

Apuntes históricos sobre del proceso de formación del médico general integral en Cuba

Historical notes on the training process of the comprehensive general doctor in Cuba

Beatriz Ramírez López ^{1*} <https://orcid.org/0000-0001-6773-6387>

¹Hospital General Docente Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso. Santiago de Cuba, Cuba.

*Autor para correspondencia. Correo electrónico: beatrizramirezlopez71@gmail.com

RESUMEN

La salud pública cubana se sustenta en la Atención Primaria de Salud y, con ello, la instauración de la especialidad de medicina general integral en 1985, con cambios sustanciales hasta la actualidad, ha dado un importante paso de avance en la accesibilidad y calidad en los servicios médicos; transformación necesaria en el Sistema Nacional de Salud. Teniendo en cuenta lo anterior se realizó el presente estudio con vistas a profundizar en las tendencias históricas por las que ha transitado el proceso de formación del médico general integral en Cuba. Se concluye que dicho proceso ha tenido transformaciones que obedecen a las necesidades nacionales e internacionales, donde todas las versiones del programa consideran la educación en el trabajo como protagonista en los servicios de salud.

Palabras clave: historia de la medicina; medicina general integral, programa de formación, Médico de familia.

ABSTRACT

The Cuban public health is sustained in the Primary Health Care which improvement has been favored with the establishment of the comprehensive general medicine

specialty in 1985, with substantial changes until the present time that have propitiated a step of important advance in the accessibility and quality in the medical services. Taking into account the above-mentioned the present study was carried out aimed at deepening in the historical tendencies that the training process of the comprehensive general doctor in Cuba has gone through. It was concluded that this process has had transformations that obey the national and international necessities, where all the versions of the program consider the education at work as main character in health services.

Key words: history of medicine; professional training; family doctors; primary care doctors; comprehensive general doctor.

Recibido: 26/04/2021

Aprobado: 12/03/2022

Introducción

La medicina familiar tiene sus orígenes en la medicina general, la que surgió y tomó auge desde el siglo XIX hasta las primeras décadas del XX.^(1,2) 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.⁽²⁾

El médico general de aquella época era el responsable de las familias, es decir, un profesional de alta calificación, con conocimientos sobre medicina, que se ocupaba de la salud en la comunidad y lo distinguían como el "médico de cabecera"; también se desempeñaba como consejero sobre problemas educacionales y matrimoniales, entre otros.⁽³⁾

A partir de los años 60 se creó la especialidad de medicina familiar, para llenar la función del generalista en la medicina, al reconocer los defectos del sistema de salud fragmentado y el potencial de un especialista integral. De esta manera, la formación de

posgrado en medicina familiar se inició en América en 1966 por el colegio de médicos de familia de Canadá; en los Estados Unidos de Norteamérica se constituyó como especialidad en 1969 y luego se asumió en otras naciones de este continente y en Europa.⁽¹⁾

Desde el inicio de la Revolución en 1959 Cuba ha impulsado el desarrollo de la atención primaria de salud (APS); no obstante, no es hasta la primera mitad de la década de los 80 que se logra un profundo cambio en este nivel de atención. Así, en 1984 se implementó el Programa del Médico y la Enfermera de la Familia, como eje esencial de la APS en el país, a partir de la idea del Comandante en Jefe Fidel Castro Ruz.^(1,2,3)

La formación del médico de familia exige de un personal flexible, responsable, participativo, con un profundo enfoque humanista, que desde el desempeño profesional brinde solución a los problemas, con calidad, equidad y compromiso social, o sea, este especialista, desde una preparación permanente y continuada, debe enfrentar los desafíos de la sociedad contemporánea y cumplir el compromiso histórico de contribuir al desarrollo social, económico, político, cultural y ecológico en un contexto donde el problema salud- enfermedad exige nuevos enfoques de atención en salud.^(4,5)

Siendo consecuentes con lo referenciado se realizó el presente artículo con el objetivo de profundizar en las tendencias históricas por las que ha transitado el proceso de formación del médico general integral en Cuba.

Desarrollo

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 de la autora 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.⁽⁶⁾

En 1985 surge la medicina general integral como especialidad,^(7,8) 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. La propuesta de 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.^(1,3)

En 1987 se estableció el Programa de Atención Integral a la familia, que era el inicio de lo que luego se conoció como el Programa del Médico y Enfermera de 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 el programa de especialización en medicina general integral en una edición provisional y se iniciaron, además, los seminarios internacionales de APS.⁽⁸⁾

En la década de los 90 Cuba se enfrentó a un 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.

Durante esta etapa no se promovieron encuentros entre los médicos y enfermeras de la familia que contribuyeran a dar solución a los lógicos 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.⁽⁹⁾

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 de estos.⁽¹⁰⁾

En 1994 comenzó un perfeccionamiento en el sistema de salud. En junio de ese año se realizó el I Congreso Nacional de Medicina Familiar y surgió así la Sociedad Cubana de Medicina Familiar, que ha contribuido con hechos al desarrollo de la especialidad. Al año siguiente se efectuó el I Centro Nacional de Debate sobre Medicina Familiar, del cual se originó un banco de problemas con sus respectivas propuestas de soluciones,

emanadas por vez primera de los propios profesionales de todo el país. Se perfeccionaron los instrumentos de trabajo para el nivel primario y se desarrolló y corrigió cada año la carpeta metodológica que contiene 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.⁽¹¹⁾

También se creó el centro para el desarrollo de la farmacoepidemiología y se mejoró la red nacional de farmacovigilancia, lo que permitió fortalecer el sistema de vigilancia en salud en APS. En esta etapa se amplió considerablemente la presencia de los médicos de familia en los proyectos cubanos de cooperación médica internacional; experiencia que tuvo la máxima expresión con la creación del Programa Integral de Salud.⁽¹²⁾

Por su parte, la fundación de la Escuela Latinoamericana de Medicina fue una prueba de la voluntad de formar médicos que respondieran a esta estrategia y que una vez egresados contribuyeran a resolver los problemas de salud comunitarios y desarrollar la estrategia de la APS.⁽¹³⁾

En 1998 se celebraron el II Congreso Nacional y el I Congreso Internacional de Medicina Familiar, además del I Congreso de la Confederación Internacional de Médicos de Familia en Centroamérica y el Caribe. Se puso en práctica la carpeta docente para la APS en colaboración con el Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana, se proyectó la informatización de las bibliotecas en los policlínicos y se publicaron los temas de medicina general integral; sin embargo, no se alcanzó la satisfacción deseada entre usuarios y prestadores de los servicios de salud. A finales de la década de los 90 se apreciaba la necesidad de nuevos cambios, lo que requería muchos recursos y renovación de las estructuras.

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. Con estas transformaciones se mejoró la accesibilidad a partir de la apertura de servicios en los policlínicos, que hasta entonces solo estaban disponibles en hospitales, dígame ecografía, áreas de rehabilitación integral, servicios de endoscopia o drenaje biliar, además de optometría, estomatología, medicina tradicional y natural, así como biblioteca con servicio informatizado, con acceso a Infomed, por citar algunos ejemplos.⁽¹⁴⁾

En 2010 se hizo una transformación necesaria en el SNS, consistente en reorganizar, compactar y regionalizar los servicios de salud para el uso más eficiente de los recursos y garantizar la sostenibilidad de estos; igualmente, se confirmó que la formación de especialistas en medicina general integral seguiría siendo la base del sistema.⁽¹⁵⁾

Al año siguiente se editó un nuevo programa y en 2018, en el informe de trabajo del año recién finalizado, se evidenció la continuidad del proceso de transformaciones necesarias en el sector, con el propósito de mejorar la calidad y la satisfacción del pueblo con los servicios; también se señaló como indispensable rescatar el desempeño de los trabajadores y unidades de la APS.^(10,12)

Por otra parte, el policlínico universitario es el proceso más revolucionario que se ha llevado a cabo en los últimos años, de acuerdo con el principio de la educación en el trabajo que ha caracterizado a la escuela de medicina cubana.^(2,12) Actualmente, 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 donde se prestan los servicios y desde el policlínico se completa la formación por el resto de los niveles y unidades del sistema.⁽¹⁰⁾

Así, la formación de este especialista se rige por el programa de formación de la especialidad, que se implementó por primera vez en 1985⁽⁶⁾, modificado en varias ocasiones, con su última versión en 2018.⁽¹⁶⁾

El proceso de formación de posgrado constituye una continuación natural de la pregrado. A juicio de la autora, 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. Por tanto, el surgimiento y evolución del proceso de formación de posgrado se relaciona con el precedente curricular y el inicio del programa de la especialidad, lo que conllevó a una transformación de los planes de estudio de pregrado.⁽¹⁰⁾

Algunos autores,^(4,17,18) en el contexto de la educación médica nacional, han analizado las diferentes versiones del programa de formación del médico general integral y concluyen que cada uno de estos programas ha tenido elementos significativos que lo caracterizan.

De acuerdo con lo anterior, la primera versión contemplaba 3 años de formación, después de 1 o 2 de familiarización en la atención primaria de salud, al considerar que durante la etapa de estudiante solo se realizaban 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.

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, donde se incluía, casi de forma exclusiva, la atención al individuo y carecía de integralidad, con gran número de horas en forma de cursos complementarios.

Tal como se ha visto, en este programa 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 dicho 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.^(8,16)

En efecto, en el modelo del especialista se plantearon 3 dimensiones: la social, la ocupacional y la profesional. En la social se establecieron los componentes de la personalidad que debe desarrollar y consolidar este especialista; en la ocupacional se reflejaba su lugar en el universo de trabajo del SNS, por lo que se definían así las actividades profesionales (cargos) para los que se calificaba al educando en el proceso de formación. 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 3 perfiles: la formación comunista, la calificación ocupacional y la formación profesional.^(2,10)

Una debilidad del primer programa formativo fue no establecer los procedimientos que servirían a los profesores para desarrollar estas cualidades en los futuros especialistas, así como no analizar los problemas de salud donde se integrara lo individual, lo familiar y lo social.⁽⁸⁾

En 1990 se estableció la segunda versión del programa, con un enfoque integral y multidisciplinario, el cual permitió eliminar 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 ese sentido, se modificó el modelo del egresado, de ahí que se determinaron 2 perfiles: el político-ideológico y el profesional. El primero agrupaba los indicadores definidos en el perfil de la formación comunista, establecida en el programa precedente, donde se consideran las cualidades y actitudes descritas con anterioridad. Se eliminó el perfil ocupacional y en el profesional se introdujo la relación de obligaciones funcionales.⁽¹⁹⁾

También se definieron las funciones de los componentes personales del proceso de enseñanza y aprendizaje, incluida la responsabilidad de los profesores en la formación de este especialista. Por su parte, las formas de organización de la enseñanza incorporaron 3 actividades académicas: la discusión de problemas de salud, el intercambio semanal y el taller. En este programa se introdujo la atención tutelar de los profesores, se inició la formación tanto en centros laborales como educacionales, la estancia hospitalaria se redujo a 4 semanas a tiempo completo y se implementaron las rotaciones por centros de la comunidad.

Durante la etapa formativa se enfatizó en los métodos productivos de enseñanza-aprendizaje, en la solución de problemas clínicos, en el estudio individual, así como en aquellos relacionados con la educación en el trabajo, acompañados de la aplicación del método científico, de los aspectos clínicos- epidemiológicos y del diagnóstico de salud.

En el período 1999-2000 se editó la tercera versión del programa, que mantuvo la formación en 3 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 2 años, lo que prescinde del año de familiarización. Inició a partir de un médico general, con 6 años de formación de pregrado y un perfil profesional orientado a la atención primaria de salud. 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 de 1990, aunque se mantienen los valores identificados.⁽¹⁹⁾

En tanto, el perfil de formación actual de los profesionales de APS de 2018 contiene las obligaciones funcionales e incluye las funciones de atención médica integral, docente, educativa, investigativa, administrativa y se adicionan las funciones especiales referidas a la actuación en las situaciones excepcionales, como los desastres. El perfil político- ideológico está relacionado con la filosofía que conforma una concepción científica del mundo y el sistema de actitudes y valores de este profesional. Se 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.^(16,20)

Conclusiones

El programa de formación del especialista de medicina general integral ha tenido transformaciones que obedecen a las necesidades nacionales e internacionales, con el propósito convertir al médico general integral en un especialista de perfil amplio, para lograr la transformación del estado de salud según las demandas sociales existentes.

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, donde se destaca la autogestión del conocimiento en función del aprendizaje continuo y permanente y el rol orientador de los profesores, a través de la formación del residente de medicina general integral en la comunidad, como protagonista de los servicios de salud.

Referencias bibliográficas

1. García Castellano TC. Modelo de Evaluación de Impacto de la especialidad en Enfermería Comunitaria [Tesis doctoral]. La Habana: Instituto Superior Pedagógico Enrique José Varona; 2017.
2. López Santa Cruz DI. 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; 2018.
3. Sierra Martín C. Antigüedad e historia social de la medicina, un breve apunte sobre Henry E. Sigerist. VELEIA; 2019 [citado 24/04/2020];36. Disponible en: <https://ojs.ehu.eus/index.php/Veleia/article/view/20742>
4. Lorié Sierra LE. Estrategia de capacitación al especialista en medicina general integral para el diagnóstico precoz de lesiones premalignas de cáncer cervicouterino. [Tesis doctoral]. La Habana, Cuba; 2017 [citado 24/04/2020]. Disponible en: <http://tesis.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ResourceId=643>

5. Hurtado Gascón LC. Estrategia educativa para el mejoramiento del desempeño profesional del médico de familia en la detección temprana de la lepra [Tesis doctoral]. La Habana: Universidad de Ciencias Médicas, Facultad de Tecnología de la Salud; 2018.
6. Vicente Odio EF. Perfeccionamiento didáctico del examen clínico en la formación postgraduada del Médico General [Tesis doctoral]. Santiago de Cuba: Universidad de Ciencias Pedagógicas Frank País García; 2015 [citado 24/04/2020]. Disponible en: <https://repositorio.uho.edu.cu/xmlui/handle/uho/2417>
7. Pérez Díaz TC, González Cárdenas LT, Labrador María C, Hernández González B, Guerrero Chacón SE. Assessment of the professional training in the specialty of family medicine. Rev. cuban. med. gen. integr. 2017 [citado 24/04/2020]; 33(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252017000100008&script=sci_arttext&tlng=en
8. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Plan de estudios de la residencia de Medicina General Integral. En formato digital. La Habana: MINSAP; 1985.
9. Neffa JC. ¿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; 2019 [citado 24/04/2020]. Disponible en: <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/119904>
10. González Cárdenas LT, Cuesta Mejías L, Pérez Perea L, Presno Labrador MC, Fernández Díaz IE, Pérez Díaz TC, et al. El Programa del médico y enfermera de la familia: desarrollo del modelo de atención médica en Cuba. Rev Panam Salud Pública. 2018 [citado 24/04/2020];42:31. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6386125/>
11. Orosa Fraiz T, Henriquez Pino Santo PC, Sanches Perez L. La educación de las personas mayores en Cuba desde la cátedra universitaria del adulto mayor. Alternativas cubanas en Psicología. 2021 [citado 24/04/2020]; 9(2): 123. Disponible en: <https://www.alfepsi.org/wp-content/uploads/2021/01/25-alternativas-cubanas-en-psicologa-v9n25.pdf>

12. Pérez Peña J. La práctica de la salud pública cubana en el período 1980-1995, testimonio del Dr. Julián Pérez Peña. INFODIR; 2020 [citado 24/04/2020];31. Disponible en: <http://www.revinfodir.sld.cu/index.php/infodir/article/view/696/851>
13. Pozo Olivo JA. Estrategias para el fortalecimiento de la rectoría de los recursos humanos en salud: una revisión narrativa de literatura [Internet]; 2021 [citado 02/04/2021]. Disponible en: <https://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/53100>
14. 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>
15. Ojeda Morales R, Mas Bermajo P, Castell Florit Serrate P, Arocha Marino C, Valdivia Onega NC, Druyet castillo D, et al. Transformaciones en el Sistema de Salud en Cuba y estrategias actuales para su consolidación y sostenibilidad. Rev Panam Salud Pública. 2018 [citado 24/04/2020];42. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2018.v42/e25/es>
16. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Plan de estudios de la residencia de Medicina General Integral. Quinta versión. La Habana: MINSAP; 2018.
17. Ramos Hernández R, Díaz Díaz AA, Valcárcel Izquierdo N. Modelo de competencias profesionales específicas para la formación de los especialistas en medicina general integral. Rev Cienc Pedag Innov. 2017 [citado 24/04/2020];5(3). Disponible en: <https://incyt.upse.edu.ec/pedagogia/revistas/index.php/rcpi/article/view/208>
18. Ramos Hernández R. Modelo pedagógico de competencias profesionales específicas para la formación del especialista de Medicina General Integral [Tesis doctoral]. La Habana: Universidad de Ciencias Pedagógicas Enrique José Varona; 2018 [citado 24/04/2020]. Disponible en: <http://www.eduniv.cu/items/show/39184>

19. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Plan de estudios de la residencia de Medicina General Integral. Segunda versión. La Habana: MINSAP; 1990.

20. Vela Valdés JR, Salas Perea ML, Quintana Galende N, González Pérez R, Díaz Hernández L. Formación del capital humano para la salud en Cuba. Rev Panam Salud Pública. 2018 [citado 24/04/2020];42. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2018.v42/e33/>



Esta obra está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).