

Una perspectiva estudiantil de la Escuela Latinoamericana de Medicina y su programa educativo

Razel Remen y Lillian Holloway

Introducción

La salud de la población mundial está dividida en dos grupos: aquéllos que tienen acceso a los servicios de atención a la salud y los que no lo tienen. Los efectos de esta división pueden ser observados a nivel mundial, por ejemplo, en Suiza la esperanza de vida promedia los 80 años, mientras que en Zambia 38¹. Frecuentemente, las tasas de mortalidad infantil son utilizadas como indicador general de salud y de condiciones socioeconómicas debido a que son afectadas por factores como el acceso a la atención médica perineal. Además, se ha mostrado una relación directa entre ingresos y niveles educativos más altos y tasas más bajas de mortalidad infantil. Este hecho puede explicar parcialmente la diferencia entre la tasa de mortalidad infantil en Connecticut (4.5 por cada 1,000 nacimientos vivos) y la del área de Washington, D.C (12.2)². Además, una variable importante en el acceso a los servicios es la disponibilidad de trabajadores de salud capacitados. La Organización Mundial de la Salud estima que en el mundo se necesitarán por lo menos 4,250,000 trabajadores adicionales para enfrentar estas disparidades en la salud³. A la cara de esta crisis de mano de obra nos quedamos con la pregunta: ¿Cómo remplazar los vacíos creados por los exódos masivos de trabajadores de la salud de países en vías de desarrollo a países desarrollados?

Cuba ha tratado de enfrentar estos problemas mandando miles de profesionales de la salud a trabajar a algunas de las regiones más empobrecidas y médicamente desatendidas de Latinoamérica y otras zonas. A lo largo de los años sus intentos han involucrado la capacitación de profesionales de áreas desatendidas con el fin de proveer recursos de atención médica perdurables para sus poblaciones. En este sentido, quizá uno de los esfuerzos más valientes ha sido la creación de la ELAM (Escuela Latinoamericana de Medicina), dónde actualmente se encuentran estudiando más de 10,000 estudiantes de por lo menos 27 países (incluyendo a los Estados Unidos). Sin embargo, a pesar de las cifras impresionantes de la ELAM, sus fundadores reconocen que las soluciones a lo que se ha constituido como una crisis de salud mundial dependen no nada más de *cuántos* nuevos médicos son formados, sino también de *cómo* son capacitados para convertirse en proveedores de atención médica. Con este fin, la formación está orientada hacia la atención primaria de salud, la salud pública y la experiencia clínica. Quizá nadie puede exponer mejor la educación en la ELAM que los propios estudiantes que se encuentran en sus aulas. A continuación se presenta una perspectiva de la ELAM y los puntos más importantes de su programa educativo, tal como es vivida por dos estudiantes norteamericanos.

Una breve historia del proyecto de la ELAM

En 1998, los huracanes George y Mitch devastaron gran parte de Centroamérica y crearon un estado de emergencia médica y económica. La devastación ocasionada por los huracanes se vio agravada por la escasez de médicos y trabajadores

Los autores son estudiantes de la Escuela Latinoamericana de Medicina (Cuba).

Razel Remen acydjazz@hotmail.com

Lillian Holloway lillian@fallende.sld.cu

Recibido: 16 de octubre del 2007

Aprobado: 30 de enero del 2008

de la salud. Se requerían miles de profesionales de la salud para enfrentar la destrucción casi total de la región. Desde 1969, parte de la política internacional cubana ha sido el brindar ayuda a otros países del Tercer Mundo. En esta ocasión, en lugar de únicamente mandar a médicos a las áreas más afectadas, el antiguo presidente cubano Fidel Castro, decidió crear una facultad de medicina para formar a los jóvenes de la región como médicos que luego atendieran a sus comunidades su vida entera. La construcción de la ELAM empezó en el otoño de 98, con la ayuda de los primeros estudiantes, que vinieron de Nicaragua y Guatemala, la antigua academia naval y de la marina mercante fue remodelada y transformada en la nueva Escuela de Medicina. Desde su inicio, su misión ha sido la formación de estudiantes internacionales provenientes de áreas desatendidas, con el fin de que se conviertan en recursos médicos permanentes para sus comunidades. Hoy en día, la ELAM acepta a estudiantes de Latinoamérica, África, Asia, el Caribe y Norteamérica.

En junio del 2000, una delegación del *U.S. Congressional Black Caucus* (organización que representa a los miembros negros del congreso estadounidense) fue invitada a visitar la ELAM y a reunirse con Fidel Castro. El representante Bennie Thompson (D-Mississippi) le comentó a Castro la gran necesidad de médicos en la empobrecida región de Mississippi Delta. La respuesta de Castro fue ofrecer becas a nacionales norteamericanos de Mississippi, más tarde extendió la oferta a todos los distritos representados por el *Congressional Black Caucus*. En un discurso llevado a cabo en septiembre del 2000 en la Iglesia de Riverside en la Ciudad de Nueva York, Castro anunció la oferta de cientos de lugares en la ELAM para estudiantes provenientes de comunidades desatendidas médicamente de cualquier parte de los Estados Unidos. La beca consistiría en el pago de la colegiatura, los libros, el alojamiento, la pensión e, incluso, un pequeño estipendio mensual. El único pago requerido por Cuba es que al egresar los becados trabajen en comunidades desatendidas, ya sean las propias o ajenas.⁴

El proceso de selección de los estudiantes norteamericanos

Para ingresar a la ELAM se requiere que los candidatos tengan entre 18 y 30 años de edad y estén física y mentalmente sanos. La selección de estudiantes norteamericanos está basada en los historiales de educación, los resultados de los exámenes y las entrevistas. Los candidatos deben haber terminado un año de estudios a nivel universitario en química, química orgánica, biología o física. Se da preferencia a los candidatos de procedencia humilde y de comunidades desatendidas y rurales.

El reclutamiento y el proceso de aplicación llevado a cabo en los Estados Unidos es administrado por la Fundación Interreligiosa para la Organización Comunitaria, con base en Nueva York (*New York City-based Interreligious Foundation for Community Organization*), una organización sin fines lucrativos encabezada por el Reverendo Lucius Walker, Jr. (célebre activista de derechos humanos y crítico del bloqueo en contra de Cuba, mantenido por los Estados Unidos). Inicialmente, todas las aplicaciones son evaluadas por el consejo de la Escuela de Medicina (IFCO). La evaluación está basada en los historiales académicos, los ensayos, las cartas de recomendación, el trabajo voluntario y el compromiso para trabajar con poblaciones desatendidas. Posteriormente, a los candidatos que cumplen con los requerimientos establecidos por el IFCO y la ELAM, se les ofrece una entrevista en cualquiera de las dos oficinas del IFCO (una en California y la otra en Nueva York). La entrevista es llevada a cabo por miembros del comité asesor y tiene como finalidad determinar el interés del estudiante en el programa, su motivación para estudiar medicina y su nivel de madurez general. En caso de determinarse que el estudiante potencial tiene las características necesarias para el programa, se le invita a una entrevista/orientación final en Nueva York, donde los estudiantes eventuales aprenden más sobre el programa. La totalidad de candidatos de la siguiente generación es entrevistada de manera grupal, con el fin de determinar dinámicas grupales. Después de la entrevista/orientación

final, el IFCO manda las solicitudes de los estudiantes recomendados a Cuba, donde los administradores de la ELAM toman las decisiones finales.

La primera admisión de estudiantes ocurrió en la primavera del 2001. Fueron inscritos diez alumnos al curso premédico del programa. La primera generación de casi 1,500 doctores de la ELAM se graduó en agosto del 2005; 28 países (incluyendo los Estados Unidos) estuvieron representados entre los graduados. Actualmente, en Cuba se encuentran estudiando 113 estudiantes norteamericanos, de 23 estados (más Washington D.C. y Puerto Rico). La mayoría proviene de Nueva York y California. El 85% son miembros de grupos minoritarios y el 73% son mujeres (figura 1).

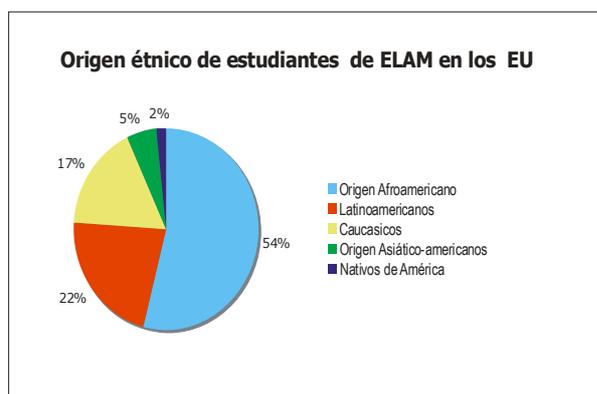


Figura 1

Regulaciones de viaje

En un primer momento, los estudiantes norteamericanos viajaron a Cuba bajo la cláusula de “huésped completo”, la que permitía que se realizara un viaje sin permiso en caso de que una tercera parte extranjera financiara todos los gastos. Los estudiantes lograron viajar de manera legal a Cuba bajo esta cláusula, debido a que la beca ofrecida por el gobierno cubano cubría las cuotas universitarias, el hospedaje y la pensión. Sin embargo, en la primavera del 2004, la administración de Bush revocó esta la cláusula, lo que ocasionó que el viaje de norteamericanos sin permiso a Cuba se volviera ilegal. Se trató de una de las restricciones de viaje más severas desde la administración de Reagan. De acuerdo a las nuevas e intensificadas restricciones, todos los

ciudadanos norteamericanos en Cuba tenían que salir en un periodo de dos meses o enfrentar castigos y multas criminales severos a su regreso al territorio norteamericano.⁵ Una campaña dirigida por los representantes Barbara Lee (D-California) y Charles Rangel (D-Nueva York) presionó a la administración de Bush para que hiciera una excepción específica para los estudiantes de medicina de la ELAM. En apoyo a esta propuesta, 27 miembros del Congreso firmaron una carta dirigida al Secretario de Estado Colin Powell en la que solicitaban una exención para los estudiantes de la ELAM.⁶ En agosto del 2005 la administración de Bush autorizó la expedición de un permiso sin precedentes, por medio del cual se autoriza a los estudiantes norteamericanos a viajar a Cuba. Este permiso es válido por dos años y, desde su expedición, ha sido renovado sin contratiempos.

Plan de estudios

Los primeros seis meses del plan de estudios están dedicados a materias premédicas, es decir, cursos de química general, biología, física y matemáticas (también están incluidos cursos de historia y español). Tales cursos premédicos son un elemento importante del programa, ya que aseguran que todos los estudiantes comiencen con el mismo nivel académico. El curso premédico ayuda a asegurar que los estudiantes que no tienen acceso a la mejor educación académica en sus países de procedencia sean capaces de nivelarse con sus compañeros durante los dos primeros años en educación científica básica rigurosa. Además, se solicita que los estudiantes norteamericanos realicen cursos intensivos de español (de acuerdo a su nivel de competencia).

La formación médica entera tiene una duración de seis años. Consiste en dos años de ciencias médicas básicas, tres años de rotaciones clínicas y un año de pasantía. Después de los primeros dos años en la ELAM, los estudiantes continúan su educación en otras de las veintiún Facultades de Medicina existentes en Cuba. El plan de estudios está basado en el modelo bio-psico-social de la práctica de medicina y enfatiza los problemas de salud más comunes del mundo en vías de desarrollo. La atención primaria de salud de la práctica familiar es considerada tan importante

para la formación de un buen médico que los estudiantes tienen una rotación de medicina familiar de siete semanas de duración en cinco de los seis años de su educación médica.

El tercer año transcurre casi por completo en las salas de medicina interna, donde los estudiantes dedican la mayor parte del primer semestre (23 semanas) al aprendizaje del arte del diagnóstico clínico. El segundo semestre del tercer año está dedicado al estudio de los procesos de enfermedad y tratamientos individuales. Los alumnos aprenden cómo hacer diagnósticos diferenciales basados en la entrevista y exámenes físicos. Las pruebas de laboratorio y las técnicas de imagenología son utilizadas únicamente para confirmar el diagnóstico. Se fomenta que los estudiantes sean creativos en sus procesos de pensamiento y en el uso de los materiales médicos. De hecho, una de las preguntas favoritas de los profesores cubanos es “¿Qué harías y cómo harías el diagnóstico si estuvieras trabajando en medio del Amazonas y no tuvieras acceso a ninguna de las pruebas de diagnóstico?” Este tipo de aprendizaje basado en problemas surge no nada más del tener que practicar medicina en un país en vías de desarrollo en el que cierto tipo de equipos de diagnóstico no siempre están disponibles, sino que también tiene su origen en el entendimiento de que la mayoría de los egresados regresará a sus países de origen a ejercer en contextos más carentes de recursos.

El cuarto año incluye nueve semanas de cirugía, nueve semanas de obstetricia/ginecología, dieciocho semanas de pediatría y un curso sobre medicina de desastres de dos semanas. La rotación de cirugía se parece a la de medicina interna en el sentido de que la mayoría de los casos son diagnosticados basándose casi completamente en la entrevista y el examen físico. Los estudiantes aprenden sobre el manejo de los pacientes pre y post operatorios, a realizar cirugías menores y la instrumentación necesaria para las cirugías mayores. El tema de obstetricia/ginecología es abordado en hospitales de especialidad separados. Los estudiantes dedican casi la mitad de su tiempo a las rotaciones a través de las diversas subespecialidades de ginecología y la otra mitad rotando a través de las salas que se especializan en las complicaciones enfrentadas durante el

embarazo (como diabetes e hipertensión). Los estudiantes son entrenados en cómo diagnosticar un embarazo y determinar la edad del feto durante el primer trimestre, basándose en la examinación pélvica. Una vez a la semana hacen guardia en el hospital. La mitad de este tiempo transcurre en la sala de emergencias, donde adquieren los elementos necesarios para diagnosticar y manejar emergencias que ocurren con frecuencia. El resto del tiempo lo pasan en la sala de partos, donde aprenden a realizar partos sin complicaciones y la instrumentación y la técnica quirúrgica para las cesáreas. La población pediátrica en Cuba es atendida en hospitales pediátricos separados, los que están divididos en salas de acuerdo con la subespecialidad. Los estudiantes dedican entre una y tres semanas a cada una de las salas, donde estudian las enfermedades más prevalentes. Durante el quinto año el área de pediatría es revisitada ahora en el área de atención externa de las subespecialidades clínicas y quirúrgicas de oftalmología, otorrinolaringología, ortopedia, urología, dermatología y psiquiatría. Allí dedican los estudiantes un día a la semana durante cada rotación y atienden a los pacientes ambulatorios del hospital de pediatría. Las otras dos rotaciones del quinto año están constituidas por la segunda parte de medicina de desastres y de salud pública. Por último, durante el sexto año, los estudiantes realizan una pasantía práctica en cada una de las rotaciones principales (medicina interna, cirugía, obstetricia/ginecología, pediatría y medicina familiar). Los practicantes provenientes de países en los que ya se encuentran equipos médicos cubanos terminan parte de su año de pasantía en sus propios países, bajo la supervisión de médicos cubanos.

Medicina de desastres

En este curso se estudian diferentes tipos de desastres, sus consecuencias socioeconómicas y sanitarias y las medidas preparativas o preventivas que deben ser tomadas. Los estudiantes aprenden a examinar cualquier población y a determinar si la población está en peligro de enfrentar un evento de desastre y las vulnerabilidades potenciales en caso de que ocurran (basándose en su demografía, localización, desarrollo socio-económico y recursos disponibles). Aprenden a organizar el enfrentamiento a un desastre y a determinar las

pasos necesarios en cada etapa para minimizar el daño. En este curso se estudia desde el tratamiento del paciente, hasta la organización del personal y los materiales médicos. Los estudiantes analizan la historia de varios desastres y examinan el modo en que cada uno de ellos fue abordado y, por último, discuten qué fue hecho, qué se debió haber hecho y que se podría hacer para prevenir su repetición.

El curso termina con un proyecto final en el que los estudiantes se dividen en grupos pequeños, de acuerdo al país de origen. Investigan un evento de desastre que haya ocurrido en sus países y el modo en que fue enfrentado, para luego diseñar su propio plan de acción. En la última clase, los estudiantes eligen basar sus proyectos en cualquier tipo de desastre: inundaciones en la República Dominicana, un incendio devastador en Paraguay, la eliminación de residuos nucleares en Nuevo México o, incluso, una epidemia de homicidios en Filadelfia.

Salud pública

La rotación en salud pública tiene una duración de nueve semanas, equivalente a la de muchas de las rotaciones principales. En este curso, los estudiantes aprenden los fundamentos de la epidemiología, la prevención y el control de las enfermedades. Desde el principio, los estudiantes son asignados al consultorio de un médico familiar local y a una policlínica de barrio. Son formados para ver a la población de pacientes no como un grupo de individuos con problemas de salud individuales, sino como comunidad, cuyos determinantes de salud son multifacéticos. La salud pública es abordada en tres niveles principales: el primer nivel es la salud del individuo (tanto física como psicológica), el segundo es la salud del ambiente (incluyendo la vivienda, la sanidad, la calidad del agua y del aire y las relaciones familiares y comunitarias) y el tercer nivel es el de los servicios de atención a la salud existentes (su calidad y su accesibilidad).

En el curso de salud pública los alumnos primeramente determinan las enfermedades más prevalentes en cada grupo étnico de la población asignada. Después, aprenden a identificar los factores de riesgo asociados al nivel individual, familiar y social para cada enfermedad que se

encuentre presente. Por ejemplo, si aparece que la hipertensión es una de las causas principales de mortalidad de una población determinada, los estudiantes examinan los factores de riesgo individuales (como el estrés, la obesidad, una dieta poco saludable y un modo de vida sedentario) que contribuyen al desarrollo y la aceleración de la enfermedad. En un segundo momento, analizan los factores ambientales que influyen en la evolución de los factores de riesgo individuales. Por ejemplo: ¿Está tal persona estresada debido a dinámicas familiares desfavorables? o ¿Es tal persona sedentaria porque por cuestiones de trabajo no tiene tiempo para hacer ejercicio? Los factores de riesgo individuales son, entonces, examinados a nivel socioeconómico. Es decir: ¿Es sedentario el paciente porque no hay instalaciones deportivas disponibles? o ¿Tiene una dieta poco sana debido a que es demasiado costoso comer mejor? Una vez que los estudiantes establecen factores de riesgo para el desarrollo y el progreso de la enfermedad en cada nivel, aprenden a diseñar e implementar programas para abordar cada uno de ellos.

A los estudiantes se les enseña que, como médicos a cargo de la atención primaria de la salud, deben tener un papel dinámico y dirigir a sus comunidades hacia la salud, no nada más a ser “aparatos fijos” a los que se acude en tiempos de enfermedad. El aprendizaje de la implementación de los programas comunitarios de educación de la salud es una parte integral de la formación. Con el fin de llevar a cabo la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud son utilizadas una serie de interacciones médico-paciente (discusiones grupales informales, instrucción formal, pláticas uno-a-uno y demostraciones visuales). Los alumnos incluso aprenden cómo enseñarle a prostitutas a colocar discretamente, durante el sexo oral, un condón (en caso de que el cliente se niegue a usarlo). A los estudiantes les son asignados un número de calles en las que realizan de casa en casa actividades de monitoreo, tratamiento y educación en relación a los problemas más importantes de salud de la comunidad. Por otro lado, visitan fábricas de producción de alimentos, centros de cuidado infantil y escuelas donde aprenden a evaluar las políticas y las prácticas sanitarias.

Como proyecto final, los estudiantes realizan un “Diagnóstico de Salud Comunitaria” del área asignada, en el que la salud general de la comunidad es determinada utilizando datos demográficos, epidemiológicos y sociales. También deben evaluar la efectividad de los servicios preventivos y de los planes de tratamiento actuales y, basándose en sus resultados, proponer cambios donde sea necesario. En la rotación de psiquiatría se lleva a cabo un proyecto similar, en el que los estudiantes realizan un diagnóstico de la salud mental de la comunidad tomando en cuenta los factores de riesgo específicos a la salud mental (como el abuso de drogas y alcohol, intentos de suicidio, dinámicas familiares y otros). Estos ejemplos de educación basada en la comunidad permiten a los estudiantes aplicar sus conocimientos de libro de texto a situaciones reales y aumentar las habilidades sociales necesarias para trabajar dentro de un contexto comunitario.⁷

Medicina complementaria y alternativa

La medicina complementaria y alternativa (MCA) o medicina natural y tradicional (MNT) como es llamada en Cuba, es introducida desde el curso de ciencias básicas, integrada a las materias de anatomía, fisiología y farmacología. Durante los años de clínica, los estudiantes cursan dos materias formales de MCA, ambas integradas a las rotaciones de clínica familiar del quinto y del sexto años. Durante el primer curso se introducen los fundamentos ideológicos y terapéuticos de las diversas disciplinas de MCA, así como también las principales indicaciones y contraindicaciones. Se le da especial importancia a la acupuntura, a la acupresura y a la herbolaria. En el segundo curso los estudiantes aprenden aplicaciones prácticas de MCA, se centran en las técnicas específicas de acupuntura para las enfermedades más comunes en la práctica de medicina familiar (dolor de la espalda baja, hipertensión, diabetes mellitus, migrañas y otras). La MCA también está integrada a la rotación en psiquiatría, en la que se introducen los principios y las técnicas básicos del yoga, la aromaterapia, la musicoterapia y la terapia de arte como herramientas psicoterapéuticas.

Los estudiantes estadounidenses y la experiencia cultural en la ELAM

Los grupos en la ELAM, por lo general, incluyen a un sólo miembro de cada país representado. Se procura tener una mezcla de estudiantes para promover, tanto como sea posible, el intercambio cultural. Por otro lado, hay una variedad de organizaciones culturales, académicas, políticas y deportivas en las que los estudiantes pueden participar. Se organizan mesas culturales mensuales y presentaciones culturales anuales por parte de los estudiantes de cada país. Se monta un escenario en el que hay mezclas e interacciones entre culturas de todo el mundo. Para los estudiantes norteamericanos ésta es una experiencia invaluable, especialmente importante para su formación como futuros médicos de los Estados Unidos debido a que, a pesar de las cada vez más rígidas leyes de inmigración, este país continúa siendo de inmigrantes. En este país, crece la población hispano-parlante año con año y sólo una fracción de los médicos que la atienden maneja con fluidez su idioma⁸. Esta situación crea problemas en el establecimiento de la confianza en la relación médico-paciente o establece barreras comunicativas que a menudo conducen a fallas en el diagnóstico o a un tratamiento ineficaz.⁹ Al estudiar en la ELAM, los estudiantes estadounidenses no nada más serán capaces de superar las barreras lingüísticas en la atención de esta población, sino que, además, podrán entender mejor a la diversidad de culturas latinas. El estudiar y vivir con gente de casi cada país de Latinoamérica ha sido una experiencia de aprendizaje por sí misma. Los latinos tienen prácticas de salud tan distintas como diversos usos del lenguaje y creencias culturales y religiosas. por ejemplo: es normal utilizar la palabra “coger” frente de un cubano, pero ofensivo para un chileno. Al estudiar en la ELAM, los norteamericanos no nada más se educan en medicina, sino que aprenden sobre las pequeñas cosas que hacen única a cada cultura. El aprender a entender y a ser sensibles a estas diferencias culturales ayudará a los estudiantes a establecer relaciones médico-pacientes fuertes, con la variedad de personas a las que se enfrenten como futuros médicos norteamericanos.

El regreso a los Estados Unidos

En agosto del 2008 egresarán del programa de la ELAM cerca de veinte alumnos. Conforme el número de egresados aumenta, el problema de la obtención de la residencia en medicina en los EEUU se convierte en una preocupación central. Mientras que cerca del 90% de los estudiantes que han estudiado medicina dentro de los Estados Unidos obtienen como su primera opción de residencia en medicina la especialidad elegida, muy poco más de la mitad de los médicos graduados extranjeros encuentran puestos en la residencia escogida.¹⁰ Los estudiantes norteamericanos que estudian en el extranjero tienen la ventaja de no estar obligados a enfrentar las dificultades culturales y de lenguaje que los estudiantes extranjeros encaran. Sin embargo, tienen que afrontar el estigma de haber decidido estudiar en el extranjero y no en los Estados Unidos. En el caso de los estudiantes norteamericanos de la ELAM, varios factores serán importantes en el éxito para obtener un puesto de residente en los Estados Unidos. Después de más de seis años de separación de sus familias, muchos de estos estudiantes querrán regresar a su ciudad de origen para hacer su residencia. Actualmente hay 25 consejos estatales de autorización que llevan una lista de las escuelas de medicina extranjeras a las que a sus egresados les son otorgadas licencias. El estado de California es uno de estos 25 estados, además, muchos otros (como Nuevo México) basan sus listas de escuelas extranjeras en las listas de California.¹¹ Sin embargo, a pesar de que California reconoce a la Universidad de la Habana como centro institución válida, actualmente no reconoce a la ELAM como Escuela de Medicina (aunque en Cuba la ELAM sea considerada parte de la Universidad de la Habana). Esto representa, obviamente, un problema para el gran número de estudiantes de la ELAM provenientes de California y que desean regresar a este estado para hacer sus residencias. La ELAM actualmente se encuentra en proceso de aplicación para lograr el reconocimiento del estado de California.

Por otro lado, un segundo problema es que los estudiantes norteamericanos de la ELAM no tienen seguro de mal práctica médica. Este hecho los afecta negativamente en dos niveles: en primer

lugar, son incapaces de obtener experiencia clínica en los EU, a menudo un requerimiento de muchos programas de residencia, y, en segundo lugar, las cartas de recomendación de médicos estadounidenses son casi siempre otorgadas por medio del trabajo conjunto en un contexto clínico. Casi cada programa requiere, por lo menos, una carta (si no es que dos o tres), por lo que los estudiantes están limitados a aceptar simples prácticas de observación, que no les permiten demostrar lo bien que se desempeñan en contextos clínicos o cómo dominan la habilidades clínicas básicas. Otro reto para los estudiantes es el de encontrar doctores en la comunidad médica de los Estados Unidos que estén dispuestos a ser sus tutores y guiarlos hacia el logro de sus metas (que aunque esté más limitado, es igualmente importante). Hasta ahora se han graduado nueve estudiantes norteamericanos de la ELAM, de éstos, uno está inscrito en una residencia de medicina interna en el Centro Médico Montefiore (*Montefiore Medical Center*) en el Bronx, en Nueva York, otro se encuentra en el proceso de obtención de un puesto en una residencia en California, y los otros trabajan en clínicas norteamericanas mientras se preparan para la presentación de los exámenes para obtener la licencia médica (*US Medical Licensing Exams, USMLE*).

Conclusión

Muchos se han preguntado cómo es que la ELAM ha de contribuir en la reducción de las desigualdades en salud. La respuesta se puede encontrar dentro de los principios del programa educativo de la ELAM, que se centra en el reclutamiento de jóvenes provenientes de grupos marginados, comunidades rurales, poblaciones indígenas y mujeres. Al hacer la formación en medicina accesible a individuos de estos grupos, aumenta la probabilidad de que regresen a atender a las poblaciones marginadas. En las aulas y a través de la interacción con el público cubano, los estudiantes aprenden que la salud es un derecho, no un privilegio. El enfoque comunitario y la capacitación amplia en prácticas de salud pública promueven la asociación entre pacientes y médicos y mejoran tanto la calidad de la atención como los resultados en salud.¹² Además, el énfasis en el diagnóstico clínico, la medicina

complementaria y alternativa y la medicina de desastres proporcionarán a los graduados las habilidades necesarias para la atención a comunidades con poco acceso a recursos. En el caso específico de los Estados Unidos, la escasez de doctores afroamericanos continúa, siendo un factor importante en la división racial que existe en la atención médica de este país. Por otro lado, debido al aumento continuo de población latina en los EEUU, el manejo fluido del español y el entendimiento de la variedad de culturas latinoamericanas, serán una habilidad importante de estos graduados. Aunque quizá sea demasiado pronto para predecir los resultados a gran escala logrados por la ELAM, algunos pequeños destellos resultan motivantes. Por ejemplo, en el 2003, cerca de 500 estudiantes de la ELAM se ofrecieron como voluntarios para combatir la epidemia de dengue en Honduras y un grupo egresados de garífunos abrieron la primera clínica en su comunidad.¹³. No hace falta decir que es poco realista esperar que solos, los egresados de la ELAM vayan a eliminar las desigualdades en salud a nivel mundial, pero, por lo menos, contarán con herramientas para contribuir al creciente movimiento hacia la igualdad en salud.

Referencias

1. US Census Bureau International Database [database on the Internet] Table 010 Infant Mortality Rates and Deaths and Life Expectancies at Birth, by Sex for year 2007
<http://www.census.gov>
2. March of Dimes Peristats [database on Internet]. Infant Mortality Rates: US, 2004
<http://www.marchofdimes.com>
3. WHO Media Centre [database on the Internet]. The Global Shortage of Health Workers and its Impact. April 2006

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs302/en/index.html>

4. The Interreligious Foundation for Community Organization [homepage on the Internet]; c1997-2006. Medical School Scholarship Program at the Latin American School of Medical Sciences, Havana, Cuba [cited February 25, 2008]. Available from: www.ifconews.org
5. Sullivan M. Cuba: Restrictions on Travel and Remittances. CRS Report for Congress. <http://www.fas.org/?sgp?crs?row?RL31139.pdf> updated May 3, 2007
6. Letter to Secretary of State Colin Powell dated June 23, 2004
7. Del Rio A. Community Health Diagnosis as a Curriculum Component: Experience of the Faculty of Health Sciences Walter Fisulu University Eastern Cape South Africa. MEDICC Review vol. VII number 8 Aug – Sept 2005.
8. Medscape Today [homepage on internet] Access to Spanish-Speaking Physicians in California. [cited February 25, 2008]. Available from: http://www.medscape.com/viewarticle/482890_4
9. Barkin S, Balkrishnan R, Manuel J, Hall M. Effect of Language Immersion on Communication with Latino Patients. North Carolina Medical Journal Volume 64 Number 6 Nov – Dec 2003
10. Iserson, Kenneth V. MD, Iserson's Getting into a Medical Residency 7th ed.. Tucson, AZ: Galen Press, LTD, 2006.
11. same
12. Del Rio A. Community Health Diagnosis as a Curriculum Component: Experience of the Faculty of Health Sciences Walter Fisulu University Eastern Cape South Africa. MEDICC Review vol. VII number 8 Aug – Sept 2005.
13. Reed G, Frank M. Doctors for the Developing World. MEDICC Review vol. VII number 8 Aug – Sept 2005



Medicina Social
Salud Para Todos