PERIODIZACIÓN DEL PROCESO ENSEÑANZA APRENDIZAJE DEL DIAGNOSTICO MEDICO DE PREGRADO EN EL CONTEXTO CUBANO.

(Evolución histórica de la Didáctica Clínica cubana, a través de uno de su objeto esencial)

TERCERA LECTURA

Historia de la Didáctica de la Clínica Cubana

Producto de tesis doctoral. 2015.

Eladio Francisco Vicente Odio. Dr. en Ciencias Pedagógicas. Dr. En Medicina**.** Especialista II grado en Medicina Interna. Profesor Auxiliar de Medicina interna.

Alcides Jesús Almaguer Delgado. Dr. en Ciencias Pedagógicas. Profesor Titular y Consultante CES. Universidad de Ciencias Pedagógicas Santiago de Cuba. MINED.

Avelina Miranda Vázquez. Dra**.** en Ciencias Pedagógicas. Profesora Titular Universidad de Ciencias Pedagógicas de Santiago de Cuba.

Ramón Enrique García Rodríguez. Dr. en Ciencias Médicas. Profesor Titular. Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba.

RESUMEN

A partir de la década del cincuenta del siglo XX, en la comunidad clínica mundial y en particular en la cubana, se comenzaron a manifestar irregularidades en el actuar profesional relacionado con el diagnóstico médico, en el orden de los procedimientos del método clínico, condicionado por la concepción positivista, al ponderar la tecnología en relación con la heurística clínica. Este enfoque se introdujo, en el contenido del proceso de enseñanza-aprendizaje del método clínico y, al relacionarse con el enfoque didáctico positivista, condujo a un insuficiente actuar en el diagnóstico médico. Esto precisó como objetivos de la investigación: Caracterizar la evolución histórica del proceso de enseñanza-aprendizaje del método clínico en la formación de pregrado cubana. Se utilizó como metodología el paradigma cualitativo. Se reveló los hitos y periodos del desarrollo histórico del proceso de enseñanza aprendizaje del método clínico de pregrado en el contexto cubano.

Palabras claves: interdisciplinar, didáctica de la clínica, método clínico, examen clínico, enfoque, evolución histórica

INTRODUCCION

La ciencia clínica posee un sinnúmero de objetos de saber, uno de ello es el método clínico, el que se define como el sistema de procedimientos dirigido al diagnóstico médico individual, es el método científico particularizado en la ciencia clínica. Consta de procedimientos como: 1) motivo de consulta, 2) examen clínico, 3) diagnóstico clínico, 4) confirmación diagnóstica, 5) diagnóstico médico; equivalentes

a los procedimientos de planteamiento del problema, recogida de información, hipótesis, constatación y comprobación del método científico. [1,2,3,4,5]

El primer procedimiento del método clínico revela, mediante la entrevista, el motivo por el cual se asiste a consulta; este se integra a la información semiológica manifestada por el examen clínico, con la que se obtiene un reflejo de los elementos biológicos, psicológicos, sociales y ambientales de una parcela de la realidad del paciente; pasando mediante un proceso de síntesis al diagnóstico clínico. Luego los elementos de esencia del diagnóstico clínico se interrelacionan de forma coherente con sus análogos en los exámenes complementarios, para profundizar y fundamentar la información acumulada y acceder mediante un proceso de síntesis más complejo al diagnóstico médico, definitorio del proceso de salud enfermedad individual.

De tal manera se infiere que todo estudio del proceso salud enfermedad individual deben iniciarse con un óptimo examen clínico, procedimiento encargado de transformar una parcela la realidad en un reflejo, en tanto más isomórfico en la medida que el examinador optimice su modo de actuación profesional. Sin examen clínico no se concibe la práctica médica, manifestando en ello uno de los elementos formativos más importantes dentro de la ciencia clínica.

En la ciencia clínica de países desarrollados a partir de la década del cincuenta del siglo XX se comenzó a manifestar irregularidades en el modo de actuación de los profesionales dado por cambios en el orden de los procedimientos del método clínico; condicionado, entre otras causas, por una inadecuada interpretación de los adelantos científicos técnicos en la clínica, al ponderar en los procedimientos del método el uso de la tecnología sobre la heurística clínica. Investigaciones realizadas por Bauer 1958,[6] Hampton 1975,[7] Sandler 1979,[8] Young 1983,[9] Rich E.C. 1987 [10] en los Estados Unidos e Inglaterra, demostraron el valor del examen clínico al exponer que la óptima entrevista permite acercarse al diagnóstico médico del 56 al 62 % de los casos; el examen físico añade a este promedio de un 9 al 17 % y la tecnología aporta el resto.

---

[1]Espinosa Brito A. Medicina Interna ¿Qué fuiste, Qué eres, Qué serás? Revista cubana de medicina. 1999; 38 (1): pp 79-90.

[2]Moreno Rodríguez Miguel A. "Crisis del método clínico." Revista cubana de medicina. 1998; 37 (2): pp 123-128.

[3] Hernández Hernández R. Del método científico al clínico: consideraciones teóricas. Revista cubana de Medicina General Integra. 2002; 18(2): 161-164.

[4] Cohen, Morris R., Ernest Nagel. "Introducción a la lógica y al método científico: lógica formal." 1983.

[5] Hamme, Martyn, and Paul Atkinson. "Etnografía. Métodos de investigación." Baecelona: Paidós 1994.

[6] Bauer J. Diagnóstico diferencial de las enfermedades internas. Barcelona: Editorial Científico-Médica, 1958:XI.

[7]Hampton JR, Harrison MJG, Mitchell JRA, Prichard JS, Seymour C. Relative contributions of the history-taking, physical examination and laboratory investigations to diagnosis and management of medical out patients. Br Med J. 1975; 2: 486-9.

[8]Sandler G. Cost of unnecessary tests. Br Med J. 1979;2:pp 21-24.

[9] Young MJ, Posses RM. Medical students perceptions of the value of the history and physical examination. J Med Educ. 1983; 58:7pp 38-39.

[10] Rich EC, Terry WC, Harris IB. The diagnostic value of the medical history. Perceptions of the internal medicine physicians. Arch Intern Med. 1987; 1477: pp 1957-1960.

Estos cambios en el orden de los procedimientos del método clínico fueron transmitidos como parte del contenido del proceso de enseñanza aprendizaje, por profesores de clínica; con repercusión en el modo de actuación profesional. Engel George L. 1976 opinó sobre la declinación de las habilidades en el examen clínico y su diferencia con la extrema confianza de la sociedad occidental en la tecnología para resolver los problemas médicos.[11] Iberti Thomas 1985, observó a la mayoría de los residentes realizar muy pocas veces un examen clínico completo y raramente se comprometerse de manera efectiva con los pacientes.[12]

Patricia Numan 1988, en la Universidad de Nueva York, consideró que la mayoría de los pleitos judiciales contra los médicos son por insuficiencias en la comunicación con los enfermos. En su opinión, las causas de estas son principalmente educativas más que técnicas.[13]Esto fue corroborado por investigadores mexicanos, canadienses y norteamericanos.[i]

A partir de la década de los 90 del siglo XX en Cuba se describen las primeras investigaciones sobre el tema. Los primeros en abordar la problemática fueron Moreno Rodríguez Miguel A. y Ilizastigui Dupuy Fidel E. (1924-2005). Moreno Rodríguez Miguel A. 1998 dio argumento de la existencia de la crisis del método clínico y sus consecuencias en la práctica médica en países desarrollados y subdesarrollados, estos primeros encabezados por Estados Unidos. Este al presentar un avanzado nivel científico-técnico ejerce una fuerte influencia sobre médicos e instituciones de salud del resto del mundo. Apuntó además que la crisis gira alrededor de aspectos como: deterioro de la relación médico-paciente, menosprecio del valor del examen clínico, sobrevaloración de la función de la tecnología y desinterés creciente por la medicina interna y la atención primaria de salud.[14]

Ilizastigui Dupuy Fidel E. en el año 2000 planteó algunas de las insuficiencias en la enseñanza aprendizaje del método clínico, involucrando tanto el pregrado como el postgrado. A continuación se relacionan los planteados por él:

1) Las discusiones clínico patológicas que proporcionaban a los médicos el total de las informaciones provenientes del paciente, pasó insensiblemente a la formación de pregrado; 2) poco uso en el proceso de enseñanza aprendizaje del diagnóstico diferencial, topográfico, temporal y etiológico; 3) formación en pregrado por profesores implicados al unísono en la enseñanza y asistencia sin una estructura y organización adecuada; 4) inadecuada enseñanza aprendizaje en el uso indiscriminado de la tecnología y la inferencia computacional como medios de mayor productividad de tiempo y esfuerzo; 5) sobrevaloración social de los complementarios en el diagnóstico médico, hace que el paciente concurra a la consulta médica con un número excesivo de exámenes complementarios ya realizados; 6) poca información por parte de los médicos del valor diagnóstico del conocimiento clínico por encima de los complementarios; 7) el uso excesivo de complementarios por temor a represalias de carácter legal; 8) desestimación del valor heurístico del médico al recurrir a la tecnología y farmacología como medio para

[11] Engel GL. Are medical schools neglecting clinical skills? JAMA 1976;236(7):861-3.

[12] Iberti TJ. American medical education: has it created a Frankenstein? Am J Med 1985;78: 179-81.

[13] Numan P. Our greatest failure. Am J Surg 1988;155(2):263-5.

[14] Moreno Rodríguez Miguel A.. Crisis del método clínico. Rev cubana med [revista en la Internet]. 1998 Jun [citado 2014 Abr 14] ; 37(2): 123-128. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75231998000200010&lng=es.

resolver situaciones comprometedoras.[15] Lo anterior determinó que muchos egresados al ser enseñados inadecuadamente tengan un modo de actuar clínico profesional incorrecto, creando métodos individuales de forma arbitraria y desorganizada sin una base teórica correcta.

En el año 2000, en el Hospital Militar Central "Carlos J. Finlay", Moreno Rodríguez M. utilizó una lista de 44 elementos para evaluar bajo observación directa las entrevistas médicas que 48 internos realizaran a 96 pacientes hospitalizados detectándose 783 deficiencias, concluyendo que algunas deficiencias no deberían ser tan frecuentes en el último año del currículo y destaca que la tercera parte de los internos nunca fueron supervisados a la hora de hacer un examen clínico en la carrera. [16]

En el mismo hospital Blanco Miguel A. en el 2002, reveló la poca calidad de la entrevista médica realizada por los internos, evidenciando una insuficiente profundización en ese contenido a lo largo de la carrera. Además expresó que la enseñanza aprendizaje de las habilidades clínicas no puede limitarse a una asignatura o disciplina, estas deben iniciarse tan pronto comiencen los estudiantes a relacionarse con el paciente y debe continuar a lo largo de la carrera[16] y en postgrado.

Moreno Rodríguez M. en el 2002 en el mismo hospital, al valorar los errores cometidos por los residentes planteó la necesidad de revisar el enfoque de la enseñanza aprendizaje de la entrevista médica en los diferentes programas de las asignaturas. Comentó que las asignaturas clínicas no deben perder más espacio en currículo, los profesores deben profundizar en el contenido de la entrevista médica y como enseñarla, enfatizó que en los textos clínicos actuales deben cobrar valor las descripciones clínicas.[17]

Canelles Marino G. en el Hospital Militar Central "Carlos J. Finlay" en el 2003, grabó 50 entrevistas realizada por igual número de estudiantes, detectando un total de 383 deficiencias, las más frecuentes fueron en la historia de la enfermedad actual, en el desarrollo general de la entrevista y en los tipos de preguntas. [18]

Roméu E.M. 2004 en la Facultad de Ciencias Médicas de la provincia de Cienfuegos, realizó un estudio donde participó el 70% de los internos, mostrando irregularidades en el conocimiento y aplicación del método clínico, los internos evaluaron de regular sus habilidades relacionadas con el método clínico y los resultados de sus exámenes estatales reflejaron aún mayores dificultades. [19]

---

[15] Ilizástigui Dupuy Fidel. El método clínico: muerte y resurrección. Educ Med Super [revista en la Internet]. 2000 Ago [citado 2014 Abr 15] ; 14(2): 109-127. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412000000200001&lng=es.

[16] *Blanco Aspiazu Miguel. Diferencias en la calidad de la anamnesis en alumnos de tercer y sexto años de medicina. Rev Cub Med Mil. 2002 [citado 2013-10-24]; 31(4); [aprox. 1 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572002000400007&lng=es&nrm=iso*

[17] Blanco Aspiazú, MA, Hernández Azcuy O, Bosch Bayard RI, Moreno Rodríguez M. Errores cometidos por residentes de Medicina Interna en la entrevista médica bajo observación directa. Revista Cubana de Medicina Militar. 2002; 31(2): 104-109.

[18]Canelles Pupo MG, Moreno Rodríguez MA, Echevarria Parlay JC, Bestard Pavon LA. Deficiencias en la entrevista médica realizada por alumnos de Medicina Interna bajo observación directa y registro de audio. *Rev Cub Med Mil*. 2003 [citado 2013-10-24]; 32 (3), [aprox. 1 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572003000300005&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1561-3046.

[19]Roméu Escobar, M., and B. Sabina Roméu. "Desarrollo de habilidades clínicas. Valoración por los alumnos de sexto curso en práctica profesionalizante. Medisur. 2007 [Citado: 23-10-2013]; 2 (3):[aprox.: 4 p.]. Disponible en: http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/viewArticle/73

En la Universidad Médica de Santiago de Cuba Domínguez Eljaiek Carlos F. en el 2006, analizó el proceso de enseñanza aprendizaje del método clínico tanto en pregrado como en postgrado, revelando condicionantes negativas como: la crisis de la medicina interna, el desarrollo creciente de las subespecialidades, el desplazamiento de la propedéutica como asignatura a finales de los años 60 con la introducción del plan integrado, pérdida de la pirámide docente, insuficiente calificación del profesor en didáctica, el mantenimiento del claustro profesional en actividades diversas dificultando su desempeño docente. En los departamentos docente-metodológicos el objetivo esencial no estuvo centrado en el método clínico. [20]
En el Instituto superior de Ciencias Médicas de Camagüey, Santana Téllez Tomás N en el 2007, se estudió en los estudiantes de tercer año de la carrera de medicina la realización del examen clínico, detectándose: falta de organización en la historia psicosocial y la entrevista médica, examen físico poco minucioso e inadecuada relación entre la entrevista y el diagnóstico médico. [21]

Blanco Miguel A. en la Habana en el 2009, planteó que la enseñanza aprendizaje del examen clínico en la Atención Primaria de Salud (APS) se desarrolla por bibliografías básicas confeccionadas para la atención secundaria de salud (ASS), apuntó tener en cuenta que los enfermos en la APS se encuentran en estadios evolutivos del proceso salud enfermedad diferentes que los del hospital. Los médicos de la APS atienden una población más amplia y variada en relación con los del nivel secundario, por tanto son los que deberían dedicar más tiempo a la enseñanza aprendizaje de la propedéutica en el currículo, enfatizando en los síntomas y signos denunciantes de estadios precoces de enfermedades, los cuales deben ser mejor definidos e incluidos en el contenido propedéutico. [22]

García Núñez D. en Cienfuegos en el 2010, expuso algunas particularidades del diagnóstico en la atención primaria de salud, sus vulnerabilidades y las principales deficiencias presentadas en la enseñanza aprendizaje. [23] Rocha Vázquez M. en la misma provincia y año, evaluó la competencia de los residentes de Medicina General Integral en la atención a la familia y solo el 11,8% de los residentes aprobaron el examen aplicado. Las mayores dificultades se hallaron en los elementos de evaluación del funcionamiento familiar y en el examen para determinar la salud familiar. [24]

Serra Valdés Miguel Á. en el Hospital General Docente "Enrique Cabrera" en el 2014 reveló los criterios de los estudiantes de la APS al plantear que ellos tienen menos tiempo con los profesores por las

---

[20] Eljaiek, Carlos Felipe Domínguez, Francisco Alberto Durán García, and Diana Romero Calzado. "Reflexiones acerca de la evolución de la propedéutica y el método clínicos." Medisan 10.1 (2006): 1.

[21] Santana Téllez TN. y col. Deficiencias en la aplicación del método clínico en estudiantes de tercer año de medicina. Rev. Hum. Med. 2007[citado 2013-10-24]; 7(1); [aprox. 1 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1727-81202007000100010&script=sci_arttext

[22] Blanco Aspiazú MÁ, Suárez Bergado R, Fernández Camejo J, Canelles Pupo MG, Ramírez Chávez J. La municipalización de la enseñanza de la clínica. Revista Cubana de Medicina. 2009; 48(3): pp 101-108.

[23] Núñez, R. D. G. El método clínico en la Atención Primaria de Salud: algunas reflexiones. Medisur.2010; 8(5): pp 144-155.

[24] Rocha-Vázquez, M., & San Juan-Bosch, M. A. Evaluación de la competencia profesional de residentes de Medicina General Integral para la atención a la familia. Educación médica Superior. 2010; 13 (1): pp 41-46.

funciones asistenciales y administrativas. Además señalan que los contenidos no se les imparten con igual calidad en comparación con el contexto hospitalario. Demostró este investigador insuficiencias en la enseñanza aprendizaje de la Semiología y la Propedéutica en el orden práctico al existir dificultades en la confección de la Historia Clínica, apunta de los modelos impresos de examen clínico por el Ministerio de Salud Pública (MINSAP) sus incompletas estructuras contribuyendo a la mala formación de los estudiantes al dejar de explorar aspectos necesarios y omitiendo datos de valor clínicos. [25]

La práctica docente del examen clínico presentan problemas sobre todo en el Sistema Nervioso, no hay solidez ni uniformidad en la enseñanza aprendizaje de sus procedimientos básicos. El examen genital deja de hacerse en ambos sexos por la exigencia de óptimas condiciones de privacidad. [25]Aún continúa en el pase de visita las disertaciones magistrales, las técnicas muy especializadas, las enfermedades raras y la enseñanza no encaminada a evaluar el modo de actuación profesional en el examen clínico, sin permitirles a los estudiantes enfrentar adecuadamente los problemas clínicos profesionales, extendiendo estos errores al postgrado. [25]

Se asumió como objetivo periodizar el proceso enseñanza aprendizaje del diagnóstico médico de pregrado en el contexto cubano. Para desarrollar este objetivo se empleó la concepción investigativa el materialismo dialéctico, con un enfoque semi-cualitativo, el cual se contextualiza al emplear métodos como el histórico lógico, hipotético - deductivo, análisis - síntesis, sistémico estructural relacional, hermenéutico – dialéctico, la revisión bibliográfica y documental, la modulación, sistematización, entre otros, dando un resultado cualitativamente superior con un elevado grado de sistematización y originalidad (conceptos, regularidades y tendencias propuestas). Esto permitió revelar los diferentes hitos, periodos, etapas del desarrollo histórico el proceso enseñanza aprendizaje del diagnóstico médico de pregrado en el contexto cubano**,** como aporte teórico de la presente investigación

DESARROLLO

Para periodizar el proceso enseñanza aprendizaje del método clínico de pregrado en el contexto cubano se interrelaciona la definición de salud enfermedad y diagnóstico médico como parte del contenido del proceso de enseñanza aprendizaje de método clínico en su devenir histórico, manifestando su similitud con los diferentes modelos médicos pedagógicos latinoamericanos.[ii] Aportando los hitos, etapas y periodos de este particular proceso de enseñanza aprendizaje. Además incluir los aportes de Richard Koch 1920[iii] y de Pedro Lain Entralgo[iv] 1970 en cuanto al origen del diagnóstico médico, están en estrecha relación con la historia de la enseñanza aprendizaje del método clínico en el contexto cubano.

Revelando sus inicios desde 1509 a 1515 aproximadamente, cuando llegan a la isla de Cuba los primeros españoles bachilleres y licenciados en medicina graduados en Salamanca, comenzando las actividades de diagnóstico sensu stricto impregnados de la teoría humoral y el enfoque escolástico lejos de los adelantos europeos del periodo, esto constituía un avance en el contexto cubano a pesar de no contarse aún con enseñanza médica.

Los españoles fortalecieron el escolasticismo en las actividades del examen y diagnóstico sensu stricto. Para el escolasticismo, Dios era el motor, principio y fin de todas las cosas, y como consecuencia la enfermedad venía directamente de Él.[26] Para el médico escolástico el cuerpo era una vil prisión del alma,

[25] Serra Valdés M., Viera García M. Consideraciones sobre la enseñanza de la Semiología, la Propedéutica y el proceso diagnóstico en la práctica clínica. Educación Médica Superior [online]. 2014; 28 (1): pp 0-0

[26]Romay T. La lucha científica contra el escolasticismo en Cuba. *Univ Hab*. 1967: pp. 184-185.

por lo que este no merecía mayor estudio. Además por influencia de la doctrina islámica, el cuerpo de los muertos era impío y había que abstenerse de tocarlo al igual que la sangre. Por lo que el diagnóstico sensu stricto tuvo un marcado carácter especulativo,[v] la teoría constituía lo substantivo, la labor manual era desdeñada. Para el médico escolástico la enfermedad era el castigo a pecadores o posesión del demonio. [27]

En el inicio de la enseñanza aprendizaje del examen y diagnóstico sensu stricto en Cuba, desempeñó un importante papel la orden de los dominicos,[vi] [28] además estos organizaron en la isla las actividades de salud. [vii] Otro factor contribuyente al inicio de la carrera de medicina fue el demográfico, es decir, el aumento de la población española y sus descendientes blancos pues eran los únicos con acceso a las carreras universitarias.[29]

Otra condicionante para el inicio de la enseñanza aprendizaje del examen y diagnóstico sensu stricto fue la necesidad de aumentar el personal médico por la situación epidémica. Gregorio Delgado 1998[30] consideró dos grandes problemas epidemiológicos: la epidemia de viruela en 1520 y la de fiebre amarilla en 1649. Estas situaciones de salud demandaban de una amplia población sanitaria no existente en la isla.

Las actividades del diagnóstico sensu stricto y en menor proporción la del cuasidiagnóstico, permanecieron imbricadas desde 1509 hasta 1709, esto se ejemplificó cuando obligados por la carencia de médicos y la necesidad de sobrevivir ante las enfermedades y epidemias, el ayuntamiento de Santiago de Cuba autorizó para los menesteres de sanación a la curandera india "Mariana Nava", concediéndole la licencia para estas prácticas, con lo cual se convirtió en la primera mujer que ejerció legalmente estas funciones en Cuba.[39]

Aproximadamente en 1711 existía en Cuba el conocimiento para la enseñanza del examen y diagnóstico sensu stricto, además del personal para desempeñarse como aprendiz. Coexistía la necesidad social del examen-diagnóstico sensu stricto y los encargados de la enseñanza. Todo estos elementos se encontraban en espera del autorizo de la metrópolis. Mientras tanto Los juaninos, religiosos de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, quienes tenían a su cargo el Hospital de San Felipe y Santiago de la Habana, comenzaron a impartir, aproximadamente en 1711, lecciones de cirugía teórica y prácticas a los aspirantes al título de cirujano romancista, antes de la fundación de la Universidad de la Habana, esta preparación incluía elementos del examen-diagnóstico sensu stricto. Estos frailes continuaron y desarrollaron esta enseñanza después de la inauguración de la universidad hasta aproximadamente 1842.[31] Aunque los cirujanos romancistas no constituían un profesional de nivel superior atenuaban las carencias médicas en Cuba.

En 1726, en el antiguo convento de San Juan Letrán de la orden de Predicadores o Dominicos, en la Habana, se comenzó inicialmente los cursos de medicina, cuando estos religiosos fueron autorizados por el pontífice romano de la iglesia católica para fundar en su convento una universidad, pero sin haberla

---

[27] Historia de la medicina medieval. 2008. [citado 10-11-2013]; [aprox. 1 p.]. Disponible en: http://escuela.med.puc.cl/pudl/historiamedicinaMedievalMonastica.html

[28] Pérez Cabrera JM. Serie cronológica de los obispos de Cuba. En: Almanaque de la Caridad. La Habana: Unidad Productora "Mario Regueras". 1968: pp 196-205.

[29] Guerra F. La educación médica en Hispanoamérica y Filipinas durante el dominio español. Madrid: Ed I.M.C. Alcala de Henares. 1998.

[30] Delgado García G. Desarrollo histórico de la salud pública en Cuba. 1998. [citado 10-11-2013]; [aprox. 1 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34661998000200007

[31] Delgado García G. Cuaderno de historia de la salud pública 75. 1990. Ed. Ciencias Médicas: pp. 9-66.

erigido todavía. No fue hasta el 5 de enero de 1728 la solemne inauguración de la Universidad de la habana por la Real Célula del 14 de marzo de 1732, que recogió la disposición del consejo de indias, se ordenaba a los catedráticos y graduados la confección de los estatutos que regirían la Universidad, mientras tanto no se confiriesen grados.

El 26 de julio de 1734 fueron aprobados los estatutos por el Rey Felipe V de Bordón. Para los estudios médicos se exigían tres requisitos de orden social que consistían en legitimidad de origen social, limpieza de sangre, vida arreglada y de buenas costumbres.[42] En esta fecha los Dominicos organizaron los cursos regulares de Medicina con una orientación general escolástica.[viii]

Los cuatros primeros años del plan de estudio eran eminentemente teóricos e incluyan 4 cátedras: Prima de medicina (análoga a la Fisiología), Vísperas (análoga a la Patología), Anatomía y Methodus Medendi (análoga a la Terapéutica), En primer año se comenzaba con la enseñanza aprendizaje de prima y vísperas, en esta última era donde se enseñaba el examen y diagnóstico sensu stricto sin tener aún el estudiante conocimientos de anatomía que se impartía de manera teórica en cursos posteriores.

La calidad de la enseñanza aprendizaje del examen y diagnóstico sensu stricto estaba muy lejos de reflejar los progresos que la medicina de Europa y en ello influía el abandono en que el gobierno de España tenía sumida a su colonia.[43] La enseñanza aprendizaje del examen y diagnóstico sensu stricto era tradicional, con rígidos requisitos morales, expresión del periodo histórico cubano y del contexto particular donde se impartía, alejada también de las necesidades de salud principalmente de los esclavos, negros libres y criollos pobres.

El contenido del diagnóstico sensu stricto estaba enfocado por concepciones escolásticas que también permeaban la definición de salud enfermedad, diagnóstico eminentemente especulativo, muy teórico, donde la labor manual era menospreciada, esta posteriormente era atenuada por el estudiante al asociarse a un profesional de prestigio durante dos años, antes de alcanzar el grado bachiller de medicina. No obstante, la fundación de la carrera de medicina constituyó un acontecimiento social y contribuyó a mejorar la asistencia médica.[32]

El contenido diagnóstico sensu stricto eran aprendido de memoria por textos de Aristóteles (384 a. C.-322 a.C.), Averroes (1126-1198 d.C.), Avicena (980-1037 d.C.), Rhazes (865-925 d.C.), Galeno (130-216 d.C.) estos eran considerados fuentes de la sabiduría médica, con influencias del enfoque humoral de la medicina, [33,34] y sus contenidos guardaban fidelidad al dogmatismo religioso.[35]

La enseñanza aprendizaje del diagnóstico sensu stricto contaba con estrictos principios éticos y morales, el buen médico era aquel que sabía utilizar correctamente los elementos médicos y respetaba los principios éticos haciendo moralmente adecuados sus actos.[36] Incluía la enseñanza aprendizaje del

---

[32] Delgado García G. Desarrollo histórico de la enseñanza médica superior en Cuba desde sus orígenes hasta nuestros días. Educación Médica Superior. 2004. [citado 10-11-2013]**;** [aprox. 1 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412004000100007

[33] Publicación del Consejo Nacional de Sociedades Científicas, Ciudad de La Habana. 1987: pp. 23-31.

[34] Apuntes para la historia de la discriminación racial en el ejercicio de la medicina en Cuba. Cuad Hist Sal Pub No. 66. Publicación del Consejo Nacional de Sociedades Científicas. 1983: pp. 28-44.

[35] Delgado García G. Funciones de los Cabildos o Ayuntamientos como administradores de la Salud Pública en Cuba durante los siglos XVI, XVII y la primera década del XVIII. Cuad Hist Sal Pub No. 72.

[36] Gracia D. Ética médica. En: Farreras-Rozman. Medicina Interna (13.a ed.). Madrid: Mosby-Doyma Libros. 1995: pp. 33-38.

juramento hipocrático, [37] desarrollando todo lo anterior un modo de actuación del profesional colonial, religioso, empírico bilogicista en la realización con el diagnóstico sensu stricto.

En 1797 ocurren variaciones en el plan de estudio médico, se le añaden al plan de estudio 4 cátedras con escasos elementos de prácticas clínicas, se mantiene el enfoque escolástico, las características tradicionales en la enseñanza aprendizaje, lo empírico, religioso y biologicista en el contenido del examen y diagnóstico sensu stricto, aún sin salas de disección ni laboratorios y desarrollando igual modo de actuación del profesional.

La enseñanza aprendizaje del diagnóstico sensu stricto durante los 111 años siguientes al 1734, se realizó sin ostensibles variaciones, con más de seis siglos de atraso en relación con la enseñanza aprendizaje del objeto en Europa. Se reveló la fuerte influencia del contexto universitario español en el cubano, se manifestó la universidad como unas principales fuentes de conocimiento en la isla, con una enseñanza poco influida por las necesidades de la clase humilde, donde el profesional se relaciona ineficazmente con las necesidades socio-ambientales. A pesar de constituir una enseñanza aprendizaje con características autónomas por desligarse de los problemas políticos y con marcado desinterés por las penurias sociales, aparecen las interrelaciones del currículo oculto para compensar estas insuficiencias.

A partir de 1790 comienza a gestarse el pensamiento ilustrado en la sociedad cubana[ix] promovido por la nueva clase en el poder, como respuesta a la necesidad social de estar a tono con los adelantos de la medicina europea, consolidándose aproximadamente en 1842**.**[38] En la transición enfoque escolástico al ilustrado en la enseñanza aprendizaje del diagnóstico sensu stricto, tuvo una importante influencia Tomás Romay Chacón (1764-1849),[39,40]fundador del movimiento ilustrado cubano, quien fue reconocido como maestro del interrogatorio, de la inspección y la palpación.

Este, asociado con otros médicos cubanos formados en universidades europeas, contribuyó a enriquecer la enseñanza aprendizaje del diagnóstico sensu stricto principalmente fuera de los espacios universitarios, introdujo técnicas de examen y el diagnóstico como la auscultación, la percusión y la exploración ordenada devenido del mejor conocimiento de la fisiología y anatomía patológica,[41]contribuyendo a un mejor razonamiento en el diagnóstico sensu stricto.

Romay se opuso al galenismo imperante en la enseñanza, él expresaba que después dos siglos de la anatomía de Vesalio (1514-1564) se seguían enseñando las teorías de Galeno (130-216 d.C.) y Avicenas (980-1037 d.C.), sin demostraciones en cadáveres.[42] Romay abogaba por abandonar estos anticuados métodos a inicios del Siglo XIX, afirmando que cuando " William Harvey (1578-1657) escribió su libro, aún no se había descubierto la circulación de la sangre; ni Albrecht von Haller (1708-1777) no había trazado las primeras líneas de la Fisiología; Rudolf Ludwig Karl Virchow (1821-1902) su Patología;

---

[37] Raimundo Llanio ¿Qué es un médico para mí? 2002. [citado10-11-2013]; [aprox. 1 p.]. Disponible en: http://www.jornada.sld.cu/llanioconferencia.html

[38] De la Torre E, López C, Márquez M, Gutiérrez JA, Rojas F. El desarrollo del Sistema Nacional de Salud en Cuba. En su: Salud para todos sí es posible. Sociedad Cubana de Salud Pública. 2004: pp. 35-93.

[39] López Sánchez J. Vida y obra del sabio habanero Tomás Romay Chacón. Científico-Técnica. 2004: pp. 308.

[40] García Blanco R., Romay Chacón T. En: Cien figuras de la Ciencia en Cuba. Científico-Técnico. 2002: pp. 359-362.

[41] Beldarraín Chaple E. Apuntes sobre la Medicina en Cuba. Historia y publicaciones. Ciencias Médicas. 2005: pp. 300.

[42] Historia de la medicina. [citado 10-10-2013]; [aprox. 1 p.]. Disponible en: http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/HistoriaMedicina/HistMed_12.html

ni Xavier Bichat (1771-1802) la Anatomía aplicada a la Fisiología y la medicina". Romay impulsó la modernización de la Medicina en Cuba inspirado en las ideas de Philippe Pinel (1745-1826) en su tratado Medicina Clínica, él impartió esta asignatura de forma práctica y teórica en 1834[43]

El desarrollo en el conocimiento del diagnóstico sensu stricto producto de los avances de la medicina Europea y su influencias en la ilustración cubana del inicio del siglo XIX, comenzó a entrar en contradicción con el contenido anticuado impartido en la universidad, conduciendo a la reforma universitaria y la inauguración de la Universidad Real de La Habana con las cátedras extrauniversitarias del Hospital de San Ambrosio en 1842, pasando la rectoría de Los Dominicos a los Médicos en la nueva sede. Con esta transformación la enseñanza aprendizaje del diagnóstico sensu stricto se concibió con un enfoque tradicional Ilustrado.

El diagnóstico sensu stricto como contenido, después de la reforma universitaria, estuvo relacionado con una definición de salud enfermedad medioambientales[x] y concepciones de los agentes biológicos externos en las enfermedades. Mejorando su racionalidad, su técnica, su coherencia, menos religioso y empírico. Las antiguas cuatro cátedras no sólo se duplicaron en el nuevo plan de estudio, sino que mejoraron el nivel del contenido. Aportándole a la enseñanza aprendizaje del diagnóstico sensu stricto características sociales-históricas-epidemiológicas con los contenidos de las cátedras de Higiene Pública, Higiene Privada, Medicina Legal, Toxicología, Jurisprudencia Médica, Policía Médica, Historia y Biografía Médicas y Bibliografía Médica.

Más tarde, en el plan de estudios de 1887, se relacionó la enseñanza aprendizaje del examen y diagnóstico sensu stricto con el contenido de la importante cátedra de Ampliación de la Higiene Pública con: el Estudio Histórico y Geográfico de las Enfermedades Endémicas y Epidémicas. [44] Promoviendo todo lo anterior un modo de actuación en el profesional colonial, ilustrado socioambiental en la realización del examen y diagnóstico sensu stricto.

De 1842 al 1902 la enseñanza aprendizaje del diagnóstico sensu stricto se nutre de las producciones intelectuales cubanas y foráneas más importantes del periodo la que se incorporan como contenido al proceso de enseñanza aprendizaje, este contenido se interrelaciona con los de asignaturas como: propedéutica médica y quirúrgica, clínica médica, clínica quirúrgica, clínica de obstetricia, clínica ginecológica, clínica de enfermedades de los niños, de oftalmología y de las enfermedades mentales, esta última asignatura aún con conocimientos muy elementales, marca el inicio del estudio del psiquismo en Cuba, iniciando además para esta fecha el paso hacia un diagnóstico mucho más organizado y científico. A pesar de estas transformaciones, no se pudieron cambiar las pésimas condiciones en que se brindaba la enseñanza aprendizaje del diagnóstico sensu stricto en el recinto universitario y sus características tradicionales, teóricas y memorísticas.

En la enseñanza aprendizaje del diagnóstico sensu stricto el profesor no solo era trasmisor de conocimientos y habilidades, sino también de asuntos diferentes a la práctica médica, pues despertaban el interés por la cultura general, la política y otros aspectos de la vida socio-ambiental. Estos profesores tuvieron un común denominador: procuraron que sus estudiantes adquirieran conocimientos, habilidades además de cultura general.[45] Formando un profesional con poca experiencia práctica lo cual no le permitía corresponder a la totalidad de las necesidades clasistas, manteniéndose las relaciones del currículo oculto en aras de compensar esas necesidades sociales.

---

[43] Pinel Philippe. Traité médico-philosophique sur l'aliénation. 1809. [citado 10-10-2013]; [aprox. 1 p.]. Disponible en: URL:http://visualiseur.bnf.fr/Visualiseur?Destination=Gallica&O=NUMM-76576

[44] Historia de la Medicina en Cuba. Primer cuarto del siglo XIX (1801-1825). [Citado 10-10-2013] ; [aprox. 1 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/his/his_97/hist0397.htm

[45] Rivero SO. El Perfil del Médico Educador. Revista Universidad de México. Nov- Dic. 1984: pp 41-43

A finales del siglo XIX, después de alcanzar a consecuencia de la experiencia y del ordenamiento de la ciencia un verdadero conocimiento, surge la necesidad de un método orientado a diagnosticar las diversas alteraciones morfofisiológicas producidas por el ambiente y la genética, desde ese entonces el diagnóstico dejó de ser intuitivo y pragmático para convertirse en lógico y veraz, al aparecer el método clínico, mejorando así los procedimiento y la cientificidad diagnóstica.

A finales del siglo XIX en la ciencia clínica cubana influenciada por la norteamericana comenzó asumir definiciones de salud enfermedad con características positivistas con su correspondiente influencias en el diagnóstico médico.[xi] La enseñanza aprendizaje del método clínico comenzó en el plan de estudio de 1902 el cual duró aproximadamente dos años, continuando el plan Varona en Junio de 1904, este con el mismo enfoque trató de remediar el tradicionalismo en la enseñanza médica superior. La enseñanza aprendizaje del método clínico se caracterizó por elementos tecnológicos y conductistas no tradicionales, al ver al estudiante como un ser pasivo aislado, cuya participación estaba restringida por un plan de estudio altamente estructurado y controlado, donde el profesor desarrollaba las conductas deseables y disminuían las indeseable, enseñando un contenido fuertemente influenciado por la clínica norteamericana, satisfaciendo la necesidad social de la burguesía al sustentar una medicina privada y hospitalaria, la cual satisfacía por interés la salud biológica de sus fuerzas productivas.

La enseñanza aprendizaje del método clínico se nutrió del conocimiento científico más avanzado nacional e internacional, en esto influyó los asesores médicos de formación europea como los doctores: Eusebio Hernández Pérez (1853-1933), Diego Tamayo Figueredo (1853-1926) y Miguel Sánchez - Toledo Hernández (1851-1918), los cuales desde la etapa colonial, abogaban por una orientación positivista basada en los nuevos logros de la medicina europea y norteamericana que conllevaron a carecer la enseñanza aprendizaje del método clínico de los contenidos sociales, epidemiológicos y psicológicos incluidos en planes de estudios anteriores, limitando el contenido salubrista en una sola asignatura, la Higiene, dirigiendo el modo de actuación profesional hacia el ejercicio individual y más que hacia el social. [59]

Otro elemento de importancia en el enseñanza aprendizaje del método clínico lo constituyó la unidad de la teoría y la práctica, se vinculó el contenido del examen clínico a la física y química, lo que posibilitó una mejor comprensión de los elementos bioquímicos, anatómicos y fisiológicos en el examen clínico[46] esto trajo como consecuencia la formación de un profesional muy técnico pero incapaz de atender al hombre de manera integral por su modo de actuar burgués positivista biologicista.

Además al no existía una unión formal entre el Ministerio de Salubridad[xii] y la universidad, se imposibilitó dar óptima solución a los problemas sociales relacionado con el método clínico, a pesar de esto la rectoría universitaria respondía informalmente a los intereses del gobierno, desarrollando un modo de actuación profesional burgués positivista biologicista, en contraposición se manifiesta valores progresistas en pequeños grupos de profesores universitarios, estudiantes y médicos recién graduados.

En 1919 se da inicio a un nuevo plan de estudio, el Plan Flexner,[47] el cual se estructuró en ciencias básicas, pre-clínicas y clínicas con cualidades similares en la enseñanza aprendizaje del método clínico que su antecesor, pero con reducción mayor de los contenidos preventivos y epidemiológicos.

---

[46] Varona Pera E. J. La reforma de enseñanza superior. En: Universidad de La Habana. Crítica y reforma universitaria. Ed. Universitaria. La Habana, 1959: pp 11-12.

[47] Delgado Garcia Gregorio. Desarrollo histórico de la enseñanza médica superior en Cuba desde sus orígenes hasta nuestros días. Educ Med Super [online]. 2004, 8 (1): pp. 0-0.

En 1924 se inició otro nuevo plan, el que incluir algunos aspectos de la reforma flexneriana, estructurado en 32 asignaturas con poca proyección social. Con una enseñanza aprendizaje del método clínico cientificista, enciclopedista, formalista, rígidamente estructurado y ajeno a las necesidades de salud de la población cubana, donde su único propósito consistió en formar médicos generales para la práctica privada de la profesión. En el plan de 1928 conservó las características anteriores agregándosele 1 año más a la carrera de medicina.

En ese periodo la ciencia clínica cubana condicionó el diagnóstico médico a la definición de salud enfermedad[48,49] en la que se enfocaba como un estado de relativo equilibrio de la forma y función corporal resultante del ajuste dinámico del organismo ante las fuerzas que tienden a alterarlo, permeando esta concepción el contenido del método clínico en el nuevo plan aproximadamente en 1934 donde se redujo dos años la carrera de medicina a expensa de los contenidos preventivos, sociales y epidemiológicos, guardando la enseñanza aprendizaje del método clínico las mismas características.[63]

En 1942 se inicia el Plan Vieta con una enseñanza aprendizaje del método clínico cientificista, enciclopedista, formalista, rígidamente estructurada y ajena a las necesidades de salud, limitada aún más del adiestramiento en aspectos higiénicos, epidemiológicos, psicológicos y sociales, formando profesionales muy técnicos pero incapaces de atender integralmente al hombre. Contaba con 32 asignaturas y se aumentó dos años la carrera de medicina. [63]

Un ejemplo de las características de la enseñanza aprendizaje del método clínico la rememora Luis Rodríguez Rivera en la sala Torralbas del Hospital "Calixto García" cuando escribió:

> Quedé impresionado con lo que allí pude ver, los médicos inquirían en detalle la historia de la enfermedad que relataba el paciente y luego procedían a mirar, palpar, percutir y auscultar; es decir, a recoger datos objetivos con sus sentidos naturales y unos simples instrumentos que prácticamente cabían en los bolsillos de sus batas; y a partir de tales elementos, construían sus hipótesis y decían qué órganos internos estaban afectados, el posible mecanismo de producción de los síntomas y signos y, finalmente, qué enfermedad o enfermedades los ocasionaba. Acertaban, por cierto, en un número elevado de casos. Pero eso no era todo: en cada cama había pacientes con patologías distintas: uno aquejaba una enfermedad respiratoria, otra digestiva, un tercero neurológica; y aquellos médicos podían pasar de uno a otro con versatilidad y conocimiento de causa.
>
> En sucesivos meses pude ver que, además, analizaban al paciente completo, insistían en la individualización de cada caso y se responsabilizaban con todo lo referente al enfermo bajo su atención, independientemente de que llamaran en consulta a otros especialistas. Las hipótesis diagnósticas, que nunca dejaban de hacerse sólo con los datos clínicos, se contrastaban con los resultados del Laboratorio, la Radiología o la Anatomía Patológica, que eran entonces los únicos recursos tecnológicos existentes. Si se confirmaban o no, siempre se informaba abiertamente, y si había error, todos aprendían de él. Si el paciente moría, el interés por la autopsia era muy vivo para conocer en realidad qué había sucedido y contrastarlo con las hipótesis originales. Estos médicos eran, además, cuidadosos en evaluar los resultados de los pocos fármacos que existían y asegurar sus virtudes. [50]

---

[48] Guerrero Luis, and Aníbal León. Aproximación al concepto de salud. Revisión histórica. Fermentum 18.53 (2008): pp 610-633.

[49] Perkins W. Cause and prevention of disease. Lea and Febiger, Philadelphia. 1938.

[50] Rodríguez L. La Clínica y su Método. Reflexiones sobre dos épocas. Madrid: Díaz de Santos; 1999: XIII-XIV, [citado 10-10-2013]; [aprox. 1 p.]. Disponible en: http://files.sld.cu/medicinainterna/files/2010/07/etica-y-el-pase-de-visita-hospitalario.pdf

El proceso de enseñanza aprendizaje del método clínico de 1904 a 1962, ocurren transformaciones conceptuales en la clínica en relación con el método clínico influyentes en proceso de enseñanza aprendizaje, esto unido a la autonomía universitaria, a las importantes transformaciones en la socio-política cubana contribuyeron a evolución del proceso de enseñanza aprendizaje del método clínico en aras de formar un médico que respondiera a la necesidad de la burguesía de optimizar sus fuerzas productivas con nuevas interrelaciones sociales. A consecuencia se manifiestan las relaciones del currículo oculto en contraposición a estos intereses.

En 1959 se iniciaron profundos cambios en lo político, económico y social en Cuba. En este periodo se establecieron 2 importantes principios estatales: la salud es un derecho del pueblo y la educación de la sociedad es una responsabilidad del Estado. Con el nuevo modelo sociopolítico, las características de la enseñanza aprendizaje del método clínico no satisfacía la demanda estatal de formar un profesional con una visión integral del hombre, comprometido con los problemas sociales de la totalidad de la población. Necesitándose nuevas cualidades en la enseñanza aprendizaje del método clínico. A consecuencia apareció el plan Baeza en 1963, [51] caracterizado por tener alguna semejanza con el plan Varona en cuanto al predominio de la práctica sobre la teoría, la presencia de elementos tecnológicos y conductistas en la enseñanza aprendizaje,[52] aunque ya afloraban algunos elementos sociales con la formación de un profesional comprometido con las necesidades sociales. Se relacionó el contenido de la enseñanza aprendizaje del examen y método clínico con la psicología, disminuyó la relación con el contenido de epidemiología, mientras se mantuvo su enfoque positivista.

En 1969 se introdujo el Plan de Estudios Médicos Integrados,[xiii] coordinado por el profesor Fidel Ilizastigui Dupuy (1924- 2005), con el objetivo de dar respuesta al modelo profesional de servicios,[53,54] relacionando la enseñanza aprendizaje del método clínico con el contenido de la asignatura de promoción y prevención de salud. Se establece un plan de estudio de tipo horizontal-vertical, basado principalmente en la coordinación interdisciplinaria y en unidades lógicas de conocimientos, las restantes características fueron muy similares al plan de estudio anterior.

Es importante destacar en medicina en el 1962 se inicio un programa integrado de cooperación interdisciplinaria en las ciencias básicas, organizado por áreas, de carácter horizontal, que duró tres años, luego entre 1964 y 1968 se hicieron algunos intentos de integración en el área clínica mediante clases integradas de materias relacionadas con la propedéutica clínica.[55,56]

---

[51] La Reforma Universitaria y la enseñanza de las ciencias médicas. Ed. Universidad de La Habana. 1963:pp 41-49

[52] Chávez Rodríguez Justo A. Antología del pensamiento educacional de la revolución cubana. 2013[citado 10-10-2013]; [aprox. 5 p.]. Disponible en: http://www.cubaeduca.cu/medias/pdf/pedagogia_2013/Curso 4.pdf

[53] José Fernández Sacasas. Programa Integral de Salud para el adulto según modelo de Medicina en la Comunidad. Revista Cubana de Administración de Salud. No. 1, julio 1975: pp155-173.

[54] Cosme Ordóñez Carceller. Organización de la atención médica en la comunidad. Revista Cubana de Administración de Salud. No.2, 1976: pp141-52.

[55] Rosell Puig W. La enseñanza integrada en las ciencias médicas. Rev Cubana Educ Méd Sup 1998:12(2);45-8.

[56] Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. Características generales del plan de estudios para la formación del Médico General Básico. La Habana: ISCM; 1985.

En 1976 el Ministerio de Salud Pública se adjudica la Formación Médica Superior, dependiente del Ministerio de Educación hasta ese entonces,[57] acercando más la enseñanza aprendizaje a los centros asistenciales de salud. [58] En 1978 emergieron asignaturas como la Higiene, la Epidemiología y la Administración de Salud, relacionándose débilmente con la enseñanza aprendizaje del método clínico al reiniciarse la organización del plan de estudio por asignatura, lo cual se mantuvo en los planes de 1986 y 1994,[59] a pesar de los elementos tecnológicos se consolida la orientación social en la enseñanza aprendizaje. En el contenido del método clínico se mantuvo el enfoque positivista. En la enseñanza aprendizaje método clínico se manifestó la educación como elemento que va más allá de la instrucción e incluía la preparación social y humana.

De 1963 a 1975, permanece en la ciencia clínica el enfoque positivista en la realización del examen y método clínico condicionado por las nuevas definiciones del proceso salud enfermedad ahora con una visión bio-psico-social sin una visión integradora.[xiv] Además se revela un proceso de enseñanza aprendizaje social interconectado al pensamiento social. Se consolidó la interrelación entre el modo de actuación profesional y la necesidad social.

A partir de 1980 se comenzó a enfocar los procedimientos del método clínico hacia bio-psico-social preventivo condicionado por nuevas definiciones de salud, [xvxvi] dificultando el enfoque positivistas la interrelación adecuadamente de estas dimensiones en el diagnóstico médico al no conocer su fundamento histórico, epistémico e interdisciplinar. El fraccionamiento del contenido de la clínica condicionado por la subespecialización no se ajustaba a las demandas del nuevo enfoque clínico bio-psico-social preventivo, apareciendo como respuesta la subespecialidad de Medicina General Integral quien se nutrió de las producciones científicas cubanas y de los antiguos países socialistas.[60,61, 62,63,64]

A partir del 1986 comenzó nuevo plan de estudio, influyendo en su inicio las nuevas concepciones científicas y el encargo estatal de convertir a Cuba en una potencia médica mundial y la necesidad de profundizar en el nuevo enfoque clínico. Permanecen en el proceso de enseñanza aprendizaje las relaciones tecnológicas conductistas combinadas con insipientes elementos humanista.[65] El proceso

---

[57] Carreno de Celis, Ramón y Salgado González, Lourdes. Otros aspectos de la evolución histórica de la educación médica superior en Cuba desde 1959 hasta el 2004. Educ Med Super [online]. 2005, vol.19 (3): pp 1-2.

[58] Guevara E. Discurso en la inauguración del Curso de Adoctrinamiento del Ministerio de Salud Pública. La Habana, 19 de agosto de 1960

[59] Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. Críticas al plan de estudio anterior y sugerencias de su perfeccionamiento. La Habana: 1982.

[60] Fidel Ilizástigui Dupuy y Roberto Douglas Pedroso. La formación del médico general básico en Cuba. Revista Educación Médica y Salud. 1993,2: pp189-205.

[61] Fidel Ilizástigui Dupuy. Elaboración y diseño del nuevo plan de estudio de Medicina. Educación médica y salud de la población. Folleto. Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana. 1993: pp 39-72.

[62] Francisco Rojas Ochoa. La enseñanza de la salud pública a estudiantes de Medicina en Cuba. Revista Educación Médica Superior. Abril-junio, 2003. [citado 10-10-2013]; [aprox. 1 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21412003000200001&script=sci_arttext&tlng=pt

[63] Silvia Martínez Calvo. Opción pedagógica para el análisis de la situación de salud en pregrado. Educación Médica Superior. No.2, jul.-dic. 1997

[64] Leonardo Sánchez Santos y Silvia Martínez Calvo. Superación profesoral para la enseñanza de higiene y epidemiología en pregrado. Educación Médica Superior. 1993, 7: pp 75-84.

[65] Pernas M et al. El plan de estudio para la formación del médico general básico en Cuba: experiencias de su aplicación. Educación Médica Superior. 2001, 1: pp 9-21.

desarrollaba un profesional (médico general básico) con un modo de actuar socialista bio-psico-social positivista en la realización del método clínico, muy técnico y humano con óptimas respuestas en lo social, biológico y ambiental pero sin conocer las relaciones históricas, filosóficas e interdisciplinares de su ciencia, además los profesores de clínica no se interrelaciona de forma óptima con las ciencias pedagógicas.

En el 1994 se inició un nuevo plan con características similares al plan anterior. No obstante, en el plan de acción del Ministerio de Salud Pública para incrementar la calidad de los recursos humanos de 1996 se analizó el plan vigente, [66]asumiéndolo como un modelo curricular tradicional por asignaturas, con la variante de núcleos esenciales, donde se agrupan contenidos afines denominados módulos. Este plan docente se estable disciplinas organizativas integradas, con coordinaciones horizontales y verticales, sin embargo, en el análisis realizado se aprecia que las disciplinas, no cumplen con la derivación gradual. A pesar de esto el plan de estudio es inflexible, con un diseño centralizado no basados en los problemas y las necesidades comunitarias. [67]Todas estas insuficiencias repercutieron en la enseñanza aprendizaje del método clínico.

A partir del 2004 los procedimientos del método clínico se enfocaron hacia lo bio-psico-ecológico preventivo condicionado por las transformaciones de la definición de salud enfermedad. [xvii] El estado cubano estimuló la universalización[68] y aparece la MGI como disciplina académica integradora[69] en la carrera de medicina ampliando el número de horas en enseñanza aprendizaje del examen y método clínico en el contexto primario de salud. Se trató de dar un carácter social humanista problematizador al proceso de enseñanza aprendizaje que no se logró en su totalidad por los rasgos tecnológicos arrastrados de planes de estudio anteriores y la escasa formación pedagógica de los profesores.[12]

La dinámica del proceso se sustentó en la educación en el trabajo, manifestando rasgos fenomenológicos psico-educativos se disminuyó el número horas en la atención secundaria y terciaria de salud con su consiguiente repercusión en el modo de actuación profesional ahora socialista positivista bio-psico-ecológico. El profesional egresado muy técnico y humanista en el ejercicio del examen y método clínico brindaba respuesta óptima en lo social, biológico y ambiental a la demanda socioambiental, aún desconociendo los elementos históricos, filosóficos e interdisciplinares de la ciencia. Continúa ausente en el enfoque de enseñanza aprendizaje los elementos epistémicos, históricos. Se mantiene estas características del proceso de enseñanza aprendizaje hasta nuestros días con pertinentes adecuaciones sin condicionar una transformación cualitativa del objeto de investigación. La **tabla I**

[66] Cuba. Ministerio de Salud Pública. Plan de acción para el incremento de la calidad de los recursos humanos. La Habana: MINSAP; 1996:1-10.

[67] Piñón Vega I, Guzmely Escalona B, Vergara Fabián E. El subsistema del médico y enfermera de la familia. Su desarrollo en Cuba. Rev Cubana Med Gen Integr 1994;10: pp 61-69

[68] Hernández Gutiérrez DN, Horruitiner Silva P, Benítez Cárdenas F. La universalización de la Educación Superior en Cuba. Forjando una sociedad del conocimiento sustentable. Revista Bimestre Cubana de la Sociedad Económica de Amigos del País. 2005;XCVIII (23). [citado 16 Mar 2014]. Disponible en: http://www.bimestrecubana.cult.cu/docs/7ID3PK7H9E.doc

[69] Vega Miche Rebeca V. La integración de los contenidos: un reto para un plan de estudios disciplinar. Educ Med Super. 2003; 23(3):89-97.

Tabla I: Hitos y periodo del desarrollo histórico del proceso de enseñanza aprendizaje del Diagnóstico médico				
Periodos	**Tipo de examen y diagnóstico.**	**Características generales de la enseñanza aprendizaje.**	**Enfoques de la enseñanza.**	**Modo actuación profesional en el examen y diagnóstico.**
Tradicional escolástica. 1734-1843	Examen y diagnóstico sensu stricto biologicista.	Tradicional.	Enfoque tradicional escolástica	Colonial sensu stricto biologicista.
Tradicional ilustrada. 1843-1904	Examen y diagnóstico sensu stricto socioambiental.	Tradicional.	Enfoque tradicional ilustrado.	Colonial sensu stricto Ilustrado socioambiental.
Positivista no tradicional. 1904-1963	Examen y diagnóstico positivista biologicista.	Tecnológica con elementos conductista.	Enfoque positivista.	Burgués positivista biologicista.
Social. 1963-1978	Examen y diagnóstico positivista biopsicosocial.	Tecnológica social con elementos conductistas.	Enfoque social	Socialista positivista biologicista.
Social. intercontextual 1978-1986	Examen y diagnóstico positivista biopsicosocial.	Tecnológica social intercontextual con elementos conductistas.	Enfoque social	Socialista positivista psicobiosocial.
Social. Humanista. 1986-2004	Examen y diagnóstico positivista biopsicosocial.	Tecnológica Humanista fenomenológica.	Enfoque humanista.	Socialista positivista psicobiosocial.
Humanista Problematizadora. ≥ 2004	Examen y diagnóstico positivista biopsicoecológico.	Tecnológica humanista con rasgos problematizador.	Enfoque científico humanista investigativo.	Socialista positivista psicobioecológico.

Notas del autor

[i] El estudio de Beckman y Frankel, muestra que los enfermos eran interrumpidos como promedio a los 18 s de comenzar a hablar, en ocasiones a los 5 s, que en la mayoría de los casos la interrupción venía después de exponer el primer síntoma y que sólo el 20 % pudo completar el relato de sus quejas. Noren ha reportado que el tiempo medio que el especialista de atención primaria dedica a sus enfermos es de 13 min y de 18 el internista, sin abordar los problemas emocionales de los pacientes en el 97 % de la muestra. En contraste, De la Sierra considera que interrogar y examinar a un paciente nuevo requiere en las mejores condiciones de cooperación por parte del enfermo y de entrenamiento por parte del médico, un mínimo de 30 min, sin los cuales el método clínico no puede ser adecuadamente aplicado. En un largo estudio de 8 años, Beaumier y Bordage, en Canadá, hallaron entre las

deficiencias más frecuentes de los médicos, no identificarse ante el paciente, no darle el tiempo necesario para contestar, hablar al mismo tiempo que él, no mirarlo, no atender a lo que se le decía, reírse inapropiadamente, hacer preguntas automáticas en tono monótono, permanecer distante, hacer un examen físico desorganizado, mecánico e irrelevante, mostrarse impaciente e incluso agresivo, no dar explicaciones o ser muy escueto y no hacer el seguimiento posterior del enfermo. Beckman HB, Frankel RM. The effect of physician behavior on the collection of data. Ann Intern Med 1984;101(5):692-6. Noren J, Frazier T, Altmann I, De Lozier J. Ambulatory medical care: a comparison of internist and family general practitioners. N Engl J Med 1980;302:11-6. Sierra T de la. El método científico aplicado a la clínica. México, DF:Universidad Autónoma Metropolitana, 1982;39-40. Beaumier A, Bordage G, Saucier D, Turgeon J. Nature of the clinical difficulties of first year family medicine residents under direct observations. Can Med Assoc J 1992;146(4):489-97.

[ii] Dentro de los modelos médicos pedagógicos latinoamericanos se encuentra el **modelo tradicional** en el cual los conocimientos son impresos en la mente de los educandos y los contenidos organizados para este efecto. El aprendizaje es memorístico y repetitivo, el profesor se revela como un núcleo de poder dogmático que dominan y controlan el conocimiento. La relación profesor-estudiante, implica vínculos de autoridad donde predomina la verticalidad, la distancia afectiva y la dependencia. El estudiante se somete a la autoridad del profesor de forma pasiva. Las metodologías didácticas, tienen un carácter expositivo; lo sabido cobra más importancia que lo discutido o analizado. Prevalece el discurso sapiencial por textos enciclopédicos y protocolos rígidos donde no se admite la incertidumbre o la intuición.

El **modelo tecnológico** se central en un aprendizaje de conductas que produzcan cambios observables. El profesor emplear los recursos necesarios para asegurar un aprendizaje controlando, dirigiendo y orientando la asimilación de los contenidos. El modelo tecnológico es útil para el aprendizaje de habilidades dando más importancia a los medios de enseñanza, que buscan asegurar la eficiencia del aprendizaje; las dinámicas grupales como talleres y actividades prácticas toman también importancia Este modelo permitió afirmar el modelo tradicional y ponerlo al servicio de los intereses funcionalistas del paradigma positivista.

El **modelo social** considera al profesor como guía del estudiante concientizando su papel de líder y participante activo en el espacio áulico, el estudiante se revela como un ser crítico del modelo social y del conocimiento, este último deben estar al servicio de la sociedad.

La pedagogía social dio paso a una pedagogía médica más crítica (**pedagogía humanista**), pues la social se quedó en lo reiterativo y contestatario sin plantear mecanismos de acción eficaces para resolver los problemas sociales de salud. Esto significa la interrelación de la pedagogía médica en los problemas sociales en aras de su solución. La educación médica está ligada a los procesos de desarrollo científico, pero estos deben ser abordados críticamente para evaluar los impactos, pertinencia y viabilidad de los nuevos conocimientos en la realidad social.

El **modelo problematizador** es constructivista al considerar al estudiante desde el punto de vista cognitivo, afectivo y social; y no como un producto del ambiente ni de sus disposiciones internas, donde la construcción individual va produciendo a diario; el conocimiento no es una copia de la realidad, sino una reconstrucción refleja de esta en el psiquismo del estudiante. Este modelo se caracteriza por ser el estudiante el centro de su formación y la fuente del conocimiento; el docente asume el rol de estimulador, facilitador y orientador del aprendizaje, el proceso educativo es permanente, mediante el cual se va descubriendo, elaborando, modelando y apropiando el conocimiento. El punto de partida del aprendizaje es la indagación e identificación con los problemas que plantean la práctica, orientados por el profesor; a partir de lo cual se buscan las fuentes de información que permitan comprenderlos y profundizarlos; con base en el análisis teórico se plantean hipótesis que expliquen el problema e intenten solucionarlo, estas hipótesis son sometidas a la práctica para verificar su adecuación a la solución del problema y lograr la modificación de dicha práctica. La participación activa del estudiante en la modelación del conocimiento le permite desarrollar capacidad de deducir, relacionar, elaborar síntesis, estimular la discusión, el dialogo, la reflexión y la participación.

Se consultó <Ospina, L.E. Retrospectiva de la educación médica en Colombia. En: Los caminos de la filosofía, la historia y la ciencia en medicina. Bogotá. 2000. P. 65-78.> <Almeida, M., Feuerwerker, L. y Llanos, M. (editores). La educación de los profesionales de la salud en América Latina. Tomo 1. Una mirada analítica. Editora Hucitec, Lugar Editorial S.A. y Editora Da Uel, Brasil - Argentina. Sao Paublo, 1999. P. 4 - 5. ><Díaz Barriga, A. El currículo escolar, surgimiento y perspectivas. Rei Argentina, S.A. Instituto de Estudios y Acción Social, Aique grupo editor, S.A. Buenos Aires. 1996. P. 35 - 47. ><Bloom, B. Taxonomía de los objetivos de la educación. El Ateneo. Buenos Aires, 1973. ><Gagné, R. y Briggs, L. Definición de los objetivos de la educación. La diseño de la enseñanza. México. Trillas, 1990.>

<Focault, M. El nacimiento de la Clínica. Una arqueología de la mirada médica. Siglo XXI editores. 1989.><Ivan Illich, Joaquín Mortiz, México, 1978. (Némésis médicale. L'expropriation de la santé, Seuil, coll. « Points », Paris, 1981).><Davini, M.C. «Modelos y Opciones Pedagógicas para la Formación del Personal de las Instituciones de Salud» – En Educación Permanente en Salud como Estrategia de Cambio. – OPS, Buenos Aires, 1992><Donner R.S. y Bickley, H. «Problem-Based Learning in American Medical Education: an overwiev» – Bull Med Libr Assoc 1993 jul;81(3):294-298.> <Restrepo Gómez, B., García Ospina, N., Ceballos Velásquez,M.E. et al. El Aprendizaje Basado En Problemas En La Formación de profesionales de la Salud, Rionegro-Antioquia: 1996. Revista Investigación y Educación en Enfermería Universidad de Atioquia. Septiembre Vol. 15 No 2, 1997>.

[iii] Para Koch R. **el inicio del diagnóstico comienza mucho antes de la historia de la Medicina**. En el periodo en el cual el sanador actuaba sin diagnóstico, su actuar era puramente terapéutico. En los hombres primitivos el instinto dominaba la razón; lo cual daba lugar a una asistencia al enfermo puramente instintiva y meramente terapéutica. Este periodo dio paso a otro todavía primitivo, el cual orienta la actividad diagnóstica en dos líneas: la natural, donde la génesis de la enfermedad se muestra de manera evidente al sanador, como en el traumas y la sobrenatural, cuando la dolencia está fuera de la percepción del sanador y éste tiene que resolver el problema con una interpretación de carácter mágico. Es la orientación de muchos pueblos primitivos actuales BARTELS, M. (1893) Die Medizin der Natuniolker, Leipzig. KOCH, R. (1920) Die arztliche Diagnose, 2.a ed., Wiesbaden.

[iv] Según la tesis "**Los orígenes del Diagnóstico Médico"** de Pedro Lain Entralgo, la definición de una enfermedad obliga a distinguir con precisión entre el **cuasidiagnóstico**, el **diagnóstico sensu stricto** y el **verdadero diagnóstico**. Esta clasificación del diagnóstico se orienta según tres líneas cardinales la **empírica**, la **mágica** y la **imaginativa**.

El **diagnóstico verdadero** debe cumplir los siguientes requisitos: 1) La definición de la enfermedad y por tanto la idea acerca de la realidad que se quiere expresar procede de una actividad aislada del pensamiento mágico. 2) El proceso mental por el cual el sanador llega a su conclusión diagnóstica, debe hallarse regido por un método. La posesión de una conciencia metódica es la expresión más fehaciente de la racionalidad de la mente, y puede ser verdaderamente técnico el conocimiento de la enfermedad. 3) La palabra con la que es denominada la enfermedad debe ser un verdadero término técnico; es decir, el vocablo designado debe ser entendido por todos los técnicos.

El **diagnóstico sensu stricto** es cuando se percibe un pensamiento no mágico, pero si empírico y racional en el conocimiento de la enfermedad. En época en la que los síntomas empiezan a ser considerados en sí mismos, cumpliendo la premisa histórica que con el tiempo todas las culturas tienden a desacralizarse y a racionalizarse.

El **cuasidiagnóstico** es aquel que reúne las características de ser mágico religioso, empírico y no racional.

Para este autor la interpretación errónea anatomofisiológica de la realidad o puramente imaginativa siempre racional implica un diagnóstico médico y plantea que en el diagnóstico sensu stricto de los médicos hipocráticos comienza formalmente la historia del diagnóstico médico.
http://www.raco.cat/index.php/Dynamis/article/viewFile/106159/149274 (revisado en 28 de Febrero 2012) Acta Hispanica ad ~Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam. Vol. 1 , 198 1, pp. 3- 15 Siegel, R. E. (1964) Clinical Observation in Hippocrates. An Essay on the Evolution of the Diagnostic Act, *Journal Mt. Sinai Hosp.,* 285-303.

[v] **Ejemplo del examen y diagnóstico sensu stricto.** Las especulaciones en torno a la orina dicha por Löbel: el vaso de orina se convirtió en el signo distintivo del médico. La orina contenida en un vaso simbolizaba en su capa superior, la cabeza; en la siguiente, el pecho; en la tercera, el vientre; en la cuarta, el aparato génito-urinario. Si cuando era sacudida, la espuma bajaba a la segunda región del líquido y sólo muy lentamente volvía arriba, significaba ello que los órganos del pecho eran el asiento de

la enfermedad, pero si subía con rapidez era que la enfermedad se limitaba a la cabeza. Se consultó http://escuela.med.puc.cl/pudl/historiamedicinaMedievalMonastica.html

[vi] En **el periodo colonial la administración de los servicios de salud** fue responsabilidad de los municipios y las iglesias, mediante los cabildos y las iglesias parroquiales, respectivamente. Para regular el ejercicio de la medicina, se creó el Real Tribunal del Protomedicato de Cuba en 1634 que estuvo vigente sólo tres años restableciéndose en 1711 hasta 1833, cuando fue sustituido por las Juntas de Sanidad y Beneficencia, estas asumieron las actividades de salud hasta el final de la dominación española. Se consultó: Ministerio de Salud Pública. Medicina Interna. Programa de desarrollo 2000. La Habana: Ed. Ciencias Médicas, 1988:9 Delgado G. Historia de la Enseñanza Superior de la Medicina en Cuba. 1726-1900. La Habana: Ed. Ciencias Médicas, 1990.

[vii] El Emperador Carlos V ordenó al obispo de Cuba Juan de Ubite, la fundación en fecha no precisada entre 1522 y 1523 del primer hospital en la Villa de Santiago de Cuba junto a su Catedral. Con posterioridad, se fundó uno, en La Habana en 1538 y otro, en Bayamo, en 1544, el mismo año en que se creó el segundo en La Habana. En realidad, más que hospitales, estos eran instituciones de caridad en condiciones constructivas precarias y con un mínimo de atención a los enfermos. Las órdenes religiosas establecidas en Cuba se ocuparon por varios siglos de cuidar a los enfermos, llevar registros de los nacimientos, las muertes, los enterramientos en las iglesias, adoptar medidas ante las epidemias, administración de medicamentos y cultivo de plantas medicinales para los hospitales. El ambiente epidemiológico los siglos XVI al XIX fue muy virulento. Las poblaciones fueron víctimas de frecuentes epidemias de viruela, lepra, tuberculosis y fiebre amarilla que causaron muchas muertes en aquel entonces. Se consultó: Nelson Miguel Aguiar González de la Peña. Aproximación a la historia de la medicina en Cuba. La colonia. http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/1804/180414048002.pdf López Sánchez J. Cuba. Medicina y Civilización: siglos XVII y XVIII. La Habana: Editorial Científico Técnica; 1997, p. 9. López Sánchez J. Cuba. Medicina y Civilización: siglos XVII y XVIII. La Habana; Editorial Científico Técnica; 1997, p. 235. Villaverde M. Historia de la Medicina en Cuba. X Congreso Internacional de Historia de la Medicina. Libro de Actas. Madrid [s.n.]; 1935, p. 93, t.1. Fasc.1. Delgado García G. La Salud Pública en Cuba durante el periodo colonial español. Cuad Hist Salud Pub. (81): 44;1996.

[viii] **En 1726, en el Convento de San Juan de Letrán, en La Habana, comenzaron los estudios de medicina**, por iniciativa y gestiones de los padres dominicos, bajo los impulsos de Francisco González del Álamo. La influencia hispana se hace sentir inicialmente, pero, la medicina cubana pronto se empezó a desarrollar aceleradamente, debido a que no representaba ningún peligro para la metrópoli, ya que servía tanto a los propósitos de proteger la salud y con el fin de conservar e incrementar la fuerza de trabajo de la naciente clase en el poder, la criolla. Delgado G. Historia de la Enseñanza Superior de la Medicina en Cuba. 1726-1900. La Habana: Ed. Ciencias Médicas, 1990.

[ix] **El surgimiento de la Sociedad Económica de Amigos del País** en 1793 y posteriormente, en 1861 la Real Academia de Ciencias Médicas, Físicas y Naturales de La Habana, impulsaron notablemente el movimiento científico fuera de los ámbitos universitarios. Delgado G. Historia de la Enseñanza Superior de la Medicina en Cuba. 1726-1900. La Habana: Ed. Ciencias Médicas, 1990.

[x] El invento del microscopio, a finales del siglo XVII, permitió profundizar en los aspectos biológicos de la enfermedad. Por otro lado los avances técnico científicos de la época, se identificaron causas en el medio ambiente y se empezó a tener en cuenta, no sólo los aspectos biológicos y físicos, sino los económicos, sociales y políticos relacionados con la salud. Con el surgimiento de la teoría microbiana en 1876, se reforzó la idea según la cual, la enfermedad estaba determinada por aspectos medioambientales y, en este caso, por la acción de un agente externo de tipo biológico. Esto le

permitió hablar de la “unicausalidad”. En este siglo se dio mucha importancia a las condiciones relacionadas con el ambiente y su impacto en la salud. Es a partir de este siglo que la medicina se ocupó de asuntos que no se referían a la enfermedad exclusivamente, lo que hizo que desapareciera el bloqueo epistemológico heredado desde la edad media.

Aproximación al concepto de salud. Revisión histórica... Luis guerrero y Aníbal León FeRMentUM Mérida - Venezuela - ISSN 0798-3069 - AÑO 18 - Nº 53 - SEPTIEMBRE - DICIEMBRE 2008 - 610-633

[xi] A finales del siglo XIX en el contexto cubano aparece la filosofía positivista el pensar médico, y cae en el olvido todo ese cúmulo de conocimientos que había venido desarrollándose para explicar, integralmente, el proceso de producción de bienestar o malestar en una población. Bajo esta forma de pensamiento floreció la tesis de la monocausalidad de las enfermedades, reduccionismo que fue muy atractivo para el hacer de los servicios, los cuales basados en la tradicional clasificación de las enfermedades en agudas y crónicas, según fueran producida por el ambiente o por el estilo de vida de las personas, condujo a dos tipos de prácticas preventivas históricamente importantes: La Higiene Pública y la Higiene personal. Brun J. Los presocráticos. México, D.F.: Conaculta, 2011

Siglo XX probablemente Perkins (1938), se inspiró en los principios de Bernard al definir, en 1938, la salud como un estado de relativo equilibrio de la forma y función corporal, que resulta del ajuste dinámico del organismo ante las fuerzas que tienden a alterarlo. Aproximación al concepto de salud. Revisión histórica... Luis guerrero y Aníbal León FeRMentUM Mérida - Venezuela - ISSN 0798-3069 - AÑO 18 - Nº 53 - SEPTIEMBRE - DICIEMBRE 2008 - 610-633

[xii] **Durante la segunda ocupación norteamericana1906-1909** se fundó la Secretarías de Sanidad y Beneficencia, esta entra en funciones el 28 de enero de 1909, de esta forma quedaba organizado, unificado e independiente el contexto de la salud pública cubana el cual se elevó a categoría ministerial, para tener Cuba el privilegio de ser el primer país en alcanzar esta categoría en todo el mundo. Esta se mantiene hasta 1940 en la que se le dará una nueva estructura y cambiará su nombre por el de Ministerio de Salubridad y Asistencia Social. Se consultó: Delgado García, G. (1998). Desarrollo histórico de la salud pública en Cuba. Revista Cubana de Salud Pública, 24(2), 110-118.

[xiii] **Ventajas del plan de estudios integrados en ciencias médicas:** a) su estructura es flexible, permite incorporar los conocimientos de especialidades que no están incluidas en los planes de estudios ante las necesidades cambiantes de la sociedad y el desarrollo científico-técnico, b) se organizan por un sistema de ideas rectoras o elementos que revelan los rasgos esenciales de la materia de enseñanza. Ello contribuye a garantizar la relación objetivo-contenido-método-evaluación. Por lo tanto, permite desarrollar el proceso de enseñanza-aprendizaje con mayor eficiencia y facilita su dirección y control, c) están basados en la síntesis interdisciplinaria que consiste en concentrar la materia de enseñanza priorizando los conocimientos fundamentales de varias disciplinas que se interrelacionan con un objetivo común. Esto evita el enciclopedismo o la acumulación exagerada del contenido de enseñanza, con detalles y repeticiones innecesarias; elimina las contradicciones entre las disciplinas y proporciona a los profesores de distintas especialidades, un marco adecuado para intercambiar experiencias. Facilita a los estudiantes la generalización, sistematización e integración de los conocimientos y presenta una visión más general e integral del ser humano, como un todo único, en estado de salud y enfermedad y en relación con el medio que lo rodea.

Los inconvenientes más significativos para aplicar los planes de estudios integrados en ciencias médicas **son los siguientes: a) la estructura tradicional formada por departamentos administrativos docentes que abogan por mantener su individualidad. Esto dificulta lograr una integración más satisfactoria, b) la resistencia de algunos profesores al cambio, pues están habituados a un modo de enseñanza distinto y esta variante requiere cierta preparación y adaptación, c) falta de profesores preparados integralmente para desarrollar la docencia integrada en determinadas materias de enseñanza, d) falta de literatura docente apropiada consistente en textos básicos integrados que satisfagan los objetivos que se desean alcanzar, e) falta de laboratorios multidisciplinarios para la enseñanza práctica integrada en las materias de ciencias básicas, f) separación de las ciencias básicas de las clínicas. ROSELL PUIG, Washington; MAS GARCIA, Martha y DOMINGUEZ HERNANDEZ, Liliam. La enseñanza integrada: necesidad histórica de la educación en las Ciencias Médicas. *Educ Med Super* [online]. 2002, vol.16, n.3, pp. 13-19. ISSN 0864-2141.**

[xiv] **La definición de salud de 1946** de la Organización Mundial de Salud (OMS) para la cual la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. **Milton Terris en1964** define la salud como un estado de bienestar físico, mental y social con capacidad de funcionamiento, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Se consultó: Cf. World Health Organization, Constitución Statement. WHO, OMS, Ginebra, 1946. Asimismo, véase el art. 25 de la Constitución de la OMS del día 7 de abril de 1948 y la definición recogida en la Declaración de Alma- Ata de 1978, donde se ratifica dicha concepción de la salud, en OMS, "Declaración de Alma-Ata", Tribuna Médica 784 (1979) http://www.paho.org /Spanish/AD/SDE/HS/hppDefinition.htm (Consulta: febrero 28 de 2013).

[xv] La Declaración de Alma-Ata posee un total de diez puntos no vinculantes para los estados miembros, en los cuales se busca dar la base para la construcción de un nuevo sistema de salud que permita el ejercicio pleno del derecho a la salud. Algunos puntos de la declaración son: **Definición de salud.** La Conferencia reafirma tajantemente la salud como aquel estado de total bienestar físico, social y mental, y no simplemente la falta de enfermedades o malestares, siendo un derecho humano fundamental y convirtiendo a la búsqueda del máximo nivel posible de salud en la meta social más importante a nivel mundial, cuya realización requiere de la participación de otros sectores sociales y económicos en adición al sector salud. **Igualdad.** La existencia de una gran desigualdad en la calidad de la salud de las personas, entre países desarrollados y subdesarrollados así como a lo interno de los mismos países, es política, social y económicamente inaceptable y es, por lo tanto, una preocupación común de todos los países y no solamente de los países en vía de desarrollo. **Salud como un asunto socioeconómico**. El desarrollo social y económico, basado en el Nuevo Orden Económico Internacional, es de importancia básica para el logro cabal del libre acceso a la salud y de la reducción de la brecha existente entre el nivel de salud de los países en vías de desarrollo y de los países desarrollados. La promoción y protección de la salud es esencial para un desarrollo económico y social sustentable, contribuyendo además a mejorar la calidad de vida, la reducción de la violencia y la obtención de la paz mundial. **El acercamiento al derecho de la salud.** Los individuos de una sociedad poseen el derecho y el deber de participar, tanto colectiva como individualmente, en el planeamiento e implementación del cuidado de la salud en sus comunidades. **Responsabilidad gubernamental.** Los entes gubernamentales tienen una responsabilidad para garantizar el cuidado de la salud de sus individuos, la cual sólo puede ser obtenida mediante la disposición de medidas sociales y salud adecuada a las necesidades de los pueblos. El objetivo principal de los distintos gobiernos, las organizaciones internacionales y la comunidad internacional en las décadas posteriores a la declaración debió ser alcanzar para el año 2000 un estado de salud que permitiera a las personas tener una vida económica y socialmente productiva, siendo la APS, la clave para conseguir esta meta de desarrollo dentro del espíritu de la justicia social. **Definición de atención primaria de salud.** La

atención primaria de Salud (APS), según Alma Ata, es la Asistencia Sanitaria basada en métodos y tecnologías sencillas, científicamente fundamentadas y socialmente aceptables, que estén al alcance de los individuos, familias y comunidad; a un coste aceptable por la comunidad y el país para que pueda cubrir cada una de las etapas del desarrollo Declaración de Alma-Ata. Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/dd/pin/almaata (Consulta: febrero 28 de febrero 2013)

[xvi] **La definición de salud de la Organización Panamericana de la Salud del 1992** vió a la salud, tanto individual como colectiva, como el resultado de las complejas interacciones entre los procesos biológicos, ecológicos, y económicos-sociales que se dan en la sociedad, o sea es el producto de las interrelaciones que se establecen entre el hombre y el ambiente social y natural en el que vive y la declaración sobre la promoción de la salud en Jakarta 1997, esta revela los requisitos para la salud comprenden: la paz, la vivienda, la educación, la seguridad social, la alimentación, el ingreso, el empoderamiento de la mujer, un ecosistema estable, el uso sostenible de los recursos, la justicia social, el respeto de los derechos humanos y la equidad, sobre todo la pobreza es la mayor amenaza para la salud. Se consultó: Luis Guerrero y Aníbal León. Aproximación al concepto de salud Revisión histórica. URL: http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/28660/1/articulo8.pdf (Consulta: febrero 28 de febrero 2013)

[xvii] **La definición de salud de Bangkok 2005**, se trata de controlar los efectos de la globalización sobre la salud, como consecuencia del aumento de las desigualdades, la rápida urbanización y el deterioro del medio ambiente. **Luis Guerrero y Aníbal León en el 2008 proponen una definición de salud** basado en dimensiones de carácter dinámico; la salud es un proceso en el que pueden darse diversos grados o niveles, desde el óptimo (nivel más elevado posible de bienestar físico, mental, social y espiritual) hasta la muerte prematura, es decir, la muerte que hubiera podido evitarse. También se debe considerar el carácter objetivo y subjetivo: el primero corresponde a la capacidad de funcionamiento o autonomía, y se refiere a que el nivel de salud está relacionado con la posibilidad de vivir con el mínimo posible de limitaciones y de dependencia de los demás. Pero, también, debe considerarse una dimensión subjetiva en relación al bien estar, el bien ser y el bien sentir en relación con sí mismo y con el entorno. Además en **Junio del 2011 en un artículo de la "The British Medical Journal" al definir la salud** como la habilidad para adaptarse y hacer frente a los horrores sociales, físicos, y emocionales. Se consultó: VI Conferencia Mundial de Promoción de Salud. Carta de Bangkok Disponible en: http://www.who.org (Consulta: febrero 28 de 2013). http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/28660/1/articulo8.pdf (Consulta: febrero 28 de 2013). http://www.bmj.com/content/343/bmj.d4163.full. (Consulta: febrero 28 de 2013). Moreno, M. (2009, 10(1y2),). Factores psicológicos, sociales, y ambientales y su. Medio Ambiente y Comportamiento Humano, 77-95. Moreno, M., Corraliza, J.A. y Ruiz, J.P.(2006.) Explorando soluciones a los dilemas sociales en el transporte urbano. En J.A. Corraliza, J. Berenguer y R. Martín (Eds). Medio ambiente, bienestar humano y responsabilidad ecológica (págs. 426- 430). S/C de Tenerife: Resma.