

ARTICULO ORIGINAL

Evolución histórica sobre la formación del estudiante de Medicina en la atención al adulto mayor

Historical evolution of the medical students' training in elderly care

Reinaldo Reyes Mediaceja¹, Emma Aurora Bastart Ortiz², Mirtha Reyes Mediaceja³

¹Doctor en Ciencias Pedagógicas. Especialista II Grado en Administración de Salud. Máster en Atención Primaria de Salud. Profesor Auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas. Facultad de Medicina No 1. Santiago de Cuba. Cuba. Correo electrónico: emma.bastard@medired.scu.sld.cu

²Doctora en Ciencias Pedagógicas. Especialista de II Grado en Pediatría. Máster en Educación Médica y en Atención Integral al Niño. Profesora Auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas. Facultad de Medicina No 1. Santiago de Cuba. Cuba. Correo electrónico:

emma.bastard@medired.scu.sld.cu

³Doctora en Medicina. Especialista en I Grado en Medicina General Integral. Universidad de Ciencias Médicas. Facultad de Medicina No 1. Santiago de Cuba. Cuba. Correo electrónico: emma.bastard@medired.scu.sld.cu

RESUMEN

Antecedentes: se realiza un análisis de la evolución histórica que ha caracterizado a la formación del médico cubano en función de la atención integral al adulto mayor a partir del triunfo de la Revolución.

Objetivo: determinar la evolución histórica que ha tenido la formación del estudiante de la carrera de Medicina con respecto a la atención al adulto mayor.

Métodos: teóricos: histórico lógico; análisis y síntesis y hermenéutico–dialéctico.

Resultados: el análisis se realizó sobre la base de los siguientes indicadores:

- Presencia del adulto mayor en los modelos de atención médica.
- Tratamiento curricular de la atención al adulto mayor en la formación del médico.
- Aprendizaje de habilidades específicas en el tratamiento al adulto mayor.

Se determinaron las siguientes etapas y sus características:

Etapas I: (1959-1969): Formación inicial del médico en el contexto del Sistema Nacional Único Integral de Salud.

Etapas II: (1970-1979): Formación del médico en el nuevo modelo de la Medicina comunitaria.

Etapas III: (1980-1989): Formación del Médico General Básico en el modelo del médico y la enfermera de la familia.

Etapas IV: (1990–1999): Perfeccionamiento en la formación del médico para la atención al adulto mayor.

Etapas V: (2000 hasta la actualidad) Formación del Médico General Integral Básico (MGIB) en el contexto de la universalización.

Conclusiones: este análisis permitió advertir su carácter socio histórico, quedan precisadas en cada una de las etapas las dificultades evidenciadas en el proceso formativo del estudiante de Medicina, para la atención al adulto mayor.

Palabras clave: evolución histórica; adulto mayor, carrera de Medicina, formación.

ABSTRACT

Background: An analysis is performed on the historical evolution that has characterized the Cuban medical training in terms of a comprehensive care for the elderly since the triumph of the Revolution.

Objective: To determine the historical evolution of the medical student training with regard to the care of the elderly.

Methods: Theoretical methods: historical logical method; analysis and synthesis, and hermeneutical–dialectical method.

Results and discussion: the analysis was performed on the basis of the following indicators:

<http://www.revedumecentro.sld.cu>

- Presence of the elderly in health care models
- Curricular treatment of elderly care in medical training.
- Learning specific skills in treating the elderly.

The following stages and characteristics were identified:

Stage I (1959-1969): Initial training of physicians in the context of the Health Comprehensive Unified National System.

Stage II (1970-1979): Physicians' training in the new form of community medicine.

Stage III (1980-1989): Training of the Basic General Doctor in the program of the family doctor and family nurse.

Stage IV (1990-1999): Improvement in physicians' training for elderly care.

Stage V (2000 to present): Training of the Basic Comprehensive General Doctor in the context of universalization.

Conclusions: This analysis made evident its historical socio-historical nature, specifying, in each of the stages, the difficulties found in the training process of medical students for elderly care.

Key words: historical evolution, elderly, medical undergraduate studies, training

INTRODUCCIÓN

En la literatura consultada se definen tres grandes períodos en la historia de la Medicina cubana relacionadas con las etapas históricas a partir de 1492 (colonía, neocolonia y Revolución en el poder), periodización que se asume.¹ Es factible, para comprender la importancia del estudio de esta investigación, realizar un breve recorrido acerca del tema desde la colonia.

En el período colonial, durante 1825, se pone en práctica el primer modelo estatal de atención primaria en Cuba con el nombre de "facultativo de semana", el cual dependía de la Junta Superior de Sanidad, y se mantuvo hasta 1871, en que cambia por el de "casa de socorro." El anciano no disfrutaba de una atención específica y calificada por no constituir un problema de salud de interés por los gobernantes de turno, entre otras causas a la existencia de una corta esperanza de vida y ser las enfermedades infectocontagiosas las que predominaban en el cuadro sanitario cubano. Esto tuvo su repercusión negativa en el plan de estudio de este período, el cual no hacía referencia alguna a la enseñanza que tributara a la atención al adulto mayor. Se promovía una formación de carácter asistencialista, curativa e individual.²

En el período neocolonial se mantuvo como modelo estatal fundamental el de las casas de socorro para la atención a la mayoría de la población y una minoría era atendida en clínicas privadas y mutualistas hasta el inicio del triunfo de la Revolución.

Durante este período no existían en el currículo del estudiante de la carrera de Medicina los contenidos referidos a la formación de habilidades específicas para la atención al adulto mayor, lo que se reflejó en el insuficiente desempeño profesional a este grupo de edad.

Se evidencia de forma general que estos dos períodos no marcaron hitos importantes en la formación del médico general para la atención al adulto mayor.³

Al triunfar la Revolución se inicia un nuevo período en el que se producen cambios radicales en favor de la salud del pueblo que marcan un viraje en la historia de la atención médica cubana.⁴

Se parte de este período revolucionario (1959 a la actualidad), de la concepción teórica y práctica asumida en la formación de este profesional para la atención al adulto mayor en el proceso formativo de la carrera de Medicina.

El objetivo del trabajo consistió en determinar la evolución histórica que ha tenido la formación del estudiante de la carrera de Medicina con respecto a la atención al adulto mayor.

MÉTODOS

Se emplearon métodos teóricos: histórico lógico: se utiliza en el estudio de la evolución histórica que ha tenido la formación profesional del médico general en la carrera de Medicina para la atención al adulto mayor y establecer sus características fundamentales que se han presentado en dicho proceso. Análisis y síntesis: para el estudio crítico de la bibliografía que se realiza a lo largo de toda la investigación, pues está presente en todo el transcurso del proceso y hermenéutico-dialéctico: para la interpretación de diferentes enfoques y presupuestos teóricos vinculados a la temática investigada.

A partir de considerar la estrecha relación que existe entre los modelos de atención médica, el tratamiento curricular en la formación del médico y las habilidades necesarias para la atención al adulto mayor, el análisis de la evolución histórica se realizó sobre la base de los siguientes indicadores:

- Presencia del adulto mayor en los modelos de atención médica.
- Tratamiento curricular de la atención al adulto mayor en la formación del médico.
- Aprendizaje de habilidades específicas en el tratamiento al adulto mayor.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El tratamiento curricular para la atención al adulto mayor ha estado influenciado y determinado por los diferentes modelos por los que ha atravesado la salud pública cubana.

Sobre estos presupuestos se determinan las siguientes etapas:

Etapa I: (1959-1969): Formación inicial del médico en el contexto del Sistema Nacional Único Integral de Salud.

Etapa II: (1970-1979): Formación del médico en el nuevo modelo de la Medicina comunitaria.

Etapa III: (1980-1989): Formación del Médico General Básico en el modelo del médico y la enfermera de la familia.

Etapa IV: (1990–1999): Perfeccionamiento en la formación del Médico para la atención al adulto mayor.

Etapa V: (2000 hasta la actualidad) Formación del Médico General Integral Básico (MGIB) y del médico general (MG) en el contexto de la universalización.

I etapa (1959-1969): Formación inicial del médico en el contexto del Sistema Nacional Único Integral de Salud

En esta etapa se da un gran paso de avance en la creación del Sistema Nacional de Salud Único Integral en la historia de Cuba y del continente Americano al promulgarse la Ley 959 (agosto de 1961), la cual señala al Ministerio de Salud Pública como rector de todas las actividades de salud del país y define que las instituciones públicas, privadas y mutualistas fueran adscritas a un sistema nacional único e integral. Se produce un éxodo masivo de médicos hacia los Estados Unidos de Norteamérica. Sólo quedaron 16 profesores en la única escuela de Medicina radicada en La Habana, que se incorporaron junto a otros profesionales dispuestos a ofrecer sus conocimientos, a la formación de los nuevos médicos que la sociedad demandaba en esos momentos.⁵

En 1964, en el orden de los servicios se crea el modelo Policlínico integral, con una función eminentemente asistencial, curativa y preventiva, y una atención deficiente al adulto mayor por no estar este grupo poblacional dentro de los sectores priorizados de la sociedad, ya que el cuadro epidemiológico se caracterizaba por la presencia de las enfermedades infectocontagiosas que minaban la vida de niños y jóvenes, y se dedican gran parte de los recursos materiales y humanos a la lucha contra estas enfermedades.

La expectativa de vida era de apenas 59 años, por lo que la atención al adulto mayor no constituía una prioridad. Esta situación se reflejó en la ausencia de estos contenidos específicos en el currículo de la carrera de Medicina.

II etapa (1970-1979): Formación del médico en el nuevo modelo de la Medicina comunitaria

En esta etapa, la salud pública continuó su avance progresivo, además de su desarrollo extensivo. En 1974 se creó el primer programa de atención integral al adulto mayor, que representó un paso de avance en lo organizacional del sistema desde el punto de vista asistencial.⁶⁻⁷

En estos años surge el modelo de Medicina en la comunidad, con una nueva forma para la planificación, organización y conducción de los programas y servicios de salud con nuevos componentes, entre ellos el trabajo en equipo y los programas de formación de postgrado.

En 1976 el Ministerio de Salud Pública asumió la responsabilidad de la formación de sus recursos humanos propios, tanto en los programas como en las instituciones, lo cual condicionó que la educación médica lograra una formación más integral de los futuros profesionales de la salud y se proyectara con acciones sanitarias hacia la comunidad. A pesar que se modificaron y ampliaron los conocimientos y habilidades a formar en este tipo de médico, no se satisfacían totalmente las demandas de la población adulta mayor,^{8,9} ya que no se le dio tratamiento a la formación del médico para posibilitar una mejor atención integral, de calidad y diferenciada a la población de 60 y más años.

III etapa: (1980-1989) Formación del Médico General Básico en el modelo del médico y la enfermera de la familia

La década de los años 1980 constituyó una etapa de consolidación política, económica y social del país que le permitió asumir un nuevo reto en su desarrollo. En 1982 se instituye el plan de atención nacional al adulto mayor, considerado como un paso de avance en la atención a este grupo de edad; sin embargo, no satisfizo sus necesidades de atención.¹⁰

Con estos avances en la organización del sistema de salud y los logrados por la Medicina comunitaria, se crea así el modelo Médico y Enfermera de la Familia, con énfasis en el plan de atención integral a la familia iniciado experimentalmente en 1984; constituye una significativa contribución a la teoría y la práctica de la atención primaria de salud, con nuevas tecnologías en el campo de la promoción, prevención, recuperación, control y rehabilitación de salud, con mayor acento en las dos primeras funciones; a pesar de esto no se modifica sustancialmente la atención al adulto mayor.¹¹⁻¹⁴

En el año 1986 se propone a la Asamblea Nacional del Poder Popular, un programa dirigido a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores y facilitar su atención en instituciones estatales.

Todo esto demandó un sustancial cambio curricular en la formación de los egresados, para adquirir un dominio de los conocimientos y habilidades de la profesión que les permitiera aplicar en toda su amplitud los métodos epidemiológico, clínico y social; se impuso la elaboración de un nuevo plan de estudios cuya implantación comenzó en el curso escolar 1985-1986, que entonces concebía como egresado a un médico general básico (MGB).

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; sin embargo, esos cambios ya reflejaron la necesidad de lograr un proceso más integral con especificidades para la atención al adulto mayor.

IV etapa: (1990-1999). Perfeccionamiento en la formación del médico para la atención al adulto mayor

Durante esta etapa, el modelo de salud que se implementa para la ancianidad se enmarca en el surgimiento del Grupo Nacional de Geriatria y Gerontología, y de esta especialidad dentro de las ciencias médicas cubanas, los que contribuyeron al análisis del proceso de envejecimiento como resultado del desarrollo de todos los aspectos de la sociedad y el individuo.

A pesar de la necesidad de brindar una mejor atención a la vejez, los estudios universitarios de esta etapa no incorporan temas sobre Gerontogeriatría en el pregrado de la carrera de Medicina u otras afines que interactúan con la ancianidad, y son insuficientes los profesionales calificados para satisfacer la alta demanda de atención al grupo poblacional que más acude a consultas.¹⁵

Otros hechos trascendentes en el modelo de salud fueron: el establecimiento del Programa de Atención al Anciano Institucionalizado y en la Comunidad, y el Programa de Terapia Ocupacional y Fisioterapia. Ambos tuvieron un impacto en la atención de la salud y contribuyeron a ir creando una conciencia acerca de las necesidades formativas del personal especializado para atender estas necesidades.¹⁶

En esta etapa (en 1994) se aprueba el actual Programa nacional de salud del adulto mayor dirigido a normalizar las acciones específicas de atención a este grupo en la comunidad, las instituciones y hospitales (en 1999) cuyos objetivos se refieren a:

- Mejorar la salud de la población de 60 y más años, a través del aumento de su vida activa y mediante el tratamiento preventivo, curativo y rehabilitador de este grupo.

- Crear una modalidad de atención gerontológica comunitaria que contribuya a resolver necesidades socio–económicas, psicológicas y biomédicas de los ancianos a este nivel.

Estos objetivos no pueden cumplirse de forma satisfactoria por el futuro médico general básico por no corresponderse con una prioridad formativa en el modelo curricular en el pregrado, donde la disciplina Medicina General Integral (MGI) no aborda los problemas, objetivos, contenidos y otros componentes de las disciplinas, imprescindibles en la formación del futuro profesional para el logro de una atención de calidad al adulto mayor.^{17,18}

V etapa: 2000 hasta la actualidad: surgimiento del Médico General Integral Básico (MGIB) y del médico general (MG) en el contexto de la universalización

En el continuo perfeccionamiento del proceso formativo del médico, comienza en el curso 2003-2004 el internado profesionalizante, donde el estudiante de Medicina de sexto año, en su condición de alumno interno, ejerce un nivel de actuación en la Atención Primaria de Salud (APS), cada vez más cercano al que practica el especialista en Medicina General Integral, mediante su inserción en un consultorio, en el cual brinda atención médica, a través de una práctica de profesionalización y cumple con todas las funciones establecidas para un graduado. Se denominó Médico General Integral Básico al egresado de este modelo de formación.¹⁸

Comienza en 2004 un proceso de ampliación de las oportunidades de acceso a los estudios universitarios en busca de extender y consolidar el saber de la población como parte de la formación de una cultura general integral. Dentro de este proceso se inicia en todo el país, el Proyecto Policlínico Universitario en 2006, como modelo formativo, cuyos objetivos generales,¹⁸ se resumen en:

- Convertir los policlínicos y consultorios del médico de la familia en el escenario docente principal para la formación del Médico General Integral Básico.
- Estructurar el proceso docente educativo utilizando métodos y medios de enseñanza apoyados en los recursos informáticos, así como otras herramientas, que faciliten la

impartición masiva de las actividades docentes de las distintas disciplinas en el ámbito de la APS.

A pesar de que este proyecto tiene ventajas, ya que es más integral y ajustado a los propósitos del modelo del profesional con un enfoque sociomédico desde el punto de vista del desarrollo del proceso formativo, se mantienen las dificultades cuando se analiza la complejidad de las funciones de este Médico General Integral Básico para el cuidado integral al adulto mayor; se identifican carencia de conocimientos, habilidades, hábitos y de procedimientos para atender con eficiencia este grupo poblacional.

En el año 2010 se produce una reforma en el internado donde se decide identificar a este médico recién graduado como médico general, nomenclatura que mantiene en la actualidad.

CONCLUSIONES

En el análisis realizado se puede advertir que la evolución histórica de la formación del médico cubano para la atención al adulto mayor ha transitado desde una formación profesional muy general y academicista donde predomina un enfoque de la medicina curativa, biologicista e individual; hacia un modelo de atención de la medicina comunitaria que no logra aún una asistencia adecuada a este grupo poblacional; hasta una nueva concepción en el proceso formativo de los futuros médicos que posibilita ejercer un mayor nivel de actuación en la APS a través del subsistema del modelo del médico de la familia, el cual no se logra cabalmente al persistir durante todos los períodos analizados insuficiencias en el diseño curricular y en la dinámica del proceso formativo del futuro médico general, que aborde la formación de habilidades específicas para el logro de una atención de calidad al adulto mayor.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Toledo Curbelo GJ. Fundamentos de la Salud Pública. Tomo I. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007. p. 21-23
2. Delgado García G. Conceptos y metodología de la investigación histórica. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2010 [citado 12 Sept 2013];36(1): [aprox. 11 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662010000100003&lng=es&nrm=iso&tIng=es
3. García G. Desarrollo histórico de la enseñanza médica superior en Cuba desde sus orígenes hasta nuestros días. Educ Med Super [Internet]. 2004 [citado 8 Ago 2013];18(1): [aprox. 11 p.] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412004000100007&lng=es
4. Hadad Hadad J. Conferencia internacional. Evento Educación Médica para el siglo XXI. La Habana: 2008.
5. Rojas Ochoa F. Orígenes del movimiento de atención primaria de salud en Cuba. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2003 [citado 11 Sept 2013];19(1): [aprox. 10 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252003000100010&lng=es
6. Medina García C, Pérez Rodríguez A, Cruz Sánchez C, Sánchez Guillaume JL. Recuento histórico de la enseñanza de la Medicina en Cuba. MEDISAN [Internet]. 2001 [citado 4 Ago 2013];5(2): [aprox. 6. p.]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol5_2_01/san09201.htm
7. Castellanos Simona B, Llivina Lavigne MJ, Fernández Cano AM. Cómo mejorar las competencias de los docentes. Guía para la autoevaluación y el desarrollo de las competencias del profesorado. Barcelona: Graó; 2007.
8. Fernández Sacasas JA. La formación clínica de los estudiantes en Cuba. Edumecentro [Internet]. 2011 [citado 12 Jul 2013];3(1): [aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://www.revedumecentro.sld.cu/index.php/edumc/article/view/98/199>

9. Pupo Ávila L, Hechavarría Toledo S. La promoción de salud en el plan de estudio de la carrera de Medicina en Cuba. *Educ Med Super* [Internet]. 2012 [citado 12 Jul 2013];26(4):[aprox. 8 p.]. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412012000400010&lng=es&nrm=iso
10. Vela Valdés J, Fernández Sacasas JA, Álvarez Sintés R. Política de formación médica para la atención primaria de salud y el papel de la asignatura Medicina General Integral en el currículo. *Educ Med Super* [Internet]. 2012 [citado 12 Jul 2013]; 26(4):[aprox. 10 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412012000200009&lng=es&nrm=iso
11. Vidal Ledo M, Villalón Fernández MJ. Búsqueda Temática Digital: Escenarios docentes. *Educ Med Super* [Internet]. 2011 [citado 22 Jun 2013];26(2):[aprox. 9 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412011000400014&lng=es
12. Vidal Ledo M, Rosa Lemus E. Docencia de pregrado en Atención Primaria de Salud. *Educ Med Super* [Internet]. 2012. [citado 22 Jul 2013];26(2):[aprox. 10 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412012000200016&lng=es&nrm=iso
13. Resolución XII. Informe sobre la conferencia mundial de educación médica. Documentos XXXIII Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud. XL Reunión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud. *Rev Cubana Educ Med Super* [Internet].2000 [citado 2 Jun 2013];14(2):[aprox. 3 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol14_2_00/ems11200.htm
14. Nogueira Sotolongo M, Rivera Michelena N, Blanco Horta F. Competencias docentes del Médico de Familia en el desempeño de la tutoría en la carrera de Medicina. *Educ Med Super* [Internet]. 2005 [citado 20 Ago 2013];19(1):[aprox. 12 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412005000100004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
15. OMS. OPS: Panorama de la salud en la región, panorama de la salud en las Américas, salud en las Américas. México; 2007.

16. Programa de atención integral al adulto mayor. Subprograma de atención comunitaria al adulto mayor. La Habana: Dirección nacional asistencia social; 1995.
17. Verdecia Rosés M. Estrategia socioeducativa para el establecimiento de proyectos de vida en el anciano. [tesis]. Santiago de Cuba: Centro de estudios para la Educación Superior "Manuel F. Gran"; 2010.
18. Ministerio de Salud Pública. Resolución Ministerial 278/ 2003. La Habana: MINSAP; 2003.

Recibido: 20 de julio de 2013

Aprobado: 25 de septiembre de 2013

Reinaldo Reyes Mediacaja. Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba. Cuba. Correo electrónico: emma.bastard@medired.scu.sld.cu