








Mi SciELO

-  [Servicios personalizados](#)

Servicios Personalizados

Artículo

-  [Artículo en PDF](#)
-  [Artículo en XML](#)
-  [Referencias del artículo](#)
-  [Como citar este artículo](#)
-  [Enviar artículo por email](#)

Indicadores

-  Citado por SciELO

Links relacionados

-  [Similares en SciELO](#)

Bookmark

- |

Educación Médica Superior

versión On-line ISSN 1561-2902

Educ Med Super v.19 n.2 Ciudad de la Habana abr.-jun. 2005



Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana

[El Proyecto Magisterio y la categoría género en la formación de recursos humanos en salud*](#)

[Dra. C. Leticia Artilles Visbal1](#)

Resumen

La formación actual de los recursos humanos en salud se sustenta en un modelo médico hegemónico que poco favorece la incorporación real de los factores sociales como determinantes de la salud y la enfermedad. Las diferencias en los riesgos y en las formas de morir y enfermar por causas prevenibles, condicionadas por las diferentes asignaciones culturales asumidas socialmente por hombres y mujeres, expresadas en roles y estereotipos, conducen al reconocimiento de la existencia de perfiles epidemiológicos de género. La formación de recursos humanos en salud requiere un modelo que se sustente en la epidemiología de las diferencias, en el reconocimiento de las formas de reproducción y de conducta desde la subjetividad de lo masculino y lo femenino, que condiciona otra forma de promover, educar, tratar y diagnosticar los problemas de salud. La incorporación de esta perspectiva y el modelo pedagógico en que se sustenta es determinante en la formación de los recursos humanos en el modelo médico social. El Proyecto Magisterio sustenta la incorporación de esta categoría como parte de la formación humanística de los profesores.

Palabras clave: Proyecto Magisterio, categoría género, recursos humanos.

En la enseñanza universitaria predomina la organización curricular por disciplinas. Los planes de estudios o currículos universitarios suelen mantenerse durante largos periodos de tiempo sin modificaciones en su estructura; por tanto, los contenidos de las materias que se imparten suelen ser poco sensibles a los cambios del contexto en el cual estos conocimientos se integran y la formación de recursos humanos en salud no resulta una excepción.

El perfil de salida de un profesional de la salud responde a 2 grandes ámbitos de atención:

- La atención médica, que comprende el conjunto de acciones que emprende el médico y personal subordinado dirigido a preservar, recuperar o mantener la salud del individuo, la familia y la comunidad.
- La atención de salud, concepto más amplio que incluye todas las formas sociales de dar respuesta a las necesidades en materia de salud de la población.¹

La formación de los recursos humanos se corresponde con los patrones culturales de los que hacen los currículos universitarios y enseñan en las universidades, que son los mismos que hacen el acto médico. Estas personas suelen convertirse en líderes y modelos de actuación.

Actualmente, en la formación de recursos humanos en salud existen 2 grandes paradigmas:

- El modelo médico hegemónico, que se corresponde con el ámbito de la atención médica y se caracteriza por una concepción de la salud biológica, clínica e individual con un enfoque curativo centrado en la enfermedad, medicalización de los procesos, práctica "tecnologizada" y una cultura medicocentrista que expropia al paciente del acto diagnóstico, la orientación y la toma de decisiones.
- El modelo médico social, que se corresponde con el ámbito de la atención de salud y se caracteriza por una concepción social, epidemiológica y comunitaria de la salud con un enfoque humanista que integra la biología y las relaciones sociales del paciente, dirigido hacia la prevención, la promoción de la salud y el logro de un estado de bienestar, así como al rescate de los procesos naturales y al involucramiento del paciente como sujeto activo en el acto diagnóstico, la orientación y la toma de decisiones.

El modelo de formación académica que prevalece en la mayoría de los países latinoamericanos se corresponde con el modelo médico hegemónico. En Cuba, se ha desarrollado un enfoque teórico-metodológico dirigido a la atención médica integral, lo que se refleja en el actual currículo de Medicina y en los objetivos terminales del médico general básico.¹ Tal condición hace que la plataforma de formación académica en Cuba privilegie el modelo médico social en la formación de los recursos humanos en salud.

Por otra parte, la configuración de la economía de los países latinoamericanos se ha caracterizado en los últimos años por un proceso de reforma del Estado, bajo las premisas neoliberales expresadas, entre otras formas, en la supresión de los derechos sociales; la privatización de las instituciones públicas y la mercantilización de la salud; la reducción de la responsabilidad estatal en la prestación de servicios mínimos para los pobres y en la transferencia de las responsabilidades públicas del Estado a lo doméstico. Esto último ha afectado esencialmente a las mujeres, por su carácter de reproductoras biológicas, que cultural y socialmente están signadas a llevar el peso de las tareas de la reproducción social (cuidadora, tareas domésticas, proveedoras de salud).

Al mismo tiempo, el deterioro económico y social de los países subdesarrollados y en vías desarrollo se ha caracterizado por un incremento de las enfermedades de la pobreza, la desnutrición, el deterioro de la higiene ambiental, el incremento de la marginalidad y otras. En este contexto se modifica el cuadro epidemiológico: reemergen enfermedades olvidadas y emergen otras nuevas, coexisten las enfermedades crónicas no transmisibles con las transmisibles y los contornos de la forma de vivir, enfermar y morir por causas prevenibles se delimitan más según territorio, clase, etnia y género.

La modificación del cuadro epidemiológico exige una respuesta que trasciende lo biológico, se trata de modificar los elementos ambientales, las relaciones sociales e interpersonales en que se desenvuelve el ser humano, el estilo de vida y la organización de los servicios de salud. En este contexto, el modelo médico hegemónico de formación no da respuesta a los nuevos requerimientos de actuación, a causa de la insuficiente formación integral de los docentes, los escasos conocimientos y limitada aplicación de las Ciencias Sociales en el ámbito de la salud, lo que minimiza la inclusión de la percepción de salud, de las emociones que el sujeto experimenta, los ambientes específicos donde se desarrolla y la diversidad individual y poblacional.

Para dar respuesta a las nuevas demandas del cuadro epidemiológico es necesario incorporar en la formación de recursos humanos en salud los marcos teórico-metodológicos de las Ciencias Sociales. Se trata de asumir el modelo médico social como eje de formación académica, el cual constituye una perspectiva más abarcadora de la salud y favorece la coparticipación entre el personal de la salud y la comunidad en que esta inserto.

Los fundamentos que respaldan la presente propuesta son:

- El aporte teórico-metodológico de la incorporación de las Ciencias Sociales como la Antropología, la Sociología y la Psicología en los currículos académicos de los profesionales de la salud, los prepara para un manejo integral del paciente en sus 2 vertientes como individuo, producto único de la combinación de genes en su interacción con el ambiente (sujeto de atención médica) y como persona, producto de la totalidad de sus experiencias a lo largo de la vida y de sus relaciones sociales y con el ambiente en general (sujeto de atención de salud).²
- La certeza acerca de lo imprescindible que resulta incorporar un diagnóstico clínico y epidemiológico integral que haga visible la relación existente entre los aspectos sociales, psicológicos y emocionales con los procesos biológicos.
- El necesario desarrollo de habilidades en el uso de técnicas de investigación de las Ciencias Sociales como herramientas metodológicas de la intervención comunitaria.

La propuesta de asimilación del modelo médico social versus el modelo médico hegemónico producirá en los marcos académicos una natural resistencia al cambio. Para evaluar desde esta nueva mirada los currículos académicos, redefinir las competencias y los sistemas de habilidades para introducirlas en la práctica se requiere de una toma de conciencia de los directivos y de una voluntad política y de mecanismos de acción que permitan su asimilación e incorporación a la práctica cotidiana.

Introducción del enfoque de género en la formación de recursos humanos en salud

El paradigma médico social constituye una plataforma natural para proponer la introducción de la perspectiva de género en la formación de los recursos humanos en salud.

Para introducir el género como una perspectiva de análisis en el ámbito de actuación médica es necesario entender los procesos que construyen a nivel simbólico, subjetivo, institucional y normativo, las desigualdades entre mujeres y hombres. Incorporar tal marco conceptual y "operacionalizarlo" diariamente, hace posible que quienes elaboran y ejecutan las políticas públicas modifiquen su forma de descifrar la realidad social y también los propios actos cotidianos con que refuerzan su inequitativa realidad. No es posible construir bases de equidad verdaderas si no se toman en consideración las desigualdades de poder entre mujeres y hombres, construidas culturalmente a través de los procesos de socialización de género que los sitúan respectivamente en el lugar de lo femenino y en lugar de lo masculino.³

Es necesario promover efectivamente los cambios subjetivos, cognitivos, éticos y políticos en las personas protagonistas de la toma de decisiones en las acciones de salud en cada país.³ Los compromisos lastrados del presente, referidos a las inequidades entre los sexos, y en este sentido también se incluyen las inequidades de territorio, clase, etnia y raza, solo pueden revertirse cambiando los enfoques de raíz. Ello sólo se puede lograr al introducir la perspectiva de género en la formación de recursos humanos en salud, lo que demanda un mayor protagonismo de las Ciencias Sociales, un vínculo más estrecho universidad-sociedad y una práctica cotidiana en los servicios de salud por parte de los profesores como los líderes de actuación del proceso de enseñanza aprendizaje.

La incorporación del modelo médico social tiene un natural ámbito de actuación, la Atención Primaria de Salud. La incorporación del enfoque de género en la formación del profesional de la atención primaria constituye una herramienta para promover cambios, particularmente en la familia, espacio en el que se deben transformar las inequidades en la distribución sexual del trabajo, en el acceso y control sobre los recursos (tiempo, información, dinero),

en el reconocimiento tácito y explícito de la provisión de salud protagonizada por las mujeres, actividades que requieren una visión más integral de los procesos esenciales de prevención, promoción y rehabilitación y perfeccionan el de atención médica. El espacio doméstico es el escenario natural de cambio, porque es aquí donde se produce la transmisión de la cultura como continuidad, se aprehende y transmite en otros espacios de actuación.

La introducción de la perspectiva de género como herramienta de análisis en el ámbito médico social debe expresarse en un modelo médico social "generalizado" que se caracteriza porque su objeto de estudio es una población articulada sobre relaciones jerárquicas de poder entre los sexos, los procesos fundamentales de la atención a la salud (promoción, prevención, curación y rehabilitación) que involucra a todos los actores sociales se soporta sobre la equidad de género; el método de estudio es la "epidemiología de las diferencias" que permite develar las inequidades y definir perfiles epidemiológicos de género y el diagnóstico social involucra activamente a los sujetos de salud en la identificación de las necesidades prácticas y estratégicas de género. El modelo médico social "generalizado" sustenta el logro de la equidad de género y el bienestar humano.

La transformación exige una deconstrucción de los modelos formadores tradicionales, medicocentristas, restrictivos y patriarcales; una plataforma natural para este proceso la constituye el Proyecto Magisterio.

El Proyecto Magisterio como marco de actuación

Existen experiencias aisladas de introducir la perspectiva de género en distintos programas académicos. Actualmente hay figuras particulares de organización docente que tratan el tema de género y salud: cursos cortos, diplomados, maestrías. Las nuevas tecnologías de la información y la comunicación han permitido la proliferación de cursos a distancia que profundizan en este ámbito del conocimiento, pero este abordaje requiere un cambio sustantivo, no sólo en el aprender de género sino en la comprensión de los procesos sociales que se constituyen en determinantes de las inequidades, una de las cuales son las de género.

Se han podido identificar varios factores que limitan una participación de las universidades en América Latina que faciliten una integración armónica para dar respuesta a las inequidades sociales de su entorno, entre otras las de género. Estos factores se expresan en el escaso compromiso de la Universidad y sus docentes con los procesos políticos, sociales y económicos de sus países; con la insuficiente capacidad científica, técnica, pedagógica y humanística y con la gestión universitaria para el mejoramiento de la calidad en la educación mediante un enfoque médico social. La razón esencial de todas estas carencias está constituida por la insuficiente formación integral de los docentes universitarios para enfrentar adecuadamente los determinantes sociales que se expresan en diferentes problemas de salud de los países latinoamericanos. No se puede pretender que las nuevas generaciones salgan con una visión integradora cuando los que las forman, sus líderes de actuación, no la tienen.

Según el ecólogo cubano Vicente Berovides,4 la cultura se aprende; lo que transmiten los genes de la especie humana no es la cultura en sí, sino la habilidad para adquirirla. La evolución de los seres humanos está sustentada en la interacción de 2 formas de herencia: la biológica, que se produce por la transmisión de los genes y la cultural, que se realiza por transferencia de información, enseñanza y aprendizaje, independientemente del proceso biológico. Visto así, es necesario a partir de un nuevo enfoque curricular y una visión didáctica de los enfoques sociales desarrollar una conciencia acerca de la importancia de introducir el enfoque de género en el análisis de la situación de salud y en la lectura de las estadísticas, para al menos obtener el tratamiento diferencial según sexo, en los criterios diagnósticos y en las decisiones terapéuticas para planificar y administrar la salud; para introducir esta perspectiva en la promoción y educación de la salud; para contribuir a "visibilizar" que las relaciones inequitativas y las sobrecargas por razones de género constituyen riesgos para la salud, y hacer que las "necesidades invisibles" por asumidas se transformen en "necesidades sentidas", y que esta conciencia se traduzca en poder real para exigir la solución en la búsqueda por una mejor calidad de vida y estado de bienestar, todo lo cual debe traducirse en la práctica en salud y en políticas públicas como mandatos superiores que obliguen a la acción. Además los procesos sustantivos de la Universidad, la docencia, la investigación y la extensión, desde esta perspectiva integradora, humanística, deben tener un mayor impacto en el entorno inmediato de las universidades y en los ámbitos de toma de decisión, a partir de la aplicación del resultado de las investigaciones en la práctica social, que hoy se quedan encerradas en los claustros universitarios.

El Proyecto Magisterio ante el diagnóstico realizado, viene a dar salida a muchos de los problemas identificados y promueve la integración entre las universidades, y un nuevo enfoque en la formación curricular, en los procesos de docencia, investigación, extensión y gerencia. De lo que se trata es de concertar una alianza estratégica para dar respuesta a las necesidades que todos han identificado.

El proyecto de referencia pertenece a la Unión de Universidades de América Latina (UDUAL) y constituye un proceso generador, ejecutor y coordinador de proyectos institucionales destinados a mejorar la formación de educadores en Ciencias de la Salud en América Latina y el Caribe, que incluyen componentes pedagógicos, humanísticos, de gerencia y de investigación. Está dotado de flexibilidad para dar respuesta a las diversas necesidades universitarias y contribuir activamente a los procesos de transformación, acordes con las condiciones contextuales de cada uno de ellos.

El propósito del Proyecto Magisterio está dirigido a lograr una formación integral de los docentes universitarios que contribuya a enfrentar adecuadamente los problemas de salud de los países de América Latina y del Caribe durante el periodo 2002-2015, mediante el desarrollo de un programa integral de formación de docentes, estructurado en 3 módulos o componentes básicos: el diseño curricular y la investigación científica, la didáctica de la enseñanza y la gestión académica, que permita: (Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. Proyecto Regional Magisterio. Formación Integral de docentes universitarios de Ciencias de la Salud para América Latina. La Habana. Abril 2004.)

- Elevar la capacidad científica, técnica, pedagógica y humanística del personal docente en las universidades y de la gestión universitaria para el mejoramiento de la calidad en la educación.
- Mantener una actualización de los procesos mediante el Observatorio de Recursos Humanos Académicos que opera para el diagnóstico, vigilancia, análisis y evaluación de la formación de educadores.
- Interactuar permanentemente en redes de cooperación virtual, establecidas entre las universidades.

El Proyecto Magisterio puede constituirse en una herramienta eficaz para enfatizar en la introducción del enfoque médico social como meta de las Centros de Enseñanza que forman los profesionales de la salud de "nuestra América". Responde a la demanda perentoria de un abordaje integral de la salud a partir de las reales inequidades de territorio, clase, etnia, raza y género, en las que el género toma relevancia porque transversaliza las restantes y constituye una sinergia negativa en las formas de vivir, enfermar y morir por causas prevenibles.

Conclusiones

La propuesta de asumir un paradigma médico social en la actuación de los profesionales de la salud adquiere un significado práctico muy ligado al proceso educativo, porque persigue la formación del ser humano en determinado contexto social orientado hacia la formación de valores que se traduzcan en una práctica médica de alto sentido ético, social e integral.

El modelo médico hegemónico no da respuesta a las demandas del nuevo cuadro epidemiológico que se presenta en el contexto de un clima social mundial, caracterizado por el deterioro de las condiciones de vida, el aumento de las desigualdades, la precarización del trabajo y la feminización de la pobreza. Se hace necesario pues, introducir las Ciencias Sociales en los currículos académicos de la formación de profesionales de la salud con el propósito de introducir el modelo médico social de actuación en la práctica médica y de salud cotidiana. El Proyecto Magisterio constituye una herramienta fundamental para la instalación de competencias académicas que den respuesta a estas necesidades, integrando en una alianza académica a las instituciones formadoras y fomentando un proceso que complemente las actuales carencias que limitan el enfoque holístico de la salud.

Incorporar la perspectiva de género en la formación de recursos humanos en salud y asumir como plataforma el modelo médico social "generalizado" permitirá deconstruir la inequitativa realidad que marca la desigualdad entre mujeres y hombres en los diferentes contextos de territorio, clase, etnia y raza, y prefigurar otra, en el ámbito de la salud, basada lo en que lo masculino y lo femenino se resignifique con igualdad de poder y de derechos. La formación académica, la guía de los líderes de actuación, las voluntades de los que hacen políticas permitirán traducir el paradigma médico social de una estrategia a una práctica cotidiana.

Summary

The Teaching Project and the gender category in the training of health human resources

The training of human resources in the field of health is based at present on a hegemonical medical model that favors the real incorporation of the social factors as determinants of health and disease. The differences in the risks and in the ways of dying and getting sick as a result of preventable causes conditioned by the diverse cultural assignments socially assumed by men and women, expressed in roles and stereotypes, lead to the recognition of the existence of epidemiological gender profiles. The training of human resources in health requires a model based on the epidemiology of differences, on the recognition of the ways of reproduction and behavior from the subjectivity of the male and the female that conditions another way of promoting, educating, treating and diagnosing the health problems. The incorporation of this perspective and of the pedagogical model on which it is based is determinant for the training of human resources in the social medical model. The Teaching Project supports the incorporation of this category as part of the humanistic training of professors.

Key words: Teaching Project, gender category, human resources

Referencias bibliográficas

1. Sacasas Fernández J. Los componentes de la práctica clínica. Arch Ateneo "Juan César García". 2000;1(1):5-9.
2. Vargas LA y Casillas LE. El efecto del padecer sobre el individuo persona y el riesgo de transformar al paciente en sujeto-objeto. (Conferencia presentada en el Primer Coloquio Nacional de Antropología y Psicología de la Dirección Nacional de Etnología y Antropología Social). México DF: Inst Nac Antropol; 1999.
3. Matamala M. Género en la formación de recursos humanos de salud. Desafío no resuelto. Quadern CAPS. 2003 (31):6-9.
4. Berovides V. Genes y cultura, hacia una síntesis de la genética de poblaciones y la etnología. La Habana: Edit Ciencia y Técnica; 1990 p. 12.

Recibido: 3 de marzo del 2005. Aprobado: 13 de abril de 2005.

Dra. C. **Leticia Artilés Visbal**. Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. Calle G esq 25. El Vedado, Ciudad de La Habana, Cuba. E-mail: leticia@infomed.sld.cu

* [Presentado en el IX Congreso de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social. Lima, Peru, agosto 2004.](#)

[Licenciada en Antropología. Dra. en Ciencias. Profesora Titular. Coordinadora de la Red Latinoamericana de Género y Salud Colectiva. Coordinadora de la región del Caribe de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social \(ALAMES\).](#)

© **2012 2002, Editorial Ciencias Médicas**

Calle 23 # 654 entre D y E, Vedado
Ciudad de La Habana, CP 10400
Cuba



ecimed@infomed.sld.cu