

COMENTARIOS

Formación de habilidades profesionales en la enseñanza de la pediatría. Evolución histórica y tendencias

Training of professional skills in the teaching of pediatrics. Historical development and trends

Dra. C. Emma Aurora Bastart Ortiz,¹ MsC. Reinaldo Reyes Mediaceja² y Dr. Ricardo Maure Pichín³

¹Especialista de II Grado en Pediatría. Máster en Educación Médica y en Atención Integral al Niño. Doctora en Ciencias Pedagógicas. Profesora Auxiliar. Hospital Infantil Sur, Santiago de Cuba, Cuba.

²Especialista de II Grado en Administración de Salud. Máster en Atención Primaria de Salud. Profesor Auxiliar. Policlínico Docente "Camilo Torres Restrepo", Santiago de Cuba, Cuba.

³Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Instructor. Policlínico Docente "Camilo Torres Restrepo", Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se realizó una investigación observacional analítica, de carácter histórico, sobre las tendencias de la enseñanza de la pediatría, fundamentalmente a partir de 1959 en Cuba; para ello, los indicadores analíticos incluyeron la formación de habilidades profesionales en el proceso de enseñanza-aprendizaje en esa especialidad, atendiendo a la estructuración del modelo de profesional y la visión para el cambio paradigmático de formación en la carrera de medicina (de la tendencia curativa a la sociomédica).

Palabras clave: pediatría, formación de habilidades profesionales, evolución histórica del proceso enseñanza-aprendizaje.

ABSTRACT

An analytical observational research of historical character on the trends of the teaching of pediatrics, primarily from 1959 in Cuba was conducted. Thus, analytical indicators included the training of professional skills in the teaching-learning process in that specialty based on the structure of the professional model and vision for the paradigm change of the training in medical career (from curative to socio-medical tendency).

Key words: pediatrics, training of professional skills, historical development of the teaching-learning process.

INTRODUCCIÓN

La formación de médicos en Cuba se inició en 1726, dos años antes de la fundación de la Universidad de la Habana (1728), por los frailes dominicos, religiosos de la orden de predicadores de San Juan de Letrán de La Habana, quienes habían solicitado la autorización real para fundar una universidad bajo el patrocinio de la iglesia en 1670; pero no fue hasta 1842 cuando comenzó la enseñanza de las habilidades profesionales para el diagnóstico y tratamiento en los niños. Sin embargo, no se recoge de manera explícita cómo se materializó y conceptualizó la formación de dichas habilidades, aunque se refieren a manifestaciones de este fenómeno que permiten inferirlo.¹

Historiadores de la medicina de diferentes especialidades, entre ellos los pediatras, han incursionado sobre la evolución de la enseñanza de esa disciplina en Cuba.

En la literatura médica consultada se definen 3 grandes etapas en la historia de la medicina cubana, relacionadas con períodos de la historia del país a partir de 1492 (colonia, neocolonia y revolución en el poder), periodización que se asume.

Se reconoce que en las etapas colonial y neocolonial están los antecedentes de la problemática que se estudia y sobre estas se asumen los criterios de G. Delgado García (1979), F. Ilizástigui Dupuy (1985), L. Córdova Vargas (1996) y AI. Baños Alfonso (2008).

En la etapa de la colonia, la enseñanza de la pediatría comenzó en 1842. En este período existieron 6 reformas universitarias (1842, 1863, 1887, 1899, 1900, 1901), aunque no impactaron de forma importante.^{1,2}

Durante la intervención norteamericana se produjeron algunos cambios, introducidos por el Plan Lanuza y luego por el Varela, que en un intento de vincular la teoría con la práctica, se asoció la cátedra de enfermedades de la infancia, con una clínica para el ingreso de pacientes, a fin de dar tratamiento a la enseñanza de habilidades, fundamentalmente para el diagnóstico y tratamiento.

En 1906 se hace cargo de la asignatura, con carácter de profesor auxiliar interino, la figura cubana más eminente de la Pediatría, el Dr. Ángel Arturo Aballí Arellano.

A comienzo de siglo se creó el servicio para niños en el Hospital No. 1 "Calixto García", que junto con el de Nuestra Señora de las Mercedes, constituyeron los pilares fundamentales para crear la escuela para pediatras cubanos; pero, a pesar de esto se mantuvo una enseñanza que utilizaba solo los métodos expositivos pasivos y memorísticos, sin un tratamiento adecuado para la formación de habilidades profesionales en función de la atención al niño. De hecho, la formación de los médicos no respondía a las grandes necesidades de la población, con un enfoque eminentemente curativo, individual y biologicista, aspecto que caracterizó a las etapas colonial y neocolonial.

Con el triunfo de la Revolución se inició una etapa que se extiende hasta la actualidad, sobre la cual no se hace referencia de forma directa en la bibliografía consultada, es decir, cómo transitó hacia la formación de habilidades profesionales, sobre todo las relacionadas con la estructuración; de modo que en su análisis se infieren las transformaciones sociales y sanitarias que se llevan a cabo respecto a la salud maternoinfantil.²

La periodización es considerada como la abstracción por medio de la cual se separan en un momento determinado del flujo ininterrumpido de la historia para otorgarle un carácter de ruptura o viraje. (Miranda A. Evolución histórica-educacional y pedagógica de la formación del maestro primario en Cuba desde 1898 hasta 1952 [trabajo para optar por el título de Doctor en Ciencias Pedagógicas]. 2005. Instituto Superior Pedagógico "Frank País García", Santiago de Cuba). Esta, en la etapa que se propone se fundamenta en la concepción teórica y práctica asumida de la formación de las habilidades profesionales para la atención al niño y al adolescente, en el proceso de enseñanza-aprendizaje, en la carrera Medicina y se basa en los indicadores siguientes: ³

- Tratamiento a la formación de habilidades profesionales en el proceso de enseñanza-aprendizaje en pediatría atendiendo su estructura en función del modelo de profesional.
- Visión para el cambio paradigmático de formación en el proceso de enseñanza-aprendizaje (medicina curativa a la medicina sociomédica).

Sobre estos presupuestos se identifican los hitos que determinan estos períodos ⁴

I. 1959-1962. Estructuración de la formación del médico sobre nuevas bases

El triunfo de la Revolución determinó profundas y trascendentales transformaciones políticas, económicas y sociales que se manifestaron en la Universidad por un cambio definitivo hacia la reforma, dado fundamentalmente por la apertura de sus aulas a todo el pueblo, la participación estudiantil en la dirección universitaria, el sistema de becas y el desarrollo de las facultades.

En esta etapa se produjo un éxodo masivo del personal docente de la Escuela de Medicina hacia los Estados Unidos de Norteamérica. La educación médica, estancada hasta ese momento, experimentó grandes transformaciones, encaminadas a incrementar el número de médicos y estomatólogos y mejorar la accesibilidad de la población a los servicios estatales de índole sanitaria.

Para asumir la nueva responsabilidad de ayudar a cubrir las demandas del pueblo, se crea el Sistema Nacional de Salud, en febrero de 1960, y en 1962 se fundó el Instituto de Ciencias Básicas y Preclínicas "Victoria de Girón", con un escaso número de profesionales.

En estos primeros años se reformaron sustancialmente los planes académicos y la dinámica del proceso de enseñanza-aprendizaje, con el fin de subsanar insuficiencias en la formación precedente, crear bases sólidas en los estudiantes mediante una enseñanza práctica como complementación de la teórica, distribuir racionalmente el tiempo y aplicar el principio pedagógico de la combinación del estudio con el trabajo, para lograr que los educandos dejaran de ser objetos pasivos en el proceso docente-educativo y devinieran en participantes activos durante su preparación, a través de la labor directa en las unidades de salud y su cooperación en la solución de los problemas existentes. Más tarde se abrieron las facultades de medicina en Santiago de Cuba y Villa Clara.

- **Características de este período**

El tratamiento a la formación de las habilidades para la atención al niño en el proceso de enseñanza-aprendizaje tuvo un enfoque biologicista, individual y curativo, con una concepción que respondía a ese enfoque, cuyo principal escenario de formación (el hospital) marca su visión secundarista en la solución de los problemas de salud.^{1, 5}

II. 1962-1982. Proyección de la educación médica hacia la comunidad

El perfeccionamiento del Sistema de Salud y la imperiosa necesidad de una mejor atención al pueblo impusieron su ritmo a las facultades, lo cual determinó el diseño y los reajustes de programas de estudio; con vista a responder a tal requerimiento se implantaron 5 planes docentes entre 1962 y 1980, para que la formación del médico se correspondiera con su futura práctica profesional.

La ideología de la salud pública cubana, basada en la concepción social de la medicina, considera la salud como una necesidad primordial del hombre y de la sociedad en su conjunto; todo lo cual, unido a otros factores, generó cambios en la interpretación del proceso salud-enfermedad: de lo curativo a lo preventivo, de lo biológico a lo social y de lo puramente técnico a lo político.

Por otra parte, la determinación del proceso salud-enfermedad ocupa un rol importante en la concepción médico-social, ya que su solución teórica constituye un elemento medular, en tanto se trata de precisar los factores o elementos de la realidad que producen el movimiento hacia la salud o la enfermedad.⁴

Lo anterior condicionó que la educación médica y el tratamiento a la formación de habilidades se proyectara hacia la comunidad, con el fin de identificar sus problemas y necesidades de salud, de donde surgió el modelo de la medicina comunitaria, que mantenía los principios en los cuales se basaban los policlínicos integrales, pero con nuevos procedimientos que representaron avances en la atención ambulatoria al establecerse la sectorización, dispensarización, integralidad, trabajo en equipo, continuidad de la atención, regionalización y participación activa de la comunidad, lo que se reflejó en el tratamiento a las habilidades profesionales, diseñadas para responder a las nuevas necesidades que este novedoso modelo demandaba.

A pesar de la modificación y ampliación de las habilidades a formar en este tipo de médico, aún no se satisfacían totalmente las demandas de la población, debido a insuficiencias en la formación de habilidades profesionales que permitieran el perfeccionamiento existente en la atención médica y el desarrollo de especialidades y subespecialidades que no atendían de manera integral al individuo en su contexto familiar y social, en particular al enfrentar los problemas de salud del niño y su relación con la familia.

- **Características de este período**

Si bien se logró modificar el paradigma de formación del médico, ya que se evidenciaba un cambio positivo hacia la comunidad y aunque el tratamiento a las habilidades profesionales para la atención al niño y a los adolescentes abarcaron aspectos preventivos y médicos-sociales, no se constataba una definición de

estructura que se correspondiera con la formación de un médico en el modelo de la medicina comunitaria.

III. 1982-2002. Perfeccionamiento de la educación médica en la comunidad

De ese modo, y como respuesta a la iniciativa del Comandante en Jefe Fidel Castro Ruz, surgió la necesidad de crear una nueva especialidad: Medicina General Integral, que abarcara conocimientos clínicos generales, no solo de pediatría, sino de obstetricia, ginecología, medicina interna y cirugía, por citar algunas, por lo que en el carrera escolar 1982-1983 se formó el Destacamento de Ciencias Médicas "Carlos J. Finlay" sobre la base de la selección de los estudiantes y en el de 1983-1984 el modelo del médico de familia y la especialización en Medicina General Integral.

Todo esto demandó un sustancial cambio curricular que garantizara a los egresados dominar las habilidades profesionales que le permitieran aplicar los métodos epidemiológicos, clínicos y sociales, lo cual conllevó a una reestructuración del sistema de habilidades para la atención a niños y adolescentes, que abarcaba aspectos no solo curativos, sino preventivos y promocionales, cada vez con más destrezas y con un importante vínculo con la familia y la comunidad.

La evaluación de las perspectivas de planes salud para el 2000 y las condiciones económicas y sociales existentes en el país, plantearon la impostergable necesidad de perfeccionar la formación de las habilidades profesionales que garantizaran una actuación de perfil más amplio a los graduados de esa carrera y, como consecuencia obligada, se impuso la elaboración de un nuevo plan de estudios, cuya implantación comenzó en el curso escolar 1985-1986, el cual concebía a los egresados como médicos generales básicos.

Mediante este proceso se integraron los contenidos de las ciencias básicas, biomédicas y sociales, así como también de las ciencias clínicas con las higiénico-epidemiológicas, de acuerdo con la demanda de cada problema sanitario. En efecto, se precisaron los contenidos y objetivos específicos, se determinaron los niveles de profundidad y generalidad, así como el grado de dominio de las habilidades necesarias para la solución de los problemas de salud, lo que se reflejó en el sistema de habilidades profesionales para la atención al niño, aunque sin lograr que en su estructuración se observaran evidentemente la lógica de la ciencia, de la profesión, ni su carácter de sistema.

Características de este período

Deficiente diseño del sistema de habilidades en su adecuada estructuración y en su carácter de sistema, lo cual se reflejó en las insuficiencias en el desempeño del futuro médico general básico (MGB), que no le permitían cumplimentar su encargo social eficientemente. En esta etapa continuó el perfeccionamiento del cambio paradigmático, aunque sin lograr la visión sociomédica a la que se aspira.

IV. 2003-2009. Formación del médico general integral básico en el contexto de la universalización ⁶

En el curso escolar 2003-2004, con el continuo perfeccionamiento del proceso formativo del médico, comenzó el internado profesionalizante, de manera que los

estudiantes de sexto año de medicina, en su condición de alumnos internos, ejercieran un nivel de actuación en la atención primaria de salud cada vez más cercano, con la ayuda de los especialistas en medicina general integral, a fin de dotar a dichos educandos de una mayor capacidad para enfrentar y solucionar eficazmente los problemas relevantes que acontecieran en torno al individuo, la familia y la comunidad.

Mediante su inserción en los consultorios médicos de la familia estos brindan atención, a través de la práctica en medicina general integral y cumplen con todas las funciones establecidas para un graduado, entre las cuales se destaca la atención médica integral: a niños, adolescentes, embarazadas, adultos y familias, así como las actividades encaminadas al cuidado de la salud ambiental y comunitaria, función docente- educativa y de investigación ⁷ y funciones administrativas; una vez graduado, se le otorga la condición de Médico General Integral Básico (MGIB).

En el 2004 se ampliaron las oportunidades de acceso a los estudios universitarios, como una vía para extender y consolidar el saber de la población como parte de la formación de la cultura general integral que contribuye a alcanzar altos grados de equidad y justicia social, con ampliación de la cobertura y contextualización en escenarios reales. Es por ello que se ha llevado la universalización a todos los municipios, localidades y poblados, a la vez que se ha incorporado a los jóvenes egresados de diferentes programas sociales a los estudios superiores; también, se han creado sedes universitarias en todos los municipios y localidades.

Los profesionales del territorio trabajan como profesores a tiempo parcial, para ello se utilizan las instalaciones y recursos disponibles en cada municipio. Funciona un modelo pedagógico específicamente diseñado y se asimilan las nuevas tecnologías de información científica.

En este proceso se inició en todo el país, en el 2006, el Proyecto Policlínico Universitario, cuyos objetivos generales de este modelo formativo se resumen a continuación: ⁸

- Convertir los policlínicos y consultorios del médico de la familia en el escenario docente principal para la formación del MGIB, con el apoyo de las instituciones de salud del Sistema.
- Desarrollar estrategias para el aprovechamiento óptimo de todos los recursos y escenarios existentes tanto en los policlínicos como en la atención primaria, en función de la formación del estudiante de medicina.
- Estructurar el proceso docente educativo mediante métodos y medios de enseñanza, apoyados en los recursos informáticos (software educativo) y teleclases, así como en los documentos complementarios necesarios, además de otras herramientas que permitan o faciliten la impartición masiva de las actividades docentes de las distintas disciplinas en el nivel primario de salud.
- El desarrollo de esta estrategia se basa en los principios generales de la educación superior cubana, los fundamentos de la universalización de los estudios universitarios y las más profundas ideas de solidaridad y humanismo proclamadas por la máxima dirección del país como elementos esenciales en la formación de los jóvenes.

A pesar de las ventajas de este proyecto, por ser más integral y ajustarse a los propósitos del modelo del profesional con un enfoque sociomédico, desde el punto de vista del desarrollo del proceso docente educativo, aún se mantienen las

dificultades. A los efectos, al analizar el logro de las habilidades para la atención integral al niño y al adolescente se identificó la carencia de una estructuración lógica, lo cual impone el perfeccionamiento del proceso de enseñanza-aprendizaje en las nuevas condiciones de la universalización y como parte de la estrategia para reorientar el Sistema Nacional de Salud hacia la atención primaria y su pilar fundamental: el Programa del Médico y la Enfermera de la Familia.

Características de este período

Aunque se logró una mejor adquisición de las habilidades profesionales y un mayor vínculo con la familia y la comunidad, continúan las insuficiencias en aquellas relacionadas con la atención a niños y adolescentes, tanto en las básicas para el médico (diagnóstico y tratamiento) como en otras que complementan el desarrollo de actitudes y cualidades inherentes a la personalidad de un médico (humanista, solidario, responsable, revolucionario), que responda de forma creativa e independiente a las necesidades del pueblo cubano y de otras partes del mundo, con un desempeño de excelencia; en efecto, esto se atribuye, entre otras causas, a la carencia de una adecuada estructuración. Existe en este período un mayor vínculo al paradigma sociomédico.

Este análisis histórico reveló 4 tendencias

1. (1959- 1962) Formación de médicos emergentes cuyo perfil científico y sociopolítico estaba dirigido a dar respuesta a las necesidades de salud urgentes de la población

Predominio absoluto del paradigma biologicista de la medicina curativa e individual y tratamiento de la formación de habilidades profesionales concebidas para darle respuesta a este tipo de profesional.

2. (1962- 1984) Formación del médico general comunitario

De una medicina eminentemente individual se inserta el modelo de la medicina comunitaria; en el proceso de formación de este médico, las habilidades profesionales ocupan un lugar importante, lo cual le permite brindar mejores respuestas a las necesidades de la sociedad, aunque persisten insuficiencias para solucionar eficazmente los problemas de salud de niños, adolescentes, la familia y la comunidad en general.

3. (1984- 2004) Acercamiento formativo de la atención médica a la familia y a la comunidad. Formación del MGB

Continúa el cambio paradigmático hacia un MGB que domine en toda su magnitud los métodos epidemiológicos, clínicos y sociales, con un tratamiento a las habilidades profesionales que se quedan rezagadas con respecto al modelo del profesional, que a pesar de todas las transformaciones no satisfacen las necesidades de atención a niños, adolescentes y la familia, debido a que la estructuración de estas no responden al encargo social, de manera que no tienen en cuenta el desarrollo de actitudes y cualidades inherentes a la personalidad del médico, lo que le dificulta el adecuado desempeño de este.

4. (2004-2009) Apertura de la educación médica a todos los escenarios de la comunidad y su especificidad pediátrica con el apoyo de las nuevas técnicas de información científica. Formación del MGIB

El proceso docente educativo se sustenta en métodos y medios de enseñanza apoyados en los recursos informáticos (software educativos) y en teleclases para la impartición masiva de las actividades docentes en el nivel primario de salud y en la pediatría, con lo cual se logra un mayor acercamiento a la comunidad desde los primeros años de la carrera, así como a los objetivos del MGIB, aunque el proceso de enseñanza aprendizaje de la pediatría, a partir de la formación de habilidades profesionales para la atención al niño y al adolescente, evidencian dificultades en su sistema al no ser pertinente para la formación de la personalidad de ese profesional. Hay un mayor vínculo con el paradigma sociomédico.

CONCLUSIONES

El análisis histórico realizado en las diferentes etapas permitió revelar como tendencias generales el perfeccionando en los diferentes planes de estudio del diseño de las habilidades profesionales, necesarias al MGIB para la atención integral a niños y adolescentes, pero aún no se ha logrado una adecuada estructuración, en función del modelo del profesional, lo que se refleja en las insuficiencias en su modo de actuación. Por otra parte, se ha transitado de forma positiva del paradigma biologicista de la formación del MGIB al sociomédico, lo que se ha visto reflejado en la formación de habilidades profesionales que responden a ese paradigma.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rivera Michelena N. Un sistema de habilidades para la Carrera de Medicina. Maestría de educación médica [versión en CD-ROM]. La Habana: MINSAP, 2006 [consulta: 17 agosto 2008].
2. Arteaga Herrera J, Chávez Lazo E. Las escuelas de Medicina y la salud de la población. Presente y futuro. Rev Finlay 1991; 5(2):123-213.
3. González Rey F. Epistemología cualitativa y subjetividad. La Habana. Ed. Pueblo y Educación ,1997:114.
4. Araujo González R, Borroto Cruz R. Lecturas de Filosofía, Salud y Sociedad. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2000:318.
5. Arteaga Herrera J, Fernández Sacasas J. Manual de la enseñanza de la clínica. CD de la Maestría de Educación Médica. La Habana: ENSAP, 2006.
6. Mirabal JG, Amador Pérez E. La universalización de la educación superior. Impacto en el territorio de Los Palacios. <<http://www.ciget.pinar.cu/Revista/No.2004-4/universalizacion.htm> [consulta:11 noviembre 2010].

MEDISAN 2011; 15(7):1026

7. Arteaga Herrera JJ, Chávez Lazo E. Integración docente-asistencial-investigativa (IDAI). Rev Cubana Educ Med Sup 2000; 14(2):184-95.
8. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Resolución Ministerial No.278/ 2003. La Habana: MINSAP, 2003.

Recibido: 12 de abril de 2011

Aprobado: 22 de mayo de 2011

Dra. C. Emma Aurora Bastart Ortiz. Hospital Infantil Sur, avenida "24 de Febrero", nr 402, Santiago de Cuba, Cuba.