

El ingreso en el hogar y la municipalización de la enseñanza de la medicina

Home admission and the municipalization of medical education

Rita Campillo Motilva

Especialista de II Grado Medicina Interna. Máster en Infectología. Profesora Auxiliar de la Sede Universitaria Municipal de Ciencias Médicas de Habana del Este, municipio Habana del Este, La Habana, Cuba.

RESUMEN

Se hace una revisión sobre el ingreso en el hogar, desde sus orígenes hasta la actualidad, pues se trata de una atención médica domiciliaria continua a pacientes con determinados requisitos bien implementados en la Carpeta Metodológica del MINSAP, la cual rige su funcionamiento, y dentro de cuyas ventajas se cita la de no separar al paciente de su medio, y comprometer a la familia y la comunidad en su cuidado. Se analizan, además, las características de la enseñanza de la medicina en Cuba, especialmente con su municipalización, al crearse los Policlínicos Universitarios que requieren de nuevos escenarios docentes, y, particularmente, lo relacionado con el pase de visita médico, actividad esta de educación en el trabajo exclusiva de las ciencias médicas, para lo cual contamos en la atención primaria de salud con el ingreso en el hogar, donde el profesor y los alumnos podrán unir objetivos docentes y asistenciales al visitar a los pacientes ingresados en su domicilio, así como analizar los problemas de salud que lo aquejan con un enfoque clínico, epidemiológico y social.

Palabras clave: Ingreso en el hogar, policlínico universitario, pase de visita.

ABSTRACT

A review of home admission since its origins up to now is made, since it is a

continuous home medical attention to patients with specific requirements that are well implemented in the Methodological Folder of the Ministry of Public Health, which rules its functioning. One of its advantages is that it does not separate the patient from his environment and that it compromises the family and the community in his care. The characteristics of medical education in Cuba, starting especially from its municipalization with the creation of the Teaching Polyclinics that require new teaching settings and, particularly, of what is related to the grand medical round, an exclusive educational activity of the medical sciences, are analyzed. To this end, we count on home admission at the primary health care level, where the professor and the medical students can join teaching and health care objectives by visiting those patients admitted at home and they can also analyze the health problems affecting them with a clinical, epidemiological and social approach.

Palabras clave: home admission, teaching polyclinic, grand medical round.

INTRODUCCION

La *hospitalización a domicilio* surge en las últimas décadas del siglo pasado como un dispositivo asistencial alternativo a la hospitalización convencional,¹ para mejorar la gestión de los recursos de salud pública, reducir el gasto sanitario y proveer de servicios al paciente de forma más eficaz.

Desde tiempos remotos los médicos visitaban a sus pacientes en el hogar para brindarles atención; no había hospitales, y las personas, sobre todo las que no podían deambular, recibían asistencia médica en sus casas.² En la edad media surgieron los primeros hospitales y se fueron desarrollando paulatinamente. En el siglo XIX, sobre todo en su segunda mitad y finales, las visitas médicas al hogar fueron disminuyendo poco a poco.³

En nuestro país, antes de la Revolución, recibían visitas médicas en el hogar los que podían pagar la medicina privada, los usuarios de algunas clínicas mutualistas, así como algunos pacientes pobres beneficiados con las llamadas Casas de Socorro.

Con la creación en 1984 del modelo del Médico y Enfermera de Familia se implanta el ingreso en el hogar, que podemos definir como la atención médica domiciliaria continua a pacientes que necesitan de un seguimiento diario de su enfermedad, y que no requieren para su diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, de su permanencia en el hospital, pero sí precisan de encamarse, aislarse o reposar.⁴ Permite, igualmente, la evaluación y atención de enfermedades agudas en casos de que el paciente tenga dificultad para trasladarse al consultorio porque esté muy enfermo o débil, tenga fuertes dolores, o sea muy anciano. Además, puede realizarse la atención a pacientes con enfermedades crónicas o discapacidades.⁵

Esta modalidad permite un egreso más rápido del hospital, es una alternativa aceptable para la atención institucional a largo plazo y para los que sufren una discapacidad seria y permanente; además, es económicamente más eficiente que el ingreso en el hospital.⁶ Tiene como ventaja que los pacientes se enfrentan mejor a su enfermedad si permanecen en un ambiente familiar; en el caso de los ancianos

el ingreso en el hospital puede tener consecuencias indeseables motivadas por la separación de su medio.⁵ La atención a los pacientes terminales y moribundos es otra de las justificaciones del ingreso en el hogar, la muerte con dignidad es más fácil cuando el paciente muere en el ambiente que le dio significado a su vida, y en compañía de aquellos cuya presencia le proporcionó la mayoría de las recompensas de su vida.⁶ Aunque la ciencia de la medicina probablemente pueda ejercerse en forma más correcta en un ambiente bien equipado, el arte de la medicina se aplica mejor en el hogar del paciente.

DESARROLLO

La academia de medicina en Cuba ha desplazado su eje de formación hacia la comunidad, en su modalidad de *municipalización* de los estudios universitarios,⁷ para ubicar a los estudiantes desde el primer año de la carrera en el escenario donde se desempeñarán como profesionales, con lo cual se familiarizan rápidamente con la población y las problemáticas de salud de la comunidad, teniendo como medios importantes de enseñanza las tecnologías de la informática y las comunicaciones.

Por tal motivo el policlínico es el escenario principal de la formación del Médico General Básico (MGB) y el especialista en MGI, y adquiere la categoría de Universidad con el nuevo Proyecto de Policlínico Universitario (PPU),⁷ que es una suerte de policlínico fortalecido, dada la diversidad de sus servicios y la integralidad de las acciones que en él se desarrollan, ya que no solo comienzan en estos policlínicos, sino que durante todo el pregrado se forma al estudiante desde ese espacio, por lo que en el 5to. semestre de la carrera de Medicina el ingreso en el hogar se convertirá en el escenario docente para el pase de visita en la APS.

En el próximo curso nos enfrentaremos al inicio del ciclo clínico, donde los retos serán diferentes, y exigirán de los profesores toda la dedicación y el esfuerzo que requiere un proyecto que se ha perfilado como ejemplo de pertinencia con el perfil del egresado.

El pase de visita es una actividad de educación en el trabajo exclusiva de la educación médica,⁸ cuyos objetivos docentes y asistenciales están íntimamente relacionados. Es compleja, y persigue como fin que el estudiante desarrolle habilidades con la aplicación del método clínico, en el análisis y solución de problemas de salud, desde un enfoque biosicosocial.

Durante siglos se han visto fotos y cuadros donde un profesor discute la enfermedad de un paciente en su cama de reposo, rodeado de muchos educandos.⁹ De todos son conocidos los magníficos reportes artísticos de esta práctica, recogidos en pinturas, grabados, tallas en madera y xilografías desde el siglo XIV a la actualidad, en los que se resalta la importancia del quehacer médico a través del arte. Durante el proceso de formación del estudiante esta escena se repite día a día, donde un colectivo de profesionales atiende al paciente en su propia cama apoyados en un programa de estudio y trabajo.

Características del pase de visita docente

Tiene como objetivo general reafirmar la formación ideológica del educando en su formación humanista y política, y un objetivo específico en el estudio de cada paciente. La responsabilidad máxima en la conducción de la actividad la tiene el

docente, que debe controlar el desarrollo integral de la personalidad del estudiante. El profesor, como máximo responsable, debe tener un profundo rigor y nivel científico e ideológico.

Etapas del pase de visita

Se divide en: organización de la actividad, presentación del paciente, análisis colectivo y conclusiones. Estas últimas son responsabilidad del profesor, que llega al diagnóstico, evalúa la evolución del paciente y evalúa al educando, corrige, motiva, demuestra, enfatiza, esclarece modos de actuación, orienta los exámenes complementarios y la terapéutica; igualmente corregirá los errores, aportará elementos teóricos que no se hayan discutido, y orientará el estudio individual.

Funciones del docente

Atender, dirigir, supervisar y evaluar el trabajo individual de cada alumno. Profundizará en el proceso político-ideológico, siempre fundamentado en la formación de un MGB, y enfatizará en la importancia de la APS y la aplicación del enfoque clínico, epidemiológico y social de la Medicina.¹⁰

A su vez, debe fundamentarse en la educación problémica, partiendo de un problema que le dé respuesta a los objetivos del programa educacional. En la actividad *Pase de Visita* el problema ya existe, es el propio paciente, hay que tratar de solucionarlo, llegar a conclusiones, para después actuar.

CONCLUSIONES

Por todo lo anterior el ingreso en el hogar mantiene su vigencia y será parte importante de la formación médica actual.

En el logro de la excelencia del proceso docente del PPU, está hoy la mayor reserva de calidad y desarrollo en el nivel primario de atención médica en Cuba. La comunidad es ahora el eje de formación de la academia de medicina en Cuba, definitivamente, y para el bien de muchos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Saura de la Torre I, Hernández Vergel L, Rodríguez Brito ME. Ventajas del ingreso en el hogar como forma de atención ambulatoria. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 1998; 14(5):494-8.
2. Eytsemitan F. Care of elderly persons in the family: an approach based on a development model. *Psychol Rep.* 2000 feb; 86(1):281-6.
3. Díaz Novás J, Gallego Machado BR, León López R. La visita médica al hogar. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2007; 23(1).
4. MINSAP. Carpeta Metodológica. 1996.

5. Urbano Castillo A, Salinas Barrionuevo A, García Santaella F, Mayorga Montiel FM, Bueno Martín AV. Hospitalización a domicilio, una alternativa a la atención hospitalaria en el domicilio del anciano. GERIATRIANET.COM. 2000;2(2).
6. Viña Pérez O, López Montaña JL, Gafas González C, Duménigo Arias O. Ingreso domiciliario en un consultorio del médico de la familia. Rev Electrónica Archivo Médico de Camagüey. 2002;6(1).
7. Sansó Soberats FJ. El policlínico universitario. Rev Cubana Med Gen Integr. 2006;22(2).
8. Álvarez Rodríguez A, Gallardo Gálvez JL. El pase de visita docente asistencial. Rev Ciencias Méd La Habana. 2000;6(2).
9. Espinosa Brito A. Ética en el pase de visita hospitalario. Rev Cubana Salud Pública. 2006;32(4).
10. González Escalante A. Análisis de la situación de salud de la comunidad, su importancia como actividad docente en la atención primaria de salud. Educ Med Super. 2006;20(2).

Recibido: 30 de octubre de 2007.

Aprobado: 17 de abril de 2008.

Rita Campillo Motilva. Apartado Postal 21 048, Zona Postal Habana 25, municipio Habana del Este, Ciudad de La Habana, Cuba. E mail: alamar@infomed.sld.cu