

La municipalización de la enseñanza de la clínica

Teaching municipalization of Clinics

Miguel Ángel Blanco Aspiazú^I; Roberto Suárez Bergado^{II}; Josefina Fernández Camejo^{III}; Marino Gabriel Canelles Pupo^{IV}; Justo Ramírez Chávez^V

^IDoctor en Ciencias Médicas. Especialista de II Grado en Medicina Interna. Profesor Titular. Facultad de Ciencias Médicas Finlay-Albarrán. La Habana, Cuba.

^{II}Especialista de II Grado en Medicina General Integral. Especialista de I Grado en Medicina Interna. Facultad de Ciencias Médicas Finlay-Albarrán. La Habana, Cuba.

^{III}Especialista de I Grado en Medicina Interna. Hospital Clínicoquirúrgico "Calixto García". La Habana, Cuba.

^{IV}Especialista de II Grado en Medicina Interna. Profesor Auxiliar. Master en Ciencias. Facultad de Ciencias Médicas Finlay-Albarrán. La Habana, Cuba.

^VEspecialista de I Grado en Medicina Interna. Instructor. Hospital Militar Central "Carlos J. Finlay". La Habana, Cuba.

RESUMEN

Se exponen criterios de los autores sobre los cambios que impone la municipalización de la enseñanza a la asignatura Propedéutica Clínica. Cambios en el contenido dados por una morbilidad desplazada al período preclínico y de riesgo de los síndromes, por la edad más amplia del paciente en la atención primaria con respecto al de los hospitales de adultos, que tampoco incluyen embarazadas. Se plantearon retos a afrontar en la dirección del proceso docente y algunas vías para conciliar las ventajas de la municipalización con las dificultades de un período de cambio. Se trazan, como estrategias principales, el trabajo metodológico y el aprendizaje propedéutico y clínico como estrategia curricular.

Palabras clave: Municipalización de la enseñanza, Propedéutica Clínica, proceso docente, trabajo metodológico.

ABSTRACT

The author's criteria on changes required by teaching municipalization to Propedeutics Clinic as subject are exposed as well as the changes in content due to a shifted morbidity to preclinical period and the syndrome risks by a broader patient's age in primary care regarding that of adult hospitals without inclusion of pregnant. Challenges to be faced in Teaching Process Management and some ways to reconcile the municipalization advantages and the difficulties of a change period are posed. The main strategies were: the methodological work and propedeutic and clinical learning as a curriculum strategy.

Key words: Teaching municipalization, Clinical Propedeutics, teaching process, methodological work.

INTRODUCCIÓN

Las transformaciones del plan de estudio y el desplazamiento de los escenarios docentes a la Atención Primaria de Salud (APS), exigen una adaptación del proceso docente en relación con el aprendizaje de la clínica. Teniendo en cuenta que la clínica se encuentra en época de crisis, al nivel mundial, puesta de manifiesto mucho antes de aplicarse el proceso de municipalización en Ciencias Médicas en Cuba con la magnitud actual,¹⁻⁴ se harán algunas consideraciones referentes a las implicaciones de la municipalización sobre el aprendizaje de la clínica en pregrado de la carrera de medicina.

DESARROLLO

La universalización de la enseñanza

La idea de la universalización de la enseñanza tiene raíces muy tempranas en el proceso revolucionario cubano. En el discurso de clausura del VIII Congreso de la Unión de Jóvenes Comunistas, en el Palacio de las Convenciones, el 5 de diciembre de 2004, Fidel planteó: "En el transcurso de la Batalla de Ideas se alcanzó un viejo sueño: la universalización de la educación superior, abriendo el acceso a las universidades a todos los jóvenes egresados de los Programas de la Revolución y a los trabajadores en general".⁵ La universalización de la Educación Superior, persigue lograr mayor justicia social y alcanzar un nivel superior en la cultura integral de los ciudadanos sin que el índice académico sea el criterio fundamental de decisión. Como un elemento añadido muy de manifiesto en las ciencias médicas se presenta la municipalización con la extensión del proceso docente a todos los municipios del país, de manera que se estudie en el propio entorno laboral del futuro profesional. Después de aproximadamente 2 siglos de enseñanza en hospitales, la medicina se aprenderá en los propios espacios donde se desempeñará

el Médico General Básico una vez graduado. Sin embargo, si bien constituye un paso en el sentido correcto, este es un proceso que impone retos a la educación médica pues el nuevo contexto exige romper las barreras subjetivas de resistencia al cambio y crear las condiciones para un proceso docente eficiente para la enseñanza de la clínica.

La clínica y su valor para el generalista

Tal como nos plantea el profesor *Ilizástigui*: "La medicina es una ciencia aplicada, práctica y humanística, no una ciencia pura. Los médicos no buscamos conocimientos de la salud y la enfermedad para nuestra plena satisfacción. Nosotros buscamos conocimientos para usarlos en el futuro en los objetivos de la medicina: la promoción, la prevención, la curación y la rehabilitación de las enfermedades de nuestros pacientes y nuestras poblaciones".⁶ La medicina busca la solución de los problemas de salud del individuo y de la comunidad y en el caso de la atención a los individuos, es la clínica la ciencia más importante.

"La clínica no es más que la ciencia misma aplicada a la cabecera del enfermo. Más que una rama peculiar de la medicina, comprende todas aquellas que tienen una aplicación junto al paciente y, sin lugar a dudas, constituye la más importante de las enseñanzas médicas, porque es ella, al integrar los conocimientos adquiridos antes de su práctica, la que verdaderamente forma al médico como curador de enfermos".⁷ Coincidiendo con este criterio, los médicos generales básicos deben resolver el 80 % de los problemas de salud que plantean sus pacientes en las APS. La solución de dichos problemas requiere de un enfoque que tome en cuenta al paciente como miembro de una familia, un colectivo de trabajo o estudio, una comunidad determinada. Es decir, que se trata realmente de un enfoque clínico epidemiológico, que si bien en los escenarios hospitalarios se utiliza, en la APS es mucho más relevante. El método clínico que debe aplicar el Médico General Básico incluye las mismas etapas clásicas, pero los problemas de salud que deben enfrentar y el contexto, difieren de los que se presentan en los hospitales.

Relación entre desarrollo de habilidades clínicas y municipalización de la enseñanza

La formación médica está orientada a satisfacer de forma óptima las necesidades de salud del individuo como parte de su comunidad. Por ello en el diseño del *currículum* se desea un incremento en los contenidos en las áreas de ética, ciencias sociales, comunicación, humanidades médicas, antropología e historia de la medicina. Se tiende a establecer un equilibrio curricular entre las áreas centradas en "la enfermedad" y las centradas en "la salud"; entre las centradas en la curación y la rehabilitación y las centradas en la promoción, prevención y educación para la salud así como entre las actividades teóricas y las prácticas, dando privilegio a estas últimas, mediante la educación en el trabajo. Se insiste en el desarrollo de conocimientos y habilidades para el desempeño exitoso en la dimensión interpersonal de la atención médica priorizando las actividades comunicativas. Se prioriza la formación de generalistas especializados en equilibrio con especialistas de perfil estrecho. En el tema de la evaluación, tanto en la formativa durante el proceso de enseñanza/aprendizaje como en la certificativa, se otorga prioridad a la evaluación de habilidades prácticas.⁸ Todas las tendencias mencionadas se deben manifestar en las nuevas condiciones de aprendizaje de las habilidades clínicas.

En consonancia con estas tendencias, el plan de estudio de Medicina que inició su aplicación en el curso 1985-1986 ha tenido modificaciones dirigidas fundamentalmente al incremento del número de horas lectivas en APS. Ello

corresponde con el propósito de formar médicos generales que se enfrenten durante su etapa de aprendizaje a los problemas que en el futuro como profesionales tendrán la responsabilidad de afrontar.⁹ En la actualidad se ha avanzado mucho en el camino de convertir a la asignatura Medicina General Integral (MGI) en la disciplina rectora de la carrera. Por otro lado, al irse incorporando las asignaturas del llamado ciclo básico a la APS se crea un elemento importante para hacer más flexible y, a la vez más pertinente, el contenido de esas asignaturas básicas para el aprendizaje de la clínica pues se parte de problemas prácticos para el aprendizaje. También se han municipalizado asignaturas como Propedéutica, Medicina Interna y de otras especialidades médicas, con asistencia de los educandos a los hospitales para complementar algunos conocimientos y habilidades que no pueden recibir allí. Es precisamente el contenido objeto de aprendizaje, un componente que requiere un reanálisis más profundo.

Por un lado, si se parte del tipo de paciente que suele acudir a los diferentes espacios asistenciales de la APS, será fácil notar que los pacientes con los síndromes y entidades nosológicas descritos en los textos básicos de muchas asignaturas se verán por los estudiantes en un momento evolutivo diferente y con una frecuencia diferente a como se ven en los hospitales. Por ejemplo, el estudiante podrá asistir más a pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, con enfermedades de transmisión sexual, cefalea, sacrolumbalgia, también embarazadas y niños pequeños en puericultura, entre otros.¹⁰⁻¹² El médico del consultorio, a diferencia del internista, tiene un rango de edades mucho más diverso y es él quien debe enseñar la propedéutica y la clínica propia de diferentes especialidades médicas hasta el nivel de actuación que le es pertinente. En este sentido, la creación del libro de la especialidad Medicina General Integral es un gran paso de avance en la definición del contenido y debería seguirse reformando por sus autores con el propósito de que llegue a ser el libro de texto básico de la asignatura MGI en sus diferentes momentos del plan de estudio donde aborde temas de Medicina Interna, Cirugía, Urología, Ginecología, etc., pero de la forma pertinente al perfil profesional del Médico General Básico que debe ser muy parecido al del especialista en MGI. Quedarían los libros de las otras especialidades como textos de consulta y para el posgrado de las mismas. En el caso de la Propedéutica, que es una asignatura preclínica, la reformulación del contenido debe seguir el mismo sentido de pertinencia. Por ejemplo, lo tradicional ha sido limitar el contenido propedéutico al paciente adulto pues además esta asignatura es impartida por internistas fundamentalmente, sin embargo, en los nuevos escenarios no solo cambia al profesor, sino que cambia el tipo de paciente, lo que obliga a revalorar el momento más oportuno para aprender la propedéutica del niño, el anciano y la mujer embarazada. Las opciones son varias según el tipo de diseño curricular que se asuma, ya sea por módulos centrados en sistemas orgánicos, por disciplina o especialidades médicas, etc.

Por otro lado, se debe redirigir el aprendizaje propedéutico y clínico, en general, a la detección precoz de muchas enfermedades que constituyen problemas de salud, en primer lugar al nivel del país y, en segundo lugar, en otros países donde podrán trabajar los graduados o en determinadas zonas del propio país donde existan problemas de salud particulares. En este sentido, los síndromes, pero especialmente los síntomas y signos que denuncian los estadios precoces en el proceso salud enfermedad tienen que ser mejor definidos e incluidos en el contenido propedéutico de la clínica.

La atención al paciente en la APS ocurre en períodos evolutivos diferentes a los del hospital. Existe un período de salud "aparente real", uno de riesgo para la salud, otro de enfermedad en período preclínico, enfermedad en período de estado que puede ir seguido de un período secuelar, de otro final que conduce a la muerte o

uno de recuperación de la salud para la enfermedad en cuestión donde se puede incluir la rehabilitación. Solo contactando con los enfermos en todos estos períodos el estudiante podrá adquirir ese tipo de experiencia significativa. En otros países se han señalado algunas limitaciones relativas al aprendizaje de la clínica en la comunidad,¹³ como las limitaciones pedagógicas de los instructores, la variabilidad del *currículum* vivido, las dificultades para el monitoreo del desempeño del educando y muy asociado a esto, está el tiempo de separación espacial entre docente y educando. En el caso particular de los estudiantes en práctica preprofesional, en el sexto año de la carrera, es necesario que el docente y otros médicos ya graduados supervisen y orienten de manera adecuada los límites de actuación en cuanto a la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas, que pueden tener implicaciones legales siendo todavía un médico no graduado. En el caso de la entrevista médica, se ha reportado que, aunque existe tendencia a realizarla con mayor calidad por estudiantes de sexto año que por los de tercero,¹⁴ su aprendizaje no recibe suficiente atención en otros momentos de la carrera.¹⁵

De cualquier forma, la enseñanza de las habilidades clínicas no puede verse limitada a una asignatura sino que puede iniciarse tan pronto comienza el educando a enfrentarse al paciente y continuar desarrollándola a lo largo de la carrera, o sea, debe integrarse verticalmente y constituir una verdadera estrategia curricular. En el caso de la enseñanza de las habilidades comunicativas, exige que el educando se enfrente a los diferentes contextos en los que debe aplicarlas, estos incluyen, por ejemplo, la consulta de urgencia, la consulta programada, la consulta en el hogar, los momentos de dar malas noticias, el enfrentamiento al paciente moribundo, al paciente con enfermedad grave, al paciente con barreras comunicativas, entre otros.

Entre los componentes no personales del proceso docente, el más importante para el aprendizaje de las habilidades clínicas es el método de enseñanza. El método es el componente dinamizador del proceso enseñanza aprendizaje, es la vía para cumplir con los objetivos del proceso. El método de enseñanza determina el grado de asimilación de los contenidos. Los métodos de enseñanza de las habilidades son activos, es decir, no se aprende a interrogar y examinar enfermos sin enfrentarse a ellos ya sea durante las clases, la educación en el trabajo o en el estudio independiente. El profesor debe demostrar cómo se entrevista al paciente, darle a los estudiantes elementos teóricos, ponerlos a interrogar para retroalimentarlos. Se puede organizar la actividad docente con el paciente que llegue a la consulta sin necesidad de mucha preparación y aportar los elementos teóricos relacionados con ese paciente en particular. El resto de los educandos pueden observar a uno de ellos interrogando y examinando y luego emitir sus juicios de valor argumentando sus señalamientos, igualmente el mismo educando puede autoevaluarse y argumentar sus criterios sobre su actuación. O sea, se puede organizar la actividad docente de variadas formas según las condiciones y siempre garantizando 2 elementos, primero que el estudiante haga y segundo que sea retroalimentado. Seguramente el lector coincidirá con los autores al plantear que la dinámica de la docencia en cuanto a métodos de aprendizaje y formas de organización de la enseñanza deben seguir a la dinámica del trabajo médico especialmente en la arista asistencial. Factores como la cantidad de pacientes que asisten a un consultorio, el número de personas que estén esperando por ser atendidas, los motivos por los cuales asisten a una consulta los pacientes, la densidad del trabajo burocrático, entre múltiples factores, condicionarán la dinámica de la actividad docente en el consultorio médico, determinarán la necesidad de aprovechar las condiciones reales, de modificarlas a favor de la docencia sin deterioro de la asistencia, conducirán a revalorar la utilidad de otros escenarios de APS y hospitalarios presentes en los municipios, requerirán de un análisis profundo del tiempo disponible para la docencia de los médicos, la necesidad de gestionar los recursos

humanos docentes para fortalecer más la APS y centrar cualquier propuesta de cambio en lograr el aprendizaje de la clínica pertinente. Las soluciones deben ser las apropiadas a las complejidades particulares de cada municipio. Otro elemento que pone en tensión la maestría pedagógica en cuanto a dinamismo en método y formas de organización de la enseñanza, es la diversidad cualitativa de los estudiantes que ingresan por tan diversas vías como evidencia de justicia social.

Para que la enseñanza transcurra de forma eficiente, uno de los componentes personales del proceso, el profesor, desempeña un papel central y para ello necesita preparación.

Algo que requiere atención son las condiciones de trabajo docente. No se trata solo de crear esas condiciones ideales, sino que hay que aprovechar las condiciones reales existentes y utilizarlas con eficiencia. El aprovechar las condiciones para lograr que los alumnos adquieran y desarrollen las habilidades clínicas, tiene que ver con la motivación, la capacitación de los docentes y su disponibilidad del tiempo y, por último, algo estratégico, la factibilidad dependiente de los recursos humanos y materiales disponibles. En el caso particular de los recursos es un elemento que periódicamente los directivos del proceso docente deben revisar. El trabajo docente y científico metodológico, asume un papel importantísimo en las nuevas condiciones de un claustro docente por lo general joven y en fase de desarrollo, tanto en el campo pedagógico como en el de la asistencia médica. Los Diplomados en Educación Médica, no de ciencias pedagógicas, impartidos por los profesores más capacitados, sean médicos o no, deben ser tarea permanente de cada municipio. La precisión de las orientaciones metodológicas para las diferentes formas de educación en el trabajo en APS y el estudio independiente pueden contribuir también. Es necesario también aplicar la observación directa y contar con instrumentos evaluativos válidos y confiables.

La experiencia de los últimos años ha aportado que no se puede ver el trabajo docente en la comunidad como algo privativo de las facultades, sino como un tema más que requiere de la intersectorialidad al nivel de cada municipio.

Finalmente, en cualquier espacio docente no se puede perder de vista el paradigma biosicosocial que emerge y en el cual se enmarcan los cambios hechos al programa y el estilo de atención médica centrado en el paciente, que persigue dar respuesta a las interrogantes: ¿Qué enfermedad tiene el enfermo? ¿Cuál es su padecer? ¿Va a cooperar con el plan diagnóstico terapéutico? ¿Cuáles son sus expectativas? ¿Qué barreras existen para la comunicación? El trabajo comunitario del estudiante y el profesor con el conocimiento del ambiente familiar o del barrio constituye una ventaja para responder las interrogantes anteriores.

Se concluye que las barreras y contradicciones señaladas son propias de un período de tránsito revolucionario como el que se da en la educación médica cubana. En este caso, es más importante reconocer su existencia y especialmente buscar su solución, lo cual sería la fuente del desarrollo. Las propuestas de solución de estos autores son:

- Capacitar a los docentes no solo desde el punto de vista pedagógico sino también en el dominio de sus habilidades clínicas en el contexto del nuevo paradigma de atención centrado en el paciente con enfoque biosicosocial. Está implícito en este planteamiento que desde el pregrado hasta el posgrado debe venir esa capacitación, pues son los mismos médicos especialistas los que impartirán la docencia. Además implica ser capaces de aprovechar las condiciones de trabajo para ejercer la docencia. Es este el mayor reto.

· Lograr que en el *curriculum* el dominio del método clínico constituya realmente una estrategia curricular, es decir, que en la asignatura rectora, también constituya objetivo de aprendizaje priorizado, junto al enfoque comunitario y social de la atención médica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Blanco Aspiazú MA, Hernández Azcuy O, Moreno Rodríguez MA, Bosh Bayard RI, Méndez Rosabal A. Diferencias en la calidad de la anamnesis en alumnos de tercer y sexto años de medicina. Rev Cubana Med Milit. 2002; 31(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0138-655720020004&lng=es&nrm=iso
2. Engel GL. Are medical schools neglecting clinical skills? JAMA. 1976; 236(7): 861-3.
3. Jonhson JE, Carpenter JL. Medical house staff performance in physical examination. Arch Intern Med. 1986; 146: 932-40.
4. Noel JL, Jerber JE, Caplow MP, Cooper JF, Pangaro MJ, Harvey J. How well do internal medical faculty evaluate the clinical skills of residents. Ann Intern Med. 1992; 117: 757-65.
5. Discurso pronunciado por *Fidel Castro Ruz*, Presidente de la República de Cuba, en la clausura del VIII Congreso de la Unión de Jóvenes Comunistas, Palacio de las Convenciones, Ciudad de La Habana, 5 de diciembre de 2004.
6. Ilizástigui F. La ciencia clínica como objeto de estudio. Bol Ateneo "Juan Cesar García". 1996 4: 9-10.
7. Delgado G. Nacimiento y desarrollo histórico de la clínica. Bol Ateneo "Juan Cesar García". 1996; 4: 1-6.
8. Borroto R, Lemus ER, Aneiros Riba R. Atención primaria de salud. Medicina familiar y educación médica. 1998.
9. Pernas Gómez M, Arencibia Flores L, Ortiz García M. El plan de estudio para la formación del médico general básico en Cuba: Experiencias de su aplicación. Rev Cubana Educ Med Super. 2001; 15(1): 9-21.
10. Díaz Novas J, Salado Monteagudo C. Morbilidad general en un consultorio del Médico de la Familia. Estudio de un año. Rev Cubana Med Gen Integr. 1989; 5(3): 351-61.
11. Díaz Novas J. Algunos datos estadísticos sobre morbilidad e invalidez temporal de utilidad para el médico de la familia. Rev Cubana Med Gen Integr. 1992; 8(2): 178-80.

12. Vera Miyar CR, Fernández Aspiolea E, Alonso Freyre JL, Basanta Marrero L, Zuazaga Cabrera G. Comportamiento del ingreso en el hogar. Rev Cubana Med Gen Integr. 2001; 17(5):429-34.

13. Gordon MJ, Hadac RR, Smith CK. Evaluation of clinical training in the community. Academic Medicine. 1977;52:888-95.

14. Blanco AMA, Hernandez AO, Moreno RMA, Bosch BRIO, Méndez RA. Diferencias en la calidad de la anamnesis en alumnos de tercer y sexto años de medicina. Rev Cubana Med Milit. 2002;31(4).

15. Moreno Rodríguez MA. El diagnóstico médico. Principios seculares y problemas actuales. La Habana: Ed. Científico-Técnica; 2001.p.69-70.

Recibido: 14 de enero de 2009.

Aprobado: 21 de mayo de 2009.

Dr. *Miguel Ángel Blanco Aspiazu*. Correo electrónico: aspiazu@infomed.sld.cu