

Medicentro 1998, Supl 1**INSTITUTO SUPERIOR DE CIENCIAS MÉDICAS
VILLA CLARA****REFLEXIONES SOBRE LAS DIFICULTADES EXISTENTES EN LA FORMACIÓN
DEL MÉDICO GENERAL BÁSICO**

Por:

Dr. Dimas O González Rivera

Especialista de II Grado en Organización y Administración de Salud. Asistente de la Facultad de Medicina. ISCM-VC.

Resumen

Se analizó el resultado obtenido en la formación del médico general básico en la Facultad de Medicina de Villa Clara, con posterioridad a la aplicación del nuevo plan de estudios. Mediante el método de análisis de expertos se valoraron algunas de las dificultades, las que estuvieron condicionadas por un desbalance en la distribución del tiempo asignado a las disciplinas biomédicas, clínicas y sociomédicas, ya que a esta última se asignó menor número de horas. Esto dificultó conformar la personalidad del egresado como médico general básico. Asimismo, se valoró la influencia nociva de la masividad en las matrículas, por lo cual fue necesario incorporar personal no idóneo para la docencia y utilizar áreas que no poseían las condiciones necesarias para impartir clases. Por ello, muchos egresados rechazaron las actividades de atención primaria y la especialidad de Medicina General Integral. Se sugiere reformular el plan de estudios y realizar una adecuada selección de las áreas docentes.

Descriptores DeCS:

- EDUCACIÓN MÉDICA/métodos
- EDUCACIÓN MÉDICA/tendencias
- EDUCACIÓN MÉDICA/ organización y administración

Summary

Results of General Practitioner education in the medicine faculty of Villa Clara were analyzed after the implementation of the new study schedule. Several difficulties were assessed using the expert analysis method. An imbalance of time for clinical and socio-economic biomedical disciplines accounted for these difficulties; fewer hours were scheduled for the last ones. This made difficult the whole education of general practitioners. The negative influence of mass admission was also analyzed, as non-competent personnel were necessarily admitted for teaching and inadequate teaching areas were used. Thus many graduates rejected primary care activities and General Practice Specialty. A re-arrangement of the study schedule and an adequate selection of teaching areas are suggested.

Subject headings:

- EDUCATION, MEDICAL/methods
- EDUCATION, MEDICAL/trends
- EDUCATION, MEDICAL/organization and administration

Introducción

La carrera de Medicina en Latinoamérica ha estado influenciada, básicamente, por las ideas conceptuales de Abraham Flexner. En 1910, la fundación Carnegie de los Estados Unidos de América le encarga que prepare un estudio y emita conclusiones. Él arribó a criterios que tuvieron una influencia significativa en la formación del médico, y contribuyeron en las directrices que regulan este proceso, hasta nuestros días.

El modelo flexneriano establece una sólida formación en ciencias básicas, mediante disciplinas como Anatomía, Fisiología, Bioquímica, entre otras, las cuales se ubican, generalmente, en los primeros años de la carrera de Medicina. Concluido este ciclo, el alumno se desempeñará, básicamente, en los hospitales, donde desarrollará habilidades y conocimientos propios de este nivel, y predominará la atención directa al enfermo, como base fundamental de su formación. Estos principios de formación médica, de carácter biologicista, constituyen un sistema en el cual el aspecto esencial del quehacer médico es la atención al enfermo, y el centro operacional radica en el hospital. Los aspectos concernientes a la prevención y promoción de salud no se tratan prácticamente en esta concepción. Por ejemplo, el programa de formación médica de la Universidad de Filadelfia, con 1 300 horas anuales de clases, solamente dedicaba 32 a higiene. Los aspectos sociales que deben contemplarse en el proceso salud-enfermedad no se tenían en cuenta, pues se consideraba que los problemas de salud los soluciona el médico ante su enfermo.

Las generaciones de médicos en Latinoamérica y en nuestro país se formaron, en su mayoría, con estos principios o con sus variantes, que respetaban en esencia estas ideas.

Cincuenta años después del informe de Flexner, comienza también en los EE. UU el estímulo a la creación de departamentos de medicina preventiva en las facultades, y se orientan, en cierta medida, los programas médicos-sociales. Este movimiento tuvo alguna influencia en Latinoamérica, pero en ningún caso con igual magnitud que los iniciales expuestos.

El flexnerismo tuvo, y mantiene universalmente, una incidencia significativa en los criterios de formación médica, dado que una gran parte de los médicos y dirigentes de Salud Pública se formaron en estas concepciones; por otra parte, el imperativo económico manifestado en el ejercicio privado de la medicina, o sus variantes, ha contribuido a su permanencia como garantía de los intereses individuales de los que lo ejercen¹.

En contraposición con este pensamiento, surgen en 1920 las ideas de Bertrand Dawson, miembro del consejo médico consultivo del Ministerio de Salud de Inglaterra, quien señaló: "La disponibilidad general de los servicios médicos sólo puede garantizarse por intermedio de una organización nueva y ampliada, distribuida en función de las necesidades, de la comunidad. Tal organización es indispensable, tanto por razones de eficiencia y costo como para beneficio del público y de la profesión médica. Con la ampliación del saber, las medidas necesarias para resolver el problema de salud y las enfermedades se hacen más complejas, con lo que se reduce el ámbito de la acción individual y se exige, a cambio, esfuerzos mancomunados. A medida que aumentan la complejidad y el

costo del tratamiento, disminuye el número de personas que pueden pagar toda la gama de servicios"¹.

En contraposición a las recomendaciones de Flexner, Dawson definía la imposibilidad de separar la medicina preventiva de la curativa, pues consideraba que no existía ningún principio válido para sustentar este criterio; abogaba, además, porque las actividades del médico general estuviesen dirigidas tanto al individuo como a la comunidad.

Dawson introduce el término "atención primaria" en 1920, y lo concibe dentro de un sistema de atención regionalizado que garantice la accesibilidad a todos los ciudadanos. Estas ideas de la prestación de los servicios médicos y, por ende, de la formación de los especialistas encargados de brindarlo, tomaron cuerpo definitivamente en Inglaterra en los años 20 de este siglo, y han mantenido su vigencia hasta nuestros días. Su aplicación práctica, en una escala cualitativamente superior, se realiza inicialmente en la antigua Unión Soviética, y con posterioridad en nuestro país a partir del año 1962, con el desarrollo de un sistema de nacional de Salud que ha tomado la experiencia internacional y la ha adecuado a la realidad cubana, para garantizar que como principio esencial del sistema se considere la promoción de salud como directriz y, sobre esta base, la formación profesional del médico.

Material y Método

Se analizó la aplicación del nuevo plan de estudios de medicina mediante el criterio de expertos, y se tomó básicamente, la apreciación del colectivo de profesores del Departamento de Medicina General Integral (MGI).

Se aplicaron encuestas a los estudiantes de medicina durante cinco años, de forma anónima, los cuales respondieron un cuestionario que permitió recoger sus opiniones sobre el grado de preparación que consideraban tener al arribar a la estancia de MGI, su motivación por esta especialidad y sus criterios sobre la función que desempeña la atención primaria dentro del sistema de salud.

El Departamento de Estadística del Instituto Superior de Ciencias Médicas de Villa Clara aportó los datos esenciales para conocer el comportamiento de las matrículas de Medicina en el período de tiempo que se analiza en el trabajo. Se aplicó el método de análisis en el desarrollo y conclusiones del mismo.

Resultados y Discusión

La formación del médico en nuestro país no se apartaba, esencialmente, de las ideas expresadas en la introducción de este trabajo. Existía una Escuela de Medicina ubicada en la ciudad de La Habana, así como un hospital universitario, el "Calixto García", y se realizaba la actividad docente con un carácter eminentemente teórico y con un enfoque biologicista. A su egreso, el médico no disponía de un sistema estructurado para especializarse, y tenía la obligación de concurrir a cursos en el extranjero, o apoyarse en profesionales que le posibilitaban perfeccionarse en la especialidad seleccionada. Como puede deducirse, una parte nada despreciable de los profesionales se mantenía sin un adecuado desarrollo.

Con la estructuración del Sistema de Salud, se contempló desde sus inicios el desarrollo de la formación médica con un nuevo enfoque, en consonancia con la solución de los problemas de salud que planteaban nuestras realidades. De ahí que en la misma medida en que se fue desarrollando el Sistema, como parte de éste se introdujeron modificaciones al plan de estudios de Medicina, con vistas a la formación de un profesional que diera respuestas a los objetivos estratégicos de la formación médica.

Se amplió el número de facultades existentes en el país, y se crearon inicialmente dos nuevos polos formativos: Santiago de Cuba y Villa Clara; asimismo, se incorporaron múltiples centros hospitalarios a la docencia. El nivel de desarrollo actual se alcanzó en estadios sucesivos. En 1976 se adopta la decisión de crear facultades de medicina en las provincias de Pinar del Río, Matanzas, Camagüey y Holguín, y se le asignó la responsabilidad de su atención al Ministerio de Salud Pública. No obstante, a pesar de estos notables avances en el desarrollo de la base material y los métodos, la enseñanza mantenía un perfil con cambios discretos a los que al respecto se habían obtenido con anterioridad.

En 1974, en el policlínico de Alamar, se comienza el ensayo de la formación de especialistas en las especialidades básicas, lo que constituyó un hito en la formación de profesionales en el país. Esta experiencia se generalizó en 1976 a nivel de unidades seleccionadas, y se constituyó un subsistema docente de Policlínicos con el Modelo de Medicina en la Comunidad. Constituye éste, a nuestro juicio, un paso de avance en la formación de especialistas de las disciplinas básicas, que culmina en 1984 con la introducción del Médico de Familia, experiencia iniciada en el policlínico de Lawton, en Ciudad de La Habana, que fue generalizada ulteriormente².

El plan de estudios de Medicina se ajustó a esta nueva concepción de la formación y prestación de los servicios médicos. En 1985 se elabora la fundamentación teórica y el diseño del nuevo plan de estudios. Éste reunió la experiencia colectiva de los profesores principales del país y la existente en el mundo, las cuales fueron integradas al plan de estudios que actualmente se aplica. En el mismo se delinearon los objetivos fundamentales de salida del médico, y se destacaron como principales:

- El egresado será un Médico General Básico, con capacidad para atender integralmente a la familia y al individuo.
- Se define la obligatoriedad de su especialización en Medicina General Integral, y se contemplan otras variantes con carácter accesorio.
- Se precisa el papel a desarrollar por esta especialidad en su carácter de Promotor o Guardián de la Salud³.

Este nuevo plan contempló la inclusión de disciplinas sociomédicas, que hasta este momento se trataban insuficientemente. Sociedad y Salud, como módulo multidisciplinario, integra las ciencias médico-sociales con la cual se inicia el estudiante en la carrera. Se introdujo la estancia de Teoría y Administración de Salud (TAS), se amplió y adecuó la de Higiene y Epidemiología y se creó la de Medicina General Integral.

Constituyó una particularidad el incremento del tiempo asignado al estudiante en la atención primaria, principalmente en el desarrollo de las disciplinas mencionadas, con la dificultad de que éstas, básicamente, se desarrollan en el noveno y décimo semestres de la carrera, por lo que, aún en este programa, predomina la formación del alumno en disciplinas biomédicas y clínicas. Las estancias de Psicología Médica y Bioestadística se imparten en el cuarto semestre y tienen una segunda fase en el quinto semestre, donde se integra Psicología a Propedéutica, y se trata la parte clínica de aquella especialidad.

La aplicación de este nuevo programa en la facultad de Medicina de Villa Clara ha tenido resultados positivos en la formación de los profesionales médicos; no obstante, observamos insuficiencias y dificultades en su desarrollo, así como en la formación del profesional, teniendo en cuenta los objetivos de egreso de éste.

Es de interés, por tanto, analizar algunas de las dificultades encontradas, de forma que podamos perfeccionar el desarrollo del proceso docente educativo para solucionar las dificultades existentes mediante un esfuerzo mancomunado.

Con estos intereses analizaremos en esencia las dificultades que, de modo general y particular, inciden en las estancias sociomédicas de Medicina General Integral y Teoría y Administración de Salud.

El primer elemento significativo que en general se observa al valorar el resultado docente, es que a pesar de que en la concepción general del plan de estudios se trata de armonizar la docencia con los aspectos teórico-prácticos, e integrar en ello los diferentes niveles del sistema de Salud, se mantiene el predominio de las actividades que se realizan a nivel de laboratorios y aulas durante los cuatro primeros semestres de la carrera y, posteriormente, en el ciclo clínico el aprendizaje del estudiante se centra en los hospitales. Esto trae por consecuencia que los hábitos y habilidades que éste recibe, están en consonancia con el modo de pensar y actuar que tenía el médico en su formación clásica, en contradicción con los previstos por los objetivos de egreso enunciados en la fundamentación teórica del plan de estudios.

Si se toma en consideración que el alumno de Medicina recibe durante las cinco primeras semanas iniciales de su carrera los conocimientos muy generales sobre el Sistema de Salud mediante la estancia Sociedad y Salud, así como la importancia de la atención primaria, éste continuará su formación en el nivel secundario hasta arribar al noveno semestre en que retoma como centro docente el Policlínico en las estancias de TAS, Higiene y Epidemiología y MGI. En estas tres disciplinas invierte 15 semanas de su programa de formación como médico, lo cual es insuficiente para lograr los objetivos previstos de una formación consciente como promotor de salud en la atención primaria, y en este estadio es muy difícil revertir las concepciones ya incorporadas a lo largo de la totalidad de su carrera como médico.

Últimamente se han dado pasos para corregir, en cierta medida, esta situación, al introducir en este curso la estancia de Sanología en el séptimo semestre de la carrera. Esta asignatura persigue que, en el inicio de su cuarto año, los alumnos reciban durante seis semanas los principios esenciales que aplicará como médico en la atención a la familia y al paciente sano. Esto constituye un paso de avance para lograr el perfeccionamiento del plan de estudios, pero no resuelve en su totalidad las dificultades que existen, por lo que es necesaria la reformulación integral de éste.

Lo planteado no resulta nada fácil. Es evidente que el médico requiere de las disciplinas biomédicas así como de su estancia en hospitales, donde recibirá conocimientos fundamentales; pero es incuestionable que estas instancias no contribuyen eficientemente a la formación de la personalidad médica, acorde con los objetivos del programa.

Durante varios años se ha encuestado a los estudiantes para que ellos se expresaran en relación con el grado de preparación alcanzado a su arribo a MGI, y manifestaran la información que poseían sobre la atención primaria. A continuación relacionamos el resultado de una encuesta anónima realizada al 75,3 % de los estudiantes de quinto año de la carrera (183 alumnos), en el curso 1988-1989. El 54 % expresó que se consideraban capacitados en Medicina, el 43,7 % en Pediatría y el 40,9 % en Ginecoobstetricia. Los alumnos refirieron diferentes razones; la principal obedecía a la insuficiencia del tiempo dedicado a éstas en el programa. Con relación a cuál especialidad le interesaría realizar, el 89 % de los estudiantes dijo estar insuficientemente informado sobre la importancia de la atención primaria, conocimiento que llegó a adquirir con posterioridad a haber cursado las estancias

socio-médicas. No obstante, solamente el 21,8 % manifestó su preferencia por continuar sus estudios de posgrado en la residencia de Medicina General Integral, y un 14,8 % expresó no tener definiciones al respecto. El resto se pronunció por las restantes especialidades.

En años sucesivos, la opinión de los estudiantes ha sido similar, lo que demuestra que la aplicación de este plan de estudios no ha sido suficiente para conformar la mentalidad correspondiente a los principios que se prevén en el trabajo del Médico General Básico.

Resulta claro que este fenómeno es multicausal, y no puede, por tanto, considerarse que sea la única causa que lo explique. Si analizamos el comportamiento de las matrículas durante estos años, puede observarse que ha existido un incremento sostenido desde el año 1979 a 1988. Del Departamento de Estadísticas del Instituto Superior de Ciencias Médicas de Villa Clara, se obtuvo la siguiente información:

Curso	79-80 - 1 205	alumnos
"	81-82 - 1 582	"
"	83-84 - 2 065	"
"	85-86 - 2 489	"
"	87-88 - 2 815	"
"	90-91 - 2 357	"
"	93-94 - 1 525	"
"	94-95 - 1 252	"

Como puede observarse, debido a la política de incrementar la matrícula en las facultades de Medicina, se produce una explosión abrupta de entrada de estudiantes, que tiene su máximo exponente de 1987 a 1989, lo que determinó la saturación de las áreas docentes en todos los niveles del sistema. Esto condicionó la necesidad de incorporar a profesionales que no poseían la experiencia suficiente en estas actividades docentes, así como la improvisación de áreas para atender a esta masa estudiantil, sin disponer de las condiciones necesarias en muchos casos. Esta realidad ha mermado la calidad de las actividades docentes, a pesar del conjunto de medidas técnico-organizativas adoptadas, que mejoraban esta dificultad, pero no la resolvían.

En la fundamentación del plan de estudios³, acápite 4.11, se plantea en relación con los métodos de enseñanza:

"El método de solución de problemas sólo es posible con pequeños grupos de estudiantes (6 u 8). Si cada docente por una alta proporción (A/P) debe atender a varios grupos, el gasto de tiempo sería muy alto para cada docente y el método dejaría de ser efectivo al no poder ejercitarse adecuadamente. Pero dar fondo de tiempo al estudiante para el trabajo independiente no supervisado y guiado por el profesor, sólo resultaría en un tiempo "por la libre" desperdiciado por los mismos". Lo anterior constituye uno de los factores a considerar en esta problemática, pues resulta evidente que en correspondencia con la masividad afrontada, no ha sido posible aplicar en todos los casos el método problémico con la guía docente, y ha sido necesario auxiliarse de un personal con limitaciones para su realización. Ejemplo de ello es la actividad de tutorío en los consultorios del Médico de Familia realizada por residentes y, últimamente, por especialistas de MGI; éstos se ocupan de la atención al alumno en sus actividades de educación en el trabajo, actividad que tiene el peso fundamental de la docencia en el quinto año de la carrera, y es determinante en el resultado final de su formación.

Este personal, aunque seleccionado, carece de la experiencia docente necesaria, no tiene categoría docente, y está sujeto a múltiples actividades en el orden asistencial, por las cuales se les exige prioridad.

Por lo tanto, la masividad es uno de los problemas que más ha incidido en el resultado de la formación médica. A partir del curso 93-94 las matrículas comienzan a descender, lo cual debe posibilitar progresivamente una mayor efectividad en la docencia y en la obtención de los principios formativos del estudiante; a pesar de esto, se mantienen circunstancias poco favorables para el desarrollo del proceso docente-educativo, en particular en las actividades de posgrado.

Es oportuno puntualizar brevemente que la repercusión de las grandes matrículas se trasladó lógicamente a las actividades de posgrado, en la misma medida en que se iban produciendo las graduaciones médicas. Esto determinó la necesidad de ubicar la actividad de posgrado en áreas donde anteriormente no se impartía enseñanza alguna, lo que condicionó que actualmente la mayoría de los policlínicos de esta provincia realizan actividades docentes. A pesar de los esfuerzos desplegados en todos los órdenes, el resultado no ha estado en correspondencia con lo previsto, que existen las mismas dificultades apuntadas anteriormente; no todos los lugares donde se ha iniciado la docencia a residentes disponen de los recursos mínimos imprescindibles para ello. Una parte importante de los Grupos Básicos de Trabajo lo conforman especialistas recién graduados en las especialidades básicas, que no reúnen las condiciones de experiencia y formación requeridas para las funciones que deben cumplir; a ello se añade la inestabilidad de una gran parte de estos profesores por no residir en el lugar donde desempeñan sus funciones, y estar afectados por las dificultades de transporte existentes. Por otra parte, los intereses profesionales de éstos no están en correspondencia con las actividades que deben desarrollar en la atención primaria.

De un total de 292 profesores dedicados a la docencia de posgrado en Medicina General Integral, sólo 106 poseen categoría docente. Ello obedece a las dificultades inherentes a la falta de plazas asignadas al Instituto, para que puedan optar por ellas. Estos profesores atienden a 1 119 residentes en 45 unidades distribuidas en la provincia. En la mayoría de estas unidades los subdirectores docentes, responsables de dirigir y controlar el proceso docente educativo, presentan similares características a las descritas por los profesores, de lo que se infiere que es imposible garantizar actividades con la calidad requerida.

Recientemente se consideró aplicar la experiencia iniciada en Pinar del Río en relación con la ubicación de especialistas de esta rama como responsables de la docencia de MGI en posgrado: éstos atenderían un grupo reducido de residentes, y los antiguos profesores de las especialidades básicas pasarían a funcionar como interconsultantes. Esta nueva experiencia está en fase de pilotaje, y no disponemos de elementos de juicio suficientes para arribar a conclusiones en la actualidad.

Como era de esperarse, el profundo cambio introducido en los criterios para la formación del médico y las vías para conseguirlo han traído dificultades, acentuadas significativamente en la etapa actual, por la insuficiencia de recursos humanos y materiales necesarios en la actividad, y por la masividad que ha desbordado las posibilidades existentes. Por otra parte, se ha mantenido en esencia la misma mentalidad sobre los criterios para la formación del médico, los cuales no están en correspondencia con la función que éste debe desempeñar en la actualidad. Esto era de esperarse, dada la imposibilidad de cambiar hábitos y formas de pensar en el corto período de tiempo transcurrido.

La compulsión en la introducción del nuevo modelo ha estado sujeta, a nuestro juicio, a la disyuntiva de aplicarse de una vez, sin posibilidades de retroceso, o hacerlo progresivamente a un plazo más largo. Todo parece indicar que la opción fue la primera, lo que implica un mayor riesgo para el logro de todas sus posibilidades.

Referencias bibliográficas

1. Moraes Novaes H de. Acciones integradas en los sistemas locales de salud, análisis conceptual y apreciación de programas seleccionados en América Latina. Washington : Organización Panamericana de la Salud, 1986:102.
2. Ramos Domínguez NB, Aldereguía Henriques J. Higiene social y organización de la salud pública. Ciudad de La Habana : Ed. Pueblo y Educación, 1987:302.
3. Cuba Ministerio de Salud Pública. Fundamentación teórica y diseño del nuevo plan de estudio de Medicina. Ciudad de La Habana : MINSAP, 1985:25.