

UNIVERSIDAD DE ORIENTE
CENTRO DE ESTUDIOS PEDAGÓGICOS
"MANUEL F. GRAN"



DINÁMICA CLÍNICO-ASISTENCIAL-HUMANISTA EN LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES CON VIH/sida PARA RESIDENTES DE MEDICINA INTERNA

Tesis presentada en opción al grado científico de Doctor en Ciencias Pedagógicas

Ventura Puente Saní

Santiago de Cuba
2018

UNIVERSIDAD DE ORIENTE
CENTRO DE ESTUDIOS PEDAGÓGICOS
"MANUEL F. GRAN"



DINÁMICA CLÍNICO-ASISTENCIAL-HUMANISTA EN LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES CON VIH/sida PARA RESIDENTES DE MEDICINA INTERNA

Tesis presentada en opción al grado científico de Doctor en Ciencias Pedagógicas

Autor: Dr. Ventura Puente Saní. MSc.

Tutores: Prof. Titular, Lic. Jorge Montoya Rivera. Dr.C.

Prof. Titular, Dra. María Eugenia García Céspedes. Dr.C.

Consultante: Prof. Titular, Lic. Homero Calixto Fuentes González. Dr.Cs.

Santiago de Cuba
2018

AGRADECIMIENTOS

La vida se encuentra plagada de retos, y uno de ellos es la formación doctoral. Tras verme dentro de ella, me he dado cuenta que más allá de ser un reto, es una base no solo para mi entendimiento del campo de la educación en el que me he visto inmerso, sino para lo que concierne a la vida y mi futuro. Le agradezco a mi institución Hospital General "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", al Centro de Estudios Pedagógicos "Manuel F. Gran" a mis eminentes maestros en especial al Dr.Cs Homero Calixto Fuentes González; al maestro y tutor de varias generaciones Dr.C. Jorge Montoya Rivera por sus esfuerzos en mi formación y en la realización de esta investigación, ambos se han tomado el arduo trabajo de transmitirme sus diversos conocimientos, especialmente del campo académico y de los temas que corresponden a mi profesión. Pero además de eso, han sido los que han sabido encaminarme por el camino correcto en la Pedagogía.

A San Judas Tadeo, por estar frente a mí cada día y hacer cada milagro de mi vida.

Al Lic. Pedro Oropesa Roblejo y su familia quienes cuentan con mi admiración y respeto, por el apoyo y la ayuda desinteresada que me brindaron en los momentos difíciles de mi vida.

A la Dr.C María Eugenia García Céspedes, por todo el estímulo, apoyo y perseverancia.

A todos los profesores del Centro de Estudio Pedagógico "Manuel F. Gran", por la preparación y la ayuda brindada.

A todas aquellas personas que aunque no las nombro, me han ofrecido su apoyo incondicional para el desarrollo de este trabajo.

Muchas gracias.

DEDICATORIA

Este logro se lo dedico a la gran familia que pertenezco orgullosamente. También a los que no están físicamente pero siempre y cada día están en mi corazón y mis recuerdos:

A Esperanza Saní Hechavarría: *mi madre, mujer que simplemente me hizo llenar de orgullo, te amaré siempre y no va haber manera de devolvarte tanto que me ofreciste desde que incluso no hubiera nacido, esta tesis es un logro más que llevo a cabo, y sin lugar a dudas ha sido en gran parte gracias a ti aunque no estés conmigo amada madre.*

A Buenaventura del Carmen Puente Hernández, *mi padre presente por siempre en mi corazón.*

A mis hijos, *Vanessa María Puente Hernández y José Carlos Puente Hernández partes inseparable de mi vida, por el amor que les tengo y para que me vean como su guía y puedan seguir mis pasos en su carrera de Medicina.*

SÍNTESIS

La investigación parte del problema científico referente a las insuficiencias en la práctica clínica de los residentes de Medicina Interna con relación a la atención de los pacientes que viven con VIH/sida lo que limita su desempeño profesional. Se define como objeto, el proceso de formación de los residentes de Medicina Interna en la atención a pacientes que viven con VIH/sida y el objetivo está dado en la elaboración de una estrategia para la formación de los residentes de Medicina Interna en la atención a pacientes que viven con VIH/sida, sustentada en un modelo de la dinámica clínico asistencial humanista. Se aporta en lo teórico el modelo de la dinámica clínico-asistencial-humanista en la atención integral a pacientes que viven con VIH/sida para residentes de Medicina Interna y el aporte práctico lo constituye la estrategia del proceso de formación de los residentes de Medicina Interna en la atención a pacientes que viven con VIH/sida. La novedad científica radica en revelar las relaciones dialécticas que se expresan en la lógica de la formación de los residentes de Medicina Interna a partir de la sistematización formativa clínico asistencial humanista como proceso dinamizador que discurre en el orden didáctico entre la práctica clínica formativa no discriminatoria en el logro de la transformación del desempeño socio-clínico-asistencial humanizado que permite en esta formación especializada la atención a los pacientes que viven con VIH/sida con vistas a mejorar la calidad y expectativa de vida de los mismos. Se valoró y corroboró, asimismo, la pertinencia científica del modelo y de la estrategia propuesta además de la factibilidad de aplicación de esta última.

TABLA DE CONTENIDOS

		Pág.
INTRODUCCIÓN		1
CAPÍTULO I	FUNDAMENTACIÓN EPISTEMOLÓGICA Y PRAXIOLÓGICA DEL PROCESO DE FORMACIÓN DE LOS RESIDENTES DE MEDICINA INTERNA EN LA ATENCIÓN A PACIENTES QUE VIVEN CON VIH/sida Y SU DINÁMICA	10
1.1	Fundamentación epistemológica del proceso de formación de los residentes de Medicina Interna en la atención a pacientes que viven con VIH/sida y su dinámica	10
1.2	Determinar las tendencias históricas del proceso de formación de los residentes de Medicina Interna en la atención a pacientes que viven con VIH/sida y su dinámica	24
1.3	Caracterizar la situación actual de la dinámica del proceso de formación de los residentes de Medicina Interna en la atención a pacientes que viven con VIH/sida en el Hospital General "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso" de Santiago de Cuba	40
	Conclusiones del capítulo 1	47
CAPÍTULO II	CONSTRUCCIÓN EPISTEMOLÓGICA Y PRAXIOLÓGICA DE LA DINÁMICA DEL PROCESO DE FORMACIÓN DE LOS RESIDENTES DE MEDICINA INTERNA	49
2.1	Modelo de la dinámica clínico-asistencial-humanista de la formación de los residentes de Medicina Interna en la atención a pacientes que viven con VIH/sida	49
2.2	Elaborar la estrategia para la formación de los residentes de Medicina Interna en la atención a pacientes que viven con VIH/sida	84
	Conclusiones del capítulo 2	93

CAPÍTULO III	CORROBORACIÓN DEL VALOR CIENTÍFICO DE LOS RESULTADOS ALCANZADOS	94
3.1	Valoración de los aportes de la investigación, a partir de la realización de dos talleres de socialización con especialistas en VIH/sida	94
3.2	Ejemplificación de la aplicación de la estrategia para la formación de los residentes de Medicina Interna para la atención integral a pacientes que viven con VIH/sida	101
	Conclusiones del capítulo 3	118
	CONCLUSIONES GENERALES	119
	RECOMENDACIONES	120
	BIBLIOGRAFÍA	
	ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

Los cambios sociales que acontecen en la actualidad en la formación de profesionales ha de estar relacionado con el proceso de reestructuración económica, política e ideológica de una nación, a la vez que se vincula con las exigentes transformaciones sociales y culturales, es entonces una nueva posición o enfoque lo que en la actualidad se requiere en el proceso de formación y desarrollo de los profesionales, que a la vez ha de tener énfasis en la consolidación de los conocimientos, habilidades, valores y valoraciones requeridos para un actuar eficiente en el contexto social donde ejercerán su labor profesional. En esta dirección la formación debe estar en correspondencia con los adelantos y desarrollo de la ciencia y la tecnología, para lo cual se requiere de una actualización y especialización constante de los profesionales, máxime si se tiene en cuenta la relación dialéctica entre la formación de pregrado y postgrado.

A nivel mundial las instituciones educativas han llevado a cabo y puesto en práctica los modelos de formación profesional del médico, perfilados con un enfoque predominantemente curativo, donde el currículo no siempre es integral y contextualizado a la realidad, autores como Lalonde, M (1974); Ilizástigui, F.(1991), (1996); Beldarrain, C. E. (2002); Harzheim, E. y Bonal, P., (2009); Fernández, S. (2013 a); Pupo, N. y Hechavarría, S. (2014); Bernaza, G. et al (2018), tienen sus puntos de vistas, coincidiendo que la formación del profesional no debe de faltar conocimientos sobre: promoción de la salud, la prevención de enfermedades, el restablecimiento del enfermo y la rehabilitación, sobre todo con proyección comunitaria ante la preeminencia de enfermedades infecciosas, constituyendo una prioridad en nuestra región, y que el mismo está indisolublemente ligado al logro de un mejor desempeño profesional de los equipos de salud, para el mejoramiento de la población.

Una de estas enfermedades infecciosas que está ocasionando un gran dilema a nivel mundial lo constituye el virus de la inmunodeficiencia adquirida (VIH) o síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) el cual es una pandemia mundial que ha creado desafíos sin precedentes para los médicos en los servicios básicos de salud,

además de representar una asombrosa crisis de salud pública en el mundo. La preparación y la formación del personal médico al ser la piedra angular en el manejo médico integral de este tipo de enfermo, constituyen uno de los aspectos más importantes para enfrentar la prevención, el diagnóstico y el tratamiento.

Para implementar esta enseñanza es necesaria la preparación científica del profesional que llevará a cabo esta labor a través de un proceso continuo de atención del VIH/sida, que comienza antes del diagnóstico serológico y continua hasta la muerte del paciente. La evolución social de nuestros días exige, dentro del contexto de la salud pública cubana, que los centros asistenciales sean más competitivos y que estén orientados a mejorar la respuesta asistencial que se le dé al paciente.

Es por lo antes expuesto que urge una formación de postgrado en Ciencias Médicas, puesto que constituye una vía significativa en la atención a estos pacientes, ya que el nivel más elevado del sistema de educación en salud pública al tener como objetivo principal la formación académica y la superación continua de los graduados universitarios, durante su vida profesional, permite de forma sistemática la elevación de la calidad en la atención de los enfermos, con una adecuada productividad y eficiencia en su labor sanitaria.

En tal sentido los criterios de los expertos consideran esta formación como un proceso didáctico dirigido a garantizar la preparación de los profesionales, con la intención de perfeccionar, actualizar y profundizar en los conocimientos, habilidades y valores que poseen, y alcanzar un mayor nivel de actuación profesional, en correspondencia con los avances científico-técnicos.

Sin embargo, en el caso de las Ciencias Médicas esta formación postgraduada ha de tener sus particularidades desde el ángulo de que es valorada, referido principalmente a la especialización en determinadas disciplinas médicas, sobre todo si se trata de enfermedades infecciosas que de una manera u otra tienen una gran repercusión en el contexto social y han de seguir una línea preventivo educativa, bajo una atención sistematizada.

La especialización en Medicina Interna (MI)¹ requieren de nuevos enfoques y esfuerzos científicos desde diferentes investigaciones teóricas en el marco de la pedagogía hospitalaria, para determinar una preparación médico integral más efectiva y eficiente, en aras de lograr una mayor sensibilidad y motivación hacia la profesión, así como explotar sus potencialidades y cualidades en la adquisición de los objetivos de su actuación profesional, a partir de fortalecer una postura humanista, por lo que ha de considerarse la necesidad de una formación profesional que abarque su desempeño profesional.

En la formación de la enseñanza en la especialidad de Medicina Interna, desde la aplicación de un diagnóstico fáctico, en el periodo comprendido entre 2014 a 2015, en el Hospital General “Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso” en Santiago de Cuba, donde se pusieron en práctica instrumentos empíricos tales como: observación en la práctica clínica a residentes en el manejo de los pacientes con diagnóstico de VIH/sida, encuestas a residentes de Medicina Interna, a Profesores de Medicina Interna, entrevistas a egresados de la especialidad de Medicina Interna, y a Jefes de Servicios de Medicina Interna, se pudieron constatar las siguientes manifestaciones externas:

1. Insuficiente diagnóstico y manejo de los residentes de Medicina Interna a: pacientes con VIH/sida, al debut clínico y a las mujeres embarazadas (lo que incluye la transmisión vertical materno infantil).
2. Insuficiente atención a las infecciones oportunistas en los enfermos con sida, por parte de los residentes de Medicina Interna.
3. Exiguo conocimiento de las terapias altamente efectivas para la atención a pacientes con VIH/sida, en los diferentes grupos de edades (niños, adolescentes, adultos y adultos mayores) por parte de los residentes.

Estas manifestaciones evidencian que realmente los residentes de MI presentan limitaciones para establecer todas las acciones médicas que contribuyen a un diseño asistencial y un tratamiento correcto a partir del conocimiento teórico-práctico del VIH/sida, porque aún existen imprecisiones en los contenidos teórico-

¹ Especialidad médica que se dedica y se consagra a la atención integral del adulto sano y enfermo, sobre todo a los problemas de salud de la mayoría de los pacientes que se encuentran ingresados en un hospital o que acuden a la consulta especializada en el área de salud (policlínico o consultorio médico de la familia). (Nota del Autor).

prácticos fundamentales y esenciales integrados en conocimientos, habilidades y valores, que articulados con el desarrollo de sus aptitudes y capacidades humanas, sociales y profesionales deben concretarse en los componentes de formación y núcleos de los contenidos de los programas académicos de la carrera de medicina.

En cuanto a la evaluación del antecedente teórico y el análisis fáctico, se puede deducir que existen limitaciones epistemológicas, que se expresan en el conocimiento, definición e interpretación en la formación de la especialidad de Medicina Interna, en cuanto a lo referente a la atención médica a las personas con VIH/sida, limitando al especialista recién graduado su formación integral ante el proceso salud-enfermedad.

Estas limitaciones presentes conducen a una indagación epistémica, lo que aparejado a un proceso de abstracción científica se revela como **problema de la investigación**: insuficiencias en la práctica clínica de los residentes de Medicina Interna con relación a la atención de los pacientes que viven con VIH/sida, lo que limita su desempeño profesional.

Esto expresa científicamente una contradicción epistémica entre la concreción asistencial de la formación y la práctica clínica profesional de los residentes de esta especialidad, mediada por la intencionalidad de la valoración humanista en la atención de los pacientes con VIH/sida.

Desde estas consideraciones epistémicas, que marcan la impronta de una relación dialéctica, se llega a determinar en la lógica de la investigación científica una **valoración causal** dada en:

- Limitada cultura sobre VIH/sida de los residentes en Medicina Interna.
- Limitaciones teórico-prácticas en la formación de los residentes de Medicina Interna en la atención a las personas que viven con VIH/sida.
- Insuficiencias didáctico-metodológicas en el proceso de formación de los residentes de Medicina Interna respecto al diagnóstico y tratamiento del VIH/sida y sus complicaciones.

La formación del médico en el régimen de residencia en temas relacionados con VIH/sida, se ha visto como un complejo proceso, que se ha tratado desde la psicología y la sociología, sin embargo su tratamiento desde las Ciencias Pedagógicas ha sido muy limitado, solo se ha reflejado como un tema de estudio individual por parte de los residentes en su plan de estudio del tercer año de especialización, así lo consideran Alonso O. et al, (2001); Núñez B. et al (2007); Alonso O. et al. (2015), entre otros.

Y a pesar de las investigaciones realizadas en este campo por González, I. et al (2004), González, I. (2005), Lamotte J. (2004) (2014), Puente, V. et al (2006), Oropesa L. et al (2007), Arias I. et al (2011), Lozano J. et al (2012), Viñas L. et al. (2012); Puente V. y Arias I. (2016), Besse R. et al (2018), este tema dista mucho de ser agotado, en cuanto a la formación de postgrado.

Sin embargo, autores como Fernández J. et al (1979). Espinosa A. (1999), (2009). Varela, N. (2002). Sánchez, P. (2003), consideran el proceso de formación de los residentes de Medicina Interna con una visión de integralidad del pensamiento clínico y epidemiológico, cuestión importante para esta formación especializada, pero aún muy parcial desde la perspectiva de una formación del residente de MI que encamina a dilucidar la imbricación dialéctica entre la concreción asistencial de la formación y la práctica clínica asistencial, lo cual todavía requiere de un estudio más profundo.

Por otra parte han existido diversas perspectivas de autores que se han acercado a este proceso solamente por la vía investigativa en el terreno clínico-asistencial, desdeñando el carácter pedagógico de la posible integración entre los procesos práctico-asistencial y clínico-humanista, que interactúan en el proceso de enseñanza aprendizaje de los residentes, siendo ésta una de las causas epistemológicas por las que continúan observándose dificultades en el desempeño profesional en el ejercicio médico en este profesional al culminar sus estudios de postgrado.

El proceso de formación postgraduada del médico ha sido analizado por varios investigadores, tales como: Ilizástigui, F. (1991), Ilizástigui F. y Douglas R. (1993); Antúnez, P. et al (1993); Vidal, E. (2010); Fruto, A.

(2011); Sepúlveda, C. (2012); Pereira, O. (2013); Vázquez, J. (2015); Vela, D. (2016) entre otros, desde sus respectivas especialidades; pero aún se requiere de una mayor aplicación de la normopraxis en el orden praxiológico y gnoseológico; pues si bien irrumpen en este proceso para demandar el continuo perfeccionamiento del proceso formativo del médico general integral, más no de los residentes de Medicina Interna.

Por tanto, se precisa como **objeto de la investigación** el proceso de formación de los residentes en Medicina Interna en la atención a pacientes que viven con VIH/sida.

Al significarse como objeto se aprecia que los autores la consideran como un sistema de formación especializada como son los casos de Pujol, R. y Nogueras A. (2002); Alonso, M. (2003); Espinosa, A. (2005); Eizondo, C. et al (2010). Martínez, J. (2012); Cantero-Santamaría, J. et al (2015); Fajardo, G. et al (2015); Barbosa-Chacón, J. et al (2015); Bernaza, G. et al (2018) entre otros, quienes aluden criterios sobre la formación postgraduada en torno a los residentes de Medicina Interna, sin embargo en modo alguno estipulan criterios referidos a la atención clínica a los pacientes de VIH/sida, y mucho menos la necesidad de un enfoque que cualifique el carácter humanista desde una concepción que permita un proceso didáctico de integración práctica entre la atención médico asistencial y de proyección clínico-humanista.

Luego entonces, se define como **objetivo de la investigación**: la elaboración de una estrategia para la formación de los residentes de Medicina Interna en la atención a pacientes que viven con VIH/sida, sustentada en un modelo de la dinámica clínico asistencial humanista.

Por tanto, el **campo de acción** de esta investigación se mueve, consecuentemente, en la dinámica de la formación de los residentes de Medicina Interna en la atención a pacientes que viven con VIH/sida.

En la profundización teórica y metodológica del objeto y el campo de esta investigación se hace necesario revelar la necesidad de reinterpretar la dinámica de la formación de los residentes de MI con un carácter asistencial-clínico-humanista donde se potencie la atención médica en los pacientes con VIH/sida, a partir de

un proceso de transformación desde una lógica en la relación entre la práctica asistencial y lo clínico-humanista para alcanzar un proceso determinado y generalizable en la profesionalidad de este especialista, que rijan la lógica integradora de la formación médica, lo que se configura como la orientación epistémica de esta investigación.

Se declara como consecuencia de lo anteriormente expuesto la siguiente **hipótesis**: Si se elabora una estrategia para la formación de los residentes de Medicina Interna en la atención a pacientes que viven con VIH/sida, sustentada en un modelo de la dinámica clínico-asistencial humanista de este proceso, que tome en cuenta la relación dialéctica que se expresa entre la aprehensión de la práctica clínica profesional y la orientación a la atención médico-asistencial en contexto, se puede contribuir a potenciar un mejor desempeño profesional de los futuros internistas con un enfoque humanista.

Para enfrentar el problema, y cumplir el objetivo se plantean las siguientes **tareas científicas**:

1. Fundamentación epistemológica y praxiológica del proceso de formación de los residentes de Medicina Interna en la atención a pacientes que viven con VIH/sida y su dinámica.
2. Determinar las tendencias históricas del proceso de formación de los residentes de Medicina Interna en la atención a pacientes que viven con VIH/sida y su dinámica.
3. Caracterizar la situación actual del proceso de formación de los residentes de Medicina Interna en la atención a pacientes que viven con VIH/sida en el Hospital General "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso" de Santiago de Cuba.
4. Diseñar el modelo de la dinámica clínico-asistencial-humanista en la formación de los residentes de Medicina Interna en la atención a pacientes que viven con VIH/sida.
5. Elaborar la estrategia para la formación de los residentes de Medicina Interna en la atención a pacientes que viven con VIH/sida.

6. Valoración de los aportes de la investigación, a partir de la realización de dos talleres de socialización con especialistas en VIH/sida.
7. Ejemplificación de la aplicación de la estrategia para la formación de los residentes de Medicina Interna para la atención integral a pacientes que viven con VIH/sida.

Como métodos y técnicas de investigación se utilizaron:

Métodos teóricos aplicados:

Análisis-síntesis transitó por todo el proceso de investigación científica.

Histórico-lógico en la determinación de las tendencias históricas en el proceso de formación de los residentes de Medicina Interna en la atención a pacientes que viven con VIH/sida y su dinámica y en todo el proceso investigativo.

Holístico-dialéctico para el diseño del modelo de la dinámica clínico-asistencial humanista en la formación de los residentes de Medicina Interna en la atención a pacientes que viven con VIH/sida y en toda la lógica integradora de la investigación.

Sistémico-estructural-funcional para la elaboración de la estrategia para la formación de los residentes de Medicina Interna en la atención a pacientes que viven con VIH/sida.

A lo largo de toda la investigación ha estado presente el **enfoque hermenéutico- dialéctico**, que ha permitido una lógica científica, en un tránsito desde la comprensión hasta la explicación e interpretación del objeto y campo de la investigación.

Métodos y técnicas empíricos (encuestas, entrevistas, observación, testimonios, talleres de socialización): para la caracterización del estado actual de la dinámica de la formación clínico-asistencial humanista de los residentes de Medicina Interna, y también para la valoración de los resultados científicos alcanzados.

Métodos y técnicas estadísticas (cálculo porcentual, test no paramétrico para muestras apareadas Ji al cuadrado de McNemar): para procesar e interpretar los resultados de la aplicación de los métodos y técnicas empíricos.

El **aporte teórico** de la investigación es el modelo de la dinámica clínico-asistencial-humanista en la formación de los residentes de Medicina Interna en la atención a pacientes que viven con VIH/sida.

Por su parte el **aporte práctico** lo constituye la estrategia para la formación de los residentes de Medicina Interna en la atención a pacientes que viven con VIH/sida.

La **novedad científica** radica en revelar las relaciones dialécticas que se expresan en la lógica de la formación de los residentes de Medicina Interna a partir de la sistematización formativa clínico asistencial humanista como proceso dinamizador que discurre en el orden didáctico entre la práctica clínica formativa no discriminatoria en el logro de la transformación del desempeño socio-clínico-asistencial humanizado que permite en esta formación especializada la atención a los pacientes que viven con VIH/sida con vistas a mejorar la calidad y expectativa de vida de los mismos.

La **significación práctica** se direcciona en el impacto social en el Ministerio de Salud Pública que tiene la responsabilidad de la formación de los residentes de Medicina Interna para lograr una transformación en su desempeño profesional en los escenarios de atención médica a nivel nacional, al concebirse el VIH/sida como un problema de salud en la población, a partir de un enfoque humanista, integral y no discriminatorio en su atención integral, lo cual propició una actitud de compromiso profesional-social hacia las personas que portan la enfermedad.

La tesis se estructura en introducción, tres capítulos que van desde la fundamentación, determinación de las tendencias históricas y caracterización del objeto y campo de la investigación, transitando por la construcción epistemológica y praxiológica a partir del modelo y la estrategia hasta la corroboración de los resultados de la investigación, por último se concretan las conclusiones, la bibliografía y los anexos.

CAPÍTULO I. FUNDAMENTACIÓN EPISTEMOLÓGICA Y PRAXIOLÓGICA DEL PROCESO DE FORMACIÓN DE LOS RESIDENTES DE MEDICINA INTERNA EN LA ATENCIÓN A PACIENTES QUE VIVEN CON VIH/sida Y SU DINÁMICA

Dentro de este capítulo se realiza un análisis de los aspectos más importantes del proceso de formación de los residentes de Medicina Interna en la atención a pacientes que viven con VIH/sida, de manera especial su dinámica formativa, en aras de poder esclarecer los posicionamientos científicos acerca del mismo; se revelan las tendencias históricas y se caracteriza la situación actual del campo de la investigación. Este capítulo está dirigido, a enmarcar la necesidad, la justificación, los fundamentos y los argumentos en torno al problema de la investigación que redundará acerca del proceso de formación en la especialización.

1.1.- Fundamentación epistemológica del proceso de formación de los residentes de Medicina Interna en la atención a pacientes que viven con VIH/sida y su dinámica

Comprender e interpretar el proceso de formación de los residentes de Medicina Interna constituye un aspecto de gran importancia en las Ciencias Médicas ya que en la contemporaneidad se demanda un alto nivel de desarrollo en los conocimientos y la práctica clínica, que propicie una mejor atención a los problemas de salud. Es válido advertir que la formación de los residentes en las instituciones hospitalarias, constituye un proceso complejo que demanda de una revalorización, tanto teórica como práctica, desde el punto de vista pedagógico, toda vez que la especialización² en cualquiera de las ramas de la medicina, tiene sus especificidades a partir del necesario cambio ante la atención a los pacientes. Se requiere de un alto nivel en quienes tienen en sus manos el cuidado y preservación de la salud, así como la prevención de enfermedades que están relacionadas con los procesos de salud donde desarrollan sus vidas los sujetos sociales conscientes.

² La especialización corresponde al subsistema de Educación de Posgrado en Cuba, que tiene como objetivo fundamental la superación constante y sistemática del personal de salud en sus conocimientos médicos profesionales, tanto generales como especializados, así como también el desarrollo de habilidades y destrezas que propician el incremento de la calidad de los servicios y contribuye a la satisfacción de las necesidades sociales. (Nota del Autor)

En las universidades e instituciones médicas que se dedican a esta tarea, se observan deficiencias desde el punto de vista formativo, así como en el campo de la praxis profesional en cuanto a la humanización en medicina³ ya que para lograr los objetivos trazados a estos fines se requiere solucionar las insuficiencias existentes en cuanto a la orientación en la práctica asistencial y la intencionalidad clínico-humanista al tratamiento de los pacientes, que marcan la impronta de una contradicción dialéctica y evidencian en su comportamiento una desvinculación con la realidad formativa profesional durante la residencia.

Desde la perspectiva del análisis de la Pedagogía y la Didáctica, se han trazado diversas y variadas teorías que aún no brindan solución desde una óptica más acabada con la **formación de los residentes**, de ahí que si se tiene en consideración que el proceso de formación profesional es parte de un proceso de formación postgraduada, que discurre desde el punto de vista epistemológico y praxiológico, según la postura de la Concepción Científica de lo Holístico Configuracional, en su carácter socio-antropológico en torno a la condición humana, como plantea Fuentes H. et al (2011), entonces es meritorio realizar una interpretación pedagógica de este proceso ya que urge dilucidar el sustento ontológico, epistemológico y lógico del mismo.

Se trata de que la formación de los residentes constituye un proceso que propicia la construcción de la relación dialéctica que debe necesariamente tener en cuenta el vínculo entre la existencia y la esencia del ser humano, pues ello es expresión de la interrelación de la naturaleza humana y su capacidad transformadora, a partir de la actividad y las cualidades humanas, cuestión de gran significación en el abordaje de este proceso de formación de los residentes, ya que por su naturaleza no se puede perder el sentido de lo biológico y lo social por estar el ser humano en el centro de atención, ello es razón suficiente en la atención a los sujetos sociales, que ha de estar caracterizada por la relación entre lo cultural y lo social, sin embargo quedan todavía aspectos teóricos y prácticos no agotados en esta formación.

³ La humanización en medicina se refiere a los valores más trascendentes que surgen en la relación médico paciente (RMP). Para el logro de una RMP humana se considera que esta debe incluir al menos: libertad de elección (autonomía), competencia profesional (idoneidad), buena comunicación (diálogo), compasión (empatía), estabilidad de la relación (continuidad) y ausencia de conflictos de interés (especialmente económicos), de ahí el orden de lo ético-humanista que se erige en - aspecto esencial de toda formación en salud-. (Nota del Autor)

Es válido considerar desde el punto de vista pedagógico **la formación**, la cual se asume como un proceso social y cultural que obedece al carácter integral del desarrollo de la capacidad transformadora humana, que se da en la dinámica de las relaciones entre los sujetos en la sociedad, en constante y sistemática imbricación, capaz de potenciar y transformar su comportamiento en el saber, hacer, ser y convivir de estos sujetos. Fuentes H. (2009). Fuentes, H. et al (2011); Lemus E. (2012).

Los autores, tales como González F. (1995), López J. (2000), Chávez, J. (2005), entre otros, han considerado a la formación como un proceso y como la categoría que es propia de las Ciencias Pedagógicas y se encamina a resignificar la creación de un tipo de hombre nuevo de acuerdo a determinados ideales, objetivos y fines sociales. En este sentido de la formación se encuentra la **educación médica**, capaz de integrar a la universidad con la vida y su intención fundamental de preparar al sujeto para el trabajo activo, consciente y creador, así como de igual forma los servicios de salud constituyan un vehículo fundamental para la formación del profesional de medicina y escenario idóneo donde instrumentar la integración de lo docente, lo asistencial y lo investigativo como bien se establece en los postulados de Salas R. (1999); Carreño de C. y Salgado L. (2005). Gual, A. (2009); Fernández J. (2009) (2011) (2013 a); Martínez, A. et al (2013); Borroto E. y Salas R. (2017); Espinosa A. (2016), entre otros.

Desde lo anterior se aprecia la **dimensión humana de la educación médica**, la cual lleva implícita la formación del profesional de la medicina, para que contribuya a perpetuar la existencia y esencia del ser humano en la sociedad, es por eso que si se tipifica el sentido general de la formación médica y su especificidad en la esfera profesional, entonces habría de considerar de estos profesionales, como el proceso social de preparación y conformación del sujeto, referido a los fines precisos para un posterior desempeño en el ámbito ciudadano.

El proceso de formación de los residentes ha de tener un carácter humanista y cultural vinculado al tramado de relaciones científicas que permiten significar las singularidades según para quienes esté dirigida; ello

connota, no obstante, el aspectos epistémico que da concreción a su propia esencia, por ser un proceso de humanización, de creación de un tipo de ser humano en un contexto socio-cultural históricamente determinado, que es una forma pedagógica cognoscitiva y personalizada que va al mayor nivel académico. Aquí se está en correspondencia con el criterio de Jiménez J. (2009), quien valora, según los objetivos de esta investigación que para el caso de las Ciencias Médicas se ha de connotar el carácter esencial de la medicina humanista ya que medicina y humanismo se encuentran en estrecha relación dialéctica, sobre todo por estar al servicio de la dignidad humana.

Espinosa A. (2013), plantea que la práctica clínica mundial pasa en la actualidad por un contexto poco favorable, caracterizado por el deterioro de la relación médico-paciente y la excesiva confianza del médico en el poder de la tecnología, hay un desprecio de la clínica y su método, proliferación del especialismo sobre el generalismo, así como una erosión de la formación profesional. Ha aparecido una tendencia a formar profesionales cada vez más actualizados, técnicos, integrados, automatizados, capaces de hacer, pero menos sensibles, comprometidos, integrales y humanizados, criterio este que asume el investigador. Por ello, es necesario formar buenos especialistas de Medicina Interna, competentes y capaces de solucionar de forma humanista, integral, ética y científica, los problemas clínicos, sencillos o más complejos, de los adultos. Garantizar su formación en un escenario siempre cambiante, renovar en una nueva dimensión las actividades esenciales, asistenciales, docentes e investigativas.

En su aspecto más general el proceso de formación del residente, en las diversas etapas por las que transita, es el núcleo de atención de numerosos investigadores, tal como lo asumen Aneiros, R. y Vicedo, A. (2001), Ríos, F. et al. (2005), Vidal E., (2010), Vázquez J. (2015), Véliz P. et al. (2017), entre otros.

Estos autores aportan aspectos significativos desde el punto de vista teórico y práctico al régimen de residencia como un camino de gran importancia en la especialización en el caso de las Ciencias Médicas, proceso que los diversos investigadores han denominado como modalidad de la formación de posgrado, y que

es muy utilizada ya que con ella se garantizan los procesos formativos de especialistas en las diferentes ramas de las ciencias, y en especial en la medicina, donde se conforma desde lo pedagógico hospitalario con un basamento común, a pesar de que sus programas formativos varían dependiendo de las diferentes especialidades que existen en las Ciencias Médicas.

Los hospitales, centros e instituciones de educación médica superior tienen el encargo social de llevar adelante el régimen de residencia en las diferentes disciplinas médicas, pues ellos asumen el desarrollo del potencial científico médico, así como de la creación y difusión de los valores más auténticos y legítimos de la formación de especialistas, así se estipula en el Reglamento del Régimen de Residencia en Ciencias de la Salud (Resolución Ministerial 108/2004), MINSAP (2004), ello quiere decir que este proceso de formación de los residentes no debe estar alejado del contenido de la **formación humanista**⁴ ya que el centro de atención es el sujeto social que recibe los servicios necesarios en el orden de la salud y donde ha de potenciar su capacidad transformadora humana en lograr un desempeño profesional acorde a la medicina humanista.

El proceso formativo de los residentes se logra a partir de un dominio de la profesión, sobre un verdadero sustento de humanismo, lo cual, a nuestro juicio, es indispensable para su accionar profesional a partir de establecerse los aspectos más significativos de la cultura universal que están relacionados con la especialidad.

Sin embargo, no queda bien definido desde los fundamentos pedagógicos las diferentes maneras de incorporar lo asistencial y lo clínico en la atención a las enfermedades infecciosas en la formación de los residentes de MI, cuestión que lastra la dimensión humana de este proceso, ya que si bien es el sujeto social el centro de atención por parte de los especialistas de esta rama de la Medicina, entonces quiere decir que es indispensable adentrarse en los contenidos que revelen la condición humana, desde un enfoque humanista no

⁴ La formación humanista se ha de llevar a cabo por la vía curricular, en el caso de la especialización, como concepción integral acerca de la naturaleza del hombre y la sociedad, así como de la activa y multilateral interrelación entre ambas, por tanto en ella se contiene lo intelectual, lo económico, lo político, lo estético, lo ético, lo patriótico-nacional, y por supuesto la concepción del mundo. Esta formación está llamada a ofrecer lo trascendental ya que debe de ofrecer el sistema de principios y fundamentos que le permiten al sujeto orientarse, comprender su realidad y promover su desarrollo, a través del principio de la actividad a lo largo de todo el proceso de enseñanza- aprendizaje. (Nota del Autor).

discriminatorio, de ahí que si de especialización se trata en la MI, entonces han de significarse los criterios que tipifiquen una práctica clínica, de forma concreta, en el programa formativo que conduce a la valoración de la calidad del desempeño profesional del médico internista.

En el orden epistémico, la **formación de los residentes de MI**, como parte de la especialización⁵ implica un extraordinario salto cualitativo entre las prácticas clínica y asistencial, sin embargo esto no es un fenómeno científico que compete única y exclusivamente al dominio de las disciplinas que tienen su concreción con la práctica médica, sino también con la necesaria atención en el orden pedagógico en la formación de este futuro especialista para su desempeño profesional, sin embargo aún es insuficiente la formación de un residente con un hondo sentido humanista con aspecto mediador de ambas prácticas.

Antúnez P. et al (1993) sustentan que el régimen de residencia en el país tiene como premisa fundamental satisfacer las necesidades de atención médica especializada en la sociedad en todos los niveles del sistema nacional de salud. En función de ello, las especialidades clínicas y sobre todo la Medicina Interna, están definida tomando en consideración el cuadro clínico-epidemiológico de salud de la población y la necesidad de un personal especializado para abordar los problemas detectados.

Los **médicos residentes o médicos internistas en formación**⁶ son aquellos que para su formación precisan ampliar y profundizar los aspectos teóricos y prácticos del área que cubre la especialidad, mediante un periodo limitado en el tiempo, de práctica médica programada y supervisada, para adquirir de forma progresiva los conocimientos y el espíritu de responsabilidad necesarios para ejercer la profesión de forma eficiente, donde sea capaz de demostrar las competencias de un profesional que integre, conocimientos (saberes), habilidades (saber hacer), actitudes y comportamientos (saber estar), valores y creencias (saber ser).

⁵ La especialidad Medicina Interna tiene el objetivo de desarrollar un elevado nivel de competitividad profesional que certifique un desempeño exitoso en la atención integral de los individuos, acrecentando el poder resolutivo, la pertinencia y la calidad, de esa atención médica, de modo tal que satisfaga eficientemente las necesidades de salud que orientaron su formación y contribuya al aumento permanente de la credibilidad social de este modelo de atención. (Nota del Autor).

⁶ Residente de Medicina interna en formación o internista (referente a la especialidad de Medicina Interna): La formación del internista se fundamenta sobre la base de un entrenamiento médico integral y del conocimiento científico que le permita contar con destreza, juicio y desempeño clínico y adquirir una capacidad resolutiva en la atención médica de los pacientes con patologías multisistémica, complejas y críticas. (Nota del Autor).

Fonseca M. y Ruiz P. (2006), defienden que el objetivo está en formar a un profesional: 1) con una formación amplia y esencial basada en valores éticos, hábitos y actitudes y que abarque aspectos humanísticos, científicos y tecnológicos; 2) un conocimiento y una práctica del método científico que esté unido a la gestión de la complejidad y de la incertidumbre; 3) el manejo correcto del lenguaje científico, tecnológico e informático que facilite el aprendizaje autónomo, y 4) una buena experiencia en el ámbito de las relaciones interpersonales que dé paso a la iniciativa y al trabajo en equipo, al desarrollo de destrezas para los asuntos personales y para una eficaz participación democrática en la sociedad.

El autor asume los criterios de este investigador, sin embargo, en consideración desde la lógica que se establece en esta tesis, que el mismo no tiene en cuenta el entorno social y comunitario, pilares fundamentales en la educación clínica de los residentes, pues en el ejercicio de la profesión el aspecto social de la función médica es de vital importancia en la atención de un enfermo con VIH/sida, en especial el médico, que se encuentra en el día a día de su trabajo mucho más con problemas de tipo social o ético que con difíciles cuestiones científicas. Sería insensato, desde luego, descuidar su formación científica y clínica, pero no parece muy razonable que el médico obtenga la acreditación sabiendo responder correctamente un enorme número de cuestiones técnicas, pero sin haberse enfrentado nunca, de manera medianamente seria, con las nociones que le podrían ayudar a entender mejor qué les está pasando a las personas que acuden a su consulta.

La epidemia de sida en el país no está ajena de la situación mundial, aún se mantiene una baja tasa de crecimiento del VIH, con una prevalencia en adultos por debajo de 0,1 %, por lo que se define como una epidemia concentrada de crecimiento lento, así está estipulado según los estudios estadísticos de Aragonés, L. et al (2007).

Las Declaraciones y Programas Adoptada por la 57ª Asamblea General de la Asociación Médica Mundial (AMM), Pilanesberg, Sudáfrica, Octubre 2006⁷, el Decreto No: 139 de 4 de febrero de 1988 “Reglamento de la Ley de la Salud Pública”, en su artículo No. 123, así como el Plan Estratégico Nacional de Cuba para la prevención y el control de las Infecciones de Transmisión Sexual y el VIH/sida para el período 2014-2018; sostienen desde diversos postulados epistémicos, la significación de la dimensión humanística como presupuesto formativo, pero aún se requiere que en la relación de lo práctico y lo humano, se ofrezcan propuestas formativas que se orienten hacia los fundamentos de la discriminación hacia el VIH/sida que están generalizadas en la sociedad y la cultura, atención médica apropiada/competente, protección contra el VIH en el contexto de la atención médica, protección de la privacidad del paciente y los problemas relacionados con la notificación y la educación médica en enfermedades tan complejas como el sida, como disciplinas que fortalezcan el principio de la dignidad humana.

Según criterios del autor la formación de los residentes de MI se ha visto comprometida, debido a la centralización de la atención clínica de los enfermos con sida y sus complicaciones en servicios habilitados para estos fines de carácter territorial, asimismo, los residentes tampoco logran precisar los contenidos fundamentales y esenciales integrados en conocimientos, habilidades y elementos prácticos que, articulados con el desarrollo de sus capacidades humanas, sociales y profesionales, debieron concretarse en los componentes de formación y núcleos de los contenidos de los programas académicos de la carrera de medicina, en especial en el sexto semestre y en el último año de la carrera aún insuficientes, que lo limitan en su formación clínica y asistencial sobre el proceso salud-enfermedad de estos pacientes.

La duración de la residencia de Medicina Interna actualmente es de 3 años, por lo que ellos una vez graduados deben enfrentarse, de forma individual, a una asistencia médica integral en cualquier lugar donde estén y ante cualquier tipo de enfermedad, incluyendo al VIH/sida como unos de los problemas sanitarios de

⁷ Las Declaraciones y Programas Adoptada por la 57ª Asamblea General de la AMM, Pilanesberg, Sudáfrica, Octubre 2006

mayor importancia en la actualidad; por lo que no dejará de tener ante sí el dilema profesional y ético de dar la mejor asistencia con la calidad necesaria.

A juicio del autor de esta investigación, el plan de estudio de la especialidad como programa de formación, limita en algunos temas tan especiales el desarrollo profesional del futuro internista, y se considera que un programa de estudio “comprimido”, con el fin de reducir el tiempo de formación mediante la eliminación de contenidos (sobre todo donde prima la práctica médica) que luego se desconocen, no eximirá al médico de la responsabilidad de no saber qué hacer ante un paciente que presente determinado cuadro clínico. Así, hay que considerar como un proceso complejo a la formación del médico residente de MI en temas relacionados con el VIH/sida, la enfermedad solo se ha reflejado como un tema de estudio individual en el programa de estudio del tercer año de especialización en Medicina Interna.⁸

Durante el discurrir de esta formación, el **proceso asistencial clínico** debe poseer una gran importancia, sin embargo se evidencian insuficiencias en el marco de la especialidad, por lo que la función básica de los docentes estará dirigida, por consiguiente, a fortalecer la capacidad de comprensión teórico-práctica de los residentes sobre aquellas enfermedades pluripatológicas y complejas como el VIH/sida.

Esto tiene significación social, biológica y espiritual, lo que representa desarrollar métodos, estrategias y procedimientos educativos que se adapten a las exigencias de la formación del médico especialista en MI, a fin de que satisfaga las necesidades de la sociedad; por lo que se requiere de nuevos enfoques y esfuerzos científicos, desde diferentes investigaciones teóricas en pedagogía para determinar una preparación médica integral más efectiva y eficiente, en aras de lograr una mayor sensibilidad y motivación hacia la profesión, hasta la explotación de sus potencialidades y cualidades en la adquisición de los objetivos de su actuación profesional, a partir del fortalecimiento de una postura humanista, de manera que debe considerarse la necesidad de una formación profesional que abarque su actuación en el contexto hospitalario.

⁸ Programa Especialización de Medicina Interna. (2001, 2010, 2015). Tema: 12.9. Sida. Manifestaciones Clínicas. Clasificación. Epidemiología. Distribución Geográfica. Vías de Trasmisión. Enfermedades oportunistas mayores y menores. Conducta a seguir. Terapéutica. Neoplasias asociadas al VIH. Resistencia viral.

Existen países en los que sus médicos especialistas en formación de MI defienden los temas relacionados con las enfermedades infecciosas en su territorio de competencia profesional, pues no están incluidos en su formación, aspecto que apunta Vilardell, M. (2011). El internista debe ser un especialista altamente entrenado en la atención a pacientes con pluripatologías y sobre la complejidad clínica asistencial del adulto, y no debe ser sustituido por otros especialistas de medicina general, porque en ocasiones podría ser perjudicado el paciente. Sánchez, P. (2003).

La educación clínica y la atención médica de una persona diagnosticada con inicio clínico de sida, deben comenzar en el hospital y continuar en el hogar, donde algún miembro de la familia toma el rol de tutor (padre o madre), otras veces es un amigo o la pareja; por ello debe estar preparado para satisfacer tanto las necesidades de cuidado físico como las psicológicas y espirituales.

Uno de los problemas que perjudican la sociedad cubana y que involucran directamente a la educación, tanto para la población afectada como para los que se dedican a la atención médica de estos pacientes, son los tabúes y prejuicios sociales moralmente inaceptable por la sociedad, fundamentalmente sobre aquellos subgrupos de población tributarios de intervenciones preventivas específicas⁹ y que son estigmatizados y rechazados: personas que practican sexo transaccional y sus parejas, personas que viven con VIH y sus parejas, poblaciones trans y hombres que tienen sexo con hombres, aquí la clínica asistencial junto con la pedagogía hospitalaria juegan un papel significativo de mirar más allá del ser humano abstracto, donde la clase social, el ser mujer u hombre, el color de la piel, la orientación sexual y el grado de escolaridad, hacen una gran diferencia en la vida social.

Existen suficientes evidencias sobre el sufrimiento que generan las condiciones de discriminación, exclusión y segmentación de los grupos sociales antes referidos, que de cierta manera obstaculizan su integración plena a las redes sociales y familiares, así como su participación plena en las oportunidades

⁹ Plan Estratégico Nacional para la Prevención y el Control de las ITS y el VIH/sida | 2014-2018

de educación, salud, vivienda, trabajo y cultura, entre otras. Castro M. (2014). Por lo que vale significar los vínculos educativos con el ser humano: su naturaleza, su actividad, sus cualidades y sobre todo la condición humana, generalizable a un ámbito más abarcador en la formación médica profesional que propicie su interpretación e investigación.

La **formación médica** tiene permanentes problemas morales, uno de ellos es particularmente serio en nuestros días: la insensibilidad hacia el sufrimiento, el estigma y la discriminación¹⁰ por el VIH/sida, que van desde un gesto inconsciente a una decisión consciente, desde una indolencia pasiva a un rechazo teñido de violencia, y que engloban todas las esferas de la existencia, desde el microcosmos de las relaciones interpersonales hasta el macrocosmos de las relaciones entre grupos sociales (los de mayor vulnerabilidad a infectarse con el VIH/sida) y entre pueblos.

La **educación clínica** en el proceso de formación del internista, proporcionará esas herramientas para el tratamiento preventivo-asistencial de los afectados con VIH/sida o de los que presentan el inicio de las manifestaciones clínicas del sida, pues es importante tener en cuenta el estado de conciencia en la formación profesional de los médicos residentes, con una visión integral de la vida, con una actitud compasiva y una apertura incluyente a la diversidad, al reconocimiento del amor universal, como realidad educativa fundamental, que enriquezca y nutra la vida de aquellos que buscan no solo la educación cuando son diagnosticados, sino también una atención médica con rostro humano, que vaya más allá del entrenamiento de la racionalidad instrumental.

El residente de MI en sus funciones asistenciales debe saber evaluar las alternativas de solución a los problemas de salud del paciente portador del virus del sida, que es un problema esencial de salud de nuestro

¹⁰ La discriminación y estigmatización contra las personas que viven con el VIH y quienes las rodean –una de las dramáticas consecuencias del VIH/sida y un obstáculo importante para la prevención y asistencia– son realidades terribles que a veces preferimos pasar por alto. Con demasiada frecuencia, las personas VIH-positivas son condenadas al ostracismo por sus familias y comunidades, expulsadas de sus casas, rechazadas por sus cónyuges y a veces sufren violencia física e incluso homicidio. Sometidas a discriminación personal e institucional, pueden encontrarse con que se les niega el acceso a atención sanitaria, entrada en ciertos países y empleo. El miedo a la discriminación y el estigma hace que las personas eviten las pruebas de detección sistemática e induce a las que están infectadas o afectadas por el VIH/sida a permanecer silentes y privarse de un tratamiento esencial y de atención y apoyo médico y social. UNESCO/ONUSIDA (2003)

tiempo y prioritario de la comunidad, así como a la contribución de su reflexión crítica que es ampliamente valorada para continuar avanzando en la construcción de una sociedad donde la igualdad, la justicia, el apoyo y el respeto por los derechos del paciente con VIH/sida y su entorno, sean los pilares de una atención médica integral, expresión del desarrollo humano en el marco de una cultura de paz.

En tal sentido debe de promover la reflexión crítico – propositiva investigativa sobre la práctica clínica cotidiana y la utilización de los modelos de atención médica conceptualizados y sustentados en un proceso dinámico de recontextualización docente para garantizar una praxis creadora, innovadora y transformadora de la realidad académico - asistencial de la profesión del especialista de Medicina Interna.

La **formación médica** históricamente ha tenido un enfoque tradicional y sistemático mediante la organización curricular, que concibe la preparación preclínica y clínica a través de los contenidos de las ciencias básicas y clínicas, siendo innegable los aportes de Ilizástigui, F. y Douglas, R. (1993), manteniéndose vigente hasta la fecha, teniendo en cuenta el modelo flexneriano¹¹. El objetivo primordial de la **formación de la Medicina Interna** ha sido lograr y mantener la capacidad de explorar (diagnosticar) en el paciente la existencia de una o varias enfermedades (entidades nosológicas), así como de establecer su pronóstico, tratamiento y prevención, por lo que ha contribuido siempre a desarrollar teórica y prácticamente la clínica como una de sus más importantes contribuciones a la salud del ser humano (Espinosa, A. 2008).

La **formación de los residentes** en MI es un proceso fundamental para el desarrollo de la salud, en los cuales se busca que culminen como especialistas bien formados, que lideren y hagan posible la prevención, e incluso se anticipen a los problemas que afectan a un individuo, su familia y la comunidad, por tanto emerge un compromiso social que garantice en ellos competencias genéricas transversales como educandos bajo una formación teórica-práctica, que se articule en un cuestionamiento del para qué, del cómo y para quién, rebasando las preocupaciones esenciales sobre los contenidos relevantes, que abarque también los

¹¹ Flexneriano deviene de Flexner ilustre pedagogo que consagró su labor académica al desarrollo de la educación médica norteamericana y a la enseñanza universal desde lo que fue llamado Modelo estadounidense de Flexner. (Nota del Autor)

principios, estrategias y metodologías de aprendizaje, así lo consideran Alonso M. (2003); Palés, J. y Rodríguez F. (2006); González, M. y González, T. (2008); Eizondo, C. et al. (2010); Bastart E. et al (2011); Martínez J. (2012); Sepúlveda C. (2012); Fajardo G. et al. (2015); Cantero I. et al. (2015); Puente V. et al (2015); Ruiz P. et al. (2015); Álvarez V. et al (2017); Ortiz M. et al. (2018), sin embargo no se plantean la necesidad de que aseguren la apropiación de una capacidad efectiva de intervención clínica asistencial preventiva humanizada en contextos reales.

El residente de MI que va a ejercer la especialización está llamado a tener un trato eficiente con los seres humanos, que, además de ser organismos biológicos, son también seres sociales que actúan en un medio cultural e histórico determinado, de ahí que debe adquirir una formación muy completa en todo sentido, con objeto de poder desempeñarse adecuadamente y desarrollar todas sus posibilidades como ser humano y como hombre culto, es por ello que esta investigación es partidaria de los criterios de Oseguera J. (2006); Jiménez J. (2009); Herrera P. et al. (2014); Sánchez M. (2017) en cuanto a su labor humanista.

Los servicios de Medicina Interna en su campo clínico, docente, administrativo e investigativo, debe replantearse en una epistemología de la práctica clínica asistencial desde los supuestos pedagógicos, pues ellos son la plataforma de los planes de estudio del residente, a la vez que favorecen los cambios según las condiciones existentes en cada institución sanitaria de modo que den cabida al practicum reflexivo y a la lógica epistémica como un elemento clave en la preparación de los residentes, sin obviar la formación humanística integrada, al respeto real a la dignidad humana y al derecho de las exigencias integrales de los enfermos, concebida hacia la orientación clínica profesional en el orden espiritual, sin embargo, existen concesiones que se fundamentan primordialmente en la adquisición de actitudes que se distancian del reconocimiento y apreciación de los valores.

Por consiguiente, esta formación no puede limitarse al área cognoscitiva y memorística, ni puede ser una simple recopilación de información. Tampoco debe tener un enfoque tan crudamente pragmático como el que

predomina en la enseñanza universitaria de este continente. La formación filosófica y la sensibilización humana del educando para la vivencia de esos valores son, a nuestro parecer, fundamentales.

La formación actual del médico internista vista desde un enfoque médico pedagógico está sustentada en los criterios de Fernández J. et al. (1979), Ilizástigui, F. y Douglas R. (1993), Espinosa, A. (1999), (2005), (2016), Fernández J. (2013 a), que discurren en lograr el atrapamiento sintético de la mejor clínica en cada época y lugar, por lo que es necesaria la teoría general que explique el proceso salud/enfermedad en una persona determinada, en los grupos y en la sociedad, con una clínica compartida como quehacer, integradora e integrándose a todas las posibilidades de los saberes, que sirva al objetivo práctico de controlar los daños y riesgos y, además, de potenciar los factores protectores individuales y comunitarios, que permita mediar entre las complejidades de los diferentes niveles macro (sociales, institucionales, grupales) y micro (hasta molecular, genético); es decir es necesario evitar la tentación del reduccionismo cuantitativo -sin desconocer y evaluar con rigor las evidencias-, tendiendo hacia enfoques holísticos que incorporen lo cualitativo en el análisis de los problemas.

La práctica médica en salud en la formación del residente de MI ha de ser el medio para construir los sistemas de valores, conocimientos y habilidades esenciales que requieren los procesos educacionales, bajo la tutela de los docentes y sus equipos básicos de trabajo, aspecto estos abordados por Ilizástigui F. y Douglas R. (1993); Arteaga R. y Padrón C. (2001); Roca R. (2017).

La especialidad de MI cuenta con modelos que contemplan ejes formativos para preparar al futuro internista, tal como lo consideran Ilizástigui F. y Douglas R. (1993); Roca R. y Moya N. (2002). Almaguer N. et al. (2009); Alfonso, J. et al. (2014); González R. y Cardentey J. (2015); Alfonso J. et al. (2016); Espinosa A. (2016); Roca R. (2017); sin embargo aún se carece de una percepción holística de la Medicina, y la pertinencia de contar

con el método de enseñanza de la profesión “**el método clínico epidemiológico**”¹², con sus diferentes etapas y formas de organización docente, que le dan respuesta a los principales problemas de salud de la población y a los grupos de riesgos o vulnerables de enfermar, es por esto que esta investigación apunta a la necesidad de un perfeccionamiento en el tratamiento de las habilidades específicas de la profesión e indagar sobre el sujeto como una unidad integral: bio-psico-social-eco-espiritual y cultural, como bien lo anota Fuentes, H. et al (2011) en su concepción socio-antropológica de la condición humana.

Es criterio del autor que el residente de MI tiene que formarse bajo la conceptualización clínica asistencial integrativa, con un juicio clínico científico donde la valoración clínica o nosognóstica le permita contar con la capacidad resolutoria necesaria en la atención de los pacientes con patología multisistémica, compleja y crítica como es el caso del VIH/sida desde su primer año de residencia, por la significación social que posee esta enfermedad, tanto para los profesionales de la salud como para el individuo enfermo, su familia y en el entorno comunitario.

El médico residente está en la obligación de aprender el método científico (a partir de las investigaciones científicas), el método clínico en el abordaje del paciente y el método epidemiológico en el abordaje de la comunidad. Todos ellos, conjuntamente con el método de solución de problemas en el aprendizaje, en lo educacional, como método científico pedagógico y la participación de los grupos básicos de trabajo en la investigación harán una buena contribución al dominio por parte de los residentes de Medicina Interna de su pensar reflexivo y de la metodología científica, proporcionando una base concreta y holística para el logro de un pensamiento social, clínico y humanista.

1.2.- Determinar las tendencias históricas del proceso de formación de los residentes de Medicina Interna en la atención a pacientes que viven con VIH/sida y su dinámica

¹² **Método clínico epidemiológico**: proceso de atención integral a pacientes, que tiene dos grandes dimensiones, el diagnóstico y la solución a los problemas de salud, teniendo en cuenta el contexto epidemiológico comunidad-hospital. (Nota del autor).

La enseñanza de la medicina en Cuba desde su comienzo en 1726, tuvo un nivel científico bajo, se disponían de métodos de estudio metafísicos y había una dicotomía absoluta entre la teoría y la práctica, para el caso de la clínica el primer tratado que se estipula de Medicina Interna aparece en 1883. De 1902 a 1958, varios planes de estudio sucesivos ajustaron la enseñanza médica al desarrollo científico de la época, aunque la Medicina Interna en el país fue reconocida a partir de 1956.

En el plan de estudios que existía en la Escuela de Medicina de la Habana antes del triunfo de la Revolución, había una asignatura llamada Patología Médica que se encargaba del estudio de las enfermedades desde el punto de vista teórico, un año después comenzó a estudiarse otra asignatura Clínica Médica (Clínica Quirúrgica y Patología Quirúrgica como antecesoras), que según Roca R. (2017) estudiaban no las enfermedades, sino los enfermos, o sea, la enfermedad que tenía cada uno junto a su cama, con sus particularidades, similitudes y diferencias con otros que tenían la misma enfermedad, pero con manifestaciones clínicas distintas. Por lo que este currículo aún con imperfecciones dejó evidenciado que una cosa es la enfermedad y otra el enfermo, aunque parezca lo mismo.

En general en todos los planes de estudio y programas que se impartieron persistió el cientificismo y el enciclopedismo, los métodos pedagógicos eran obsoletos y la falta de atención a las necesidades de salud de la población fue deficiente. Los médicos se formaban para una práctica predominantemente individualista, biologicista y mercantilista; la ausencia total de una política sanitaria, el escaso desarrollo de las instituciones de salud estatal, la escasez de atención médica a la población rural y la inadecuada formación de especialistas fueron algunas particularidades de la época. (Núñez B. et al. 2007).

La MI resultó indispensable para la atención médica general e integral de los adultos, situación que se ha mantenido en la actualidad, al menos en Cuba, por lo que las acciones médicas tendrán que diseñarse y ejecutarse de acuerdo con los más elevados principios de la bioética, como corresponde al sistema social. (León F. 2009; García M. y Pinto J. 2011).

La MI es una de las especialidades que se erige significativamente en el Sistema Nacional de Salud a partir del Triunfo de la Revolución en 1959, donde por su gran importancia en la atención a la salud de la población constituyó la especialidad médica dedicada a la atención de los sujetos sociales a partir de determinadas patologías que presentan y requieren de la intervención especializada, en aras de prevenir, promover, diagnosticar, tratar y rehabilitar a los hombres y mujeres de la sociedad, convirtiéndose en un aspecto fundamental del desarrollo humano en la nación. De ahí que el primer plan y programa de estudio para el desarrollo de la especialidad se confecciona en el año 1962.

Desde los primeros momentos, desde el punto de vista histórico la MI es considerada como la parte de la Medicina, mezcla de ciencia y de arte, - es ciencia cuando aplica los conocimientos aportados por los investigadores a través del tiempo, y es arte cuando la aplicación de estos conocimientos se hace con la maestría de un artífice y el oficio de un artista consumado, aun en el más modesto de los casos. (Roca, R. y Moya N. (2002)¹³.

Según criterio del autor de esta investigación ello guía a los médicos en especialización en el cuidado de la salud de los seres humanos enfermos o no, a través de una actuación generalista, integral y humanista. Los médicos residentes de MI, en su diario quehacer, enfrentan este conflicto, o sea, el problema de que lo estudiado en los libros a veces se parece poco a lo que tiene delante; cada caso es un experimento nuevo de la naturaleza y que cada paciente es una situación nueva que debe ser investigada a través de la clínica médica haciendo uso racional del método clínico epidemiológico.

Ahora bien, para llegar a tener una determinación de las tendencias históricas del objeto de investigación se utilizaron métodos del nivel teórico, donde se recopilaron informaciones en diferentes fuentes¹⁴ como: planes de estudio y programas de perfeccionamiento de esta especialidad médica y literaturas de la especialidad, así

¹³ El método clínico. Algunas reflexiones en defensa del examen clínico. Folleto. Hospital Provincial Docente "Saturnino Lora Torres"

¹⁴ Estas fuentes se erigen en fundamento o base teórica del análisis histórico-lógico que se realiza del objeto y campo de investigación, y resultaron importantes para la determinación de las etapas los criterios históricos de: Delgado G. (2004). Toledo G. J. (2005) y Álvarez R. (2008) y sobre todo los estudios históricos llevados a cabo por Espinosa A. (2008).

como programas educativos en VIH/sida, que permitieron el presente estudio tendencial¹⁵ en torno al proceso de formación de los residentes de MI en la atención a pacientes que viven con VIH/sida y su dinámica. Al tener en cuenta, de forma sucinta, estos aspectos se configuran el estudio tendencial desde reconocer el siguiente criterio e indicadores.

El **criterio** seleccionado para el análisis histórico tendencial fue:

-. Nivel¹⁶ de comportamiento de la formación de los residentes de MI en la atención a pacientes que viven con VIH/sida.

Como **indicadores** en este estudio tendencial se consideran:

- ❖ Principales normativas, resoluciones y programas de formación de los residentes de Medicina Interna.
- ❖ Presencia de fundamentos pedagógicos relativos a la formación de los residentes de MI.
- ❖ Consideraciones sobre la sistematización en la atención a las enfermedades infecciosas para la prevención y la asistencia médica en la formación de los residentes de MI.

El autor considera pertinente reconocer las etapas de formación de los residentes de MI a partir de la atención a pacientes que viven con VIH/sida, por tanto se es del criterio de considerar sólo dos etapas:

-. **Primera etapa (desde 1962 hasta 2000):** Etapa de formación primaria de los residentes de Medicina Interna y la atención a los pacientes con enfermedades infecciosas.

¹⁵ Es válido aclarar que se tuvo en cuenta los estudios conformados por Delgado, G. (2004) y Toledo G. J. (2005), quienes dividen en grandes períodos el proceso de formación médica, cada uno desde su perspectiva y potencial de la información, además de la interpretación que realizan a lo largo del tiempo, donde el primer autor precisa: un período colonial (1492-1899); un período burgués. (1902-1958) y un período revolucionario socialista (1959-hasta la actualidad) y el segundo autor precisa un Período Revolucionario Socialista donde refiere una tercera y cuarta etapa que comienza en la década de los 80 y en sus finales. Esto constituyó un paso significativo en la comprensión e interpretación de la formación del residente en MI ya que propició las bases históricas indispensables. Para los fines de esta investigación, se asume la última etapa del primero y las dos últimas del otro autor, y se precisan los períodos para la investigación que se presenta y que en la especialización en MI en las ciencias médicas se han producido importantes cambios, sobre todo posteriores a la Revolución Cubana, dados por el propio proceso de perfeccionamiento del Sistema Nacional de Salud Pública como bien se expresa en el estudio realizado por Espinosa A. (2008).

¹⁶ Esta investigación asume este nivel general como vía esencial de dilucidar la lógica procedimental establecida en un período de tiempo, en el mismo discurre en tres subniveles: **1. Sub-Nivel de accesibilidad:** se refiere al grado en el que los residentes de MI en formación no tuvieron acceso a la atención a pacientes con VIH/sida, porque la atención médica estuvo centralizada en la capital del país, con un personal seleccionado. **2. Sub-Nivel de coordinación:** se refiere a que no existió un proceso de cooperación y coordinación por parte de la academia (departamentos docentes) con vista a la formación de los residentes de MI para realizar actividades clínicas y docentes, encaminadas a la atención de los pacientes con sida; se mantiene la atención especializada con un personal seleccionado a nivel de sanatorios provinciales. **3. Sub-Nivel de integración y de continuidad:** una vez que se descentraliza la atención de los sanatorios, los residentes se integran a la atención de los enfermos con sida con un grupo básico de trabajo seleccionado para dicha atención, exclusivo de la provincia de Santiago de Cuba en el Hospital General "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", el residente es capaz de resolver la mayoría de los problemas de salud de los pacientes afectados por VIH/sida desde su contexto según los diferentes episodios de atención, que incluye valoración clínica, psicológica, nutricional, estomatológica, cuidados terminales integrados y coordinados en función a las necesidades del enfermo en el curso del tiempo.

- **Segunda etapa (2001-2016):** De perfeccionamiento en la formación postgraduada de los residentes de Medicina Interna para la atención a los pacientes con VIH/sida.

Al tener en cuenta estos antecedentes es válido examinar el desarrollo de sus etapas como consecuencias del objeto estudiado.

- **Primera etapa (desde 1962 hasta 2000): Etapa de formación primaria de los residentes de Medicina Interna y la atención a los pacientes con enfermedades infecciosas**

A partir de 1959¹⁷, se inician importantes transformaciones en el sector de la salud, que garantizaron el alcance de los actuales indicadores de salud que exhibe el país. Las características del Sistema de Salud cubano pueden resumirse en su universalidad, gratuidad y accesibilidad total para toda la población.

La especialización en MI, como resultado del esfuerzo del Gobierno Revolucionario por transformar las realidades sociales del país, desde el punto de vista económico, sociopolítico y educacional, marcó un nuevo periodo para la atención a los problemas de salud en la población que acudía a los centros hospitalarios ya que el desarrollo alcanzado propició dar un nuevo camino en la formación de este profesional, adecuado a las demandas y encargo social del país, quien estableció nuevas estrategias formativas en aras de cumplir con los presupuestos revolucionarios, así se aprecia que en el periodo comprendido entre 1962 a 1980 se gradúan en Cuba un total de 442 especialistas, los cuales transitaron por un tiempo de tres años para su formación sustentado en la educación en el trabajo. La especialidad de MI, fue una de las primeras que organizó la Revolución por su extraordinaria responsabilidad en la formación de nuevas generaciones de médicos.

En tal sentido se aprecia que desde 1978 se comienzan a formular planes para organizar un Programa que permitiera medir el alcance de la Gonorrea y reducir su morbilidad y ya en 1981 surge el Programa Nacional

¹⁷ Es válido advertir que antes del triunfo revolucionario la Salud Pública en Cuba, era el reflejo de la situación política y económica imperante en el país, determinada por la sucesión de gobiernos que no le brindaban la atención requerida a la salud de la población. La salud pública, entonces, se caracterizaba por ausencia de un plan nacional de salud, insuficiencia cuantitativa y baja calidad de los servicios estatales, con una concepción eminentemente curativo –asistencial, en su mayoría limitados a la Capital y principales ciudades con grandes segmentos rurales totalmente desprovistos de atención. De igual forma no existían en Cuba, reportes confiables de las entonces llamadas “Enfermedades Venéreas”. Antes de 1962, la atención a las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), era brindada principalmente por dermatólogos, en dispensarios existentes para el tratamiento de Enfermedades Venéreas y Lepra. (Nota del Autor)

de Prevención y Control de la Gonorrea, con el propósito de mediante el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, disminuir sus complicaciones, cuestión que aunque era abordada como enfermedad de transmisión sexual no tenía una atención concreta ante la práctica clínica-asistencial de forma sistematizada desde el punto de vista didáctico en la formación del residente.

El primer programa de la especialización en MI implementado después de 1980, se constituyó en la primera versión sistematizada, con un carácter pedagógico del sistema formativo para esta especialidad que debía atender múltiples entidades con sus signos y síntomas; de manera tal, que se debía garantizar una estrategia formativa que fuera capaz de asegurar la más alta preparación médica profesional de estos especialistas, y que centrara el enfoque de la formación hacia la promoción, prevención y asistencia de salud bajo los designios de una práctica clínica que se sustentaría en un humanismo en correspondencia con los principios de la sociedad, a la vez que integrara las actividades de atención médica y de investigación que le corresponden al profesional de la salud.

En este proceso se tienen en cuenta algunos componentes esenciales, como el trabajo docente-educativo, el trabajo de dirección y el trabajo metodológico, todos ellos correspondieron según los lineamientos pedagógicos establecidos en un plan de estudio donde se estructuraron el marco teórico conceptual, el político normativo y las necesidades presentes, pero carecían del enriquecimiento en aspectos tales como: incluir en el marco de las necesidades los problemas de salud que deben ser resueltos por los especialistas, pocos argumentos en los antecedentes históricos, en el marco político se limitaba solo al Reglamento de Residencia, sin tener en cuenta otros documentos de valor normativo.

Ello quiere decir que los fundamentos organizativos relativos al proceso de formación del residente del MI eran insuficientes, pues estuvieron influenciados, por concepciones teóricas dogmáticas y esquemáticas, siguiendo los patrones de los antiguos cánones formativos de la enseñanza aprendizaje del anterior sistema, además de estar alejada de una visión pedagógica transformadora para esta formación, las cuales no permitían la

concreción de una formación que estuviera unida a la consideración de una verdadera sistematización de los aspectos de la prevención y la asistencia médica, donde esta última continuaba sustentándose sobre la base de modelos obsoletos y sesgados de la pedagogía hospitalaria de otros países, poco acorde con los lineamientos y nuevos planteamientos de atención a las nuevas enfermedades que aparecieron en el periodo. Durante la etapa que se analiza esta especialización discurre desde la perspectiva de resolver los problema de salud que se presentan en la esfera hospitalaria; bajo un enfoque pedagógico de marcada visión estrecha, en contraposición a la amplitud de patologías en la atención secundaria de salud, sin ampliar los horizontes hacia aquellas enfermedades que tenían una connotación desde el punto de vista social por su carácter de ser consideradas infecciosas.

En la década de los 80 y con la creación del Modelo de Atención Familiar, ambos programas se insertan horizontalmente en esta nueva modalidad de atención en salud, adquiriendo paulatinamente un enfoque eminentemente preventivo¹⁸, sin embargo durante la formación de los residentes de Medicina Interna solo se brindaban los elementos recurrentes que permitieran dar atención a las enfermedades infecciosas que llegaran al hospital, pues la atención de las mismas estaban centralizadas en el Hospital Ambrosio Grillo.

Los antecedentes de la epidemia de infección por el VIH/sida en Cuba se remontan a 1983, fecha en la que se comienzan a adoptar, por parte de la dirección del país y el Ministerio de Salud Pública, las primeras medidas que en el orden epidemiológico y dirigidas a evitar su diseminación, garantizaron la situación actual de este problema de salud en el territorio nacional, sin embargo no constituía un apartado específico en los programas de estudios que permitiera la efectiva atención con un carácter bioético y mucho menos holístico.

Con vistas al estudio multidisciplinario de esta nueva entidad se crea una comisión integrada por especialistas de las más diversas ramas, la que tuvo como objetivo fundamental recopilar toda la información científica disponible, con la finalidad de abordar su estudio de manera integral, pero sin establecer un enfoque

¹⁸ La Ley No. 41 "Ley de la Salud pública del 13 de julio de 1983, en el artículo 77 plantea que el MISAP elabora los planes y programas de estudio para la formación, especialización y educación continua del personal de la salud.

pedagógico coherente que se enmarcara desde la sensibilidad bioética y una atención socio-clínica holística en los marcos de la formación de los residentes de Medicina Interna.

Posteriormente, en octubre de 1983, se instituye un Sistema de Vigilancia Epidemiológica en todos los hospitales del país. Struch L. et al (2016). Dicho sistema tendría como objetivo: vigilar, entre los ingresados en hospitales, la ocurrencia de aquellas enfermedades que la comunidad científica internacional había reportado que se diagnosticaban frecuentemente en personas con sida.

Durante 1984 la mayor parte de las acciones estuvieron dirigidas a la vigilancia epidemiológica y al incremento del conocimiento de esta enfermedad entre la población, pero alejada de una cultura socio-clínica bioética como intencionalidad latente en esta formación.

En 1985 aparecen en el mercado internacional los medios necesarios para establecer el diagnóstico de la infección por el VIH, se establecen los primeros algoritmos para la confirmación de un infectado, y ya a finales de ese propio año, se adquieren los medios de laboratorio, se prepara al personal sanitario. Para fines de ese propio año se elabora el primer Programa de Control y Prevención del VIH/sida, el que comienza a ejecutarse desde principios de 1986, donde se involucra a la Medicina Interna, pero no a los residentes como alternativa de ir comprendiendo y explicando el quehacer de su especialidad en lo preventivo, lo asistencial y lo social.

A partir de 1986 se diagnosticaron los primeros casos de infección por el VIH/sida en el país, se implementaron, desarrollaron y se fortalecieron, numerosas acciones encaminadas a limitar la progresión de la epidemia y minimizar su impacto en la población cubana. Para ello, fue decisiva la voluntad política existente, la que propició que ya desde los inicios de la década de los ochenta y por decisión del Gobierno, se constituyera un Grupo Operativo para el Enfrentamiento y Lucha contra el sida (GOPELS), que integrado por representantes de todos los Organismos y Organizaciones del Estado, fue presidido y conducido por el Ministerio de Salud Pública para evaluar periódicamente y de forma integral las estrategias de prevención y control. (Dotres C. et al. 2001).

Los primeros 10 años de esta etapa se caracterizan por un bajo nivel de conocimientos sobre la enfermedad en

el campo científico internacional y nacionalmente, lo cual tiene incidencia en la formación especializada del residente de Medicina Interna ya que se mantenía cierto temor ante el dilema de la bioseguridad del personal médico y estar la atención médica centralizada en la capital del país y posteriormente en los centros sanatoriales provinciales.

Este período también se caracteriza por un bajo nivel de conocimientos sobre la enfermedad en el campo científico de la Medicina Interna. Por lo complejo de su manejo se logró ejecutar acciones de intervenciones teniendo en cuenta los patrones de otros eventos epidemiológicos. Más adelante, ante los ingentes esfuerzos en torno a la prevención se hizo necesario se incluyera también el componente educativo en el programa cubano de prevención y control del VIH/sida en el diseño formativo de los residente de Medicina Interna, el cual estuvo dirigido a incrementar la información para que pudiera actuar ante la población acerca de la enfermedad; en este contexto primaron siempre las labores de atención médica sobre las acciones educativas, muy limitadas e incipientes porque no fueron planificadas, ni periódicas.

En la década del 1990¹⁹ se estructura un plan de formación, aparentemente bien diseñado, pero a pesar de existir una gran cantidad de casos diagnosticados con sida y el inicio de la descentralización nacional de la atención médica de estos enfermos hacia las respectivas provincias de origen se limita de igual forma la formación de los residentes en la atención médica de estos enfermos, las cuales se centralizan a nivel de sanatorios provinciales, especial para un personal seleccionado, sin participación de especialistas de ciencias clínicas y en ocasiones por complicaciones quirúrgicas a centros destinados para este fin, aunque se estipula dentro del plan de estudio del especialista en formación en el tercer año de la residencia.

¹⁹ En el curso académico 1990-1991 la vicerrectoría de postgrado publicó con el número 1, el documento único la visión general del Sistema de Formación de Especialistas en Ciencias Médicas (Bases para el control docente). Este programa era contentivo de establecer para la especialización de MI solamente el diagnóstico positivo y diferencial de la enfermedad, complicaciones, criterios de interconsulta o ingreso, alta o seguimiento, así como orientar tratamiento desde la atención primaria de salud: lepra, enfermedades de transmisión sexual que incluía blenorragia, sífilis, sida y otras. Infecciones virales exantemáticas y paperas (Notas del autor).

Las estrategias educativas se caracterizaron básicamente por la implementación de un programa informativo y desde el punto de vista epidemiológico se trabajó directamente sobre las conductas individuales de riesgo centrado fundamentalmente en la población enferma.

En este sentido se identificaron como aspectos negativos o debilidades identificadas de la estrategia educativa: la no formación clínica de los residentes en el país, mensajes dirigidos a la población general y no a las poblaciones más afectadas, poco alcance de las acciones educativas, entre otras de índole administrativo; de igual forma no se tuvo en cuenta la inclusión de acciones específicas destinadas a identificar y atenuar brechas de género y patrones socioculturales, que influyeron negativamente en hombre y mujeres. La estrategia educativa tuvo como propósito promover comportamientos, actitudes y prácticas sexuales responsables y protegidas en la población general, con énfasis en los grupos vulnerables a la epidemia.

La capacitación y entrenamiento en los inicios de la epidemia, que coincide con este período se consignó exclusivamente en la capital del país a nivel sanatorial y en el Instituto de Medicina Tropical “Pedro Kouri”.

En esta etapa, el proceso formativo de los residentes de MI mantiene una limitada concepción teórica y didáctica para lograr la atención holística a los pacientes con sida, restringida solamente a la capital del país, a partir de la consideración de la condición humana en el contexto sociocultural, en tanto su interpretación se sustentó solo en los modelos formativos que estaban alejados de lo humanístico, lo que resultaba la tendencia más generalizada en ese momento.

En este período primó una insuficiente contextualización del proceso formativo profesional en la especialización en MI, en cuanto al atención integral del VIH/sida, ya que los pacientes fueron situados en el Sanatorio de Santiago de las Vegas, ubicado en Ciudad de la Habana, por lo que el entrenamiento y la capacitación médica, no estuvo al alcance de los residentes al finalizar su especialización por lo que existió una limitación en los procedimientos teóricos y metodológicos, a pesar de tener la intención de lograr la formación de un nuevo especialista con una formación integral, sólo se lograba trabajar la formación político

ideológica y se carecía de un programa bien estructurado que facilitara de manera dinámica la formación de los residentes de MI.

- Segunda etapa (2001-2016): De perfeccionamiento en la formación postgraduada de los residentes de MI para la atención integral a los pacientes con VIH/sida

Si bien en la década de los ochenta y los noventa la formación de los residentes de MI fue espontánea y fragmentada, caracterizada por la ausencia de documentaciones normativas precisas, se comienza un período de perfeccionamiento en el proceso de formación de la especialidad, aún sin un sólido programa de especialización conjuntamente con la publicación de textos de estudios de la especialidad, y no al alcance de todos los residentes, al menos se dieron algunos pasos importantes para encontrar la posibilidad y la realidad de la formación de los residentes de MI que diera una atención generalista a las enfermedades infecciosas. Cuestión que tuvo otra connotación a partir de 2000, pues a nivel nacional se trabajó sistemáticamente en la calidad del diseño y el perfeccionamiento de los programas de las especialidades Médicas y Estomatológicas, buscando creatividad y flexibilidad curricular.

Para el 2001 se confecciona el plan de estudio para la especialidad de MI que fue auspiciado por el Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana, bajo la dirección del área de Docencia e Investigaciones del Ministerio de Salud Pública en noviembre del año 2001, por un colectivo de 7 autores y 15 colaboradores, todos con elevado nivel científico, técnico y profesional. El programa de la especialidad de MI, como el del resto de las especialidades es un modelo para la actuación del profesional, el residente y la institución que dirige el proceso de formación, de ahí su carácter rector conjuntamente con otros documentos.

El plan de estudio se conforma con el modelo de especialista (perfil del egresado), el plan de enseñanza (contenidos generales y estructura organizativa por año), las estrategias de aplicación, el programa de cada módulo y el sistema de evaluación. Ello permitió en lo adelante una formación de los residentes de Medicina Interna que constituyen hoy el ejército de especialistas que actúan profesionalmente en la sociedad.

En la fundamentación de este programa y plan de estudio estuvieron presentes los elementos esenciales del marco teórico conceptual, político normativo y de necesidades, aunque carecieron de aspectos tales como: incluir en el marco de las necesidades, los problemas de salud que demandan ser resueltos por el especialista, poca ampliación de los antecedentes históricos, en el marco político normativo se limitó al Reglamento de Residencia, debía extenderse a documentos del Ministerio de Educación Superior, Ministerio de Salud Pública y la Constitución de la República de Cuba.

Este programa o plan de estudio de la residencia en MI del 2001, en el apartado correspondiente a su formación a la atención a las enfermedades infecciosas se expresa para el segundo año: Módulo 12. Enfermedades infecciosas, comprendió los acápites referidos entre las temáticas entre 12.1 a 12.5 para 8 meses. Este módulo se impartirá en salas de Medicina, durante el segundo y tercer año de la residencia de Medicina Interna con una duración de un mes cada año, repartido según el esquema general de enseñanza de la residencia en dicha especialidad.

Por sus contenidos está interrelacionado con la rotación por la Atención Primaria de Salud, Cuerpo de Guardia, Unidad de Cuidados Intermedios e Intensivos, así como con las infecciones de los diferentes módulos y tuvo como conocimientos previos: Manejo del paciente febril, manejo del paciente inmunodeprimido, prevención de infecciones, indicación e interpretación de los exámenes complementarios para el estudio del paciente con enfermedades infecciosas.

En el marco de las necesidades se declara el modelo del especialista que necesita la sociedad, se ofrece la caracterización del graduado, pero se obvian los problemas de salud que demandan ser resueltos y por lo cual se requiere de ese tipo de especialista, lo cual quiere decir que aunque se tenía en cuenta la atención a pacientes con VIH/sida, aun careció de todo el tratamiento clínico-asistencial para esta enfermedad infecciosa. En este período se contempla en su conjunto la formación de un especialista con habilidades y conocimientos en Medicina Interna, enriquecido en aquellos momentos con los aportes de la pedagogía hospitalaria moderna

contextualizada, y por la experiencia educativa empírica de los profesores docentes, dándose un salto cualitativo en relación con la etapa anterior.

A pesar de ser esta etapa un periodo donde el contexto económico sociopolítico y educacional está más fortalecido, se sigue careciendo de un programa imbuido de contenidos formativos autóctonos y se establecen patrones epistemológicos también foráneos en la última década, pero además se centra el plan de estudio en un enfoque eminentemente sistémico, y a la voluntad de los docentes, que si bien fue un salto en la organización científica en la formación del especializado, aún carecía de una interpretación de la atención médica integral y aún sin la posibilidad de enfrentarse desde su formación a una atención profesional a personas que viven con el VIH/sida, en el reconocimiento de ese ser humano en su contexto biodiverso, su género y su cultura. Se aprecia que solo en el apartado 12.6 y 12.7 se le da tratamiento al sida, a partir de las Manifestaciones Clínicas, Clasificación, Epidemiología, Distribución Geográfica, Vías de Trasmisión, Enfermedades oportunistas mayores y menores, Conducta a seguir, Terapéutica, Neoplasias asociadas al VIH y Resistencia viral. Ello constituyó un paso de avance importante en los marcos de la atención clínica a estos pacientes, sin embargo en los fundamentos organizativos desde el punto de vista pedagógico se aprecian limitaciones ante el sesgo de un tema importante con limitaciones en la práctica clínica y carente de un enfoque despojado de toda discriminación.

De igual forma, en el abordaje de otras enfermedades infecciosas como Paludismo, Fiebre Tifoidea, Varicela complicada, Hepatitis viral, Meningoencefalitis Virales y Bacterianas, Dengue, entre otras patologías emergentes y reemergentes, para dar atención médico integral a los pacientes con estas determinadas afecciones, los residentes de MI tuvieron la posibilidad de formarse en un sistema de rotación docente en un hospital²⁰ habilitado para tal fin en este período (Sala de Infeccioso del Hospital “Ambrosio Grillo Portuondo”), estrategia docente con un programa determinado y bien estructurado, que desapareció por resolución

²⁰ Hospital “Ambrosio Grillo Portuondo” (sala de infeccioso): se ingresaban pacientes con enfermedades infecciosas ejemplo: Paludismo y sus complicaciones, Varicelas infectadas, Leptospirosis, Hepatitis viral, Fiebre tifoidea entre otras.(Nota del Autor)

ministerial, y que a juicio del investigador constituyó una herramienta didáctica significativa e importante en la formación de los residentes en dicho período, sin embargo no hubo acceso de preparación en los sanatorios provinciales.

En cuanto a los procedimientos teóricos y metodológicos durante la especialización, se denota una insuficiencia particularizada en determinadas áreas del conocimiento clínico, pues no se logra una integración de lo clínico-asistencial complejo y lo preventivo en su totalidad, desde una dinámica en la formación profesional en la especialización en MI, todo lo cual conlleva a limitaciones en la respuesta eficiente y a las cambiantes demandas del contexto profesional actual.

Aún se presentan limitaciones evidentes en la interpretación de lo clínico-preventivo, lo clínico-terapéutico, lo clínico social, lo clínico cultural y en lo clínico espiritual de los enfermos particularmente con VIH/sida, al seguir considerándose como un aspecto solamente biológico y aunque se reconoce el rol de lo social en el proceso formativo, todavía no es entendida su interpretación como un proceso integrador en la atención y tratamiento de los pacientes.

El continuar sustentándose la formación de los residente de MI en una dinámica formativa inapropiada, condiciona un limitado vínculo del proceso de formación especializada en lo que a la clínica se refiere, en relación con el tratamiento a los pacientes con sida, hecho que determinó que la calidad del especialista no satisfaga suficientemente las necesidades socio-espirituales y que sus funciones principales sean cuestionables desde el punto de vista social y no como un proceso que posibilite contribuir con la formación humana.

El proceso de formación en MI siguió siendo considerado como una entidad que sólo transfiere conocimientos y capacita al profesional para un desempeño adecuado de sus roles profesionales, por lo que aún no se logra generar conocimientos, valores y valoraciones sobre la base de la contextualización clínica-asistencial, lo cual

genera la necesidad de una formación que aúne la sensibilidad clínico-preventivo-terapéutico y lo clínico preventivo social, cultural y espiritual.

En építome, este proceso se ha caracterizado por la implementación de diferentes estrategias educativas, materiales educativos en VIH/sida regionales, nacionales y foráneos, dirigidas abiertamente a la población vulnerable sobre todo a los hombres que tienen sexo con otros hombres y desvinculados de las necesidades e intereses académicos y profesionales de los residentes de Medicina Interna, la desvinculación con los objetivos de la especialización, de los procedimientos didácticos utilizados en el proceso educativo, que consecuentemente, se convierte en causa del deficiente dominio de este proceso por parte de los residentes internistas, y un insuficiente tratamiento del aspecto científico que limita las posibilidades de acercamiento a los comportamientos educativos y socioculturales.

Por su parte la Resolución No. 132 del 2004 del MES, el cual reglamenta la educación posgraduada, permite llevar adelante la reestructuración de la práctica pedagógica de una formación especializada a médicos internistas que se atemperara a las nuevas condiciones formativas según el contexto nacional. Para ello se hizo necesaria la conformación de un nuevo plan de estudio y programa acorde a una clínica-asistencial-preventiva. Ello conllevó a la creación de una variante en un nuevo plan de estudio y programa en la formación de los residentes de Medicina Interna que se conformó en el 2006, sin embargo se sustentó en los mismos principios, formas organizativas y visión de la atención clínica del VIH/sida desde los mismos postulados y patrones que se habían elaborado en el 2001.

Lo antes apuntado permite expresar que los cambios fueron tan insignificativos que no permiten valorar una transformación en la dinámica formativa ya que se continuaron impartiendo contenidos acerca de las enfermedades infecciosas bajo los mismos presupuestos del anterior programa, lo cual requería que ante el avance alcanzado a inicios de siglo y los adelantos de las ciencias y la tecnología se logran cambios en lo

clínico preventivo social y sobre todo en una cultura socio-clínica bioética que aún se encontraba fragmentada en la formación de los residentes de Medicina Interna.

Las nuevas condiciones y avances socio-culturales y educacionales, tanto a nivel nacional como en el Ministerio de Salud, permitieron continuar con el perfeccionamiento del sistema postgraduado en la especialidad que obedecían a la responsabilidad del desarrollo de los cambios en la profesionalización de las actividades científicas y en la actividad profesional médica. Este perfeccionamiento sistemático propicio la puesta en práctica del Plan de estudio y el programa de la especialidad de Medicina Interna para residentes cubanos y extranjeros. El mismo fue aprobado en mayo de 2015. Este programa se sustenta en tres años de formación, y al igual que los otros programas se estructura a partir de las funciones a cumplir (asistencial, docente y dirección). Durante la formación de los residentes de Medicina Interna en el segundo año se imparten los módulos correspondientes del 4 al 13 y en tercer año los referidos al 1 al 15.

Las actividades académicas están orientadas a las formas en que se desarrolle la capacidad de independencia y participación de los residentes como principal sujeto del proceso de enseñanza-aprendizaje. Se aprecian cambios en la estructuración del colectivo de autores.

De igual forma se continuó bajo el signo de una asistematicidad en la prevención y la atención a las enfermedades infecciosas para la prevención y la asistencia médica que estaba imbuida por los patrones esquemáticos, y sobre todo faltando un carácter holístico en la interpretación en las patologías de los pacientes. Todo ello conlleva en el periodo a la necesaria recurrencia de cambios y transformaciones en la formación de los residentes en Medicina Interna ya que este proceso ha transcurrido por estadios que han estado marcados por el necesario perfeccionamiento en la dinámica formativa.

El análisis anterior, permite revelar como **tendencias fundamentales** los tránsitos:

- Desde una orientación de los esquemas formativos de postgrado en la especialización en Medicina Interna caracterizada por una esencia biologicista descontextualizada de la visión holística, socio-cultural y espiritual

en la atención a los pacientes con sida a un redimensionamiento de lo humano de la especialidad pero con una mirada aún fragmentada y carente de relación entre sus partes.

- Desde una visión más sistémica en la atención médico integral clínico preventivo y clínico terapéutico en la especialidad de Medicina Interna a una visión más cultural, social, humanista y espiritual, todavía insuficiente ante las limitaciones en la interpretación holística de la atención del ser humano.

Las tendencias registradas y las insuficiencias latentes conducen claramente a la necesidad de atender la formación profesional del internista y su sistematización, aspectos que requerirán nuevos enfoques en la solución de problemas profesionales y demandan de una nueva visión integral a la dinámica de esta formación en la especialidad para lograr ese propósito.

Es inevitable, entonces, potenciar el desarrollo del enfoque educativo clínico, asistencial y social en este proceso de la atención médica a las personas que viven con VIH/sida, esencialmente desde el movimiento de la información médica entre los contextos socio-médico y científico, al introducir conceptos y acciones a través de los cuales sean los residentes de Medicina Interna los propios investigadores, mediadores y promotores de esta actividad.

1.3- Caracterizar la situación actual de la dinámica del proceso de formación de los residentes de Medicina Interna en la atención a pacientes que viven con VIH/sida en el Hospital General “Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso” de Santiago de Cuba

El análisis de los fundamentos acerca del proceso de formación de los residentes de Medicina Interna en la atención a pacientes que viven con VIH/sida, reveló la necesidad de realizar un estudio que permitiera determinar el diagnóstico inicial de este proceso, este se realizó a residentes de Medicina Interna en el Hospital General “Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso” en la provincia de Santiago de Cuba, en el período 2015-2016, donde se demostró la evidencia empírica del problema planteado.

Para caracterizar la situación actual de la dinámica del proceso de formación de los residentes de Medicina Interna en la atención a pacientes que viven con VIH/sida, se tuvieron en cuenta los siguientes **indicadores**:

1. Nivel de conocimiento y de preparación clínica de los residentes de Medicina Interna en la atención a pacientes que viven con VIH/sida y las infecciones oportunistas
2. Relación de las actividades a desarrollar por los residentes de Medicina Interna entre internistas en ejercicio y pacientes que viven con el VIH/sida.
3. Tratamiento didáctico- metodológico acerca de los contenidos sobre el VIH/sida (formas organizativas, métodos y medios didácticos empleados en el proceso de formación de los residentes en Medicina Interna).

La determinación de la situación actual de la dinámica del proceso de formación de los residentes de MI en la atención a pacientes que viven con VIH/sida fue posible mediante la utilización de métodos y técnicas empíricas que revelaron sus manifestaciones más externas, lo que permitió arribar al diagnóstico fáctico.

Este se realizó teniendo en cuenta la estructura actual de la Educación Médica Superior y el programa de especialización en MI. Se elaboraron diferentes instrumentos, consistentes en la observación clínica a las actividades formativas y de desempeño profesional a residentes (Anexo 1); se le aplicó una encuesta a 10 profesores especialistas (Anexo 2), la cual se encaminó a valorar sus consideraciones sobre el proceso de formación de los residentes de Medicina Interna en cuanto a la atención de los pacientes con VIH/sida.

Los resultados obtenidos arrojaron datos importantes que demuestran limitaciones e insuficiencias en dicha formación que trasciende en el manejo del VIH/sida, evidenciándose con claridad la necesidad de atención a este proceso en búsqueda de preparación y actualización de estos profesionales para un adecuado desempeño en el contexto de su actuación profesional, por lo que se requiere reforzar las acciones formativas a través de las diferentes formas de organización de educación en el trabajo, ello permite explicar que existe una limitada sistematización formativa desde el punto de vista de la práctica clínica.

Se realizó otra encuesta a 16 residentes de Medicina Interna (Anexo 3) con el objetivo de indagar esta problemática en la atención secundaria de salud, así como el testimonio a dos profesores consultantes cuya formación profesional ocurrieron en la década de 1960 y 1970 con el objetivo de contrastar los períodos de formación anteriormente, los cuales fueron considerados totalmente desfragmentados y al empirismo de los profesores (Anexo 4); de igual forma se entrevistaron a 4 funcionarios de la Dirección Provincial de Salud Pública pertenecientes al departamento de las ITS/VIH/sida (Anexo 5), la cual se concibió con el objetivo de valorar el estado de opinión y conocimientos sobre el proceso de formación de los residentes de Medicina Interna en la atención a los enfermos con sida en tal sentido, mostraron preocupación por el tratamiento que ha tenido el proceso de formación, al constatarse insuficiencias por parte de los residentes en los conocimientos teóricos y prácticos que requiere esta atención especializada, por lo que se requieren potenciar su actualización en materia de cultura clínica para solucionar los problemas que enfrenta la práctica médica en la atención a los pacientes con VIH/sida.

Los resultados de la observación a las actividades formativas de los residentes de Medicina Interna conducen a considerar en sentido general, deficiencias en su actuación en la atención integral de enfermos con VIH/sida desde la consideración de los indicadores establecidos para este tipo de instrumento; y en el caso de las encuestas se apreció que el mayor número de residentes (87.5%, 75% y 62.5) respectivamente en los 9 dominios de los diez seleccionados, muestran insuficiencias en contenidos de la atención integral del VIH/sida que limitan su actuación en el ejercicio de la profesión (Anexo 6), además los profesores de esta especialidad reconocen en su totalidad que existen importantes vacíos epistemológicos y metodológicos en cuanto a la atención integral del VIH/sida en la especialización de Medicina Interna.

Ello permite determinar que existen insuficiencias y limitaciones, todo lo cual se sintetiza en:

- Insuficiencias en la atención de los residentes de MI a pacientes que presentan VIH/sida al existir sesgos que lo limitan en el desempeño de su preparación.

- Limitaciones en la percepción del diagnóstico precoz y evaluación clínico inmunológica, virológica, nutricional y psicológica a los enfermos diagnosticados y con los de debut clínico de sida.
- Dificultades en la continuidad asistencial y longitudinalidad para la atención integral a personas que viven con VIH/sida.
- Sesgos en la evaluación del manejo de las líneas terapéuticas altamente efectivas para adultos y adolescentes.
- Insuficiencias para enfrentar el manejo y seguimiento preventivo terapéutico de las complicaciones y de la exposición ocupacional al VIH/sida.
- Pobre reconocimiento de los valores educativos en cuanto a la reinserción y discriminación social, calidad de vida y adherencia al tratamiento, homofobia, transfobia y disforia de género relacionado con las personas que viven con VIH/sida.
- La implementación de los tratamientos de la enfermedad per se y de las infecciones oportunistas, solo vistas en los momentos actuales en enfermos de sida no están al alcance de los futuros especialistas, lo cual va en detrimento de la formación de los mismos.

De tal forma queda evidenciado, que los estudios realizados de la formación especializada de los residentes de MI, los modos de actuación y el contexto donde se desempeñan, se evidencian insuficiencias y limitaciones objetivas que presentan los mismos en la praxis de la atención integral a los pacientes infectados con VIH/sida. Al efectuar un proceso de abstracción y generalización se revelan las insuficiencias en la orientación de la práctica clínica en la especialización de Medicina Interna en correspondencia con el manejo terapéutico a los enfermos con complicaciones y debut tardío de la enfermedad, que limitan la pertinencia social en el desempeño de este profesional.

Estas insuficiencias dejan por sentado que aún se requiere solucionar en el orden epistemológico y praxiológico para la formación de los residentes en MI a la contradicción que se manifiesta entre el proceso de

concreción de la práctica clínica educativa asistencial y la intencionalidad del tratamiento terapéutico complejo de los pacientes en el propio contexto hospitalario, como ámbito formativo.

Es menester considerar que en la 57ª Asamblea General de la Asociación Médica Mundial (AMM)²¹, se adoptaron las siguientes medidas en cuanto a la Educación Médica referente al VIH/sida a nivel internacional.

1. Las asociaciones médicas nacionales deben ayudar en la formación y educación de médicos en las estrategias de prevención y los tratamientos más actuales disponibles para todas las etapas del VIH/sida, incluidas la prevención y la ayuda.
2. Las asociaciones médicas nacionales deben insistir y ayudar cuando sea posible en la educación de los médicos en los aspectos psicológico, legal, cultural y social del VIH/sida.
3. La AMM insta a sus AMNs a promover la inclusión de cursos designados y completos sobre el VIH/sida en los programas de educación médica de pre y postgrado, al igual que en la educación médica continua.

Desde esta consideración epistémica, que marca la impronta de una relación dialéctica, se llega a interpretar en la lógica de la investigación científica, que existen limitaciones de orden causal los cuales se hallan en las insuficiencias en la lógica formativa desde la perspectiva de la epistemología y metodología clínica preventiva y clínica terapéutica, que limitan su empleo particularizado en el proceso de formación especializada.

Se apunta hacia una limitada concepción teórica y didáctica para construir un proceso formativo profesional en la especialización de Medicina Interna en aras de lograr la atención holística a los pacientes con VIH/sida, a partir de la consideración de su condición humana en el contexto sociocultural, además existen insuficiencias en los procedimientos teóricos y metodológicos de la formación profesional en la especialización en Medicina Interna en la lógica del proceso de la residencia especializada.

En los momentos actuales, la enseñanza del VIH/sida, se limita a un tema dentro del capítulo de enfermedades infecciosas de la asignatura Medicina Interna durante el sexto semestre de la carrera, y en

²¹ Las Declaraciones y Programas Adoptada por la 57ª Asamblea General de la AMM, Pilanesberg, Sudáfrica, Octubre 2006 (Nota del Autor)

tercer año de la especialización de Medicina Interna, además de un curso de tiempo electivo durante el 3er año de la carrera, que dura 2 semanas, solamente para aquellos estudiantes que eligen pasar el mismo, hay que tener en cuenta que en todas las asignaturas del ciclo clínico, tanto clínicas como quirúrgicas, los residentes y profesores no manejan pacientes infectados con VIH/sida, por lo que deberían tener habilidades establecidas en la atención integral de ésta enfermedad, que incluyen aspectos clínico preventivos y terapéuticos relacionado con el tratamiento farmacológico de las complicaciones y de los medicamentos antirretrovirales, así como los aspectos de índole educativos.

Es preciso señalar además las marcadas limitaciones en cuanto al trabajo, teniendo en cuenta los elementos clínico social, clínico cultural y clínico espiritual, derivándose en rechazo, segmentación y exclusión social, así como la patologización como elemento que genera estigma y discriminación. Castro Espín, Mariela (2014).

La didáctica de la educación de los enfermos con VIH/sida sigue dependiendo de las posibilidades y capacidades creativas de los profesores de Medicina Interna, a partir de didácticas particulares, extrapoladas de los especialistas expertos en el tema, lo que implica una desvinculación de dichas didácticas con las esencialidades del proceso concreto, consecuencia de la inexistencia de una concepción teórica que explique, las relaciones fundamentales en este proceso educativo.

Estas extrapolaciones didácticas propician un uso ineficiente de estrategias educativas para el trabajo médico. Analizando los resultados de la observación clínica en 6 grupos básicos de trabajos durante la labor asistencial se corroboró un proceso inadecuado en el manejo clínico de los enfermos con sida diagnosticado tardíamente; de igual forma se pudo indagar y corroborar el mismo manejo durante la educación en el trabajo, eje central del enfoque pedagógico cubano en la formación de sus profesionales. Por tanto, la frecuencia e intensidad del trabajo con los pacientes que viven con VIH/sida durante la residencia de MI, no satisface las necesidades académicas y profesionales de los residentes de Medicina Interna.

Hay que enfatizar, el alto nivel de motivación manifestado por los internistas en su atención y participación en la dinámica del proceso. Sin embargo, esta motivación se ve afectada ante el hecho de no ver representadas sus actividades profesionales reales en las acciones didácticas, tareas y situaciones de aprendizaje empleadas; por consiguiente, el desarrollo de la educación en la atención de personas que viven con VIH/sida se ve afectada, ya que no se logra un proceso de reconstrucción eficiente de los significados y sentidos de la información educativa en VIH/sida en el contexto de trabajo asistencial.

En resumen, las insuficiencias detectadas son las siguientes:

- Se aprecia que la dinámica del proceso formativo en los residentes de MI en cuanto a la atención médica de los enfermos con VIH/sida no resulta adecuada, por existir una desvinculación entre ésta y las necesidades profesionales.
- Limitaciones en la didáctica del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida ya que no se definen con claridad y de forma coherente la lógica de apropiación de la educación del VIH/sida en el medio médico y comunitario.
- Se implementa un tratamiento didáctico deficiente, en tanto el procedimiento utilizado no contribuye a la educación - prevención en VIH/sida, por lo que los residentes de MI, al egresar de la especialidad, no son capaces de enfrentarse al mundo de la atención médica integral del VIH/sida con efectividad.

Estas insuficiencias, por tanto, determinan, las deficiencias en la dinámica del proceso formativo de los residentes de Medicina Interna en la atención especializada del enfermos con sida con fines preventivos y terapéuticos, motivadas por una lógica didáctica poco coherente y definida, que no permite un desarrollo de las necesidades profesionales de dichos residentes, a partir del procesamiento de los conocimientos médicos, que no logra preparar al médico en formación en la comprensión e interpretación educativa, como categorías esenciales. Los aspectos expuestos constituyen el marco contextual en el que se desarrolla la atención médica integral en VIH/sida, en la especialidad de Medicina Interna de la Universidad de Ciencias Médicas de

Santiago de Cuba, que devienen razones de la necesidad inminente de transformar dicho proceso de manera eficiente.

Conclusiones del capítulo I

- La fundamentación epistemológica del objeto y campo de la investigación ha permitido revelar las insuficientes referencias teóricas y metodológicas que se establecen en el proceso de atención médica en pacientes con VIH/sida y es que estas inconsistencias teóricas, no logran un suficiente nivel de sistematización del trabajo clínico preventivo y clínico terapéutico en VIH/sida.
- Se revela la necesidad de que los residentes de Medicina Interna logren realizar una atención médica en pacientes con VIH/sida eficiente, para lo cual debe comprender la información científica, a partir de una comprensión e interpretación teórico práctica de los conocimientos médicos presentes en el texto médico, de tal suerte es necesario conocer e identificarse con el contexto médico en el que aparece el texto, para lograr su comprensión e interpretación trascendente.
- El análisis histórico tendencial, del objeto y campo, permitió revelar una insuficiente trayectoria de los mismos, ya que se continúan utilizando procedimientos que no se corresponden con las necesidades reales del profesional de la salud, afectando la pertinencia de la dinámica del proceso, en tal sentido se necesita profundizar en nuevas relaciones didácticas que favorezcan el desarrollo de una lógica de procesamiento de la atención médica en pacientes con VIH/sida con fines preventivos y terapéuticos.
- La caracterización de la situación actual, desde el diagnóstico, permitió constatar las insuficiencias existentes en el proceso formativo de los residentes de Medicina Interna en la atención médica de los pacientes con VIH/sida en la especialización de Medicina Interna en la Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba, que tienen su base en la insuficiente dinámica de este proceso, que no permite una comprensión e interpretación eficaz de la misma. Aspecto que constituye un elemento esencial en la

enseñanza aprendizaje de la atención médica en VIH/sida con fines preventivos, diagnósticos y terapéuticos.

- Desde las inconsistencias epistemológicas y praxiológicas reveladas en este estudio, se expresa la necesidad de integración de nuevas relaciones esenciales, que sean expresión de las particularidades esenciales de la dinámica de la atención médica en pacientes con VIH/sida.
- El análisis realizado conduce a la elaboración de un modelo de la dinámica de la formación del residente de MI en la atención médica de los pacientes con VIH/sida con fines preventivos, diagnósticos y terapéuticos, que permitan superar las insuficiencias existentes en la dinámica de este proceso formativo.

CAPÍTULO II.- CONSTRUCCIÓN EPISTEMOLÓGICA Y PRAXIOLÓGICA DE LA DINÁMICA DEL PROCESO DE FORMACIÓN DE LOS RESIDENTES DE MEDICINA INTERNA

En este capítulo se desarrolla el Modelo de la dinámica clínico-asistencial-humanista de la formación de los residentes de Medicina Interna en la atención a pacientes que viven con VIH/sida, el cual es la expresión de las relaciones esenciales entre sus configuraciones y dimensiones, que sustentado en la Concepción Científica de lo Holístico Configuracional propicia determinar las relaciones y regularidad esencial que se revela en el proceso formativo, a la vez que se aporta desde el punto de vista praxiológico una estrategia que concreta la posibilidad y la realidad de esta formación.

2.1.- Modelo de la dinámica clínico-asistencial-humanista de la formación de los residentes de Medicina Interna en la atención a pacientes que viven con VIH/sida

La concepción del modelo de la dinámica clínico-asistencial-humanista de la formación de los residentes de Medicina Interna en la atención a pacientes que viven con VIH/sida, desde su postulado epistemológico esencial, permite las transformaciones actuales que se requieren para un cambio de paradigma en la formación integral y desarrolladora en la especialidad de Medicina Interna, que le propicia al futuro especialista su formación profesional, y a la vez un adecuado desempeño profesional encaminado a establecer procesos asistenciales, clínicos y humanistas a los pacientes sobre la base de una concepción de la condición humana y lograr una cultura del desempeño socio-clínico-asistencial humanizado en la sociedad.

Este posicionamiento teórico-pedagógico en torno a la dinámica que se estipula en una relación entre lo general y lo singular propicia el proceso de formación de los residentes de Medicina Interna, desde donde emergen relaciones que se expresan como nuevas en este proceso formativo y dan un cambio sustancial en

la calidad y competencia de los residentes, pues se establecen configuraciones y dimensiones, como expresión ontológica del objeto investigado, que es transformado y redimensionado desde lo epistemológico y lo lógico. Los presupuestos esenciales que permitieron la construcción epistémica, desde lo teórico-pedagógico y que son los fundamentos principales a partir de asumirse la realidad de la investigación se especifican a continuación.

Es esencial la consideración de la Concepción Científica de lo Holístico Configuracional, de Fuentes, H. (2009, 2011), ya que resulta la teoría que permite desde una postura teórica dar un salto esencial hacia la transformación del proceso dinámico de la formación de los residentes de Medicina Interna. Esta concepción propicia un proceso de modelación de las configuraciones, dimensiones y relaciones que tipifican una serie de constructos y categorías pedagógicas esenciales al significarse los procesos indispensables como cualidades resultantes e importantes del proceso que conllevan a una construcción teórica que redimensiona la capacidad transformadora de los residentes en la atención a los pacientes que viven con VIH/sida.

De igual forma es parte significativa la visión de la Pedagogía de la Educación Superior desde esta concepción científica, que tiene su particularidad en la Pedagogía Hospitalaria, toda vez que desde la misma se agrupan una serie de categorías que propician dilucidar la existencia de una dinámica que se caracteriza por la relación entre la sistematización y la intencionalidad, ambas como vías expeditas en la comprensión e interpretación de un proceso en constante movimiento, de ahí que lo estático y lo tradicional queden a un lado dado el movimiento ascendente, cíclico y progresivo.

Se concibe el carácter dinámico de este proceso formativo de los residentes, desde considerar los aspectos fundamentales que se contienen en el mismo, todo lo cual tipifica las relaciones esenciales que son indispensables entre las categorías asumidas, sobre todo porque permiten dilucidar los eslabones mediadores que propician establecer el reconocimiento dialéctico de la contradicción de su misma naturaleza, pero que se

resignifica a partir de los pares dialécticos mediados mutuamente condicionados y establecen el automovimiento y autodesarrollo de la formación de los residentes de Medicina Interna.

Estas configuraciones y dimensiones con un marcado carácter pedagógico orientan en la investigación esta formación, favoreciendo una apropiación y transformación en la educación en el trabajo, cuestión significativa para los postulados sostenidos para las Ciencias Médicas que permite establecer las relaciones cualitativas que han de estar presentes en la atención a pacientes que viven con VIH/sida y sobre todo el carácter generalizador de la modelación que comprende a su vez las enfermedades infecciosas.

El modelo revela la posibilidad y la realidad de una dinámica clínico-asistencial-humanista de la formación de los residentes de MI desde esta concepción como una totalidad concreta y compleja de carácter dialéctico que transita en la relación de lo general a lo singular y viceversa, desde la consideración de la relación dialéctica entre lo clínico, lo asistencial y lo humanista, tríada importante que transita por toda la lógica de la modelación. Desde lo epistemológico, por tanto, emerge la necesidad de asumir los presupuestos pedagógicos que concretamente soportan el constructo teórico de esta investigación, para discernir los referentes básicos de este modelo, de ahí que interpretar la dinámica del proceso de formación de los residentes de Medicina Interna como un proceso pedagógico consciente, se encamina a ampliar las potencialidades humanas y garantizar una formación integral del médico internista a través del método clínico-epidemiológico y el aprendizaje en el método de solución de problemas como la concepción pedagógica más destacada en las Ciencias Médicas, permitiéndole un desempeño profesional superior, por lo que se asumen las posturas de Ilizástigui F. (1993) y Roca R. (2017).

De igual forma esta modelación no es el resultado de un proceso casual o empírico, sino por el contrario partió de una abstracción e interpretación epistemológica resumida de las particularidades esenciales del objeto y el campo estudiado, que emergieron además de la sistematización de experiencias pedagógicas de varios años del investigador en la atención a la formación de los residentes de Medicina Interna, así como la dedicación al

estudio y análisis de los pacientes que viven con VIH/sida en el contexto hospitalario, permitiendo la generalización teórica y que, por tanto, contribuyeron a la construcción teórico-pedagógica que configura y explica la dinámica del proceso de formación de los residentes de Medicina Interna.

En atención a ello, se pone de relieve la necesidad de reconocer el proceso de formación de los residentes de Medicina Interna y partiendo de la premisa que la formación debe ser desarrolladora del ser humano, se erige en un proceso pedagógico integrador a partir de su dinámica clínico-asistencial-humanista.

En tal sentido se conceptualiza la **dinámica clínico-asistencial-humanista** como el proceso didáctico encaminado lógicamente desde la estipulación de la imbricación dialéctica entre lo **clínico, lo asistencial y lo humanista** de forma metodológica en cada programa diseñado en la formación de los residentes de Medicina Interna, donde a su vez se erige en el movimiento continuo y generalizador de la formación del profesional de la salud en función de la atención a los pacientes que viven con VIH/sida.

Esta dinámica trasciende a planos superiores en la práctica médica profesional en la realización de acciones de reconocimiento y diagnóstico de las enfermedades en los pacientes y que coadyuva a la potenciación del profesional, a partir del desarrollo coherente que se alcanza desde una **formación clínica-asistencial** mediada desde una posición verdaderamente **humanista**.

Esta categoría de **formación clínica-asistencial humanizada** es el proceso cultural sistematizado de educación clínica en el trabajo para el desarrollo de la práctica médico-social, que se garantiza a partir de actividades clínico-asistencial humanizadas, desde la **sistematización formativa clínico asistencial humanista** condicionada por una **práctica clínica no discriminatoria** y un **desarrollo profesional socio-clínico asistencial humanizado**, que propicia el desempeño profesional en un entorno familiar y social, priorizando las subpoblaciones más vulnerables, por su mayor riesgo y marginalidad.

Como se puede apreciar resulta de gran significación en la comprensión e interpretación de la dinámica clínico-asistencial-humanista como un proceso garante para la formación médico asistencial en los residentes

de Medicina Interna en la atención a los pacientes que viven con VIH/sida, constructo que se expresa como un eslabón mediador, síntesis de los pares dialécticos mediados, ella se configura en su esencialidad como la sistematización formativa clínico asistencial humanista.

Como bien se expresa anteriormente aquí se determina a la sistematización formativa clínico asistencial humanista para expresar el proceso lógico de formación de los residentes de Medicina Interna en atención a los pacientes con enfermedades infecciosas, en este caso VIH/sida, por tanto, dicha configuración deviene en eje directriz, como constructo significativo en la dinámica clínico-asistencial-humanista.

Se considera, entonces, que la **sistematización formativa clínico asistencial humanista** constituye un constructo didáctico que revela el eje esencial del proceso formativo de los residentes de Medicina Interna, que como cualidad se desarrolla en la práctica clínica para atender a los pacientes que viven con VIH/sida, a partir de reconocerse la condición humana, y que permite alcanzar una transformación del desempeño socio-clínico-asistencial humanizado, como expresión concreta de la dinámica en la didáctica de la residencia médica e indispensable en el establecimiento de una verdadera proyección científica profesional.

Se parte, por tanto, de una reconstrucción pedagógica en la dinámica clínico-asistencial-humanista, pues se connota como proceso vinculado a los problemas de atención a las enfermedades infecciosas y en especial al VIH/sida. Es el eslabón fundamental en la formación de los residentes de MI desde la perspectiva de la relación entre lo clínico, lo asistencial y lo humanista, que propicia la construcción de significados y sentidos de la capacidad transformadora profesional de los residentes de MI que se concreta en su capacidad médica asistencial.

De ahí que esta investigación tenga en cuenta que es válido reconocer a este proceso a partir de su naturaleza consciente, dinamizado por la comprensión, motivación y generalización que se direcciona a la formación de capacidades transformadoras humanas y estará condicionada por la satisfacción de las necesidades formativas del profesional y del contexto.

Para esta investigación la sistematización se erige en un constructo teórico integrador, de carácter didáctico, con existencia propia más allá de la simple interrelación entre las disciplinas, que por su nivel de generalidad se instituye, de hecho, en instrumento metodológico para el abordaje de la especialización en MI con un importante valor epistemológico en la connotación de la formación preventiva médico asistencial.

En tal sentido es de gran significación considerar el valor epistemológico y pedagógico de este constructo, a partir del cual se sustenta el modelo de la dinámica clínico-asistencial-humanista, ya que interviene y es la base del proceso formativo.

Se parte de considerar el carácter ontológico de la actividad profesional, ya que sin lograrse esta actividad concreta en este plano de acción de los sujetos, los residentes de Medicina Interna se ve imposibilitado de una formación coherente, pues este profesional es quien en su praxis médica asistencial realiza una serie de acciones y operaciones que propician su desempeño profesional; de igual forma esta actividad se connota por el nivel de las ideaciones y realizaciones que son parte de la impronta del desempeño profesional, de ahí su importancia en el proceso de formación de los residentes de MI.

Este modelo tiene la particularidad de tener en cuenta las características que le son propias en la lógica de la formación de los residentes de MI en la atención a pacientes con enfermedades infecciosas y a pacientes que viven con VIH/sida, por tanto es válido reconocer que la connotación del modelo estriba en poder establecer un empoderamiento para atender la diversidad científica en dicha especialidad, a la vez que es expresión de las características que distinguen y connotan esta dinámica clínico-asistencial-humanista, lo que se constituye un proceso necesario dentro de la cultura epistemológica contemporánea de la especialidad de Medicina Interna.

El modelo de la dinámica clínico-asistencial-humanista comprende: **la dimensión cultural clínico-asistencial** y la **dimensión metodológica socio-clínica humanista**, que son expresión de sus movimientos internos y

permiten revelar, a partir de las relaciones establecidas entre las configuraciones, su transformación a un estadio superior.

En el estadio inicial emergen, entonces, como configuraciones, la **apropiación cultural continua sobre VIH/sida** en su relación con la **comprensión del diagnóstico y tratamiento del VIH/sida**, pues en la dinámica del proceso de formación de los residentes de Medicina Interna es necesario ahondar en la **transformación del desempeño socio-clínico-asistencial humanizado** como nueva visión en el proceso formativo, y como alternativa capaz de contribuir a la atención a pacientes con enfermedades infecciosas.

La apropiación cultural continua sobre VIH/sida constituye la configuración que propicia activar constantemente el proceso formativo del internista en la atención integral a pacientes que viven con VIH/sida para significar los conocimientos, habilidades, valores y valoraciones que estén en relación con los aspectos o factores humanos, sobre todo estrechamente relacionado con el propósito de preservar, desarrollar y crear la cultura continua sobre VIH/sida.

El proceso de formación de los residentes de Medicina Interna en la atención integral a pacientes que viven con VIH/sida debe encaminarse a lograr en los futuros profesionales el ahondar y redescubrir los contenidos no solamente esenciales de la práctica médica, sino también los que se encuentran según el contexto de actuación profesional, ello se expresa a partir de una práctica médica sistematizada que permite introducir nuevos mecanismos y procedimientos de atención, según el ritmo y avance de la ciencia y la tecnología, lo cual propicia que el proceso formativo se perfeccione óptimamente, se potencien eficazmente, por tanto supone establecer los mecanismos de reajustes de la actividad profesional en función de reconocer los aspectos de atención a estos pacientes, a la vez que dominar las nuevas técnicas de atención y de medicamentos que se requieren para estos pacientes.

Con esta configuración se comprende el sentido y la necesidad de indagar, establecer procedimientos heurísticos, buscar lo novedoso y con ello armarse de una práctica médica alejada de todo lo tradicional y

fuera de los esquemas que se han venido utilizando hasta el momento, ello quiere decir que en este proceso formativo se requiere de los vínculos del residente, bajo la orientación de los docentes, de una comprensión e interpretación a la solución de los problemas existentes en los pacientes.

Es por ello que esta forma de actualización contextual se erija en todo este proceso formativo en un proceso socio-cultural que supone la revitalización de las funciones en la atención porque va más allá de lo informativo, porque es la apropiación de conocimientos que se adecuan a un escenario de atención hospitalaria que se aprende junto a la atención al paciente, por ser la vía efectiva del contacto humano.

Se trata de que en la dinámica del proceso de formación de los residentes de Medicina Interna se debe de lograr en esta configuración de apropiación cultural continua sobre VIH/sida, como vía expedita para adentrarse en el problema de salud del paciente, pues dada la significación de la práctica médica se logra avances en la atención integral a pacientes que viven con VIH/sida que se constituye en cada ser humano como paciente en referencia ineludible en la determinación de la existencia, posibilitando ejercer una influencia decisiva en el paciente en lo que respecta a sus asuntos humanos.

Incidir en el logro de una formación de los residentes de MI desde la perspectiva de la cultura continua sobre VIH/sida es una razón de gran peso en esta dinámica clínico-asistencial-humanista, ya que cada residente de MI en formación tendrá dominio no solo de la información más actualizada sobre VIH/sida, sino también del método clínico para poder afrontar las situaciones de salud de los pacientes, desde donde podrá lograr obtener la información necesaria e indispensable que le propicien interrogar, realizar un examen físico y reconocer las manifestaciones clínicas, a fin de ser resueltas con el tratamiento médico a través del reconocimiento de los síntomas y signos que llegan a configurarse como una enfermedad.

Es innegable que a partir de significar el potencial de la cultura continua sobre VIH/sida se puede volcar en este proceso formativo el aprendizaje cultural para lograr una profundización del VIH/sida en los pacientes o para la creación de sistemas clínico-asistenciales, por lo que para ello se requiere de acciones formativas que

se direccionen al crecimiento constante de lo cultural de forma efectiva y con la sistematicidad que caracterice a este profesional por elevar el nivel de conocimientos, y poder entonces establecer el verdadero dominio en correspondencia con los derroteros del desarrollo y avance en las Ciencias Médicas.

Esta configuración propicia en el proceso formativo del residente un modo diferente a la acción de la atención integral a pacientes que viven con VIH/sida, pues señala una dirección en el sentido de denotar, permitir y facilitar la interacción entre los sujetos que intervienen en el proceso de atención en salud, de ahí que sea la principal herramienta clínico-asistencial y donde se establecerán las conductas y experiencias indicadoras del proceder médico en su praxis, que vendría a completar los criterios requeridos en la atención de una enfermedad compleja, así como permitiría resolver adecuadamente los innumerables desafíos que se evidencian en el reconocimiento y diagnóstico en los pacientes.

Desde el reconocimiento de esta configuración en el orden pedagógico para el logro de la especialización se ha de consolidar este proceso formativo teniendo en cuenta que las experiencias culturales que se adquieran en lo teórico y lo práctico permitan el equilibrio capaz de generar una perspectiva de salud en los pacientes, tanto individual como grupal, que lo conlleva a una cultura continua sobre VIH/sida en la práctica médica profesional.

De ahí la significación de esta configuración porque genera estilos culturales propios para el desarrollo de lo asistencial ya que desde la misma se permite lograr el cumplimiento de los objetivos propuestos en esta formación especializada que debe centrarse en el método clínico-epidemiológico; por tanto se revela como un fenómeno de carácter pedagógico cargado de matices y cuyo ordenamiento inicial en la especialización resulta necesario para establecer el proceso formativo en MI. Es, por tanto, donde comienza el ordenamiento, lo que permite transformaciones en su actividad médica profesional.

Es por ello que la apropiación cultural continua sobre VIH/sida que se configura en lo teórico, si bien es útil desde el punto de vista práctico, permite dar cuenta de la necesidad de la transformación del especialista en el

ámbito de su formación como una necesidad, que se manifiesta en la cosmovisión satisfactoria para interpretar la cultura de salud, favoreciendo así la comprensión de significados y sentidos de la práctica médica profesional en la atención integral a pacientes que viven con VIH/sida en la comunidad y las familias.

La apropiación cultural continua sobre VIH/sida se expresa sobre la base de un proceso sociocultural y una posición ante la realidad, individual y social, que deviene de la praxis ético-humanista, pero que requiere de una sistematización formativa porque es necesario dar un vuelco para que se convierta en parte esencial de su proceder como sujeto social consciente que tiene el compromiso social de atender a los sujetos pacientes en sus contextos, y por tanto lograr un salto cualitativo en el ejercicio de su profesión.

Al revelarse la significación del proceso de apropiación cultural continua sobre VIH/sida se requiere de igual forma que unido a ella se estipule la **comprensión del diagnóstico y tratamiento del VIH/sida** como proceso condicionado por la necesaria sistematización formativa; es necesario, por tanto, connotar la naturaleza funcional de la atención médica integral en la MI donde debe de asumir responsabilidades directas en la atención integral a las personas, familias, grupos y colectivos a él asignados y estar en condiciones de detectar cualquier riesgo biológico, psicológico, social y ambiental, entre muchas otras; quiere decir que su existencia señalizadora se constituye en un proceso de comprensión y explicación que tiene incidencia directa en la transformación del desempeño socio-clínico-asistencial humanizado en la atención integral a pacientes que viven con VIH/sida, todo lo cual permite considerar a esta configuración como proceso esencial en la dinámica que sustenta la formación de los especialistas en MI para que asciendan al reconocimiento de una cultura en este campo científico.

Desde esta perspectiva la comprensión del diagnóstico y tratamiento del VIH/sida se erige en la configuración que propicia utilizar el método clínico epidemiológico como elemento esencial de la práctica médica, pues conlleva a cumplir los siguientes principios: existen enfermos y no enfermedades, tratar a los pacientes con la comprensión de sus patologías tal como si fueran ellos mismos, como a la vez no subvalorar el problema de

salud que presenta el paciente, para lo cual ha de diagnosticarse pensando en las afecciones más frecuentes y actuar rápidamente.

Ello quiere decir que desde la perspectiva de la práctica médica se logra desarrollar la pericia adecuada que le permita comprender y explicar el momento y circunstancia para la atención a cualquier problema de salud de las personas o familias, luego entonces se direcciona a realizar una atención médica integral y lograr la participación de los residentes de MI, sobre la base de las experiencias y nuevos aprendizajes acerca de los síntomas y signos a través del movimiento de lo médico asistencial, de ahí que las acciones formativas en este proceso de profundización constituyan un aspecto esencial en el orden de la MI, ya que sólo mediante ella se comienza a incidir de forma directa e indirecta en los sujetos pacientes con VIH/sida.

Al tenerse en cuenta la transformación del desempeño socio-clínico-asistencial humanizado, se comprende el sistema total del proceder analítico y la intervención oportuna ante factores ambientales, biológicas, económicas y sociales que pudieran influir de manera negativa en el estado de salud de los enfermos y la movilización hacia actividades médicas profesionales, a partir del diagnóstico y tratamiento ya que este proceso le posibilita la interpretación a los residentes en formación acerca de los problemas de salud y por tanto la adquisición de una proyección comportamental consecuente con su desarrollo científico, entonces esta comprensión del diagnóstico y tratamiento del VIH/sida, les permite una preparación general y específica, a partir de acciones formativas dirigidas a producir cambios continuos en el comportamiento médico profesional donde se asumen experiencias nuevas, reflexiones, valoraciones y tomas de decisiones en la solución de problemas de salud de los pacientes con VIH/sida.

La comprensión del diagnóstico y tratamiento del VIH/sida como proceso dinámico en lo formativo en la especialización, constituye un elemento indispensable que se revela en la propia lógica que le es intrínseca a todo ejercicio profesional, referente a los procesos de significados y sentidos de la cultura continua sobre

VIH/sida, a partir de la actividad formativa que tiene lugar en la práctica médica profesional para la atención integral, ya que da la posibilidad y la realidad de la apropiación de esta cultura.

Esta configuración determina el valor distintivo de la formación de los residentes cuando reciben las acciones formativas que aúnan los factores que son consecuentes con el diagnóstico y el tratamiento, ya que desde la sistematización de las mismas les propicia adentrarse en todo el tramado de los procesos clínicos asistenciales que se desarrollan.

La comprensión del diagnóstico y tratamiento del VIH/sida otorga integridad a la interpretación de los estados de salud, como expresión del autodesarrollo humano, pues el médico internista en formación conforma las experiencias del reconocimiento y diagnóstico concretos hacia esta cultura como proceso de la realidad socio-individual que es indispensable para la calidad de vida, es poder asumir la modelación y concreción de las acciones y pensamientos que conllevan al médico internista a nuevas ideas y conceptos referente a cómo diagnosticar, y con ello, al tratamiento específico para reconstruir la conciencia creadora, desde configurar un ordenamiento en la lógica del reconocimiento.

Si se direcciona la comprensión del diagnóstico y tratamiento del VIH/sida a partir de la estructura del diagnóstico interrelacionado con el tratamiento, entonces se condiciona la asimilación y conservación de los patrones y normas significativas que acreditan la construcción de una atención de carácter clínico asistencial, para dar cuenta del incremento significativo de una sistematización de la misma naturaleza.

Como proceso que, durante la formación de los residentes de MI, propicia la actuación y participación desde la esfera de la comprensión, explicación e interpretación de los problemas de los pacientes con VIH/sida, conduce a la transformación del proceso complejo de atención médica de los sujetos.

El diagnóstico y el tratamiento será casi siempre el de enfermedades conocidas; pero para llegar a ello se requiere consagración, observación-participante, juicio clínico certero, capacidad para analizar situaciones nuevas, creatividad, audacia en las conjeturas, también requiere de prudencia, madurez y rigor al establecer

conclusiones. Se trata de la valoración integral del paciente y de decisiones que tienen que ver con algo tanpreciado como la salud y aún con la propia vida.

Esta comprensión del diagnóstico y tratamiento del VIH/sida propicia revelar la formación de un desempeño que garantiza dicha atención integral a esta enfermedad, la cual alcanza niveles superiores en cuanto a la armonía individual y social y con ello el desarrollo humano, ya que se modifican los estilos de conducta y comportamientos saludables.

Entonces, la apropiación cultural continua sobre VIH/sida en relación dialéctica con la comprensión del diagnóstico y tratamiento del VIH/sida, se propicia la interpretación de los aspectos significativos de esta formación especializada que permite concretar la lógica que dinamiza el carácter progresivo y cíclico de la expresión formativa del médico internista, así como otros aspectos que condicionan el carácter formativo del proceso en la consolidación de la atención integral a las personas que viven con VIH/sida.

Desde esta perspectiva de las dos configuraciones antes mencionadas en su relación dialéctica emerge como síntesis la **sistematización formativa clínico asistencial humanista** que se erige en la directriz dinámica a seguir en este proceso formativo, en tanto, al considerar la necesidad de una formación atemperada a los derroteros del desarrollo de la atención integral, conlleva a que el médico internista en formación sistematice la práctica clínica asistencial, donde esta última se erige como movimiento del comportamiento intencional en el reconocimiento y diagnóstico de los problemas de salud en los pacientes desde la interpretación de la naturaleza y la existencia humana.

La sistematización formativa clínico asistencial humanista constituye la configuración que propicia construir la expresión de la actuación clínico asistencial y garantiza la continuidad de la base de las acciones formativas del médico internista en formación para el desempeño cada vez más humanista, donde se dirige a la promoción, prevención, restauración de salud y rehabilitación en la atención de los pacientes, considerando tanto las incidencias de los factores humanos como los socio-culturales en relación con lo ambiental, lo social,

psíquico y lo contextual como aspectos primordiales dentro de la profesión, por lo que supone dentro del proceso formativo especializado en Medicina Interna la direccionalidad a la construcción de la orientación a lo cognitivo y lo valorativo, así como a la competencia médica profesional para la utilización de herramientas y técnicas que permiten establecer una conducta sistematizada en el desempeño profesional.

Lo **clínico asistencial humanista** constituye un aspecto fundamental en este proceso formativo ya que propicia las vías del desarrollo de competencias, la capacidad y la cualificación para las acciones necesarias e indispensables, asegurar la coordinación y mantener la continuidad de la atención cuando requiera la competencia de otros especialistas de otro nivel de atención. De igual forma condiciona la profesionalidad de la atención integral de pacientes con VIH/sida a partir de la utilización de métodos y tareas que se pondrán de manifiesto en la praxis médica profesional, lo que propicia identificar el avance de la tecnología y el conocimiento científico que les permiten ampliar las habilidades necesarias para desarrollar una atención de excelencia de forma evidente en los problemas del paciente.

Para el logro de un proceso formativo en la especialización que sea expresión de lo clínico y lo asistencial, toda vez que se alcanza una capacidad humanista se expresa una apertura a nuevas posibilidades de ejercer la profesión con un amplio espectro cultural, todo lo cual contribuye a la existencia de un mayor desarrollo y despliegue en la actuación profesional en la atención integral a pacientes que viven con VIH/sida.

Esta configuración es necesaria en la especialización, porque se constituye en la base y la finalidad de proporcionar una serie de servicios y recursos a la sociedad, la comunidad y las familias de los pacientes, a partir de los principios científico-pedagógicos para la formación del especialista en Medicina Interna fundamentalmente en las actividades de educación en el trabajo y la combinación del estudio y el trabajo, propiciando que exista una orientación sistematizada de los residentes, que comprenderán la necesidad de una atención priorizada a los pacientes y poder caracterizar la responsabilidad certera ante una situación de salud y lo sitúa en la posibilidad de modificar un saber, y conseguir con ello una praxis médica profesional que

se logra configurar en una transformación del desempeño socio-clínico-asistencial humanizado y con ello el afianzamiento de la profesionalidad.

Lo clínico asistencial humanista se expresa en: conocimientos especializados, habilidades, valores y valoraciones que se sistematizan en niveles superiores y se traducen en una esfera importante de las competencias del residente; de igual forma la asunción de un código ético-moral como elemento de autorregulación que justifique la acción y actuación responsable de las habilidades profesionales; creación de procedimientos para la articulación entre sí del residente y los pacientes, y por último la actividad socio-cultural que justifique su presencia formativa en la sociedad, respondiendo a las distintas necesidades y demandas socio-históricas, culturales, destacando el valor y el sentido de lo humano.

Al considerar importante una lógica de sistematización formativa clínico asistencial humanista se logra una transformación en el propio programa del plan de estudio de esta especialidad desde el punto de vista didáctico, por el camino de una formatividad de contenidos que propician ejecutar técnicas que permiten discernir el verdadero reconocimiento y diagnóstico sobre la base de una interpretación holística del paciente según la etapa clínica de su enfermedad, que incluye la prevención y promoción de salud.

Esta sistematización centrada en un proceso didáctico en la formación de los residentes de MI tiene como función básica considerar la creación de relaciones socio-culturales en estos profesionales para que faciliten el desarrollo humano; o sea, que se deben formar para que sean sujetos y protagonistas de la vida y de la sociedad en general, en el logro de la formación humana, de ahí su marcado humanismo. Además, expresa las acciones clínico asistencial que resuelvan determinadas necesidades o problemas de salud, por lo que le corresponde un papel de protagonista desde el humanismo.

Esta configuración debe procurar siempre su aproximación directa hacia la formación de la profesionalidad en la atención integral ya que favorece el proceso de atención a las enfermedades infecciosas. Vale significar que el residente al ser el sujeto y agente de su propio aprendizaje, el cual debe tener independencia cognoscitiva,

creatividad en la actuación y tomar decisiones médicas con un fundamento científico en la solución de los problemas del paciente desde el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, se trata entonces de consolidar sus bases científicas y ético-humanista.

Esto implica que lo clínico asistencial humanista exprese el reconocimiento, diagnóstico y tratamiento con la coherente interpretación que realiza, lo cual trae consigo la libertad del médico internista ante los pacientes con el principio en el respeto a la dignidad, condicionado todo ello por conocimientos científicos, habilidades profesionales y valores ético-humanistas de la profesión.

Igualmente estará guiada por una determinada concepción del hombre dentro del mundo pluralista de hoy, por lo que este residente en formación estará llamado a guiarse conscientemente en su tarea por la concepción axiológica de los seres humanos y su cultura, que coloca al médico internista en formación en la más alta dignidad, en la plena libertad, en el más alto sentido de responsabilidad y la posesión definitiva y total por el amor a la profesión de la Medicina Interna, toda vez que lo sitúa en la más estrecha relación de interpretación con los demás hombres, por el amor fraterno a la comunidad y la sociedad para impulsar el desarrollo de todo lo humano.

Ahora bien, en relación dialéctica con la **sistematización formativa clínico asistencial humanista** se encuentra **la transformación del desempeño socio-clínico-asistencial humanizado**, la cual se convierte en un proceso significativo que debe estar presente en el proceso formativo especializado en Medicina Interna en aras de lograr la solidez de la formación.

Se establece así la intencionalidad de **la transformación del desempeño socio-clínico-asistencial humanizado** que se erige en un aspecto socio-individual, esencial en el logro del perfeccionamiento de la formación especializada, de ahí que esta formación sea un espacio de intencionalidad, que se establece a través de la síntesis de la apropiación cultural continua sobre el VIH/sida en relación dialéctica con la

comprensión del diagnóstico y tratamiento del VIH/sida, y condicionada por la sistematización formativa clínico asistencial humanista para dar cuenta de verdaderas relaciones ético-humanistas.

Esta configuración de transformación del desempeño socio-clínico-asistencial humanizado es parte del proceso dinámico trascendente por la consolidación de una formación que se desarrolla fundamentalmente en las actividades de educación en el trabajo, que se expresa en su carácter formativo, a partir del desarrollo de un ámbito axiológico y bioético, en la consolidación del desempeño profesional, dando nuevos significados y sentidos a la actuación profesional, a la vez que es la intencionalidad que se logra a partir de la transformación de los médicos internistas en formación, los cuales no sólo aprenden las prácticas de la atención integral, sino también llegan a marcar la impronta de una identidad en el comportamiento de dicha atención, y así se convierten en auténticos en su actuar y flexibles ante los problemas médico-sociales de los pacientes.

En este sentido la transformación del desempeño socio-clínico-asistencial humanizado es un proceso que se desarrolla en la medida que se sistematiza lo clínico asistencial humanista, ya que propicia una conducta de autoformación permanentemente que se dimensiona a partir de la orientación axiológica y la construcción profesional humanista de la condición humana, luego de ser síntesis de la apropiación cultural continua sobre VIH/sida y la comprensión del diagnóstico y tratamiento del VIH/sida, por tanto se expresa en el cambio de actitud a partir de la búsqueda de soluciones pertinentes y generalizadoras de la detección de riesgos, acciones de promoción, de prevención, de diagnóstico y tratamiento y de rehabilitación de cada individuo como paciente.

Se reconoce, por tanto, que la pertinencia, el impacto y la relevancia de la transformación del desempeño socio-clínico-asistencial humanizado como meta a lograr en el médico internista en formación en la atención a los individuos, se convierte en el foco de atención en toda praxis formativa vinculada a la residencia que propicia una transformación cualitativa, a la vez que conlleva a que puedan desarrollarse conscientemente en

estas prácticas, cargadas de los más disímiles conocimientos, ideas y realizaciones de los diferentes contextos, lo cual se erige en un proceso formativo de gran significación.

De igual forma es menester que en esta transformación del desempeño socio-clínico-asistencial humanizado se denoten la accesibilidad y disponibilidad de los recursos de atención a los pacientes, así como también decidir acerca de la presencia de suficientes recursos, oportunidades y redes de apoyo social para proteger la salud y amortiguar las enfermedades.

Esta formación se centra en el comportamiento, en tanto, expresa la correspondencia entre el actuar ideal, deseado y real del médico internista y el sistema de normas y valores establecidos, construidos socialmente en una relación de sentido, tiempo y espacio determinado, que alcanzan significativo valor instrumental y metodológico asociada a la atención a estos pacientes, dando cuenta, de la expresión externa de la conducta individual en correspondencia con la subjetividad, a partir de la unidad de lo externo y lo interno, de la relación de lo consciente y lo inconsciente, de lo cognitivo y lo afectivo en la función reguladora de la conducta del médico internista en formación.

Esta configuración, como intencionalidad, marca la impronta de este comportamiento sistematizado, que se refiere a la existencia y esencia de la profesionalidad clínica asistencial humanista, de modo que entender su especificidad requiere comprender que la esencia humana no es algo abstracto alejado de lo cultural, sino el conjunto de sus relaciones sociales cualitativas, ello da cuenta de la necesidad de humanizar cada vez más las cuestiones referidas a la atención de los pacientes con VIH/sida, como aspecto significativo de la cultura en la capacidad para una actitud ética personal y profesional.

Con la intención de una transformación del desempeño socio-clínico-asistencial humanizado se expresa un nivel de regulación y autorregulación en la conformación del mantenimiento y optimización de la atención a los pacientes, a partir de los cambios en el contenido relacionado con el riesgo biológico, lo psicológico, lo social y lo ambiental, como vivo reflejo del incremento de la autonomía, la independencia y la responsabilidad de las

consecuencias en las decisiones autodeterminadas sobre la base de la confianza en sí mismo, así como en sus relaciones e interacciones positivas con los pacientes, a la luz de las expectativas, exigencias y requerimientos socio-psicológico dentro del marco contextual donde se desarrolla la práctica clínica profesional, en las cuales se establecen las normas que regulan las maneras en que el médico internista en formación debe proyectarse.

En esta interrelación dialéctica entre la formación del residente y su transformación del desempeño socio-clínico-asistencial humanizado, esencialmente trasciende la manifestación de un modelo formativo, dando cuenta de un proceso activo, intencionalmente dirigido hacia este profesional, pues se promueven y desarrollan estilos de profesionalización clínico asistencial eficaces en correspondencia con lo humanista.

Esta configuración dilucida la significación del proceso de consolidación de comportamientos en el médico internista en formación, en el que se integra la necesidad de desarrollar convicciones, correctos hábitos de atención a los pacientes con VIH/sida, entre otros aspectos profesionales, que le permiten concienciar las cualidades positivas de sí mismo y aprender a desarrollarlas, consolidar la identidad profesional propia y expresarlo en una adecuada presencia personal, en su comportamiento responsable, en sus relaciones interpersonales, en la preparación para la vida profesional, con el fin de estar capacitado para atender determinadas problemáticas de salud.

Desde la consideración de las relaciones entre las configuraciones se identifica la **dimensión cultural clínico-asistencial** (Figura 2.1.1), la cual está condicionada por la apropiación cultural continua sobre VIH/sida en relación dialéctica con la comprensión del diagnóstico y tratamiento del VIH/sida, y condicionada además por el par dialéctico de la sistematización formativa clínico asistencial humanista y la transformación del desempeño socio-clínico-asistencial humanizado, las cuales son mediaciones significativas en el proceso de formación del residente de Medicina Interna, que se erige en un proceso donde se desarrolla un aprendizaje sólido de su especialidad hacia la transformación de la actuación profesional en el ejercicio profesional por

lograrse un mayor acercamiento asintótico a la realidad del paciente, a la tipicidad de la enfermedad y a su contextualización cultural.



Figura 2.1.1 Dimensión cultural clínico-asistencial

Esta dimensión en la dinámica de formación de los residentes de Medicina Interna propicia que se establezca un desarrollo en la conciencia y el comportamiento del residente ya que aprenden nuevas experiencias, normas y hábitos que reconstruye desde su praxis médica profesional y atemperado a los problemas de salud que presentan los pacientes con VIH/sida.

Esta dimensión revela un carácter flexible, la cual debe ser entendida, no solo en los aspectos organizativos y estructurales de la formación del residente en lo que respecta a los módulos que recibe, sino que también permite ir dando una formación clínica asistencial humanista en la solución a los problemas de salud que se presentan en los pacientes con VIH/sida, pues al tener su determinación a partir de lo clínico y lo asistencial, genera la proyección del paciente desde la consideración de lo ético y lo humanista y desarrolla un reconocimiento del carácter potencial de la atención médica.

De igual forma ha de significarse que esta dimensión permite un reconocimiento, en calidad del proceso formativo, que propicia interpretar la necesidad y la emergencia de solución a los problemas de atención integral de salud. Ese reconocimiento socio-cultural se sistematiza en la misma medida en que se alcanzan niveles cada vez más altos de participación y permanencia del médico internista en formación, de ahí que como proceso formativo de síntesis de las configuraciones exprese la esencia del carácter formativo de este profesional desde una construcción de la lógica a seguir en la dinámica clínico-asistencial-humanista.

Esta dimensión, como proceso, propicia el aprendizaje de una cultura médica que se direcciona a la solución de los riesgos para la salud y para la vida humana, y también las oportunidades para el crecimiento profesional, en esto radica el carácter significativo de lo comunicativo y lo hermenéutico, la cual signa esta formación que sea direccionada a la relación médico paciente ya que está inexorablemente ligada a los modos de vida social de los pacientes, a los riesgos y retos ambientales, a la vida productiva, a la distribución desigual de los recursos socioeconómicos y, en definitiva, al espacio público en el que viven los individuos, las organizaciones y las comunidades, por lo que al incidir sobre los sujetos enfermos se logra contribuir, en cierta medida, a redimensionar la interpretación de los problemas humanos y culturales.

Destacar la importancia y la urgencia de esta formación a partir de esta dimensión, es signar una verdadera cultura médica, así como de la atención de las enfermedades y cuidado de la salud en los sujetos, entre otras, lo cual posibilita la mediación de la atención como proceso de intervención sociocultural.

Esta dimensión resalta la necesaria formación especializada de forma activa y organizada del médico internista en formación en la evaluación de los problemas y necesidades de los pacientes y en su solución, es decir, conlleva a acciones de atención a través de lo dialógico y lo interpretativo para que se realicen en y con el paciente, la comunidad y la familia, a la vez que propicia la gestión en salud potenciando la autotransformación y autocontrol de los sujetos pacientes que requieren de la atención con calidad, cobertura y accesibilidad adecuadas.

Este proceso formativo especializado de los residentes en MI tiene la cualidad de direccionarse hacia la revelación del carácter socio-clínico humanista, el cual está condicionado por las configuraciones de **atención integral en el abordaje de las infecciones oportunistas** en relación dialéctica con el **desarrollo de las actividades clínico-humanista**, que es mediada contradictoriamente por la relación entre la sistematización formativa clínico asistencial humanista, como núcleo esencial del proceso, y la **práctica clínica formativa no discriminatoria** para dar cuenta de una nueva dimensión, considerada como metodológica al marcar el camino del proceso formativo.

Entonces se requiere adentrarse en un proceso formativo que está directamente vinculado con la **atención integral en el abordaje de las infecciones oportunistas**, la cual constituye la configuración que se refiere al proceso formativo de realización, elaboración, cumplimiento, actuación y construcción de una atención integral al paciente que ha presentado complicaciones clínicas que son el resultado de la inmunodepresión, ello es válido al tener en cuenta que es indispensable recurrir a estrategias interventivas acorde con el diagnóstico y el tratamiento de las nuevas situaciones del enfermo, por tanto es la configuración que propicia en el proceso formativo de los residentes de Medicina Interna que vuelca toda la intención en la realización de las actividades formativas que llevan la impronta de una lógica para el empleo terapéutico, entre otros medios como recursos que permitan dar solución a las infecciones oportunistas asociadas que aparecen, de ahí que se avale un aprendizaje del proyecto integral clínico asistencial.

La atención integral en el abordaje de las infecciones oportunistas es la configuración que representa el carácter de realización de las actividades formativas para comprender a descubrir y revelar las cuestiones o problemas de salud que puedan existir en los pacientes, que desde la sincronía y concordancia de las acciones permiten avanzar hacia el carácter paliativo de los problemas de salud mediante la creatividad y el pensamiento lateral o pensamiento divergente. Es aquí donde adquieren las habilidades y las técnicas clínicas holísticas que permiten dinamizar a la atención integral, a partir de establecer una comunicación necesaria entre médico y paciente.

Ha de significar que la configuración de atención integral en el abordaje de las infecciones oportunistas, se refiere a todo el proceso de aprendizaje socio clínico humanista donde los residentes se apropian y concretan estrategias extensionistas con carácter totalizador, pues en ellas se desarrollan procesos que permiten la indagación y la búsqueda de nuevos caminos para el tratamiento, por tanto una de las cuestiones significativas lo constituye la relación médico-paciente (RMP), en el que han de establecer interacciones comunicativas sustentadas en argumentos y basados en pretensiones de validez y no de poder, de ahí que se

amplíe un aprendizaje desarrollador, pues el mismo potencia cualquier situación del ámbito de salud y conlleva un importante potencial de transformación social.

Esta configuración, condicionada por el aprendizaje socio clínico humanista conlleva a que gradualmente, a través de la investigación y la observación, respecto a cómo los residentes establecen una proyección médica profesional en la atención a los pacientes con VIH/sida dentro de las instituciones de salud.

Se trata de una atención que tiene por objeto la transformación social y cultural de los que se forman en la especialización, enfatizando la importancia de las enfermedades infecciosas oportunistas para darle la debida atención. Esta configuración permite la puesta en práctica de los procedimientos de atención que se van adquiriendo durante la educación en el trabajo, como formas de trabajo y de pensamiento que apoyan la realización consciente de actividades exigentes.

Por tanto, estos procedimientos como método científico que pueden dividirse en principios, reglas y estrategias han de estar en correspondencia con el método clínico epidemiológico a partir de que faciliten la búsqueda de vías de solución a problemas de salud que se presentan oportunamente; o sea, para resolver situaciones de cualquier tipo para las que no se cuente con un procedimiento algorítmico de solución en muchos casos de aparición de enfermedades oportunistas.

De igual forma la necesaria existencia de esta configuración, como bien se apuntó, logrado bajo los principios de educación en el trabajo durante la residencia de Medicina Interna, conlleva a la aplicación, con eficiencia y eficacia, de sus diferentes tipos de atención holística que se expresan en su carácter totalizador, porque propicia reconocer la necesidad de sintonizar y armonizar con el sujeto social (paciente) las relaciones entre su naturaleza humana, su capacidad, actividad y cualidad, pues es allí donde se interrelacionan los múltiples aspectos imprescindibles para el funcionamiento del delicado equilibrio del ser humano.

Es imprescindible que discurra en la formación de los residentes de MI a partir del reconocimiento de la naturaleza humana en su largo proceso filogenético y ontogenético, todo lo cual promueve el equilibrio natural

y social conocido como salud, por ello la atención integral no puede perder de vista que al aparecer enfermedades infecciosas debe de darle recurrentemente un tratamiento acorde a la situación socio-individual del paciente con VIH/sida.

Esta configuración del proceso formativo residencial conlleva a que se comprendan las vías para sistematizar la atención integral sobre todo desde una participación activa e interactiva ya que se determina la cantidad de encuentros e intercambios que sean necesarios sobre indagaciones y observaciones y en la distribución de las acciones en dependencia de los problemas de salud que presenten los pacientes con VIH/sida.

En la atención integral en el abordaje de las infecciones oportunistas como proceso se connota, por tanto, la necesidad de disposición a un proceso reflexivo-valorativo como expresión del carácter activo en la determinación del sentido y significado que adquiere lo clínico asistencial desde una cultura encaminada a la transformación del desempeño profesional que van adquiriendo en una lógica formativa de nuevo tipo, todo se logra a partir de reconocer la necesidad de la atención sistematizada al paciente con VIH/sida, por tanto constituye un proceso continuo, flexible y sistemático, donde la transformación del médico internista en formación va adquiriendo un carácter dinamizador con sentido humanista.

Es indispensable reconocer que el médico residente en formación tenga en cuenta en todo momento el abordaje de las infecciones oportunistas ya que ellas son expresión de la inmunodepresión del paciente, lo cual conlleva a complicaciones en la salud que atentan contra su vida, es por esto que debe de estar pendiente a ellas y sobre todo aprender a darle tratamiento oportunamente.

El alcance de la configuración de la atención integral en el abordaje de las infecciones oportunistas revela una lógica formativa que propicia significar la forma combinada de la atención integral y las infecciones oportunistas que son preocupación latente y estrictamente a los problemas de esta enfermedad convertida en pandemia, por tanto el proceso formativo de los residentes se logra completar significativamente desde este

proceso, pues lo conlleva a afrontar diversas situaciones, así como favorecer cambios inherentes al crecimiento social y espiritual de los sujetos, desde la prevención y promoción en salud.

La atención integral en el abordaje de las infecciones oportunistas propicia delinear el aprendizaje, según se van privilegiando los factores internos y externos atentatorios a la aparición de nuevos problemas de salud, que le permite dar continuidad desde la observación, indagación, búsqueda y explicación de la génesis y desarrollo de las infecciones. Por tanto conduce a que el médico internista en formación, pueda establecer la búsqueda de respuestas adecuadas respecto al tratamiento, máxime si se relaciona a partir del desarrollo de la investigación clínica que le permite determinar las consecuencias e implicaciones en lo clínico-epidemiológico que impone readecuaciones y cambios continuos.

Esto determina que en esta configuración se aprenda que existen distintos tipos de infecciones oportunistas que tienen diversas manifestaciones que deben de ser abordadas rápidamente con su aparición, de ahí que asume el carácter totalizador en la atención dada en su cultura clínico asistencial, lo que permite enfatizar en las condiciones del presente, así como la importancia del medio socio-clínico, pero siempre con la intencionalidad de la búsqueda exhaustiva de causas y consecuencias.

Se erige esta configuración como un momento esencial en el proceso formativo del residente por la validez y autenticidad del reconocimiento de los problemas de salud a vencer durante las sesiones de atención directa al paciente con VIH/sida y por tanto ejercer una notable influencia en la integralidad del médico internistas, es desde el planteamiento del proceso de atención integral como proceso pedagógico que pueden desarrollar sus conocimientos, sus habilidades y valores, entonces se reconoce socialmente su valor, debido a que su formación en una cultura clínico asistencial se perfecciona cada vez más en la medida en que la ejecución se sistematiza.

Esta configuración deviene en la consolidación de la transformación del médico internista en formación, porque constituye un proceso que prácticamente es difundida y que depende en gran parte de la realización

de prácticas clínicas ya que permite apropiarse de sus técnicas y mecanismos y logra la consolidación de la práctica médica profesional en el contexto hospitalario que le propicia una variedad en las atenciones médicas.

Esta configuración facilita que el proceso formativo cumpla su verdadero rol y no se distancie del cumplimiento de las acciones estructuradas y funcionales durante la ejecución de las actividades formativas, y es que ella se connota por la formatividad del médico internista, tanto en la individualidad como en lo grupal, de ahí que se convierte en una guía permanente para que en este proceso adquiera destrezas que les propician la movilización de sus capacidades transformadoras humanas.

El valor pedagógico de esta atención integral en el abordaje de las infecciones oportunistas está en garantizar la comprensión del proceso formativo de los residentes, a reconocer lo que necesita “saber”, “hacer”, “cómo hacer” y ante todo las acciones socio-clínicas a emprender, así como el orden de ejecución de los mecanismos establecidos en la interacción con los pacientes e ir sistematizando sus experiencias formativas como dinamizadoras de este proceso formativo.

Ahora bien, la configuración antes argumentada no puede establecerse por sí sola si no está relacionada con la del **desarrollo de las actividades clínico-humanista**, la cual como contrario dialéctico a la antes mencionada, estipula la consolidación de una interpretación sui géneris establecida para la atención integral, que propicia la recuperación de las potencialidades y capacidades humanas.

La configuración de desarrollo de las actividades clínico-humanista y como expresión del movimiento dialéctico del proceso formativo de los residentes se define en este estadio como un proceso que involucra al médico internista en formación para propiciar las vías, conductas y actuación sistemática ante los problemas de las urgencias de la atención, esto implica que se ha de alcanzar un plano superior en la praxis clínica profesional, por tanto es un proceso que es expresión de la realidad participativa en las instituciones de salud,

a partir de una continua sistematización, rasgo que cualifica de forma permanente los estadios de la práctica clínico-humanista.

La dinámica del aprendizaje que se realiza durante el ejercicio profesional a partir de la educación en el trabajo no se circunscribe únicamente a la formación de un saber en el residente que sintetice todo el legado acumulado; sino que será un proceso orientado al desarrollo de un accionar clínico-humanista que simultáneamente con lo clínico asistencial permite dar una formación bajo verdaderos conocimientos científicos, ello es expresión de una formación que potencia cada vez más la cultura socio-clínica por convertirse en una experiencia de referencia significativa que repercute en un desempeño profesional desarrollador donde se refracta la realidad ético-humanista de quien se forma como especialista en Medicina Interna y debe atender a los pacientes con VIH/sida.

Esta configuración contribuye a la formación especializada, porque aporta como acto de mediación el contenido esencial de la profesionalización socio-clínica a partir de la capacidad interventiva que se logre en el acto de la atención integral en el abordaje de las infecciones oportunistas, donde a su vez integra las convicciones, ideales y valores que en él se involucran. El aspecto esencial de las actividades clínico-humanista constituye la razón de ser que media entre el médico y el paciente con VIH/sida, todo ello bajo los principios de educación en el trabajo y de vinculación del estudio y el trabajo.

De ahí que le confiere un matiz pedagógico auténtico al proceso de formación del residente de MI, toda vez que al expresarse una sistematización de lo clínico-humanista se constituye en un reto a los recursos ético-profesionales, que al ser llevados hasta su máxima expresión formativa, sienta las bases para la satisfacción profesional ante todo aquello que acarree un problema de salud del sujeto que contrajo la enfermedad y ahora se ha complicado con la aparición de infecciones oportunistas. Desde esta perspectiva, las actividades clínico-humanistas representan para los residentes en formación el involucramiento de un proceso que le permite crecer a la par de su tiempo y para que puedan tener un mejor desempeño profesional.

Esta configuración permite formar al médico internista en la amplia gama de situaciones multidiversas que se presentan en la cotidianidad para que pueda adquirir las destrezas que le propicien solucionar situaciones de emergencia, las cuales afectan a los pacientes. De este modo se puede apreciar un proceso formativo del residente bajo los derroteros de la atención integral, y solucionar satisfactoriamente los estados negativos de salud generados en el transcurso de la enfermedad.

Esta configuración se erige en un proceso que actúa positivamente para mejorar la eficiencia en el proceso formativo, pues opera sobre las bases del establecimiento del aprendizaje de la orientación estratégica de reconocimiento y observación sistematizada de los pacientes, logrando con ello la resolución del problema de salud y la coordinación de su seguimiento.

De esta forma la configuración direccional, en este tipo de especialización en MI, el aprendizaje de la identificación en el paciente de los diversos síndromes que se configuran con el VIH/sida, a partir de tener en cuenta no sólo el examen físico y las indicaciones complementarias, sino centrar la atención, a su vez en los factores causantes, entre otros que afectan la salud de los sujetos. Desde esta perspectiva se requiere en el proceso formativo del residente en MI un desarrollo de las actividades clínico-humanista ya que ha de saber, concientizar y practicar sistemáticamente la atención a las dolencias que limitan la calidad de vida de los seres humanos.

En este nivel de formación se estipula el carácter pedagógico, en el orden metodológico, de lo cognitivo del médico internista que les permite expresar el actuar clínico-humanista, dado por el tratamiento a pacientes con problemas de salud, con el objetivo de despertarles durante el periodo de formación el mayor interés por la solución de los problemas humanos.

Bajo estas circunstancias se encamina a lo creativo del proceder de los residentes de MI para dar cuenta en el contexto hospitalario de la elevada coordinación e integración de las prácticas en la atención integral a pacientes que viven con VIH/sida, en aras de la asertividad en la ejecución operativa de un tratamiento que

propicia la efectividad ya que se establecen procedimientos sistemáticos de actividades en salud, como expresión de las acciones reglamentadas, entre otras, que permiten lograr una sólida atención integral.

Esta configuración, en tanto su valor pedagógico, ocupa un espacio significativo en el proceso formativo del residente, por propiciar la transformación del médico internista al permitirle establecer una atención directa y concreta, dirigido a la restitución de un periodo de estabilidad asintomática, al alivio del sufrimiento, así como a los cambios comportamentales que afectan a los pacientes con VIH/sida; también su campo de acción asistencial se extiende a la atención clínico humanista en relación con las infecciones oportunistas que limitan el proceso de salud y de bienestar humano, a la vez que permite realizar de forma combinada diferentes tipos de acciones que se encaminan estrictamente no solo a la enfermedad, sino también que se erige como un procedimiento útil para promover el desarrollo del bienestar en salud, y favorecer cambios inherentes al desarrollo humano, en tanto es consustancial con la reafirmación del equilibrio salud-enfermedad, es decir, en la prevención y promoción de salud.

Desde esta configuración formativa se realiza un papel activo en este proceso de formación del residente ya que es capaz de organizar las acciones de procesos activos e interactivos, constituyendo el verdadero anclaje del aprendizaje clínico-humanista en salud, lo cual le permite ir elevando el interés y la motivación por una atención integral objetiva.

Las configuraciones de atención integral en el abordaje de las infecciones oportunistas en relación dialéctica con la del desarrollo de las actividades clínico-humanista da cuenta de una nueva síntesis que expresa no solo la sistematización formativa clínico asistencial humanista, sino también a la **práctica clínica formativa no discriminatoria** para ofrecer una nueva visión del proceso formativo de los residentes, ya que como contrarios dialécticos propician un avance pedagógico en el desenvolvimiento de la lógica formativa de los residentes de Medicina Interna.

La práctica clínica formativa no discriminatoria emerge como configuración que establece el objetivo específico del proceso formativo, por lo que garantiza una transformación que se encuentra en lo cultural y lo formativo, pues propicia y asegura la capacidad transformadora del médico internista, que ha de estar en correspondencia con el desarrollo de la formación de la cultura no discriminatoria, como contenido intencional y fundamental.

Al significarse la práctica clínica formativa no discriminatoria se establece la delimitación del carácter potencial y significativo de la interpretación consciente del médico internista desde el momento de asumir su formación en el trabajo, lo cual genera en cada uno la formación sistematizada de la comprensión de una atención distanciada de lo segregacionista que lo conlleva al perfeccionamiento humanista, así como su acervo cultural bajo la égida de un enfoque que contribuye al desarrollo humano.

En esta configuración se plantea el proceso sistematizado de lo clínico formativo no discriminatorio que contempla las nuevas perspectivas de interpretación de la relación médico-paciente, pues permite contribuir con los comportamientos eficientes y la consolidación del potencial de cada residente en la especialización, ello es expresión de la preparación alcanzada durante el tiempo y el espacio.

La práctica clínica formativa no discriminatoria fortalece la formatividad del residente, pues como resultado de las actividades constantes sobre la base del abordaje de las infecciones oportunistas y las de carácter clínico humanista pone todo el caudal de lo asumido y propicia la consolidación de la cultura no discriminatoria.

Esta configuración tiene una connotación pedagógica a los fines de la formación de los residentes de Medicina Interna, puesto que tiene el rol dinamizador como criterio valorativo de la formación en una visión no prejuiciada que se fomenta en procesos de desarrollo consciente y activo que deviene en una intencionalidad formativa que alcanza un significado como medio de transformación a partir de lo ético-humanista.

Además, desde que se le considera como un proceso intencionado, esta práctica clínica formativa no discriminatoria se erige como el proceso práctico donde se rechaza la acción de desprecio, de separación y

aislamiento, que conlleva a la potenciación de los procesos de atención consciente, lo cual quiere decir que deja la impronta de la realidad, compatible con la lógica de la formación en la especialización y la posibilidad de la revelación y creación de nuevos contenidos formativos, que inciden en su formación ante la aparición de situaciones difíciles y complejas que les propician la solidez de su actuación humanista profesional y con ello una pertinencia profesional atemperada al desarrollo contemporáneo.

Al significarse como configuración, en el proceso formativo de los residentes, es entendida como el proceso íntegro de inclusión ante el proceder práctico que engloba las realizaciones acumuladas, creaciones, proyectos y fines propios de la cultura no discriminatoria, que emergen de la actividad de atención sistematizada de forma consciente y activa, capaz de articular dialécticamente la compleja dinámica clínico-asistencial-humanista que transita hacia la sistematización formativa clínico asistencial humanista en el logro de la transformación del desempeño socio-clínico-asistencial humanizado, todo lo cual conlleva a esta configuración a la formación especializada para satisfacer las necesidades de salud en un contexto hospitalario determinado, a la vez que influye directamente en los procesos de formación y desarrollo de la capacidad transformadora profesional del médico internista.

En su expresión más acabada, que deviene de la educación en el trabajo, se sustenta en una concepción pedagógica de la especialización en Medicina Interna que se expresa como proceso activo y transformador en el ser humano y revela la integración e interacción con los pacientes que viven con VIH/sida.

Esta configuración es el resultado de la integración de todas las proyecciones prospectivas dimanadas en la formación de los residentes de Medicina Interna, que han interpretado desde la singularidad de cada uno de los procesos pedagógicos de la especialización, la posibilidad de una realidad compartida en la relación de significados y sentidos de la inclusión, a la vez que se perfija la base fundamental a partir de que se construye entre todos, es decir, entre el médico internista en la atención integral a pacientes que viven con VIH/sida y los pacientes que reciben el servicio en salud, y es que se concretan las vivencias como factor de

condicionamiento en la apropiación de una praxis médica profesional, donde se encuentra el desempeño de acciones concretas durante el tiempo determinado de la especialización.

En esta configuración se marcan las pautas en torno a la norma que pretende acabar con cualquier tipo de desigual, es un imperativo en la atención integral a los pacientes que viven con VIH/sida ya que por razón de aspecto físico, edad, orientación sexual, raza, discapacidad, género o creencia durante el proceso clínico-humanista se han de borrar casi inmediatamente a estas expresiones de discriminación que sufren estos pacientes, aunque en puridad no se indique hacia qué personas (mujeres u hombres) va dirigido este tipo de acciones no discriminatorias, sino las razones por las cuales se produce la discriminación.

Bajo esta configuración el residente aprende que efectivamente se afecta la manera de comprender la compleja realidad, cuyos componentes fueron identificados y nombrados poco a poco en la historia del pensamiento y de la ciencia. Es por esto que se ha de incorporar la no discriminación por razón de la orientación sexual, capaz de negar todo intento de tratamiento desigual y desventajoso de una persona o un grupo de personas debido fundamentalmente a sus afecciones, es decir, al hecho de que se trata de un paciente ya sea mujeres u hombres a partir de diversas características anatómicas y fisiológicas entre otras, a partir de las cuales se configura el sexo biológico, desde lo genético y lo hormonal.

Se ha de lograr que el residente elimine los estereotipos de la discriminación para lograr eludir al tratamiento desigual y desventajoso que sufren las personas con VIH/sida en virtud del conjunto de normas de conducta, de estereotipos, de valores, de significaciones que en una sociedad determinada se otorga al hecho de esta enfermedad.

Desde esta perspectiva la interrelación dialéctica de estas configuraciones de atención integral en el abordaje de las infecciones oportunistas en vínculo contradictorio con el desarrollo de las actividades clínico-humanista, mediada por el par dialéctico de la sistematización formativa clínico asistencial humanista y la práctica clínica

formativa no discriminatoria, se expresa y condicionan la **dimensión metodológica socio-clínica humanista**.

(Figura 2.1.2).



Figura 2.1.2 Dimensión metodológica socio-clínica humanista

Se reconoce, por tanto, a esta dimensión como una síntesis que propicia el carácter formativo de los residentes de Medicina Interna, por lo que implica un reconocimiento holístico y complejo en atención integral a pacientes que viven con VIH/sida, por tanto ella es expresión de las diversas formas de abordar y construir el comportamiento médico clínico asistencial.

Ella propicia reconocer, modificar y perfeccionar la formación desde la perspectiva integral de los residentes de MI y logra que los mismos se apropien de una cultura socio clínica humanista en la propia práctica profesional, es decir, durante el ejercicio profesional, lo cual permite que adquieran significación sobre la base de la sistematización. De ahí se deriva, la importancia que se le confiere a esta dimensión ya que como parte activa, y esencialmente formativa de la residencia, se convierte en un proceso que vincula el tramado de acciones para un comportamiento responsable y comprometido.

En esta dimensión se aplican las técnicas y los métodos de las prácticas médicas profesionalizantes, que deben estar relacionadas directamente, ya que es aquí donde se desarrollan las estrategias individuales y grupales que ayudan a connotar una posición dinámica para el aprendizaje clínico asistencial humanista, de forma tal que concreta la orientación, la sistematización y la intencionalidad hacia la búsqueda de soluciones de las necesidades perentorias de atención de los individuos con VIH/sida.

Esta dimensión es relevante por cuanto las acciones que en ella se establecen tienen un carácter legítimo, por darle sentido y significado al comportamiento profesional, considerando la trascendencia que adquiere lo clínico asistencial humanista en la atención integral a pacientes que viven con VIH/sida.

Ahora bien, ambas dimensiones establecidas se interrelacionan y es que están encaminadas a la transformación del desempeño profesional a partir de las acciones que de ellas se establecen al construir un ambiente fiable para el comportamiento profesional del médico internista, considerándose entonces el **modelo de la dinámica clínico-asistencial-humanista para la formación del residente de MI en la atención al VIH/sida** (Figura 2.1.3).



Figura 2.1. 3 Modelo de la dinámica clínico-asistencial-humanista en la atención al VIH/sida para residentes de medicina interna

Por tanto se evidencia la necesidad de un eje dinamizador como lo es la sistematización formativa clínico asistencial humanista que está condicionada por un enfoque humanizado no discriminatorio y el desarrollo profesional socio-clínico humanista ya que en la formación de los residentes en Medicina Interna debe de significarse un acto humano intencionado de entrega, de amor y lealtad profesional, pues es aquí donde se expresa esa fuerza moral que se exterioriza, en la que se apoya el médico internista, y ante todo, constituye el símbolo de autenticidad de su proceder médico profesional, donde se consagra su desempeño médico, dado su elevado compromiso social con los pacientes, sobre asuntos que determinan aspectos importantes relacionados con la salud y de vida de los sujetos, y cuya capacidad deviene enteramente de su cultura; en tal

medida se consigna una orientación axiológica médica como uno de los aspectos esenciales de su eje dinamizador, lo que propicia potenciar la cultura médica y pone de manifiesto la intencionalidad formativa del médico internista para provocar un cambio cualitativo superior, capacidad que se identifica como la legitimación ética de su actuar humano profesional.

De este modo, la formación especializada del médico internista en este modelo, tiene también su atención en la condición humana profesional porque propicia ordenar una aptitud que cualifica la superioridad profesional en la dinámica clínico-asistencial-humanista, de cuya interacción emerge una actitud intrínseca a la que se adhiere la ideología ética del sujeto en su práctica médica profesional, desde el contenido de lo bioético en el respeto hacia la dignidad del hombre, como complemento que humaniza la RMP, y como expresión de ello, se sintetiza en su capacidad intencionada y transformadora en la misión socio espiritual.

Aquí se expresa que la materialización objetiva, continua y ascendente de la cualidad profesional es significativa por su pertinencia social y humana, respecto al equilibrio entre el nivel de realización humana, científica y espiritual, conjuntamente con el autodesarrollo profesional en la institución de salud durante el ejercicio profesional.

En resumen, las **relaciones esenciales** que expresa el modelo de la dinámica clínico-asistencial-humanista en la atención a pacientes con VIH/sida para residentes de Medicina Interna, son las siguientes:

- La relación conexas entre la apropiación cultural continua y la comprensión del diagnóstico y tratamiento del VIH/sida condiciona la proyección de la transformación del desempeño socio-clínico asistencial humanizado.
- La relación dialéctica de la atención integral en el abordaje de las infecciones oportunistas en vínculo con el desarrollo de las actividades clínico humanista establecen la necesidad de la práctica clínica formativa no discriminatoria.

Como **regularidad esencial**, de este modelo emerge el carácter de la relación de la práctica clínica formativa no discriminatoria hacia la transformación del desempeño socio-clínico asistencial humanizado mediado por un eje dinamizador que es la sistematización formativa clínico asistencial humanista del proceso.

2.2-. Elaborar la estrategia para la formación de los residentes de Medicina Interna en la atención a pacientes que viven con VIH/sida

La elaboración de la estrategia para la formación de los residentes de Medicina Interna en la atención a pacientes que viven con VIH/sida, parte de considerar la dinámica formativa de esta como eje central que permite configurar un proceso formativo de quienes se hallan preparándose para graduarse en la especialidad en Medicina Interna, de tal modo que se logre potenciar los procedimientos lógicos formativos de los procesos y fenómenos que han de revelar esta profesión.

De ahí que debe expresar en su lógica esencial, la sistematización formativa clínico asistencial humanista, a partir de considerar la relación dialéctica entre la apropiación cultural continua sobre VIH/sida, la comprensión del diagnóstico y tratamiento del VIH/sida y como eslabón mediador la relación entre la atención integral en el abordaje de las infecciones oportunistas y el desarrollo de las actividades clínico-humanista, las cuales se sintetizan en dicha sistematización, y lograr de este modo la formación de un profesional comprometido, flexible y trascendente.

La estrategia formativa planteada tiene en cuenta el conjunto de elementos pedagógicos y didácticos que, en su carácter de condicionantes, se manifiestan en el contexto formativo de la educación en el trabajo, determinando aquellos que se constituyen en aspectos de significación y esencia, y decidir cuáles acciones se asumen como válidas, para indicar la superación de las debilidades y la ponderación de las fortalezas.

La estrategia formativa se sustenta sobre el criterio que aportan la relación de lo clínico y lo asistencial mediado por lo humanista que da cuenta de la sistematización formativa clínico asistencial humanista en la formación de los residentes en Medicina Interna. Ambas se delimitan a partir de la regularidad que caracteriza

el proceso de formación de los residentes en Medicina Interna, para el logro de las metas y los objetivos propuestos para esta formación.

La relación de lo clínico y lo asistencial mediado por lo humanista marca las pautas del proceso de formación de los residentes en MI a partir de una formatividad que tiene su eje dinamizador como constructo a la sistematización formativa clínico asistencial humanista como base del desarrollo de lo ético-humanista en dicha formación, resaltando el camino a seguir en el propio desarrollo de este proceso, para gestar la dinámica clínico-asistencial-humanista del desempeño socio-clínico asistencial humanizado.

La relación de lo clínico y lo asistencial mediado por lo humanista representa los condicionamientos objetivos que propician esta formación profesional. Desde el reconocimiento de esta relación se preponderan las pautas para la comprensión de la realidad formativa que se estipula, la misma se forma sobre los condicionamientos objetivos de una cultura socio-clínico asistencial humanizado que tiene la impronta de la diversidad donde se expresan múltiples estándares, modelos, entre otros factores de gran significación en el orden de factibilidad y rigor científico, que explican la dinámica clínico-asistencial-humanista en la atención a los pacientes con VIH/sida para residentes de Medicina Interna.

La estrategia formativa en su desarrollo, debe propiciar una formación efectiva que condicione esta cultura en la residencia de Medicina Interna. En tal sentido ha de ponerse en práctica en los espacios necesarios para la aplicación de esta formación, que se establece en los niveles, como una condición necesaria y suficiente en la formación clínico-asistencial-humanista y conducen al establecimiento de una formación efectiva y atemperada a los derroteros de las Ciencias Médicas.

La formación clínico-asistencial-humanista para la MI, a partir de la dinámica de la misma, ha de ser concebida consecuentemente en la estrategia de formación de los residentes de Medicina Interna en la atención a pacientes que viven con VIH/sida, siempre que estén en una lógica donde la sistematización formativa clínico asistencial humanista conduzca a estadios superiores a la formación del médico internista.

La formación clínico-asistencial-humanista se considera como el nivel de desarrollo de la cultura de esta misma naturaleza en cada instante del tiempo y es síntesis de la lógica formativa para este especialista, relacionado con las ciencias en la formación del futuro médico internista en ejercicio, por lo que no constituye un estadio estático. Por el contrario, a cada momento, se enriquece, y que en su construcción y su pronóstico han de ser perseverantes con el proyecto académico de especialización donde se forman médicos internistas.

El contexto de la residencia para la formación clínico-asistencial-humanista ha de incidir sistemáticamente en esta formación de los residentes de Medicina Interna. Esto conlleva a que no se transforme casualmente, sino que se manifiesta como determinante en el ejercicio médico profesional como expresión de la educación en el trabajo, y la misma se impone desde dentro del proceso para lograr una efectiva formación profesional.

Es por ello, que esta formación clínico-asistencial-humanista se constituye en un puntal del proceso de transformación hacia el cambio de procedimientos en el proceso de formación de los residentes de Medicina Interna pues se tiene en cuenta la realidad formativa y el contexto de formación del médico internista.

Las relaciones dialécticas entre la sistematización formativa clínico-asistencial-humanista y la conceptualización de la estrategia de formación de los residentes de Medicina Interna en la atención a pacientes que viven con VIH/sida, condicionan el proceso formativo para hacerlo viable.

La estrategia para la formación de los residentes de MI se muestra en el Anexo 7. (Figura 2.2.1), la cual inicia con un diagnóstico y consta de premisas y requisitos, un objetivo estratégico, una etapa de sensibilización y una ejecutiva o de entrenamiento clínico (con dos momentos), las que están en correspondencia con las configuraciones y dimensiones del modelo propuesto así como un sistema de evaluación y control que permite retroalimentar constantemente la misma.

Diagnóstico: Permite analizar acerca del grupo de residentes en el cual se va a aplicar la estrategia, con el propósito de lograr el desarrollo exitoso de esta. El diagnóstico podrá efectuarse a través de diferentes vías,

entre las cuales se encuentran: análisis y discusión de un caso clínico, la realización de encuestas, entrevistas individuales, debates o talleres de reflexión.

Cualquiera de las técnicas que se utilicen deberá permitir obtener criterios acerca de la situación del grupo de residentes de Medicina Interna con relación a los conocimientos, habilidades y valores, así como sus motivaciones e intereses con relación a la atención integral a personas que viven con VIH/sida.

Los resultados obtenidos a través del diagnóstico permitirán identificar limitaciones, necesidades y potencialidades del médico internista, de manera que se pueda partir de conocimientos científicos viables, transformar las posibilidades en propósitos reales y las dificultades en momentos de realización concreta.

Este diagnóstico tiene un momento inicial, como se ha explicado, de búsqueda y exploración de necesidades formativas en Medicina Interna, y un segundo momento de concreción formativa del médico internista para intercambiar los resultados y hacer consciente la significación que para esta formación tiene la cultura clínico asistencial humanista y la puesta en práctica de las acciones concebidas en la estrategia para el desarrollo eficiente del desempeño socio-clínico asistencial humanizado.

Este diagnóstico parte de reconocer los siguientes pasos como indicadores de análisis:

- Niveles de desarrollo clínico asistencial de cada residente.
- Niveles de procedimientos metodológicos para el desarrollo de la atención a los pacientes con VIH/sida que estarán en correspondencia con los contenidos científicos del programa.
- Niveles de desarrollo de lo socio-clínico humanista.

En esta propuesta se recomienda diagnosticar todos estos niveles de manera sistémica e integradora. Este diagnóstico recomienda asumir un enfoque combinado entre ellas, a partir de que contribuiría a sistematizar lógicamente lo clínico asistencial humanista para lograr un mejor desempeño profesional.

Este diagnóstico tiene como consecuencia la existencia de **premisas y requisitos**, los cuales permiten que se delimite, a partir de las relaciones y regularidad que caracteriza el proceso de formación de los residentes de Medicina Interna, el logro de las metas y los objetivos propuestos para esta formación.

En correspondencia con lo antes expresado, se constituyen en **premisas** de la construcción de la estrategia:

- La existencia de políticas y proyecciones de la formación de los residentes en Medicina Interna como aspecto a tener en cuenta, en función de lograr una conducta clínica asistencial humanista.
- El Modelo de la dinámica clínica asistencial humanista de formación de los residentes en Medicina Interna.
- Las relaciones y la regularidad que a partir del modelo se revelaron.

La estrategia formativa permitirá la búsqueda de nuevas relaciones en función del desarrollo coherente del proceso formativo residencial, a la vez, de elevar el nivel de pertinencia de la atención a los pacientes con VIH/sida, con ello se garantiza la construcción de un contexto formativo adecuado para la formación del residente, de ahí que se requiere considerar los siguientes **requisitos**:

- La realización de un diagnóstico que permite identificar limitaciones, necesidades y potencialidades, de manera que se pueda partir de conocimientos científicos viables, transformar las posibilidades en propósitos reales y las dificultades en momentos de realización concreta.
- La conceptualización de la formación del residente como un proceso social, orientado a la construcción vivencial de conocimientos, experiencias, habilidades, destrezas, valores y valoraciones en el contexto hospitalario.
- La formación de los residentes, debe ser direccionada y supervisada por médicos-docentes con experiencia en el citado nivel educativo, lo cual eleva la calidad de la formación clínica asistencial humanista.

Las **premisas** y los **requisitos de la formación de los residentes** se constituyen en antecedentes de los procesos de transformación hacia el cambio de procederes en la formación clínico asistencial humanista. Las premisas no se transforman casualmente, sino que se manifiestan como determinantes del estudio del

contexto, y los requisitos se imponen desde dentro del proceso para lograr una efectiva formación. De ahí que se revele el **objetivo general**: en estructurar las formas pedagógicas de apropiación teórico-práctica de la formación clínico asistencial humanista, al considerar sus posibilidades y realidades constructivas y creadoras desde una lógica de la formación.

De ello se desprende la existencia una primera etapa:

I-. Etapa de sensibilización

Esta etapa parte del reconocimiento del contexto formativo y de la realidad del autodesarrollo y autorreflexión acerca de lo clínico asistencial humanista en los residentes en Medicina Interna, dicha etapa está en correspondencia con las relaciones y configuraciones dadas en el modelo, entonces esta estrategia se concibe desde este nivel ya que propicia la organización de un conjunto de acciones que van motivando la manera en que se transforma el proceso formativo desde la apropiación cultural continua sobre VIH/sida hasta la comprensión del diagnóstico y tratamiento del VIH/sida, relación que propicia un movimiento en lo formativo capaz de cualificar las bases sustantivas de la formación clínico asistencial humanista.

Las acciones que permiten la formatividad clínico asistencial humanista del médico internista en formación para este primer momento, concebidas para el primer año de residencia son las siguientes:

- Diagnosticar las necesidades culturales del médico internista en formación a partir del saber médico profesional en vínculo con el VIH/sida.
- Desarrollar el proceso de formativo de la cultura continúa sobre VIH/sida introduciendo contenidos de atención integral en salud que revelen el vínculo entre lo empírico y lo teórico.
- Problematicar situaciones de aprendizaje que incluyan el establecimiento de la atención holística a partir de lo clínico asistencial.
- Potenciar la formación de conceptos y procedimientos terapéuticos propios de las Ciencias Médicas.

- Aplicar las habilidades médicas profesionales para resolver problemas de salud en los pacientes con VIH/sida.

De igual forma es indispensable una segunda etapa, dado en:

II-. Etapa de entrenamiento clínico

En la misma se proyectan y ejecutan las acciones que permiten expresar cómo se da la relación entre la atención integral en el abordaje de las infecciones oportunistas y el desarrollo de las actividades clínico-humanista, donde se establece una concepción formativa fundada en una visión de proceso, en la cual ambas configuraciones condicionan lo metodológico, y representan una práctica formativa a partir del desarrollo de las acciones que conducen a perfeccionar la formación clínico asistencial humanista, considerando como fundamental a un eje integrador que se expresa en la lógica de la sistematización formativa clínico asistencial humanista.

De ahí que en este nivel se establezcan las relaciones dialécticas entre las configuraciones que propician la vía expedita de la significación y el sentido de lo clínico asistencial humanista como aspecto esencial que dinamiza la lógica formativa de los residentes en Medicina Interna. Es por ello que lo anterior se convierte en una necesidad latente y señalizadora del movimiento ascendente, en su carácter dinámico, cíclico y progresivo, durante los 3 años de especialización, al atravesar las áreas y los módulos con su contenido y programación docente que son indispensables en su desarrollo profesional, acorde con las etapas propuestas.

Anexo 7. (Figura 2.2.2).

Como consideración general es valedera la existencia de un programa de formación de la residencia en MI, pero sin obviar cuestiones significativas que se determinan en la investigación, la docencia y la administración. Por ello en este nivel se da el inicio del perfeccionamiento del proceso formativo de los residentes en Medicina Interna en la atención integral a pacientes que viven con VIH/sida desde la idea de relacionar la reflexión

pedagógica con las formas lógicas que cualifican la formación clínico asistencial humanista, resultante de una construcción teórica y práctica de carácter flexible, trascendente y creativa.

Estas relaciones en la estructura de la estrategia, como línea de continuidad del modelo, propician el establecimiento de las acciones formativas que se encaminan a dicha formación, las cuales se erigen en el potencial cognitivo de la formación de los residentes de Medicina Interna, por eso su determinación esencial estriba en potenciar el desarrollo de una sistematización formativa clínico asistencial humanista a partir de conformar bases epistemológicas, praxiológicas y metodológicas desde la relación de lo clínico y lo asistencial. Las acciones que permiten la formatividad clínico asistencial humanista para esta etapa son las siguientes:

- Elaborar estrategias formativas relacionadas con lo clínico asistencial y lo socio-clínico humanista para profundizar en el proceso de formación de los residentes.
- Identificar situaciones de aprendizajes reales, los problemas y las situaciones de salud en los pacientes con VIH/sida a partir de la aplicación de los contenidos clínicos asistenciales que contribuyan a revelar la lógica de la formatividad clínico asistencial humanista.
- Analizar situaciones de los pacientes con VIH/sida en el contexto hospitalario que requieren de elementos demostrativos de la relación de lo clínico asistencial y lo socio-clínico humanista.

Para lograr un desarrollo singularizado de esta etapa es válido reconocer dos fases que se estipulan en lo clínico asistencial y en la fase socio-clínica humanizada en la formación de los residentes.

- Fase clínico asistencial

Esta fase es de generalización profesional de los residentes de Medicina Interna. Desde esta perspectiva se evidencia la asunción de un desarrollo sistemático en la formación de los residentes que propicia un alto nivel de la práctica, a partir de la apropiación cultural continua sobre VIH/sida y la comprensión del diagnóstico y

tratamiento del VIH/sida. Las acciones que permiten ir generalizando la formación clínico asistencial para el segundo año de la residencia son las siguientes:

- Valorar y evaluar situaciones de los pacientes con VIH/sida bajo los diversos, diferentes y complejos síntomas del VIH/sida.
- Solucionar situaciones o problemas de salud en los pacientes bajo la existencia de verdaderos diagnósticos y tratamientos.
- Caracterizar el estado de salud de los pacientes con VIH/sida de un modo lógico que implique transformación permanente en los sujetos afectados.

- Fase socio clínico humanizada

Esta fase es de transformación y concreción del desempeño profesional de los residentes de Medicina Interna. Ello conlleva a la potenciación de una perspectiva que evidencia la asunción de un desarrollo sistemático en la formación de los residentes que propicia un alto nivel de la práctica, a partir de la atención integral en el abordaje de las infecciones oportunistas y el desarrollo de las actividades socio-clínico-humanista. Las acciones que permiten ir transformando la formación socio clínico humanizada en el tercer año de la residencia son las siguientes:

- Potenciar en la formación de los residentes de Medicina Interna desde lo socio clínico asistencial el desarrollo de saberes epistemológicos y praxiológicos sobre VIH/sida.
- Establecer nuevas relaciones teóricas y prácticas dadas en la cultura socio clínico humanista en un nivel práctico.
- Evidenciar un estilo de pensamiento médico en correspondencia con la cultura científico contemporáneo.

Sistema de evaluación y control

La **evaluación** de la estrategia, por su parte, transita en cada uno de sus estadios de desarrollo por la valoración de los resultados alcanzados en la integración de las diversas acciones, en correspondencia con

los indicadores planteados que permiten valorar las transformaciones de los residentes de Medicina Interna en formación, en relación con los niveles culturales y formativos establecidos.

Los **criterios de evaluación**, por ende, expresan relaciones de carácter esencial, que están presentes en la estrategia. Ello no significa que el reconocer un número de criterios de evaluación, constituya un constructo absoluto e inmutable y que en el desarrollo del proceso en cuestión, no sea posible considerar otros criterios de carácter más específico. Sin embargo la efectividad en la construcción de estos criterios depende de las relaciones esenciales que se expresan en el modelo. La evaluación de la estrategia debe ser inherente a la esencia integradora de los procesos de formación clínico asistencial humanista, sustentada en la regularidad que emana de las relaciones esenciales del modelo aportado en coherencia con la pertinencia, el impacto y la optimización de la formación profesional como expresión de la calidad del desempeño profesional.

Conclusiones del capítulo II

- A partir del modelo obtenido se sustenta lo que constituye el fundamento esencial para explicar el nivel e importancia de la formación de los residentes en Medicina Interna en el nivel de perfeccionamiento, desarrollo y desempeño, a partir del cual este direcciona la formación especializada, propiciando alcanzar un mayor nivel en atención integral a los pacientes que viven con VIH/sida.
- Se establece un sistema de relaciones dialécticas, que revelan la regularidad esencial expresada del proceso de formación de los residentes de Medicina Interna, que se constituye en esencia y sustento de la formación de una elevada profesionalidad por el desempeño que se alcanza.
- A partir de este modelo se logra el perfeccionamiento de la dinámica de formación de los residentes en Medicina Interna en la atención integral a pacientes que viven con VIH/sida, al concretarse en una estrategia, resultado de la interpretación realizada a partir de las consecuencias obtenidas en la práctica de las acciones formativas que sustentaron, desde lo empírico, las elaboraciones teóricas y prácticas aportadas.

CAPÍTULO III. CORROBORACIÓN DEL VALOR CIENTÍFICO DE LOS RESULTADOS ALCANZADOS

En el capítulo se exponen la valoración de los resultados obtenidos del aporte teórico y práctico de la investigación (modelo y estrategia, respectivamente), a través del desarrollo de dos talleres de socialización con especialistas; se corrobora además la pertinencia y factibilidad de la estrategia para la formación de los residentes de Medicina Interna en la atención a pacientes que viven con VIH/sida, en el Hospital General “Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso” de Santiago de Cuba, lo que permitió revelar el perfeccionamiento del proceso y mostrar sus principales resultados.

3.1.- Valoración de los aportes de la investigación, a partir de la realización de dos talleres de socialización con especialistas en VIH/sida

El primer taller de socialización con especialistas, se convocó con el **objetivo general** de valorar, corroborar y enriquecer, los aportes fundamentales de la investigación; y en el mismo participaron 10 especialistas pertenecientes al Hospital General “Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso” y profesores de la Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba.

Entre los participantes, tres (30%) cuentan con categoría docente de Profesores Titulares, siete (70%) son Auxiliares. De ellos, cinco (50%) cuentan con el grado científico de Doctores en Ciencias Pedagógicas, cinco (50%) el grado académico de Máster, además el 50% de los mismos cuenta con más de 20 años de experiencia en la asistencia y en la docencia, todos son graduados universitarios (100%).

Es plausible señalar que los especialistas fueron seleccionados por su experiencia profesional y docente, así como por su amplia trayectoria científica que los vincula con la temática que se investiga. Este elemento constituyó un aspecto esencial por el nivel crítico-valorativo aportado por los mismos, como contribución importante al desarrollo de las propuestas investigativas.

Este primer taller de socialización con especialistas sobre el modelo de la dinámica clínico-asistencial-humanista para la formación de los residentes de Medicina Interna en la atención a pacientes con VIH/sida y la propuesta de la estrategia, se puso en marcha a través de:

- Evaluación conjunta para colocar los resultados de la investigación en los niveles institucionales con respaldo de las máximas autoridades.
- Ejecución de un diagnóstico inicial que planteó indicios certeros sobre el conocimiento de los residentes en el manejo del VIH/sida y las infecciones oportunistas asociadas.
- La indagación de aproximaciones y diferencias en los criterios básicos referidos al modelo propuesto.
- El desarrollo del método clínico epidemiológico, a partir de la interpretación, las sugerencias y recomendaciones de los especialistas, en cuanto a la inclusión de los contenidos de la infección por VIH/sida en el manual de organización y procedimientos de las instituciones de salud.
- La evaluación de la factibilidad y la pertinencia de la estrategia propuesta para el logro de transformaciones del desempeño de los futuros especialistas de Medicina Interna, con relación a la atención integral de enfermos con VIH/sida.

En el taller se decidió por un método cualitativo, que inició por una breve exposición por el autor de la lógica de la investigación y de la dilucidación de los aportes, a partir de la entrega de un informe de los principales resultados alcanzados para su valoración crítica por parte de los especialistas convocados.

Los especialistas participantes, para viabilizar una comprensión eficiente, expusieron sus puntos de vistas desde el análisis de los resultados, los cuales debían servir de insumo a las instituciones para incorporar un

programa desde los planes de estudios de los residentes de las diferentes especialidades clínicas, no solamente de la institución participante, sino de otros escenarios docentes con iguales características de la institución objeto de estudio y que permita abordar las deficiencias relacionadas con relación al objeto y el campo de la investigación, y no obviar la orientación hacia el futuro.

Se realizaron siete preguntas, que fueron respondidas por el aspirante, lo que facilitó el análisis del resumen de tesis presentado, desde sus posiciones epistemológicas y mediante reflexiones y consideraciones consecuentes, a partir de los cuales se realizaron propuestas y recomendaciones para el perfeccionamiento de la investigación.

De este modo, los procedimientos metodológicos del taller fueron los siguientes:

1. Exposición oral de 30 minutos por el aspirante, frente al grupo de especialistas, en donde consideró ampliar el trayecto epistemológico de su objeto y campo y finalmente realizó un resumen detallado de los principales resultados aportados por la investigación.
2. Intercambio a través de la exposición de criterios valorativos (preguntas y respuestas) acerca de las principales fortalezas y debilidades de los aportes, así como sugerencias y recomendaciones para su perfeccionamiento.
3. La aplicación de una encuesta previa donde cada participante expresó sus valoraciones personales sobre diferentes aspectos de las propuestas presentadas por el investigador.
4. Se realizó una tormenta de ideas con los resultados del trabajo de cada especialista, con el fin de recoger en síntesis los diferentes criterios del informe sometido a consideración del colectivo.
5. La confección de un informe del proceso de socialización a través de la construcción reflexiva, opiniones y apreciaciones de los especialistas, el que fue aceptado por la totalidad de los participantes.

La **evaluación investigativa** de los resultados del encuentro científico presentado a los expertos, se direccionó a la aprobación de la propuesta investigativa, pues los indicadores fueron evaluados como apropiados, por el 100% de los consultados. (Anexo 8).

Sobre el valor de la propuesta:

- Tanto el modelo y la estrategia son pertinentes, en virtud de que responden a las exigencias y demandas que se hacen actualmente en materia de formación de residentes en la especialidad de Medicina Interna y a su vez, a imperativos que se han hecho en este sentido y que han sido propugnados a nivel de organismos nacionales e internacionales, que regentan la educación superior.
- La actualidad del modelo de la dinámica clínico-asistencial-humanista y su estrategia, reviste tal significación, por cuanto en las posiciones de avanzada en el campo de la Medicina Interna, se demanda el encontrar renovadas iniciativas que de manera intencional y sistemática, posibiliten el desarrollo de un profesional, que esté a la altura de los tiempos actuales.
- Evaluaron la existencia de una lógica coherente de la propuesta, reflejada en las dimensiones, a partir de las relaciones entre las configuraciones.
- Reconocieron que las ideas expuestas en la sistematización teórica y práctica realizada en relación con el tema, proponen la posibilidad de acceder a una propuesta pertinente según la problemática que se investiga.
- Se consideró significativa la propuesta para desarrollar la formación clínico asistencial humanista a nivel de quienes se forman durante la especialización, que esté a tono con las necesidades que impone el desarrollo de la ciencia y la técnica contemporánea.
- En las consideraciones elaboradas también se subrayó la novedad científica del modelo y la estrategia presentada. Esto se expresa por las revelaciones que se hicieron de algunas opiniones que estimaban de

un elevado nivel, las categorías presentadas y las relaciones encontradas y su argumentación correspondiente.

- Se reconoce en los participantes del taller, la validez de la construcción del modelo y la estrategia. Además de ello, se aprecia el valor científico de esta investigación, en términos de la rigurosidad en el tratamiento metodológico y en la relación que existe entre las sistematizaciones parciales, que se desarrollaron en el decurso de la investigación.
- La estrategia es factible en la medida que puede posibilitar en los residentes de Medicina Interna en formación, el ascenso a formas superiores del desempeño profesional. Esta posibilidad permitiría el ir superando una actuación que es habitual en la actualidad y que generalmente, se reduce a la experiencia sensible de los participantes.

Por lo que podemos plantear que la **valoración** de las propuestas investigativas se consideró adecuada, excepto en la valoración cuatro, donde un especialista la catalogó poco adecuada, teniendo en cuenta la disponibilidad de los recursos en otras instituciones hospitalarias. (Anexo 8).

Sobre las sugerencias brindadas:

- Ampliar y profundizar la discusión de la problemática que entraña la formación especializada en Medicina Interna y de modo particular, la formación profesional clínica y social de los residentes de Medicina Interna en la atención a pacientes que viven con VIH/sida.
- Analizar en el análisis histórico tendencial efectuado los indicadores propuestos, de manera tal que, una vez argumentados, revelen de forma lógica las tendencias en el objeto.
- Si bien se señala por parte del investigador una actitud crítica o de cuestionamiento ante una determinada orientación en el terreno de la Medicina Interna, así como se hace una interpretación del trayecto epistemológico en el objeto y en el campo de esta investigación, que reflejan una

reconstrucción de este conocimiento, conviene enriquecer su contenido no sólo desde la variedad y actualización de la literatura científica, sino también desde la argumentación científica.

Estas sugerencias y criterios enumerados se tuvieron en cuenta y se reconstruyó nuevamente el texto, después de la búsqueda de información y de la indagación en correspondencia con lo que se sugirió. Se hicieron los cambios pertinentes a partir de las sugerencias recibidas y se perfeccionaron el modelo y la estrategia.

Luego de los cambios realizados se volvió a someter a un segundo taller con una nueva ronda de especialistas. Este segundo taller de socialización, se convocó con el **objetivo general de** evaluar y de lograr un mayor nivel de concreción que permitiera consolidar los criterios y los aportes principales de la investigación, a partir del debate desde posiciones convergentes y divergentes, sugerencias y recomendaciones de los especialistas y corroborar la pertinencia del sistema de acciones expresadas en la estrategia, en el mismo participaron siete especialistas pertenecientes al Ministerio de Salud Pública y a la Dirección Provincial de Salud de Higiene Epidemiología y Microbiología de Santiago de Cuba y Especialistas del Hospital General “Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso” de Santiago de Cuba.

Entre los participantes presentes estuvo el Director del Instituto de Medicina Tropical “Pedro Kouri”, la Coordinadora Nacional de la atención de pacientes con VIH/sida perteneciente al Departamento Nacional de ITS/VIH/sida del Ministerio de Salud Pública de Cuba, Especialista de Medicina Interna y Master en Enfermedades Infecciosas, también participó la Jefa del Departamento de ITS/VIH/sida de la Provincia de Santiago de Cuba, Especialista de I Grado en Higiene y Epidemiología y Master en Salud Pública, así como dos Licenciados ambos Master en Salud Pública, que dirigen la línea de apoyo de personas que viven con VIH/sida y la línea de hombres que tienen sexo con otros hombres, y por parte de la institución hospitalaria “Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso”, dos especialistas en I y II Grado de Medicina Interna, Máster

en Enfermedades Infecciosas y Profesores Auxiliares de Medicina Interna, todos son graduados universitarios, con más de 20 años en la asistencia y en la docencia.

El taller se inició con la exposición oral del aspirante ante el grupo de especialistas, por un tiempo de 30 minutos, sintetizando los principales resultados aportados, abordó las relaciones esenciales, configuraciones y dimensiones del modelo de la dinámica clínico-asistencial-humanista y la estrategia para la formación de este profesional, facilitando una valoración crítica a través del intercambio y de las intervenciones de los participantes, en un clima agradable en el que se estableció un diálogo constructivo, donde primó la ética científica, formulándose diversos criterios, proposiciones y recomendaciones sobre los aportes expuestos. Las valoraciones de los especialistas, como resultado del proceso de socialización, fueron grabadas inicialmente a través de una entrevista no estructurada y luego se escribieron en un informe, el cual fue aprobado por los presentes.

A continuación se listan los principales puntos de vista sobre la pertinencia de las propuestas:

- El modelo y la estrategia dan una respuesta acertada a las exigencias que demanda la especialización en Medicina Interna y están en correspondencia con los requerimientos que demanda el futuro ejercicio de la profesión y a la atención a enfermos con VIH/sida y sus complicaciones.
- Consideraron que las dimensiones reveladas son expresión de las relaciones entre sus configuraciones y que garantizan el modelo propuesto, demostrando la lógica y el camino dialéctico dotado de coherencia y racionalidad en los juicios y conceptos aportados.
- El modelo y la estrategia propuesta, aportan a la necesidad que tienen los residentes de contar con alternativas efectivas, que permitan superar el desempeño profesional en la especialidad.
- Manifiestan que es necesario que haya una generalización en la apropiación de este modelo y la estrategia para dinamizar indistintamente los contenidos del programa de especialización de Medicina Interna que están orientadas principalmente a este propósito.

- Revelan que es necesaria la generalización del modelo y la estrategia en la medida que estos se conviertan en un cometido principal en la formación especializada de los residentes de Medicina Interna, lo que haría un mayor significado y sentido de pertenencia en la comunidad científica de la especialidad de Medicina Interna.
- Enfatizaron, además que las acciones propuestas en la estrategia para lograr la formación de los modos de actuación de los residentes y con ello la transformación del desempeño socio-clínico asistencial humanizado, están dirigidos a potenciar el desarrollo individual de cada residente y a comprometerlos más con su proceso formativo.

Los aspectos presentados denotan los criterios positivos (100%) en los especialistas que fueron seleccionados para responder a la entrevista (Anexo 9). Lo que permite mantener que se logró el objetivo general propuesto en el taller de socialización con los especialistas, encaminado a evaluar y concretar el valor científico y la pertinencia del modelo y la estrategia propuesta.

También se evidenció a partir de las argumentaciones utilizadas en ciertas respuestas que los resultados obtenidos connotaron el criterio científico de profesionales que dominan la temática y de otros que están comprometidos directamente en el proceso formativo, todo lo cual propicia el perfeccionamiento de las propuestas y el logro de un profesional de nuevo tipo en la sociedad contemporánea. Se continuó con la perfección y se enriquecieron los aportes científicos, lo cual permitió pasar a una nueva etapa, que se concretó en poner en práctica la estrategia.

3.2-. Ejemplificación de la aplicación de la estrategia para la formación de los residentes de Medicina Interna en la atención integral a pacientes que viven con VIH/sida

La estrategia para formación de los residentes de Medicina Interna en la atención a pacientes que viven con VIH/sida, es el resultado de la interpretación y sistematización de experiencias del investigador en el campo de las ciencias clínicas y el campo de las enfermedades infecciosas, tanto en la práctica clínico

asistencial como internista, como en el quehacer docente investigativo, que como fuente de obtención de conocimiento científico, permitió la construcción de la estrategia y la corroboración del modelo teórico aportado.

La ejemplificación de la aplicación de la estrategia, se desarrolló en un grupo de seis residentes de la especialidad de Medicina Interna pertenecientes al Hospital “Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso” de Santiago de Cuba, desde el primer año de residencia transitando por las dos etapas de la estrategia teniendo en cuenta las acciones y el contenido teórico-práctico a desarrollar en cada año de residencia relacionado con el VIH/sida. La selección de los residentes obedeció a los siguientes criterios:

- Necesidad de implementar la atención integral a pacientes con VIH/sida y las infecciones oportunistas asociadas con fines diagnósticos y terapéuticos.
- Objetivos enunciados en el plan de estudios de la residencia de Medicina Interna, que delimitan las habilidades específicas a desarrollar durante su formación.
- Nivel de concientización de las necesidades académicas y profesionales de los residentes.

Los anteriores criterios encuentran posibilidades para su realización. Sin embargo, en el acontecer histórico, han existido intentos aislados para asumir este desafío y se ha reconocido la necesidad de una formación de este tipo, teniéndose, además, la voluntad académica para lograr tales propósitos; pero sin materializarse. La estrategia se orienta a la necesidad de desarrollar una formación profesional integral y se concreta su aplicación en los períodos académicos en que transita la residencia, articulándose en las áreas y los módulos establecidos según el programa de especialización en Medicina Interna.

DIAGNÓSTICO:

Se realizó un diagnóstico inicial en el curso 2015-2016, el cual coincide con el inicio de la especialización, a los cuales se les indicó la presentación y discusión diagnóstica de un caso clínico con diferentes situaciones de salud a cada residente para el análisis y discusión del problema planteado, el propósito estuvo encaminado

en realizar una valoración y un análisis integral del caso, aplicando el método clínico epidemiológico. La evaluación de los casos clínicos se realizó a través de una guía de observación de actuación profesional elaborada por el investigador, el diagnóstico de esta evaluación reveló insuficiencias y limitados conocimientos y habilidades en los residentes examinados en los modos de actuación según los rangos de las calificaciones realizadas, en el cual el desempeño profesional fue poco adecuado con relación a la atención médica integral del VIH/sida y las infecciones oportunistas, así como el tratamiento terapéutico altamente efectivo en el desarrollo de su actividad profesional, (Anexo 10), de igual forma se correlacionó la información con los resultados de la encuesta inicial de los residentes corroborándose las mismas insuficiencias en un 83.3% y 66.6% respectivamente antes de aplicar la estrategia. (Anexo 11. Ver tabla 3).

Es criterio del investigador que los contenidos del plan de estudio de la residencia no se articulan adecuadamente con el contexto de formación práctica. Igualmente se pudo apreciar una adecuada integración y relaciones personales entre los residentes, mostrando una buena disposición y motivación por asumir y enfrentar los retos presentes en el proceso de formación profesional en cuanto a sensibilización y concientización de enfrentarse a una enfermedad infecciosa y letal, que no tiene cura definitiva y cuyo pronóstico final es la muerte. Todo esto los situaba en un entorno propicio de asimilar las acciones propuestas en la estrategia. Para ellos se determinaron las premisas y los requisitos como vía de aplicación.

PREMISAS:

- . Apropiaada proyección y planificación de la formación de los residentes en Medicina Interna como aspecto a tener en cuenta, en función de lograr una conducta clínica asistencial humanista.
- . Limitada preparación de los residentes en el proceso clínico asistencial humanista en Medicina Interna.
- . Apropiaada relación entre la práctica clínica formativa en el desempeño socio-clínico asistencial humanizado.
- . Ausencia de contenidos formativos con sentido social sobre el VIH/sida para el desarrollo cultural socio-humanista de los residentes.

REQUISITOS:

- Disponibilidad y preparación para realizar un diagnóstico oportuno y adecuado a los pacientes con VIH/sida e infecciones oportunistas.
- Asegurar la constante preparación científica y profesional para la construcción vivencial de conocimientos, experiencias, habilidades, destrezas, valores y valoraciones en el contexto hospitalario.
- Asegurar la supervisión y el control por médicos-docentes la formación clínica asistencial humanista de los residentes durante la educación en el trabajo.

OBJETIVO ESTRATÉGICO:

- Orientar un sistema de acciones teórico-práctica para la sensibilización, entrenamiento clínico y evaluación en la formación clínico asistencial humanista de los residentes de Medicina Interna en la atención integral a pacientes que viven con VIH/sida.

Todo lo cual garantiza aquellas acciones que permitirán responder a las necesidades e intenciones de estos profesionales, en relación con la formación que deben lograr para que estén en condiciones de resolver desde la lógica de un proceso formativo, los problemas de la práctica clínica en el contexto laboral donde se desempeñan.

Construcción de la transformación del desempeño socio clínico-asistencial humanizado en Medicina Interna

La aplicación de la estrategia se llevó a cabo en el servicio de Medicina Interna del Hospital General “Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso”, de Santiago de Cuba, en la cual participaron los residentes seleccionados. En este proceso se parte de una valoración del entorno formativo de los mismos donde existe insuficiencias y limitaciones en la formación de los contenidos teórico-prácticos sobre la atención clínica integral a los enfermos con VIH/sida, ya que en el programa de especialización viene concebido como tema de estudio y evaluación en el tercer año de la residencia, por lo que no se le da importancia a la parte práctica en cuanto a

todas las manifestaciones clínicas de las infecciones oportunistas y su tratamiento así como el contenido humanístico y social que lleva implícito este tema como complemento para su formación integral. Señalar que los residentes desde su comienzo en el régimen de residencia están observando y manejando pacientes con sida desde el cuerpo de guardia, sin un amparo teórico práctico, solo con los contenidos del pregrado.

Relaciones importantes: la sistematización formativa clínico asistencial humanista, gestado en un vínculo entre la atención integral en el abordaje de las infecciones oportunistas y el desarrollo de las actividades clínico humanista, de donde emerge como síntesis la práctica clínica formativa no discriminatoria.

La regularidad esencial reconoce que la dinámica de la transformación del desempeño socio clínico-asistencial humanizado y su sistematización, se constituyen en esencia y sustento para la práctica clínica formativa no discriminatoria, que se concretan teniendo en cuenta los siguientes indicadores para comprobar las transformaciones en los residentes de Medicina Interna:

1. Desarrollo del desempeño socio clínico humanizado del residente de Medicina Interna.
2. Desarrollo de la actualización de los contenidos teóricos y prácticos.
3. Desarrollo de la transformación y la generalización de la formación profesional de los residentes.

En tal sentido, se opta como formas organizativas el entrenamiento clínico profesional que se articula mediante, tres cursos de postgrados (conferencias especializadas, pases de visita, discusión de casos) y la autopreparación profesional, por lo que para corroborar la factibilidad de la estrategia propuesta como síntesis praxiológica del modelo teórico, se realizó una aplicación a través de la implementación del curso de superación para residentes de Medicina Interna, titulado “Curso sobre atención integral del VIH/sida e infecciones oportunistas asociadas en la atención secundaria de salud con proyección comunitaria”, contenido del Módulo No. 12: Enfermedades Infecciosas, del Plan de Estudio y Programa de la Especialidad de Medicina Interna, con la finalidad de trazar una lógica formativa sustentada en la preparación en materia de VIH/sida y las infecciones oportunistas asociadas durante la formación de estos profesionales en cada año de residencia.

Se selecciona el curso de superación para residentes de Medicina Interna por ser impartido por el autor de la investigación y por permitir desde su sistema de conocimientos, viabilizar la instrumentación de la estrategia propuesta a partir del contenido relacionado con la cultura clínico asistencial humanista vinculado con los enfermos de VIH/sida en la práctica clínica formativa no discriminatoria; las necesidades e intenciones de los residentes de Medicina Interna en el curso estuvieron dirigidas a la orientación didáctica para potenciar el proceso de formación en el ejercicio de la profesión.

Una vez concluido el proceso de intervención el análisis estadístico de los datos se llevó a cabo en el programa SPSS versión 21.0. Fueron calculados porcentajes como medida de resumen para las variables cualitativas. Para identificar asociación estadísticamente significativa entre los diferentes dominios (preguntas) antes y después de la intervención educativa fue aplicado el test no paramétrico para muestras apareadas Ji al cuadrado de McNemar. En caso de valores esperados pequeños, se llevó un ajuste mediante la distribución de probabilidades binomial. *Estadígrafo de prueba:*

$$\chi^2 = \frac{(|b - c| - 1)^2}{b + c}$$

Fue rechazada la hipótesis nula (H_0) de “no asociación” o “no cambios” en la respuesta, posteriores a la intervención, cuando la probabilidad obtenida con los datos aportados por la muestra analizada, de ser cierta H_0 , fue inferior al nivel de significación prefijado ($\alpha = 0,05$).

La complementación de los cursos se realizaron a través de las diferentes etapas de la estrategia para la formación de los residentes de Medicina Interna en la atención a pacientes que viven con VIH/sida como mediador social, en tal sentido se precisó lo siguiente:

ETAPA DE SENSIBILIZACIÓN

Esta etapa se inició en el primer año de residencia en el curso 2015-2016 con los residentes seleccionados, la cual tiene como objetivo sensibilizar, concienciar, y preparar a los residentes de Medicina Interna acerca de la

importancia del VIH/sida por la connotación social y clínico-epidemiológica de la región y el desarrollo de acciones propias de la educación en el trabajo desde el punto de vista diagnóstico y terapéutico, psicológico, nutricional así como el componente educativo. Se aplicaron algunas técnicas de dinámica de grupo para favorecer el intercambio docente desde el punto de vista teórico y práctico como: lluvia de ideas, reflexionando sobre el género, reflexionando sobre las preferencias sexuales, definición de sexualidad y temas muy sensibles que se direccionaron a la no discriminación y a la no estigmatización de los enfermos con VIH/sida, así como temas relacionados con la transexualidad, homofobia, transfobia y su integración social en el contexto actual de la sociedad cubana.

Aplicada la encuesta de conocimientos desde el diagnóstico inicial como parte del análisis de las necesidades se realizó una entrevista, en aras de conocer sus intereses y motivaciones por los contenidos relacionados sobre el VIH/sida y el abordaje de las infecciones oportunistas asociadas que les permitieran actualizarse en su labor profesional. En ambos casos se detectaron desde el diagnóstico insuficiencias en cuanto a los conocimientos teóricos y prácticos en el manejo médico, manifestando así su interés por dominar estas temáticas que estuvieran en correspondencia con estas áreas del saber de la práctica clínica.

En esta etapa de igual forma se enunciaron los contenidos de los cursos y los objetivos de los temas por año como orientación didáctica, organizado de la siguiente forma: el programa del curso con los objetivos formativos generales para las cinco unidades diseñadas; el contenido por temas de cada unidad y el sistema evaluativo, contentivo de la participación sistemática de estos residentes en la elaboración de historias clínicas y discusiones de casos propios de la práctica clínica, tales como, presentaciones de casos reales durante los pases de visitas, en la entrega de guardia y en la sala de emergencia y urgencia médica, en las que se manifieste el aspecto del desempeño socio clínico-asistencial humanizado en la práctica clínica formativa no discriminatoria como parte de los contenidos formativos recibidos en el curso.

Los contenidos declarados en el primer año de residencia fueron los siguientes: 1. Epidemiología de las VIH/sida en Cuba y en el mundo. Generalidades. 2. Impacto ante el diagnóstico y Comunicación, 3. Bioseguridad. 4. Componente Educativo: Prevención y Prácticas de Riesgo. Sexo Seguro. 5. Ética y Legalidad.

La participación sistemática en la elaboración de los instrumentos clínicos (historia clínica y discusión diagnóstica de cada caso), se convierte en el eje integrador para el estudio individual del contenido clínico epidemiológico asistencial humanista en enfermos con VIH/sida y está en correspondencia con la problemática epistemológica y praxiológica de las tendencias formativas contemporáneas, y su revelación en el contexto profesional donde se desempeña cada residente. Dicha evaluación debe ser significativa del diagnóstico del problema científico evidenciado en el contexto profesional, su indagación teórica y la propuesta de soluciones didácticas y clínicas de acuerdo con las condiciones del entorno formativo en que se inserta.

La evaluación final es síntesis de la relevancia social de los contenidos clínicos de las cinco unidades del programa: la formación en valores para atender las necesidades de los residentes de Medicina Interna en la práctica clínica formativa no discriminatoria; la apropiación de la cultura continua sobre VIH/sida y los saberes diagnósticos terapéuticos y preventivos en el contexto de la práctica médica. Estos contenidos se fueron ajustando a las necesidades e intenciones profesionales de los residentes.

En tal sentido:

- Se planificaron y organizaron las formas organizativas a través de las cuales se desarrollarían las actividades docentes del tema, en la modalidad semipresencial, en el horario de la tarde con apoyo de jefe de servicio de Medicina Interna y el departamento docente de la institución.
- Se seleccionaron las distintas situaciones de salud para desarrollarlas de forma presencial y para autopreparación, a través de las propuestas formativas que contiene el Plan Estratégico Nacional para la prevención y el control de las ITS y el VIH/sida.

- Se determinó utilizar el método clínico epidemiológico en la solución problémica en el desarrollo de las actividades docentes.
- Se planificó y organizó el trabajo independiente de los residentes, lo cual incluyó la preparación de revisiones bibliográficas de la literatura nacional y foránea, con orientación a sitios especializados con información valiosa que se les recomendó revisar.
- Se planificó y organizó una evaluación sistemática, para el transcurso de los temas, de modo que permitiera ir detectando el cumplimiento de los objetivos del mismo, así como la significación profesional que iba adquiriendo en VIH/sida e infecciones oportunistas.

ETAPA DE ENTRENAMIENTO CLÍNICO

Esta etapa se desarrolló en el segundo y tercer año de la residencia respectivamente, dividida en dos fases: la clínico asistencial (segundo año) y la socio-clínica humanística (tercer año) las cuales están en plena correspondencia con las dos dimensiones del modelo.

En el curso 2016-2017 se planificó la primera fase clínico asistencial, y la segunda fase se planeó en el curso 2017-2018. Para la implementación de los cursos, se utilizó como guía el método clínico epidemiológico en la solución de los problemas desde la educación en el trabajo.

De tal forma que los aspectos definidos se conviertan en cada nivel de la estrategia en fundamentos de carácter clínico metodológico, que orientan el camino a seguir para lograr la formación clínico-asistencial humanista en la atención a los pacientes con VIH/sida para residentes de Medicina Interna, la misma se alcanza mediante la consecución lógica de sus niveles entendidos como dos fases diferentes pero vinculadas necesariamente entre sí. Cada una de las fases revela características específicas que diferencian el cómo se realiza este proceso formativo, siempre atendiendo a las particularidades y necesidades formativas de los residentes y del contexto científico de la práctica clínica formativa en el que se forman. La formación clínico-asistencial humanista en los residentes, se hace entonces a partir de atender aspectos docentes que

consideren la organicidad, sistematicidad y coherencia como criterios sustantivos del desarrollo de un pensamiento clínico epidemiológico que supere la visión fragmentada, rígida y lineal de este proceso, hacia un pensamiento clínico epidemiológico más integral, cíclico y dinamizador.

Las acciones sistematizadas que se van organizando a través de la estrategia, configuran la dinámica de la formación clínico-asistencial-humanista en los residentes y se van reflejando en los diferentes momentos que en cada uno de las fases en que se insertan. Todo lo cual se concibe como una unidad que se direcciona en cada nivel.

La ejemplificación de la aplicación de la estrategia para la formación de los residentes de Medicina Interna en la atención a pacientes que viven con VIH/sida, se continuó con los residentes seleccionados desde el primer año de residencia, el mismo se llevó a cabo mediante un intercambio que se realizó entre estos y los especialistas seleccionados para impartir el curso. En este intercambio inicial se explicaron los objetivos del entrenamiento clínico y la necesidad que impone la actualización y la apropiación de un contenido que a juicio del investigador es de vital importancia por el impacto social y la elevada morbilidad y mortalidad que representa esta enfermedad en el país y la provincia de Santiago de Cuba.

El intercambio se realizó sobre la base del diagnóstico que, como primer momento de la estrategia, permitió identificar las insuficiencias y necesidades formativas de los residentes.

El investigador de esta tesis revisó el programa, además de que observó y participó en actividades de carácter metodológico, con el objetivo de identificar, las limitantes que debían ser atendidas. A partir de estas consideraciones se valoró la instrumentación de la estrategia por las fases concebidas:

FASE CLÍNICO-ASISTENCIAL

El **objetivo de la fase clínico-asistencial** para la formación en VIH/sida es la de aportarles a los residentes de Medicina Interna todos los conocimientos acerca de esta enfermedad desde el punto de vista clínico-epidemiológico, social y cultural, creando las bases para un satisfactorio desempeño profesional, establecer

hábitos, desarrollar un sistema de conocimientos, habilidades, valores y modos de actuación acorde al encargo social.

Este objetivo se perfila ante la necesidad de la formación clínico-asistencial-humanista en los residentes, capaz de responder a los imperativos socio-humanistas y de la definición de los procesos asistenciales que sean la base de la formación desde el punto de vista de la epidemiología clínica que relacione lo socio-clínico y lo asistencial humanizado.

ACCIONES:

- Se realizaron debates y discusiones de temas de actualidad científica y profesional correspondiente al síndrome de inmunodeficiencia adquirida y las infecciones oportunistas asociadas.
- Se impartieron temas relacionados con atención clínica de los enfermos y las embarazadas.
- Se analizó el contenido de la situación de salud presentada según diferentes casos clínicos.
- Analizaron las situaciones problemáticas relacionadas con los escenarios de atención integral de las embarazadas con VIH/sida y la conducta del niño recién nacido.
- Integraron los contenidos recibidos en la etapa de sensibilización con los nuevos a adquirir reflejados en la situación, determinando su relación.
- Se orientó el trabajo independiente de manera que los residentes aplicaron las habilidades de análisis, síntesis, comparación, reflexión, argumentación y otras, para resolver problemas de su realidad profesional.

Se realizó el curso, seis discusiones de casos, seis pases de visitas en los cuales se logró formar, de manera intencional y sistematizada, la incorporación de nuevos conocimientos. Las actividades de la estrategia se integraron a las acciones de formación curricular desde el punto de vista clínico epidemiológico establecido en el programa de especialización. Los contenidos seleccionados fueron los siguientes: Manejo clínico y de laboratorio. Pruebas inmunológicas y virológicas. Enfermedades Oportunistas. Diagnóstico y tratamiento y su

seguimiento en la comunidad. Radiología en el SIDA. Complejo Bucal y SIDA. Manejo de la paciente obstétrica especial relacionado al VIH. Manejo terapéutico y nutricional en adultos y adolescentes. Adherencia. Todas estas temáticas impartidas permitieron enriquecer la cultura clínico asistencial de los residentes de Medicina Interna y facilitar la capacidad de análisis y apreciación concreta de los mismos. Se debatieron diferentes casos clínicos, se tuvo en cuenta las experiencias y se realizaron valoraciones prácticas desde el diagnóstico y la terapéutica altamente efectiva desde diferentes puntos de observación. Se vincularon las actividades teórico y prácticas del actuar clínico asistencial, que potencien el desarrollo de la cultura social y humanista en el desempeño socio clínico-asistencial en la etapa de especialización en Medicina Interna.

Como parte de esta evaluación, el profesor solicitó y valoró el criterio de los residentes acerca del trabajo con los recursos y actividades disponibles en el curso, las que fueron seleccionadas para acometer las situaciones de salud propuestas. En este caso se les planteó realizar en una hoja lo positivo, lo interesante y lo negativo, con su apreciación acerca de esta primera parte de la actividad, qué aprendieron de ella y qué opinan sobre la estrategia llevada a cabo en su proceso formativo en cuanto al VIH/sida, en particular la aplicabilidad del método clínico epidemiológico y la enseñanza problémica.

Algunos de los criterios obtenidos mediante, el test lo positivo, lo interesante y lo negativo resultaron ser los siguientes:

Lo positivo: Actualización y novedad de los temas, el valor social y humanista en la atención médica y su repercusión en la familia y la comunidad, la realización de diagnósticos diferenciales desde diferentes posiciones clínicas contextuales. **Lo interesante:** las nuevas temáticas introducidas en el curso: bioseguridad, embarazo y VIH/sida, legalidad y sida; los escenarios de atención integral de la embarazada con VIH/sida y el recién nacido. **Lo negativo:** estos temas debieron ser impartidos desde el pregrado.

FASE SOCIO-CLÍNICA HUMANÍSTICA

La fase socio-clínica-humanística se desarrolló en el tercer año de la residencia, la cual contribuyó a un constante perfeccionamiento de su proceso formativo a partir de la introducción, implementación y aplicación de opciones que posibiliten solucionar problemas de índole social asociados con su futura profesión, propiciando el desarrollo y la transformación del contexto comunitario y que incidan en su transformación como futuro profesional en la práctica clínica.

El **objetivo de la fase socio-clínica humanística** para la formación en VIH/sida es la orientación en la atención integral sobre dicha enfermedad, con vistas a una adecuada ejecución del ejercicio profesional clínico asistencial en contexto en el abordaje de las infecciones oportunistas de los residentes de Medicina Interna y el logro de una práctica clínica no discriminatoria del internista con una visión socio-comunitaria.

Este objetivo apunta a la elaboración de acciones de superación profesional de diferentes niveles sobre la base de la integración e interacción del desempeño socio clínico-asistencial humanizado desde profundizar en la sistematización formativa clínico asistencial humanista, en correspondencia con el desarrollo de las Ciencias Pedagógicas y las demandas sociales y educativas de la profesión médica.

ACCIONES:

Se delinearon acciones de trabajo para la actualización de los residentes, lo que incluyó:

- Se modelaron casos con situaciones complejas y multisistémica, los cuales fueron solucionados de manera diferente por los residentes.
- Se propició en las clases y en otros espacios formativos la búsqueda y valoración crítica de los contenidos aprendidos.
- Se efectuaron acciones docentes clínicos asistenciales donde se desarrollaron las habilidades prácticas en educación en el trabajo, sobre todo en los pases de visitas y en la consulta externa sustentadas en diagnósticos clínicos hermenéuticos y decisiones terapéuticas hacia la atención primaria de salud.
- Se realizaron discusiones de casos a nivel institucional con una visión clínico interpretativa y reflexiva.

El contenido a socializar en el tercer año de residencia, estuvo enmarcado en las diferentes formas de las condiciones de vida en el contexto hombre-sociedad-naturaleza, por lo que se desarrollaron las siguientes actividades: Promoción de salud y la prevención según el contexto donde se encuentre (teniendo en cuenta los indicadores de salud); promover la participación activa en la población de riesgo y los de mayor vulnerabilidad (cambios conductuales y estilos de vida adecuados) basados en la responsabilidad y la solución de sus problemas; participar en la planificación estratégica y en la intervención comunitaria desde lo clínico, lo asistencial y lo social como un instrumento de control del trabajo comunitario futuro.

La **evaluación de la estrategia** se establece en un subproceso en sí misma, y se tuvieron en cuenta los patrones de logros más trascendentales para evaluar el proceso en los diferentes estadios establecidos. Estas evaluaciones permiten contribuir al desarrollo de los cambios más significativos en la especialidad, que no pueden ser interpretados desde una mirada fragmentada dado que sus políticas y acciones tienen que integrarse en un todo, por tanto los procesos formativos desde el punto de vista clínico epidemiológico y clínico asistencial humanista tendrán que ir aparejados para lograr una formación integral y holística del especialista.

Los temas abordados sobre el sida y las infecciones oportunistas asociadas en las diferentes formas de organización de la enseñanza y el programa de especialización constituyen, al respecto, el eje integrador de estos dos momentos en su implementación, los cuales, entonces, han de trascender para lograr la integración de todo el proceso, por lo que de manera horizontal articulan los eslabones de los diferentes subprocesos y con ello la integración de todo el quehacer de la especialidad para lograr una transformación totalizadora, como se observa en el Anexo 11 (ver tabla 3 y gráfico 3.2.1), cuyos resultados fueron satisfactorios en el desempeño de los seis residentes, a pesar de la valoración estadística que evidenció para los dominios de este cuestionario solo diferencias estadísticamente significativas para las preguntas seis y siete, en relación con el conocimiento antes de la intervención educativa y después de la misma (prob.=0,031), el dominio ocho

obtiene resultados no significativos a pesar que hay diferencias en el resultado final, todo cual se justifica por la existencia de un tamaño muestral pequeño, no obstante queda demostrado la adquisición de habilidades teórico-prácticas en la atención integral a enfermos con VIH/sida después de la aplicación de la estrategia.

Al final de cada fase se definieron los siguientes **patrones de logros**:

1. Se logró que el ciento por ciento de los residentes adquiriera los conocimientos básicos sobre la atención a los pacientes con VIH/sida y desarrollaran las habilidades necesarias para vincularlos a los modos de actuación de esta enfermedad.
2. Se logró un diagnóstico clínico epidemiológico certero y oportuno, de todos los casos evaluados en el Servicio de Medicina Interna, en el Servicio de Urgencia y Emergencias Médicas a partir de la sistematización formativa clínico asistencial humanista y el desarrollo de la sensibilidad humana y no discriminatoria desde los aspectos relacionados con la bioética clínica.
3. Se demostró que la comprensión del diagnóstico oportuno y tratamiento eficaz del VIH/sida y sus complicaciones asociadas, es una necesidad importante en el reconocimiento de la formación clínico epidemiológica como cualidad indispensable que debe tener un internista en su actuar profesional.
4. Se reveló un dominio cultural, universal y contextualizado del VIH/sida y se logró que un 100% de los residentes mostraron mayor creatividad desde la práctica.
5. Lograron identificar los grupos de estudios en algunos pacientes con síntomas presumibles de VIH/sida en cuerpos de guardias y en pacientes hospitalizados, implementando acciones terapéuticas con los mismos.
6. Aplicaron creativamente los conocimientos y los procedimientos en el abordaje del VIH/sida y las infecciones oportunistas, desarrollando una actitud de compromiso y responsabilidad profesional socio-humanista en la atención integral de estas personas y su familia.
7. Desarrollaron destrezas y juicios clínicos, para emitir diagnósticos y medidas preventivas, nutricionales y psicológicas, de adherencia al tratamiento al VIH/sida con la participación de expertos.

8. Logran articular en su desarrollo profesional la atención especial de la embarazada según los diferentes escenarios en los que se presenta la gestante infectada por el VIH.
9. Desarrollaron habilidades en cuanto a la bioseguridad y el manejo de la exposición ocupacional al VIH.

EVALUACIÓN DE LA ESTRATEGIA.

Para evaluar la estrategia, se partió del criterio de que la misma se proyecta hacia los diferentes espacios formativos de los residentes y tiene en cuenta los componentes de este proceso: la asistencia, lo investigativo, la docencia y la administración, por lo que la valoración y evaluación de esta estrategia no se hace de modo circunstancial, sino que se integra con los diversos procesos, en tanto sus acciones están dirigidas a la transformación de los residentes en la adquisición de conocimientos. La evaluación de los resultados obtenidos en la transformación del desempeño socio clínico-asistencial humanizado, se pudo constatar:

- Los residentes afirmaron haber logrado en forma frecuente y permanente los recursos teóricos y prácticos en el manejo de los enfermos con VIH/sida a través del método clínico epidemiológico en el desempeño de la práctica clínica a través de protocolos, las guías de buenas prácticas y las experiencias de los especialistas.
- Lograron implementar acciones clínicas asistenciales que generaron el debate y el análisis crítico reflexivo en las discusiones de casos complejos; manifestaron por su parte manejar con certeza la cascada clínico terapéutica en el abordaje del VIH/sida y sus complicaciones.
- Los residentes mostraron resultados académicos favorables a partir de saber reconocer y establecer el sistema de acciones autoformativas adecuadas para el trabajo y el estudio independiente.
- Manifestaron conocer la existencia de un sistema clínico organizacional de su proceso formativo asistencial que les permitió aprovechar las potencialidades de su contexto formativo personal, institucional y social.
- Los residentes evidenciaron autonomía profesional en los debates e intercambios establecidos al mostrar posiciones críticas y reflexivas sobre los temas seleccionados.

Una evaluación particular de cada una de las etapas se expresa a través de las siguientes manifestaciones:

- Evaluación de la práctica clínica profesional para identificar si se ha producido un cambio en la concepción e implementación del proceso por parte de los residentes, que se refleje en un análisis integral y reflexivo.
- Evaluación de la atención del VIH/sida y el abordaje de las infecciones oportunistas en los residentes.

En sentido general, la evaluación de la estrategia es un proceso que comenzó desde la propia concepción y diagnóstico de la misma, hasta la aplicación y valoración de sus resultados, dirigidos a lograr una transformación del desempeño socio clínico-asistencial humanizado. De tal forma la valoración de la estrategia siempre estuvo en dependencia de la evaluación concebida, ya que ambas apuntan a un objetivo común de transformación y cambio del proceso formativo especializado. Es decir, que el carácter particular de la estrategia, estuvo condicionada por las políticas y estrategias generales establecidas, por lo que la evaluación de esta, no queda en la apreciación de cómo transcurren los niveles que la integran, aunque estos sean una vía importante para la evaluación integral de la estrategia implementada.

Es importante señalar que en la aplicación de la estrategia se cumplieron los patrones de logro establecidos al finalizar la misma, lo que permitió la retroalimentación de todo el proceso y la valoración del grado de cumplimiento de los objetivos previstos.

Es plausible revelar entonces el carácter macro y esencial de la evaluación propuesta, en la que la concreción de la esencialidad, es expresada en la relación dialéctica constante con los niveles de desarrollo, para lograr una coherencia, integración y totalidad a la estrategia, que posibilita a su vez revelar el carácter holístico y complejo de un proceso de formación profesional clínico asistencial humanista en la especialidad de Medicina Interna, que desde su singularidad le da significado al sentido totalizador de esta especialidad.

Los argumentos expuestos establecen el resultado de la ejemplificación de la construcción contextualizada de la estrategia, consecuente con la sistematización de experiencias desarrolladas por este investigador, la aplicabilidad y la importancia del método clínico epidemiológico en la solución de problemas donde se identificó asociación estadísticamente no significativa para los diferentes dominios (preguntas), en relación con

el desempeño de los residentes antes de la intervención y después de las misma, estos resultados no fueron significativamente estadísticos debido que la prueba que fue aplicada, los tamaños muestrales muy pequeños afectan los resultados de las pruebas estadísticas, pero desde el punto de vista teórico si se observaron resultados estadísticamente significativos dado en el hecho que cinco residentes de seis para todos los dominios del método clínico aplicado recuperan el desempeño y el conocimiento adecuado, por tanto se puede afirmar que si hubo resultados satisfactorios como se muestra en el Anexo 12 (ver tabla 4 y gráfico 3.2.2), todo lo cual es consecuente con el sistema de relaciones y la regularidad esencial del modelo aportado, a partir de lo cual fue posible generalizar los criterios esenciales que han regido el desarrollo del proceso objeto de estudio.

Conclusiones del capítulo III

- La eficacia y validez del modelo de la dinámica clínico-asistencial-humanista y la pertinencia de la estrategia se corroboran a través de la ejemplificación de la construcción contextualizada de la estrategia, como proceso que permitió reconocer su valor epistemológico y práctico para la concepción científico-metodológica del objeto y campo de esta investigación.
- La valoración cualitativa de la viabilidad de la estrategia a través de la experiencia desarrollada en el servicio de Medicina Interna del Hospital General “Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso”, permitió constatar su eficacia, a partir de revelar una evolución progresiva y cíclica hacia niveles superiores de desarrollo, al potenciar la transformación del desempeño socio clínico-asistencial humanizado y el desarrollo de la cultura profesional.
- Las opiniones de los especialistas seleccionados, demostraron el valor científico y metodológico de la ejemplificación de la estrategia, y asimismo su factibilidad. Los participantes en los talleres y en las respuestas a las inquietudes formuladas en la encuesta, revelan que este modelo y su estrategia son viables, por cuanto permiten el ir resolviendo las insuficiencias o limitaciones que de hecho se presentan en esta formación especializada.

CONCLUSIONES GENERALES

- La caracterización epistemológica e histórico-tendencial del objeto y campo de esta investigación, ha permitido revelar inconsistencias teóricas que no posibilitan una articulación integradora de las categorías esenciales que expresan la dinámica del proceso de formación de los residentes de Medicina Interna en la atención a los pacientes con VIH/sida, para el logro de la pertinencia de la profesión médica.
- El modelo de la dinámica clínico-asistencial-humanista para residentes de Medicina Interna, manifiesta las relaciones esenciales entre los procesos que lo integran, lo que conduce a revelar las dimensiones clínico asistencial y la socio-clínica humanística, desde las cuales se enriquece el proceso formativo de los residentes de Medicina Interna en la práctica clínica.
- Las relaciones esenciales que se revelan en el modelo de la dinámica clínico-asistencial-humanista en la atención a los pacientes con VIH/sida para residentes de Medicina Interna, tienen como síntesis, la sistematización formativa clínica asistencial humanista, como máxima aspiración de la dinámica que se propone, confiriéndole singularidad teórica como esencia del proceso modelado.
- La valoración de los principales aportes de la investigación, a partir de la realización de dos talleres de socialización con especialistas, así como la aplicación de la estrategia, permitió corroborar la pertinencia y factibilidad del modelo y la estrategia propuestos, posibilitando que los futuros internistas incorporen apropiadamente la atención integral a pacientes con VIH/sida a su actuación profesional cotidiana. Esta corroboración es expresión de la significación social de las propuestas científicas realizadas.

RECOMENDACIONES

- Propiciar el desarrollo de nuevas investigaciones que revelen la esencia del proceso formativo de los residentes de otras especialidades clínicas, teniendo en cuenta la experiencia científica de esta investigación y las especificidades intrínsecas de cada especialidad, que establecen la transformación del desempeño profesional de los mismos en la práctica clínica desde la educación en el trabajo.
- Promover otras investigaciones que revelen la esencia del proceso de formación curricular en la especialización en el campo de las ciencias clínicas, en los diferentes contextos donde se puedan realizar acciones de formación profesional clínico asistencial humanista y ampliar la interpretación de las relaciones esenciales del modelo propuesto, para la construcción teórica de sus eslabones en el proceso de formación especializada que a la vez ha de ser gestionado y por tanto requiere de un nuevo proceso de investigación.
- Garantizar los recursos humanos, materiales y financieros que propicien poner en práctica la continuidad de esta investigación en el ámbito de los contextos universitarios hospitalarios.

BIBLIOGRAFIA

1. Álvarez Ponce, V., Alonso Uría, R., Rodríguez Alonso, B., & Muñiz Rizo, M. (2017). Conocimiento y valores: Binomio esencial en la formación profesional. *Educación Médica Superior*, 32(2). Recuperado de <http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/1197> (09 agosto 2018).
2. Álvarez Sintés, R. et al. (2008). *Medicina General Integral. Salud y medicina*. 2.ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. Cuba.
3. Alonso Chil, O., del Pozo Jérez, H., Batule Batule, M., Taquechel Tusiente, N., Hernández, J.D., Curbelo Serrano, V. et al. (2001). *Programa de estudios de la especialidad en Medicina Interna*. La Habana: MINSAP.
4. Alonso Chil, O., del Pozo Jérez, H., Blanco Aspiazu, M.A, Menéndez López, J.R., Armenteros Terán, S.S. (2015). *Plan de estudio y programa de la especialidad en Medicina Interna. Área de Docencia e Investigaciones*. La Habana: MINSAP.
5. Alonso Magdaleno, M.I. (2003). Dinámica de la formación médica especializada en el sistema nacional de salud español. *RAE: Revista Asturiana de Economía* 27.págs. 73-97. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=848351>. (10 diciembre 2017).
6. Alfonso de León, José Alberto, Ilizástigui Pérez, Fidel, & Mondéjar Rodríguez, Juan Jesús. (2017). Condiciones histórico-sociales que modelaron el pensamiento pedagógico de Fidel Ilizástigui Dupuy. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 16(2), 155-167. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2017000200003&lng=es&tlng=es. (28 septiembre 2018).

7. Alfonso de León, J., Mondéjar Rodríguez, J., & Blanco Aspiazú, MA. (2016). Fidel Ilizástigui Dupuy y su concepción de la educación en el trabajo. Revista Pedagógica Atenas Vol. 2 Nro. 34 2016. Recuperado de <https://atenas.reduniv.edu.cu/index.php/atenas/article/view/202/380> (29 marzo 2017).
8. Alfonso, J., Laucirica Hernández, C., & Mondejar Rodríguez, J. (2014). El método clínico frente a las nuevas tecnologías. Revista Médica Electrónica, 36(4), 499-511. Recuperado de <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/1112> (28 septiembre 2018).
9. Alfonso Manzanet, J. (2016). La visibilidad de la Educación Médica Superior cubana. Educación Médica Superior, 30(2). Recuperado de <http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/882> (28 septiembre 2018).
10. Almaguer Orges, NA., Ramírez Ramírez, G., & Peña Pupo NE. (2009). El método clínico y la tecnología en la calidad en la atención médica. Correo Científico Médico de Holguín 13(4). Recuperado de <http://www.cocmed.sld.cu/no134/no134rev2.htm>. (10 diciembre 2017).
11. AMM. Asociación Médica Mundial (1986). Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre la independencia y libertad profesional del médico. Adoptada por la 38ª Asamblea Médica Mundial, Rancho Mirage, California, EE.UU., octubre 1986. Universidad de Navarra. Centro de Documentación de Bioética. Recuperado de <http://www.unav.es/cdb/> (10 diciembre 2017).
12. AMM. Asociación Médica Mundial (1987). Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre la enseñanza médica. Adoptada por la 39ª Asamblea General, Madrid, España, octubre de 1987. Recuperado de <http://www.unav.es/cdb/ammmadrid2.html> (10 diciembre 2017).
13. AMM. Asociación Médica Mundial (1987). Declaración provisional de la Asociación Médica Mundial sobre el SIDA. Adoptada por la 39ª Asamblea Médica Mundial, Madrid, España, octubre 1987.

Universidad de Navarra. Centro de Documentación de Bioética. Recuperado de <http://www.unav.es/cdb/> (10 diciembre 2017).

14. AMM. Asociación Médica Mundial (1988). Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre la responsabilidad profesional de los médicos en el tratamiento de pacientes con SIDA. Adoptada por la 40ª Asamblea Médica Mundial, Viena, Austria, septiembre 1988. Universidad de Navarra. Centro de Documentación de Bioética. Recuperado de <http://www.unav.es/cdb/> (10 diciembre 2017).
15. AMM. Asociación Médica Mundial (1988). Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre el acceso a la atención médica. Adoptada por la 40ª Asamblea Médica Mundial, Viena, Austria, septiembre 1988. Universidad de Navarra. Centro de Documentación de Bioética. Recuperado de <http://www.unav.es/cdb/> (10 diciembre 2017).
16. AMM. Asociación Médica Mundial (1991). Declaración de la Asociación Médica Mundial – Quinta Conferencia Mundial de la AMM sobre educación médica. Adoptada por la 43ª Asamblea Médica Mundial, Malta noviembre de 1991. Universidad de Navarra. Centro de Documentación de Bioética. Recuperado de <http://www.unav.es/cdb/> (10 diciembre 2017).
17. AMM. Asociación Médica Mundial (1992). Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre los problemas causados por la epidemia del VIH. Adoptada por la 44ª Asamblea Médica Mundial, Marbella, España, septiembre 1992. Universidad de Navarra. Centro de Documentación de Bioética. Recuperado de <http://www.unav.es/cdb/> (10 diciembre 2017).
18. AMM. Asociación Médica Mundial (1996). Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre la responsabilidad profesional por los niveles de atención médica. Adoptada por la 48ª Asamblea General, Somerset West, Sudáfrica, Octubre 1996. Universidad de Navarra. Centro de Documentación de Bioética. Recuperado de <http://www.unav.es/cdb/> (10 diciembre 2017).

19. Aneiros-Ribas, R. y Vicedo, A., (2001). Las ciencias básicas en la educación médica superior. Editorial Síntesis, Madrid. Recuperado de : CD ROM de la Maestría en Educación Médica Superior. Centro Nacional de Perfeccionamiento Médico, La Habana.
20. Antúnez Jiménez, P., Nolla Cao, N., & Orozco Nodarse, J. (1993). El sistema de formación de especialistas en Cuba. Educ Med Salud, Vol. 27, No.2. Recuperado de: <http://hist.library.paho.org/Spanish/EMS/16335.pdf> (10 diciembre 2017).
21. Aragonés López, Carlos; Campos Díaz, Jorge Raúl, Sánchez Valdés, Lizet, & Pérez Ávila, Lorenzo Jorge. (2007). Grupos de Prevención del SIDA (GPSIDA): 15 años de trabajo sostenido en la prevención del VIH/sida. Revista Cubana de Medicina Tropical, 59(3) Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-07602007000300014&lng=es&tlng=es. (09 agosto 2018).
22. Arias Deroncerés, Iván Jesús; Puente Saní, Ventura, Lamotte Castillo, José Antonio, & Ojeda Sánchez, Lisset. (2011). Tuberculosis vertebral (mal de Pott) e infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. MEDISAN, 15(12), 1791-1797. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011001200014&lng=es&tlng=es. (09 agosto 2018).
23. Arteaga Herrera, JJ., & Chávez Lazo, E. (2000). Integración docente-asistencial-investigativa. Educ Med Super. 14(2): 184-95. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-1412000000200008&lng=es. (09 agosto 2018).
24. Arteaga Crespo, Roberto. & Padrón Novales, Carmen I. (2001). La enseñanza tutelar en la formación del residente de medicina general integral. Educación Médica Superior, 15(3), 109-116. Recuperado

de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412001000300001&lng=es&tlng=es.

(10 diciembre 2017).

25. Barbosa-Chacón, Jorge Winston, Barbosa Herrera, Juan Carlos, & Rodríguez Villabona, Margarita. (2015). Concepto, enfoque y justificación de la sistematización de experiencias educativas: Una mirada "desde" y "para" el contexto de la formación universitaria. *Perfiles educativos*, 37(149), 130-149. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-26982015000300008&lng=es&tlng=es. (29 marzo 2017).
26. Barbón Pérez, O., Borges Oquendo, L., & Añorga Morales, J. (2014). La Educación Avanzada ante las exigencias de los procesos de profesionalización pedagógica en la Educación Médica. *Educación Médica Superior*, 29(2). Recuperado de <http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/441> (10 diciembre 2017)
27. Barrios I. (2017). Pensamiento médico y ética clínica contemporánea. Recuperado de <http://www.bioeticaweb.com/pensamiento-madico-y-actica-clasnica-contemporainea-dra-i-barrios/> (09 agosto 2018).
28. Bastart Ortiz, Emma Aurora; Reyes Mediaceja, Reinaldo, & Maure Pichín, Ricardo. (2011). Formación de habilidades profesionales en la enseñanza de la pediatría. Evolución histórica y tendencias. *MEDISAN*, 15(7), 1018-1026. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011000700018&lng=es&tlng=es. (17 agosto 2018).
29. Bastart Ortiz, Emma Aurora, Reyes Mediaceja, Reinaldo, & Tamayo Reus, Caridad María. (2014). Consideraciones epistemológicas acerca de la enseñanza de las habilidades profesionales en Pediatría. *EDUMECENTRO*, 6(2), 31-43. Recuperado de

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742014000200003&lng=es&tlng=es.

(17 agosto 2018).

30. Beldarraín Chaple, Enrique. (2002). Henry E. Sigerist y la medicina social occidental. *Revista Cubana de Salud Pública*, 28(1), 62-70. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662002000100007&lng=es&tlng=es. (10 agosto 2018).
31. Bernaza Rodríguez, G., Martínez, E., Marivel G. del Valle García, M., & Borges Oquendo, L. (2018). La esencia pedagógica del posgrado para la formación de profesionales de la salud: una mirada teórica, crítica e innovadora. *Educación Médica Superior*, 31(4). Recuperado de <http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/1062> (10 agosto 2018).
32. Besse Díaz, Reinier, Puente Saní, Ventura, Martínez Cantillo, Liliana, Romero García, Lázaro Ibrahim, & Minier Pouyou, Laidelbis. (2018). Aspectos clínicos y epidemiológicos en pacientes con síndrome de inmunodeficiencia adquirida de la provincia de Santiago de Cuba. *MEDISAN*, 22(3), 264-270. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192018000300007&lng=es&tlng=es. (09 agosto 2018).
33. Bolaños Gutiérrez, M., & Lemus, M. (2018). Integración de la perspectiva de género en la prevención de las ITS/VIH/sida en atención primaria de salud. *Educación Médica Superior*, 31(4). Recuperado de <http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/1108> (09 agosto 2018).
34. Borrell Bentz, María Rosa. (2005). *La educación médica de posgrado en Argentina: el desafío de una nueva práctica educativa - 1a ed.* - Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud - OPS, 2005. 336 p.

35. Borroto Cruz, E., & Salas Perea, R. (2017). Las especialidades, el perfeccionamiento profesional y profesoral en el pensamiento de Fidel. *Educación Médica Superior*, 31(3). Recuperado de <http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/1331> (09 agosto 2018).
36. Borroto Cruz, E. (2016 a). Hacia una educación médica cada vez más científica. *Educación Médica Superior*, 29(2). Recuperado de <http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/745/242> (09 agosto 2018).
37. Borroto Cruz, E. (2016 b). La educación médica global en función de la salud global. *Educación Médica Superior*, 30(4). Recuperado de <http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/1047> (09 agosto 2018).
38. Figueredo, O. (2016). Estrategias de aprendizaje para formar en Educación Superior a una generación interactiva. *Educación Médica Superior*, 31(2). Recuperado de <http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/1024> (09 agosto 2018).
39. Busto, MJ., García San Miguel, I., Castelao, ME., & Bermúdez, E. (2011). Actitudes y prácticas de los médicos de atención primaria ante el diagnóstico de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2011;29(7):490–496. Recuperado de www.elsevier.es/eimc (09 agosto 2018).
40. Castro Espín, Mariela. (2014). Estrategia para la integración social de las personas transexuales en el contexto actual de la sociedad cubana. Tesis en opción al Grado Científico de Doctora en Ciencias Sociológicas. Recuperado de <http://tesis.repo.sld.cu/906/> (08 febrero 2018).

41. Cardoso García, D., Escobar Carmona, E., & Machado Hernández, M. (2012). Debut sida en el municipio Sancti Spíritus (2000-2011). *Gaceta Médica Espirituana* 14(Supl 1) Recuperado de http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/sup.14.%281%29_03/p3.html (10 diciembre 2017).
42. Cantero-Santamaría, JI. et al. (2015). Evolución normativa de la formación médica especializada en España. *FEM*. 18 (4): 231-238
43. Carreño de Celis, R., & Salgado González, L. (2005). Evolución histórica de la educación médica superior en Cuba a partir de 1959. *Educ Med Super* 19(2): 1-1. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-1412005000200008&Ing=es (10 diciembre 2017).
44. Chávez Rodríguez, J. (2005). *Acercamiento necesario a la Pedagogía General*. La Habana: Editorial Pueblo y Educación.
45. Chávez Vega, R. (2017). Algunos retos que debe afrontar el aprendizaje de posgrado a distancia en los hospitales universitarios. *Educación Médica Superior*, 31(4). Recuperado de <http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/1143> (08 febrero 2018).
46. Delgado García, Gregorio. (2004). Desarrollo histórico de la enseñanza médica superior en Cuba desde sus orígenes hasta nuestros días. *Educación Médica Superior*, 18(1) Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412004000100007&Ing=es&tIng=es. (28 septiembre 2018).
47. Delgado García Gregorio. (2017). *Martí y la Medicina Cubana*. Recuperado de www.ensap.sld.cu/catedra_josem-medicina (28 septiembre 2018).

48. Díaz Berenguer A. (2014). Perspectiva histórica de la Medicina Interna en Occidente. Medicina y sociedad. Arch Med. Int vol.36 no.2. versión On-line ISSN 1688-423X
49. Domínguez Estévez N., & Noval Díaz G. (2003). Consideraciones sobre la fundamentación curricular en el Programa vigente de la especialidad de Medicina Interna. Recuperado de http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol9_01_03/articulos/a7_v9_0103.htm (10 diciembre 2017).
50. Dotres Martínez, C., Ramírez Márquez, A., Pérez González, R., Sola Rodríguez, F., & Cordero Cordero, A. (2001). Programa nacional de seguridad biológica para instituciones de salud pública. Ministerio de Salud Pública. Ciudad de La Habana. Recuperado de <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/insat/progsegbiologica.pdf> (10 diciembre 2017).
51. Eizondo, Cristina M., Giunta, Diego H., González Bernaldo de Quirós, Fernán., Figar, Silvana B., Dawidowski, Adriana R., & Waisman, Gabriel. (2010). Formación en las residencias de clínica médica en la Argentina, Medicina (Buenos Aires), 70(2), 143-150. Recuperado de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802010000200006&lng=es&tlng=es (22 marzo 2017).
52. Enríquez Clavero, J., González Hernández, G., & Cobas Vilches, M. (2018). ¿Qué didáctica desarrollar, la general y/o las particulares? Reflexiones desde su epistemología. EDUMECENTRO, 10(3), 140-157. Recuperado de <http://www.revedumecentro.sld.cu/index.php/edumc/article/view/1215> (09 agosto 2018).
53. Espinosa Brito, Alfredo. (1999). Medicina Interna ¿Qué fuiste, Qué eres, Qué serás?. Revista Cubana de Medicina, 38(1), 79-90. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75231999000100009&lng=es&tlng=es. (09 agosto 2018).

54. Espinosa Brito, Alfredo. (2005). La formación social del médico. Revista Cubana de Salud Pública, 31(4) Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662005000400010&lng=es&tlng=es. (07 febrero 2018).
55. _____ (2008). La Medicina Interna y los internistas en la búsqueda “resiliente” de su identidad. Medisur, 6(1), 33-42. Recuperado de <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/358/2516> (07 febrero 2018).
56. _____ (2009 a). Los criterios diagnósticos en la práctica clínica. Revista Cubana de Medicina, 48(3), 125-134. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232009000300012&lng=es&tlng=es. (07 febrero 2018).
57. _____ (2009 b). Los criterios diagnósticos en la práctica clínica. Revista Cubana de Medicina, 48(3), 125-134. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232009000300012&lng=es&tlng=es. (07 febrero 2018).
58. Espinosa Brito, A., Del Sol Padrón, L., Espinosa Roca, A., Garriga Valdés, J., & Viera Valdés, B. (2009 c). Guías de práctica clínica. Ventajas y desventajas. Medisur, 7(5), 338-341. Recuperado de <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/882/5475> (07 febrero 2018).
59. Espinosa Brito, A. (2010). A propósito del debate actual sobre el método clínico. Medisur, 8(6), 98-103. Recuperado de <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1437/6178> (07 febrero 2018).
60. _____ (2013). La clínica y la Medicina Interna. Revista Cubana de Medicina, 52(3), 214-227. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232013000300008&lng=es&tlng=es. (07 febrero 2018).

61. _____ (2015 a). Algunas "lápidas" sobre la práctica médica. *Medisur*, 13(3), 356-365. Recuperado de <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3067> (07 febrero 2018).
62. _____ (2015 b). La medicina centrada en las personas y la medicina personalizada. *Medisur* 13(6): Recuperado de: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3149> (07 febrero 2018).
63. _____ (2016). Protagonismo del médico clínico en el diagnóstico. *Revista Cubana de Medicina*, 55(1) Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232016000100001&lng=es&tlng=es. (09 agosto 2018).
64. Fariñas Reinoso, Ana Teresa, & Sánchez Santos, Leonardo. (2005). Enseñanza del VIH/sida en los planes de estudio de las carreras y especialidades médicas y de las tecnologías de la salud. *Educación Médica Superior*, 19(4) Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412005000400002&lng=es&tlng=es. (14 agosto 2018).
65. Fasce Henry, E., Ortiz Moreira, L., Torres Araneda, G., Delgado Rivera, M., Ortega Bastidas, J., & Moraga Palacios, A. (2017). Intervención para el aprendizaje en clases didácticas prolongadas de asignaturas clínicas. *Educación Médica Superior*, 32(1). Recuperado de <http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/1352> (07 febrero 2018)
66. Fajardo Dolci, G., Santacruz Varela, J., & Lavalle Montalvo C. (2015). La formación de especialistas en México. Academia Nacional de Medicina. Recuperado de [https://www.anmm.org.mx/publicaciones/CAnivANM150/L30 ANM Medicos especialistas.pdf](https://www.anmm.org.mx/publicaciones/CAnivANM150/L30%20ANM%20Medicos%20especialistas.pdf) (08 febrero 2018).

67. Fernández Mirabal, JE., Pire Rodríguez, A., & Fernández Sacasas, JA. (1979). Perfil profesional del especialista de primer grado en Medicina Interna Programa de Especialización en Medicina Interna. La Habana: Ministerio de Salud Pública - Dirección Nacional de Docencia de Postgrado - Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana, p.35-7.
68. Fernández Urquiza, M., Espinosa Brito, A., Pino Blanco, R., Velázquez Águila, A., del Sol Bonet, M., & Angulo Valladares, L. (2014). Resumen histórico de la docencia de posgrado en la Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. *Medisur*, 12(1), 235-240. Recuperado de <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2653/1374> (07 febrero 2018)
69. Fernández Sacasas, José Ángel. (2009). Conferencia internacional Educación Médica para el siglo XXI El legado del profesor Fidel Ilizástigui a la educación médica para el siglo XXI. *Educación Médica Superior*, 23(1) Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412009000100011&lng=es&tlng=es. (07 febrero 2018).
70. Fernández Sacasas, José Ángel. (2011). El binomio Fidel Ilizástigui Dupuy/Luis Rodríguez Rivera: un paradigma en la formación clínica de los estudiantes de Ciencias Médicas en Cuba. *Revista Cubana de Medicina*, 50(2), 222-231. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232011000200013&lng=es&tlng=es. (07 febrero 2018).
71. _____ (2012 a). Consideraciones sobre el aporte a la educación médica cubana del Profesor Fidel Ilizástigui Dupuy. *EDUMECENTRO*, 4(1), 104-110. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742012000100014&lng=es&tlng=es. (07 febrero 2018).

72. _____ (2012 b). La triangulación epistemológica en la interpretación del proceso de enseñanza-aprendizaje de la medicina. *Educación Médica Superior*, 26(3), 459-466. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412012000300011&lng=es&tlng=es. (07 febrero 2018).
73. _____ (2012 c). Educación médica: el objeto, el sujeto desdoblado y el contexto. *Educación Médica Superior*, 26(3), 361-363. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412012000300001&lng=es&tlng=es. (07 febrero 2018).
74. _____ (2013 a). El principio rector de la Educación Médica cubana Un reconocimiento a la doctrina pedagógica planteada por el profesor Fidel Ilizástigui Dupuy. *Educación Médica Superior*, 27(2), 239-248. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412013000200011&lng=es&tlng=es. (07 febrero 2018).
75. _____ (2013 b). La contribución de la Medicina Interna en la formación del médico: un memorable editorial del Profesor Ilizástigui 22 años después. *Revista Cubana de Medicina*, 52(4), 228-230. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232013000400001&lng=es&tlng=es. (07 febrero 2018).
76. Fernández Hawrylak, M. (2000). La Pedagogía Hospitalaria y el Pedagogo Hospitalario. *Tabanque: Revista pedagógica*, No 15. págs. 139-150. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=127613>. (1 noviembre 2017)
77. Fernández Rodríguez, R. (2008). Medicina interna y enfermedades infecciosas. La medicina interna como modelo de práctica clínica. Hospital Cristal, CHOU Ourense. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4239653.pdf> (24 noviembre 2017).

78. Fonseca M., & Ruiz de Gauna P. (2006). Formación médica especializada: formar en competencias para incidir en el perfil del profesional que necesita la sociedad y la sanidad del siglo XXI. : II Congreso de la Sociedad de Educación Médica de Euskadi (SEMDE). Recuperado de <http://www.ehu.es/SEMDE/publi.htm> (23 noviembre 2017).
79. Fruto Pla, AE. (2011). Dinámica de la formación estética en la especialización de cirugía plástica. Tesis Presentada en Opción al Grado Científico de Doctor en Ciencias Pedagógicas. Centro de Estudios de Educación Superior "Manuel F. Gran" Universidad de Oriente. Santiago de Cuba, Cuba.
80. Fuentes González, HC. (2008). Concepción Científica Holística Configuracional: una alternativa en la construcción del conocimiento científico. CEES Manuel F. Gran, Universidad de Oriente.
81. Fuentes González, HC. (2009). Pedagogía y Didáctica de la Educación Superior. Universidad de Oriente. Centro de Estudio de Educación Superior Manuel F. Gran; Santiago de Cuba: Recuperado de <http://www.utelvt.edu.ec/doctorado%20phd/textos%20ind/p%20e%20s%2009%20.pdf> (10 enero 2017).
82. Fuentes González, HC., Montoya Rivera, J., Fuentes Seisdedos, L. (2011). La Formación en la Educación Superior. Desde lo holístico, complejo y dialéctico de la construcción del conocimiento científico. Centro de estudios de Educación Superior "Manuel F. Gran". Universidad de Oriente. Cuba.
83. Fuentes González, HC. (2011). Pedagogía y didáctica de la Educación Superior. Desde la Concepción Científica Holística Configuracional. Universidad Estatal de Bolívar, Guaranda, Ecuador.
84. García Guerra, Mariola, & Pinto Contreras, Jesús Arnaldo. (2011). La bioética en la medicina actual: una necesidad en la formación profesional. Revista Médica Electrónica, 33(4), 456-462. Recuperado

- de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242011000400008&lng=es&tlng=es.
(23 noviembre 2017).
85. García, GA. (2011) Flexner y su flexnerismo: la concepción visionaria humana, humanista y humanística de la educación médica. *Rev Médica Sanitas* 14(4): Recuperado de : <http://www.unisanitas.edu.co/Revista/24/4.%20FLEXNER.pdf> (24 noviembre 2017)
86. García Barrios, Clara R, Menéndez Cabezas, Arturo T, & Durán Matos, Mayda E. (2015). Educación Médica, retos y perspectivas. *Humanidades Médicas*, 15(3), 392-400. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202015000300001&lng=es&tlng=es.
(13 agosto 2018).
87. García Rivero, Alexis Alejandro, González Argote, Javier, García Betancourt, Richard, & Rivero Morales, Ambar. (2016). Fidel Enrique Ilizástigui Dupuy: paradigma de la educación médica. *Revista Cubana de Reumatología*, 18(1), 87-92. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962016000100016&lng=es&tlng=es.
(28 septiembre 2018).
88. Giorgio MT. (2018). Formation médicale continue, FMC et évaluation des pratiques professionnelles, EPP. Rétabli <https://www.atousante.com/sante-travail/medecin-sante-travail/formation-medicale-continue-medecin-travail/formation-medicale-continue-epp/>
89. González Rey, F. (1995). Comunicación, personalidad y desarrollo. La Habana, Editorial Pueblo y Educación.
90. González Núñez, Ida, Díaz Jidy, Manuel, & Pérez Ávila, Jorge. (2000). La transmisión materno infantil del VIH/SIDA en Cuba. *Revista Cubana de Medicina Tropical*, 52(3), 220-224. Recuperado de

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-07602000000300012&lng=es&tlng=es.

(10 enero 2017).

91. González Núñez, I. (2005). Sida en el niño por transmisión vertical en Cuba. Tesis Presentada en Opción al Grado Científico de Doctor en Ciencias Médicas. Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kouri". Universidad de la Habana. Ciudad de la Habana, Cuba. Recuperado de <http://tesis.repo.sld.cu/18/> (10 enero 2017).
92. González Rodríguez, R., & Cardentey García, J. (2015). Rescatar el método clínico a través de la educación médica. *Educación Médica Superior*, 29(3). Recuperado de <http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/700/265> (10 enero 2017).
93. González Maura, V., & González Tirados, RM. (2008). Competencias genéricas y formación profesional: un análisis desde la docencia universitaria. *Revista Iberoamericana de Educación*. Vol. 47, Nº 1. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2736795> (10 enero 2017).
94. González Labrador, Ignacio, Arteaga Mena, Diana, & Frances Márquez, Zoraida. (2015). Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida: desarrollo histórico e importancia del conocimiento para su prevención. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 31(1), 98-109. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252015000100013&lng=es&tlng=es. (10 enero 2017).
95. Gual A. (2009). La Educación Médica en Latinoamérica. *Educación médica*. 12(1). Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1575-18132009000100001&script=sci_arttext (10 enero 2017).

96. Gutiérrez Recacha, Pedro. (2006). La humanización de la medicina. *Educación Médica*, 9(Supl. 1), 51-54. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132006000600014&lng=es&tlng=es. (24 noviembre 2017).
97. Güemez Junco, F. (2013). Estrategia pedagógica de contenido humanista en la formación permanente del profesor de Medicina general integral. Tesis en opción al grado científico de Doctor en ciencias pedagógicas. UCPEJV. Recuperado de <http://tesis.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=219> (10 enero 2017).
98. Guía de residentes (2013). Comisión de Docencia. Hospital San Carlos. Madrid. Recuperado de <https://www.ucm.es/data/cont/docs/256-2014-07-28-guia%20de%20residentes%202013%20v3.pdf> (10 enero 2017).
99. Guía formativa (2017). Unidad Docente de Medicina Interna. Hospital San Pedro de la Rioja. Recuperado de <https://www.riojasalud.es/rrhh-files/rrhh/guia-formativa-medicina-interna-2016-2017-4387.pdf> (13 agosto 2018).
100. Guía formativa docente. (2016). Especialidad Medicina Interna. Hospital Galdakao- Usansolo Ospitaleko. Recuperado de https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/obaga_itinerarios/eu_def/adjuntos/MedicinaInterna_GIFT_2016.pdf (10 enero 2017).
101. Harzheim Erno, Casado Vicente V, & Bonal P. (2009) La formación del profesional de la salud para la APS y salud familiar y Comunitaria en América latina y Europa. Rio Grande Do Sul: Universidad Estatal de Rio Grande Do Sul. Recuperado de http://www.msal.gov.ar/observatorio/images/stories/documentos_formacion/acerca_de/harzheim.casado_vicente_Formacion_profesional_para_la_APS.pdf (10 enero 2017).

102. Hernández Rodríguez, I., & Ferro González, B. (2015). Formación Humanista y modo de actuación del médico. Estrategia para su integración. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 19(3), 491-508. Recuperado de <http://www.revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/2239> (13 agosto 2018).
103. Hernández Rodríguez, I., & Díaz Domínguez, T. (2013). Tendencias y manifestaciones del proceso de formación humanista en la Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 17(2), 98-117. Recuperado de <http://www.revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/1246> (13 agosto 2018).
104. Herrera-Añazco, Percy; Hernández, Adrian V, Sánchez-Rivas, Flor, & Arana Maestre, Christian. (2014). Percepción de la formación durante el residentado médico en hospitales del Ministerio de Salud de Lima, Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 31(3), 606-607. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342014000300033&lng=es&tlng=es. (11 diciembre 2017).
105. Hodelín Tablada, Ricardo. (2014). Apuntes sobre "La clínica y la medicina interna. Pasado, presente y futuro". *MediSur*, 12(3), 556-559. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2014000300012&lng=es&tlng=es. (13 agosto 2018).
106. Ilizástigui Dupuy F. (1991). La contribución de la Medicina Interna en la formación del Médico General Básico. *Revista Cubana de Medicina*. Recuperación de artículos. 7 de febrero de 2013. Este artículo fue publicado como Editorial de la *Revista Cubana de Medicina* en su versión impresa número de enero - abril de 1991. Recuperado de

- [http://instituciones.sld.cu/socecs/files/2013/02/Contribuc Med Interna formac -MGI.pdf](http://instituciones.sld.cu/socecs/files/2013/02/Contribuc%20Med%20Interna%20formac%20-MGI.pdf) (10 enero 2017).
107. Ilizástigui Dupuy, F., Douglas Pedroso R. (1993). La formación del Médico General Básico en Cuba. *EducMed Salud*. 1993; 27 (2): 189-205.
 108. Ilizástigui Dupuy, F. (1996). La ciencia clínica como objeto de estudio. *Ateneo.*; 4(1-2):7-24.
 109. Ilizástigui Dupuy, F. (2000). El método clínico: muerte y resurrección. *Educación Médica Superior*, 14(2), 109-127. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412000000200001&lng=es&tling=es. (07 febrero 2018).
 110. Ilizástigui Dupuy, F. (2010). La formación de los estudiantes de las carreras y de las residencias de los profesionales de la salud. [Tomado del manuscrito original]. [Conferencia pronunciada en el Instituto Superior de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba, noviembre 1996]. Recuperado de <http://files.sld.cu/sccecs/files/2010/10/educacion-medica-pre-y-posgrado.pdf> (07 febrero 2018).
 111. Ilizástigui Dupuy, F., & Rodríguez Rivera, L. (2010). El método clínico. *Medisur*, 8(5), 2-11. Recuperado de <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1311> (07 febrero 2018).
 112. Ilizástigui Dupuy, F. (2012). La educación en el trabajo como principio rector de la educación médica cubana. Documentos recuperados para el portal web de la sociedad cubana de educadores de la salud. Recuperado de http://instituciones.sld.cu/socecs/files/2012/05/De-Iliz%C3%A1stigui-completo-sobre-educaci%C3%B3n-en-el-trabajo_version-revisada-Suiberto.pdf (07 febrero 2018).
 113. Itinerario formativo de la especialidad de Medicina interna. (2014). Hospital Universitario de Marqués de Valdecilla. Servicio de Medicina Interna. Recuperado de http://www.humv.es/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=1785 (13 agosto 2018).

114. Jiménez Borreguero, JF. (2009). Medicina Humanista. Medicina y humanismo unidos, al servicio de la dignidad humana, con la luz del maestro Gregorio Marañón. España, octubre. Recuperado de <http://www.oocities.org/es/humanismo1/index.html>. (13 agosto 2018).
115. Lalonde, M. (1974). A new perspective on the health of Canadians: a working document. Ottawa: Department of Health. Recuperado de <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf> (07 febrero 2018).
116. Lamotte Castillo JA. (2004). Infección-enfermedad por VIH/sida. *MEDISAN* ;8(4). Recuperado de http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol8_4_04/san06404.htm (07 febrero 2018).
117. Lamotte Castillo, José Antonio. (2014 a). Caracterización de los pacientes en fase sida con infecciones del sistema nervioso central. *MEDISAN*, 18(4), 469-475. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000400002&lng=es&tlng=es. (07 febrero 2018).
118. Lamotte Castillo, José Antonio. (2014 b). Diagnóstico rápido de la infección por VIH/sida. *MEDISAN*, 18(3), 292-394. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000300001&lng=es&tlng=es. (07 febrero 2018).
119. Leal García, E., Martínez Neira, X., & Rodríguez Fernández, N. (2018). La cultura como vía para fortalecer la dimensión educativa del proceso de formación universitaria. *EDUMECENTRO*, 10(1), 229-235. Recuperado de <http://www.revedumecentro.sld.cu/index.php/edumc/article/view/891> (09 agosto 2018).

120. León Correa, Francisco Javier. (2009). De la Bioética Clínica a una Bioética Institucional y Social. Revista Latinoamericana de Bioética [en línea], 9 (Enero-Junio): Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127020308005> (24 noviembre 2017).
121. Lemus Lago, E. (2012). El reto estratégico está en la formación. Educación Médica Superior, 26(4). Recuperado de <http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/73/47> (13 agosto 2018).
122. López Hurtado, J. (2000). Fundamentos de la educación. La Habana, Editorial Pueblo y Educación.
123. Lozano Salazar, Jorge Luis, Plasencia Asorey, Carolina, Costa Montané, Daniel Marino, & Puente Saní, Ventura. (2012). Coinfección por tuberculosis y virus de la inmunodeficiencia humana: confluencia de dos epidemias. MEDISAN, 16(9), 1438-1450. Recuperado en 09 de agosto de 2018, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012000900015&lng=es&tlng=es. (13 agosto 2018).
124. Martínez López J. (2012). Formación Médica Especializada en Europa _ Apuntes para la reflexión sanitaria. Recuperado de <http://reflexionsanitaria.blogspot.com/2012/07/formacion-medica-especializada-en.html> (13 agosto 2018).
125. Martínez Martínez, A., Miranda Martínez, D., & Crespo Toledo, Y. (2013). Abraham Flexner, Benjamín Bloom y Fidel Ilizástigui Dupuy: paradigmas de la educación médica americana. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río, 17(6), 202-216. Recuperado de <http://www.revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/1248> (13 agosto 2018).
126. Mejía Estrada, Adriana, & Romero Zepeda, Hilda. (2017). La relación médico paciente: el desarrollo para una nueva cultura médica. Revista Médica Electrónica, 39(Supl. 1), 832-842. Recuperado de

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242017000700016&lng=es&tlng=es. en (14 febrero 2018).

127. MES. (2004). El Reglamento de la Educación de Posgrado de la República de Cuba (Resolución 132/2004 del Ministerio de Educación Superior). La Habana. Cuba.
128. MES (2006). Dirección de Educación de Posgrado del Ministerio de Educación Superior (DEP-MES). Normas y Procedimientos para la Gestión del Posgrado. (Anexos a la Resolución 132/2004). La Habana. Cuba.
129. MES. (2007). Reglamento para el Trabajo Docente y Metodológico en la Educación Superior. La Habana. Cuba.
130. MES (2009). Resolución No. 166 /09. Modificar los artículos 15, 21,22, 30 y 40, del “Reglamento de la Educación de Posgrado de la República de Cuba”. La Habana. Cuba.
131. MES (2018). Resolución N° 09 / 18. Normas para la aprobación de los centros autorizados a impartir superación profesional de posgrado y el otorgamiento de la categoría “A” de los centros de capacitación y las escuelas ramales. La Habana. Cuba.
132. MINSAP. (1992). Ministerio de Salud Pública. Formación de especialistas en Ciencias Médicas. Bases para el control docente. ISCM-H. Vicerrectoría de Postgrado. La Habana. Cuba.
133. MINSAP. (2000) Ministerio de Salud Pública. Plan Estratégico Nacional ITS/VIH/sida. 2001-2006. La Habana. Cuba.
134. MINSAP. (2001). Ministerio de Salud Pública. Programa de formación especialista en Medicina Interna. Área de Docencia e Investigaciones. La Habana. Cuba.

135. MINSAP. (2001). Ministerio de Salud Pública. Organización, Desarrollo y Control del Proceso Docente Educativo en la APS. La Habana. Cuba.
136. MINSAP. (2004). Ministerio de Salud Pública. Resolución Ministerial No. 108/2004. Reglamento del régimen de residencia en ciencias de la salud. La Habana. Cuba.
137. MINSAP. (2006). Ministerio de Salud Pública. Plan de estudios de la especialidad en Medicina Interna. Área de Docencia e Investigaciones. La Habana. Cuba.
138. MINSAP. (2008). Ministerio de Salud Pública. Resolución Ministerial No. 177. Reglamento para la evaluación del desempeño de los trabajadores de los centros asistenciales del Sistema Nacional de Salud. La Habana. Cuba.
139. MINSAP. (2010). Ministerio de Salud Pública. Transformaciones necesarias en el Sistema de Salud Pública. La Habana. Cuba.
140. MINSAP. (2010). Ministerio de Salud Pública. Plan de estudios de la especialidad en Medicina Interna Área de Docencia e Investigaciones. La Habana. Cuba.
141. MINSAP. (2012). Manual Metodológico para la Educación en el Trabajo en la Universidad de Ciencias Médicas. Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba. Vicerrectoría Académica. Dirección de formación profesional.
142. MINSAP. (2013). Ministerio de Salud Pública. Plan Estratégico Nacional ITS/VIH/sida 2014-18. La Habana. Cuba.
143. MINSAP. (2014). Ministerio de Salud Pública. Modelo del profesional para la formación de médicos. Plan de estudios "D". La Habana. Cuba.

144. MINSAP. (2015). Ministerio de Salud Pública. Plan de estudios de la especialidad en Medicina Interna. Área de Docencia e Investigaciones. La Habana. Cuba.
145. Morales Suárez, I. (2018). Las transformaciones en el Sistema Nacional de Salud cubano, su incidencia en las Universidades de Ciencias Médicas. *Educación Médica Superior*, 32(1). Recuperado de <http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/1653> (09 agosto 2018).
146. Nasiff Hadad A, Rodríguez Silva HM, Moreno Rodríguez MA. (2010). *Práctica Clínica*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 87. Recuperado de http://bvs.sld.cu/libros_texto/practica_clinicas/practica_clinica_completo.pdf (07 febrero 2018).
147. Núñez Díaz, Brenda de la C, Aranda Reyes, Raisa, Valdés Vento, Ana C, & Forcelledo Llano, Carmen. (2007). Análisis de los contenidos de VIH/sida en los programas del plan de estudio de la carrera de medicina. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 11(3), 131-146. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942007000300010&lng=es&tlng=es. (14 agosto 2018).
148. Núñez Serrano, O., Silva Peña, I., & Toro Núñez, D. (2016). Modelo de formación de Médicos especialistas en la Atención Primaria de Salud de Chile. *Educación Médica Superior*, 30(3). Recuperado de <http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/790> (07 febrero 2018).
149. Objectifs de la formation sur spécialisée en médecine interne générale. (2012). Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Rétabli <http://www.royalcollege.ca/cs/groups/public/documents/document/y2vk/mdaw/~edisp/tztest3rcpsced000967.pdf>
150. Ortiz Fonseca, M., Laverde Robayo, D., Vergel, J., & Quintero Hernández, G. (2018). El nuevo trívium en la formación médica más allá de la comunicación médico-paciente. *Educación Médica*

- Superior, 31(4). Recuperado de <http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/1099> (09 agosto 2018).
151. Oropesa González, Lisset, Sánchez Valdez, Lizet, Berdasquera Corcho, Denis, Gala González, Ángela, Pérez Ávila, Jorge Lorenzo, & Isela Lantero, María. (2007). Debut clínico de SIDA en Cuba. *Revista Cubana de Medicina Tropical*, 59(2) Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-07602007000200009&lng=es&tlng=es. (07 febrero 2018).
152. Oseguera Rodríguez, J. (2006). El humanismo en la educación médica. *Revista Educación*, 30 (1), 51-63. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44030104> (07 febrero 2018).
153. Palacios Valderrama, W., Álvarez Avilés, M., Moreira Bolaños, J., & Morán Flores, C. (2017). Una mirada al pensamiento crítico en la Educación Superior. *EDUMECENTRO*, 9(4), 194-206. Recuperado de <http://www.revedumecentro.sld.cu/index.php/edumc/article/view/993> (07 febrero 2018).
154. Palomino-de-la-Gala, R. (2002). Estándares mínimos en la formación de especialistas en Medicina Interna. *Revista de la Sociedad Peruana de Medicina Interna*. Vol. 15. N°.2. Recuperado de http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/spmi/v15n2/estan_min_espe.htm (07 febrero 2018).
155. Palés, Jorge L., & Rodríguez de Castro, Felipe. (2006). Retos de la formación médica de grado. *Educación Médica*, 9(4a), 159-172. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132006000400003&lng=es&tlng=es. (25 marzo 2017).

156. Pamela Corinaldessi, Georgina. (2008). "Debut clínico o asintomático de VIH/sida en la era HAART". Universidad Abierta Interamericana, Sede Regional Rosario. Recuperado de <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC087275.pdf> (07 febrero 2018).
157. Pereira Despaigne OL. (2013). Modelo de educación diabetológica con fines preventivos. Tesis Presentada en Opción al Grado Científico de Doctor en Ciencias Pedagógicas. Centro de Estudios de Educación Superior "Manuel F. Gran". Universidad de Oriente. Santiago de Cuba, Cuba.
158. Pérez Pino, M., Enrique Clavero, J., Carbó Ayala, J., & González Falcón, M. (2017). La evaluación formativa en el proceso enseñanza aprendizaje. EDUMECENTRO, 9(3), 263-283. Recuperado de <http://www.revedumecentro.sld.cu/index.php/edumc/article/view/989> (07 febrero 2018).
159. Peña Pentón, D. (2018). Lo básico, lo clínico y lo histórico para el trabajo educativo con los epónimos médicos. Educación Médica Superior, 31(4). Recuperado de <http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/1138> (09 agosto 2018).
160. Ruiz de Gauna P., González Moro V. & Morán-Barrios J. (2015). Diez claves pedagógicas para promover buenas prácticas en la formación médica basada en competencias en el grado y en la especialización. Educ Med.;16(1):34-4. Recuperado de http://www.ehu.eus/SEMDE/archivos_pdf/10%20claves%20pedagogicas.pdf (09 agosto 2018).
161. Pineda KP., & Ponce LR (2007). Conocimientos, actitudes y prácticas de VIH en médicos residentes de primer año de postgrado de medicina del hospital escuela enero 2007. Revista Médica de los Post Grados de Medicina – UNAH. Recuperado de <http://cidbimena.desastres.hn/RMP/pdf/2008/pdf/Vol11-S-2008-29.pdf> (07 febrero 2018).

162. Piña Loyola CN. et al. (2015). La formación del médico en Cuba: una perspectiva crítica de su historia. *MediSur*, vol. 3, núm. 3, 2005, pp. 58-67
163. Piñero MA. (2014). Sida ha abierto el paso a dos revoluciones. *IVIC.*; (121). Recuperado de <http://www.ivic.gob.ve/bis/bis121/index.html> (07 febrero 2018).
164. Puente Saní, Ventura, Oropesa Roblejo, Pedro, García Amelo, Inés María, & Lamotte Castillo, José Antonio. (2006). Hipertensión arterial, toxoplasmosis cerebral, microsporidiasis y SIDA. *MEDISAN*; 10(1). Recuperado de http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol10_1_06/san12106. (07 febrero 2018).
165. Puente Saní, Ventura, García Amelo, Inés María, Oropesa Roblejo, Pedro, & Caballero Artilles, Rafael Ángel. (2008). Dengue hemorrágico en un paciente con VIH/SIDA. Primer caso informado en Santiago de Cuba. *MEDISAN*;12(1). Recuperado de http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol12_1_08/san13108. (07 febrero 2018).
166. Puente Saní, Ventura, Montoya Rivera, Jorge, García Céspedes, María Eugenia, & Oropesa Roblejo, Pedro. (2015). Visión epistemológica del diagnóstico clínico tardío del sida en el proceso de formación del residente de medicina interna. *MEDISAN*, 19(1), 102-112. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015000100014&lng=es&tlng=es. (07 febrero 2018).
167. Puente Saní, Ventura, & Arias Deroncerés, Iván de Jesús. (2016). Inicio del sida o diagnóstico tardío de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. *MEDISAN*, 20(8), 1009-1012. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016000800001&lng=es&tlng=es. (07 febrero 2018).

168. Puente Saní, Ventura, Oropesa Roblejo, Pedro, & Caballero Artilles, Rafael Ángel. (2016). Linfoma no-Hodgkin en un paciente con sida. *MEDISAN*, 20(6), 807-814. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016000600010&lng=es&tlng=es. (07 febrero 2018).
169. Pupo Ávila, Noria Liset, & Hechavarría Toledo, Suiberto. (2014). Características de la formación médica en promoción de salud en Cuba y Latinoamérica. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 30(4), 449-459. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-212520140004000006&lng=es&tlng=es. (07 febrero 2018).
170. Pujol Farriols R., Noguera Rimblás A. (2002). La formación de los médicos residentes de Medicina Interna. A propósito de una encuesta de opinión. *Med Clin*;118:545-50. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-la-formacion-los-medicos-residentes-13029577> (07 febrero 2018).
171. Plan individual de formación en residentes de Medicina Interna. (2016). Unitat docent de Medicina Interna. Hospital Sant Pau i Santa Tecla. Tarragona. España. Recuperado de <http://www.xarxatecla.cat/documents/10179/0/plan+individual+de+formacio%cc%81n+hspst+2016+v2/ceb07f18-b91d-4ffe-8aa2-07ee3b3a2d44> (07 febrero 2018).
172. Programa de formación de los residentes de Medicina Interna. (2017). Hospital Universitario de Guadalajara. Recuperado de <http://hugu.sescam.jccm.es/media/imagen/noticias/datos/residentes/programas/MEDICINA%20INTERNA.pdf> (13 agosto 2018).
173. Reyes B, Humberto. (2006). Qué es Medicina Interna? *Revista médica de Chile*, 134(10), 1338-1344. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872006001000020> (09 agosto 2018)

174. Rivera RA. (2002). La formación médica en los Estados Unidos. Vol. 3, n 8. Universidad Internacional de Florida Miami (Florida, EE. UU.). Recuperado de <http://www.medtrad.org/panacea/IndiceGeneral/n8-Rivera.pdf> (09 agosto 2018)
175. Ríos, F. et al. (2005). Importancia del tutor de la especialidad en la satisfacción y formación de los médicos internos residentes. (Madr.);25:246-9.
<http://www.revistanefrologia.com/es-publicacion-nefrologia-articulo-importancia-del-tutor-especialidad-satisfaccion-formacion-los-medicosinternos-residentes-X0211699505018350>
176. Roca Goderich, R., & Moya González, N. (2002). El método clínico. Algunas reflexiones en defensa del examen clínico, Folleto ISCM-SC. Hospital Provincial “Saturnino Lora Torres”.
177. Roca Goderich, R. (2017). El método clínico, la formación del médico y la medicina interna. Temas de Medicina Interna. Tomo I. Colectivo de autores. 5. ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
178. Roca Goderich, R. (2017). Atención Médica Integral. Temas de Medicina Interna. Tomo I. Colectivo de autores. 5. ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
179. Rodríguez Weber, FL. (2012). ¿Cómo enseñar y cómo aprender en las residencias médicas?. Med Int Mex;28(1):65-6. Recuperado de http://cmim.org/boletin/pdf2012/MedIntContenido01_10.pdf (09 agosto 2018)
180. Rodríguez Baño, J. et al. (2008). La infectología en Europa y América. Enferm Infecc Microbiol Clin. 26 Supl 15:15-2. Recuperado de www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-pdf-S0 (09 agosto 2018)
181. Rodríguez Silva, Héctor. (2014). Consideraciones sobre la toma de decisiones en medicina. Revista Cubana de Medicina, 53(2) Recuperado de

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232014000200001&lng=es&tlng=es. en (08 febrero 2018).

182. Rodríguez Fernández, Z., Rizo Rodríguez, R., García Céspedes, M., Mirabal Fariñas, A., & Nazario Dolz, A. (2016). Modalidades de la discusión diagnóstica como actividad de educación en el trabajo en la enseñanza médica superior. *Educación Médica Superior*, 31(3). Recuperado de <http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/1049> (08 febrero 2018).
183. Roa, Jairo H., (2017). Medicina Interna. *Acta Médica Colombiana*, 42 (Abril-Junio): Recuperado de <http://artificialwww.redalyc.org/articulo.oa?id=163152072001> (08 febrero 2018).
184. Rozman, C. (2000). La práctica médica en el siglo XXI. En: Farreras Rozman C. *Medicina Interna* 14va. ed. Madrid: Harcourt.
185. Rozman, C. (2009). Fundamentos de la práctica médica. En: Farrera/Rozman *Medicina Interna*. Decimosexta Edición. España: Elsevier; p. 3–6.
186. Ruiz de Gauna P., González Moro V., & Morán-Barrios J. (2015). Diez claves pedagógicas para promover buenas prácticas en la formación médica basada en competencias en el grado y en la especialización. *Educ Med.*; 16(1):34-42. Recuperado de <http://www.elsevier.es/edumed>. (08 febrero 2018).
187. Salas Perea, RS. (1999). La educación en el trabajo. En: *Educación en Salud: Competencia y desempeño profesionales*. La Habana: Ciencias Médicas; 1999. p. 51-59.
188. Sánchez, Paúl. (2003). La Medicina Interna: retos y oportunidades al inicio de un nuevo siglo. *Revista médica de Chile*, 131(6), 679-684. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872003000600013> (07 febrero 2018).

189. Sánchez González, MA. (2017). El humanismo y la enseñanza de las humanidades médicas. *Educación Médica*;18:212-8 Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-educacion-medica-71-articulo-el-humanismo-ensenanza-las-humanidades-S1575181317300463> (08 febrero 2018).
190. Seoane González, Beatriz. (s.f). El camino del internista: experiencias de un residente de medicina interna. La medicina interna como modelo de práctica clínica. Recuperado de https://meiga.info/libro_MIMPC/docs/libro_MIMPC.pdf#page=21 (08 febrero 2018).
191. Sepúlveda C, Cecilia. (2012). Formación de especialistas médicos en Chile. *Revista chilena de cirugía*, 64(6), 507. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-40262012000600001> (07 febrero 2018).
192. Soto de Facchin, M. (2011). La significación social del VIH/sida en los profesionales de salud. Recuperado de <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/3421/4/La-significacion-social-del-VIH%7B47%7DSIDA-en-los-profesionales-de-salud> (07 febrero 2018).
193. Struch Rancaño, L., Soto Ochoa, R., & Villalón Oramas, M. (2016). *Epidemia de VIH/sida en Cuba: 30 años de experiencia*. Santiago de Cuba. Editorial Oriente.
194. Teira Cobo R, Suárez Lozano I, Santamaría Jáuregui JM, Terrón Pernía A, Domingo Pedrol P, & González García J.et al. (2007). Diagnóstico tardío de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en la Cohorte VACH (1997-2002). *Gac Sanit* (21): 66_69. Recuperado de http://www.db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.pubmed_full?inctrl=05ZI0108&rev=138&vol=21&num=1&pag=66 (07 febrero 2018).
195. Toledo Curbelo, Gabriel, et al. (2005). *Fundamentos de Salud Pública*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. Cuba

196. Urbina Laza, O. (2014). La Educación de Posgrado en las Universidades Médicas Cubanas. *Educación Médica Superior*, 29(2). Recuperado de <http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/420> (07 febrero 2018).
197. Varela J. Nacor. (2002). Ejercicio de la Medicina Interna en América Latina: Rol de médico internista. *Revista médica de Chile*, 130(1), 96-100. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872002000100014> (07 febrero 2018).
198. Vázquez Sarandeses, JE. (2015). Dinámica de la formación profesional del médico general integral en la especialización. Tesis Presentada en Opción al Grado Científico de Doctor en Ciencias Pedagógicas. Centro de Estudios de Educación Superior "Manuel F. Gran" Universidad DE Oriente. Santiago de Cuba, Cuba.
199. Vela Valdés, D. (2016). Formación de médicos para los servicios de salud en Cuba 1959-2014. *Educación Médica Superior*, 0, 174. Recuperado de <http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/1207> (07 febrero 2018).
200. Véliz Martínez, P., Oramas González, R., Jorna Calixto, A., & Berra Socarrás, E. (2017). Modelo del especialista en Medicina Intensiva y Emergencias por competencias profesionales. *Educación Médica Superior*, 31(3). Recuperado de <http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/1053> (09 agosto 2018)
201. Vicedo Tomey, A. (2015). ¿Quién debe enseñar qué cosa en educación médica? El papel del profesor y el conocimiento pedagógico del contenido. *Educación Médica Superior*, 29(3). Recuperado de <http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/794/264> (09 agosto 2018)

202. Vilardell, M. (2011). Residentes internistas defienden Infecciosas como parte de su mapa de competencias. Recuperado de <http://formacion.publicacionmedica.com/noticia/los-residentes-en-medicina-interna-defienden-infecciosas-como-parte-de-su-mapa-de-competencias> (07 febrero 2018).
203. Vidal López, EH. (2010). Dinámica de la formación profesional antropopsiquiátrica en la especialización de psiquiatría. Tesis Presentada en Opción al Grado Científico de Doctor en Ciencias Pedagógicas. Centro de Estudios de Educación Superior "Manuel F. Gran" Universidad de Oriente. Santiago de Cuba, Cuba.
204. Vidal Ledo, M., & Pérez Sánchez, A. (2016). Formación en Valores. Conceptos éticos y tecnológicos, métodos y estrategias. *Educación Médica Superior*, 30(4). Recuperado de <http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/881> (09 agosto 2018)
205. Vidal Ledo, M., & Vicedo Tomey, A. (2017). Educación médica basada en la mejor evidencia. *Educación Médica Superior*, 31(3). Recuperado de <http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/1210> (09 agosto 2018)
206. Viñas Martínez, Arturo Luis, Oliva Venéreo, Dinorah de la Caridad, Noda Ortega, Lizbet, del Río López, Noriel, Cáceres Rodríguez, Dagmiris, & Herrera Wainshtok, Ana Claribel. (2012). Características clínico epidemiológicas de las personas con VIH/sida en el municipio Arroyo Naranjo. 1988- 2008. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 11(1), 112-119. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2012000100014&lng=es&tlng=es. (07 febrero 2018).

Anexo 1

Guía de observación clínica a las actividades formativas del residente de MI

I. Entrevista Médica

- Clima correcto para la comunicación (aspectos éticos y psicológicos)
- Establecimiento de comunicación bidireccional (comprensión, lenguaje adecuado a la persona tratada)
- Pesquisa relacionada con: (factores de riesgos, psicosociales, condiciones de vida)
- Identificación de los síntomas/situación de salud

II. Examen Físico

- Técnica de realización del Examen Físico (aspectos éticos, profundidad, habilidades, destreza, extensión, orden lógico, calidad)
- Identificación de los signos encontrados

III. Razonamiento Clínico

- Diagnóstico Clínico
- Exámenes Complementarios
- Enfoque integral y de riesgo (Individuo - Familia - Comunidad)
- Plan Terapéutico Integral (Terapéutica, Acciones de promoción, Acciones preventivas, Educación sanitaria)

Anexo 2

Encuesta a profesores de Medicina Interna sobre la formación de los residentes de la especialidad en relación con el VIH/sida.

Objetivo: Constatar el nivel de información y el conocimiento acerca de los residentes de Medicina Interna sobre la atención integral en VIH/sida en la dinámica de trabajo, a partir de significar las actuaciones ante el diagnóstico y tratamiento de los enfermos con VIH/sida y los debut clínico de sida, gestantes, así como el manejo de las infecciones oportunistas y las necesidades de aprendizaje.

Estimado Profesor: En aras de obtener un desempeño profesional cada vez más elevado, orientamos esta exploración para investigar los problemas existentes en torno a la formación de los residentes de la especialidad en cuanto a la atención integral de las personas que viven con VIH/sida y el programa de la especialidad. Es por ello que necesitamos responda las siguientes preguntas con la máxima objetividad y sinceridad; de antemano le damos las gracias por su colaboración. Marque con una cruz (X) una de las posibilidades que se le ofrecen.

- 1.- Considera usted, que los residentes tienen la suficiente preparación para diagnosticar los casos de debut clínico de sida con infecciones oportunistas y tratarlo.
a)-Totalmente_____. b)-Parcialmente_____.c)- No tengo criterio al respecto_____.
- 2.- Considera usted, que los residentes tienen la suficiente preparación una vez diagnosticado el caso como portador del VIH o el caso sida para su seguimiento en la atención primaria de salud.
a)-Totalmente_____. b)-Parcialmente_____.c)- No tengo criterio al respecto_____.
- 3.- ¿Considera usted que los residentes conocen y manejan los protocolos de tratamiento con antirretrovirales para adolescentes, adultos y gestantes con infección por VIH/sida?
a)-Totalmente_____. b)-Parcialmente_____.c)- No tengo criterio al respecto_____.
- 4.- Considera usted, tienen la suficiente preparación para prescribir los medicamentos antirretrovirales a los casos de sida según estadios y el manejo terapéutico de las infecciones oportunistas y las posibles complicaciones.
a)-Totalmente_____. b)-Parcialmente_____.c)- No tengo criterio al respecto_____.
- 5- ¿Cree usted que el contenido teórico practico declarado en las asignaturas del ciclo clínico durante la carrera medicina lo prepara para atender adecuadamente un enfermo con VIH/sida (niño, adolescente, adulto, adulto mayor y gestante) una vez egresado?
a)- Totalmente_____. b)-Parcialmente_____.c)- No tengo criterio al respecto_____.
- 6- ¿Considera que los residentes manejan los casos clínicos con fallo terapéutico, fallo inmunológico y fallo virológico en un enfermo de sida y la conducta médica de los mismos?
a)- Totalmente_____. b)-Parcialmente_____.c)- No tengo criterio al respecto_____.
- 7- ¿Considera usted que lo residentes conocen que es la adherencia al tratamiento antirretroviral y el protocolo para el manejo de la misma?
a)- Totalmente_____. b)-Parcialmente_____.c)- No tengo criterio al respecto_____.

8.- Considera que la atención ofrecida por los residentes de Medicina Interna a los enfermos con sida y su familia desde lo psicológico y lo social es adecuada.

a)-Totalmente_____. b)-Parcialmente_____.c)- No tengo criterio al respecto_____.

9- Cree usted que los contenidos declarados en el plan de estudio con relación al módulo 12 enfermedades infecciosas, el tema de VIH/sida se corresponde con el contexto real de formación clínico asistencial.

a)-Totalmente_____. b)-Parcialmente_____.c)- No tengo criterio al respecto_____.

10.- Considera usted que el abordaje de clínico terapéutico de las infecciones oportunistas asociadas al sida, así como el manejo de la embarazada con VIH/sida es un contenido importante en la formación de los residentes de Medicina Interna.

a)-Totalmente_____. b)-Parcialmente_____.c)- No tengo criterio al respecto_____.

11. ¿Cree usted, que los contenidos que se sistematizan en el plan de estudio de la especialidad de Medicina Interna relacionado con el VIH/sida garantizan una formación competente a los residentes de la especialidad?

Totalmente_____. b)-Parcialmente_____.c)- No tengo criterio al respecto_____.

12. De acuerdo a la respuesta anterior. Conteste:

a) ¿Cree Ud. que existen insuficiencias en la formación de los residentes de Medicina Interna relacionado con el manejo del VIH/sida.

Totalmente_____. b)-Parcialmente_____.c)- No tengo criterio al respecto_____.

b) ¿Cree Ud. que debería incluirse un entrenamiento clínico en VIH/sida para sistematizar esta formación en la residencia?

Totalmente_____. b)-Parcialmente_____.c)- No tengo criterio al respecto_____.

Muchas Gracias
Dr. Ventura Puente Saní
Investigador

Anexo 3

Encuesta a residentes de Medicina Interna del Hospital General "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso"

Objetivo: Constatar el nivel de actualización del conocimiento sobre la atención integral en VIH/sida en la dinámica de su formación, a partir de significar las actuaciones ante el diagnóstico y tratamiento de los enfermos con VIH/sida y los debut clínico de sida, así como el manejo de las infecciones oportunistas y sus necesidades de superación.

Nombre y Apellidos del residente _____

Años de graduado _____ **Años de residencia** _____

Estimado residente: En aras de obtener la formación de un desempeño profesional cada vez más elevado, orientamos esta exploración para investigar los problemas existentes en torno a la Atención Integral de las personas que viven con VIH/sida durante la residencia de Medicina Interna. Es por ello que necesitamos responda las siguientes preguntas con la máxima objetividad y sinceridad; de antemano le damos las gracias por su colaboración. Marque con una cruz (X) una de las posibilidades que se le ofrecen.

1.- ¿Considera usted, tiene información necesaria sobre la caracterización de las poblaciones clave de mayor riesgo a infectarse con VIH/sida y los subgrupos de población tributarios de intervenciones preventivas específicas?

a)-Totalmente_____. b)-Parcialmente_____. c)- No tengo criterio al respecto_____.

2.- ¿Conoce los grupos de tamizaje?

a)-Sí_____. b)-No_____. De ser afirmativa, menciónalos:

3.- Considera usted, tiene la suficiente preparación para diagnosticar los casos de debut clínico de sida con infecciones oportunistas.

a)-Totalmente_____. b)-Parcialmente_____.c)- No tengo criterio al respecto_____.

4.- Considera usted, tiene la suficiente preparación una vez diagnosticado el caso como portador del VIH o el caso sida para su seguimiento en la atención primaria de salud.

a)-Totalmente_____. b)-Parcialmente_____.c)- No tengo criterio al respecto_____.

5.- ¿Conoce los estudios específicos para el diagnóstico y seguimiento de los pacientes con VIH-sida y sus complicaciones?

a)-Sí_____. b)-No_____. De ser afirmativa, menciónalos:

6.- ¿Conoce los protocolos de tratamiento con antirretrovirales para adolescentes, adultos y gestantes con infección por VIH/sida?

a)-Sí_____. b)-No_____.

7.- Considera usted, tiene la suficiente preparación para prescribir los medicamentos antirretrovirales a los casos de sida según estadios y el manejo terapéutico de las infecciones oportunistas y las posibles complicaciones.

a)-Totalmente_____. b)-Parcialmente_____. c)- No tengo criterio al respecto_____.

8- ¿Cree usted que el contenido teórico práctico declarado en las asignaturas del ciclo clínico durante la carrera medicina lo prepara para atender adecuadamente un enfermo con VIH/sida (niño, adolescente, adulto, adulto mayor y gestante) una vez egresado?

a)- Sí _____. b)- No _____. c)- Muy poco _____

9- ¿Conoce usted qué es un fallo terapéutico, fallo inmunológico y fallo virológico en un enfermo de sida y cuál es la conducta médica?

a)-Sí_____. b)-No_____.

10- ¿Conoce usted que es la adherencia al tratamiento antirretroviral y el protocolo para el manejo de la misma en la APS?

a)-Sí_____. b)-No_____.

11- ¿Conoce qué conducta se debe seguir frente a una exposición ocupacional, así como los conocimientos básicos sobre bioseguridad?

a)-Sí_____. b)-No_____.

12.- ¿Considera que se encuentra motivado por el estudio del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y su manejo clínico integral cómo residente?

a)-. Sí___ b)-. No___ c)-. A veces_____ d)-. Me es indiferente_____

Muchas Gracias
Dr. Ventura Puente Saní
Investigador

Anexo 4

Testimonio de profesores de Medicina Interna.

Estimado (a) Profesor:

Por su conocida experiencia y trayectoria como profesor consultante de la Educación Médica Superior, necesitamos su cooperación para conocer las memorias de su formación como residente en la etapa correspondiente de especialización, con el objetivo de comparar ese período formativo con el actual, se le sugiere que emita su criterio alrededor de cada uno según las categorías descritas.

Nombres y Apellidos _____ Edad _____
Centro de trabajo _____, desde _____ hasta _____
Especialidad: _____ Función: _____
Etapa de residencia
Desde _____ hasta _____
Hospital de formación _____

Caracterización del período de formación de la residencia

- Educación en el trabajo
- Seminarios
- Revisión bibliográficas
- Talleres actualización
- Cursos y entrenamientos
- Formación tutelar
- Formación empírica
- Existencia de plan de estudios de la especialidad
- Manejo de la enfermedades infecciosas

Comentario final de esa etapa de formación y su visión de la etapa actual

Muchas Gracias
Dr. Ventura Puente Saní
Investigador

Nombre y apellidos: OMAR González de la Cruz
edad: 77. Graduado: 1966

ETAPA de Residencia: Puesto: 1969 - 1971

Hospital de Formación: Juzgado "Castillo de San Juan"
(Hosp. MILITAR)

Dr. Omar González de la Cruz



10397

* Caracterización del periodo de formación:

- Es un periodo difícil por la multiplicidad de Misiones que tenían que cumplir: Tuvimos una época de Amenazas de Invasión del país y de Ejercicios de BANDAS Combate Aéreo en la Pradera. (Operación Garza etc)

- Teníamos mucho trabajo asistencial; servimos al Hospital del Ejército Oriental, atendíamos la población civil del Área del Hospital y las familias de los militares.

- Tuvimos una buena formación de la Universidad (Escuela de Medicina de la Habana donde entraron a pesar del exilio de muchos por influencia del trabajo de Roberto Rosset Solbet - Rodríguez SILVA etc.

- Después de estar graduado en el Hospital fui asistente de Médico de la Especialidad. No tenía el Depto de Medicina Médicos Especialistas de Medicina, solo los Graduados. Al abrir la Escuela de Medicina tuvimos que asumir la Docencia de Medicina y Pedagogía, a pesar de que no éramos docentes ni de que no éramos, ni había especialistas de medicina. El Profesor ROSE GOLDBACH no atendió hacer visitas periódicas que utilizaba para discutir casos.

- No tuvimos en la Residencia Revistas Publicistas, Talleres, cursos o entrenamientos, la enseñanza era básica. Meta Auto didáctica. Tampoco existía hasta años después un Programa de la Especialidad. Pregunte por el Programa y el Dr. ROSE me dijo: El Texto de Pedro PONS.

En esa época notamos idea Teórica de la Pedagogía en Medicina. (2)

- Si había una clara conciencia de la importancia de la Discusión de caso, que se efectuaban según las necesidades asistenciales.

- Solo tuvimos un Especialista de Medicina 7^o a fines del 1967, el Dr. Martínez del Hospital Jiribay de la Habana.

- La formación además de empírica era basada, más que en el doctor. No había refuerzo por tiempo, no se había creado la especialidad, ni existía la Especialidad Paralela que comienza en el Hospital de Hematología y la Habana del Dr. Juan Cusi Hernández, y esto a partir del 1971-1972.

- Los Especialistas Dirección se manejan en Cuba y la Eruptiva fue una muestra de manejo ambulatorio con no complicada.

- No hay posible comparación en la etapa actual ahora hay refuerzo por tiempo y caso de guardia y posibilidad de acudir a cursos tales como TEMAS. Hay sistemático Discusión de caso

Revisión Bibliográfica, Clínica - Patológica y Clave - Radiológica - Anatomía y Fisiología

- En el Hospital Jiribay desde 1967 se comenzó a dar la charca - Radiología - Clínica - Patología y se han visto que eran de calidad y por lo tanto ausencia de especialistas - En esa etapa inicial en Camaguey la calidad de la con que luego son a parte del ex Director del Instituto que se fue Dr. J. D. Omar González de la Cruz

Dr. Omar González de la Cruz
10397

Dra. Luis Felipe Bouillo Correa

Hoja 1

Edad 76 años O.I. 41100106963

Centro de trabajo: Hospital Dr. Ambrosio Gillo Portuondo

Desde 1978 hasta el 2018

Función: Jefe de servicio de Infecciones desde julio de 1980 hasta marzo de 1987

Jefe de servicio de medicina interna desde abril de 1987 hasta febrero del 2018

Etapa de residencia:

Desde 1972 hasta 1975

Caracterización del periodo de residencia:

Educación en el trabajo: Cuando comencé la residencia el jefe de servicio era el profesor Dr. Reinaldo Roca Gadenich, el cual me dio una amplia explicación de lo que tenía que hacer para ser un buen internista, en primer lugar la disciplina laboral, profundizar en el estudio individual y cumplir con calidad todas las tareas tanto asistenciales como docentes.

Educación en el trabajo: Los profesores jefe de cada floor por su experiencia nos enseñaban en el paciente, como evaluarlos, como realizar una historia clínica con calidad.

Seminarios: Realizábamos un seminario mensual durante los 3 años de residencia.

Revisión bibliográfica: En cada año de la residencia el jefe de servicio nos asignaba un tema para que hicieramos una revisión bibliográfica al colectivo de la especialidad.

Valoración por prueba #10/2
60-70 No existían la vía directa de la especialidad
los médicos teníamos que realizar la medicina
rural, en consultorios u hospitales rurales que
en los primeros años era de un año y después
lo aumentaron a 2. Del 70 al 80 hicieron una
modificación al plan los médicos recién graduados
comenzaban la residencia en los hospitales y
en el último año después de examinar tenían
que ir hacer la medicina rural con un nombre en
una ciudad o poblado de municipio, realizar
su trabajo de residencia hacer la presenta-
ción y la defensa y así se obtenía el título
de la especialidad.

81-91 En este periodo comenzó un nuevo
plan la vía directa con terminación total
de la residencia incluyendo ~~el trabajo~~
el trabajo de investigación y el programa
(plan de la investigación)

91-2001 No hubo modificación del
plan de especialidad.

2001-2018 Continúa el mismo plan
de la especialización

Formación Titular Cuando comenzamos la residencia, ayudado por el jefe del servicio y especialistas, nos asignaron un tema para hacer el trabajo de investigación de la formación de la especialidad del residente, elegía el tema y era aprobado por en el colectivo.

Formación Empírica: la formación empírica como tal no se usaba de rutina, ya que teníamos profesores muy decentes los cuales nos apoyaban constantemente para nuestra formación como especialistas con calidad docente sustancial.

Programa de (plan) de especialización NO
Cuando realizamos la especialización ~~no~~ tenía programa de la especialización como ahora, nos orientaban bibliografía, como la Clínica médica de norte américa, el Tratado de Cecil, Harrison, y tema de medicina interna del Dr. Fernando Vera Goderich.

Talleres de actualización NO

Curso de E.C.C.M.O.

Biostatística NO

MNT - NO

Inmunología NO

Anexo 5

Entrevista a funcionarios de la Dirección Provincial de Salud Pública pertenecientes al departamento de las ITS/VIH/sida.

Objetivo: valorar el estado de opinión y conocimientos de directivos del departamento provincial de las ITS/VIH/sida sobre el proceso de formación profesional en cuanto al manejo y a la atención de los pacientes que viven con VIH/sida.

Compañero (a): Esta entrevista responde a una investigación que se está realizando acerca de la dinámica clínico-asistencial-humanista en la atención a los pacientes con VIH/sida para residentes de Medicina Interna.

Atendiendo a la responsabilidad que usted tiene en este proceso, ha sido escogido (a) para que aporte criterios que nos ayuden a profundizar sobre el tema, por lo que se necesita responda las siguientes interrogantes, agradeciendo por anticipado su cooperación.

Datos generales

Años de experiencia en el cargo _____ Categoría docente _____

Grado Científico _____

1-¿Qué criterio tiene acerca del proceso de formación profesional de los residentes de Medicina Interna en cuanto a la atención de pacientes que viven con VIH/sida en la provincia de Santiago de Cuba?

2-¿Considera la dirección provincial de salud la necesidad e interés que se aplique una estrategia de formación a los residentes en cuanto a la atención integral de personas que viven con VIH/sida y las infecciones oportunistas asociadas desde su periodo formativo en relación con el contenido de su plan de estudio?

3-¿Qué importancia le atribuye usted a la dinámica clínico-asistencial-humanista en la atención a los pacientes con VIH/sida para residentes de Medicina Interna?

4-¿Considera que las actividades de superación que desarrolla el Hospital General “Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso” permiten elevar la calidad en la atención médica de los pacientes afectados con VIH/sida?

5- Consideraciones sobre la epidemia de VIH/sida en Cuba y la provincia de Santiago de Cuba.

Muchas Gracias
Dr. Ventura Puente Saní
Investigador

Anexo No 6

Tabla 1 Resultados de la encuesta inicial a residentes de Medicina Interna en la atención a pacientes con VIH/sida

No.	Criterios seleccionados	T		P		NC	
		No.	%	No.	%	No.	%
1	Conocen las poblaciones claves y grupos de tamizaje	2	12.5	10	62.5	4	25
2	Están preparados para diagnosticar los casos de debut clínico de sida con infecciones oportunistas	2	12.5	4	25	10	62.5
3	Tienen la suficiente preparación una vez diagnosticado el caso como portador del VIH/sida para su seguimiento en la atención primaria de salud.	2	12.5	4	25	10	62.5
4	Conocen los estudios específicos para el diagnóstico y seguimiento de los pacientes con VIH/sida y sus complicaciones	2	12.5	5	31.25	9	56.2
5	Conocen los protocolos de tratamiento con antirretrovirales y están preparados para prescribirlos.	2	12.5	2	12.5	12	75
6	La opinión del contenido teórico práctico declarado en las asignaturas del ciclo clínico durante la carrera medicina lo preparó para atender adecuadamente un enfermo con VIH/sida una vez egresado.	0	0	4	25	12	75
7	Conoce usted qué es un fallo terapéutico, fallo inmunológico y fallo virológico en un enfermo de sida y cuál es la conducta médica.	2	12.5	4	25	10	62.5
8	Conoce usted que es la adherencia al tratamiento antirretroviral y el protocolo para el manejo.	0	0	2	12.5	14	87.5
9	Conocen la conducta a seguir frente a una exposición ocupacional, así como los conocimientos básicos sobre bioseguridad.	2	12.5	0	0	14	87.5
10	Están motivado por el entrenamiento clínico en VIH/sida.	16	100	0	0	0	0

n=16

T: Totalmente, **P:** Parcialmente, **NC:** No tengo criterio al respecto

Anexo 8

Encuesta a los especialistas participantes en el primer taller de socialización, para evaluar los aportes de la investigación

Se solicita complete los siguientes datos personales:

Objetivo general: Evaluar el modelo de la dinámica clínico-asistencial-humanista en la atención integral a pacientes con VIH/sida para residentes de Medicina Interna en formación y la estrategia didáctica.

Centro en que trabaja: _____.

Años de experiencia como médico: _____.

Título Académico: _____.

Grado Científico: _____.

Categoría Docente: _____.

- 1. Estimado Profesor, necesitamos que analice cuidadosamente la información solicitada más abajo y responda con claridad todas las preguntas, las cuales se refieren a los aportes esenciales de la investigación, para lo cual ha de marcar con una X en la casilla que considere.**

Se presenta una escala de 1 a 3 en orden ascendente de calidad, donde: 1 no apropiado; 2 poco apropiado; 3 apropiado.

Evaluación investigativa		1	2	3
1. Valor de la pertinencia de los fundamentos teóricos del modelo de la dinámica clínico-asistencial-humanista en la atención integral a pacientes con VIH/sida para residentes de Medicina Interna en formación		0	0	100%
2. Pertinencia y relevancia social del modelo de la dinámica clínico-asistencial-humanista en la atención integral a pacientes con VIH/sida para residentes de Medicina Interna en formación		0	0	100%
3. Pertinencia de las relaciones esenciales entre las configuraciones y dimensiones del modelo y las particularidades del proceso que se estudia.		0	0	100%
4. Pertinencia de la estrategia de formación a los residentes de Medicina Interna para la atención integral a pacientes que viven con VIH/sida.		0	0	100%
5. Posibilidad de aplicación de la estrategia de formación a los residentes de Medicina Interna para la atención integral a pacientes que viven con VIH/sida.		0	0	100%
6. Pertinencia de las acciones planteadas en cada una de las etapas de la estrategia.		0	0	100%
Etapas de Sensibilización		0	0	100%
Etapas de	Fase clínico-asistencial	0	0	100%

Entrenamiento clínico	Socio-clínica humanizada	0	0	100%
8. Pertinencia de la estrategia de formación postgraduada a los residentes de Medicina Interna, propuesta para viabilizar el modelo.		0	0	100%
10. Pertinencia de la aplicación y utilidad práctica de la estrategia didáctica de formación a los residentes de Medicina Interna para la atención integral a pacientes que viven con VIH/sida.		0	0	100%

Describa sucintamente cualquier otro criterio que usted tenga con relación a los aportes esenciales de la investigación.

2. Exprese sus criterios valorativos de las propuestas investigativas.

Marque con una X en la casilla que considere y efectúe la fundamentación correspondiente en caso que lo requiera.

VALORACIÓN	Adecuada	Poco	No
		Adecuada	adecuada
1. Valor teórico del modelo propuesto.	100%	0	0
2. Valor orientador para los especialistas, de la estrategia propuesta.	100%	0	0
3. Valor teórico-metodológico de las acciones de la estrategia, que permiten satisfacer el objetivo para el que fue concebida.	100%	0	0
4. Posibilidad real de la estrategia de ser aplicada en otras instituciones de salud.	90%	10%	0
5. Posibilidad real de la utilización de la estrategia por los Especialistas de Medicina Interna en la práctica clínica.	100%	0	0

Anexo 9

Entrevista no estructurada a especialistas participantes del segundo taller de socialización y su resultado.

Modelo de encuesta para evaluar los aspectos constitutivos del modelo de la dinámica clínico-asistencial-humanista en la atención a los pacientes con VIH/sida para residentes de Medicina Interna y la estrategia formativa.

Estimado (a) colega:

Usted ha sido seleccionado(a) como especialista para valorar la pertinencia del modelo de la dinámica clínico-asistencial-humanista para la formación de los residentes de Medicina Interna en la atención a los pacientes que viven con el VIH/sida y la estrategia formativa para su concreción en la práctica. Luego que el investigador explique los fundamentos de la investigación, analice y exponga cada uno de los aspectos señalados, se le sugiere que emita su criterio alrededor de cada uno según las categorías descritas.

Aspectos a tratar en la entrevista:

1. Pertinencia de los fundamentos teóricos del modelo de la dinámica clínico-asistencial-humanista en la atención a los pacientes con VIH/sida para residentes de Medicina Interna
2. Pertinencia de las configuraciones, dimensiones, relaciones y cualidades reveladas.
3. Pertinencia de la derivación del modelo, expresada en las relaciones esenciales y su regularidad.
4. Pertinencia de la utilidad y relevancia social del modelo teórico.
5. Pertinencia de la importancia práctica del valor del modelo y su estrategia pedagógica.
6. Pertinencia del beneficio social y humanista de la estrategia pedagógica.

Muchas gracias por su cooperación.

MSc. Ventura Puente Saní
Investigador

Resultados de la entrevista no estructurada a especialistas participantes del segundo taller de socialización

1.- Seleccione en correspondencia con cada aspecto una de las categorías propuestas:

Aspectos a evaluar	Adecuado	Poco adecuado	No adecuado
1. Pertinencia de los fundamentos teóricos del modelo de la dinámica clínico-asistencial-humanista en la atención al VIH/sida para residentes de Medicina Interna.	100%	0	0
2. Pertinencia de las configuraciones, dimensiones, relaciones y cualidades reveladas.	100%	0	0
3. Pertinencia de la derivación del modelo, expresada en la regularidad y la estrategia.	100%	0	0
4. Pertinencia de la utilidad y relevancia social del modelo.	100%	0	0
5. Pertinencia de la importancia práctica del valor del modelo y su estrategia formativa.	100%	0	0
6. Pertinencia del beneficio social y humanista de la estrategia pedagógica	100%	0	0

2.- Reseñe, sintéticamente, cualquier reflexión en relación con el modelo didáctico de la dinámica clínico-asistencial-humanista en la atención al VIH/sida para residentes de Medicina Interna.

Los especialistas opinaron que una vez se defiende el tema de investigación, se debe de presentar en la junta nacional para implementar y generalizar en el país.

Anexo 10

Tabla 2 Guía de observación clínica a residentes de Medicina Interna actuación profesional y resultados

		ACTUACIÓN PROFESIONAL						
	I. Entrevista Médica	Puntos	R1	R2	R3	R4	R5	R6
1	Clima correcto para la comunicación (Aspectos éticos y Psicológicos)	10	7	8	8	8	9	10
2	Establecimiento de comunicación bidireccional (Comprensión, lenguaje adecuado a la persona tratada)	10	10	10	10	10	10	10
3	Pesquisa relacionada con: (Factores de riesgos, Psicosociales, Condiciones de vida)	10	10	10	10	10	10	10
4	Identificación de los síntomas/situación de salud	10	7	7	7	7	7	9
II. Examen Físico								
5	Técnica de realización del Examen Físico (Aspectos éticos, Profundidad, Habilidades, Destreza, Extensión, Orden lógico, Calidad)	10	8	7	7	8	8	8
6	Identificación de los signos encontrados	10	8	7	7	8	10	9
III. Razonamiento Clínico								
7	Diagnóstico Clínico	10	8	7	7	8	8	8
8	Exámenes Complementarios	10	6	6	7	6	10	10
9	Enfoque integral y de riesgo (Individuo - Familia - Comunidad)	10	8	8	8	8	10	10
10	Plan Terapéutico Integral (Terapéutica, Acciones de promoción, Acciones preventivas, Educación sanitaria)	10	6	6	7	7	7	4
	Evaluación final	100	79	76	78	74	89	88

n=6

R = Residente.

Regla de decisión: La suma aritmética de todos los ítems es de 100 puntos.

- 90-100: desempeño profesional muy adecuado
- 80-90: desempeño profesional adecuado
- 70-80: desempeño profesional poco adecuado
- Menos de 69: desempeño profesional es malo.

Anexo 11

Tabla 3 Comparación del estado de preparación de los residentes de Medicina Interna antes y después de la aplicación de la estrategia

	Estado de preparación de los residentes	Antes		Después		Probabilidad
		A	NA	A	NA	
1	Conocen las poblaciones claves y grupos de tamizaje.	2 33,3%	4 66,6%	6 100%	0	0,125 ^b
2	Están preparados para diagnosticar los casos de debut clínico de sida con infecciones oportunistas.	2 33,3%	4 66,6%	6 100%	0	0,125 ^b
3	Están preparados una vez diagnosticado el caso VIH/sida para su seguimiento en la atención primaria de salud.	1 16,6%	5 83,3%	5 83,3%	1 16,6%	0,125 ^b
4	Conocen los estudios específicos para el diagnóstico y seguimiento de los pacientes con VIH-sida y sus complicaciones.	2 33,3%	4 66,6%	6 100%	0	0,125 ^b
5	Conocen los protocolos de tratamiento con antirretrovirales y están preparados para prescribirlos.	1 16,6%	5 83,3%	5 83,3%	1 16,6%	0,125 ^b
6	Conocen qué es un fallo terapéutico, fallo inmunológico y fallo virológico en un enfermo de sida y cuál es la conducta médica.	0	6 100%	6 100%	0	0,031 ^b
7	Conocen la adherencia al tratamiento antirretroviral y el protocolo para su manejo.	0	6 100%	6 100%	0	0,031 ^b
8	Conocen la conducta a seguir frente a una exposición ocupacional y los conocimientos básicos sobre bioseguridad.	1 16,6%	5 83,3%	6 100%	0	0,063 ^b

n=6

A= adecuadamente **NA=** no adecuadamente

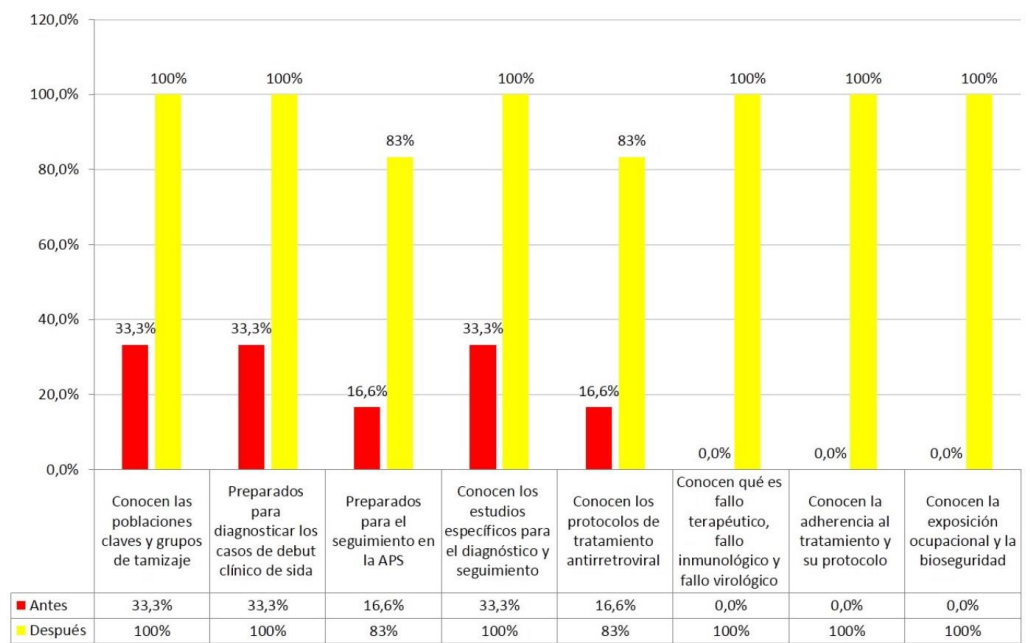


Gráfico 3.2.1 Comparación del estado de preparación de los residentes de Medicina Interna antes y después de la aplicación parcial de la estrategia

Anexo 12

Tabla 4 Etapas de aplicación del método clínico epidemiológico en la preparación los residentes de Medicina Interna antes y después de la implementación de la estrategia

	Etapas de aplicación del Método clínico-epidemiológico	Antes		Después		Probabilidad
		A	NA	A	NA	
1	Identificación y formulación del problema.	2 33,3%	4 66,6%	6 100%	0	0,125 ^b
2	Búsqueda, recolección y análisis de toda la información existente hasta ese momento.	1 33,3%	5 83,3%	6 100%	0	0,063 ^b
3	La formulación de hipótesis o conjeturas	1 16,6%	5 83,3%	5 83,3%	1 16,6%	0,125 ^b
4	La hipótesis sometida a verificación o contrastación para conocer si son o no ciertas.	1 33,3%	5 83,3%	5 83,3%	1 16,6%	0,125 ^b
5	Informar los resultados.	1 16,6%	5 83,3%	6 100%	0	0,063 ^b
6	Instituir terapéutica si procede o reiniciar el proceso.	1 33,3%	5 83,3%	6 100%	0	0,063 ^b
7	Exposición y evaluación de los resultados finales.	1 33,3%	5 83,3%	6 100%	0	0,063 ^b

n=6

A= adecuadamente NA= no adecuadamente

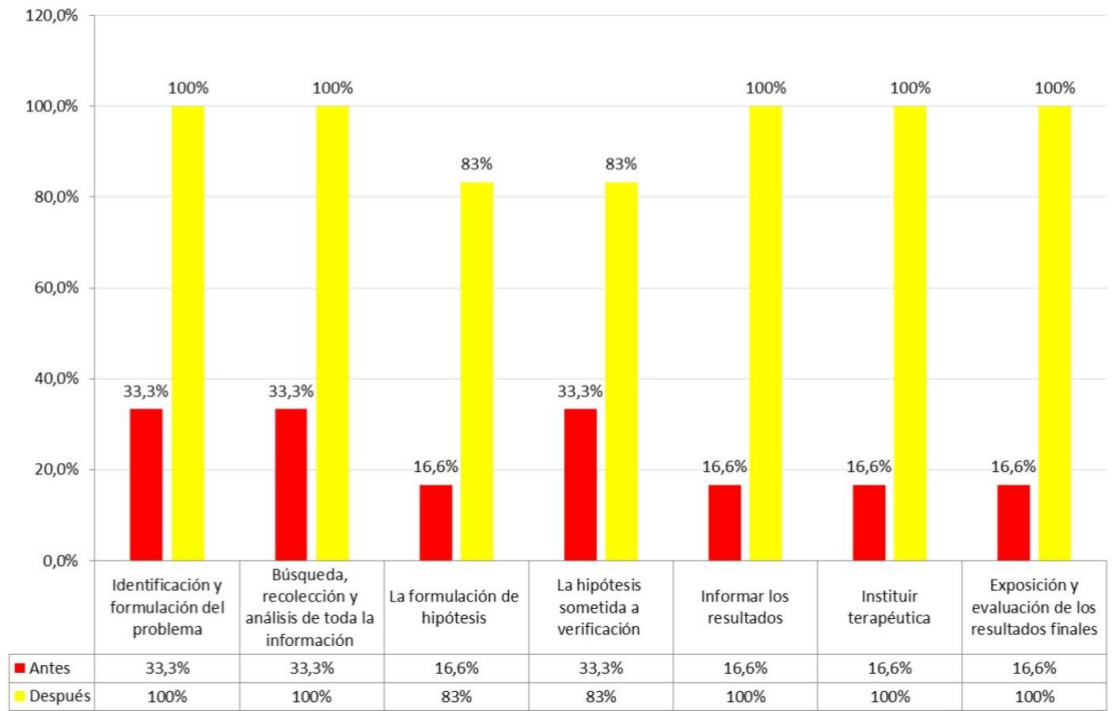


Gráfico 3.2.2 Conocimiento adecuado relacionado con la aplicación del método clínico en la atención integral a personas que viven con el VIH/sida antes y después de implementar la estrategia.

**HOSPITAL GENERAL “Dr. JUAN BRUNO ZAYAS ALFONSO”
SANTIAGO DE CUBA**

AVAL

Al analizar la tesis propuesta **Dinámica clínico-asistencial-humanista en la atención a los pacientes con VIH/sida para residentes de Medicina Interna**, emito las siguientes consideraciones:

1. La investigación trata un tema significativo para la enseñanza y el aprendizaje tanto práctico como teórico en la atención integral a los enfermos con VIH/sida desde la formación de los residentes de Medicina Interna, al existir inconsistencia en el trayecto epistemológico y metodológico durante el período de formación de especialistas, pues se propone una fundamentación teórica y didáctica, que responde a las transformaciones que se introdujeron en la residencia.
2. Se comenzó su generalización con todos los residentes de Medicina Interna teniendo en cuenta el inicio de la especialización, y proponemos extenderla a otros hospitales docentes de la provincia de Santiago de Cuba. Se socializan sus concepciones didácticas a través del sistema de trabajo metodológico en la Facultad de Ciencias Médicas No. 2.
3. La fundamentación teórico-práctica del diseño de las etapas de sensibilización y la etapa de entrenamiento clínico se formulan a partir de las concepciones didácticas que se manejan en la tesis.
4. Los profesores de Medicina Interna manifiestan una gran aceptación por la propuesta de la estrategia de formación expuesta en la tesis.
5. La propuesta de la estrategia de formación contempla un sistema de acciones metodológicas de gran utilidad porque ofrece: recomendaciones didácticas para planificar, dirigir y evaluar el proceso de enseñanza-aprendizaje del desempeño clínico, social y humanista de los residentes de Medicina Interna en la atención integral de los enfermos con VIH/sida.
6. Se ofrece una guía para la observación del proceso formativo en las distintas modalidades de la educación en el trabajo, porque tiene en cuenta dimensiones e indicadores para el desarrollo de las diferentes etapas de la estrategia de formación.
7. Los resultados en la atención integral de los enfermos con VIH/sida han mejorado considerablemente, desde su llegada a las salas de urgencia y emergencia médica. De igual manera se observa en los residentes de Medicina Interna y otras especialidades clínicas a fines una gran motivación por el entrenamiento clínico.

8. Los pacientes que viven con VIH/sida y sus familiares opinan criterios positivos acerca del proceso de atención médica por parte de los residentes de Medicina Interna.

Por las razones expuestas anteriormente emito el presente aval para la Tesis del Profesor y MSc. Ventura Puente Saní, la cual considero de gran trascendencia para la formación de los residentes de la especialidad de Medicina Interna en su proceso de enseñanza-aprendizaje del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida en la provincia.

Dado en Santiago de Cuba, a los 29 días del mes de septiembre del 2018, "Año 60 de la Revolución".

Dr. MSc. Omar Bicet Altés
"Director de Hospital General Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso".
Santiago de Cuba