

Necesidad de perfeccionar la formación del estudiante de medicina para la comunicación social en salud

Need to improve the training of Medicine students for social communication in health

Esp. Lilian Suarez-Cid

<https://orcid.org/0000-0002-1894-0688>

suarezlilian592@gmail.com

Filial de Ciencias Médicas Palma Soriano, Cuba

Dr. C. Ramiro Gross-Tur

<https://orcid.org/0000-0003-3892-7883>

rgrosstur@gmail.com

Centro Universitario Municipal Palma Soriano, Cuba

Dr. C. Angel Deroncele-Acosta

<https://orcid.org/0000-0002-0413-014X>

aderoncele84@gmail.com

Universidad Antonio Ruiz de Montoya, Lima, Perú

Dr. C. Clara Ofelia Suarez-Rodríguez

<https://orcid.org/0000-0001-5129-2777>

clara.ofelia.suarez@gmail.com

Universidad de Oriente, Cuba

Resumen. La universidad médica cubana asume el modelo más avanzado de Medicina preventiva y promocional, en coherencia con el paradigma Médico social, en el que la efectividad de la comunicación constituye la piedra angular. Sin embargo, se revelan contradicciones entre las aspiraciones formativas contenidas en el modelo del profesional con el desempeño comunicativo del estudiantado de Medicina durante las acciones de promoción y educación para la salud, así como con las expectativas de la población. Estas contradicciones pueden ser expresión de insuficiencias a nivel formativo, por ello el presente ensayo se propone reflexionar sobre la necesidad social de perfeccionar el proceso de formación del estudiante de Medicina para la comunicación social en salud, en relación con las aspiraciones del paradigma médico social en Cuba.

Palabras clave: estudiante de medicina, comunicación social en salud; paradigma médico social.

Abstract. The Cuban medical university assumes the most advanced model of preventive and promotional medicine, in coherence with the social and medical paradigm, in which the effectiveness of communication

constitutes the cornerstone. Nevertheless, contradictions are revealed between the training aspirations contained in the professional model, with the communicative performance of medical students during health promotion and education actions, and with the expectations of the population. These contradictions can be an expression of insufficiencies at the educational level, for this reason the present essay intends to reflect on the social need to improve the training process of the medical student for social communication in health, in relation to the aspirations of the social and medical paradigm.

Keywords: medical students, social communication in health; social and medical paradigm.

Introducción

Cuba es uno de los países con un Sistema Nacional de Salud de acceso universal, que tiene como estrategia principal: la Atención Primaria de Salud, con el Programa del Médico y Enfermera de la Familia. Esta estrategia se ha ido perfeccionando sistemáticamente, transitando de una atención enmarcada en la enfermedad a una atención centrada en el individuo y la promoción de la salud.

De hecho, en el artículo 72 de la Constitución de la República de Cuba (2019) y en los Lineamientos de la Política Económica y Social del Partido y la Revolución, actualizados para el período 2021-2026 (Comité Central de Partido Comunista de Cuba, 2021), se refrenda el desarrollo de programas de prevención, promoción y educación en salud y de todas las acciones que contribuyan a incrementar la cultura sanitaria de la población, con participación intersectorial y comunitaria.

Asimismo, desde 1959, la formación integral y humanista del médico en Cuba ha respondido a los distintos modelos de atención de los servicios de salud y se ha orientado a lo social comunitario y a la promoción de la salud. El proceso formativo se ha descentralizado progresivamente hacia los municipios y se ha orientado a la transformación de las problemáticas de salud existentes en las localidades, en la búsqueda de perfeccionar los vínculos universidad-sociedad.

Desde el primer año de la carrera, los estudiantes de Medicina devienen actores sociales para la promoción y educación para la salud en las comunidades donde se insertan, y no sólo a través de actividades docentes, sino mediante su participación activa en proyectos de extensión universitaria, proyectos de investigación, campañas priorizadas

ante emergencias epidemiológicas como el dengue y la Covid-19, entre otras tareas a favor del bienestar de la población y el desarrollo local.

En el contexto de la promoción de salud, la comunicación social en salud, también denominada comunicación en salud o comunicación para la salud, ha sido reconocida como una potente herramienta para informar, motivar e influir sobre decisiones individuales y colectivas relacionadas con la salud (González, 2015; Rodríguez et al., 2018; Beltrán, 2021), resultando coherente su formación con el Modelo del Profesional Médico en Cuba. Diversas investigaciones en el contexto internacional (Chancay et al., 2017; Sánchez, 2017; Mendoza, 2019, citados en Suarez-Cid et al., 2022) y nacional (Rojas y González, 2018, y Menéndez et al., 2021, citados en Suárez-Cid et al., 2022) abordan la formación comunicativa del estudiante de Medicina como requerimiento esencialmente valioso para dar solución a los problemas que se presentan en los diversos escenarios de su práctica profesional, con mayor énfasis en la comunicación médico-paciente durante el encuentro clínico.

No obstante, las tendencias epidemiológicas actuales, la exposición recurrente a situaciones de emergencia sanitaria, el incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles y las infecto-contagiosas, ha despertado un interés investigativo creciente por el papel de la comunicación como un componente vital en la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud en todos niveles: interpersonal, grupal, organizacional y masivo.

Actualmente, el consenso teórico respalda el abordaje de la comunicación social en salud desde una perspectiva que privilegie la comprensión sociocultural y comunitaria de los sujetos y sus problemáticas (Rodríguez et al., 2018), suscitando el diálogo e involucrando a todos los protagonistas, reconociendo sus capacidades y saberes, estimulando la reflexión y la participación comunitaria en la construcción colectiva del cambio deseado.

Tal perspectiva debe tenerse en cuenta para orientar el proceso formativo del estudiante de Medicina, máxime cuando resulta coherente con el paradigma Médico social al que aspira la formación y práctica médicas en nuestro país (De la Rosa et al., 2010; Camejo y Valdés, 2016), en el que la efectividad de la comunicación constituye la piedra angular.

En la carrera de Medicina en la Filial de Ciencias Médicas de Palma Soriano se han manifestado contradicciones entre las aspiraciones

formativas contenidas en el modelo del profesional y el desempeño comunicativo del estudiantado de Medicina durante las acciones de promoción y educación para la salud; así como entre las expectativas de la población y la forma en que el estudiantado actúa en contextos socio-comunitarios. Estas contradicciones pueden ser expresión de insuficiencias a nivel formativo y coinciden con problemáticas similares identificadas en el país (Rodríguez et al., 2018; Hernández et al., 2021; Suárez-Cid et al., 2022).

En correspondencia con tal situación y, sobre la base de la sistematización en el estudio de esta problemática, se realiza el presente ensayo con el objetivo de reflexionar sobre la necesidad social de perfeccionar el proceso de formación del estudiante de Medicina para la comunicación social en salud, en relación con las aspiraciones del paradigma médico social en Cuba.

Desarrollo

La medicina como producción social está intensamente marcada por la vida sociocultural de toda sociedad. De ahí que, en el marco de la Época Moderna, de su proyecto económico, político-ideológico y de su cosmovisión, se condicionara el surgimiento del paradigma biomédico, centrado en la atención al cuerpo biológico y las enfermedades.

El positivismo, como filosofía de mayor significación a partir de la segunda mitad del siglo XIX, marcó la vida científica como respuesta a toda la filosofía especulativa anterior, y llegó a la medicina (Camejo & Valdés, 2016) validando sólo aquel conocimiento susceptible de ser observado, medido, experimentado.

Asimismo, los primeros hallazgos de carácter biológico afianzaron los principios orgánicos como origen de las enfermedades, fortaleciendo la perspectiva biologicista de la medicina, que reduce toda manifestación sintomática o enfermedad a alteraciones físico-químico-moleculares. El foco de atención no se dirigió al enfermo sino a la enfermedad; en consecuencia, el tratamiento se volvió prioritario y se orientó a restituir el equilibrio perdido utilizando procedimientos clínico-farmacológicos, quirúrgicos, etc. (Camejo y Valdés, 2016; Achig y Pino, 2017), lo cual resulta muy rentable desde el punto de vista de la medicalización y el consumo médico.

El modelo biomédico, clínico, individual y curativo se consolidó a inicios del siglo XX en la formación médica con el llamado “Informe

Flexner”, al cual se ha señalado la sobrevaloración de los aspectos técnico-biológicos de la medicina y la subvaloración de los psicosociales (Sacasas, 2014, citado en Vela et al., 2016). Ese modelo se generalizó en el mundo y sigue vigente hasta nuestros días en gran parte de las escuelas de Medicina.

Desde finales del siglo XIX e inicios del XX, paralelo al modelo biomédico y, en un entorno de grandes conflictos y revoluciones sociales y políticas, nace el paradigma sociomédico (Camejo y Valdés, 2016), el cual busca el reconocimiento de la esencia social del hombre sin excluir los determinantes biológicos, integrando los saberes de las ciencias sociales y humanas a la comprensión y transformación de sus problemas de salud.

El paradigma sociomédico hunde sus raíces en los estudios de Rudolf Virchow a mediados del siglo XIX, los cuales revolucionaron las percepciones de la relación entre los problemas de salud y los sociales, al reconocer que las causas de una epidemia de fiebre recurrente en Silesia eran sociales y económicas, y proponer como tratamiento la prosperidad económica, la educación y la libertad, llegando a plantear: “La medicina es una ciencia social y la política no es más que medicina en grande” (Camejo y Valdés, 2016, p.6).

En el año 1848 nace el término de medicina social, de forma simultánea a grandes movimientos revolucionarios en Europa (Achig y Pino, 2017). Este modelo de medicina no contradice la posición biomédica, sino que la complementa, al reconocer que el proceso salud-enfermedad es multidimensional y los factores biológicos, psicológicos, sociales, familiares, medioambientales y culturales se encuentran en continua interacción.

La función del médico es ayudar a sus pacientes en todas las fases del proceso, promocionando la salud, previendo la enfermedad, curando o aliviando los síntomas, rehabilitando funciones y acompañando en las fases finales de la vida, centrándose en las necesidades del paciente, considerando sus conocimientos, creencias y expectativas en sus procesos de salud-enfermedad y su interacción continua con el medio social (Camejo y Valdés, 2016).

Un aspecto significativo del paradigma sociomédico es reconocer que el médico debe ser un comunicador por excelencia y tener habilidades para establecer una buena relación con sus pacientes en todos los

niveles de comunicación: interpersonal, grupal, organizacional y masiva (Camejo y Valdés, 2016).

Autores como Chancay et al., 2017, y Sánchez, 2017, citados en Suárez-Cid et al., 2022), contextualizados en la comunicación médico-paciente durante el encuentro clínico, destacan la relación de una comunicación médica efectiva con un mayor nivel de satisfacción y colaboración de los pacientes, mayor adherencia terapéutica y credibilidad técnica del profesional.

Otros trabajos revisados enfatizan en su contribución a difundir conocimientos, elevar la percepción de riesgo en las poblaciones (González, 2015), minimizar los impactos negativos de la crisis (Guzmán, 2018; Hernández et al., 2021), modificar o reforzar conductas, valores y normas sociales (Rodríguez et al., 2018).

De ahí la importancia que cobra en la actualidad la comunicación social como un importante pilar de la política de salud orientada a la atención comunitaria, dentro de cuyas funciones son prioritarias la promoción y prevención. Estas actividades tienden a desplegarse en el primer nivel de atención y, para lograr sus objetivos, deben basarse en una oportuna y eficaz estrategia de comunicación, tanto de las posibilidades de desarrollo individuales y colectivas, como de los riesgos que pueden estar presentes y comprometen la salud.

En documentos de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2001, 2020) se ofrecen recomendaciones y lineamientos generales para ser contextualizados por los países en relación con la comunicación en salud. En todos los casos, independientemente del nivel en que se produzca la comunicación (interpersonal, grupal comunitario, organizacional o masivo), se coincide en la intencionalidad manifiesta de promover cambios positivos en los conocimientos, estilos de vida y costumbres higiénico-sanitarias de la población, lograr aprendizajes conscientes, generar una influencia desarrolladora y estimular su reflexión y protagonismo en el cuidado de la salud.

Precisamente, este último aspecto resulta esencial, pues actualmente el consenso teórico privilegia el abordaje de la comunicación social en salud desde una perspectiva que no se limita a la mera transmisión unidireccional de información con fines persuasivos, basada en el saber y la experiencia médicas y reforzada a través de la simbología (la bata,

el lenguaje inaccesible para la mayoría de los pacientes, etc.), como pondera el modelo tradicional de la comunicación médica.

Desde una perspectiva instrumental, el paradigma médico tradicional se basa en una relación de comunicación desigual con individuos y colectividades del tipo sujeto-objeto, que reserva al médico la función de sujeto activo y al paciente, la de sujeto pasivo; sin embargo, en las últimas décadas, esa concepción ha evolucionado en un sentido estratégico, centrado en los procesos de interacción y construcción social de sentido, basado en el reconocimiento de las particularidades socio culturales de todos los actores implicados en los procesos de salud (Rodríguez, et al., 2018).

Desde la perspectiva que algunos autores denominan “relacional” (Alfredo, 2010; Fontana, 2015; Rodríguez et al., 2018), la comunicación social en salud busca prioritariamente trabajar las problemáticas de salud en el marco de la cultura local, de la comunidad, como ámbito ineludible de representación de los problemas, promoviendo el diálogo, la interacción, la participación de los actores y líderes comunitarios, el reconocimiento de su capacidad de decidir sobre su salud, así como la articulación de sus saberes, necesidades percibidas, valores, intereses, modos de relacionarse, etc., en el proceso de construcción de sentidos colectivos en sus espacios comunitarios, que consoliden las posibilidades de que los sujetos lideren sus propios procesos de salud. Dicha perspectiva, en coherencia con el nuevo paradigma sociomédico, se fundamenta en un modelo de comunicación sujeto-sujeto, que le confiere al paciente un tratamiento en calidad de sujeto portador de valores, convicciones e intereses propios, con poder de decidir sobre su vida y su salud (De la Rosa et al., 2010), de modo que lo que hacen, saben, opinan y sienten los pacientes cobra una importancia crucial en el proceso salud-enfermedad.

A nivel internacional se realizan numerosos esfuerzos para cumplir con estas aspiraciones: los estados comenzaron a asumir principios de la medicina de corte social a partir de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud celebrada en Alma-Ata, URSS, en 1978 (Achig y Pino, 2017), que señaló la necesidad de llevar la atención de salud lo más cerca posible al lugar donde residen y trabajan las personas.

De la misma forma, las propuestas de la Primera Conferencia Mundial sobre Promoción de la Salud, celebrada en 1986 en la ciudad

de Ottawa, Canadá, constituyeron una respuesta a la creciente demanda de una nueva concepción de la salud pública en el mundo (OMS, 1986), y fue a partir de dichos postulados que comenzó a materializarse el desarrollo de la comunicación como elemento transversal de los programas y acciones de promoción y educación para la salud.

Actualmente se aprecia cierto consenso teórico rubricado en eventos y declaraciones internacionales; sin embargo, el diseño de políticas no se revierte en prioridad para la inversión en recursos materiales y humanos, así como en estrategias socio-sanitarias para un trabajo efectivo con la comunidad, que actúe sobre los determinantes sociales y acerque la salud al hábitat de las personas (Almeida et al., 2018).

Se continúa privilegiando un modelo médico industrial, centrado en el hospital, la tecnología y la curación de enfermedades en detrimento de los programas preventivos y de promoción de salud (Almeida et al., 2018) y resulta evidente la ruptura entre la formación de los recursos humanos y las necesidades reales de cada región (Salas y Salas, 2017). En el contexto nacional, con el triunfo de la Revolución Cubana y los grandes cambios que trajo este acontecimiento en materia de salud, se comenzaron a priorizar las acciones a favor de las grandes poblaciones, con un enfoque de Medicina social.

Con la implantación del Programa del Médico y la Enfermera de la Familia en 1984 la atención primaria de salud alcanzó su expresión más acabada (González et al., 2018) y se acercó la atención médica al seno de las comunidades, donde el contacto continuo y cercano humaniza la atención, favorece las actividades educativas, preventivo-promocionales y la participación comunitaria en la identificación, priorización y solución de los problemas de salud, para una mayor eficiencia de los servicios en el primer nivel de atención.

El proceso formativo del médico en Cuba es integral y conjuga lo humanista y lo ético con lo científico y tecnológico. Los currículos contemplan las ciencias sociales y se dirigen a satisfacer las necesidades de la población, privilegiando los escenarios de la atención primaria de salud, con un enfoque promocional y preventivo, más centrado en la salud que en la enfermedad (Salas y Salas, 2017).

Se sustenta sobre los pilares de la educación en el trabajo, la integración docente, asistencial e investigativa en los servicios de salud, la interacción de la universidad médica con la comunidad y su impacto

en la transformación de las problemáticas de salud existentes en las localidades.

El Modelo del profesional médico en Cuba en el Plan de Estudios E reconoce que el manejo adecuado de la comunicación con los pacientes y demás actores sociales constituyen un arma fundamental para el ejercicio de la profesión en los diversos contextos, entre ellos, para desarrollar con efectividad las actividades de promoción y educación para la salud, mediante mensajes comunicativos que contribuyan a actitudes y prácticas saludables en la población.

En los planes de estudio de la carrera de Medicina se han introducido contenidos de comunicación social en salud en la relación médico-persona-familia-comunidad en distintos programas de disciplinas y asignaturas. No obstante, diversos estudios revelan insuficiencias en el desempeño comunicativo del médico general y en formación durante las acciones de promoción y educación para la salud (Rodríguez et al., 2018; Hernández et al., 2021; Suárez-Cid et al., 2022).

Los investigadores coinciden al señalar dificultades de los estudiantes para el establecimiento de un diálogo con la población que contribuya a promover actitudes y prácticas saludables, limitaciones en la elaboración de mensajes comunicativos, subvaloración de estas habilidades en comparación con otras habilidades clínicas propias de la profesión, insuficiente aprovechamiento de las potencialidades de las comunidades, así como persistencia de una conducta paternalista en la relación con la población.

El desempeño profesional real del estudiante continúa más ligado a la transferencia de información que al diálogo o a la construcción colectiva durante las acciones de promoción y educación para la salud en las comunidades. Continúa prevaleciendo en este profesional la representación de que se puede cambiar la realidad con el solo recurso de transmitir o poner en circulación una serie de mensajes cara a cara o en los distintos soportes tecnológicos (prensa, radio, televisión, internet), desde la posición de experto hacia alguien que desconoce.

Igualmente, a los estudiantes les resulta difícil crear espacios de libre expresión y diálogo con los comunitarios, que faciliten la circulación de saberes, el autoconocimiento y su participación activa en el proceso salud enfermedad, máxime cuando en la actualidad los pacientes están cada vez más informados y preparados para asumir una posición proactiva en la toma de decisiones relacionadas con su salud.

Se reconoce que, en las representaciones sociales en torno a este profesional, manifiestas en sus prácticas cotidianas, los aspectos comunicativos, relacionales, educativos, etc., son frecuentemente subvalorados y relegados a un segundo plano en relación con los aspectos curativos, clínicos, hospitalarios, propios del enfoque tradicional de la medicina. Por estos y otros elementos, las acciones de promoción y educación para la salud comunitaria ejecutadas por los estudiantes no logran el impacto deseado en las audiencias, lo cual entra en contradicción con la cultura de la profesión médica en el contexto sanitario cubano, que se caracteriza por asumir el modelo más avanzado de la Medicina preventiva y promocional, de fuerte énfasis social.

También, desde el imaginario social, las expectativas de la población entran en contradicción con las aspiraciones formativas relacionadas con el desempeño comunicativo del médico durante las acciones de promoción y educación para la salud en las comunidades, desde el enfoque médico social.

Si bien la sociedad, a la par del conocimiento clínico y la información adecuada, espera del médico un trato humano, cercano y empático, la población continúa asumiendo un rol pasivo, no se involucra suficientemente ni asume la responsabilidad en el autocuidado de su salud. De hecho, muchas veces incumplen con las indicaciones médicas brindadas para prevenir las enfermedades.

La población media en Cuba aún carece de la percepción del riesgo psicosocial de las enfermedades y tiende a tornarse resistente a la participación activa en las acciones de promoción de salud y prevención de enfermedades. En consecuencia, acude a los centros asistenciales de salud para el tratamiento de afecciones que no se lograron prevenir, generando así mayores afectaciones a la salud personal y a los recursos materiales y humanos que ello implica. Un ejemplo evidente de esta valoración se aprecia en la contingencia epidemiológica generada por la Covid-19, la cual sólo pudo ser contenida con el uso de tratamiento de inmunización por vacunas.

La educación y, en nuestro particular, la formación de profesionales, constituyen alternativas reconocidas por múltiples investigadores para transformar los problemas sociales que nos afectan. Desde esta perspectiva resulta lícito reconocer la participación del proceso formativo del estudiante de Medicina en la existencia de las contradicciones socioculturales identificadas.

El problema identificado en el contexto de Palma Soriano, consistente en las insuficiencias en el desempeño comunicativo de los estudiantes de Medicina durante las acciones de promoción y educación para la salud en las comunidades, es expresión, además, de una contradicción formativa. Esta contradicción resulta del divorcio entre lo enseñado-aprendido de la carrera y su eficacia en la resolución de las demandas sociales.

Teniendo en cuenta la necesidad social de que los estudiantes de Medicina sean agentes de cambio que coadyuven al desarrollo de procesos diversos en lo familiar, lo educativo y en lo social, cobra especial importancia dentro de la universidad médica un proceso que es vital para el logro de esos propósitos: la extensión universitaria.

Los estudios coinciden en que la tarea de la universidad actual trasciende las funciones tradicionales de docencia, investigación y extensión desde un marco reduccionista, por cuanto influye en los modelos y proyecciones del desarrollo económico, industrial, social y cultural de las comunidades donde se inserta, para revelar una proyección extensa e integradora de la extensión en el contexto universitario (Martínez & Cintra, 2017; García et al., 2018; González et al., 2021).

Esta vinculación universidad-sociedad requiere hoy de enfoques diferentes capaces de mutar de un paradigma asistencialista a un entorno de aprendizajes mutuos. Por consiguiente, la Extensión Universitaria debe desarrollar una promoción cultural ajustada al contexto social concreto al que se acerca, con un diálogo participativo que exhiba y fortalezca los mutuos saberes y que incite a comunicar vivencias, como alternativas para una posible transformación del entorno.

Varios estudios se refieren a la función de la extensión universitaria asociada a la comunicación, interacción, cooperación, participación, integración, entre otros aspectos, los cuales la identifican como una ruta significativa para enriquecer los otros procesos sustantivos universitarios: la docencia y la investigación (Aguilera, 2018; Téllez, 2020; Vélez et al., 2022). De este modo, se constituye como instrumento esencial para el cambio de visión y de acción de las universidades.

En los nuevos tiempos, la universidad debe definir la visión integral de sus funciones, esencialmente de la extensión como paradigma afianzado en una comunicación más orientada hacia lo positivo, lo potencial, lo saludable (Gross-Tur et al., 2021). La extensión es el eje para crear y difundir el conocimiento, y lograr una correspondencia entre

la demanda social y la coherencia interna que debe primar en ella, buscando la pertinencia social que aspira el mundo actual de las instituciones de educación superior, tratando de hacer concernir el discurso con la acción.

El análisis de las exigencias y retos de la universidad médica cubana en el siglo XXI y la necesidad de egresar profesionales de la salud con una formación general integral, que les permita actuar con efectividad en la comunidad y sus instituciones, ya sea en escenarios nacionales o internacionales, refuerza la importancia de la extensión como vía para fortalecer los vínculos universidad-sociedad, con énfasis en la cultura salubrista, expresada en la comunicación social en salud.

Conclusiones

Se revelan contradicciones entre el desempeño comunicativo de los estudiantes de Medicina durante las acciones de promoción y educación para la salud en las comunidades y las aspiraciones formativas contenidas en el modelo del profesional en coherencia con el paradigma médico social, que conllevan a que muchas veces se jerarquicen los aspectos instructivos y clínicos en detrimento de los relacionales y socioculturales en la comunicación con la población, denotando la persistencia de sesgos del modelo tradicional de comunicación en salud.

Las expectativas sociales en torno al profesional de la Medicina y su desempeño comunicativo durante las acciones de promoción y educación para la salud en las comunidades muestran contradicciones en cuanto al papel activo y la responsabilidad que corresponde a la población en el proceso salud-enfermedad, de acuerdo con las aspiraciones del paradigma médico social.

Las contradicciones socioculturales develadas constituyen un problema social que requiere ser transformado luego del concurso de la ciencia. La educación y la formación de profesionales tiene el encargo de transmitir los conocimientos, habilidades y actitudes necesarios para satisfacer la demanda social relacionada con su objeto social, desde la relación entre las dimensiones curricular, extensionista e investigativa, que se articula en nuestro particular a través de los proyectos extensionistas.

Referencias bibliograficas

- Achig, D., y Pino, R. (2017). Paradigmas en la medicina y las ciencias de la salud a través del tiempo. *Rev. Med. Ateneo*, 19(2), 186-201.
- Aguilera Pupo, E. (2018). La evaluación del impacto de los proyectos extensionistas en la Universidad de Holguín. *Didasc@lia: Didáctica y Educación*, IX (6), 293-302.
- Almeida G., Artaza O., Donoso N., y Fábrega, R. (2018). La atención primaria de salud en la Región de las Américas a 40 años de Alma-Ata. *Rev Panam Salud Pública*, 42, e104. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.104>
- Beltrán Salmón, L. R. (2021). Salud pública y comunicación social. *Revista mexicana de opinión pública*, 31(11).
- Camejo Ramos, L. P., y Valdés Sierra, I. (2016). Sociedad y medicina: Paradigmas médicos en las coordenadas de la modernidad. *Panorama Cuba y Salud*, 11(1), 40-46.
- Comité Central del Partido Comunista de Cuba. (2021). Lineamientos de la Política Económica y Social del Partido y la Revolución para el período 2021-2026. <https://www.tsp.gob.cu/documentos/lineamientos-de-la-politica-economica-y-social-del-partido-y-la-revolucion-para-el>
- Cuba. (2019). Constitución de la República de Cuba. <https://www.gacetaoficial.gob.cu/es/constitucion-de-la-republica-de-cuba-proclamada-el-10-de-abril-de-2019>
- De la Rosa Legón, M., Vega González, N., y Brito Gómez, L. (2010). El paradigma médico social y la competencia comunicativa del profesional de ciencias médicas. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 9(3), 433-440.
- Díaz, H., y Uranga, W. (2011). Comunicación para la salud en clave cultural y comunitaria. *Revista de Comunicación y Salud*. 1(1), 119-130. [https://doi.org/10.35669/revistadecomunicacionysalud.2011.1\(1\).119-130](https://doi.org/10.35669/revistadecomunicacionysalud.2011.1(1).119-130)
- Fontana Rosa, N. S. (2015). La perspectiva relacional de la comunicación en los procesos de e-Salud en Brasil: el proyecto Maluco Beleza. *Revista de Comunicación y Salud*, 5, 54-66.
- García Torres, D.S., Díaz Suárez, R., Sánchez Hechavarría, M.E., y Mendoza Ruíz, M. (2018). Concepción de extensión universitaria desde las ciencias médicas en Santiago de Cuba. *Humanidades Médicas*, 18(3), 564-575.
- González Aportela, O., Batista Mainegra, A., Rial Blanco, R.M., e Imbert Mayola, J. C. (2021). Proyecto extensionista de protagonismo estu-

- diantil en el movimiento cultural universitario. *Revista Universidad y Sociedad*, 13(2), 204-216.
- González Cárdenas, L. T., Cuesta Mejías, L., Pérez Perea, L., Presno Labrador, M.C., Fernández Díaz, I. E., Pérez Díaz, T. C., Guerrero Chacón, S. E., y Pérez Charbonier, C. (2018). El Programa del médico y enfermera de la familia: desarrollo del modelo de atención médica en Cuba. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, e31. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.31>
- González Díaz, C. (2015). La comunicación en salud como premisa fundamental para la percepción de riesgo en las poblaciones. *Rev epidemiología*, 53(2).
- Gross-Tur, R., Martínez-Rosales, Y., Deroncela-Acosta, A., y Miller-Contreras, M. E. (2021). Gestión de potencialidades formativas de escolares con discapacidad intelectual: pautas metodológicas desde la psicología positiva. *Santiago*, (155), 33-48.
- Guzmán do Nascimento, B. (2018). Comunicación y salud: La gestión de la crisis del Ébola a través de las redes sociales. *Revista española de comunicación en salud*, 9(2), 196-202.
- Hernández Angulo, J., Garbey Savigne. E., y Enríquez O' Farrill, I. (2021). Importancia de la perspectiva afectiva e intercultural en la comunicación profesional en tiempos de crisis. *Rev haban cienméd.* 20(1), e3912.
- Martínez Miguel, J. A., y Cintra Lugones, A. L. (2017). La extensión universitaria. Una mirada desde la relación universidad-sociedad con enfoque de transformación social. *Revista: Atlante. Cuadernos de Educación y Desarrollo.* (junio 2017), <https://www.eumed.net/rev/atlante/2017/06/extension-universitaria-cuba.html>
- OMS. (1986). Carta de Ottawa para la promoción de la salud. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>
- OMS. (2018). Comunicación de riesgos en emergencias de salud pública: directrices de la OMS sobre políticas y prácticas para la comunicación de riesgos en emergencias. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272852/9789243550206-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- OPS. (2001). Manual de comunicación social para programas de promoción de la salud de los adolescentes. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/33970>
- OPS. (2020). Los diez mandamientos de la comunicación. https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10894:2015-los-diezmandamientos-comunicacion-efectiva&Itemid=42210&lang=es

- Rodríguez Roura, S.C., Cabrera Reyes, L., y Calero Yera, E. (2018). La comunicación social en salud para la prevención de enfermedades en la comunidad. *Rev Hum Med.* 18(2), 384-404.
- Salas Perea, R. S., y Salas Mainegra, A. (2017). *Modelo Formativo del Médico Cubano. Bases teóricas y metodológicas.* Editorial Ciencias Médicas.
- Suárez-Cid, L., Fuentes-Tur, M., y Gross-Tur, R. (2022). Formación comunicativa para la prevención y promoción de salud en estudiantes de medicina. En Colectivo de autores. *Estudios multidisciplinares en la formación profesional: 165-182.* Inblueditorial. <https://doi.org/10.56168/ibl.ed.167848>
- Téllez Rodríguez, N. (2020). El proyecto extensionista y comunitario desde el contexto de la Universidad de Oriente: recomendaciones y retos actuales. *Revista Atlante: Cuadernos de Educación y Desarrollo*, (marzo 2020), 1-13
- Vela Valdés, J., Salas Perea, R.S., Pujals Victoria, N., Quintana Galende, M.L. y Pérez Hoz, G. (2016). Planes de estudio de Medicina en Cuba de 1959 a 2010. *Educación Médica Superior*, 30(1).
- Véliz Gutiérrez, J.A., González Fernández-Larrea, M., y Pérez Díaz, N. (2022). Estrategia gestión de la extensión universitaria en las universidades de ciencias médicas. *Mendive.* 20(2), 494-510.

Conflictos de intereses

No existen conflictos de intereses entre los autores o con otros autores, sobre el artículo.

Contribución de autoría

LSC: investigación, análisis formal, conceptualización, redacción -borrador original.

RGT: análisis formal, metodología, redacción -revisión y edición-, visualización.

ADA: administración del proyecto, recursos, supervisión.

COSR: metodología, conceptualización, supervisión.