

## LA CALIDAD EN LA FORMACIÓN DEL MÉDICO CUBANO EN LA ACTUALIDAD

**Prof. Dr. Fidel IlizastiguiDupuy**

*Informe presentado a la dirección del Instituto Superior de de Ciencias Médicas de La Habana y por su conducto al Ministerio de Educación Superior como sustento para iniciar el cambio en los Programas de Estudios de la carrera de Medicina. 1978. Año del XI Festival. Documento inédito en formato digital.*

La calidad de la formación del médico que una Facultad de Medicina produce no es una tarea fácil pues generalmente, por no decir casi siempre, las medidas que permiten efectuar esta determinación no se explicitan al ponerse en ejecución un nuevo plan de estudios por lo que posteriormente no es posible efectuar medidas precisas.

Habitualmente es necesario emplear medidas<sup>1</sup> indirectas, tales como: la prolongación de los estudios de los estudiantes, la atrición<sup>2</sup> o abandono de los estudios o bien la promoción, o bien una cohorte. Estas medidas no permiten dar una imagen de la formación del médico cuando es necesaria la comparación de cursos entre sí, no obstante ser ellas las que con mayor frecuencia se emplean en la práctica.

La medida efectiva sería aquella en que pudieran determinar ciertamente el volumen y la calidad de los conocimientos, habilidades y actitudes adquiridos por los estudiantes relacionados o contrastados con los objetivos que en esos parámetros el Plan de Estudio se propone alcanzar. Esta sería la única forma en que directamente nosotros pudiéramos medir el rendimiento o el aprovechamiento de los estudiantes en un curso dado y la posibilidad, por tanto, de efectuar comparaciones entre cursos que permitan señalar si la calidad de los cursos son mejores o peores comparados con medidas estándar.

Como se señaló anteriormente esto generalmente no es posible ya que los planes de estudios hasta el presente se han confeccionado sin tener muy en cuenta los objetivos de las especialidades y los objetivos de la enseñanza.

Con tal motivo para poder afirmar o negar la calidad actual de los médicos que formamos, es necesario recurrir a medidas indirectas más amplias, relacionadas con aquellos factores que intervienen en el proceso docente-educativo y ver como estos han evolucionado en los últimos tiempos.

---

<sup>1</sup>Nota del editor: En este trabajo “medidas” se refiere en términos de evaluación a la medición de la calidad educacional.

<sup>2</sup> Atrición, según la RAE es un término religioso que se refiere al pesar de haber ofendido a Dios (...) por temor a las consecuencias de la ofensa cometida. Aquí se utiliza como arrepentimiento.

## 1. De los estudiantes

### 1.1 Vocación:

Hasta el presente este factor no se tenía en cuenta o no se analizaba. Bastaba tener buen expediente y haber seleccionado a la Medicina en primera opción para obtener en plaza libre en la especialidad de Medicina. A partir de este año han comenzado a ingresar en medicina un número prudencial de estudiantes que toman a esta especialidad en tercera, cuarta y hasta quinta opción.

### 1.2 Índice Académico

Para ingresar en Medicina es necesario tener un índice académico alto. Esta política se cumplimentó hasta al año pasado. En este año muchos estudiantes ingresaron en la especialidad de Medicina con un índice académico por debajo de 50 y 55 puntos. Anteriormente era superior a 80.

### 1.3 Número de estudiantes

La relación profesor-alumno nunca ha sido buena y efectiva en el área de Ciencias Básicas de Victoria de Girón. A partir de este año esta relación se ha visto afectada por un aumento en el número de ingresos lo que ha motivado el establecer tres turnos de clases en vez de los dos clásicos.

En el área clínica esta relación es variable según las especialidades, pero aun en aquellas en que se pudiera considerarse aceptable, la relación se encuentra funcionalmente alterada por el aumento de tareas extra docente de los profesores.

Los aumentos masivos de estudiantes de los próximos cursos alteraría incuestionablemente esta relación, ya que los alumnos crecerán mucho más rápidamente que el aumento de los docentes en el mismo periodo de tiempo.

### 1.4 Los hábitos de estudio y la pasividad

No podemos decir que los estudiantes en la hora presente exhiban los mejores hábitos en los estudios. No siempre saben estudiar correctamente y muestran gran tendencia a la pasividad en el proceso enseñanza-aprendizaje aun frente a estímulos del personal docente. De esto se quejan los docentes en todos los años de la especialidad.

Es probable que estas sean manifestaciones de los patrones adquiridos en la enseñanza secundaria, del preuniversitario y de la falta de una acción reeducativa por parte de los docentes universitarios debido a la poca acción directa de éstos sobre aquellos.

Se ha visto resurgir una de las lacras estudiantiles anteriormente superada, la del fraude académico y con ribetes nuevos: su masividad.

### 1.5 Finalismo:

Aun no se ha podido terminar con esta conducta en gran parte de los estudiantes. Siempre se dejan las tareas docentes para última hora. Es probable que la expresión de esta conducta influya además del factor 1.4 el siguiente 1.6.

### 1.6 Fondo de tiempo de los estudiantes:

Nunca se ha medido y distribuido científicamente el fondo de tiempo de los estudiantes contra el cual giran o inciden factores de índoles diversas entre las cuales se encuentran los docentes. Las experiencias permiten afirmar que en los últimos tiempos las actividades y tareas docentes y extra-docentes pueden limitar marcadamente el tiempo que los estudiantes emplean en los estudios y en la preparación teórica.

### 1.7 La UJC y la FEU:

Se tiene la impresión que la ausencia de una UJC en el ISCM-H y sus Facultades actúa negativamente en el trabajo de los estudiantes. La FEU, por otra parte, no muestra combatividad, la organización e influencia que esta organización de masas tenía anteriormente entre los estudiantes de medicina.

No creemos que estos aspectos negativos que ex profesamente señalamos sean el producto de una conducta o particularidad especial de los estudiantes, por el contrario creemos que muchas de ellas son producto de la poca acción o influencia que los docentes tienen sobre los estudiantes en el proceso docente-educativo.

## 2. De los Profesores

El rendimiento del docente como criterio para medir la calidad de la formación es cuestionable ya que existen métodos directos para tal medición, salvo aquellos relacionados con el cumplimiento por el docente de los objetivos programáticos en el Plan de Estudios. No obstante, pueden ser señalados como métodos indirectos los siguientes:

### 2.1 Calidad:

La calidad el profesor como docente es de suma importancia en presumir la formación que brinda, ya que de su calidad como tal depende la calidad de aprender de los alumnos más que la cantidad de información que éstos aprenden.

Durante un periodo de más de 15 años no se formaron profesores en la Educación Medica Superior y los recientemente nombrados por su meritoria trayectoria en la práctica docente no tienen ninguna educación pedagógica.

### 2.2 Formación científica:

Todo docente debiera tener una formación científica muy sólida en su materia específica. Esta posibilidad se ha visto muy alterada en los últimos años por el poco tiempo que los docentes antiguos y los recientes pueden dedicar a su formación científica frente al cumulo de tareas asistenciales y administrativas que tienen y han tenido que cumplimentar.

### 2.3 Investigación científica:

Las investigaciones científicas para un gran por ciento de nuestros docentes siempre han tenido dificultades motivadas por el desconocimiento de la metodología científica así como por el escaso tiempo que estos tienen para efectuar las tareas de esta naturaleza.

En el área clínica de Medicina esta investigación ha tenido siempre un carácter muy epidemiológico. En el ano presente el por ciento de las investigaciones en Plan, se ha reducido extraordinariamente.

No existe un fondo de tiempo para el docente en estas tareas

### 2.4 Interés por la docencia y formación pedagógica:

No existe formación pedagógica de nuestros docentes. Excepcionalmente los docentes buscan conocimientos en esta materia. Tampoco se han efectuado los cursos entre ellos para su superación pedagógica.

### 2.5 Capacidad para estimular a los estudiantes

Aunque es un factor muy importante, es difícil de precisar en nuestro ISCM-H.

## 2.6 Interés por perfeccionarse

En la especialidad específica puede con dificultades seguirse un curso de perfeccionamiento. Generalmente se asiste a cursos de actualización.

No existen en general cursos de superación pedagógica.

## 2.7 Conocimientos que tienen y manera de transmitirlos.

Los conocimientos de nuestros docentes, si aumentan, no lo hacen al ritmo de los tiempos actuales: dificultades con la literatura médica y poca oportunidad para el estudio individual sistemático.

## 2.8 Atención médica.

Aunque la atención médica debe formar parte de las tareas de los docentes de medicina, ella no debe ser tan exhaustiva que agote todas o casi todas las posibilidades de la superación en el campo de la propia especialidad y de la adquisición de conocimiento pedagógico.

Nuestros docentes tienen una gran parte de su fondo de tiempo tomado en actividades de atención y de administración médica que no les permiten dedicarse al proceso docente-educativo y limitan sus posibilidades en la superación científica.

## 2.9 Cultura General

Aunque la cultura general es imprescindible en un buen docente para efectuar un buen proceso de enseñanza y educación, se tiene la impresión de que nuestros docentes cultivan poco las artes y las letras.

## 2.10 Labor administrativa

Siempre es necesario efectuar algún tipo de labor administrativa por los docentes. En nuestras condiciones actuales el tiempo administrativo del fondo de tiempo de nuestros docentes es bastante alto, lo cual conspira contra sus actividades docentes e investigativas.

## 2.11 Libros y folletos para los estudiantes

Son pocos los docentes que han podido escribir libros o folletos de texto.

## 2.12 Actitud de ánimo

Una gran parte de nuestros docentes se encuentra con gran pesimismo ya que no pueden ejercer su profesión debidamente, ni pueden ejecutar sus actividades docentes con la calidad que ello amerita.

#### 2.13 Tiempo dedicado a la investigación y a la docencia.

Como hemos venido señalando, el tiempo dedicado a estas tareas en la actualidad se encuentra muy afectado por tareas de atención médica y administrativas.

#### 2.14 Fondo de tiempo.

No existe fondo de tiempo científicamente establecido entre los docentes el área clínica. No se siguen las orientaciones del M.E.S. El tiempo dedicado a las actividades de atención y de administración médicas es muy elevado lo que merma considerablemente las actividades docentes y hace casi nulo el tiempo de investigación.

#### 2.15 Años de edad:

La población docente es una población vieja. El promedio de edad es de unos 50 años.

### **3. De la Base Material de Estudio**

#### 3.1 Victoria de Girón:

El desarrollo de los laboratorios no ha seguido ni con mucho al crecimiento de los alumnos. La relación docente-alumno es muy alta. Ha sido necesario poner a funcionar tres turnos de clases. El número de docentes no ha crecido. No se ha podido suplir esta deficiencia por medios técnicos. Todo esto disminuye sensiblemente la influencia del docente sobre el estudiante, lo cual es esencial para la modificación de los malos hábitos y la creación de los nuevos.

#### 3.2 Los Hospitales:

La base hospitalaria en el presente es muy grande. No puede decirse que nuestros hospitales, sobre todo, los clínico-quirúrgicos cumplieren en muchos aspectos las características indispensables para ser catalogados como tales. Un hospital docente debe tener características estructurales, organizativas, funcionales y de personal docente que no siempre se cumplen o se han cumplido; no solo en lo que se refiere a la enseñanza sino tampoco en lo que a una atención médica.

Ya el propio Comandante Fidel Castro se refirió a esto en su intervención en la Asamblea Provincial del PCC. No obstante, se pueden dar sobre el mismo tema algunos otros aspectos:

- La ausencia de un ambiente docente o científico-docente y más bien lo que impera es un ambiente práctico-asistencial.
- Las técnicas diagnósticas y terapéuticas se encuentran atrasadas y en gran medida las que se ejecutan no son enteramente confiables.
- Es difícil encontrar los enfermos que puedan servir como muestras para la enseñanza de la propedéutica clínica.
- Los medios técnicos de laboratorio que permiten la interpretación más acabada de los fundamentos de la fisiopatología que nos acercan a una medicina moderna no existen y no pueden, hasta el presente, utilizarse para la enseñanza aquellos que existen en los Institutos de investigación del MINSAP.
- La historia clínica no está presidida por un pensamiento científico explícito y se cae mucho en la conducta clínica basada en los análisis y los exámenes complementarios, contribuyendo a una enseñanza pragmática que recarga innecesariamente el gasto en análisis y terapéuticas innecesarias, que por otra parte, contribuyen a la iatrogenia médica.
- Los pases de visita ya no se efectúan con la regularidad y el rigor de los primeros tiempos y la discusión de enfermos, base clínica de la enseñanza médica, no se efectúa o se hace informalmente, todo lo cual redundaría en perjuicio de la enseñanza clínica.

### 3.3 De los Policlínicos

Con la salvedad de los llamados docentes, no reúnen las mejores condiciones para la conducción del proceso docente-educativo.

### 3.4 Medios audiovisuales:

Existen dificultades con los instrumentos de proyección, sean estos proyectores, epidiacopios o cámaras de proyección. No existe una base fílmica o de diapositivas que permitan suplir o acompañar la enseñanza teórica con eficiencia.

### 3.5 Literatura docente:

Falta de textos (1 x 3 o 5 alumnos) en varias materias. Llegada de los textos días antes del examen.

### **Estructura organizativa**

El Instituto Superior de Ciencias Médicas como institución a cargo de la enseñanza de los estudiantes de medicina, estomatología y de enfermería, está en precario. No cuenta como tal con la posibilidad de relacionar las tres actividades que son clásicas en la formación del médico, esto es, la docencia, la atención médica y la investigación.

Podemos decir que metodológicamente controla la enseñanza del estudiante de medicina, pero no la educación del postgrado con el cual no tiene ningún vínculo. Oficialmente no da opinión sobre la atención médica ni participa directa ni indirectamente del gobierno de la base material de estudios. Los Institutos de Investigación, contrario a lo que sucede en otros CES, se encuentran fuera del ISCM-H.

No obstante todo esto, son los docentes del ISCM-H los que cumplimentan todas estas tareas que hasta el presente le llegan al docente de forma incoordinada y no valoradas de acuerdo a su fondo de tiempo.

El ISCM-H en realidad solo tiene acción sobre Victoria de Girón y la Facultad de Estomatología. Su acción sobre las Facultades clínicas de medicina solo lo es en cuanto a los locales de estas. Así, el Decano no tiene influencia alguna sobre los hospitales y policlínicos en su región. Los Jefes de Departamento son meros nombres en papel, pues no cuentan con base de operaciones para su trabajo. La influencia de las Facultades en los hospitales y policlínicos casi no existe. El profesorado no lo siente como Institución jerarquizadora de su quehacer diario.

El ISCM-H no cuenta con su Partido<sup>3</sup>, ni con su Sindicato, ni con una Unión de Jóvenes Comunistas (UJC) para impulsar su trabajo. Las Facultades no tienen ni PCC, ni UJC, ni Sindicato, ni FEU para impulsar el cumplimiento de su plan de trabajo.

Dentro de este cuadro abigarrado es natural que sea casi imposible mantener la unidad de la educación y el sentimiento por parte de los docentes de pertenencia a una institución.

Algunos docentes se consideran como médicos que “dan algo” a la docencia pero no obstante su categoría docente no se sienten vinculados al ISCM-H o a sus Facultades. La autoridad del ISCM-H y de sus Facultades ha disminuido sensiblemente.

La puesta en marcha de un plan de trabajo único, en realidad no resuelve la problemática presente que exige una nueva estructura para un nuevo nivel de desarrollo y lo único que lograra será

---

<sup>3</sup> N. del E: se refiere a la organización de base del Partido Comunista de Cuba (PCC).

apaciguar por un tiempo las contradicciones naturales objetivas entre los tres pilares de la educación médica: la educación, la investigación y la atención médica.

#### **4. Del Plan de Estudios**

Desde el inicio de la Revolución hasta el presente se pueden diferenciar dos grandes periodos en el establecimiento de planes de estudio de medicina:

##### Primer periodo de 1959 a 1969:

Caracterizado por la búsqueda de un plan de estudios que llenando las necesidades de Salud Pública, fuera capaz de dar respuesta a la educación y a la investigación médica en la formación de los estudiantes de medicina. Esto no se logra cabalmente, ni en uno, ni en otro sentido, pero se dieron pasos efectivos en tal sentido. Se suceden 7 planes de estudio y varios o múltiples planes remediales.

##### Segundo periodo de 1970 a 1978:

En la búsqueda de soluciones docentes a los problemas de la práctica en educación médica se establece un nuevo plan de estudio basado en una concepción diferente a las existentes hasta el presente, de carácter integrado, muy flexible, capaz por otro lado de adaptarse a las necesidades de Salud Pública.

Consumió un periodo de 4 años para su implementación quedando al final algunos aspectos sin cumplimentarse. Al ponerse en práctica se resolvieron algunos de los problemas organizativos que venían padeciendo las Facultades desde años atrás y se presume que también algunos conceptuales en lo que a la formación del médico se refiere. Fue aprobado por los estudiantes en encuesta realizada al efecto. Recientemente, en 1977 se efectuó una encuesta entre los docentes que lo consideraron efectivo. Estuvieron de acuerdo y señalaron la necesidad de perfeccionarlo un 98% de los estudiantes.

Ha sido reconocido como una obra aceptable por organismos internacionales. A partir de 1973 sufrió algunas modificaciones que alteraron en algo su conformación:

##### Aspectos positivos:

- Adentró a los docentes al estudio de los problemas pedagógicos.
- Primer plan que se implanta teniendo en cuenta objetivos educacionales
- Integró y coordinó las diferentes materias, evitando las repeticiones y luchando contra el enciclopedismo.

- Limitó el poder absoluto de los departamentos y puso la educación de los estudiantes bajo los objetivos y las orientaciones de las Facultades.
- Permitió un control semanal de la educación medica
- Terminó con los días o semanas para las evaluaciones, haciéndose un examen integrado al final de cada unidad de conocimientos a las 48 horas de terminada la misma.
- Permitió el empleo de nuevas técnicas evaluativas
- Logró la cooperación de las diferentes disciplinas, terminando y derribando los muros que habitualmente las separaban.
- Luchó por dar a los estudiantes un sentido integral del hombre, en salud y enfermedad, a través de la Unidad “El hombre y su Medio”
- Amplió el tiempo del estudio de la psiquis del hombre y trató de integrarla a lo biológico y a lo social.
- Llevó al alumno al medio social del hombre sano y enfermo.
- Trató de egresar el médico que la Salud Publica necesitaba
- Trató de estimular el estudio activo
- Facilitó tiempo para las actividades investigativas

#### Dificultades:

- Se necesitaba un control permanente semanal para evitar irregularidades en la enseñanza
- No se cuenta con docentes integrados lo que impedía que la integración fuera todo lo profunda que se quería y se necesitaba recurrir a varios docentes a la vez
- La estructura de los hospitales no se adaptaba a la concepción del plan y era necesario realizar ajustes
- La masividad de estudiantes era un elemento que complicaba la ejecución.
- La falta de un docente con su fondo de tiempo invertido, esto es, más dedicado a la educación e investigación que a las tareas asistenciales y administrativas.

A partir de 1972 este plan de estudios comenzó a desarrollarse en todas las Facultades de Medicina del país. Los programas se encontraban sin modificaciones desde que se inició el Plan, debido a que no se pusieron en funcionamiento los comités verticales. Le faltaron los objetivos específicos de enseñanza.

Este Plan de Estudios nunca tuvo la anuencia en la Educación Superior debido a que no cumplimentaba las orientaciones metodológicas del MINED y también porque se tenía el criterio por algunos compañeros que en la integración existía algún problema de carácter ideológico, lo cual como es natural no se ajusta a la realidad y, tal vez, sea un acercamiento más natural y real a la enseñanza de los problemas de la vida.

### El M.E.S y un nuevo Plan de Estudios de Medicina:

Con el establecimiento del M.E.S se determinó en el país una nueva metodología que debían seguir los CES, adscriptos o no al M.E.S, para la confección de un plan de estudio.

En la Educación Medica Superior existían tres posibilidades:

#### 1. Dejar el plan de estudios, perfeccionarlo y terminarlo.

Esto no se ajustaba a las orientaciones del MES. Habría sido necesario pedir una dispensa. Las orientaciones metodológicas del MES siempre encontraban modificaciones en medicina. Existía ya esta modificación efectuada por la antigua Facultad de Medicina, pero los objetivos estaban establecidos por una terminología diferente después de dos años de trabajo.

#### 2. Hacer un nuevo Plan basado en la metodología del MES

2.1 Tomar un tiempo prudencial para su estudio e implantarlo en el curso siguiente (1979-1980)

2.2 Hacerlo con urgencia para aplicarlo en el próximo curso 1978-1979.

Se tomó esta última alternativa. Tiene esta medida algunas implicaciones importantes. En lo que a la confección se refiere:

El modelo del especialista (modelo Profesional) se ha diseñado con demasiada rapidez (1 semana) lo que ha determinado que los objetivos del especialista no se hayan podido desagregar convenientemente, dándose la posibilidad a los especialistas de sugerir y agregar cosas con libertad, tal y como sucedía con los planes anteriores.

El modelo de preparación del especialista se confeccionó en un período de 2 semanas y en él se vislumbran algunas de las dificultades de los planes realizados por asignaturas, lo cual será necesario eliminar.

El plan actual de estudio se ha implementado por nosotros en la República de Yemen y se está introduciendo por nuestros docentes, aunque no oficialmente, en Angola.

Los Departamentos de Ciencias Básicas de Victoria de Girón se verán sometidos al comenzar con el plan en el primer año, con cuatro planes: los dos de medicina, el de estomatología y el de enfermería.

Probablemente existan dificultades con los textos para el nuevo plan; pues es difícil que se puedan hacer los textos para el primer año e imprimirlos antes de comenzar el nuevo curso. Probablemente el nuevo plan tenga que estudiarse por los actuales textos.

Se perderá el control semanal e integral de la educación médica por parte del Instituto.

Al establecerse las evaluaciones por asignaturas es probable que disminuya la promoción. Uno de los logros del plan integrado fue el aumento de la promoción en todos los años.

Los modelos de Ciencias Básicas que se proyectan para las actuales y futuras Facultades de Medicina están basados en la concepción del plan actual y no del nuevo plan que aún no está terminado.

Consideramos que deben estudiarse bien las bondades del plan integrado y adaptar algunas de sus características por los beneficios que esto puede tener en la educación médica futura.

El bueno dejar aclarado que los problemas serios que hoy día se confrontan en la educación médica rebasan el marco del plan de estudio y están muy ligados a la base material de estudio, a la estructura organizativa de la educación médica superior y a la distribución de las actividades a desempeñar por el docente durante el periodo de su fondo de tiempo, sea este 8, 10 o 12 horas diarias. En las condiciones actuales es difícil que las Facultades y los docentes puedan cumplimentar en la medida conveniente las orientaciones metodológicas del MES.