

LA EDUCACIÓN EN EL TRABAJO COMO PRINCIPIO RECTOR DE LA EDUCACIÓN MÉDICA CUBANA.

Dr.Cs.Fidel Ilizástigui Dupuy.

Documento presentado en el Taller Nacional “Integración de la Universidad Médica a la organización de salud: su contribución al cambio y al desarrollo perspectivo”, organizado por el Ministerio de Salud Pública. Celebrado en la Ciudad de la Habana, del 3 al 6 de mayo de 1993. Material inédito en formato digital.

Introducción.

Los cambios revolucionarios acontecidos en la nación cubana; en 1959, precipitaron la caída de la dictadura y trajeron un nuevo orden económico social, más justo y más humano. Surgieron nuevas instituciones sociales, otras se transformaron y dejaron de existir aquellas que impedían u obstaculizaban las metas del programa social de la nueva sociedad en construcción. El aceleramiento, el bullir candente de los cambios fue la tónica del trabajo. Las viejas aspiraciones de objetivos inalcanzados hasta entonces, se fundieron y ligaron con nuevos propósitos y perspectivas para todos los institutos sociales del país.

La centenaria Universidad de la Habana no fue excepción en esos propósitos. Para los nuevos tiempos se necesitaba una nueva universidad más ligada a las necesidades del país y al progreso científico y educacional de la nueva época histórica: una universidad transformada por fuera y por dentro en su quehacer perspectivo y cotidiano.

La reforma universitaria y la conceptualización de la universalización de la universidad.

El 10 de febrero del presente año se cumplieron 31 años de la Reforma Universitaria (1) que caló profundo en el proyecto de una nueva universidad para los tiempos actuales. No obstante su proyección social quedó a la zaga de las necesidades sociales. El proceso de democratización, la formación diversificada de profesionales, la participación en la investigación y la ampliación en la matrícula no fueron medidas suficientes.

Su proyecto interno fue más revolucionario y muchos de sus propósitos aún no se han cumplido a cabalidad: abolir la memorización como sistema, modificar en los estudiantes el estilo de estudiar, considerar el maestro como guía, formar no sólo informar, enseñar a pensar, impartir clases activas y no pasivas, huir de las conferencias, afrontar problemas y resolverlos. Algo muy inteligente a destacar en la Reforma fue lo que se plasmó en la forma siguiente “La Reforma Universitaria no es un acabado definitivo, sino un proceso de continuas adaptaciones y reajustes en constante e incesante flujo en movimiento, que no se detiene jamás”.

La profundización y desarrollo de la Reforma como proceso y su concreción en la práctica ocurrió pocos años después (1964) en la conceptualización de la “universalización de la universidad” (2) y el conjunto de ideas nuevas de la cual fue portadora:

“Algún día todo el país será una inmensa universidad. Todos los trabajadores poseerán conocimientos técnicos, que llegue el día en que en todas las fabricas se estudie, llegue el día en que el estudio se convierta en una necesidad permanente de toda la vida como condición indispensable para el avance de cualquier país y elevación de la productividad del trabajo”. (1964).

“Los estudios universitarios ya no los harán en las universidades a las fábricas y convertir las fábricas en universidades.” (1971).

“Concepto de universalizaron de la universidad: llevar las universidades a las fábricas y convertir las fábricas en universidades”. (1971).

“Las universidades no pueden superar a una fábrica como centro de educación.”

“La educación debe ser la combinación del centro de trabajo y el centro de estudio; combinar las fábricas con las universidades y las universidades con las fábricas.” (1975).

“Una universidad no es una fábrica. El estudiante obrero no va a encontrarse allí. Es necesario que las fabricas y la universidad se encontraran para que la universidad aportar a las fábricas sus conocimientos técnicos, su intelecto y los centros de trabajo, las fábricas aportaran a la universidad su espíritu obrero “. (1967).

“La vieja concepción de la universidad tendrá que desaparecer, cuando las masas de estudiantes presionen la universidad tendrá que ser todo el país, cada fábrica en una universidad, cada granja es una universidad, cada unidad de producción en una universidad. “ (1968).

“De ahí nació el concepto de la universalización de la enseñanza; sacar las universidades de sus recintos donde viven – viven aisladas y llevar las universidades a las fábricas y convertir las fábricas en universidades.” (1972).

“¿Y acaso creen ustedes que una universidad puede superar a una fábrica como centro de educación? Una universidad podrá ser un magnifico centro de enseñanza teórica, incluso puede llegar a más (...) Una universidad puede tener laboratorios, centro de investigación. Pero una universidad nunca podrá educar a un hombre más que una fábrica. “

“Y bien expresadas las cosa, la educación debe ser la combinación del centro de trabajo y el centro de estudios. Combinar las fábricas con las universidades y las universidades con las fábricas. Hacer que todos los obreros se vuelvan estudiantes y hacer que todos los estudiantes se vuelvan obreros. ” (1971).

“Es que el concepto de universidad tiene que entrañar la investigación, pero no la investigación que se hace solamente en el aula, en el laboratorio; sino la investigación que hay que realizar a lo largo y ancho de la isla, la investigación que hay que realizar en la calle.” (1964).

Así la reforma superada por las ideas educacionales de Comandante Fidel Castro, con el estudio-trabajo como base, se convirtió en el pivote de toda la Educación cubana para porvenir.

La facultad de medicina de ayer y la universidad médica de hoy.

La facultad de medicina de los primeros tiempos revolucionarios participó activamente en el proceso de reforma universitaria y empezó a saldar tempranamente, no sin dificultades, cuentas con el pasado. Esta posibilidad se basó no sólo en el proceso revolucionario, sino también a la función del liderazgo educacional que han exhibido las facultades de medicina históricamente en el mundo. Ella también reclama el liderazgo científico y la primacía en la atención médica. Pero las facultades de medicina, son en general también conservadoras apegadas al pasado, reacias a los cambios.

La facultad de medicina enciclopedista, poseedora del más alto nivel académico en el país, con una concepción biomédica de la medicina, alejada de las necesidades de la población y apegada a las tradiciones educacionales necesitó de un tiempo de madurez para cambiar su derrotero e integrarse más al constituido Ministerio de la Salud, responsabilizando por la ley para garantizar la salud del pueblo, basado en una medicina social, higiénico–profiláctica.

Las facultades de medicina de ayer desarrollaron la educación a la cabecera del enfermo a un nivel aceptable; aunque para un grupo minoritario: alumnos internos de hospitales, alumnos externos de cátedra, médicos internos y residentes.

En tales circunstancias la facultad de medicina en etapas de armonía, contradicciones y conflictos participó en el proceso de descentralización de la educación médica en la ciudad de La Habana, así como en el resto del país (Plan Santiago, Cátedra Viajera); en la depuración profesoral; en la elaboración y aplicación del establecimiento del sistema de Residencias (comisión para la educación del interno y el residente en Ciencias Médicas, creación y dirección de la comisión científico técnica de los hospitales universitarios, reforma universitaria y plan de estudios de la reforma; creación y dirección de la comisión científico técnica de los hospitales universitarios, reforma universitaria y plan de estudios de la reforma; creación del Instituto de Ciencias Básicas y Pre clínicas "Victorias de Girón"; trabajos productivos, creación de las becas universitarias; milicias universitarias, y el PCC en la Universidad de la Habana; atención médica a la población por la acción directa de sus profesores; en la formación ampliada de médicos; y en la creación de los institutos de investigación de Salud Pública. En forma indirecta en los trabajos de los grupos de especialidades del MINSAP y de las Sociedades científicas, así como multiplicidad de comisiones creadas de 1959 a 1976.

En su interior la facultad de medicina abordó tareas más directamente relacionadas con el proceso docente educativo, con la cooperación de las instituciones de salud del país.

- Cogobierno de la facultad de medicina
- Cambio de nombre
- Ingreso en la facultad de medicina
- Estructura departamental
- Métodos de enseñanza
- Enseñanza a la Cabecera Del Enfermo (ECDE) para las grandes clínicas.
- Libros de texto (redacción de).
- Tipo de medico a egresar
- Diseño curricular:
 - o Plan de estudios de intensificación

- Plan de estudios de 1965
 - Plan de estudios integrado de carácter innovador que educó al profesorado en las nuevas concepciones educacionales.
-
- El biociclato¹ para la formación de alumnos en ciencias básicas.
 - La formación de los grupos científicos estudiantiles.
 - La utilización de la comunidad y del policlínico en la formación de los estudiantes de medicina.
 - El proyecto de conceptualización de la educación médica.
 - El mantenimiento sin paro alguno de la facultad de medicina al quedarse 14 docentes.
 - La creación del concepto hospital–escuela.
 - Nuevos métodos de enseñanza y de evaluación del aprendizaje.

A partir de 1976 la facultad de medicina se integra a la organización de Salud Pública (Institutos Superiores de Ciencias Médicas) como una verdadera universidad médica. Esta integración se realiza cuando las condiciones se encontraron maduras, lo que posibilitó una cooperación mayor entre las estructuras y las funciones de la ciencia, la educación y la atención médica en salud. Desde esa fecha nuevas tareas se han afrontado por la Salud Pública con la presencia constante en la idea y la acción de la universidad médica.

Como se expresó en la UDUAL, (3) la universidad médica en Cuba no necesita ser, como un elemento ajeno a ésta, la conciencia en la búsqueda de objetivos comunes estratégicos y tácticos de acción como ha sucedido con el Programa de Objetivos, Propósitos y Directrices de la Salud pública para el año 2000.

Los éxitos en salud pública son indiscutibles y numerosos, los educadores médicos los sienten como suyos, pues no existen tareas de carácter trascendente de la organización en que la universidad médica no se sienta autora y no haya participado en beneficio de la salud del pueblo cubano.

La Revolución Científico Técnica y la integración docente-asistencial investigativa.

Desde hace unos 50 años se produce a un ritmo acelerado un aumento vertiginoso de conocimientos, cuya tasa de caducidad es muy alta, sin poder precisar con certidumbre el tiempo de perdurabilidad de cada uno de ellos. Los cambios tecnológicos marchan a igual ritmo, todo lo cual se conoce con el nombre de Revolución Científico Técnica (RCT).

El impacto de la RCT, afecta todo el panorama de la vida actual, desde nuestros sentimientos, pasando por las modas, hasta las grandes concepciones de nuestra propia sociedad.

- Una primera consecuencia de la RCT para la Salud Pública es la peculiaridad que ella posee de búsqueda de un acercamiento de las estructuras y funciones que durante años se mantuvieron un tanto alejadas o con interacciones esporádicas e infrecuentes. La integración de la docencia, asistencia e investigación (IDA) es *precisamente la tendencia más elocuente de la RCT en el sector de la Salud.*

¹ N. del Editor: Biociclato se refiere al ciclo de ciencias básicas biomédicas descrito recomendado por Abraham Flexner quien dejó claramente establecida la importancia y necesidad de las mismas como parte del currículo de los estudios médicos.

La IDAI ha sido interpretada de varias maneras, pero para mí es una organización estructural funcional, sistémica que permite la interrelación intersectorial, inter-estructural e interdisciplinaria a fin de identificar, explicar y resolver problemas de salud ambiental, familiar, colectiva e individual. Se expresa, por tanto, a todos los niveles e instituciones de salud de los profesionales de la salud u de los propios estudiantes. No significa por tanto un proceso de fusión del trípode investigación, docencia y atención médica, sino de **una penetración** entre ellas.

Un centro médico universitario, que expresara esta relación a nivel provisional, podría participar como unidad monolítica de mayor amplitud; y un programa por matrices, haría más factible la integración de la IDAI que otro programa concebido por direcciones especializadas.

- La RCT ha permitido y ha hecho posible en la época presente, lo que parecía inconcebible en épocas anteriores, la explicación del fenómeno biológico por intermedio de la física y de la química reforzando la concepción de la medicina como ciencia biomédica, con el desplazo de la enfermedad, de sus aspectos sociales y psicológicos, convirtiéndola en mera lesión (nueva connotación de la patología) haciendo la práctica médica, reduccionista, fragmentada, dualista y poco humana.

La concepción integral de la medicina ha recibido un duro golpe y necesita no sólo defensa de su postulado biológico, psicológico, social, sino pruebas de su valor práctico bienhechor.

Son los generalistas y especialmente los médicos generales integrales los más apropiados para darle fundamento científico y credibilidad a esta concepción.

- La RCT exhibe otra peculiaridad al crear una nueva cultura en nuestro tiempo. La cultura del abordaje y metodología científica de todos los fenómenos de la sociedad, la naturaleza y el pensamiento humano. Esto no excluye, claro está, los fenómenos prácticos y técnicos de la vida, incluyendo el diseño curricular como disciplina científica.

El progreso actual de las ciencias, se expresa además por el aumento de las disciplinas científicas no sólo por el método de la división constante sino, y es lo más novedoso, por el del acoplamiento y síntesis de conocimientos no relacionados hasta entonces: cibernética. La posibilidad de relacionar conocimientos (interdisciplinariedad) es un método necesario e imprescindible de la época contemporánea.

El estudio – trabajo en la educación médica

En el desarrollo histórico de la medicina, la importancia y papel que la ciencia médica y la práctica profesional ha jugado en la formación de los médicos, ha dependido del desarrollo alcanzado por las ciencias médicas, la valoración social del trabajo físico y la valoración pedagógica en cada etapa histórica.

Un largo periodo, no siempre bien conocido, caracteriza esta evolución. Tres momentos son identificables con cierta nitidez, pero matizados de variaciones imposibles de describir ahora por la naturaleza de este trabajo. (4-5)

En la sociedad primitiva en sus primeros tiempos, el hombre estaba sumergido, con sus conocimientos (conceptos, imágenes) como parte indisoluble de la naturaleza, por lo que le era imposible distinguir éstos de lo que ellos representaban. Al no existir una actividad cognoscitiva independiente era imposible enseñarla. En tales circunstancias no podía existir separación entre la enseñanza, que como práctica devino posteriormente, y la práctica médica curativa no organizada, accidental, en la atención de enfermeros y traumatizados.

Los oficios y el conocimiento empírico- espontáneo, aparecen al final de la sociedad esclavista y se consolidan en los regímenes posteriores hasta la aparición del conocimiento científico en el siglo XVIII. El conocimiento empírico como parte de la ciencia, nace junto al proceso de la actividad del hombre en la actividad de éste, en la transformación de los objetos, sin devenir aún en una forma de actividad para producir conocimiento. Su valor fue y será indispensable en la producción social, aunque el conocimiento científico lo complementará y superará a partir del siglo XVIII. El conocimiento empírico espontáneo creció con el tiempo en relación con el proceso de la enfermedad y su curación, a lo cual se ligaron hipótesis e interpretaciones atrevidas, pero aún imposibles de comprobar, muchas de ellas falsas e imaginativas del proceso salud-enfermedad.

Al principio la enseñanza médica como oficio se efectuaba en el seno familiar, de padre a hijo, o de padre a un elegido de forma oral. Posteriormente los Asclepiades² y las consultas jugaron un papel en la formación práctica de los médicos. Con el tiempo, al aumentar el conocimiento médico este era muy grande para retenerlo en la memoria y, al aparecer la escritura, la enseñanza se hizo más sistemática y surgieron las escuelas médicas.

¿Que enseñar, teoría o práctica? En Grecia hubo disputas sobre el particular. Las escuelas médicas en general se nutrían de una teoría especulativa, en tanto la de Hipócrates y otras similares preparaban a los médicos (casos semejantes existían para otros países del Oriente) a la manera de los aprendices artesanos.

Si tenemos en cuenta que el conocimiento empírico tenía más validez y fuerza que las teorías especulativas, no sancionadas por ciencias y elaboradas especulativamente por médicos, a veces no prácticos y filósofos, elegidos de Dios, nos explicaremos por que la práctica médica cobró más carta de ciudadanía que la teoría en la formación de los médicos de esa época.

La tradición hipocrática de la formación de los estudiantes a la cabecera del enfermo (FCE) se perdió con la caída del Imperio Romano; pero en su parte oriental (Imperio Bizantino) esta práctica y toda la cultura griega se atesoró y floreció. Así en Bizancio, en el siglo IX se

² N. del Editor: Los Asclepiades, descendientes de Asclepios, ejercieron la medicina transmitiendo sus conocimientos de padres a hijos; pero luego tuvieron necesidad de adoptar jóvenes extraños a fin de educarlos y hacerlos depositarios de la ciencia de curar, a los cuales obligaban a prestar juramento. También se conocen como Asclepiades los 320 santuarios dedicados a Asclepios que había en el Peloponeso griego. Además de funcionar para rendir culto eran, al mismo tiempo, templos, hospitales y escuelas de medicina.

organizó una escuela superior médica, donde la preparación de los médicos pasó a tener el carácter de artesanía individual. En los califatos árabes (Bagdad y Córdoba) y los pueblos del Asia Central (Avicena) se mantuvo una política similar.

En la época feudal, especialmente en la primera etapa, llamada medicina monástica o libresca, la formación de la medicina se caracterizó por el abandono de la enseñanza práctica a la cabecera del enfermo.

La principal tarea de los hombres de ciencia era confirmar la justeza de las doctrinas de los prestigiosos conocidos de la rama correspondiente de la ciencia y efectuar comentarios sobre sus obras.

El papel e ingenio del profesor medieval consistía ante todo en su condición y el arte de confirmar cada tesis, con una tesis tomada de algún sabio reconocido dicha de memoria. La ciencia médica iba de brazo y bajo el dogma de la escolástica. Las obras empleadas eran especialmente las de Hipócrates, Galeno y Avicena, despojadas de todo lo progresivo y puestas al servicio de la iglesia y su doctrina.

Los estudiantes aprendían de memoria los textos médicos antiguos y las disputas verbales sobre su contenido, recibiendo previamente una clase teórica leída por el profesor: Conferencia.

Para la enseñanza de la medicina teórica no había lugar para las observaciones, el entrenamiento clínico y la comprensión de los procesos reales que transcurrían en el organismo. La enseñanza médica era verbalista, enciclopédica, memorista, pasiva y poco práctica.

Para esta etapa hubo evidentemente un predominio de la enseñanza teórica sobre las actividades prácticas. Esta última consistente en lavativas, purgantes y sangrías. Más prestigio le fue asignado al discurso dialéctico y a los sutiles y rebuscados argumentos sobre los principios médicos que los que se le daba a la explicación práctica de esos principios, todo lo cual habría de reflejarse en la enseñanza de los médicos.

La aparición de las universidades en la Europa Occidental a partir del siglo XI, como uniones particulares de profesores y estudiantes, era parecida hasta cierto punto, a los gremios de artesanos. Entre ellas se destacaron la de Salerno, la primera (XI), la de París (XII), la de Boloña (XII), Oxford (XII), Cambridge (XIII), Padua (XIII) y Praga (XIV).

La construcción de instituciones para el cuidado médico en el sistema feudal europeo, como xenodocias y hospicios verdaderos, centros para moribundos y pobres, estaban ligadas a las órdenes religiosas en el período de la medicina monástica. Estas instituciones no tenían ningún tipo de relación orgánica con las escuelas médicas en la formación de los médicos.

La primera reacción contra la enseñanza escolástica de la medicina partió del monje Dungal (siglo IX); él dispuso que la medicina fuera enseñada en el xenodocio³ del

³ N. del editor: Xenodocio o Xenodochium eran las habitaciones de un monasterio en las que se alojaban temporalmente a visitantes o peregrinos.

convento, pero tal innovación de rescate en la formación práctica de los futuros médicos, solo duró durante su vida.

El reinicio en Europa de la instrucción práctica de la medicina a lo hipocrático no tuvo lugar hasta el siglo XV por el monje Giovanni Battista de Monte (1498-1552) en Padua. El daba lecciones en los pasillos del hospital haciendo que los estudiantes examinaran a cada paciente, con la incomprensión y protesta de parte del personal hospitalario.

La vuelta a la enseñanza práctica de la medicina, con la observación de los sanos, enfermos, moribundos y muertos, tuvo apologistas de gran valor y talla intelectual, sobre todo a partir de la época del renacimiento con el encuentro de la antigua cultura helenista y una visión más experimental y menos dogmática del estudio de la naturaleza y el inicio del desarrollo del conocimiento científico superior, como resultado de la actividad cognoscitiva organizada (investigación creativa) en la producción de nuevos conocimientos: Ciencia.

Entre esas figuras, algunos médicos, otros filósofos y pedagogos, se destacan: Tomas Moro (1478-1535); el que por primera vez planteó la idea de la unión del trabajo con la enseñanza teórica. Montano de Papua (1489-1552), Heurne (1543-1601), Francisco Bacon (1561-1626), Sylvius(1614-1672), Sydenham, H. Boerhave (1668-1738), Georgeo Baglieve (1668-1706).

Las Facultades de Medicina medievales independientes o pertenecientes a algunas universidades habiendo basado su enseñanza en la escolástica, en los libros, estuvieron por muchos siglos apartados de la enseñanza práctica de la medicina.

Los egresados hasta entonces y un poco después de las escuelas de medicina ante el desconocimiento de la experiencia práctica de esta ciencia, se veían en la imperiosa necesidad de buscar a un médico práctico solitario o bien que trabajara en un hospital, bajo cuya guía y con el resarcimiento económico correspondiente, llenara el bache práctico de su formación médica.

El desarrollo de la FCE, se inició a lo hipocrático especialmente en las escuelas de Salerno y de Papua y tiene su mayor desarrollo entre los siglos XVII y XVIII en los Países Bajos en la Universidad de Leyden. Esta influencia se hizo sentir en otros países del continente, llegando hasta Rusia, donde se hizo obligatorio “curar y enseñar a los estudiantes” (1682) bajo las predicas de Nicolás Bidloo.

El regreso a la enseñanza de la medicina bajo el legado hipocrático fue la respuesta natural a una medicina teórica, escolástica, imaginativa, alejada de la práctica empirista, más real, eficiente y activa. Al igual que sucedió en la sociedad esclavista, hubo dos tipos de médicos: los teoristas y los practicantes; y los que trataban de fundir ambas actividades médicas.

Para el siglo XVIII, dos tipos de facultad de medicina surgieron en la enseñanza médica, aquellas que como escuelas de un hospital (Rusia, Inglaterra) se privilegiaba la Enseñanza a la Cabecera del Enfermo (ECDE); impartiendo las disciplinas clínicas en las secciones del hospital. En Rusia, los estudiantes no sólo estudiaban por los libros, sino que trabajaban en el hospital, atendían enfermos, ayudaban a poner vendajes, trabajaban en la farmacia y en la huerta farmacéutica, cultivando plantas medicinales, y asistían a las autopsias. El sistema duró 80 años y fue sustituido por la creación de la Facultad de Medicina con la división europea de las clínicas universitarias.

En Francia para los finales del siglo XVIII y comienzo del XIX, se crearon las escuelas de medicina adjuntas a los grandes hospitales para enseñar a los estudiantes FCE y prepararlos así para que supieran no solo “brillar en las disputas verbales, sino curar también”. (Cabanis).

Con el desarrollo del capitalismo, la medicina como ciencia y técnica y la escolástica en retirada, así como la creación de los hospitales, fue necesario organizar apropiadamente la enseñanza de la medicina proporcionando la teoría y la práctica médica, necesarias para la formación de los médicos. Tres variantes principales surgieron en Europa, con ramificaciones en otros países. (6)

- El método inglés, que separaba la ciencia médica en los dos primeros años y después de los cuales el estudiante ingresaba al hospital, verdadera institución de enseñanza, donde el estudiante aprendía la clínica y estaba en relación inmediata y responsable con el paciente. Todos los estudiantes recibían enseñanza y tienen igual oportunidad al terminar sus estudios, los egresados de más alta calificación recibían nombramientos de un año o casualmente más como médico asistente de casas.
- En el método Francés es difícil poder distinguir la parte jugada por la Facultad y la parte jugada por el hospital francés, independientemente de la Facultad de Medicina.

La instrucción clínica del estudiante francés comenzaba desde su entrada a la facultad, pasando por una serie de estancias, hasta el final de la carrera. Las mañanas en el hospital y las tardes en la facultad. Práctica y teoría separadas verticalmente – la instrucción clínica deficiente en el primer año, se hacía más práctica, organizada y estimulante a partir del 2do año. Se aprendía la medicina práctica especialmente por el método natural. Se dividían a los estacionarios en dos grupos, los oficiales (internos) y los no oficiales (externos). Los primeros tendrían más posibilidades que los externos.

- En el método alemán, el estudiante recibía en los primeros años las ciencias teóricas. Al iniciar el entrenamiento clínico pasaba por verdaderos institutos clínicos de medicina, donde se le enseñaba la medicina en forma de patología y fisiopatología de muy alto nivel, así como las concepciones teóricas de la medicina.

Recibían poca enseñanza práctica. El fámulo o criado (alumno prácticamente) se dividían en oficiales y no oficiales y su aprendizaje dependía de su propia habilidad e iniciativa para relacionarse y hacerse útil en los servicios. El entrenamiento clínico especial era solo alcanzable para un grupo de egresados seleccionados.

La educación de los médicos en Estados Unidos de Norteamérica (7) durante los siglos XVII y XVIII exhibía tres alternativas: (1) viajar a Europa para estudiar en una escuela de medicina u hospital; (2) convertirse formalmente en un aprendiz con un médico dedicado a entrenar estudiantes, llamado preceptor; o (3) aprender la profesión por algún camino menos formal.

Debido a que no existían restricciones al derecho para practicar medicina, lo que se extendió hasta muy tarde en el siglo XIX, un aspirante a médico podía escoger qué método seguir o a cual adherirse según sus posibilidades. La gran mayoría de los médicos no poseían un entrenamiento formal y probablemente entraban a estudiar medicinas procedentes de otras ocupaciones. El sistema de aprendiz clínico se hizo popular después de 1750; cuando el sistema se desarrolló, se hizo más estandarizado en forma y contenido. El aprendiz realizaba mucho trabajo rutinario para los médicos, incluyendo preparación de drogas, actuaban como enfermeros, limpiaban la oficina y el establo y se hacían útiles alrededor de la oficina del médico y su casa.

El sistema era muy débil entonces para aprender medicina y el sistema privado y preceptoril del aprendizaje debió ser superado.

Médicos que habían estudiado en Europa comenzaron a organizar escuelas médicas desde la mitad del siglo XVIII (la escuela médica de un solo hombre).

Se pasó entonces a las escuelas médicas con un currículo más desarrollado. Las escuelas médicas recibieron la denominación de Institutos de Medicina. Todos los cursos clínicos fueron enseñados con conferencias fisiopatológicos, más teóricas que por observaciones vivas, pues veían pocos pacientes. Más teoría que práctica. Cómo hacían: utilizar un paciente en la clase procedente de clínicas y dispensarios.

Pocas facultades construyeron sus propios hospitales. Los pases de visita consistían en una invitación a los estudiantes a acompañar al profesor en sus recorridos matutinos.

La poca satisfacción de los estudiantes con la instrucción en las escuelas médicas de 1825-1860 los llevó a paliar esta situación por tres caminos diferentes fuera de la escuela:

- Sistema de aprendizaje clínico.
- Cursos privados.
- Enseñanza en hospitales y dispensarios.
- Disputa con los administradores de los hospitales.

De 1860-1900, la educación médica en las clínicas se hizo más popular y sistematizada, pero sin obligaciones. Al competir con las obligaciones de las salas en el hospital, se hacían los pases de visita en los dispensarios.

William Osler por entonces señaló: "(...) sacar a los estudiantes de las aulas y anfiteatros y llevarlos a las salas hospitalarias. Aquí el estudiante podrá educarse, lo cual comienza con el paciente, continua con el paciente y termina con el paciente", usando libros, conferencias como instrumentos, como medio de un fin. En 1890 se le da responsabilidad al estudiante en el cuidado del paciente.

Las escuelas médicas en Estados Unidos de Norteamérica desde sus primeros tiempos reconocieron la importancia de la enseñanza al lado de la cabecera del paciente, así como la necesidad de facilidades hospitalarias para la enseñanza. Este proceso se inició con la creación de la primera Escuela de Medicina en la colonia norteamericana de Pensilvania (1765) pero no fue hasta 1770 en la universidad de Columbia donde Samuel Bard hizo todo lo posible y consiguió el hospital de New Cork (1773).

Este proceso fue difícil y largo, aunque no tanto como el europeo. La reforma cabal de la educación médica se inicia a comienzos del siglo XX, en el cual juega un papel destacado el informe Flexner (1910) que habría de poner orden en las innumerables escuelas pobremente organizadas y sin calidad académica.

A partir de entonces se establecieron algunas directrices:

- La Facultad de Medicina debían formar parte de una institución universitaria.
- Debían estar relacionadas o poseer instalaciones médicas que permitieran la enseñanza práctica de la medicina.
- Se organiza el sistema de aprendizaje clínico.
- Debían existir 2 años de Ciencias Básicas antes del entrenamiento clínico.
- Al egresar el estudiante debía cursar un año de actividades prácticas (Internado Rotatorio).
- Otras.

Con las nuevas necesidades sanitarias de la población y la aparición de nuevas concepciones médicas, pasaron a formar parte de las universidades o se utilizaron instituciones médico sanitarias comunitarias (centros de salud, comunidad) para formar parte del sistema de postas o estancias para el aprendizaje clínico. Este aprendizaje se hizo más sistemático y mejor organizado y la introducción de una fundamentación pedagógica no se hizo esperar.

En Cuba, la enseñanza práctica de la medicina al estilo hipocrático apareció tardíamente en la educación médica, de forma universal para todos los estudiantes, después del triunfo revolucionario de 1959.

Durante siglos la enseñanza de la medicina siguió los vaivenes de la metrópoli retrasada en la adopción de las innovaciones existentes en el resto de Europa.

La enseñanza práctica de la medicina era deficiente. Algunas prácticas esporádicas, como visitas a los hospitales y clases demostrativas y prácticas docentes se establecieron con el correr de los años.

Un paso positivo en este sentido fue la utilización del Dispensario Tamayo (8) en la enseñanza de la clínica especialmente en Medicina Interna, a lo cual se añadió posteriormente la asistencia a domicilio de determinados enfermos por parte de los estudiantes, bajo la inmediata dirección y vigilancia del profesor.

Una enseñanza práctica más sistematizada y eficiente apareció en el Hospital Calixto García, como hospital universitario a partir principalmente de la implantación del plan de estudio de 1944.

Esta enseñanza era privativa como actividad no oficial, para un conjunto pequeño de estudiantes, seleccionados por los jefes de Cátedras para que trabajaran en los servicios clínicos de sus cátedras. La responsabilidad de esta ECDE se hacía con mayor responsabilidad oficial cuando se actuaba en el servicio de la cátedra como alumno interno. Bajo el principio de la educación y el trabajo se formaban los internos y los residentes. Esta enseñanza clínica era rígida, firme, responsable y eficiente.

Ella comprendía:

- La responsabilidad total con varios pacientes dentro y fuera del servicio hasta su muerte y realización de la necropsia.
- Participación en el pase diario de visita.
- Asistencia a las clases demostrativas. Asistencia a las conferencias.
- Presentación y discusión de pacientes.
- Autoestudio.
- Otras actividades.

Los alumnos que no alcanzaban el status de interno, podían aprender la clínica, convirtiéndose en “aretas” de algún interno o residente; bien antes o después de egresado, trabajar con algún médico práctico en casa de socorro, hospitales estatales o clínicas privadas. Masa de estudiantes se graduaban sin ninguna experiencia clínica.

Con la reforma universitaria de 1962, (1) las estancias clínicas se establecieron para todos los estudiantes en las grandes clínicas y se creó un año más, el 6to, al final de la carrera como el Internado Rotatorio a fin de que todos los estudiantes lograran la práctica médica que les permitiera al egresado ser eficientes en su actuación como médico. Esta decisión constituyó, sin lugar a dudas, una de las decisiones más fructífera y plausible en la educación médica cubana.

Con el plan integrado (9) se logró ampliar las estancias a sub estancias a todas las especialidades clínicas. El regreso de la FCE a sólo las grandes estancias clínicas se produjo con el plan de estudio de 1977, que sustituyó al Plan Integrado. Con la elaboración del nuevo plan de estudio de 1984 (10) se establecieron las estancias en toda el área clínico epidemiológica, incluidas la Medicina Militar, los tiempos electivos y del grupo de las asignaturas llamadas socio-médicas: Epidemiología-higiene, Administración de Salud y Medicina General Integral.

Después de este amplio recorrido en la historia se ve claro que a los educadores médicos, personalidades políticas y administradores de salud del mundo, se les hizo consciente la necesidad imperiosa de la práctica médica en la formación de médicos y de los profesionales de la salud; y por qué no para los estudiantes de todos los niveles de la enseñanza, incluyendo los de las otras profesiones universitarias no médicas.

No obstante, si se me permite una reflexión, señalaría que hoy como ayer, pero por razones diferentes, se impone un nuevo llamado en la educación médica para que los médicos y otros profesionales de la salud, regresen a cumplir el legado hipocrático de la educación a la cabecera del enfermo. Ayer fue necesario porque había poca ciencia; hoy ese llamado se hace necesario, por lo opuesto, porque existe demasiada ciencia.

A pesar de la presencia de los estudiantes en los servicios, la enseñanza clínica se encuentra nuevamente alejada del paciente. El contacto con el paciente es pobre, limitado, superficial. El hombre se le pierde al estudiante en los cuartos de reuniones de los hospitales en discusiones, cifras, datos, gráficas, parámetros y análisis fisiopatológicos. El estudiante se relaciona poco con el paciente, oye poco, palpa y percute poco, desconoce el mundo interior del paciente, el cual se convierte en un individuo, en una cosa. La ciencia no puede ni debe estar reñida con lo humano, no es el hombre para la ciencia, sino ésta al servicio de aquél. Esta complementariedad es urgente y necesaria ser atendida de

inmediato. Un llamado más general sería el regreso a la educación de los médicos junto al problema o la situación a resolver.

La dimensión académica de la práctica médica y el diseño curricular.

En la década de los 80 la educación médica se encontró frente al reto de formar un médico de perfil amplio que llenara las demandas y necesidades médico –sanitarias y sociales de la población con capacidad para actuar y con los conocimientos que le permitieran como antesala arribar al Médico General Integral como especialista.

Al abordar esta tarea nos dimos cuenta que la práctica médica y el trabajo médico forman parte reconocida, sin discusión, para alcanzar por el estudiante el dominio de las habilidades, y poseen una significación importante en la formación de la personalidad del estudiante, reflejándose a su vez en todas las fases por la cual se debe pasar el diseño curricular. No obstante, la práctica médica preventivo-curativa no se considera aún con categoría suficiente por las universidades para poseer dimensión académica como para formar parte de la misión de una universidad.

Considero que, por lo anteriormente señalado del proceso integrador de la RCT de las tres funciones básicas de la IDAI: atención médica, investigación y docencia, todas deben poseer la misma dimensión académica y no solamente las dos últimas. Las facultades de medicina no están solamente para educar profesionales y producir conocimientos, sino también para brindar atención médica de calidad.

Entre las misiones de una universidad médica debe quedar explícitamente para el futuro, su responsabilidad con la salud del pueblo, al formar profesionales, brindar atención de salud y producir conocimientos entre otras; solo así el trabajo ganará la magnificencia que posee en la educación del hombre.

Al elaborar y diseñar un plan de estudio desde esa óptica, encontraremos la práctica y el trabajo médico en los siguientes eslabones:

- La elaboración de un plan de estudios debe partir no sólo de las disciplinas científicas, sino de las funciones, tareas y actividades que el egresado realiza en su puesto de trabajo o de los principales problemas que debe resolver en su práctica médica y de las necesidades médico-sanitarias y sociales de la población que atiende.
- Los objetivos instructivos generales, particulares y específicos, partirán del análisis de lo que el profesional realmente hace en su actividad práctica, de los conocimientos que debe poseer para ahora y para el futuro extrapolándolos al campo de la pedagogía, para su función de categoría principal.

El objetivo pedagógico no puede salir de la nada, sino del propio trabajo que el egresado cumple actualmente y del que podrá cumplir en el futuro. Objetivo y contenido son un par dialéctico con influencias recíprocas; pero lo primero es la práctica y su contenido y lo derivado, el objetivo pedagógico: extrapolado.

- Las formas organizativas de la docencia en el sector de la medicina, rebasan el campo de las tradicionales, sobre todo en el área de trabajo médicos son más bien las

formas organizativas de la atención médica extrapoladas al campo pedagógico, las que poseen mayor significación: pase de visita, discusión y presentación de enfermos y otras.

- La enseñanza de la medicina por métodos pasivos: conferencias, activos, (seminarios), siempre tendrán menor valor que el aprendizaje basado en problemas a partir de la propia realidad y el trabajo práctico.
- Los textos son importantes en la Educación Médica, pero no pueden sustituir la realidad misma. De ella al texto, de éste a la realidad es la mejor forma de educar a los médicos y profesionales de la salud.
- El auto-estudio y el trabajo independiente son esenciales para formar al egresado, pero su desiderátum se alcanza cuando se encuentra motivado para realizar una tarea práctica surgida en el trabajo.
- La evaluación de la capacidad de un médico al salir de una estancia se determina mejor por la evaluación de su capacitación o su desempeño profesional frente a uno o varios problemas de salud de la práctica médica, que por respuestas aisladas o preguntas sueltas.
- Las unidades curriculares no deben establecerse exclusivamente a partir de las disciplinas, sino las necesidades de la práctica médica o disciplina organizativa. Como la educación y el trabajo forman también un par dialéctico con influencias recíprocas, lo anterior no niega, sino presupone influencias recíprocas, lo anterior no niega, sino presupone que la actividad de estudio, debe reforzar, ayudar o consolidar, y orientar de forma perspectiva, en determinadas circunstancias, las debilidades de la práctica misma, pero nunca, en ningún caso sustituirlas.

Los principios básicos a cumplir en el Nuevo Plan de Estudios de Medicina.

Los principios básicos a llenar por un plan de estudios varían según latitudes, países y universidades. En el nuevo plan de estudios se establecieron, entre otros, los siguientes:

- Contribuir a la formación de la personalidad socialista de los estudiantes.
- Promover la concepción integral, no biomédica de la medicina.
- Realizar integraciones y coordinaciones verticales y horizontales en el diseño.
- Darle espacio apropiado en el diseño a las ciencias socio médicas y a la práctica de la APS.
- Establecer las estancias para todas las unidades curriculares del área clínico-epidemiológica.
- Establecer tiempos electivos.
- Introducir el método de solución de problemas en todas las unidades curriculares del área clínico-epidemiológica.
- Introducir el método de solución de problemas en todas las unidades curriculares de la carrera.
- Exigir el dominio de la práctica médica para poder concurrir el estudiante a la evaluación teórica.
- Promover el auto aprendizaje y el trabajo independiente.

- Estimular el enfoque integral de cada persona, sana o enferma y evaluar los aspectos promocionales, profilácticos, curativos y de rehabilitación.
- Contribuir a las defensas del país.
- Enseñar a los estudiantes a pensar y a aplicar la metodología científica.
- Estimular la cultura física y la práctica de los ejercicios y el deporte.
- Promover la participación de los estudiantes en actividades culturales, político-ideológicas y de extensión comunitaria.

El estudio-trabajo

El estudio trabajo se enarboló como principio rector de la educación cubana con el triunfo de la revolución de 1959, basado en los postulados de José Martí, el maestro de nuestra independencia y nacionalidad, de la tradición Marxista-leninista de la educación para la nueva sociedad en construcción y de la concepción de la dirección revolucionaria del país, lo cual permitió que se concretara y plasmara en la práctica en todos los niveles, incluyendo la educación universitaria, a lo largo y ancho del país.

La conceptualización de la universalización de la universidad en la década del 70, encontró en Ciencias Médicas el terreno abonado por las tradiciones del papel de la práctica médica en medicina y permitió en el ejercicio de esta práctica hacer palpable y estructuralmente ostensible las ideas de muchos pedagógicos y filósofos: Rousseau, Sepelletier, Pestalozzi, R. Avena, Marx, Engels y otros.

La educación en el trabajo es la conceptualización médica del principio rector del estudio-trabajo. Es sombrilla obligada que debe cubrir prioritariamente todos los principios señalados anteriormente en la elaboración del Nuevo Plan de Estudios (NPE) de Medicina de todos los profesionales de la salud en todos los niveles de su educación: esto es, pregrado, postgrado y educación permanente.

El estudio-trabajo y la educación en el trabajo.

Un principio por muy justo que sea, para que sea eficiente y se convierta en fuerza de desarrollo debe ser bien conceptualizado, analizado en sus componentes, estructurado, organizado, enseñado y aprendido para que actúe en los estudiantes como divisa permanente de acción.

En medicina se ha estructurado este principio bajo el lema “el trabajo es el mejor pedagogo de la juventud”, en una categoría principal, denominada educación en el trabajo. ¿Qué es y qué significa? ¿En qué se diferencia de términos parecidos?

Por educación en el trabajo se entiende la formación y educación, especialmente en el área clínico-epidemiológica de los estudiantes **a partir de la práctica médica y el trabajo médico y social como fuente de aprendizaje y educación complementada de actividades de estudio congruentes con esa práctica** para la comprensión total de la sociedad, la filosofía que la sustenta y de su profesión o especialidad médica.

El trabajo en el proceso docente debe estar orgánicamente acoplado y orientado con la educación hacia un mismo fin. Si están separados en el tiempo y no relacionados o divorciados en propósitos, los resultados pueden no ser exitosos. La educación en el trabajo incluye algo más que la adquisición de habilidades y el dominio de saber pensar,

pues todo ello está envuelto en el proceso educacional de la formación del estudiante como ciudadano y profesional, que es algo más que técnico.

Identifiquemos algunas actividades prácticas que pueden semejarse a la Educación en el Trabajo y que no lo son:

- Si una Facultad de Medicina enseña en sus aulas la medicina teórica, incluida la patología médico-quirúrgica o la epidemiología, y lleva a los estudiantes a las instituciones de salud para trabajar en los servicios desligados o relacionados con la teoría impartida, no es Educación en el Trabajo.
- Si los profesionales de la salud se zambullen en las instituciones de salud, en la práctica sin una orientación pedagógica y educacional sistemática, recibiendo conocimientos y experiencias laxas y sencillas no puede identificarse esto como Educación en el Trabajo.

Esto último ya fue propuesto por el pedagogo alemán Kerchensterner como “escuela del trabajo”, preparación técnica de la juventud para su futura actividad y las necesidades de la industria. Pudiera catalogarse como educación no sistemática por el trabajo y para el trabajo.

- Si una facultad de medicina lleva a los estudiantes al trabajo, sin relacionar éste con las actividades de estudio, sin existir educación médica y social, sólo instrucción de la enseñanza, esto no puede considerarse como Educación en el trabajo.

La educación en el trabajo. Principio y estructura organizativa.

Se debe orientar el diseño curricular en medicina a varios principios generales de los cuales son rectores: la Educación en el Trabajo (ET) y la Integración Docente Asistencial Investigativa (IDAI). Los demás, no obstante ser importantes, se les subordinan y en parte contribuyen a concretar en la práctica la significación de los primeros.

La ET para hacerse realidad y no permanecer como declaración formal tiene que constituir la columna vertical, no sólo del currículo en su totalidad, sino muy en especial de acuerdo a como está diseñado nuestro plan de estudio, de todas y cada una de las unidades curriculares en la cual se descompone e integra el área clínico-epidemiológica del currículo (10). La síntesis del conjunto de unidades curriculares, portadoras de esencialidades diversas, permitirá la materialización del principio de la educación en el trabajo como elemento rector de la educación médica. Tal vez la denominación de asignatura, módulo, unidad lógica u otras no sea la más apropiada para identificar a las Unidades Curriculares (UC) en el área de la práctica médica.

Esas denominaciones surgieron como expresión de una concepción evidentemente pedagógica que privilegiaba el conocimiento y utilizaba o **manipulaba la práctica médica y el trabajo como una hipostasia de la teoría**⁴ y no a la inversa como realmente sucede. De emplearse esta denominación u otra más cercana a la realidad, a la práctica médica, deberán estas UC, estar conformadas organizativamente en el espíritu de la IDAI: práctica-

⁴ N. del editor: La frase “..hipostasia de la teoría” se refiere a una subordinación accidental o inferior del trabajo respecto a la teoría. Hipostasia es actualmente un término en desuso, proviene del griego hypóstasys que significa base o soporte.

docente, práctica -investigativa y práctica-médica, bajo la categoría principal por excelencia de la actividad humana: la practica social transformadora.

La denominación organizativa más acertada por estar más cerca de la actividad educativa sería la de **educación en el trabajo diario en servicio**. No se trata de dar supremacía al trabajo en detrimento de la educación y la enseñanza, de los aspectos específicamente pedagógico y formativo de los estudiantes internos, residentes o especialistas en educación permanente. Ambas actividades son importantes, ambas se complementan y deben estar equilibradas en la formación médica.

El tomar la educación en el trabajo y la práctica médica como lo primero y lo principal, se debe a que es precisamente la práctica médica transformadora y su expresión más elocuente, el trabajo, lo determinante en todo el proceso de la actividad humana. La actividad cognoscitiva y valorativa se da en el momento de la práctica transformadora, están unidas en un solo haz, pero son secuencias y no motores.

El trabajo sólo no educa con eficiencia, sino se alumbraba con la actividad cognoscitiva. Recordar la expresión hindú modificada por Osler “El estudiante que sólo trabaja con enfermos es como un barco sin brújula y aquel que sólo estudia, ese nunca se ha embarcado”.

Si la educación en el trabajo integra las tres funciones de la educación médica en sus dimensiones académicas, parece más plausible tomar como centro la principal de ella en la formación de los médicos y profesionales de la salud: la práctica médica científica y su expresión académica y educacional. La denominación de asignaturas con estancias acentúa lo educacional, lo académico y con ello se volvería a la etapa anterior, criterio que precisamente negamos.

Las tres funciones que se llevan a efecto en la UC no significan que todas sean una y la misma cosa, o que el trabajo pueda ser identificado con las actividades cognoscitivas o de estudio (educacional).

Cada una tiene su objeto, su método y sus objetivos. La educación tiene como objeto la personalidad, como objetivo su transformación en un profesional de la salud; sus técnicas: la tecnología educacional y el método de solución de problemas. La atención médica tiene como objeto, la salud y la enfermedad en personas, familias, colectividades y ambiente; sus objetivos: promover, precaver, curar, rehabilitar; sus métodos el clínico, el epidemiológico y el científico general.

La investigación posee como objeto: alteraciones de la mente, porciones del cuerpo, tejidos, moléculas, personas sanas o enfermas, colectividades, agentes biológicos y otros, y sus objetivos: identificar causas, relaciones psicopatológicas, pato fisiológicas, valoración de un medicamento y otras, como método: el método científico y como objetivo: producir conocimientos a utilizar en cada caso que variarán de una a otra función. Como se verá en este caso **la integración no debe llevar a la idea de fusión** de funciones, métodos, objeto y objetivos.

La educación en el trabajo como principio rector se da en todas las carreras de formación de profesionales de la salud, en la residencia de formación de especialistas, y en la educación permanente cualquiera sea el objetivo a alcanzar: perfeccionar, complementar,

cambiar y actualizar. En todas, el trabajo es rector de la educación en el trabajo, pero su utilización varía según la etapa.

En el pregrado la práctica médica juega el papel principal pero no total, el estudiante es responsable pero su acción se limita al marco de la UC y es muy pobre o laxa con el hospital como un todo. Está bajo supervisión continuada.

En las rotaciones del internado su responsabilidad crece con un servicio de la UC de que se trate, y en parte con todo el hospital, sus estructuras organizativas y los grupos funcionales: cuerpo médico, colegas (residentes), organizaciones laborales (sindicato) y políticas (el Partido). Su supervisión se mantiene aunque tiene mayor responsabilidad personal.

En la residencia su responsabilidad es casi completa y sus relaciones extra servicios se amplían al máximo. El personal en activo es responsable absoluto de sus actos, aunque no por ello deje de responder por su trabajo ante colegas, jefes de servicios, hospital y organizaciones laborales y partidista según su militancia, gravedad y circunstancias del error, lo cual puede significar en algunos casos responsabilidad legal.

Las actividades de estudio varían también según los sujetos implicados. En el pregrado son muy diversas y congruentes con los problemas de salud a resolver por el estudiante: conferencias, métodos de solución de problemas, seminarios, autoestudio, trabajo independiente y las actividades de atención médica extrapoladas como docentes: pase de visita, presentación y discusión de casos y otras.

El interno participa más intensamente en el autoestudio independiente, la solución de los problemas de salud y otras tareas de estudio en las cuales puede actuar como preceptor.

El residente intensifica las actividades de estudio señaladas para el interno.

El especialista en educación permanente, debe actuar como el interno en su trabajo diario y especialmente en las actividades de estudio identificadas para él en el proceso de identificación de necesidades de aprendizaje.

La investigación en el pregrado debe ser una actividad curricular como se ha logrado en Estomatología y Tecnología de la Salud, ligadas a los grupos de trabajo investigativo (GTI) y bajo la guía de un tutor.

En la residencia y el profesional en activo, la tutoría es más bien orientadora, no tan personal y exige mayor independencia en el trabajo y el empleo apropiado y riguroso de la metodología científica. Es una actividad más rigurosa y científica que educacional.

La estancia o unidad integral de DAI.

Es una unidad curricular temporal que organizativamente toma la educación médica para llevar a efecto el proceso docente-educativo a partir de la práctica o el trabajo médico en el área clínico-epidemiológica del currículo. Los tiempos varían según la significación y peso educacional y número de problemas a resolver por el egresado en cada una de ellas. Todas las estancias y rotaciones deben estar bien interrelacionadas entre sí, formando una unidad monolítica.

Cada estancia forma parte de una firme armazón y sólo el trabajo efectivo de todas posibilitará el cumplimiento de los objetivos educacionales e instructivos de todo el plan de estudio. Las fallas en esta tarea, el cumplimiento a medias de algunas unidades integrales o de todas se reflejará indefectiblemente en la calidad del egresado.

No solo las unidades integrales poseen tiempos diferentes, sino también papeles diferentes en el currículo que es necesario conocer. Ello permite realizar una simple clasificación según sus significados. La propedéutica o de base, la cual educa a los estudiantes en los rudimentos de la práctica médica, a partir de los pacientes o del problema, en las habilidades, conocimientos, valores y conductas, para su ingreso en el mundo real de la práctica médica especializada (unidades integrales en especialidades médicas identificadas); las cuales a su vez lo educan y preparan para la práctica pre-profesional o trabajo médico supervisado.

Las estancias de tiempo electivo, medicina militar y las Brigadas Juveniles de trabajo (BJT) coadyuvan evidentemente a los propósitos específicos y más generales identificados en el plan de estudio.

El alcance y contenido de la educación en el trabajo con régimen de estancia.

En otro apartado señalamos ***que la piedra angular de las estancias es la educación en el trabajo***, y su fundamento organizativo la IDAI. El principio de la educación en el trabajo debe entenderse como la formación e instrucción del estudiante a partir de la práctica médica (el trabajo) para cualesquiera de las funciones de pivote de la educación médica, complementadas congruentemente por actividades de estudio que en el acto médico o momentos después profundicen y consoliden conocimientos, habilidades senso - perceptuales e intelectuales, destrezas, valores, sentimientos y conductas profesionales. Al finalizar la actividad de estudio realizadas las veces que sea necesario, es pertinente volver de nuevo a la práctica para mejor preparación del estudiante, hacerla más plena, más eficiente, más profunda, más esencial. De la práctica al libro, de éste a la práctica es el único camino de conocer y actuar con conocimientos de causa y ser más eficaz en lo que hacemos.

Cuando hablamos de la estancia integrada parecería que su contenido se agotara con los conocimientos adquiridos en la práctica médica y la actividad cognoscitiva y ello no es cierto. Rebasan este marco para reflejar en miniatura los objetivos y principios generales del propio currículo. Es mayor, por tanto, el volumen de su contenido y el alcance de sus objetivos, lo cual delimitaremos a través de dos grandes propósitos:

- La contribución de la formación de un ciudadano socialista; y
- La contribución de la formación de un profesional de perfil amplio (especialmente médicos para ser este proceso el más conocido y generalizado).

La contribución a la formación de un ciudadano socialista.

Si el plan de estudio ha de contribuir a ésta magna e importantísima tarea, al igual que todas las instituciones docentes del país, organizaciones sociales y familiares, es natural que las estancias y rotaciones integradas y los docentes no puedan estar ajenos o desentenderse de ella. En cada estancia o rotación integral deben existir

tareas sociales colectivas, así como la participación conjunta de estudiantes y trabajadores en el trabajo productivo socialmente útil que será la base para la comprensión plena de los fundamentos filosóficos de la sociedad que construimos.

“Conferencias y discusiones surgidas de las actividades sociales permitirán una mejor educación en la formación de la personalidad socialista del ciudadano actual, que habrán de concretarse en cada estancia en sus aspectos de la interpretación científica del mundo, educación laboral, ética, intelectual y amor a la revolución y a la patria.”
(12)

Contribuir a la formación de un profesional de perfil amplio.

En la educación e instrucción de un profesional de perfil amplio (MGB) cada estancia integral contribuirá, a aportar las ideas, concepciones, conocimientos especiales, conductas y métodos de trabajo que posibiliten que el profesional egrese preparado para cumplir con eficiencia el trabajo que la sociedad le demanda y lo prepare para continuar estudios de postgrado.

Los componentes de este menú curricular se pueden identificar como sigue, teniendo como base las necesidades del trabajo médico futuro a realizar. ¿Qué saber hacer?

Para facilitar la exposición tres factores principales serán considerados: premédica, pre clínica y clínica (familia o comunidad) de la E. M. Aunque son aspectos habitualmente separados, ellos no deberán ser considerados separadamente, se intentará abarcarlos con un enfoque general sin tales divisiones en cada estancia integrada. (12)

Conocimientos esenciales:

Son los conocimientos que deben adquirir los estudiantes para permitirles actuar como egresados, posibilitarles proseguir los estudios de postgrado de la educación permanente a través de toda su vida. Este conocimiento será diferente del alcanzado en los programas de residencia o de los programas de estudio que conduzcan en grados avanzados en disciplinas relevantes para la medicina.

El aumento exponencial por el progreso científico técnico hace difícil, sino imposible determinar, de una vez y por todo el conocimiento esencial con el cual debe ser egresado el futuro médico para practicar la medicina. Los criterios establecidos a partir de los problemas a resolver, funciones a desempeñar en los puestos de trabajo futuro y las tendencias de las ciencias médicas deben ser criterios a tener en cuenta. Los estudiantes deberán continuar aprendiendo conceptos científicos y principios a través de su carrera y después de graduados, a fin de mantenerse al día en las ciencias médicas. Ellos deberán aprender las habilidades necesarias para continuar el aprendizaje independiente.

Habilidades fundamentales:

Son aquellas que los estudiantes deberán alcanzar durante sus años en la educación médica y que son la base para continuar más allá de la educación del pregrado, para aplicar los principios científicos a la solución de los problemas de salud y realizar aquellas tareas que son únicas para su papel de médico. No siempre se le da adecuada atención a éstas tareas en enseñanza, aprendizaje. “Engels (13), notó un declinar en la atención a la

enseñanza de habilidades clínicas en contraste con una confiabilidad suprema en la habilidad de la tecnología para resolver problemas médicos.”

“Griner y Glasser (14) observaron que las habilidades en la toma de la historia clínica y el examen físico obviamente importantes para la práctica de la medicina, pueden sufrir con una sobre valoración de los exámenes para clínicos”.

Los rápidos avances en la biomedicina y la tecnología llevan a la identificación de destrezas de aprendizaje, de la evaluación crítica de las mismas habilidades para la información médica. Tosteson (15) señaló que “el objetivo de la educación médica es preparar personas para aprender medicina”, el sentenció: “colocar un gran énfasis sobre las técnicas del manejo de la información y la solución de problemas y dar más estimulación al deseo de los médicos para continuar aprendiendo en medicina”.

Las áreas que deben ser tenidas en cuenta para su adquisición son:

- Habilidades clínicas: siete habilidades clínicas serán descritas.
- Obtención de datos: anamnesis.

El estudiante demostrará consideración por el paciente durante la entrevista; reconocerá e interpretará mensajes extra verbales; permitirá el tiempo necesario o adecuado al paciente para que éste hable en sus propias palabras acerca de sus enfermedades; y las respuestas a las preguntas directas a fin de obtener la información apropiada; desarrollará en secuencias cronológicas una descripción apropiada de los síntomas del paciente para realizar nuevas preguntas; y usará las entrevistas como un modo de evaluar la personalidad y estado mental de éste.

Para obtener la historia clínica (anamnesis) el estudiante debe adquirir habilidades en la entrevista médica y el establecimiento de la relación médico-paciente (RMP), lo cual requiere aprendizaje, práctica y evaluación sistemática por parte de la educación médica.

No obstante, usar la historia para comprobar hipótesis diagnósticas es tal vez la habilidad clínica más difícil a dominar. Los estudiantes poseen en forma natural esa habilidad, ella debe ser reforzada, educada y adaptada a la medicina por una enseñanza sistemática de la lógica del diagnóstico clínico y los principios del razonamiento clínico: formular hipótesis diagnósticas relevantes, y determinar sus probabilidades en varios sitios; seleccionar y valorar los atributos útiles diagnósticamente de la enfermedad; y aprender las características de los exámenes realizados que son necesarios para interpretar los resultados obtenidos.

La obtención de la historia de un paciente es el primero y más importante paso para evaluar un paciente. La motivación del estudiante para aprender puede ser estimulada por los docentes que enfatizan la importancia de la historia para resolver problemas.

Obtención de datos: el examen físico.

El aprendizaje para realizar un examen físico es más que adquirir una serie de técnicas manuales. El estudiante conocerá como saludar, pedir permiso, explicará, colocará al paciente en condiciones de confort, con delicadeza y sin producir molestias; procurará la cooperación del paciente; logrará las posiciones apropiadas y la aplicación con dominio de

las técnicas fundamentales de examen para las regiones apropiadas, enfatizando las regiones de importancia sugeridas por el interrogatorio; modificar el examen adaptándolo a las limitaciones impuestas al paciente por la enfermedad.

Aprenderá un examen manteniéndose alerta a anormalidades sutiles. El examen está ligado a la historia del paciente de modo tal que las hipótesis sugeridas por la entrevista serán comprobadas por maniobras adicionales que son una extensión del examen físico básico.

El estudiante aprenderá, con ayuda de los docentes, a realizar la transición de un examen completo, independiente de la enfermedad concebida que realiza el estudiante al comienzo del examen eficiente del médico Residente.

El estudiante deberá emplear tiempo aprovechable focalizando su energía en el aprendizaje de las habilidades clínicas, especialmente en la estancia Propedéutica.

Debido a que la adquisición de las habilidades en la entrevista y examen físico continuarán durante todo el aprendizaje de solución de problemas es importante que los docentes y residentes recuerden su obligación para comprobar y retroalimentar el trabajo del dato obtenido por el estacionero o aprendiz, efectuando la supervisión de la destreza junto a la cabecera del paciente, observando la interacción del estudiante con el paciente en los pases de visita y en la presentación y discusión de casos.

La usual secuencia de la anamnesis, el examen físico y los exámenes de laboratorio y la selección de la terapéutica es a menudo inapropiada para el paciente agudamente enfermo. Tales pacientes a menudo requieren terapéutica inmediata para sostener la vida.

El estudiante debe aprender a reconocer la urgencia de las enfermedades y saber cuándo iniciar la terapéutica sin haber obtenido la información completa acerca del paciente.

Obtención de datos: Los exámenes paraclínicos.

El estudiante aprenderá a seleccionar e interpretar los exámenes paraclínicos en el contexto de la patofisiología de la enfermedad y de las condiciones específicas de cada paciente: sociales y psicológicas. El estudiante aprenderá a usar la secuencia lógica en un plan de exámenes y procedimientos; aprenderá a combinar la información de los exámenes en cuanto a sensibilidad y especificidad con el dato del paciente, de forma que los exámenes contribuyan directamente a las decisiones sobre el cuidado del paciente; realizara predicciones razonables acerca del resultado de los exámenes , y determinará claramente cómo se usarán los resultados obtenidos, conocerá del costo, beneficios y riesgos de los procedimientos empleados y se lo hará saber al paciente.

Formulación diagnóstica.

El estudiante aprenderá a efectuar conjeturas diagnósticas desde el inicio de la formulación del o de los problemas del paciente, lo que le permitirá seleccionar apropiadamente las preguntas, focalizar dentro del examen físico las regiones principales a insistir y detenerse y ordenar los exámenes pertinentes. Con la información recogida con o sin exámenes complementarios, aprenderá a presentar, con certeza brevemente y lógicamente los

problemas del paciente; y estimará las probabilidades de diagnósticos alternativos para cada problema y el diagnóstico del paciente.

El razonamiento clínico lógico será explícito, como un objetivo de alta prioridad del currículo con más énfasis sobre la lógica del diagnóstico clínico. El estudiante aprenderá los principios del razonamiento probabilístico aplicado a la medicina y entenderá como el análisis de decisiones puede contribuir al cuidado del paciente. Estos principios deben ser discutidos e ilustrados con ejemplos. Los estudiantes deben tener la oportunidad bajo la supervisión de docentes de la facultad de practicar el diagnóstico médico.

El propósito de obtener información clínica es para entender los problemas del paciente y determinar el curso más apropiado de acción. La información clínica debe ser interpretada de suerte tal que los problemas del paciente sean formulados correctamente y los planes para el manejo de cada uno sea apropiado.

Para ello los estudiantes deben entender la conducta humana, el diagnóstico diferencial y la terapéutica. Aunque a los estudiantes se les puede enseñar los principios pato fisiológicos, la lógica clínica y el razonamiento probabilístico, ellos aprenderán como aplicar estas disciplinas cuando tomen la responsabilidad del cuidado del paciente, bajo el tutelaje de clínicos educadores con experiencia.

El estudiante seleccionará el cuidado más efectivo con el menor riesgo para el paciente; iniciará medidas preventivas; realizará las consultas apropiadas con especialistas y otros profesionales de la salud, educará al paciente y familiares acerca de la naturaleza de la enfermedad particular y los pasos que deben ser tomados en futuras investigaciones y tratamiento; realizara tratamiento (plan de) para el manejo de todos los problemas mayores del paciente; y seleccionará tratamientos válidos científicamente cuando ellos sean necesarios.

Las estancias clínicas integrales son los sitios óptimos para este tipo de aprendizaje, pero en realidad la estancia integral a menudo falla y no logra alcanzar este objetivo.

Pérdida de tiempo, mala organización, rápidos cambios de los pacientes, la jerarquización de los aspectos médicos con respecto a los docentes y la presión de tareas disímiles fuera de tiempo pertenecientes a las unidades curriculares y fuera de ellas, son entre otros, los factores que interfieren en el aprendizaje que la estancia integral pudiera proporcionar.

El prerrequisito para aprender en una estancia integral es una enseñanza efectiva y la oportunidad para atender y solucionar problemas del paciente y realizar actividades de estudio. Los docentes tienen una clara y evidente responsabilidad, dada las condiciones materiales, imprescindibles para mantener un balance apropiado entre ambas actividades.

El trabajo del día debe ser organizado en forma tal que asegure el discutir problemas de los pacientes; así como la ECDE. Los docentes deben también mantener una atmósfera de aprendizaje que fomente e incite el pensamiento original y el desarrollo de hábitos, de autoeducación. La estancia clínica integral requiere de evaluación continuada para asegurar que ellas proporcionaran un sitio en el cual los estudiantes podrán desarrollar las destrezas clínicas básicas.

Aprender el método científico del trabajo-clínico.

En la época actual de la RCT, en que la cultura científica se impone en toda la sociedad, no es suficiente proporcionar o que los estudiantes se apropien de conocimientos científicos, se requiere además que ellos puedan apoderarse del pensar reflexivo y de la metodología de la ciencia.

El estudiante deberá ser sometido al método clínico y el epidemiológico en forma explícita en la solución de los problemas de salud de personas, familias y comunidades varias veces al día. El resolver problemas didácticamente diseñados (caja de problemas, actores programados, historias clínicas diseñadas y computarizadas) como actividades de estudio forma un complemento inapreciable para alcanzar el objetivo de saber pensar.

El realizar por el estudiante tareas para abordar experimentalmente aspectos en grupos de personas sanas o enfermas, proporcionará inobjetablemente un procedimiento para aprender la metodología científica.

La dirección científica del proceso docente-educativo integralmente concebido; el diseño curricular científicamente realizado y otras actividades realizadas científicamente en el ambiente facultad-instituciones de salud puede contribuir al propósito deseado.

Cuando los estudiantes están en las grandes conferencias y en los pases de visitas, el tiempo para enseñar es limitado.

Los docentes deberán tener tiempo adecuado en el cual ellos puedan discutir las decisiones en detalles con los estudiantes y estar solos con ellos para reuniones a la cabecera del enfermo: presentación y discusión de casos.

Comunicación del dato clínico:

El cuidado del paciente es una actividad colectiva y por tanto, la comunicación de la información acerca del mismo es inherente a la práctica de la medicina clínica. Los estudiantes deben aprender a efectuar la transición de una historia clínica escrita detallada excesivamente, y la comunicación sucinta que es necesaria para el cuidado del paciente.

En el presente muchos estudiantes efectúan tal transición sin una guía apropiada del docente, lo cual demanda el incremento de tiempo para escribir. El organizar apropiadamente una historia clínica y su valor, aun se desconoce bien. El sistema de la historia clínica basada en problemas posee valor heurístico para los estudiantes. Datos adicionales acerca de la historia social y personal serán escritos apropiadamente en las H.C. Sin conocer esa historia el médico no puede proporcionar un cuidado óptimo al paciente. El estudiante debe aprender a escribir historias clínicas de una forma bien organizada que describa la información clínica relevante verídica y sucintamente; formulará un diagnóstico sopesado y justificará un plan de acción.

Los estudiantes aprenderán como comunicarse oralmente acerca de los problemas y necesidades y familiares.

En la presentación del paciente una importante parte de la estancia integral el estudiante la aprenderá bajo la guía del docente, así como presentar oralmente a sus colegas clínicos, la información clara y sucinta para una adecuada discusión del enfermo.

La experiencia clínica es el más importante factor de aprendizaje para redactar y focalizar la presentación del dato clínico. Los docentes pueden facilitar que el estudiante adquiera la habilidad para la comunicación oral, realizando la crítica constructiva de la presentación del estudiante; particularmente identificando la información que éste ha omitido, o repetido innecesariamente y la forma en que lo ha hecho.

El estudiante deberá aprender a realizar resúmenes escritos, historias clínicas para colegas, instituciones de salud o niveles superiores; solicitar exámenes paraclínicos con la información apropiada o pertinente para ayudar al especialista a tomar decisión; las presentaciones orales de los problemas del paciente en reuniones médicas, jornadas, o congresos. El método descrito y las explicaciones orales sobre la terapéutica y su adhesión al mismo son un aprendizaje de primer orden.

Saber obtener la cooperación y entendimiento del paciente.

“El entendimiento del paciente de su enfermedad y problemas comunes de salud y su cooperación en el manejo, son metas esenciales a alcanzar para arribar a un fin exitoso (16). De aquí que esta cooperación y entendimiento por parte del paciente debe recibir más atención en el currículo que la que se le ha dado hasta ahora, especialmente en la medicina ambulatoria.

Formación de habilidades de autoeducación.

El estudiante desarrollará e implementará un plan de aprendizaje personal; identificará los espacios o lagunas y las necesidades y las convertirá en objetivos realistas; encontrará fuentes de información apropiada y de ayuda; y valorará sus propios progresos de aprendizaje.

Dada una cuestión específica, un problema surgido de una situación problemática; tal como el cuidado de un paciente, el estudiante buscará información válida y relevante con los docentes, en una biblioteca y usará si está disponible la información recuperada de un programa de computación.

Desarrollará, usará un método de estudio personal, con toda la información relevante y accesible de que disponga.

El estudiante se familiarizará con algunas revistas y textos, y desarrollará una estrategia eficiente donde las decisiones sean rápidas sobre que artículos son válidos y aplicables.

El estudiante contribuirá a la educación de sus compañeros, al ofrecer crítica constructiva e información actualizada.

Destreza y habilidades de autoevaluación crítica de actividades.

El estudiante demandará y realizará evaluación acerca de los cursos clínicos, predictados y del pronóstico de la enfermedad y el status funcional del paciente.

Realizará evaluación acerca de la casualidad, los conceptos de factores predisponentes, precipitantes y perpetuantes en la génesis de la salud -enfermedad y las condiciones y factores para la manifestación de S/E.

Comprenderá la magnitud y causa de la estrategia para minimizar desagradados y errores en la entrevista y exámenes paraclínicos (rayos X, laboratorio e investigaciones).

Realizará la evaluación de porque un proceder diagnóstico específico no debe ser usado; y valorará la evidencia de sensibilidad, especificidad y costo de un diagnóstico particular, a fin de justificar su uso.

Evaluará que régimen preventivo, terapéutico o rehabilitador es mejor.

Será autosuficiente en la evaluación crítica de la evidencia clínica y de la literatura sobre los servicios de salud, y de ello desarrollará destrezas clínicas y un entendimiento refinado de salud y enfermedad.

Destrezas o habilidades en ciencias de información médica.

El estudiante entenderá el uso de la computación médica en tareas como guardar historia clínica, interpretar investigaciones clínicas y monitorear regímenes de tratamiento.

Al usar la computadora para manejar información en el aprendizaje independiente, el estudiante usará la computadora en otras actividades educacionales, tales como análisis bioestadístico, y autoevaluación de bancos de ítems computarizados.

El estudiante utilizará sistema de conocimientos y bases de datos, tales como modelos de toma de decisiones, e H.C. automatizadas.

Destrezas o habilidades de trabajo en grupo.

Como miembro de grupo de trabajo clínico, el estudiante reconocerá su distintiva contribución a las tareas y hará su aporte en el tiempo apropiado, solicitando la cooperación de otros profesionales de la salud u expertos cuando ello es necesario.

El estudiante se comunicará con otros miembros de GBT atendíéndoles atentamente y hablándoles claramente, y sus notas clínicas escritas o respuestas a consultas serán legibles y sucintas.

El estudiante reconocerá la contribución de profesionales ajenos a la salud, en interés del paciente y trabajará activamente con ellos para alcanzar objetivos definidos y específicos.

Destreza en el manejo del personal.

El estudiante mantiene control apropiado sobre su vida personal y profesional a través del uso racional de su tiempo.

Realizará un acercamiento analítico en situaciones éticas y contribuirá al proceso de la decisión clínica, haciéndolo mejor para el paciente en la interface de intereses conflictivos entre la sociedad, institución, la profesión y las personas involucradas.

El estudiante usará apropiadamente el sistema de soporte, incluyendo grupos de colegas, docentes y servicios de consultoría.

La profesión de estudiantes y las estancias integrales.

A juzgar por los informes del mundo entero, la función de trabajo del estudiante en las estancias clínicas parece estar bien organizada en el programa, con experiencias educacionales bien definidas, lo que constituye una parte integral de la educación médica del pregrado.

Cuando el aprendizaje médico en el trabajo se examina con más detenimiento, más íntimamente y críticamente, un conjunto de impresiones surge.

En un artículo preparado por Pavel Ways y Engels se nota que los educadores clínicos no hacen por planear experiencias de aprendizaje secuenciales, centradas en el paciente, que existen poca integración sistémica del material de ciencias básicas estudiado; y que el aprendizaje en las estancias integrales es densa o altamente cognoscitiva.

Los residentes no participan en la educación de los estudiantes en el trabajo; pero si participan, no es para educarlos o evaluarlos como maestros (18). Poca evaluación se efectúa en el trabajo en los años clínicos, especialmente en habilidades y actitudes. No se lleva a cabo una adecuada consideración del impacto de los lugares y tipos de pacientes.

Sobre las experiencias educacionales de los estacioneros.

La variedad de sitios en los cuales la experiencia de los estacioneros tienen lugar, (las variaciones en el nivel del cuidado del paciente y el grado de comprometimiento profesional de los estudiantes), cuando ellos rotan a través de las estancias, proporcionan a los estudiantes experiencias prácticas de gran valor, que en mucho camino anticipan las realidades de la práctica médica profesional. Esas variaciones a menudo no están de acuerdo con las oportunidades que el graduado necesita para aprender las habilidades clínicas que son requeridas en cualquier sitio.

Se deben organizar las estancias propedéuticas que permitirán a los estudiantes adquirir las habilidades clínicas básicas.

Estas consideraciones claman por la necesidad de planear coordinadamente e implementar la enseñanza de destrezas clínicas a través de todo el currículo.

La enseñanza clínica puede ser mejorada por la superación de la destreza clínica de los maestros y por una organización más efectiva en sesiones de aprendizaje-enseñanza.

Se deben realizar cursos introductorios en las destrezas de las habilidades clínicas básicas a los docentes clínicos.

Cualidades personales, valores y actitudes.

Para su determinación es necesario tener en cuenta las características generales de la sociedad en que se vive, aquellas que son únicas para la profesión médica.

Las cualidades personales, valores y actitudes de la sociedad socialista anteriormente señaladas, marcan y determinan los valores, actitudes y conductas de los hombres: el colectivismo, el amor al trabajo, las relaciones fraternales, la honestidad y la responsabilidad son consustanciales con la sociedad socialista y deben ser el fundamento de la propia profesión médica.

La profesión médica, como otra cualquiera, se define por su cosmovisión del proceso salud-enfermedad en entrenamiento formal y credencialmente necesita un código para su práctica ética. Deben dominar un cuerpo de conocimientos teóricos para resolver los problemas que emerjan de sus campos respectivos y buscar a través de la carrera, nuevas dimensiones de conocimientos y destrezas.

Las características especiales de la profesión médica arrancan de las relaciones especiales entre el médico y los pacientes, las familias y comunidades.

Para mantener la salud de sus pacientes y sanearlos cuando estén enfermos, los médicos cuentan con recursos de conocimientos biomédicos y de las ciencias psicológicas y sociales y de recursos tecnológicos para responder a pacientes, familias y comunidades con conciencia de que para hacer las cosas bien deben tenerse en cuenta el contexto social de sus vidas y la organización de salud pública donde se desempeña.

De importancia principal para el éxito de tales relaciones entre médicos, otros profesionales de la salud y sus pacientes, familias y comunidades, son las actitudes que ellos adoptan con sus objetos de la profesión y para con ellos mismos. Las actitudes de atención, comprensión, empatía, fraternidad, ayuda, responsabilidad, evitar daños, amabilidad, cortesía, humildad, paciencia, entendimiento y otras, son esenciales a una buena práctica médica.

El médico reconocerá de sus propias limitaciones; comprenderá sus propios valores, emociones, sentimientos y expectativas, sabrá comunicarse fácilmente; y respetará, tanto las necesidades físicas con emocionales de los otros. Se esforzará por recuperar el espíritu humano, esencia misma de la medicina. El valor personal de la medicina no entrará en conflicto con la valoración social de concepción que la medicina nuestra profesa: la sistémica o biopsicosocial y la de sus objetivos, no solo curativos, sino promocionales, profilácticos, de saneamiento (curación) y rehabilitación en las dimensiones personales, de familias y de comunidades.

Las críticas actuales son alarmantes en cuanto a que muchos médicos olvidan, y lo que es peor, desprecian los elementos personales e interpersonales de su práctica y en su lugar se fían exclusivamente, de la ciencia y la tecnología, aferrándose a la concepción biomédica reduccionista y cartesiana, para mantener la salud y curar la enfermedad.

Médicos seriamente enfermos, han encontrado colegas técnicamente bien preparados pero con una pérdida casi absoluta de compasión y con poca evidencia de sensibilidad hacia los temores, miedos y dolores que los mismos sufren.

Cualquier característica de un médico que dañe el retorno de pacientes y familias a la buena salud, es un obstáculo; y cualquier característica consonante con el deseo de aprender, de saber continuamente, de sensibilidad, moral, integridad, curiosidad y creatividad; la habilidad para afrontar adecuadamente las demandas intelectuales y emocionales y la capacidad para ayudar y trabajar con otros, con respeto, modestia y compasión hacia sus pacientes y familiares, son atributos deseables.

Las características negativas de la personalidad, pueden ser tan entorpecedoras para una buena relación médico - paciente que, en tales casos, frente a su moderación o cambios positivos determinados por la sociedad y la profesión misma, demandaría una terapéutica psicológica reeducadora, personal, en busca de procurar en esos médicos una conducta menos iatrogenizante.

El trabajo y la actividad de estudio en la estancia integral.

Aquí de nuevo nos vemos en la necesidad de argumentar y si es posible vislumbrar el cómo unir monóticamente la práctica médica y la unidad de estudio. Hemos declarado que esta "unión" no significa que ambas se produzcan en el mismo sitio o espacio desligada una de otra, o que siguiendo la didáctica tradicional de la actividad de estudio (AE) se produzca, en el mismo espacio o separada de la práctica médica, siendo éste un punto de demostración o aplicación de la AE. Por el contrario, reafirmamos la necesidad de unir lo teórico y lo práctico en una sola estructura organizativa que arranque del trabajo médico, pase por la actividad de estudio-trabajo y vuelva a la práctica médica en un reflujo constante y permanente.

La actividad humana tiene como núcleo central la práctica material, objetiva, transformadora y creativa, humaniza la naturaleza, y crean nuevos objetos, y el propio hombre se transforma así mismo. En esta actividad, secundaria a ella, pero interrelacionada y al unísono, se produce la actividad cognoscitiva empírica espontánea y la valorativa del hombre con el objetivo. (27)

La actividad cognoscitiva como objeto, el hombre, puede en forma organizada y orientada realizar una práctica científica gnoseológica, productora de conocimientos científicos (investigación científica-ciencia), la cual incluye los conocimientos empíricos-espontáneos. Todas las formas de actividad humana material y espiritual del hombre son derivadas del trabajo, una de las cuales es la actividad de estudio. Su estructura u organización concreta no se aleja de la establecida por Leontiev para toda actividad humana: necesidades, motivos, finalidad, condiciones y medios para lograrla, acciones y operaciones.

La escolástica medieval imprimió un sello particular a la enseñanza de los conocimientos al presentarlo a los estudiantes en forma de abstracciones verbales claras y desplegadas en conferencias, textos, etc., para ser posteriormente correlacionada con la realidad. Reducir los conocimientos adquiridos por el estudiante para el enlace entre el significado de las palabras y su correlación con los datos sensoriales y mecanismos internos del pensamiento empírico.

Esta exaltación del pensamiento, sensualista, de fijación de las propiedades externas sensorialmente dadas del objeto, encontró base adecuada en la interpretación gnoseológica, psicológica del sensualismo estrechamente ligada al nominalismo y al asociacionismo y otros pilares de la didáctica tradicional.

En ciertos casos y a despecho de la enseñanza tradicional, algunos alumnos adquieren por sus medios, el pensamiento teórico, pero ello ocurre en forma espontánea. Una manera efectiva a nuestro entender, de vincular estrechamente la práctica médica con la actividad de estudio, es a partir de los problemas de los pacientes, familias y comunidades a resolver por los estudiantes en la práctica médica cotidiana, con las actividades de estudio que partiendo de esa práctica se correlacionen estrechamente con la práctica médica efectuada. La práctica médica se basa en el método de solución de problema, método científico que puede ser extrapolado con sus características al campo de la pedagogía como actividad de estudio, condiciones, medios y tareas que en determinadas condiciones pueden ser específicas.

Como parte de la práctica médica, al solucionar problemas de salud los estudiantes asimilan constantemente conocimientos empíricos y a veces científicos, ya listos y el aprendizaje no exigirá de estos la experimentación objetiva o mental con la fuente de estos conocimientos.

La actividad de estudio y su finalidad es estar vinculada ante todo con la transformación de cierto objeto, conocimientos externos empíricos en teóricos o internos o esenciales, con lo cual es posible comprender todas las propiedades externas de ese objeto. (18)

Esta asimilación se puede lograr solo reproduciendo el proceso mismo de su origen, es decir, transformando cierto objeto de partida. El objeto puede convertirse así en objeto de estudio, por cuanto ahora está destinado a transitar por los caminos que en otros momentos recorrieron otras personas para descubrir y formular los conocimientos teóricos.

Con la actividad de estudio se puede, a través del proceso de transformación, en las tareas, acciones y operaciones creativas por parte del estudiante, no solo obtener un nuevo producto espiritual; sino también habilidades y hábitos laborales, y lo que es más importante, el desarrollo de su conciencia social: moral, arte, derecho, ciencia y con ello se aporta mucho al desarrollo multilateral y armónico de la personalidad del estudiante. El imaginar que las actividades de estudio en el aula, aun en su valor intelectual pueden, por si solas, ser educativas y abarcar todo el mundo de vivencias, experiencias y conocimientos que proporciona el diario trabajo, es un error.

La estancia integral y las formas organizativas de la docencia.

La estancia integral basada en los principios rectores de la educación en el trabajo y la integración DAI y expresión de ellos pudiera ser considerada, desde el punto de vista didáctico como la forma principal de la organización de la docencia en el NPE de los profesionales de la salud.

Ella incluye otras formas organizativas subordinadas, de las cuales las más importantes son las derivan de la propia práctica médica y otras más tradicionales. Haremos una breve relación de las mismas, relacionándolas con los contenidos y alcances de la estancia integrada y del problema en la doble dimensión que posee en el NPE de medicina: como problema de salud y como método de solución de problema.

Partiendo de los problemas de salud reales (de las personas, familias y comunidades) y su solución médica en la cual el estudiante y el residente participan, podemos identificar las formas organizativas educacionales, que no son otras que las que se emplean en forma

tradicional o más moderna en la práctica de la medicina: el problema individual a resolver por el estudiante; la confección de la historia clínica, el pase de visita de hospitalizados; ambulatorios e ingresados en el hogar; la presentación y discusión de enfermos, familias, colectividades y ambientales.

Cada una de ellas cumple requisitos especiales, pero al participar en la solución de los problemas que le sirven de base, los estudiantes adquirirán, en mayor o menor medida, conocimientos empíricos o teóricos, habilidades y destreza; formas y maneras de actuar; el método científico y el pensar reflexivo; actitudes y valores.

Los problemas deben ser bien seleccionados para que su solución conduzca a la información pertinente que la estancia integral demanda y a la integración con otros contenidos de la ciencia previamente impartidos.

Un aspecto importante a destacar es si los problemas reales (enfermedades, síndromes, familiares y otros) no están al alcance del trabajo, es indispensable modelarlos, pues de no ser así, los conocimientos impartidos fuera del problema, correrán la misma suerte de los que se imparten en ciencias básicas al romperse la estrecha relación entre práctica y teoría.

Cuando los contenidos adquiridos por el estudiante no es posible transformarlos en la práctica misma (el trabajo o el tiempo de duración de ésta es escaso; volumen excesivo de trabajo en el servicio; proporción docente-alumno desproporcionada; material didáctico escaso); ya que es imposible transformarla en actividad de estudio, no queda otra alternativa que establecer actividades de estudio para satisfacer las necesidades identificadas como imprescindibles.

El conocimiento esencial puede obtenerlo el estudiante (con su integración pertinente) a través de las tareas que debe realizar para resolver el problema:

Formas principales de obtención (20)

Existen distintas formas a través de las cuales los estudiantes pueden adquirir los conocimientos esenciales. Entre estas se encuentran:

- ◆ El auto aprendizaje individual e independiente: la mejor manera de obtener información.
- ◆ Consultas a docentes residentes y colegas.
- ◆ Búsqueda bibliográfica en bibliotecas y centros de información computacional, etc.
- ◆ Mesas redondas y simposios dirigidos por estudiantes o por profesores.
- ◆ Las conferencias: como método, son esencialmente pasivas y exponen los conocimientos ya elaborados y listos para su memorización. Están separados en el tiempo entre la solución del problema y la impartición de la conferencia; no obstante, pueden poseer alguna utilidad si ellas se exponen basadas en problemas de salud y los conocimientos son grabados, recogidos en cintas y utilizados a la hora de resolver el problema al cual se refieren.

El seminario, basado en problema y como parte de un problema real, puede convertirse en una actividad de estudio perfectamente estructurada y organizada con el objetivo de

transformar los conocimientos externos obtenidos en la solución de un problema real en conocimientos científicos.

La discusión diagnóstica de los pacientes cuando se les da el tiempo prudencial, además de otras bondades, puede ser fuente de llevarse bien en la asimilación de conocimientos teóricos, fisiopatológicos, y farmacodinámicos.

Para que una actividad de estudio basada en problema cumpla su cometido a cabalidad, debe partir de los contenidos buscados y encontrados por el estudiante para resolver el problema; y no de los que el docente informe a los estudiantes que deben asimilar, de ligados del problema y del esfuerzo intelectual que el estudiante debe realizar.

Esta conducta es la que el estudiante de hoy, continuará en el futuro como médico con la búsqueda constante de información, para resolver problemas que lo prepararan para esa etapa.

Las reuniones clínico-patológicas, piezas frescas, clínico-epidemiológicas y clínicas – terapéuticas como formas organizativas de la docencia, pueden jugar su papel en la adquisición de conocimientos empíricos y teóricos; pero deben estar bien organizadas como actividades de estudio y no dejar su organización a la espontaneidad.

El aprendizaje de habilidades senso-perceptuales, intelectuales, de los valores y actitudes.

La práctica médica es un excelente medio para que el estudiante a través de ésta, durante años y orientado educativamente logre apoderarse de las habilidades, destrezas, valores y actitudes ya identificadas.

Cuando los problemas a resolver no permiten obtener las destrezas básicas por falta de pacientes con los problemas pertinentes, proporción inadecuada de la relación profesor-alumno (P/A), falta de organización y maestría profesoral u otras, el estudiante puede pasar por todas las unidades integrales y llegar a la Residencia sin la capacitación profesional adecuada.

En tales circunstancias es necesario y prudente establecer actividades de estudio para el dominio de las destrezas y habilidades, así como es necesario también establecer actividades de estudio para enseñar a auscultar el corazón, o para realizar la resucitación; o aprender a leer el ECG y otras. Las formas organizativas más apropiadas son aquellas que tienen que ver con el trabajo mismo (19) y entre ellas se encuentran:

- solución de problemas de forma individual;
- pase de visita;
- presentación y discusión de casos;
- atención médica ambulatoria;
- discusión al alta;
- entrega de turnos;
- pase de visita a ingresados en el hogar;
- dispensarización;
- artistas programados (simulación con actores);

- simuladores clínicos;
- el docente con la computadora;
- otros simuladores técnicos programados;
- caja con tarjetas o fichas de casos para solucionar problemas;
- otras.

El aprendizaje del método científico

Hoy día es prioritario para su progreso futuro, que los estudiantes aprendan el método de la ciencia en esta época de la RCT. Para aprenderlo es necesario que los colectivos científicos de los servicios programen investigaciones sencillas, clínicas o epidemiológicas, para ser ejecutadas por los estudiantes siguiendo la metodología científica. Actualmente en la carrera de medicina no está esto implementado en el plan de estudio y se deja a la espontaneidad de los alumnos, lo cual no sucede con la carrera de Estomatología y de Tecnología de la Salud donde esta actividad forma parte del nuevo plan de estudio.

De todas formas los clínicos y epidemiólogos poseen un método científico modificado; por el cual pueden someterlo a su influjo más veces en un día, que los que pudiera hacerlo un científico básico en un semestre. Ello es indiscutible y si se explicitan bien sus fases por los docentes, posee un alto valor para el aprendizaje del estudiante del método científico; aunque no cumpla a cabalidad los requisitos supremos de la investigación científica.

Al desarrollo del pensamiento científico pueden conllevar críticamente la evidencia científica y clínica; incluyendo:

- La discusión científica de los pacientes.
- El método de solución de problemas pedagógicos.
- La caja de los problemas.
- La solución de problema por computación.
- Actividades de estudio para adquirir las habilidades para evaluar críticamente la evidencia científica y clínica.

El docente como guía y modelo

El estudio de la medicina es un proceso cíclico que envuelve al estudiante en un aprendizaje continuo a través de toda su carrera profesional.

El estudiante durante sus años de estudio deberá asimilar e integrar una amplia información procedente de varias ciencias y especialidades.

El crecimiento exponencial de los conocimientos en medicina hace esta tarea no sólo extremadamente difícil, sino imposible, para poder identificar cual es el cuerpo de información que los estudiantes necesitan para actuar exitosamente e independientemente en cada estancia integral y poder continuar su desarrollo como médico bien equipado para ejercer la medicina. La identificación de los problemas y el entretnejimiento de los contenidos es un acercamiento a este propósito, definido como conocimiento básico esencial para cada ciencia y cada estancia integral.

Estos contenidos deben ser controlados en cada estancia, pero los docentes deben saber que los estudiantes deberán aprender e incorporar nuevas habilidades bajo la idea de que la educación del profesional es para toda la vida y que para ello nuevos contenidos deberán constantemente ser asimilados durante su vida profesional.

Los estudiantes aprenderán de modo continuo conceptos y principios científicos a través de su carrera aunque, claro está, no pueden asimilar durante el pregrado todos los conocimientos que necesitaran durante su vida profesional.

Los docentes deberán atenerse a los hechos ya comprobados en educación médica de que las conferencias impartidas en ciencias biomédicas, clínicas y epidemiológicas, si no se vinculan inmediatamente a la práctica perduran poco en las mentes de los estudiantes, por lo que su valor heurístico no es aprovechable.

El conocimiento teórico es más efectivo, cuando se codifica en el cerebro de los estudiantes a la par que el problema práctico o científico que demanda solución solícita o exige el conocimiento necesario y apropiado.

Los docentes deberán prepararse para nuevas tareas y adquirir nuevos métodos activos de enseñanza más efectivos y eficientes, en la preparación de los profesionales de la salud. El método de solución de problema, en sus diversos tipos, es el método de educación seleccionado e identificado en el NPE para cubrir esta necesidad.

La impartición de conferencia a los estudiantes en cursos monográficos debe ser desterrada definitivamente como método principal de la educación médica. Lo catastrófico de esta práctica se acentúa cuando el conocimiento básico esencial se imparte por multiplicidad de docentes de varias disciplinas, o lo que es más lamentable, participan varios docentes de la misma disciplina o estancia.

El controlar el contenido del conocimiento esencial en cada estancia de la educación de los estudiantes no es una comprobación apropiada de la base científica de la medicina ni la capacidad del estudiante para su actividad práctica.

Todas las habilidades clínicas, básicas y otras no señaladas, usadas al atender familias, comunidades y ambiente, utilizadas por los médicos ya fueron explicitadas con anterioridad.

El producto final del cuidado médico depende de cómo esas habilidades senso-perceptuales, intelectuales, actitudes y valores se aprendieron y como ellas se usen. Aunque las habilidades y destrezas clínicas juegan un rol central en la medicina moderna, existen evidencias de que los egresados fallan considerablemente al demostrar el dominio de esas habilidades.

Deficiencias en la toma de la anamnesis, examen físico y destrezas clínicas han sido reportadas fuera y dentro del país. “Se encontró que la destreza para la comunicación interpersonal estaba poco desarrollada en los estudiantes de medicina y no mejoró cuando los mismos transcurrieron por los distintos años de la carrera de medicina.” “Los residentes que demostraron adecuada toma de la historia clínica, exámenes clínicos, manejo del paciente y complacencia o adhesión a la terapéutica, mostraron, sin embargo, deficiencias en sus explicaciones al paciente sobre su enfermedad, en su determinación del nivel de

respuesta emocional y de entendimiento de su enfermedad y en la adquisición de la toma de una historia social del paciente”. Algo similar o tal vez más profundo es lo que respeta a los aspectos psicológicos del paciente.

En el currículum médico muchas de las habilidades no se identificaron apropiadamente con todos los atributos y habitualmente no son sistemáticamente desarrolladas para llenar los requerimientos clínicos. Como conducta general el docente debe estar consciente que para lograr que el estudiante domine las habilidades, destrezas y actitudes y sentimientos en su capacitación clínico-epidemiológica, no basta con identificar la habilidad o actitud. Para lograr maestría en ellos, depende de cómo son enseñadas las habilidades por el maestro clínico, la disposición en la práctica del estudiante y como el docente en función del modelo profesional desarrolló la ejercitación de las mejores prácticas clínicas propias de la atención médica epidemiológica, y las actividades de estudio completarias necesarias, y la evaluación progresiva del estudiante hacia los fines y objetivos identificados en cada estancia o rotación integral.

El estudiante aprenderá a comunicar, comunicándose; a palpar, palpando; a auscultar, auscultando; a aprender independientemente, aprendiendo; a poner buenos tratamientos, realizando planes terapéuticos; a diagnosticar, diagnosticando; a realizar historias clínicas integrales; haciéndolas y así pudiéramos seguir hasta el aburrimiento. Para saber hacer bien una cosa, cualquiera que sea, es necesario hacerla y repetirla, a veces hasta el cansancio para dominar la técnica. Tal dominio no dependerá solo de la identificación y del número de veces que el aprendiz la ejecute. Para lograr este es necesario que ella sea realizada de maneras exquisitas por el maestro, varias veces bajo los ojos atentos de los estudiantes; y que el estudiante ejecute la técnica multiplicidad de veces bajo la observación atenta del docente, quien identificar errores y mostrará los pasos para su consecución, (retroalimentación) mostrando siempre la base teórica indispensable.

Ninguna habilidad, destreza, conducta apropiada se conseguirá por la lectura de textos, conferencias magistrales; demostración clínica esporádica y ejercitación espontánea, no sistemática y personal del estudiante. Ello irremisiblemente llevará al fracaso; a una reeducación suplementaria o complementaria posterior.

Los médicos docentes deben poseer, para enseñar y lograr que los estudiantes aprendan, las habilidades, cualidades, valores, actitudes, conductas y comportamientos acordes con sus enseñanzas, en su propia práctica médica.

El impedimento visible más importante a tal desarrollo proviene de la pérdida de los fundamentos y control pedagógico proviene de la pérdida de los fundamentos y control pedagógico sobre la educación profesional general del médico y de los otros profesionales de la salud, debido a que docentes de la facultad en forma individual no posee una visión general completa del proceso educacional o éste no se estructura en forma óptima. A las discrepancias entre los viejos y nuevos objetivos de la educación médica, las materias a presentar, el tipo de médico a egresar, los métodos de evaluación; así como el enciclopedismo de la enseñanza determina que el aprendizaje de los estudiantes este dirigido a pasar los exámenes. Los docentes necesitan saber que estos factores están interrelacionados y tener un entendimiento de los principios subyacentes, lo cual raramente sucede.

Por otro lado, a pesar de los esfuerzos realizados, los estudiantes tienen pocas oportunidades para la participación activa en el proceso intelectual, guiados de modo científico y de manera pedagógica; sino más bien pertenecen pasivos intelectualmente para recibir la información de docentes a estudiantes.

Otro obstáculo al desarrollo de los rasgos deseables en los médicos es la escasez de tiempo para el estudio independiente y otras actividades que proporcionan el estudio independiente y otras actividades que proporcionan el desarrollo personal. Las actividades que resultan de las interacciones y soluciones de problemas con los docentes y colegas, deben hacerse mejor, aumentarse. A veces ellas no se realizan, o se efectúan formalmente bajo las presiones de trabajo docente y asistencial que han reducido notablemente estas posibilidades.

Otros impedimentos son las dificultades para integrar los conocimientos y las perspectivas humanas en la práctica médica, así como la visión promocional, preventiva, rehabilitadora y sanadora de personas y familias. Los docentes captados para la medicina biomédica, han enseñado a tener como punto de vista de sus estudios, de los órganos, tejidos, células, moléculas y las lesiones y signos comprobados tecnológicamente con el distanciamiento de la objetividad del científico.

Cuando los estudiantes ingresan a la Escuela de Medicina tienen poca o ninguna experiencia con la práctica médica, aunque sus valores y motivaciones para estudiar la carrera están en etapa formativa y ellas se conformarán al cursar del tiempo por la educación sistematizada de aquellos más experimentados, particularmente dirigentes de la Facultad, docentes y residentes.

Con el cursar del tiempo y las prioridades, día a día, sus educadores expresarán los valores y actitudes de la escuela y de la práctica médica hospitalaria. La conducta de los docentes de la Facultad y los estudiantes más adelantados llevan el mensaje para el joven estudiante que el recuperar información acerca del cuidado de los pacientes es la clave del éxito. Para obtener ascensos en la escuela o la institución de salud donde están sus docentes desde hace años, estas actitudes determinaron su conducta. Si esta recuperación de datos se privilegia como método evaluativo de capacidad estudiantil, es poco probable que los estudiantes muestren preocupación por otros valores y actitudes.

En las estancias integradas es donde los docentes, residentes e internos tienen una poderosa influencia sobre las actitudes de los estudiantes. Comportamientos con muestra de olvido del pudor del paciente, y pérdida de atención acerca del status social y psicológico del mismo son frecuentes entre los estudiantes. Si esto no se chequea y evalúa, refuerza la conducta ofensiva y devalúa la responsabilidad del médico para ser considerado y respetuoso de los sentimientos y personalidad del paciente. La respuesta emocional propia de los docentes, clínicos (positiva o negativa) es también cuidadosamente observada por los alumnos. Ellos requieren más exposición a la interacción de los docentes clínicos con los pacientes que atienden directamente.

Como los médicos en la actualidad tienen tendencia a valorar más los estudiantes de laboratorios y procedimientos imagenológicos, dándoles mayor importancia en el diagnóstico y el tratamiento; los pases de visita se han desplazado de la cabecera del enfermo a los cuartos de reuniones donde el dato puede ser analizado. Esta concentración sobre procedimientos de laboratorios no sólo inhibe la adquisición por los estudiantes de las

destrezas a cabecera del paciente, sino que saca a la persona como paciente fuera del foco de atención clínica. A los estudiantes se les priva de ver como un médico práctico, con experiencia, entrevista y examina pacientes y el estilo de éste para comunicarse con los pacientes.

El impacto psicosocial de la enfermedad sobre los pacientes y la conducta promocional, preventiva, es relegada a un rol sin importancia y los pacientes se conocen no por sus nombres, sino por sus diagnósticos y número de cama o cuarto: “el infarto de la cama 12”; “la neumonía del cuarto 2”. Los estudiantes están absorbidos por aprender la cantidad desusada de datos y la dimensión humana de la medicina se olvida, a menos que los miembros de la Facultad enfatizan y demuestran su importancia.

Otro factor limitante en la adquisición por los estudiantes de las habilidades, valores y actitudes, es que los docentes, cada vez más especializados y cargados de tareas médicas, administrativas y extra hospitalarias, dejan a los estudiantes en manos de residentes que no están interesados en la educación o no están preparados para esta función.

Los residentes e internos tienen un contacto más prolongado y estrecho con los estudiantes, jugando un papel crítico como maestros. Ellos deben demostrar respeto y cuidado por los pacientes; sin embargo, las incesantes demandas de su tiempo son tales, que a menudo concentran su tiempo sobre la enfermedad, con exclusión del paciente como persona que posee sentimientos. Una vez que el estudiante ha observado sus mentores, demostrando conductas y actitudes inapropiadas, sus mentores, sus propios valores y conductas estarán contaminados por aquellas.

Por tal motivo es demandante en la época presente que se diseñen y contemplen en las actividades de la práctica médica y de estudio, ofertas educacionales que permitan el desarrollo positivo de cualidades, valores y actitudes en los estudiantes; así como la dimensión ética y psicosocial de la práctica médica.

Sistema de evaluación.

La evaluación de los estudiantes en cada estancia integrada debe estar acorde con la identificación de los contenidos previamente explicitados en las mismas.

El conocimiento de los estudiantes. Generalmente depende para su evaluación de múltiples procedimientos de exámenes, que casi siempre tienen como propósito recuperar información. Pueden adoptar las formas de preguntas de ensayos normales o modificados, escritos u orales; en el transcurso de la estancia o al final de la misma. Hoy en día existe la tendencia de emplear para esos propósitos predominantemente los llamados test múltiples, los cuales evalúan habilidades de los estudiantes para memorizar y recuperar hechos detalladamente. Su uso es muy popular porque permite fácilmente graduar y proporcionar una escala numérica. Ellos pueden ser usados en gran número para evaluar efectivamente la información que los estudiantes han adquirido, pero usualmente no se diseña para evaluar cómo los estudiantes se acercan a los problemas y como aplican sus conocimientos. El intentar evaluar por métodos más sofisticados el razonamiento y habilidades de los estudiantes para resolver problemas, requiere de más tiempo y un personal más preparado en docimología con el que cuenta las Facultades hoy día y sería difícil de implantar.

El uso del método de solución de problema, clínicos en papel y lápiz, (Historia Clínica breve), permite el realizar preguntas que recuperen información en base al problema planteado. La capacitación clínica de los estudiantes permite también utilizar preguntas para conocer la información que éstos poseen. Deberíamos profundizar en la identificación de la mayor cantidad de conocimientos que los estudiantes adquieren, cómo lo aplican en situaciones concretas y cómo con ellos resuelven problemas. La computación sería un medio eficaz para llevar a cabo esta empresa educacional.

La evaluación del conocimiento esencial será siempre de formación durante la estancia y calificación al final. Su aprobación es indispensable para la evaluación de los aspectos prácticos de la medicina.

Habilidades, destrezas, actitudes y valores

La mejor forma para evaluar la capacidad clínica del estudiante no es otra que verlo actuar diariamente en el servicio y frente a la solución de uno o más problemas de salud en un momento determinado.

En cada caso la observación del modo de actuar del estudiante por parte del docente es imprescindible para un juicio de valor.

La entrevista médica y el examen físico deberán ser observados a fin de evaluarlos. Las diferentes formas organizativas médico-docentes modificadas pueden servir para evaluar habilidades, destrezas, valores y actitudes en forma diferenciada.

El método de evaluación de signos, síntomas y datos de laboratorio científicamente estructurado tiene un valor importante en la estancia clínica general o propedéutica. Cuando se desea conocer la capacitación clínica del estudiante frente a un problema de salud ya conocido (reproducción), o de varios problemas de salud no conocidos (producción) es mejor emplear el método integral en la solución de un problema de salud individual o familiar.

De inapreciable valor en el desarrollo de la capacidad clínica del estudiante, es la observación por parte del personal del grupo básico de trabajo, de su abordaje de los pacientes, de su desempeño en la discusión diagnóstica del enfermo, así como en la revisión y evaluación de la precisión y exactitud de los datos obtenidos por los alumnos para la confección de las historias clínicas y de los planes diagnósticos y terapéuticos adelantados por éste.

Su conducta y actitud deberán también ser evaluadas durante el transcurso de la estancia o el acto de examen de su capacitación clínica.

La evaluación de las cualidades personales, valores y actitudes no pueden ser reducidas a un conjunto de números obtenidos por el chequeo de un dictado. Los docentes deben diseñar sobre sus experiencias, cómo realizar juicios clínicos acerca de los estudiantes.

Hacer estos juicios requerirá de ellos más tiempo observando a los estudiantes. Los juicios tendrán un amplio rango desde la evaluación de cómo ellos se acercan al paciente para resolver un problema hasta la observación de la calidad de sus interacciones, con el

paciente, familiares, enfermeras, docentes y colegas. La información así obtenida tiene más valor y es más relevante que una escala numerada o un examen estandarizado. Los residentes, enfermeras, otros estudiantes, otros miembros de la facultad y pacientes pueden proporcionar información útil y deberán ser consultados.

Aquellos que observan a los estudiantes necesitan conocer los criterios considerados importantes para la medición del desarrollo y desempeño del estudiante y los caminos por los cuales se realizan las observaciones.

El propósito de evaluar comportamientos, valores y actitudes de la conducta significativa de los estudiantes es más bien edificante que punitiva. Los estudiantes necesitan ayuda para conocer sus fortalezas y debilidades.

Para asegurarse que el estudiante aprende de sus evaluaciones, los miembros de la facultad deberían remitir copias de las evaluaciones al jefe superior, quien periódicamente debería revisarlas con el estudiante. Es importante que el estudiante reciba a tiempo la información para que el remedio se inicie y se efectúe la evaluación del progreso con tiempo y no antes de fin de curso.

La dirección del proceso docente-educativo, la práctica laboral y la estancia integrada.

La elaboración y diseño de los nuevos planes de estudio, dieron entre otras un paso de avance de 180 grados al orientar la formación de estos profesionales no hacia la teoría y las disciplinas, sino hacia la práctica médica, elevándola a un rango de dimensión académica y en función de las necesidades de salud de la población.

El establecimiento de las estancias en toda el área clínico-epidemiológica fue el escenario que se estructuró para avanzar en el logro de ese objetivo. A pesar de los avances en ese sentido, aún existen deficiencias evidentes en la organización y cumplimiento de este noble y sustancial empeño, cuya solución permitirá exponer a la comunidad médica y educacional cómo se materializa y concreta en la práctica médica-educacional diaria el principio de estudio y trabajo y la integración DAI en un peldaño superior: la educación en el trabajo.

Esto nos ha permitido penetrar más profundamente en un análisis teórico, a fin de buscar las causas y posibles soluciones para ascender en ese nuevo peldaño.

La **estancia** es el elemento central en la educación práctica de los estudiantes para resolver los problemas de salud de las personas, familias y comunidades y se ha tratado de definir los objetivos, la capacitación y el desempeño profesional esperado en cada uno de los estudiantes y los métodos de evaluación a realizar.

La estancia, al tener como base la educación en el trabajo y ser expresión de la DAI; ha recibido el adjetivo de integral, ya que demandamos que el trabajo tenga dimensión académica.

En la elaboración y diseño de los planes de estudios de los profesionales de la salud, siempre han participado en mayor o menor grado, representantes de la práctica médica

(atención médica-estomatológica) por el establecimiento del modelo del profesional a egresar de la educación médica.

No puede decirse lo mismo en lo que respecta al modelo de preparación del profesional a egresar, ni del diseño del plan de estudios a adoptar.

Si la práctica médica ha de tener el rango académico que se propone, la participación y las opiniones de los representantes de la práctica médica deben ser tenidas en cuenta. Una organización que integre más sólidamente la facultad de medicina y las instituciones de salud en un complejo de la salud funcional podría diseñarse para el futuro.

Las estancias actuales se diseñaron a partir de la concepción que hemos establecido desde la visión de la educación; y esto es altamente positivo, pero una mayor interacción entre docencia y atención médica se impone a niveles más inferiores del proceso educativo laboral, a la hora de elaborar, diseñar e implantar las estancias.

Las instituciones de salud donde se ejecutan estas estancias integradas no participan de la elaboración de éstas y el proceso docente-educativo laboral queda en manos de los docentes de la facultad. Esto creo, pudiera ser posible si el trabajo médico fuera demostrativo, los servicios clínicos pertenecieran a los departamentos académicos. Al no ser así y las instituciones de salud tener funciones específicas, diferentes a las de la facultad de medicina, que se integran con un propósito común, la salud de la población, la elaboración de la estancia integral, debe ser compartida de forma tal que el Jefe del Departamento Académico pueda tener en su poder para la dirección efectiva del proceso de las informaciones compartidas por la IDAI:

Conjunto de tareas a realizar en cada servicio D.A.I:

- Prioridades de las tareas.
- Docentes, residentes e internos, los que se cuenta (nivel de preparación).
- Números de camas disponibles.
- Proporción docente/alumno.
- Actividades de estudios fundidas con la práctica médica y aquellas que sólo estén relacionadas con actividades cognoscitivas.
- Posibles afectaciones.
- Hasta donde es posible equilibrar armónicamente las necesidades de la práctica médica educacional eficiente en la estancia integrada.
- Inspecciones, controles y evaluaciones que deben estar integradas.

La **estancia integral** es el sitio óptimo para el aprendizaje práctico del estudiante. La pérdida de tiempo, cambio rápido de los pacientes, la estructura jerárquica del grupo básico de trabajo (GBT) y las presiones de trabajo provenientes de las funciones no analizadas previamente en forma coordinada, son factores que interfieren con las oportunidades para aprender lo que la estancia clínica proporciona. Los pre-requisitos para aprender en la estancia son la enseñanza efectiva y la oportunidad para cuidar pacientes. Los clínicos tendrán cierta responsabilidad para alcanzar un equilibrio balanceado de ambas actividades.

El trabajo del día debe estar bien organizado, de forma que permita tiempo para discutir los problemas de los pacientes y la ECDE.

Los docentes deben crear un medio o atmósfera de aprendizaje que estimule el pensamiento original y desarrollen los hábitos de autoeducación independiente. El trabajo de las estancias requiere ser evaluado profundamente para asegurarse de que ellas proporcionan un sitio en el cual los estudiantes pueden desarrollar sus destrezas clínicas y los valores y actitudes positivas en el paciente y la medicina.

Los escenarios para la estancia integrada:

Los servicios hospitalarios están cada vez más necesariamente organizados, con un cuerpo médico para proporcionar diagnóstico y terapéutica a pacientes que presenten enfermedades agudas o manifestaciones intercurrentes de enfermedades crónicas.

Este patrón organizativo no es el mejor ni el más óptimo medio para que los estudiantes adquieran el conocimiento y las destrezas clínicas del MGB.

El desplazamiento de la educación médica hacia la APS, aumentando el tiempo que poseen las estancias de MGI proporcionaría el medio apropiado para la formación del MGB. La preparación desde ya, de los mejores especialistas en MGI, será un aporte sustancial a un nuevo programa de formación media, basado principalmente en la APS.

La dirección más eficiente y eficaz del proceso docente-educativo; como la concebimos: basada en los principios de la combinación del estudio con el trabajo y de la integración DAI, mediante la educación en el trabajo en régimen de estancias integrales; requiere de una reflexión conjunta de todas las partes, acerca de los objetivos, prioridades, alcance y factibilidad de las actividades académicas, laborales e investigativas; para poder garantizar de forma armónica la calidad de los servicios de atención médica y la formación del modelo de profesional que demandan los objetivos, propósitos y direcciones del Sistema Nacional de Salud para el año 2000 en la APS.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Consejo Superior de Universidades. La Reforma de la Enseñanza Superior en Cuba. 1ro de enero de 1962.
2. Castro, F. Ciencia, Tecnología y Sociedad.1959-89. Editora Política, La Habana, 1990.
3. Ilizástigui Dupuy, F. Papel de la universidad en la elevación del nivel de salud de la población. UDUAL, Conferencias Integrada. Palacio de las Convenciones. La Habana, Cuba.3-7 de Julio-91.
4. Multanovki, M. Historia de la Medicina. Academia de Ciencias, La Habana, 1967.
5. O'Malley, CD The history of medical education. University of California Press, Los Angeles, California.USA.1970.
6. Flexner, A. Medical education. The McMillan Company, 1925.
7. Rothstein, W.G. American Medical Schools of Medicine. A History, Oxford University, 1987.
8. Delgado, García, G. Historia de seis Cátedras de la Facultad de Medicina de la Universidad de la Habana. 1900-1962. En prensa.

9. Ilizástigui Dupuy, F. Salud, Medicina y Educación Médica. Editorial Ciencias Médicas, 1985.
10. El nuevo plan de estudio para la carrera de Medicina. Vicerrectoría de Desarrollo. Instituto Superior de Ciencias Medicas de la Habana 1984.
11. Muller, S. PA.D Project Panel on the General Professional Education of the Physician and College Preparation for Medicine. Association of American Medical Colleges. 1983.
12. Engel, G. Are Medical Schools Neglecting Clinical Skills, JAMA. 236:861-863,1976.
13. Griner P.F; and Glaser R.J. Misuse of Laboratory Test and Diagnostic Procedures. N. Eng J. Med. 307:1336-1339, 1982.
14. Tosteson, D.C. Learning in Medicine. N. Enge J. Med. 301:690-694, 1979.
15. Poole, A.D. and Sauon-Fisher, R.W. A neglected aspect of Medical Education. Soc. Sc. Med.
16. Leontiev, A .N. Actividad, conciencia, personalidad. Edit. Pueblo y Educación, Cuba, 1981.
17. Davydov, U U. Tipos de Generalización de la enseñanza. Editorial Pueblo y Educación, Cuba.
18. MINSAP. Viceministerio de Docencia. Orientaciones metodológicas sobre la Ecuación en el trabajo. Cuba, 1991.

Revisión y corrección de estilo: Dr. Suiberto Hechavarria Toledo.