

Historia del contenido pie diabético desde la Cirugía General. Prevención en atención primaria de salud

History of the content diabetic foot from the subject General Surgery. Prevention in primary health attention

José Luis Solís Licea¹

Hernán Feria Avila²

Lisset Ponce de León Norniella³

Resumen

El resultado científico que aquí se ofrece se corresponde con el desarrollo de la primera tarea investigativa de la tesis doctoral de su autor principal. El mismo consiste en un estudio histórico lógico del tratamiento al contenido pie diabético, desde la enseñanza aprendizaje de la asignatura Cirugía General, carrera Medicina, específicamente, en pacientes con factores de riesgo, con vistas a la preparación de los estudiantes de dicha carrera, para su prevención, en el contexto preprofesional de la atención primaria de salud. A partir de un criterio de periodización y tres indicadores, se determinaron etapas y sendas tendencias para dichos indicadores.

Palabras clave: pie diabético, factores de riesgo, prevención del pie diabético, atención primaria de salud, tendencias

Abstract

¹ Doctor en Medicina. Máster en Longevidad Satisfactoria. Especialista II Grado Angiología y Cirugía Vascular. Investigador Agregado. Profesor Auxiliar, Universidad de Ciencias Médicas, Las Tunas, Cuba y Jefe de Servicios de Angiología, Hospital General Docente Dr. Ernesto Guevara de la Serna. E-mail: solislicea@gmail.com. ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-4994-2851>

² Licenciado en Educación, especialidad Geografía. Doctor en Ciencias Pedagógicas. Profesor Titular y Profesor Emérito, Departamento de Geografía, Universidad de Las Tunas, Cuba. E-mail: hermanferiavila@gmail.com. ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-1325-4256>.

³ : Doctora en Medicina. Máster en Urgencias Médicas. Doctora en Ciencias de la Educación. Investigadora Agregada. Especialista de Primer Grado en Neurocirugía. Profesora Titular, Universidad Ciencias Médicas, Las Tunas. Profesora Principal de Neurocirugía. E-mail: poncedeleonnorniella@gmail.com. ORCID: <http://orcid.org/0009-0009-5412-2461>



The scientific result that here offers, it belongs together with the development of the first investigative task of their main author's doctoral thesis. The same one consists on a logical historical study from the treatment to the contained diabetic foot, from the teaching learning of the subject General Surgery, career Medicine, specifically, in patient with factors of risk, with a view to the preparation of the students of this career, for their prevention, in the preprofesional context of the primary attention of health. Starting from a periodization approach and three indicators, stages and paths tendencies were determined for this indicators.

Keywords: diabetic foot, factors of risk, prevention of the diabetic foot, primary attention of health, tendencies

Introducción

En la etapa comprendida, entre 1902 y 1958, se elaboraron en Cuba, varios planes de estudio para la carrera de Medicina. Estos estuvieron caracterizados por el cientificismo y el enciclopedismo. De ahí, que la enseñanza aprendizaje en esta carrera tuviera un matiz metafísico, formando un médico con un predominio de enfoques individualista y biologicista, para ejercer, en especial, la práctica clínica privada.

Los profesores no vinculaban los aspectos teóricos con la práctica, porque no se tomaban en cuenta las necesidades de salud de la población. El estudiante no se preparaba con fines sociales. No se pensaba en prepararlo para una medicina preventivo-comunitaria. Al predominar el conductismo, Flexner (1910), propone la fusión para las carreras de ciencias médicas, de los modelos pedagógico y sanitario (promoción-prevención con curación-rehabilitación), así como el esquema de organización de sus currículos en ciclos: básico, básico-clínico, clínico y práctico-preprofesional (llamado esquema flexneriano).

A partir del 1959, con el triunfo de la Revolución, se produce un cambio radical en la concepción del proceso de enseñanza aprendizaje de la asignatura Cirugía General. Se proclama la salud como un derecho del pueblo y un deber del Estado, imprimiendo a la atención médica un carácter gratuito y una orientación preventivo-curativa, con énfasis en los aspectos profilácticos. En todas las universidades la matrícula y la adquisición de los libros de textos se tornaron gratuitas, lo que posibilitó progresivamente la masificación del ingreso a estos estudios. Esto condujo a la necesidad de universalizar y extender la formación de los estudiantes de ciencias médicas a todas las provincias del país (Vela et al., 2018)

En 1960, se crea el Sistema Nacional de Salud y, dos años más tarde, el Instituto de Ciencias Básicas y Preclínicas Victoria de Girón. Estas instituciones fueron importantes para las transformaciones futuras de los planes de estudio, pues tuvieron el objetivo de: fomentar la enseñanza práctica como complemento de la teórica, combinar el estudio y el trabajo y, promover la participación activa del estudiante de la carrera durante el proceso de enseñanza aprendizaje de la asignatura Cirugía General, a través de la labor en las unidades asistenciales de salud. Luego de expuestos estos antecedentes, se explican las etapas determinadas en este estudio.

Desarrollo

Referentes teóricos de partida

Para este estudio se empleó el método de investigación del nivel teórico, histórico lógico. El mismo, según Feria et al., (2019) permite explicar la historia de un fenómeno o proceso como una sucesión de hechos, en los que se mezclan lo fundamental y lo secundario, lo necesario y lo causal, lo esencial y lo accidental. El conocimiento científico debe desentrañar el hilo conductor del campo de acción en su objeto de investigación, dentro de la sucesión de hechos, para revelar

la línea general del desarrollo lógico. Lo histórico y lo lógico son considerados como formas de reproducción del objeto en el pensamiento, como procedimientos cognoscitivos. Reproducir un objeto en el pensamiento en toda su objetividad y concreción, significa comprenderlo en su desarrollo, en su historia.

Valledor y Ceballo, (2019) aseguran que, todo investigador que asuma una posición dialéctico-materialista debe partir de conocer y comprender la historia que se investiga; que el estudio histórico lógico permite comprender el estado actual y, predecir y dirigir el comportamiento futuro, al recrear cronológicamente el surgimiento y la evolución del campo de acción en su objeto de investigación, en función del contexto educativo específico, y sus rasgos más significativos; que, mediante la negación dialéctica se identifican los hechos trascendentales que marcan etapas en las que se producen saltos radicales y aparecen nuevas regularidades que, por su estabilidad temporal, permiten caracterizar el proceso en etapas.

Lo histórico, según Pérez et al., (2016) está vinculado al esclarecimiento de las distintas etapas de los objetos en su sucesión cronológica, en las formas de manifestación histórica. Exige que la descripción de los objetos y procesos comience por su surgimiento y continúe con su desarrollo, señalando los detalles y formas concretas que expresaban, tanto lo universal y necesario, como lo particular o singular y lo causal. Trata de comprender el movimiento histórico en toda su riqueza.

Lo lógico, por su parte, permite revelar la historia del objeto para distinguir las etapas principales de su desenvolvimiento y las conexiones históricas fundamentales. Es, precisamente, lo lógico, concepto teórico necesario de ese objeto o proceso, quien tiene como misión reproducir en forma teórica, en un sistema de abstracciones, la esencia, el contenido principal del movimiento del campo de acción en su objeto de investigación. Por ello se requiere considerar

como punto de partida de la investigación, al análisis del objeto o proceso de referencia, en su forma más acabada. (Pérez et al., 2016)

A lo histórico se le reconocen como ventajas, que refleja el objeto o proceso en sus conexiones más esenciales; que ofrece la posibilidad de comprender su historia; y que permite unir en sí, dos elementos imprescindibles de la investigación: el estudio de la estructura del objeto o proceso y la concepción de su historia, en la unidad indisoluble de ambas. También refleja en forma teórica, tanto la esencia del objeto o proceso y su necesidad y regularidad, como la historia de su desarrollo, pues, al reproducir el objeto en su forma superior, madura, que incluye como en forma separada sus peldaños precedentes, se conocen también, los jalones principales de su historia. (Feria et al., 2019)

Lo lógico, como contrario dialéctico y complemento de lo histórico, no es la deducción especulativa de un concepto de otro, sino que se basa asimismo en el reflejo del objeto o proceso real. El método histórico, según Pérez et al. (2016) es ciego sin el método lógico. El lógico es vago sin un estudio de la historia real. Para el estudio de la historia de un objeto o proceso es principio de partida la unidad de lo lógico y lo histórico: el estudio de la historia del campo de acción en su objeto de investigación en toda su diversidad, con sus zigzags y casualidades, ha de conducir a la comprensión de su lógica, de las leyes y de los jalones fundamentales de su desarrollo.

Para el estudio que aquí presentan sus autores, se toma como criterio de periodización: la trayectoria histórica del tratamiento didáctico del contenido pie diabético en el proceso de enseñanza aprendizaje de la asignatura Cirugía General, carrera Medicina y su relación praxiológica con la educación en el trabajo, tomando en cuenta la prevención del pie diabético en pacientes con factores de riesgos en la atención primaria de salud.

Para lo anterior, se asume como referente, lo expresado por Feria et al. (2019), quienes aseguran que: “Este criterio se corresponde, en esencia, con la intencionalidad y necesidad de comprender el desarrollo histórico del campo de acción declarado, en su objeto de investigación, a partir de diversos resultados teóricos y empíricos” (p. 19).

Los indicadores en que se operacionaliza el referido criterio, son:

- Particularidades del proceso de enseñanza aprendizaje de la asignatura Cirugía General, carrera Medicina.

- Tratamiento al contenido pie diabético y su prevención, en la asignatura Cirugía General.

- Relación del contenido pie diabético de la asignatura de Cirugía General con los aspectos de riesgos y dispensarización del paciente, en la comunidad.

- Esos indicadores permitieron determinar las siguientes etapas:

- Primera: Acercamiento del proceso de enseñanza aprendizaje de la asignatura Cirugía General, carrera de Medicina, para la prevención por el estudiante, del pie diabético en pacientes con factores de riesgo, en la atención primaria de salud (1962-1984)

- Segunda: Fortalecimiento del proceso de enseñanza aprendizaje de la asignatura Cirugía General, carrera de Medicina, para la prevención por el estudiante, del pie diabético en pacientes con factores de riesgo, en la atención primaria de salud (1984-2003)

- Tercera: Consolidación del proceso de enseñanza aprendizaje de la asignatura Cirugía General, carrera de Medicina, para la prevención por el estudiante, del pie diabético en pacientes con factores de riesgo, en la atención primaria de salud (2004-2023)

A continuación, se describen los principales hitos históricos encontrados en este estudio, con sus necesarias y lógicas conexiones.

Primera etapa: Acercamiento del proceso de enseñanza aprendizaje de la asignatura Cirugía General, carrera de Medicina, para la prevención por el estudiante, del pie diabético en pacientes con factores de riesgo, en la atención primaria de salud (1962-1984)

Entre la Reforma Universitaria de 1962 y 1980, se elaboran en Cuba, cinco planes de estudios para la carrera de Medicina. Se suceden en ese tiempo, hechos de trascendencia, como la creación del Ministerio de Salud Pública en 1960. Se inicia en el Sistema Nacional de Salud, un desarrollo ascendente de la atención primaria. Se crean los hospitales rurales y los policlínicos.

Lo anterior conllevó a la urgente necesidad de formar un mayor número de médicos, lo cual propició el desarrollo de la Educación Médica Superior. En 1976, se crea el Ministerio de Educación Superior, que ejerce la función rectora metodológica en el país, en la formación de profesionales de nivel superior, tanto para los centros dependientes de él, como de los adscritos a otros Organismos de la Administración Central del Estado, como lo es el Ministerio de Salud Pública.

Durante los años 1981 y 1982, se realizó en todo el país un estudio de la Educación Médica Superior, con una amplia participación de profesores, otros trabajadores y dirigentes de la salud, egresados, estudiantes y miembros de la comunidad. Dadas las demandas provenientes de la situación de la salud pública y la educación médica cubanas -sus logros, deficiencias y perspectivas-, su marco conceptual y las tendencias mundiales de esta educación, se decide elaborar un nuevo currículo, con el objetivo de formar un médico general (básico) categorizado así, en 1984, para diferenciarlo del especialista de Medicina General Integral, y que ejercerá como médico de familia en la comunidad.

Los planes de estudio en la carrera de Medicina han tenido diferentes cambios para su perfeccionamiento continuo, de acuerdo con los requerimientos provenientes del sistema de salud o, en busca de un mejor desarrollo del proceso de enseñanza aprendizaje, en respuesta a los avances científicos y las tendencias de la Educación Médica, fundamentalmente con la orientación a la atención primaria de salud. (Vela et al., 2016)

El primero de los referidos planes, contaba de seis años, de los cuales, los tres primeros, comprendían las llamadas ciencias básicas y preclínicas, y los tres últimos las clínicas. Se daba énfasis en la enseñanza práctica. El sexto año se dedica por entero, a estudios y trabajos realizados en un hospital, en contacto directo con los pacientes.

Como parte de la Reforma para la carrera de Medicina, se puntualizó el llamado internado, de un año, obligatorio para todos los estudiantes, con carácter rotatorio y especializado. Se precisó la condición transitoria de esta decisión, mientras las condiciones lo requieran.

El segundo plan de estudio se aplica a partir de 1963, con los primeros estudiantes del Instituto de Ciencias Básicas y Preclínicas Victoria de Girón. Incluyó un cursillo de nivelación de 10 semanas, y cinco años de estudio, incluyendo el internado. Se trataba, en lo fundamental, de hacer dos años de ciencias básicas en un solo año académico, cursar las fases preclínica y clínica en tres años, y uno de internado.

El tercer plan de estudio se inicia en 1966. Las razones del cambio vienen dadas porque, el segundo plan, con una duración de cinco años, no permitía cumplir las expectativas, en cuanto al proceso de enseñanza aprendizaje de la asignatura Cirugía General, lo cual se podía lograr extendiendo a 6 años el proceso de enseñanza aprendizaje en la carrera de Medicina. Se retoma la formación de un médico clínico básico, que desarrollara una medicina preventivo-curativa

integral, basado en una conciencia socialista. Se incluyen las prácticas de familiarización en los policlínicos y prácticas de servicios en los hospitales, a través de las estancias.

El cuarto plan de estudio se pone en vigencia, en 1969. La enseñanza aprendizaje se organizó bajo coordinación interdisciplinaria, en unidades lógicas del conocimiento, por sistemas y aparatos. Este carácter integrador permitió, a través de las unidades didácticas, brindarle al estudiante los aspectos globales del proceso salud-enfermedad, en un medio de estudio-trabajo. Desde el primer año, vinculaba las ciencias básicas con las clínicas. El currículo se hizo más flexible, al tener tiempo electivo. Se rompieron las barreras entre las asignaturas. Se redujo la duplicación de conocimientos. Se apropiaba en años superiores, de conocimientos, habilidades y valores, mediante la educación en el trabajo, utilizando el método clínico.

En la Conferencia de Alma-Atá sobre atención primaria de la salud, celebrado en 1978, se centró la atención en la atención primaria de la salud (APS), lo cual permitió crear las bases para que, la Organización Mundial de la Salud (OMS) desarrollara, en 1981, una estrategia al respecto, que influyó en el desarrollo posterior de currículos, orientados a la comunidad, en cuanto a la educación y promoción de la salud.

En 1982, en la clausura del V Congreso del Sindicato Nacional de Trabajadores de la Salud, Castro, (1982) esbozó la necesidad de revisar la calidad de la formación médica, con el fin de elevarla. Un año después, se dieron las condiciones para que, el estudiante de esta carrera, pudiera dedicarles mayor tiempo a las actividades del currículo.

El quinto plan de estudio se pone en práctica, en 1978, con una duración de seis años. Se mantuvo la línea de formar un médico general, que pudiera enfrentar las tareas de la atención médica integral del adulto, de la mujer y del niño, según las características de nuestro Sistema Nacional de Salud. Este plan, hereda del anterior, la situación de que, la atención primaria de

salud se desarrollaba en el Policlínico Comunitario, con insatisfacciones de la población, en cuanto a la calidad de los servicios en dicha atención primaria. Se seguían sobrecargando los hospitales. Se introducen las prácticas de familiarización en los policlínicos, en primer y segundo años, y las prácticas de servicios, en los policlínicos y hospitales, a partir del tercer año, y un último año de internado.

El sexto plan de estudio se aplica, a partir de 1981. Se cambia el internado rotatorio por internado vertical, lo que motivó que los objetivos de las asignaturas no se correspondieran con los objetivos finales de la carrera. Se sobrecarga en las horas, programas hipertrofiados, asignaturas nuevas sin condiciones para impartirlas, mala distribución del tiempo por cursos y semestres, exceso de asignaturas técnicas y no técnicas, desequilibrio en los contenidos, no contemplaba estancias en asignaturas clínicas, se enfatizaba más en la enseñanza teórica que en la práctica, se perdía el tiempo en la práctica de familiarización en los policlínicos.

Se recomendó adecuar el plan de estudios que se ejecutaba en el curso 1982-1983 y durante los cursos 1983-1984 y 1984-1985 se aplicaron planes de transición que prepararon las condiciones, para comenzar el nuevo plan de estudios en el curso 1985-1986. Se creó una comisión de destacados profesores, facilitándole el tiempo necesario para confeccionar el nuevo plan de estudios, para el que sugirieron 12 premisas, entre las que se destacan:

- a) lograr la formación de un médico que siga los principios marxistas-leninistas fiel a la causa del socialismo y al internacionalismo, dedicado por entero a servir a nuestro pueblo;
- b) los propósitos de la Revolución, de convertir a nuestro país en una Potencia Médica a escala mundial necesita formar un médico que tenga una base sólida, amplios conocimientos y no un perfil estrecho, con una formación multilateral y armónica de su personalidad;
- c) los principios pedagógicos marxistas en la confección del plan;

d) reforzar los aspectos relacionados con la promoción de salud y la medicina preventiva;

e) propiciar el equilibrio armónico en las actividades docentes entre el hospital y el policlínico; y

f) aplicar las tendencias modernas en la enseñanza médica adecuándolas a las condiciones en que esta se desarrolla en nuestro país

El Comandante en Jefe, Fidel Castro Ruz (Castro, 1982), planteó la necesidad de crear una nueva especialidad, denominada Medicina General Integral (MGI) para la formación de los médicos de la familia. De este modo, en el curso 1982-1983, se forma el Destacamento de Ciencias Médicas, Carlos J. Finlay. En 1984, se implementa el modelo del Médico de Familia y la especialización en MGI, lo que evidencia la necesaria proyección de la enseñanza aprendizaje del estudiante de la Carrera, desde la comunidad, con el fin de identificar sus problemas y necesidades de salud.

El Comandante en Jefe, Fidel Castro, en la clausura del Congreso del Sindicato Nacional de Trabajadores de la Salud (Castro, 1982) expresó:

Les decía que estamos desarrollando una facultad de medicina en cada provincia, que nos hace falta un análisis de cómo está la formación médica. No le pedimos esa tarea al MINSAP, se lo pedimos al sector de la educación: cómo se están formando nuestros médicos, cuál es la calidad de formación de nuestros médicos y qué hay que hacer para superar cualquier deficiencia de las que existen. Se ha conversado con cientos de profesores, médicos y tendremos que estudiar muchas cosas; si es bueno o no el rotatorio, si es bueno o no el internado vertical; si debemos formar un médico excesivamente

especializado; y hasta qué punto debemos especializar o tener conocimientos generales. (p.2).

Síntesis de la etapa: se realizan cambios en el proceso de enseñanza aprendizaje de la carrera de Medicina, en general; no así en el tratamiento al contenido pie diabético en la asignatura Cirugía General y su prevención, que no se trataba. No hay relación del contenido pie diabético con los aspectos de riesgos y dispensarización del paciente en la comunidad.

Segunda etapa: Fortalecimiento del proceso de enseñanza aprendizaje de la asignatura Cirugía General, carrera de Medicina, para la prevención por el estudiante, del pie diabético en pacientes con factores de riesgo, en la atención primaria de salud (1984-2003)

Con el advenimiento, en 1984, del médico y la enfermera de la familia, en los consultorios se crea, a solicitud de Fidel Castro, una Comisión, cuyos resultados permiten redimensionar la enseñanza aprendizaje de la medicina hacia la atención primaria de salud. A partir del curso 1985-1986, entra en vigor un nuevo plan de estudio elaborado por especialistas del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana.

Los objetivos de este plan estuvieron dirigidos a formar al estudiante de Medicina, con una base científico-técnica adecuada, y a lograr la interrelación de ellos con la comunidad, en el contexto del nivel primario de atención. De este modo, se aproximaba al componente social, el proceso de enseñanza aprendizaje de la asignatura Cirugía General, aún con insuficiencias en la sistematización de los determinantes sociales de la salud y en el diagnóstico de enfermedades.

Se incorpora la Medicina General Integral, al internado rotatorio, con una duración de cuatro semanas. El estudiante debía participar en el trabajo de sala, pases de visita, terreno, consultas y guardias médicas, lo que constituye un paso de avance en la vinculación de la teoría con la práctica, en este nivel de atención. Al egresado de este plan de estudio, se le denominó

Médico General Básico. A partir de la petición del Comandante en Jefe, Fidel Castro, referida en la cita ubicada al final de la etapa anterior, se creó una comisión con destacados profesores de los centros de Educación Médica Superior, la cual recomendó adecuar el plan de estudio vigente, a partir de lo cual se crea el programa del médico y enfermera de la familia.

En el curso 1984-1985, se aplicaron planes de transición, que prepararon las condiciones para comenzar un nuevo plan de estudio (el C), en 1985, el cual estuvo vigente, durante 25 años. Marcó un punto de inflexión en la educación médica superior cubana. En su modelo del profesional se destaca, dentro de las funciones, brindar atención médica integral y continua a las personas, familias, grupos y colectivos, mediante acciones de promoción de salud, de prevención de enfermedades y otros daños a la salud, de diagnóstico y tratamiento oportunos, y de rehabilitación. (Fernández, 2013)

En la atención médica integral y continua se aplica el proceso de dispensarización, con participación activa de la comunidad y sus organizaciones, para contribuir al desarrollo de un individuo sano con estilos de vida saludables en los problemas a resolver por el médico general no está presente el proceso de enseñanza aprendizaje de la asignatura Cirugía General, en la prevención del pie diabético en pacientes con factores de riesgos en la APS, no aparece este contenido en el programa de la asignatura.

En el curso escolar 1987-1988, se pone en vigor el Reglamento para la Organización del Proceso Docente Educativo en los Centros de Educación Médica Superior, MINSAP, (1986) a la que se anexó la Resolución Ministerial No.15, de 1988. En él se recoge, en sus artículos 36 al 57, lo referido a la educación en el trabajo, como forma organizativa fundamental de la enseñanza aprendizaje en las carreras de la salud, con inicio en el ciclo clínico, a partir del tercer año de la carrera.

A propósito de esta forma de organización, Ilizástigui, (1993), la identifica como el principio rector de la Educación Médica Superior Cubana. Con estas primeras indicaciones se le otorgó mayor apertura a la actividad práctica, pero sin una planificación y organización específicas. A ello se le denominó se le denominó, Modelo Tradicional y, al egresado, Médico General Básico. La actividad práctica se desarrollaba en los servicios primarios y secundarios de salud.

Síntesis de la etapa: Se realizan cambios en el proceso de enseñanza aprendizaje de la carrera de Medicina, en general; sin embargo, continua ausente el tratamiento al contenido pie diabético en la asignatura Cirugía General, así como su prevención. Tampoco se evidencia una relación del contenido pie diabético de la asignatura de Cirugía General, en los aspectos de riesgos y dispensarización del paciente en la comunidad.

Tercera etapa: Consolidación del proceso de enseñanza aprendizaje de la asignatura Cirugía General, carrera de Medicina, para la prevención por el estudiante, del pie diabético en pacientes con factores de riesgo, en la atención primaria de salud (2004-2023)

Aparejado al Modelo anterior, comienza el del Policlínico Universitario, a partir del curso académico 2004-2005. En él, la enseñanza aprendizaje de la Cirugía, desde el primer al quinto año de la carrera, se desarrollaba en la atención primaria de salud, atendidos por profesionales de este nivel de atención.

El Modelo del Policlínico Universitario, en su momento, cumplió un rol importante en la formación médica, al acercar proceso de enseñanza aprendizaje de la asignatura Cirugía General en la carrera de Medicina, para la prevención del pie diabético, a la comunidad y a la docencia; sin embargo, a las limitaciones anteriores en la enseñanza aprendizaje, se le añadió el

insuficiente conocimiento práctico de este contenido por algunos profesionales, encargados de la docencia en este nivel de atención.

Tres años más tarde, en el 2007, se inicia en todo el país, el estudio de la Morfofisiología Humana, la que integra a la Embriología, la Anatomía Humana, la Histología, la Bioquímica y la Fisiología Clínica, e incorporó, la educación en el trabajo, como forma de organización de la enseñanza aprendizaje en los escenarios de la atención primaria de salud. En relación con ello, el contenido de afecciones vasculares periféricas se daba en la asignatura de Cirugía, en el cuarto año de la carrera, en la cual no se incluía como contenido, el de pie diabético; mucho menos, su tratamiento preventivo.

En ese año, la disciplina Medicina General Integral pasa a estar presente en todos los semestres de la carrera y La asignatura Introducción a la Medicina General Integral se convierte en Medicina General Integral I. En esta etapa, por indicación en la Carta Ministerial del 31 de mayo de 2007, la formación de médicos se desarrollaba, a través de tres modelos: el Tradicional, el del Policlínico Universitario y el Nuevo Modelo de Formación de Médicos Latinoamericanos. Al egresado de estos modelos, se le continuó llamando Médico General Básico.

En el curso 2013-2014, se constituye una Comisión, en aras del perfeccionamiento del plan de estudio de la carrera de Medicina, la cual elabora el nuevo plan de estudio D, que se inicia en el curso 2016-2017. En sus objetivos generales, se mantiene la atención médica integral a niños, adolescentes, adultos, mujeres embarazadas y ancianos, en el aspecto individual, así como a familias, instituciones escolares, fábricas, cooperativas e instituciones de atención a grupos especiales de la sociedad, mediante las acciones de promoción de la salud de la persona, la familia y la comunidad, la prevención en personas sanas, así como la atención a pacientes ambulatorios y hospitalizados.

En relación con los problemas que el médico general debe de resolver en su comunidad, no estaba concebida en el referido plan, el proceso de enseñanza aprendizaje de la asignatura Cirugía General, para prevención del pie diabético en pacientes con factores de riesgo, en la atención primaria de salud.

En esta etapa, la educación médica se fundamenta en acciones de promoción de salud, vinculación de las ciencias básicas con las ciencias clínicas, reducción de las horas de conferencias magistrales y programación de más horas de educación en el trabajo, con la incorporación del primer nivel de atención en la formación del médico. No obstante, aún se manifiestan carencias en el tratamiento al contenido del pie diabético, desde la vinculación entre el nivel primario y secundario de atención.

La educación en el trabajo ha estado presente, en mayor o menor medida, en todos los planes y ha sido principio rector de la educación médica, aunque la masividad estudiantil y la fluctuación de los docentes han incidido en su calidad. El plan de estudio E, (MINSAP 2015) vigente actualmente en la carrera de Medicina, se instaura en febrero de 2021, y ya, el estudiante de cuarto año se beneficia con las bondades de este plan, en el que se ratifica la forma organizativa de la educación en el trabajo, como el principio fundamental de la formación médica en Cuba. Está diseñado para que prevalezca el aprendizaje desarrollador, con una participación amplia y protagónica del estudiante, con elevada carga de la referida forma organizativa.

Entre los objetivos generales del modelo del profesional, del plan de estudio de la carrera de Medicina, está ejecutar acciones de prevención ante riesgos, enfermedades y otros daños a la salud de la población, logrando cambios positivos en la salud individual, familiar, en la comunidad y el medio ambiente, así como garantizar una atención médica integral a niños,

adolescentes, adultos, mujeres embarazadas y ancianos en el entorno familiar y comunitario, mediante la integración y aplicación del método clínico-epidemiológico-social.

Al programa de la asignatura Cirugía pertenecen los contenidos angiológicos. Cuando rotan por el servicio de angiología y cirugía vascular, solo a dichos contenidos se le asignan ocho horas (una de conferencia y 7 de educación en el trabajo), con el objetivo de realizar actividades de educación en el trabajo, en la que observan y examinan pacientes ingresados con estas afecciones, para desarrollar habilidades diagnósticas y de tratamiento de afecciones vasculares arteriales, venosas y linfáticas, sobre todo, del pie diabético. De este último, teóricamente, su definición., prevención, síntomas y signos, diagnóstico y tratamiento; todo ello, en una hora.

Síntesis de la etapa: continúan los cambios en el proceso de enseñanza aprendizaje de la carrera de Medicina, en general, y ya se hace alusión al tratamiento al contenido pie diabético en la asignatura Cirugía General y su prevención. Sin embargo, continúa la falta de relación del contenido pie diabético de la asignatura de Cirugía General con los aspectos de riesgos y dispensarización del paciente en la comunidad.

Conclusiones

El estudio histórico lógico realizado permitió identificar las siguientes tendencias, a partir de lo expresado al respecto, por Feria et al. (2019), quienes las consideran como manifestaciones de lo histórico, visto como expresión particular, fenoménica de lo lógico en cierto contexto temporal:

De un proceso de enseñanza aprendizaje de la asignatura Cirugía General, carrera de Medicina, centrado en el activismo del docente, con métodos reproductivos que privilegian la conferencia, se transita a un proceso desarrollador, al menos en teoría, que potencia el protagonismo del estudiante, con métodos productivos que lo prepara para las exigencias

profesionales en la atención primaria de salud, aún con insuficiencias en la organización del contenido, que permita la apropiación de este por dicho estudiante.

De un contenido presente sobre las afecciones vasculares periféricas para ser tratados teóricamente en el contexto académico, se pasa a su intencionalidad de darle salida práctica, mediante la educación en el trabajo. Sin embargo, no se intenciona el proceso de enseñanza aprendizaje de la asignatura Cirugía General, para el tratamiento preventivo del pie diabético en pacientes con factores de riesgo, en la atención primaria de salud.

De una relación espontánea entre pie diabético, contenido de angiología y cirugía vascular, se transita a una necesidad sentida de perfeccionar el contenido prevención del pie diabético en pacientes con riesgo, en la APS, como parte del PEA de la asignatura Cirugía General, carrera de Medicina, el cual, gana espacio en relación con la dispensarización del paciente. No obstante, aún revela inconsistencia en su diseño didáctico.

Referencias

- Castro, F. (1982). *Conclusiones del claustro extraordinario de profesores del Instituto Superior de Ciencias Médicas, de La Habana*. Editora Política.
- Feria, H., Blanco, M. R. y Valledor, R. F. (2019). *La dimensión metodológica del diseño de la investigación científica*. Editora Académica Universitaria.
- Fernández, M. M. (2013). *El desarrollo de competencias informacionales en ciencias de la salud a partir del paradigma de la transdisciplinariedad. Una propuesta formativa* [Tesis Doctoral. Universidad de Granada-Universidad de La Habana].
- Flexner, A. (1910). Medical Education in the United States and Canada. A report to The Carnegie Foundation for the advancement of teaching. *Bulletin number 4*. Updyke Editorial.

- Iizástigui, F. (1993). La educación en el trabajo como principio rector de la educación médica cubana. Ponencia en *Taller Nacional Integración de la Universidad Médica a la organización de salud: su contribución al cambio y al desarrollo perspectivo*. La Habana.
- MINSAP. (1986). *Reglamento para la Organización del Proceso Docente Educativo en los Centros de Educación Médica Superior*. Resolución Ministerial No.15, de 1988. La Habana.
- MINSAP. (2007). *Carta Ministerial del 31 de mayo de 2007*. Ministerio de Salud Pública. La Habana.
- MINSAP. (2007). *Plan de estudio D carrera Medicina*. Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. La Habana.
- MINSAP. (2015). *Plan de estudio E carrera Medicina*. Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. La Habana.
- Pérez, G., García, G., Nocedo, I. y García, M. L. (2016). *Metodología de la investigación educacional. Primera parte*. Editorial Pueblo y Educación.
- Valledor, R. y Ceballo, M. (2019). El estudio histórico contextual en la investigación educacional. Ponencia en *Pedagogía: Encuentro Internacional por la unidad de los educadores*.
- Vela, J., Salas, R. S., Pujals, N., Quintana, M. L. y Pérez. G. (2016). Planes de estudio de Medicina en Cuba de 1959 a 2010. *Educación Médica Superior*, 30(1).
- Vela, J., Salas, R. S., Pujals, N., Quintana, M. L. y Pérez. G. (2018). Formación del capital humano para la salud en Cuba. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42(33), 1-8.
<https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.33>