

ARTÍCULO DE REVISIÓN

***Abraham Flexner, Benjamin Bloom y Fidel Ilizástigui Dupuy: paradigmas de la educación médica americana***

***Abraham Flexner, Benjamin Bloom and Fidel Ilizástigui Dupuy: paradigms of American medical education***

---

**Armando Martínez Martínez<sup>1</sup>, Deysi Miranda Martínez<sup>2</sup>, Yamilka Crespo Toledo<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Especialista de Segundo Grado en Medicina General Integral. Profesor Auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río.

Correo electrónico: armandomtnez@princesa.pri.sld.cu

<sup>2</sup>Licenciada en Enfermería. Especialista en Enfermería Comunitaria. Policlínico Universitario Hermanos Cruz.

<sup>3</sup>Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Profesora Auxiliar. Facultad de Ciencias Médicas Dr. Ernesto Che Guevara de la Serna. Pinar del Río. Correo electrónico: yamirka08@princesa.pri.sld.cu

***Aprobado:*** 24 de junio del 2013.

---

**RESUMEN**

**Introducción:** el siglo XX fue rico en experiencias en la formación de recursos humanos en salud, transitando desde la enseñanza pragmática- academicista con rol preponderante del profesor y pasivo-reproductivo del alumno, a modelos con un diseño curricular más amplio y flexible, no reduccionista, que responden al principio de pertinencia, derivados del modelo del profesional deseado, donde el protagonismo del aprendizaje es de quién aprende y el docente se convierte más en un facilitador del aprendizaje, aspirando un graduado que tenga competencia para prevención en salud, promoción, recuperación y rehabilitación. Crear este nuevo modelo requiere un verdadero cambio de paradigma educacional en el ambiente académico.

**Objetivo:** valorar los aportes pedagógicos en la enseñanza de la medicina en las Américas de Abraham Flexner, Benjamin Bloom y Fidel Ilizástigui Dupuy, y su contribución al desarrollo de la enseñanza de las Ciencias Médicas para el uso por el colectivo de profesores.

**Desarrollo:** se destacaron breves datos biográficos, las principales contribuciones al desarrollo de la enseñanza de la medicina en el momento histórico en que cada

cual participara, y algunas referencias críticas a sus obras.

**Conclusiones:** Se concluye que estas 3 personalidades del pasado siglo XX contribuyeron al desarrollo de la enseñanza médica en las Américas, y gracias a su dedicación y perseverancia se ha logrado transitar desde modelos pragmáticos y fragmentados hacia una educación médica superior centrada en el estudiante e integrada con un enfoque comunitario que trasciende al siglo XXI.

**DeCS:** Educación médica; Educación en salud; Enseñanza.

---

## ABSTRACT

**Introduction:** the 20th century was rich in experiences in the training of human resources in health care, from the teacher-centered pragmatic-academic teaching with the passive-reproductive role of the student, to models with a broader and more flexible curricular design, derived from the desired professional model, in which the protagonism of learning is for the learner, and the teacher becomes more a facilitating agent of teaching, aspiring a graduate with competence for prevention in health care, promotion, recuperation and rehabilitation. To create this new model requires a real change in the educational paradigm of the academic environment.

**Objective:** to assess educational contributions in medical education in the Americas of Abraham Flexner, Benjamin Bloom and Fidel Ilizástigui Dupuy, and their contribution to the development of the teaching of Medical Sciences for use by the group of teachers.

**Development:** short bibliographical data was highlighted: main contributions to the teaching of medicine in the historical moment lived by each of them, and some critical references to their works.

**Conclusions:** It has been concluded that these three personalities from the 20th century contributed to the development of medical sciences in the Americas, and thanks to their devotion and perseverance there has been a way from pragmatic and fragmented models to a superior student-centered medical education integrated with a communitary approach transcending the 21st century.

**DeCS:** Medical education; Health education; Teaching.

---

## INTRODUCCIÓN

El siglo XX fue testigo de grandes esfuerzos encaminados al perfeccionamiento de la educación médica, generándose radicales cambios en el paradigma de los profesionales de la salud, reflejándose el interés de la sociedad por la adecuada formación de quienes tienen como función velar por uno de los bienes más valorados por el ser humano: la salud.

Comenzando por el denominado "informe Flexner" de 1910<sup>1</sup> hasta la segunda Declaración de Edimburgo de 1993,<sup>2</sup> se ha asistido a las más diversas propuestas pedagógicas contenidas en diversas corrientes surgidas en cada época.<sup>3-7</sup>

El pasado siglo fue rico en experiencias acerca de la formación de recursos humanos en salud. A partir de 1910 se abrió una etapa en que la enseñanza de la Medicina se orientó a las especialidades. Las transformaciones iniciadas a partir del

Informe elaborado por el eminente pedagogo Abraham Flexner se vieron complementadas por la expansión tecnológica que se produjo después de la Segunda Guerra Mundial, y que condujeron hacia un auge de la formación superespecializada de los profesionales médicos, acompañado de una tendencia a la despersonalización de la relación médico-paciente, corriendo el peligro de la deshumanización y las dificultades para alcanzar una percepción integral y armónica del individuo enfermo.

En los años 60 del pasado siglo, en Estados Unidos quedó planteada la necesidad de una transformación hacia una práctica médica integral y de la formación del médico de familia como un nuevo tipo de especialista, creándose los programas educativos de postgrado de Medicina Familiar en 1969, desempeñando un rol esencial en ello una destacada personalidad de la educación médica americana: Benjamin Bloom.<sup>8-10</sup>

En 1970 se definió la fundación de la WONCA: Organización Mundial de Colegios, Academias y Asociaciones Académicas Nacionales Generales y Médicos de Familia. En América Latina y el Caribe la concientización de la necesidad de implementar y desarrollar programas de Medicina Familiar en las Universidades Médicas surgió desde los años 60. Particularmente en Cuba desde entonces la práctica médica se orientó a la atención ambulatoria.

La transición entre el ocaso del siglo XX y el advenimiento del XXI se ha caracterizado por un nuevo orden mundial, en el cual la economía, la política y la sociedad han sufrido cambios radicales. Las universidades, como parte del mundo globalizado, también están cambiando: aparecen nuevas misiones, se modifican estrategias y programas y se producen a la vez novedosos procesos internos y externos, que demandan un continuo análisis y una necesaria renovación. Por tanto, la universidad que se necesita en estos difíciles tiempos debe ser ante todo un centro comprometido con la sociedad, creativa, dinámica, reflexiva y moderna<sup>11</sup>, buscando el mejoramiento de la calidad de vida de todos los ciudadanos, la equidad en el usufructo de los bienes, la ampliación de la democracia con base en la responsabilidad compartida, la participación con igualdad de derechos y obligaciones, el mantenimiento de la dignidad y el mutuo respeto entre los pueblos y naciones. Este enunciado en la mayoría de los países es hoy una utopía. La globalización y las políticas neoliberales imperantes restringen cada vez más el concepto de Universidad y su implicación social, la consideran en muchos casos otro negocio.

En Cuba, la situación difiere radicalmente en relación con el resto de los países de Latinoamérica, porque se cuenta con un Sistema Nacional de Salud que ha logrado alcanzar indicadores de salud del mismo nivel que el de los países más desarrollados del mundo. Por su parte, la educación médica cubana es un reflejo del desarrollo de su sistema de salud. Ello hace que la incorporación y adecuación pertinente de las nuevas tendencias de la educación superior al sistema de educación médica sea el elemento de mayor prioridad, proceso liderado por el profesor de mérito Fidel Ilizástigui Dupuy, fundador de la Sociedad Cubana de Educadores en Ciencias de la Salud, considerado la figura máxima de la educación médica en nuestro país en la etapa de la Revolución. Este proceso transformador y desarrollador tiene su mayor alcance en los momentos actuales, cuando se llevan a cabo profundas transformaciones en todos los niveles del sistema educacional del país, incluyendo la educación superior, así como en el sistema nacional de salud, para lograr mayor accesibilidad, asequibilidad y equidad, con énfasis en la elevación de la calidad de la formación de nuestro principal capital: el humano. Ante estos retos, encontramos como un problema a resolver la necesidad de la elevación de la preparación pedagógica y científica de nuestros claustros profesoriales, especialmente aquellos noveles que se nos incorporan constantemente, a los cuales

les sería muy útil familiarizarse con los postulados de estos 3 grandes de las ciencias pedagógicas aplicadas a la enseñanza de la medicina.

Con el objetivo de valorar los aportes pedagógicos en la enseñanza de la medicina en las Américas de Abraham Flexner, Benjamin Bloom y Fidel Ilizástigui Dupuy, y su contribución al desarrollo de la enseñanza de las Ciencias Médicas para el uso por el colectivo de profesores; se destacan breves datos biográficos, las principales contribuciones al desarrollo de la enseñanza de la medicina en los momentos históricos en que cada cual participara, y algunas referencias críticas a sus obras.

## **DESARROLLO**

### **Abraham Flexner: pionero de la Educación Médica.**

Descendiente de inmigrantes judíos alemanes, nació en 1866 en Louisville, USA, logró graduarse de Estudios Clásicos en la Universidad "Johns Hopkins" y ejerció como maestro en escuelas preparatorias para el ingreso en la universidad con mucho éxito. En 1905 viajó a Inglaterra y Alemania y a su regreso escribió una obra sobre educación donde atacaba el uso exclusivo de la conferencia como forma de enseñanza y el aprendizaje de memoria.

El trabajo citado llamó la atención de H. S. Pritchett de la Carnegie Foundation, y lo contrató para hacer un estudio sobre las escuelas de Medicina. A la sazón, Flexner no había estado nunca en una escuela de Medicina. No obstante, se familiarizó rápidamente con la información disponible y realizó un periplo de seis meses en los cuales visitó 155 escuelas de medicina de USA y Canadá, y ejecutó una investigación esencialmente comparativa en cuanto a aspectos tales como cuerpo profesoral y compromiso con la universidad, procedimientos de ingreso, infraestructura, etcétera.

El informe "Medical Education in the United States and Canada" vio la luz en 1910, y con toda seguridad constituye la publicación sobre educación médica más citada en la literatura especializada. Hoy basta decir "el informe Flexner" para referirse a él. Flexner devino una verdadera autoridad en educación médica, se mantuvo vinculado a esta esfera del quehacer pedagógico y fue muy reconocido, tanto en USA como en el extranjero. Flexner murió en New York en 1959 a los 93 años de edad.

### **Aportes de Flexner a la educación médica.**

De las recomendaciones realizadas por Flexner, un grupo de 5 de ellas, las más divulgadas, fueron aceptadas con relativa facilidad y han alcanzado un grado de generalización sorprendente con las modificaciones locales correspondientes: <sup>12-13</sup>

Un currículo de cuatro años.

Dos años de ciencias de laboratorio (ciencias básicas).

Dos años de enseñanza clínica en hospitales y servicios clínicos.

Vinculación de la Escuela de Medicina a la Universidad.

Adopción de requisitos de ingreso en matemática y ciencias.

Sin embargo, en el informe Flexner existe un conjunto de recomendaciones, cuyo grado de implementación ha sido muy limitado:<sup>14,15</sup>

Debe alcanzarse la integración de las ciencias básicas y las ciencias clínicas en los cuatro años.

Debe estimularse el aprendizaje activo.

Debe limitarse el aprendizaje de memoria mediante conferencias.

Los estudiantes no deben aprender solamente hechos, sino desarrollar el pensamiento crítico y la habilidad de resolver problemas.

Los educadores deben enfatizar que en los médicos, el aprendizaje es una tarea para toda la vida.

Es notable su defensa de la "actividad" y la educación en el trabajo como forma de aprendizaje, lo cual había destacado en relación con la medicina al afirmar: "Desde el punto de vista pedagógico, la medicina moderna, como toda enseñanza científica, se caracteriza por la actividad. El estudiante no solamente mira, oye y memoriza, él hace. Su propia actividad en el laboratorio y en la clínica son los factores principales en su instrucción y formación disciplinaria".<sup>16</sup>

Flexner además estableció un paralelo entre el método clínico y la labor investigativa a través de la validación de hipótesis en la práctica. Reconocía la importancia de contar con especialistas capacitados, pero llamó la atención en cuanto a la importancia de alcanzar un equilibrio adecuado entre éstos y los médicos de atención primaria. Como puede apreciarse en los anteriores ejemplos, muchos de los reclamos "modernos" para el perfeccionamiento de la educación médica habían sido considerados anteriormente por Flexner o bien son extensiones de sus ideas.

La medicina ha cambiado y consecuentemente la educación médica deberá adecuarse a estos cambios, sin embargo, a pesar del tiempo transcurrido, muchas de las ideas de Flexner mantienen su vigencia y deben ser objeto de reflexión para quienes tienen la responsabilidad de conducir los cambios necesarios.<sup>17-20</sup> Lo realmente significativo es que después de transcurridos casi cien años de sus trabajos iniciales, muchas de las ideas de Flexner en educación médica se retoman como novedades, como es el caso de la enseñanza basada en la solución de problemas, el papel del hospital docente o la necesidad de inculcar valores morales en los profesionales de la Medicina.

Consideramos que en un área tan dinámica como la enseñanza de la Medicina sería absurdo esperar que luego de transcurrido un siglo, las concepciones de este destacado educador pudieran mantenerse inmodificables; pero es de justicia reconocer sus aportes, su influencia y hasta cierto punto, la vigencia de sus ideas.

### **Benjamin Bloom. Del modelo tradicional a un nuevo modelo para la educación médica.**

Benjamin Bloom, nacido en Lans Ford, Pensilvania, el 21 de febrero de 1913 y fallecido el 13 de septiembre de 1999, fue un influyente psicólogo y pedagogo estadounidense que hizo contribuciones significativas a la Taxonomía de objetivos de la educación. Otras contribuciones suyas estuvieron relacionadas con el campo del Aprendizaje y el Desarrollo Cognitivo. Bloom propone cambios del modelo

tradicional a un nuevo modelo para la educación médica (Informe de la comisión Robert - Wood Johnson), el cual fue muy revolucionario y enriquecedor para el perfeccionamiento de la educación médica en el área de las Américas. <sup>21,22</sup>

En 1956 Bloom propone una pirámide taxonómica para la adquisición del conocimiento por la que debe transitar el proceso de enseñanza aprendizaje (Figura 1), que comienza con un pensamiento de orden inferior y escala hasta uno de orden superior, expresada en sustantivos, la cual fue muy usada hasta el año 2000 cuando sufrió transformaciones.



**Figura 1.** Pirámide de la Taxonomía de Bloom.

En síntesis, los principales aportes de Bloom consistieron en:

De un enfoque centrado en el profesor a centrado en el estudiante.

Producir alumnos capaces de pensar críticamente y no de repetir datos.

Aprendizaje basado en resolución de problemas.

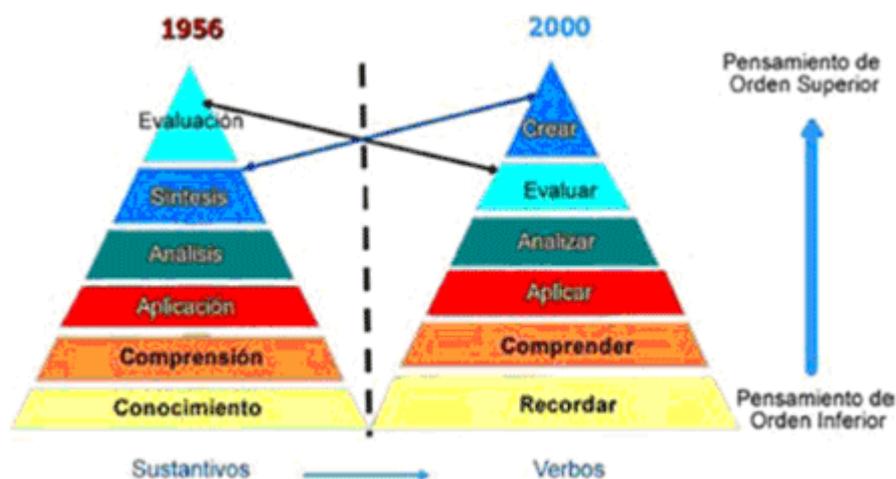
Currículo orientado hacia la comunidad, el humanismo, la educación y promoción de salud

Las innovaciones se concentran en las primeras etapas del currículo.

Los profesores deben fomentar en los estudiantes la capacidad de aprender mediante estudio autodirigido e independiente a lo largo de toda su carrera.

La taxonomía de Bloom se ha actualizado en varias revisiones posteriores: la primera, de Lovin y Anderson en el año 2000, bajo el título de Revisión de la taxonomía de Bloom; esta incorpora cambios que le han añadido actualidad y valor

conceptual, entre los que se destaca el cambio de sustantivos por verbos (Figura 2). Esta modificación de clasificación debe interpretarse como un paso hacia el modelo funcional que fija cada vez más su mirada en el alumno antes que en el profesor.<sup>23-26</sup> De otra parte, más recientemente surgió otra teoría llamada la Nueva Taxonomía de Marzano y Kendall (2007 y 2008) como punto de partida para el diseño de objetivos de aprendizaje, que constituye una alternativa actual para identificar mejor dónde estamos y hacia dónde queremos llegar en el proceso de enseñanza-aprendizaje en las diferentes disciplinas. El modelo hace alusión a tres sistemas mentales o niveles de procesamiento, así como a tres dominios del conocimiento.<sup>27</sup>



**Figura 2.** Cambios en la pirámide de la taxonomía de Bloom.

Sistemas mentales o niveles de procesamiento: El interno (self), el meta cognitivo y el cognitivo.

El sistema interno (self) mantiene una interrelación entre creencias y metas, además es el punto que detona la motivación que la persona lleva a la ejecución de la nueva tarea, a mayor motivación es mayor la posibilidad de éxito.

El sistema meta cognitivo se encarga de establecer las metas a lograr a partir de la ejecución de la nueva tarea, así como diseñar estrategias para su logro. Es el sistema meta cognitivo el que, una vez determinados los objetivos y estrategias, activa el sistema cognitivo.

El sistema cognitivo es responsable del proceso efectivo de la información, que es esencial para completar las tareas propuestas. Así, el sistema cognitivo permite realizar operaciones tales como analizar, inferir, comparar, calificar entre otras.

En cuanto a los dominios de conocimiento que se declaran en la Nueva Taxonomía, éstos se pueden clasificar en tres: información, procedimientos mentales y procedimientos psicomotores.

Dominios del conocimiento:

Nivel 1 - Recuperación (sistema cognitivo)

Nivel 2 - Comprensión (sistema cognitivo)

Nivel 3 - Análisis (sistema cognitivo)

Nivel 4 - Utilización del conocimiento (sistema cognitivo)

Nivel 5 - Sistema meta cognitivo

Nivel 6 - Sistema interno (self)

Tenemos que reconocer que, como toda obra humana, la legada por Benjamin Bloom es perfectible, pero sus raíces son inmodificables y percederas, por lo que toda intención de perfeccionar sus ideas sigue respetando sus principios fundacionales acerca de las teorías del proceso del conocimiento.

### **Fidel Ilizástigui Dupuy: paradigma de la educación médica cubana.**

El profesor de mérito Fidel Ilizástigui Dupuy (1924-2005), fundador de la Sociedad Cubana de Educadores en Ciencias de la Salud, considerado la figura máxima de la educación médica en nuestro país en la etapa de la Revolución y acaso de todos los tiempos, nos legó en su pensamiento y en su obra un rico acervo cultural cristalizado en la teoría y la práctica inherente a la formación de los profesionales de la salud de los últimos 40 años del pasado siglo e inicios del siglo XXI, cimentada en nuestros planes y programas de estudios, métodos didácticos y educativos, así como en las estrategias de desarrollo de la salud pública y la educación en ciencias de la salud cubana.

Incide en los principales problemas que plantea la educación médica contemporánea, en particular cómo enrumbar la formación del médico en el siglo XXI. La concepción de la educación en el trabajo como método y forma predominante de enseñanza-aprendizaje, con carácter científico y académico, representa el núcleo central de su teoría pedagógica, la interacción de los educandos con el objeto de estudio en los escenarios reales donde transcurre la atención de salud como vía para desarrollar los modos profesionales de actuación y asimilar significativamente los conocimientos teóricos correspondientes. Alerta acerca de la tendencia a subvalorar la esfera de la práctica frente a los componentes académico e investigativo, que integrados deben quedarles supeditados en el proceso de formación. En forma de resumen se presentan algunas de sus contribuciones:

### **Las ideas filosóficas y políticas.**

Hombre con una sólida formación filosófica y compromiso político desde su temprana juventud, con la Revolución y el Partido Comunista, su ideología marxista-leninista constituyó la brújula orientadora que le permitió interpretar su época y el sentido de su vida profesional y social, al servicio del pueblo.

Ilizástigui identifica la salud-enfermedad como la categoría conceptual de mayor nivel de generalidad en las ciencias médicas y aplica la concepción filosófica materialista del problema fundamental de la filosofía a la relación psiquis-soma. La ciencia médica no tiene problema más general y totalizador que la categoría salud-enfermedad, de ahí la importancia de su enfoque con una concepción filosófica marxista-leninista.

La medicina por su esencia y contenido interno es social, el objeto de esta ciencia es el hombre como ser social. La verdadera medicina no es tanto una ciencia sobre el individuo enfermo como una ciencia sobre el saneamiento de toda la sociedad. La

medicina no puede existir solo para curar a las personas, debe enseñar cómo promover su salud y protegerlas de las enfermedades. La medicina no estudia al hombre como un ente abstraído de las condiciones circundantes sino como un ser que vive en determinadas condiciones económico sociales, las cuales ejercen sobre él una influencia necesaria.

### **Condicionamiento político-ideológico de la educación médica.**

Identifica el avasallamiento de los profesionales de la salud por el complejo médico-industrial en la medicina contemporánea capitalista que explotan la enfermedad del paciente, su ignorancia y su mentalidad de consumidor. Acepta el progreso tecnológico y alerta sobre la creciente tendencia a su sobredimensionamiento.

### **Sobre el uso de las nuevas tecnologías de la información y las comunicaciones.**

Sobre la utilización de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación, reconoce su beneficiosa contribución a los procesos didácticos de las ciencias de la salud en las condiciones de la universalización, y a la vez advierte que no suprimen la influencia del profesor ni la vigencia de los principios pedagógicos rectores de nuestra educación.

La nueva tecnología de la enseñanza (computación, cassettes, TV, filmes, etcétera) puede lograr ampliar y mejorar la enseñanza a un número mayor de estudiantes, siempre deberá estar pautada por nuestros principios pedagógicos de la universalización de la universidad.

### **Sobre la didáctica especial de las ciencias médicas.**

Envuelto en la elaboración de la mayoría de los proyectos educativos en ciencias médicas en el período de la Revolución, Ilizástigui se pronuncia acerca de cómo desarrollar el proceso de enseñanza-aprendizaje en las condiciones particulares del campo de la salud en nuestro escenario. Crítica a la enseñanza de la medicina en la época capitalista, que califica de eminentemente verbalista, enciclopedista, intelectualista y científicista. El estudiante no se preparaba para actuar eficientemente como médico a su egreso. La educación médica era un lugar donde se oía mucho, se veía poco y no se hacía nada, le lleva a una interpretación gnoseológica que concibe el aprendizaje principalmente como resultado del activismo del educando, a ser expuesto a modelos profesionales idóneos representados por los profesores, actuando en los escenarios reales donde transcurre la atención profesional a las personas y la población.

### **¿Qué enseñar?: teoría o práctica.**

La educación médica no puede seguir sosteniéndose en el principio de la transmisión del conocimiento. La enseñanza debe ser centrada en el aprendizaje. El profesor como fuente principal de información es anacrónico. La instrucción por métodos pasivos (clase magistral) dio paso a métodos más modernos con la participación activa del estudiante en pequeños grupos (seminarios, discusión de grupo). El aula y el pizarrón fueron en parte sustituidos por los laboratorios de autoestudio, donde uno o varios alumnos pueden estudiar por ellos mismos con el empleo de TV, cassettes, diapositivas y un programa. De la enseñanza centrada en el profesor se pasa a la enseñanza centrada en el estudiante, donde aquel participa como guía o conductor.

Ninguna habilidad, destreza o conducta apropiada se conseguirá por la lectura de textos, conferencias magistrales, demostraciones clínicas esporádicas y ejercitación espontánea del estudiante; este solo aprenderá a comunicar, comunicándose; a palpar, palpando; a auscultar, auscultando; a aprender independientemente, aprendiendo; a poner buenos tratamientos, realizando planes terapéuticos; a diagnosticar, diagnosticando; a realizar historias clínicas integrales; haciéndolas. Es necesario que sea realizada exquisitamente por el maestro bajo los ojos atentos de los estudiantes y que el estudiante ejecute la técnica bajo la observación atenta del docente, quien identificará errores y mostrará los pasos para su consecución (retroalimentación), mostrando siempre la base teórica indispensable.

### **Sobre los planes de estudio.**

Ilizástigui logra diseñar y poner en práctica un plan de estudio integrado en 1969, el cual representó un significativo intento de innovación formativa, y constituyó una importante experiencia que a la postre habría de impactar la concepción curricular cubana en ciencias médicas.

En el diseño del plan de estudio de 1985, actualmente vigente en versiones sucesivamente perfeccionadas, reconoce que si bien no podía abordar un diseño curricular por asignaturas separadas e inconexas será imposible elaborar un plan muy innovador en lo que respecta a las unidades curriculares. Se hizo necesario un arreglo conciliatorio, acotando que sin subvalorar las unidades curriculares integradas, su impacto en la formación de un médico que egresa en una nación donde es prioritaria la atención primaria de salud (APS), siempre será inferior al de un plan de estudio que garantice que el estudiante trabaje y aprenda en el área de la APS y que sepa desempeñarla después de graduado.

### **La educación en el trabajo.**

La educación en el trabajo para hacerse realidad y no permanecer como declaración formal tiene que constituir la columna vertical del currículo y de cada una de sus unidades curriculares. Es la conceptualización médica del principio rector del estudio-trabajo.

Por educación en el trabajo se entiende la formación y educación en los servicios (áreas clínicas y epidemiológicas) de los estudiantes, a partir de la práctica médica y el trabajo médico y social como fuente de aprendizaje y educación, complementada de actividades de estudio congruentes con esa práctica para la comprensión total de la sociedad, su profesión o especialidad médica.

La educación en el trabajo como principio rector se da en todas las carreras de formación de profesionales de la salud, en el postgrado y la educación permanente. La educación en el trabajo incluye algo más que la adquisición de habilidades y el dominio del saber pensar, la formación del estudiante como ciudadano y profesional, que es algo más que técnico.

### **La integración docente-asistencial-investigativa.**

La integración docente-asistencial-investigativa es una organización estructural funcional sistémica que permite la interrelación intersectorial, ínterestructural e interdisciplinaria a fin de explicar y resolver problemas comunes (del campo de la salud). Se expresa a todos los niveles, instituciones, profesionales y los propios estudiantes. No significa un proceso de fusión del trípode investigación, docencia y atención médica, sino de una penetración entre ellas.

Las tres funciones básicas de la integración docente-asistencial-investigativa: atención médica, investigación y docencia, deben poseer la misma dimensión académica y no solamente las dos últimas. Las facultades de Medicina no están solamente para educar profesionales y producir conocimientos, sino también para producir atención médica de calidad. Entre las misiones de una universidad médica debe quedar explícita su responsabilidad con la salud del pueblo, al formar profesionales, brindar atención de salud y producir conocimientos; solo así el trabajo ganará la magnificencia que posee en la educación del hombre.

### **Avizorando el presente.**

Desde hace 3 décadas Ilizástigui anticipaba las transformaciones que el desarrollo de la educación médica en Cuba requería para dar respuesta a las demandas inherentes a la producción ampliada de profesionales a fin de enfrentar, a nivel nacional e internacional, el encargo de nuestra sociedad. Desde entonces planteaba que un conjunto de especialidades no puede crear al médico general que se necesita. Hay que crear el departamento de medicina general dentro de la escuela de medicina, crear una nueva especialidad que se llamaría el médico de familia o médico personal, de cuidados integrales, de primer contacto. Crear también una residencia de medicina general, un departamento de Medicina General en las escuelas de medicina y en los hospitales, un Grupo Nacional de Medicina General y una sociedad científica de Medicina General.

El objetivo es educar a los estudiantes en la práctica general, tal como tendrán que efectuarla después de egresados. Convertir la medicina general no solo en una especialidad clínica, sino aún más, en una especialidad académica. Los nuevos médicos generales de acuerdo con su categoría y valor, deberán tener todas las posibilidades en su desarrollo: investigativas, profesionales, sociales, administrativas, hospitalarias y académicas, al igual que cualquier otro profesional médico de otra especialidad.

### **Avizorando el futuro.**

La ciencia médica futura se propone que el hombre viva en salud, promoviéndola constantemente. Eso significa que en ese largo camino veremos languidecer y morir las especialidades médicas unas tras otras, y surgirán nuevas especialidades en tanto que la práctica de la concepción general reinará predominantemente... Un médico sintetizador en lo social, lo psicológico y lo biológico.

### **La enseñanza de la clínica.**

Poseedor de una sólida formación clínica, desarrollada en uno de los legendarios servicios de clínica del Hospital Universitario "Calixto García", Ilizástigui prestó gran atención a la enseñanza de la medicina centrada en el paciente. En trabajos sobre "el método clínico realizó extensas consideraciones sobre el asunto.

El método clínico no es más que el método científico aplicado al trabajo con los pacientes. Cada paciente es una situación nueva, debe ser investigado y el método de la ciencia es el que debe utilizarse. La toma de la historia clínica es quizá la destreza conductual más importante que el médico deba dominar.

La práctica médica actual se ha empobrecido. No se recoge la realidad clínica del enfermo, no se hacen buenas historias clínicas para caracterizar al hombre portador de una enfermedad y al proceso mismo de la enfermedad. Se habla poco con los pacientes, no se establecen buenas relaciones médico-paciente, el examen físico es incompleto o no se realiza, no se hacen hipótesis diagnósticas, no se establecen

pronósticos y se confía desmesuradamente en el valor de los exámenes y la alta tecnología para identificar la lesión del proceso morboso. Hoy como ayer, pero por razones diferentes, se impone un nuevo llamado para que los médicos y otros profesionales de la salud regresen a cumplir el legado hipocrático de la educación a la cabecera del enfermo. Ayer fue necesario porque había poca ciencia, hoy porque existe demasiada ciencia.

El profesor Dr. Fidel Ilizástigui Dupuy jugó un papel protagónico en las transformaciones académicas suscitadas en Cuba luego del triunfo de la Revolución. El talento de este prestigioso profesor le permitió interpretar las transformaciones de la educación médica ante los requerimientos de la práctica profesional y las tendencias de la educación superior. Su pensamiento médico educacional ostenta los fundamentos teórico-metodológicos de los cambios curriculares acontecidos y sirve de sustento al quehacer investigativo educacional actual en ciencias de la salud.<sup>28</sup>

Muchos autores, estudiosos y continuadores de la obra de Ilizástigui coinciden en señalar que la concepción de la educación en el trabajo representa el núcleo central de su teoría pedagógica, defendiendo la interacción de los educandos con el objeto de estudio en escenarios reales de la atención de salud para desarrollar los modos profesionales de actuación, alertando que la práctica médica no debe supeditarse a los otros componentes del proceso formativo: el académico y el investigativo.<sup>29</sup> - 32

En nuestra experiencia docente en la ciencias médicas por 20 años, hemos asimilado y puesto en práctica los postulados de estos 3 eminentes profesores y pedagogos; recomendamos a todos los que se dedican a la noble tarea de enseñar en el campo de las ciencias médicas a estudiar y profundizar en la obra de estas 3 figuras paradigmáticas de la enseñanza de la medicina en las Américas.

## **CONCLUSIONES**

Entre las más destacadas personalidades que en el pasado siglo XX contribuyeron al desarrollo de la enseñanza médica en las Américas están: Abraham Flexner, Benjamin Bloom y Fidel Ilizástigui Dupuy. Gracias a su dedicación y perseverancia se ha logrado transitar desde modelos pragmáticos y fragmentados hacia una educación médica superior centrada en el estudiante e integrada con enfoque comunitario que trasciende y se inserta en el siglo XXI.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Flexner A. Medical Education in the United States and Canada. A Report to the Carnegie Foundation for the advancement of Teaching. . Boston: Updyke; 1910.
2. OMS. Conferencia Mundial de Educación Médica. Recomendaciones. Edimburgo: OMS; 1993.
3. Cañizares Luna O, Nélica Saraza Muñoz N, Labrada Salvat C. Enseñanza integrada de las Ciencias Básicas Biomédicas en Medicina Integral Comunitaria. Educ Med Super [Internet] 2006; 20(1). Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol20\\_1\\_06/ems05106.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol20_1_06/ems05106.htm)

4. Espinosa AD. Desde Hipócrates, la influencia del maestro ha sido esencial en la enseñanza del método clínico. Entrevista. EDUMECENTRO [Internet]. 2011[citado 20 Jun 2011]; 3(1):[aprox. 8 p.]. Disponible en: [http://www.edumecentro.sld.cu/pag/Vol3\(1\)/entrevespinosa.html](http://www.edumecentro.sld.cu/pag/Vol3(1)/entrevespinosa.html)
5. Trujillo Castro W. La importancia de la tecnología en la escuela. Educadores. Red educativa. [Internet] 2013. Disponible en: <http://educadores.bligoo.com.co/la-importancia-de-la-tecnologia-en-la-escuela>.
6. Sacasas J. Entrevista. EDUMECENTRO [Internet]. 2011 [citado 20 Jun 2011]; 2(1):[aprox. 6 p.]. Disponible en: [http://www.edumecentro.sld.cu/pag/Vol2\(1\)/entrevsacasas.html](http://www.edumecentro.sld.cu/pag/Vol2(1)/entrevsacasas.html)
7. Vicedo A. La integración de conocimientos en la educación médica. Educ Med Sup. [Internet] 2009; 23(4):226-37.
8. Benjamin S. Bloom. The 2 Sigma Problem: The Search for Methods of Group Instruction as Effective as One-to-One Tutoring. Educational Researcher. Jun.-Jul. 1984; 13(6): 4-16.
9. Benjamin S. Bloom. A response to Slavin's Mastering Learning reconsidered. Review of Educational Research. Winter 1987; 57(4): 507-508.
10. Benjamin S. Bloom and Harold Webster. The Outcomes of College. Review of Educational Research. Higher Education. Oct., 1960; 30(4):321-333.
11. Fernández Sacasas JA: Conferencia internacional Educación Médica para el siglo XXI. "El legado del profesor Fidel Ilizástigui a la educación médica para el siglo XXI" . Educ Med Super. [Internet] 2009; 23(1):Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21412009000100011&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21412009000100011&script=sci_arttext)
12. Duffy TP. The flexner report - 100 years later. Yale J Biol Med [Internet] 2011; 84: 269-76. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3178858/>
13. Finnerty EP. The Role and Value of the Basic Sciences in Medical Education: An Examination of Flexner's Legacy. Medical Science Educator.[Internet] 2012; 20(3). Disponible en: [http://www.iamse.org/artman/publish/article\\_559.shtml](http://www.iamse.org/artman/publish/article_559.shtml)
14. Ludmerer K. Understanding the Flexner Report. Acad Med [Internet] 2010; 85:193-6. Disponible en: [https://ulearn.blackboard.com/bbcswebdav/pid-303852-dt-content-rid-690898\\_1/courses/49626.201240/readings/Ludmerer-Flexner-AcadMed.pdf](https://ulearn.blackboard.com/bbcswebdav/pid-303852-dt-content-rid-690898_1/courses/49626.201240/readings/Ludmerer-Flexner-AcadMed.pdf)
15. Pagliosa FL, Da Ros MA. O Relatório Flexner: para o bem e para o mal. Rev Bras Educ Méd [Internet]. 2008; 32(4): Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022008000400012&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022008000400012&script=sci_arttext)
16. García GA. Flexner y su flexnerismo: la concepción visionaria humana, humanista y humanística de la educación médica. Rev Médica Sanitas [Internet] 2011; 14(4): Disponible en: <http://www.unisanitas.edu.co/Revista/24/4.%20FLEXNER.pdf>

17. Almeida F. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil Contemporâneo. Cad. Saúde Pública. [Internet] 2010; 26(12):2234-2249. Disponible em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2010001200003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2010001200003&script=sci_arttext)
18. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Transformaciones necesarias en el sistema de Salud Pública. La Habana: MINSAP; 2010.
19. OPS. 27ma Conferencia Sanitaria Panamericana. 59na. Sesión del Comité Regional. "Metas regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007-2015". Washington, EUA; 2007.
20. Sierra, S, Pernas M, Diego JM, Miralles E, De la Torre G, González N, et al. Modelo metodológico para el diseño y aplicación de las estrategias curriculares en Ciencias Médicas. Educ Med Super. [Internet] 2010; 24(1):33-41. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21412010000100005&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21412010000100005&script=sci_arttext).
21. Gual A. La Educación Médica en Latinoamérica. Educación médica. [Internet] 2009; 12(1). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1575-18132009000100001&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1575-18132009000100001&script=sci_arttext)
22. Bohórquez F, Corcohuelo M. Currículo y Pedagogía en Perspectiva: un Diálogo Académico. En: Revista iered: Revista Electrónica de la Red de Investigación Educativa [en línea]. 2005 1(3). Disponible en: <http://revista.iered.org/v1n3/pdf/fbymc.pdf>
23. Anderson WL, David R, Krathwohl, DR et al (Eds.)(2001) Una taxonomía para el aprendizaje, enseñanza y evaluación: una revisión de la taxonomía de Bloom de objetivos educativos. Allyn & Bacon. Boston, MA (Pearson Educación grupo).
24. Arcadi Gual. El mapa de competencias a adquirir. Educ. méd. [Internet] 2010; 13(S 1). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1575-18132010000500008&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1575-18132010000500008&script=sci_arttext)
25. General Medical Council. Tomorrow's doctors: outcomes and standards for undergraduated medical education. [Internet] 2009. Disponible en: [http://www.gmc-uk.org/TomorrowsDoctors\\_2009.pdf\\_39260971.pdf](http://www.gmc-uk.org/TomorrowsDoctors_2009.pdf_39260971.pdf). [07.07.2010].
26. Cumming AD, Ross MT. The Tuning Project (medicine) - learning outcomes/competences for undergraduate medical education in Europe. Edinburgh: The University of Edinburgh. [Internet] 2008 Available on line: <http://www.tuning-medicine.com/pdf/booklet.pdf>
27. Gallardo Córdova KE. La Nueva Taxonomía de Marzano y Kendall: una alternativa para enriquecer el trabajo educativo desde su planeación. Manual. Sept. 2009.
28. Díaz Velis E, Ramos Ramírez RR. Mirada reflexiva al pensamiento médico educacional del Dr. Fidel Ilizástigui Dupuy. Edumecentro 2011; 3(3): 2077-2874. Disponible en: <http://www.edumecentro.sld.cu/pag/Vol3%283%29/oriesther.html>
29. Fernández Sacasas JA. Consideraciones sobre el aporte a la educación médica cubana del Profesor Fidel Ilizástigui Dupuy. Edumecentro [Internet] 2012; 4(1):

2077-2874. Disponible en:  
<http://www.edumecentro.sld.cu/pag/Vol4%281%29/revisacasas.html>

30. Cruz Hernández J, Hernández García P, Abraham Marcel E, Dueñas Gobel N, Salvato Dueñas A. Importancia del Método Clínico. Rev Cubana Salud Pública [Internet] 2012; 38(3). Disponible en:  
[http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol38\\_3\\_12/spu09312.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol38_3_12/spu09312.htm).

---

**Dr. Armando Martínez Martínez.** Especialista de Segundo Grado en Medicina General Integral. Profesor Auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Correo electrónico: [armandomtnez@princesa.pri.sld.cu](mailto:armandomtnez@princesa.pri.sld.cu)

---