Médicos. Reinpec. 2015; 1(1):156-82.
4. Presidência da República (BR). Lei nº 12.871, de 22 de Outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos. Diário Oficial da União. 23 out 2013.
5. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 5a ed. São Paulo: Atlas; 1999.
6. Scheffer M, Biancarelli A, Cassenote A. Demografia médica no Brasil 2015 [Internet]. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da USP; Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Conselho Federal de Medicina; 2015 [citado 2 Maio 2017]. p. 284. Disponível em: <http://www.usp.br/agen/wp-content/uploads/DemografiaMedica30nov2015.pdf>
7. Lima RDCGS, Garcia CAS, Kerkoski E, Chesani FH. Programa Mais Médicos no Estado de Santa Catarina: breve relato de experiências iniciais. Tempus. 2015; 9(4):67-80.
8. Ministério da Saúde (BR). Programa Mais Médicos [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [citado 12 Maio 2017]. Disponível em: <http://maismedicos.gov.br/>
9. Almeida MJ, Campos JJB, Turini B, Nicoletto SC, Pereira L A, Rezende LR, et al. Implantação das diretrizes curriculares nacionais na graduação em medicina no Paraná. Rev Bras Educ Med. 2007; 31(2):156-65.
10. Presidência da República (BR). Lei nº 9.394, de 20 de Dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Diário Oficial da União. 23 Dez 1996.
11. Conselho Nacional de Educação (BR). Resolução nº 4, de 7 de Novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. Diário Oficial da União. 9 Nov 2001.

12. Maranhão E. A construção coletiva das diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação da Saúde: uma contribuição para o Sistema Único de Saúde. In: Almeida MJ. Diretrizes curriculares nacionais para os cursos universitários da área de saúde. Londrina: Rede Unida; 2003.
13. Batista NA, Vilela RQB, Batista SHSS. Educação médica no Brasil. São Paulo: Cortez; 2015.
14. Ministério da Educação (BR). Relatório do Parecer do Conselho Nacional de Educação nº 776/1997 [Internet]. Brasília: MEC; 2017 [citado 20 Nov 2017]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/setec/arquivos/pdf_legislacao/superior/legisla_superior_parecer77697.pdf
15. Pereira IDF, Lages I. Diretrizes curriculares para a formação de profissionais de saúde: competências ou práxis? *Trab Educ Saude*. 2013; 11(2):319-38.
16. Barros NF. As ciências sociais na educação médica. São Paulo: Hucitec; 2016.
17. Ministério da Saúde (BR). Informe Saúde. Promed: lançado programa para mudar currículo de medicina. Brasília: Ministério da Saúde; 2002 [citado 10 Ago 2017]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/informesaude/informe158.pdf>
18. Amaral JL. Duzentos anos de ensino médico no Brasil [tese]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2007.
19. Conselho Nacional de Saúde (BR). 12ª Conferência Nacional de Saúde: conferência Sérgio Arouca: Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
20. Lampert JB, Aguilar da Silva RH, Perim GL, Stella RCDR, Abdalla IG, Costa NMDSC. Projeto de avaliação de tendências de mudanças no curso de graduação nas escolas médicas brasileiras. *Rev Bras Educ Med*. 2009; 33(1):5-18.
21. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. In: Seminário de formação médica para Atenção Básica [Internet]; 2013; Brasília. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [citado 20 Maio 2017]. Disponível em: [http://www.sbmfc.org.br/media/file/documentos/Documento%20s%C3%ADntese%20da%20relatoria%20do%20semin%C3%A1rio%20de%20forma%C3%A7%C3%A3o%20m%C3%A9dica%20para%20aten%C3%A7%C3%A3o%20b%C3%A1sica%20setembro%202013%20\(1\)%20\(2\).pdf](http://www.sbmfc.org.br/media/file/documentos/Documento%20s%C3%ADntese%20da%20relatoria%20do%20semin%C3%A1rio%20de%20forma%C3%A7%C3%A3o%20m%C3%A9dica%20para%20aten%C3%A7%C3%A3o%20b%C3%A1sica%20setembro%202013%20(1)%20(2).pdf)
22. Campos GWDS. A saúde, o SUS e o programa Mais Médicos. *Rev Med Resid*. 2013; 15(2):1-4.
23. Frente Nacional de Prefeitos. Número de médicos cresce, mas eles estão mal distribuídos pelo país [Internet]. Brasília; 2013 [citado 20 Jul 2016]. Disponível em: <http://cadeomedico.blogspot.com.br>.
24. Melo CF, Baião DC, Costa MC. A percepção dos usuários cearenses sobre o Programa Mais Médicos. *Gestao Soc*. 2016; 10(26):1302-12.
25. Maciel FR, Branco MAF. Rumo ao interior: médicos, saúde da família e mercado de trabalho. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
26. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. O PROVAB na UNA-SUS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [citado 12 Ago 2016]. Disponível em: <http://www.unasus.gov.br/provab>
27. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa Mais Médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros [Internet]. Brasília:



- Ministério da Saúde; 2015 [citado 10 Abr 2018]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_mais_medicos_dois_anos.pdf
28. Minayo MCS, Sanches O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementariedade? *Cad Saude Publica*. 1993; 9(3):239-62.
 29. Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Rev Saude Soc*. 2004; 13(3):16-29.
 30. Pinto HA, Sales MJT, Oliveira FPD, Brizolara R, Figueiredo AMD, Santos JTD. O Programa Mais Médicos e o fortalecimento da Atenção Básica. *Divulg Saude Debate*. 2014; 1(51):105-20.
 31. Ministério da Educação (BR). Consulta avançada. Cursos de graduação em medicina no Brasil. E-Mec [Internet]. 2017 [citado 10 Set 2017]. Disponível em: <http://emec.mec.gov.br/>
 32. Machado MH. Os médicos do Brasil: um retrato da realidade. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997.
 33. Champion EW, Morrissey SA. Different model – medical care in Cuba. *N Engl J Med*. 2013; 4(368):297-9.
 34. Silva RJO, Sousa DO. Programa Mais Médico na perspectiva dos atores sociais responsáveis por sua implantação e dos beneficiários no município de Boqueirão, PB. *Reunir*. 2015; 3(2):59-75.
 35. Collar JM, Neto JBA, Ferla AA. Formulação e impacto do Programa Mais Médicos na atenção e cuidado em saúde: contribuições iniciais e análise comparativa. *Saude Redes*. 2015; 1(2):43-56.
 36. Heinzle MRS, Bagnato MLS. Recontextualização do currículo integrado na formação médica. *Pro-Posições*. 2015; 26(3):225-38.
 37. Bonet O. Saber e sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004.
 38. Gombata M. Política social e política externa: a atuação de médicos cubanos em programas da Venezuela, da Bolívia e do Brasil [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2015.
 39. Amoretti R. A educação médica diante das necessidades sociais em saúde. *Rev Bras Educ Med*. 2005; 10(2):136-46.
 40. Potyara APP. A intersectorialidade das políticas sociais na perspectiva dialética. In: Monnerat GL, Almeida NLT, Souza RG, organizadores. *A intersectorialidade na agenda das políticas sociais*. Campinas: Papel Social; 2014. p. 21-40.
 41. Medeiros LMOP, Batista SHSS. Humanização na formação e no trabalho em saúde: uma análise da literatura. *Trab Educ Saude*. 2016; 14(3):925-51.
 42. Romano VF. A busca de uma identidade para o médico de família. *Physis*. 2008; 1(18):13-25.



Traductor: María Jesus Carbajal Rodriguez

Presentado el 27/12/17.
Aprobado el 14/09/18.