



CENCOMED (Actas del Congreso), jorcienciapdc12024, (mayo 2024) ISSN 2415-0282

Estructura conceptual de la superación profesional del residente de Medicina General Integral en el contexto cubano

Yon Luis Trujillo Pérez.¹ <https://orcid.org/0000-0002-0415-3907>

Lourdes de la Caridad Cabrera Reyes.² <https://orcid.org/0000-0002-9103-1683>

Yudit Luaces Grant.³ <https://orcid.org/0000-0003-0114-6995>

Silvia Colunga Santos ⁴ <https://orcid.org/0000-0002-7446-9886>

¹ Hospital Universitario Amalia Simoni. Camagüey. Cuba.

² Centro de Desarrollo de las Ciencias Sociales y Humanísticas en Salud. Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey. Camagüey. Cuba.

³ Centro de Estudios de Ciencias de la Educación Enrique José Varona. Universidad Ignacio Agramonte Loynaz. Camagüey. Cuba.

⁴ Centro de Desarrollo de las Ciencias Sociales y Humanísticas en Salud. Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey. Camagüey. Cuba.

Resumen

La relevancia de la superación profesional y su contribución al mejoramiento de la salud poblacional constituyen suficientes argumentos para el residente de medicina general integral en Cuba. Al respecto, se han desarrollado varios estudios históricos sobre la superación de este especialista; sin embargo, se requiere profundizar en determinados temas que pueden aportarle un sentido renovador como prescriptor en la atención al paciente, la familia y la comunidad. A tal efecto, en este texto se exponen los antecedentes del proceso de posgrado, con énfasis en la prevención. Pudo concluirse que existen vacíos importantes en el diseño de superación profesional en cuanto a la prevención en salud en los primeros momentos del desarrollo del programa de estudio; sin embargo, se reconoce la trascendencia social de esa problemática por parte de los niveles directivos correspondientes.

Palabras clave: superación profesional; residente de Medicina General Integral; Atención Primaria de Salud.

Introducción

La superación profesional en la educación médica es vía importante en el desarrollo de conocimientos, habilidades e intereses que permite un mejor desempeño de las funciones docente-metodológicas a sus egresados, por lo tanto, se instauro como eje fundamental del proceso de enseñanza-aprendizaje en la educación superior. Las bases y fundamentos metodológicos constituyen sustentos teóricos esenciales en el diseño, desarrollo y evaluación del programa de superación profesional para lograr el perfeccionamiento y preparación de tales profesionales, en correspondencia con las demandas sociales y el desarrollo educacional actual.

En este sentido, las condiciones formativas presentes en el contexto de la formación médica exigen un óptimo trabajo de las instituciones para garantizar resultados de calidad en la preparación de sus` profesionales; por lo tanto, para lograr una preparación integral en los actores de la Atención Primaria de Salud (APS) en general y, en particular, en el residente de Medicina General Integral (MGI) es necesario que se acometan transformaciones que reclaman cambios significativos en la labor que desempeñan en la comunidad, pues ellos asumen roles diferentes de acuerdo con la posición que ocupan en el sistema de salud y ante la connotación del desarrollo acelerado de las ciencias y la técnica.

Para el análisis se determinaron indicadores que permitieron el estudio de las etapas, hitos y tendencias en la evolución del proceso de superación del residente de MGI.

- Principales concepciones teóricas y metodológicas en la superación profesional del residente de Medicina General Integral en la prevención de las hepatitis virales crónicas.
- Modelo de superación del residente de MGI (formación posgraduada) y su influencia en la prevención de las hepatitis virales crónicas.
- Conocimientos del residente de Medicina General Integral para la prevención de las hepatitis virales crónicas.

Por ello el objetivo del presente texto es exponer el desarrollo histórico tendencial de la superación profesional del residente de Medicina General Integral en la Atención Primaria de Salud en el contexto cubano.

Desarrollo

La medicina familiar, al decir de García (2017); López (2018) y Sierra (2019), tiene sus orígenes en la medicina general, la que surgió y tomó auge desde el siglo XIX hasta las primeras décadas del XX. Es la única especialidad médica que no ha surgido del progreso de las ciencias médicas y tecnológicas, sino por la necesidad de atender imperiosos problemas sociales, tanto de las comunidades como del Estado Cubano.

La evolución histórica al decir de Salas y Salas M (2014) persigue precisar el movimiento general del desarrollo histórico del objeto y del campo, en aspectos concretos, caracterizados para revelar el comportamiento en el tiempo de un proceso con un enfoque generalizador en la historia.

En consonancia con lo anterior se emprende el estudio de la evolución histórica del proceso de formación del MGI y se parte del reconocimiento de varios estudios de la Organización Mundial de la Salud (1978), y la Organización Panamericana de la Salud (1980), que certifican que la especialidad en Medicina General Integral, tiene sus antecedentes en la década de los años 60 del siglo XX; surgió en Canadá, Gran Bretaña y Estados Unidos, para aquel entonces se nombraba médico general, responsable de los problemas de salud de las familias; de los servicios ante los problemas de sus pacientes con elevada profesionalidad que lo distinguieron como el consejero, es decir, médico de cabecera. Sin embargo, es en la Conferencia Internacional sobre Atención APS, celebrada en el año 1978 en Alma Ata, donde se identificó la principal estrategia de trabajo para alcanzar la meta de Salud para Todos en el año 2000 y se significó la importancia de la Medicina General Integral.

En Cuba, la especialidad en Medicina General Integral inicia en 1984, con la implementación del Programa del médico y enfermera de la familia, eje principal del sistema de salud y premisa básica del enfoque social de la medicina, instaurado a partir de una concepción integral de la formación en el pregrado y el postgrado.

Del mismo modo, para analizar la evolución histórica de la capacitación especialista en Medicina General Integral, el autor de la tesis asume el periodo de la Revolución en el Poder (1959 - 2021) y reconoce como hito el surgimiento del Programa del Médico y Enfermera de la Familia, en el año 1984. En este periodo se conciben las siguientes etapas:

Primera etapa (1984-1989): Organización de la formación del residente Medicina General Integral.

Segunda etapa (1990-2010): Fortalecimiento de la formación del residente Medicina General Integral

Tercera etapa (2011 hasta la actualidad): El policlínico universitario como escenario de la formación del residente de Medicina General Integral.

Primera etapa (1984-1989): Organización de la formación del residente Medicina General Integral

El perfeccionamiento del enfoque social de la medicina cubana se ha favorecido con la instauración de la especialidad de Medicina General Integral en el país. A juicio del autor las transformaciones en el Sistema Nacional de Salud (SNS), en correspondencia con la situación económica, social y comunitaria, así como las necesidades internacionales, han sido determinantes en la formación de estos profesionales.

En el año 1984 bajo la idea del Consejo de Estado y de Ministros, Fidel Castro Ruz creó el Programa del Médico y la Enfermera de la Familia. Ello dio origen en 1985, según Lemus y Pérez (2013), a la especialidad de Medicina General Integral, a partir de una concepción integral de la formación de pregrado y de posgrado, con un perfil de salida dirigido al funcionamiento de este nivel de atención. Esta especialidad, como no tenía antecedentes en el país, constituyó el perfeccionamiento del enfoque social de la medicina, que es la premisa básica del SNS desde su creación.

En 1987 se estableció el Programa de Atención Integral a la familia: se elaboraron los textos, programas de formación, modelos y registros que respondieron a las exigencias del momento. En esta etapa, la dirección nacional de especialización elaboró la edición provisional del programa y comenzaron los seminarios internacionales de APS, lo que garantizaba un nuevo concepto. Se convirtió la generalidad en una especialidad: la Medicina General Integral, se asumió como un concepto asociado a la idea del médico de la familia.

Es así que con la especialidad de Medicina General Integral, surgió el primer programa de estudio que contaba con una duración de tres años; el primer año se dedica a la familiarización, al considerar que durante la etapa de estudiante solo se realizan algunas rotaciones por escasos servicios en los policlínicos, por lo que la mayoría de ellos nunca había desarrollado actividades académicas en un consultorio del médico de la familia; mientras que en el segundo y tercer años se incentiva el aprendizaje de los diferentes temas de las especialidades básicas. Se plantea el objetivo de convertir al Médico General en un especialista con conocimientos generales que permitan un modo de actuación preventivo durante el ejercicio profesional en la APS.

En el plan temático solo se incluía la denominación del tema, la forma de organización de la enseñanza y un listado de procederes; asimismo, predominaban los seminarios y conferencias en las formas de organización de la enseñanza y se incluía, casi de forma exclusiva, la atención al individuo; sin embargo, carecía de integralidad.

La revisión de los planes de estudios de la residencia de esta especialidad, (1985) y (2018), demuestra que quedaron atrás los esquemas clásicos de la residencia, pues el proceso formativo del especialista se centraba en la atención de la salud y la enfermedad, de ahí que el proceso se basó en la promoción de salud y la prevención de enfermedades, apoyado en la independencia cognoscitiva y en el desarrollo de la creatividad, con énfasis en la atención ambulatoria y en la dispensarización.

El modelo del especialista de este momento es asumido por López (2018) y González, Cuesta, Pérez, Presno, Fernández, Pérez (2018) como dimensional dirigido a los ámbitos social, ocupacional y profesional. En lo social se establecieron los componentes de la personalidad y en lo ocupacional se reflejaba su lugar en el universo de trabajo del SNS. Las funciones que podían

desarrollar y el universo de conocimientos, habilidades y valores que determinaban la competencia, caracterizaron la dimensión profesional.

Para el cumplimiento de estas dimensiones se plantearon tres perfiles: la formación comunista, la calificación ocupacional y la formación profesional. Una debilidad de este programa formativo fue no establecer los procedimientos que servirían a los profesores para desarrollar competencias.

Para definir el modelo de médico que debe egresar de la Educación Médica Superior (EMS) asumido por Ilizástigui y Douglas (1993), la dirección de la Revolución designa al médico de familia e incorpora la especialidad en Medicina General Integral. Sobre esta base se define que el médico que egresa de la EMS es el médico general, con el calificativo de básico para diferenciarlo del médico general integral con nivel de especialista. Ambos tienen funciones similares y manejan los mismos problemas de salud, pero con diferente grado de profundidad.

Segunda etapa (1990-2010): Fortalecimiento de la capacitación del especialista de Medicina General Integral

En la década de los 90 Cuba se enfrentó al recrudecimiento del bloqueo con el derrumbe del campo socialista, lo que provocó incalculables consecuencias no solo en economía, sino en otras esferas de la sociedad, y la salud pública no escapó de estos acontecimientos.

En su investigación, Neffa (2019) asume que durante esta etapa no se promovieron encuentros entre los médicos y enfermeras de la familia que contribuyeran a dar solución a los problemas derivados de la puesta en marcha del novedoso plan. Se generalizó y consolidó el estilo de evaluar el trabajo a partir del cumplimiento de metas que muchas veces nada dicen de la calidad o de su repercusión en el mejoramiento del nivel de salud en la población.

Sin embargo, es de destacar que en 1990 se realiza la segunda revisión del programa de formación del especialista en MGI con tres años de formación, que adoptó el sistema modular, con los objetivos, conocimientos y habilidades, se declararon los principios científicos pedagógicos, la atención tutelar del profesor, la profundización de los conocimientos; se insertó la solución de problemas clínicos, con la aplicación del método científico en sus aspectos clínico, epidemiológico y de diagnóstico de salud, se hizo énfasis en la utilización de los métodos productivos de enseñanza-aprendizaje, así como el estudio individual y la educación en el trabajo.

La segunda versión del programa descrito en el Plan de estudios de la residencia de Medicina General Integral (1990), tenía un enfoque integral y multidisciplinario, con lo cual se eliminan los cursos especiales complementarios, aunque se mantuvo el tiempo de formación y se adoptó un sistema modular, con especificaciones de los objetivos, habilidades y conocimientos integrados.

En este orden, se definieron las funciones de los componentes personales del proceso de enseñanza y aprendizaje, incluida la responsabilidad de los profesores en este proceso. Se incorporaron tres actividades académicas en lo referido a las formas de organización de la

enseñanza, o sea, la discusión de problemas de salud, el intercambio semanal y el taller. Es de destacar que se introdujo la atención tutelar de los profesores, se inició la formación tanto en centros laborales como educacionales.

De igual manera, González, Cuesta, Pérez, Presno, Fernández, Pérez (2018), se apropian del juicio que en este periodo se presentaron muchos problemas en el orden operativo, magnificados por el contexto, pero fue una etapa de ruptura, pues al intentar desconocerlos, estos persistieron y se incrementaron, al igual que la insatisfacción de los médicos de familia con esta condición, aunque es válido destacar que no se paralizó la formación en los programas de especialización.

Orosa, Henríquez, Sánchez (2021) reseñan que en 1994 comenzó un perfeccionamiento en el sistema de salud. En junio de ese año se realizó el Primer Congreso Nacional de Medicina Familiar y surgió así la Sociedad Cubana de Medicina Familiar, que ha contribuido al desarrollo de la especialidad. Al año siguiente se efectuó el Primer Encuentro Nacional de debate sobre Medicina Familiar, del cual se originó un banco de problemas con sus respectivas propuestas de soluciones, emanadas de los propios profesionales de todo el país.

Además, se perfeccionaron los instrumentos de trabajo para el nivel primario y se desarrolló y corrigió cada año la carpeta metodológica que contenía los principales procesos que tienen lugar en el nivel primario. Se registró una tendencia positiva gracias a la creación de los policlínicos principales de urgencia y el sistema integrado de urgencias médicas.

En el periodo 1999-2000 se editó la tercera versión del programa, que mantuvo la formación en tres años, el sistema modular con los objetivos correspondientes y se eliminó el sistema de habilidades, de modo que se reorganizó el contenido y se integraron todos los módulos relacionados entre sí en el área correspondiente, donde se incluyeron las acciones de promoción, prevención y rehabilitación específicas de cada enfermedad.

Cabe destacar que se introdujeron y actualizaron los módulos y contenidos esenciales, a la vez que se eliminaron otros y se incluyeron los módulos de metodología de la investigación, de urgencias médicas y de medicina natural y tradicional. Se eliminó la actividad de intercambio semanal y la formación en los centros de la comunidad; mientras que la estructura y el contenido del modelo del egresado se mantuvo igual al declarado en el programa de 1990.

La cuarta versión del programa de formación surgió en 2004, como respuesta a necesidades establecidas por el sistema de salud. En esta se redujo el tiempo de formación a dos años, por lo que se prescindió del año de familiarización. Inició a partir de un médico general, con seis años de formación de pregrado y un perfil profesional orientado a la Atención Primaria de Salud.

En concordancia Vela, Salas, Quintana, González, Díaz (2018) presumen que esta versión tiene como principal escenario de formación la propia comunidad en la que el residente se desempeña como médico de familia. Se mantiene la misma estructura modular y los principios de la estrategia

docente; pero en el diseño no se declaran las habilidades y conocimientos como en el formato del programa establecido en 1990, aunque se mantienen los valores identificados.

Ortiz y Rivera (2019) expresan que, a partir de 2002 y hasta 2009, se puso en marcha el proyecto Revolución concebido por el Ministerio de Salud Pública, lo que constituyó un avance importante en cuanto a la accesibilidad y calidad de los servicios médicos para todos los ciudadanos; proyecto que no solo incluyó la reparación capital de las instituciones de salud o la ampliación y modernización de los servicios, sino que contempló la capacitación del personal que asumiría la responsabilidad de dirigir la puesta en marcha y la de quienes iban a aplicar las nuevas tecnologías, sin descuidar el perfeccionamiento del resto.

Tercera etapa (2011 hasta la actualidad): El policlínico universitario como escenario de la formación del especialista en Medicina General Integral

Ojeda, Mas, Castell, Arocha, Valdivia, Druyet, et al. (2018), indican que en 2010 se produjo una transformación en el SNS, consistente en reorganizar, compactar y regionalizar los servicios de salud para el uso más eficiente de los recursos y garantizar su sostenibilidad; de igual manera, se confirmó que la formación de especialistas en MGI seguiría siendo la base del sistema.

En 2011 se editó un nuevo Programa del Médico y la Enfermera de la Familia, se desarrolló el concepto de policlínico universitario, con la formación de pregrado y postgrado en los policlínicos que son acreditados como docentes. Se planteó como objetivo garantizar con calidad el diagnóstico precoz y la atención médica integral y dispensarizada, mediante la integración y aplicación de los métodos clínico, epidemiológico y social para asegurar la calidad de la atención al paciente desde la comunidad.

El policlínico universitario, según López (2018); González, Cuesta, Pérez, Presno, Fernández (2018) y Pérez (2020), es el proceso más revolucionario de los últimos años y de acuerdo con el principio de la educación en el trabajo que ha caracterizado a la escuela de medicina cubana.

En la actualidad, los estudiantes de ciencias médicas comienzan a estudiar en el policlínico y el consultorio desde el primer día de clases, por lo que la adquisición de conocimientos y habilidades se producen en el espacio donde se prestan los servicios y desde el policlínico se completa la formación por el resto de los niveles y unidades del sistema. En tanto, el proceso de formación de posgrado constituye una continuación natural del pregrado. A juicio del autor, es imposible concebir un desarrollo sostenible del capital humano y de los procesos donde estos intervienen, sin que medie en los galenos la superación desde la actualización, la sistematización, la consolidación y la difusión de los saberes.

Criterio que se avala con el sentir de González, Cuesta, Pérez, Presno, Fernández, Pérez, et al (2018) lo que adjudican el surgimiento y evolución del proceso de formación de posgrado al precedente curricular y al inicio del programa de la especialidad; lo que conllevó a una

transformación de los planes de estudio de pregrado. Asimismo, autores como Lorié (2017), Ramos (2018) reafirman que, en el contexto de la educación médica nacional, han analizado las diferentes versiones del programa de formación del MGI y concluyen que cada uno de estos programas ha tenido elementos significativos que lo caracterizan.

El perfil político-ideológico relacionado con la concepción científica del mundo y el sistema de actitudes y valores de este profesional, reorganiza el contenido de los módulos de nutrición, del adulto mayor, además de los cursos de electrocardiografía y genética médica. Se especifican los conocimientos, se definen 61 habilidades y, como formas de organización de la enseñanza, se implementan las reuniones clínico-radiográficas, clínico-epidemiológicas y el análisis de los fallecimientos.

A criterio del autor, el modelo formativo del especialista en Medicina General Integral se nutre de la preparación que recibe en su formación inicial, mediante asignaturas claves que incorporan contenidos básicos para su desempeño en la APS, así como de la formación posgraduada como residente de la especialidad a través de la enseñanza modular y cursos, con temas específicos que favorecen la formación de la prevención de enfermedades y daños a la salud.

Todas las versiones del programa consideran la educación en el trabajo como la forma fundamental de organización de la enseñanza y el principio rector de la educación médica, en el que destaca la autogestión del conocimiento, en función del aprendizaje continuo y permanente y el rol orientador de los profesores, a partir de la formación del residente de Medicina General Integral en la comunidad, como protagonista de los servicios de salud.

Conclusiones

La superación profesional del MGI se enriquece como componente esencial en la gestión del posgrado, desde presupuestos más generales hasta aspectos muy concretos, que se corresponden con las necesidades de actualización teórico-prácticas. Asimismo, se observa una adecuación en el contenido de la superación con las carencias de los contextos institucionales de salud y un creciente perfeccionamiento metodológico flexible de esa modalidad, aunque existen vacíos en el diseño de superación en cuanto a prevención de salud. Como resultado de la caracterización tendencial lograda, se define el proceso de superación del MGI como el sistema integrado de actividades, eventos, experiencias, con una renovadora intención de actualidad, que contribuye a cualificar los conocimientos y las competencias profesionales de ese especialista en la APS, de manera particular en la prevención de salud.

Referencias bibliográficas

García Castellano, TC. (2017). Modelo de Evaluación de Impacto de la especialidad en Enfermería Comunitaria [Tesis doctoral]. La Habana: Instituto Superior Pedagógico Enrique José Varona.

- González Cárdenas LT, Cuesta Mejías L, Pérez Perea L, Presno Labrador MC, Fernández Díaz IE, Pérez Díaz TC, et al. (2018). El Programa del médico y enfermera de la familia: desarrollo del modelo de atención médica en Cuba. *Rev Panam Salud Pública*.42:31. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6386125/>
- Ilizástigui F, Douglas R. (1993) "La formación del médico general básico en Cuba". *Educ. Méd. Salud*. [Internet] 27(2),189-205. Recuperado de:<http://files.sld.cu/sccs/files/2010/07/la-formacion-del-mgb-ilizastigui.pdf>
- López Santa Cruz DI. (2018). Estrategia educativa para el mejoramiento del desempeño de médicos y enfermeras de la familia en el manejo de la rabia [Tesis doctoral]. La Habana: Universidad de Ciencias Médicas, Facultad de Tecnología de la Salud; Cuba.
- Neffa JC. (2019). ¿Qué son los riesgos psicosociales en el trabajo?: Reflexiones a partir de una investigación sobre el sufrimiento en el trabajo emocional y de cuidado. Repositorio Institucional CONICET Digital. Recuperado de: <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/119904>
- Ojeda Morales R, Mas Bermajo P, Castell Florit Serrate P, Arocha Marino C, Valdivia Onega NC, Druyet castillo D, et al. (2018). Transformaciones en el Sistema de Salud en Cuba y estrategias actuales para su consolidación y sostenibilidad. *Rev Panam Salud Pública*. 42. Recuperado de: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2018.v42/e25/es>
- Orosa Fraiz T, Henriquez Pino Santo PC, Sanches Perez L. (2021). La educación de las personas mayores en Cuba desde la cátedra universitaria del adulto mayor. *Alternativas cubanas en Psicología*. 9(2): 123. Recuperado de: <https://www.alfepsi.org/wp-content/uploads/2021/01/25-alternativas-cubanas-en-psicologa-v9n25.pdf>
- Ortiz Naveda GA, Rivera Caicedo KR. Competencias que se encuentran desarrollando los graduados de la primera cohorte de medicina familiar y comunitaria del convenio Ministerio de Salud Pública - Pontificia Universidad Católica del Ecuador de las sedes Quito e Ibarra, en sus unidades de salud en el año 2018 - 2019 [Internet]. [citado 24/04/2020]. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/16884>
- Pérez Peña J. (2020). La práctica de la salud pública cubana en el período 1980-1995, testimonio del Dr. Julián Pérez Peña. *INFODIR*; 31. Recuperado de: <http://www.revinfodir.sld.cu/index.php/infodir/article/view/696/851>
- Salas Perea, RS, Salas M. A. (2014). La educación en el trabajo y el individuo como principal recurso para el aprendizaje. *EDUMECENTRO*, 6(1): 6-24. Recuperado de: <http://www.revedumecentro.sld.cu/index.php/edumc/article/view/437/html>

Sierra Martín C. (2019). Antigüedad e historia social de la medicina, un breve apunte sobre Henry E. Sigerist. VELEIA; [citado 24/04/2020];36. Disponible en: <https://ojs.ehu.eus/index.php/Veleia/article/view/20742>

Vela Valdés JR, Salas Perea ML, Quintana Galende N, González Pérez R, Díaz Hernández L. (2018). Formación del capital humano para la salud en Cuba. Rev Panam Salud Pública. 42. Recuperado de: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2018.v42/e33/>