

ARTÍCULO DE REVISIÓN

**Formación profesional del especialista en Medicina General
Integral y su competencia para prevenir el suicidio**
Professional training of the specialist in Comprehensive General
Medicine and his competence to prevent suicide

Rita Irma González Sábado^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-6336-1271>

Alberto Martínez Cárdenas² <https://orcid.org/0000-0002-1639-6148>

Rafael Claudio Izaguirre Remón³ <https://orcid.org/0000-0001-6295-3374>

¹ Universidad de Ciencias Médicas de Granma. Facultad de Ciencias Médicas "Celia Sánchez Manduley". Granma. Cuba.

² Universidad de Ciencias Médicas de Granma. Policlínico "Dra. Francisca Rivero Arocha". Granma. Cuba.

³ Universidad de Granma. Campus "Blas Roca Calderío". Granma. Cuba.

*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: riar@infomed.sld.cu

RESUMEN

Fundamento: una de las especialidades de posgrado que más ha impactado en el sistema nacional de salud es Medicina General Integral sustentada en el enfoque social de la medicina.

Objetivo: determinar las tendencias históricas del proceso de formación profesional del especialista en Medicina General Integral y su influencia en el desarrollo de la competencia específica para prevenir el intento de suicidio.

Métodos: se realizó una revisión bibliográfica sistemática para desarrollar un análisis crítico reflexivo del contenido de documentos, se consideraron tesis de doctorado, maestría, artículos originales y de revisión publicados entre 2005 y 2021 en español e inglés. La búsqueda fue realizada en las bases de datos SciELO y Google académico de enero 2021 a marzo de 2022.

Desarrollo: a pesar del desarrollo alcanzado por la especialidad aún es insuficiente la preparación de ese capital humano como verdadero promotor de salud, porque no ha sido estructurado pensando en tales idoneidades y subyacen debilidades en su actuar preventivo donde la especialización de modos de actuación para prevenir el intento de suicidio como daño a la salud se ubica en vínculo indisoluble con la práctica asistencial de este galeno y necesita ser empoderado de conocimientos para elevar su competencia y desempeño exitoso.

Conclusiones: el tratamiento de los indicadores en las etapas analizadas permite revelar las principales tendencias históricas del proceso de formación profesional del especialista en Medicina General Integral por lo que el desarrollo de una competencia preventivo-suicidológica emerge como una necesidad en su superación profesional.

DeSC: suicidio; intento de suicidio; capacitación; programas de posgrado en salud; educación médica.

ABSTRACT

Intoduction: one of the postgraduate specialties that has had the most impact on the national health system is Comprehensive General Medicine based on the social approach to medicine.

Objective: to determine the historical trends of the professional training process of the Comprehensive General Medicine specialist and its influence on the development of the specific competence to prevent suicidal attempt.

Methods: a systematic bibliographic review was carried out to develop a reflexive critical analysis of the content of documents, considering doctoral and master's theses, original and

review articles published from 2005 to 2021 in Spanish and English. The search was carried out in the SciELO and academic Google databases from January 2021 to March 2022.

Development: despite the development achieved by the specialty, the preparation of this human capital as a true health promoter is still insufficient, because it has not been structured with such qualifications in mind and there are underlying weaknesses in its preventive action where the specialization of modes of action to prevent The suicidal attempt as damage to health is inextricably linked with the care practice of this doctor and needs to be empowered with knowledge to increase his competence and successful performance.

Conclusions: the treatment of the indicators in the stages analyzed allows revealing the main historical trends of the professional training process of the specialist in Comprehensive General Medicine, so the development of a preventive-suicidal competence emerges as a necessity in their professional improvement.

MeSH: suicide; suicide, attempted; training; health postgraduate programs; education, medical.

Recibido: 30/11/2021

Aprobado: 16/10/2022

INTRODUCCIÓN

El estudio de la evolución histórica del proceso de formación profesional del especialista en Medicina General Integral (MGI) no puede abstraerse de los antecedentes en el mundo y en Cuba para la formación de este profesional, así cabe señalar que la formación de posgrado en medicina familiar, de familia o comunitaria comenzó a desarrollarse en los continentes europeo (Gran Bretaña) y americano (Canadá y Estados Unidos de Norteamérica) a finales de la década de 1960; por la imperiosidad de transformar la práctica médica existente hasta entonces en una prestación de servicios de salud menos fragmentada y más integral a la

Santa Clara ene-dic.

persona desde el punto de vista biopsicosocial, a la familia como unidad de atención y a la comunidad como escenario principal de las acciones sanitarias.⁽¹⁾

Particularmente en Cuba en ese mismo decenio y sin duda a partir de recibir las influencias de lo que estaba sucediendo en el mundo se inició el modelo de atención primaria; con la instauración del policlínico integral, que convirtieron por vez primera a esta unidad asistencial en un centro de docencia médica superior.⁽²⁾

No fue hasta 1978, en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, celebrada en Alma Ata, que se marcó el inicio de un nuevo paradigma para mejorar la salud colectiva, se estableció una concepción de salud más integral y amplió e instauró el concepto de atención primaria como una estructura⁽³⁾ que al ser adoptada por los estados miembros de la Organización Mundial de la Salud, constituyó desde entonces la principal estrategia de trabajo en la comunidad y Cuba asumió tales retos.

El análisis de las principales políticas y prácticas que desde el Ministerio de Salud Pública y el Ministerio de Educación Superior inciden en el proceso de formación profesional en las ciencias médicas de acuerdo con el paradigma socio-médico vigente en Cuba se asume como criterio en la presente investigación, lo cual posibilitará incidir en el proceso de desarrollo de la competencia preventivo suicidológica.

Como indicadores en este análisis se consideran necesarios:

- Modelo formativo del especialista en MGI (formación inicial y educación posgraduada) que favorecen su preparación para la gestión de salud e influyen en la formación de la competencia preventivo-suicidológica
- El análisis de contenido de los programas nacionales como documentos rectores que norman el desempeño profesional en materia de prevención a nivel primario de salud y dan cuenta del desarrollo alcanzado en la competencia preventivo-suicidológica del MGI
- Contribución de la dispensarización y el análisis de la situación de salud como herramientas metodológicas singulares del modelo de medicina familiar cubano para

transformar el intento de suicidio como daño a la salud a través de las acciones preventivas del MGI

La investigación tiene como objetivo determinar las tendencias históricas del proceso de formación profesional del especialista en MGI y su influencia en la competencia preventivo-suicidológica.

MÉTODOS

Se realizó una revisión bibliográfica sistemática para desarrollar un análisis crítico reflexivo del contenido de documentos, se consideraron tesis de doctorado, maestría, artículos originales y de revisión publicados entre 2005 y 2021 en español e inglés. La búsqueda fue realizada en las bases de datos SciELO y Google académico de enero 2021 a marzo de 2022, las palabras clave utilizadas fueron: "formación profesional", "prevención", "intento de suicidio", "atención primaria de salud", "competencia" y "desempeño". Tras la identificación de los estudios preseleccionados, se llevó a cabo una lectura analítica de los títulos, resumen y palabras clave, para comprobar su pertinencia con el estudio actual lo que permitió de un total de 52 estudios consultados seleccionar 25 (48,07%) que sirvieron como punto de análisis y comparación con los resultados de la presente investigación.

DESARROLLO

Aún cuando se advierte que la formación del MGI ha estado en correspondencia con el modelo del profesional de la medicina cubana y la política general prevaleciente en el país en relación con la formación de especialistas a nivel superior, es posible identificar sobre la base de la consideración de los elementos que marcan la orientación, perfeccionamiento y desarrollo de la formación de este especialista etapas que se identifican con momentos claves en el desarrollo de la competencia preventivo-suicidológica que trasciende al plano del desempeño profesional en el contexto de la atención primaria de salud, por lo cual se tomó como período de estudio el comprendido desde el año 1983 hasta el 2021, con el

modelo del Médico de la Familia hasta la actualidad. Las etapas en correspondencia con el método histórico-lógico son:

- I Etapa (1983-2003). Establecimiento de las premisas para la formación del especialista en MGI y bases para la formación de la competencia preventivo-suicidológica.
- II Etapa (2004-2021). Perfeccionamiento de la formación del especialista en MGI y consolidación de la formación de la competencia preventivo-suicidológica para el control del intento de suicidio en el especialista en MGI en el contexto de la APS.

En 1959 se inició una nueva etapa en la salud pública y en la educación médica universitaria, un aspecto importante fue en 1960 reconstruir el actual Ministerio de Salud Pública (Minsap) para crear un sistema único, estatal y nacional de salud, que definiera las políticas de trabajo en cada nivel atencional. En 1962, se proclamó la Ley de Reforma de la Enseñanza Superior, que brindó a los futuros profesionales de la salud la orientación social con un enfoque humanista como requería el país;⁽⁴⁾ de esta forma se rompe con el modelo flexeriano de formación biologicista y curativo para pasar a un modelo socio-médico.

I Etapa (1983-2003)

A pesar de haberse constituido el Ministerio de Educación Superior en julio de 1976, que propició el funcionamiento del sistema de superación profesional como un proceso para la formación continuada, ello no repercutió realmente en el nivel primario de salud; pues el modelo de posgrado utilizado resultó ser el "ofertista", cuyo contenido apunta hacia el hecho de que el conocimiento es generado en las instituciones productoras (por lo general universidades) y no en el contexto de su aplicación.⁽²⁾

La atención primaria se consolidó en el Sistema Nacional de Salud cuando al equipo básico de trabajo se incorporaron pediatras, ginecobstetras, clínicos y psicólogos con poca orientación hacia el trabajo preventivo, no obstante se impone reconocer que ello devino un indudable acercamiento a lo docente y asistencial en la comunidad. Así surgió la necesidad de crear una nueva especialidad, propia de este nivel de atención de salud.

Santa Clara ene-dic.

En 1983 inició el modelo del Médico y la Enfermera de la Familia, por lo trascendente que resultó el surgimiento de este modelo constituye un hito en esta investigación porque abre una nueva etapa que propicia la formación de un especialista de nuevo tipo para desempeñarse en la comunidad: el de Medicina General Integral, con una orientación promocional preventiva en su gestión de salud, que generó transformaciones en la atención médica en el nivel primario.

Para definir el modelo de médico que debe egresar de la Educación Médica Superior (EMS), como graduado a desempeñarse en los servicios médicos de la Atención Primaria de Salud, (APS) la dirección de la Revolución designa al médico de familia, e incorpora la especialidad en MGI. Sobre esta base se define que el médico que egresa de la enseñanza médica superior 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.⁽⁵⁾

A criterio de los autores el modelo formativo del especialista en MGI se nutre de la preparación que recibe este galeno en su formación inicial a través de 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/o cursos, con temas específicos que favorecen la formación de la prevención de enfermedades y/o daños a la salud entre ellos el intento de suicidio.

En el proceso formativo del profesional tanto en el pregrado como en el posgrado se fusionó el modelo formativo con el modelo sanitario (promoción, prevención, curación y rehabilitación) y la educación en el trabajo; en tanto se reconoce que más que una forma de enseñanza, es el principio rector de la educación médica cubana,⁽⁵⁾ que además de método también es una forma principal de enseñanza para aprender la medicina en vínculo teoría-práctica,⁽⁶⁾ favoreciendo la adquisición de habilidades y competencias.

La formación del médico en Cuba es un continuum desde pregrado hasta posgrado porque la formación del capital humano se corresponde con las necesidades del Sistema Nacional de Salud, con hincapié en el fortalecimiento de la medicina comunitaria, que tiene como

Santa Clara ene-dic.

principio básico el predominio del enfoque preventivo en la atención médica y en la participación activa de la población en la identificación y solución de sus propios problemas. En el *currículum* de formación de pregrado hay asignaturas que han favorecido esta formación, inicialmente con un débil tratamiento dada la poca experiencia en el diseño del *currículum* que respondiera a los problemas de la atención primaria, en el Plan de estudio 1985-1986 iniciaron los sucesivos perfeccionamientos, aquí se impartía la asignatura Sociedad y Salud además se introduce MGI.⁽⁷⁾ Aunque se abordaba de forma muy superficial las características del contexto de la APS con una visión general de la Medicina como ciencia socio-biológica, con una perspectiva aproximativa para perfeccionar el quehacer de la medicina preventiva, se introducen contenidos que abren el diapasón para la comprensión del contexto comunitario.

Nótese que a pesar de que surge el modelo del Médico y la Enfermera de la Familia que tiene como pretensión valorar el proceso salud-enfermedad a partir de ver al hombre en su interacción social, todavía existía una débil enseñanza de los aspectos preventivos, haciendo más énfasis en lo curativo-asistencial en las acciones ejecutadas por el médico de familia, permeado por las influencias del tipo de formación que hasta ese entonces había prevalecido, centrado en la biología de la persona y no en el hombre como ser biopsicosocial, dado que sus propios formadores (pediatras, clínicos, ginecólogos) eran especialistas formados en la atención secundaria que poco a poco fueron familiarizándose con los problemas de salud de la APS y la forma de intervenir en ellos.

En el año 1985, se estableció el primer programa formativo de la especialidad que contemplaba una duración de los procesos formativos de tres años, desplazándose gradualmente el foco de la formación hacia la promoción de salud y la prevención de la enfermedad, y se pone el énfasis en la atención ambulatoria y en la dispensarización.⁽⁷⁾

En la década de 1980 la atención al intento de suicidio en el nivel primario la hacía mayormente el psicólogo y el médico de familia fue integrándose pero aún sin aplicar un enfoque preventivo, sin identificar los principales factores de riesgo individual y/o familiar que favorecen la ocurrencia de este daño a la salud, influenciado en la débil existencia de una política ministerial en el seguimiento a estos casos porque no se reconocía como

problema de salud, además por el incipiente desarrollo de la Suicidología como ciencia que se ocupa del estudio de los diversos aspectos relacionados con el suicidio y su prevención, en tanto las investigaciones eran muy escasas y poco socializadas; pero las estadísticas iban mostrando un crecimiento por décadas en 1970 (11,8) en 1980 (21,4) y 1990 (20,2) por 100000 habitantes⁽⁸⁾ y se avizora la necesidad de empoderar al médico de familia de los conocimientos y habilidades para intervenir en este daño a la salud.

En el año 1990 se establece la segunda versión del programa de formación del especialista en Medicina General Integral, con un tiempo de duración de tres años, el diseño del programa adoptó el sistema modular.⁽⁹⁾ A juicio de los autores otra de las modificaciones estuvo en la declaración de los principios científico-pedagógicos como reguladores del proceso docente – educativo donde los procesos formativos se sustentan en el principio de la actividad (aprender haciendo) y la comunicación (relación profesor-educando y educando-paciente-familia), las actividades formativas están ejecutadas en el propio escenario de trabajo (la comunidad) y se intenciona el enfoque integral a los problemas de salud.

Por su parte, la universidad médica cubana continúa perfeccionando su *curriculum* de formación con el propósito de egresar un médico cada vez mejor preparado para interpretar en mejores condiciones el proceso salud-enfermedad, en tal sentido se introduce Sanología o MGI-I como asignatura, que aborda entre sus contenidos la promoción de salud y prevención de enfermedades, para fomentar acciones que favorezcan estilos de vida saludable, lo cual amplía la visión promocional y preventiva en el médico en formación a través de la educación en el trabajo en sus rotaciones y/o estancias en la APS dirigido a la atención a las personas, las familias y su entorno, sin dudas aunque limitado se van dando pasos en la formación como futuro promotor de salud.

No obstante, en el proceso formativo del estudiante de Medicina,⁽¹⁰⁾ en las habilidades del médico a formar, se mencionan la promoción y prevención de forma general, más bien son herramientas para la prevención de enfermedades y no para incidir en los daños a la salud lo que limita alcanzar de forma eficiente las competencias del médico para transformar los estilos de vida y la salud de la población; en tal sentido se logra visibilizar debilidades formativas que repercuten en el graduado.

Santa Clara ene-dic.

Una especial atención es la necesidad de garantizar la formación humanística de los profesionales de la salud, en correspondencia con los objetivos declarados en el perfil y con énfasis en la formación moral,⁽⁴⁾ los programas curriculares favorecen este objetivo. Un aspecto garante para una relación médico-paciente debe privilegiar el humanismo, la solidaridad, la tolerancia, la confidencialidad que favorezca el intercambio con pacientes y familias en las distintas formas de educación en el trabajo para lograr una prevención de enfermedades y/o daños más efectiva, especialmente si se trata de intervenir en aspectos tan sensibles como el intento de suicidio.

En el 1999-2000 se edita la tercera versión del programa de la especialidad de MGI, que mantiene la formación en tres años, así como el sistema modular con los objetivos correspondientes,⁽⁷⁾ las acciones de promoción, prevención y rehabilitación se incluyen de forma específica en cada enfermedad, pero no hacen referencia individualizada a los daños a la salud donde se incluye el intento de suicidio.

Queda evidenciado que la formación inicial y la formación posgraduada del MGI tuvo en esta etapa un perfeccionamiento gradual apegado a las políticas del sistema de salud y a las exigencias de actividades en el entorno preventivo, con énfasis en un aprendizaje basado en la solución de los principales problemas del área de salud por este profesional, su posicionamiento como ente transformador fue creciendo relacionado con las enfermedades y los daños a la salud; a partir de la formación de competencias diagnósticas, terapéuticas y comunicativas que fortalecieron su gestión.⁽¹¹⁾

El análisis de los documentos que norman la formación profesional en materia de prevención y orientan la praxis del especialista en MGI en su gestión de salud está sustentada en los programas nacionales que desde el Minsap han sido puesto en vigor para enriquecer sus conocimientos y guiar su labor con más calidad, conducentes a perfeccionar las competencias del MGI y su adecuado desempeño. Por interés de esta investigación centramos el análisis en el Programa de Trabajo del médico y enfermera de la familia y el de Prevención y control de la conducta suicida.

Santa Clara ene-dic.

El primer programa de trabajo para el médico y la enfermera de la familia, el policlínico y el hospital integró en un solo sistema acciones que respondían al nuevo modelo de atención.⁽⁴⁾ En él se listan las actividades de prevención que debe cumplir el Equipo Básico de Salud (EBS) para la atención de las enfermedades y los daños a la salud, específicamente dentro de las actividades de prevención en la 2.17 refiere identificar y modificar conductas y situaciones que puedan propiciar intentos de suicidio, quedando solo en la enunciación de forma general sin orientar como proceder a nivel del área de salud para lograrlo, es evidente que aún es débil este programa para educar en una auténtica prevención del intento de suicidio.

Con posterioridad y atendiendo al incremento de las tasas de intento de suicidio a nivel nacional se estableció como política de salud la atención diferenciada de estos pacientes con el surgimiento del Programa nacional de prevención y control de la conducta suicida vigente hasta hoy,⁽¹²⁾ ejecutado en la atención primaria que tiene como principal responsable al médico general integral, el cual necesitaba ser preparado para un mejor desempeño a tenor con lo indicado en este programa.

A juicio de los autores este programa constituye una fortaleza en el sistema de salud porque pormenoriza los factores de riesgo que incentivan a un comportamiento autolesivo según grupos de edades, establece las pautas para el seguimiento del paciente que comete intento de suicidio (IS) desde el área de salud hasta el ingreso como una urgencia psiquiátrica en la atención secundaria y su posterior vigilancia al alta a través de un ingreso en el hogar mínimo por 7 días, además permite al médico hacer una evaluación del alcance del acto suicida a través de definir la seriedad de la intención, la gravedad de las circunstancias y la letalidad del método empleado, es decir, empodera al médico de los conocimientos básicos que conforman la competencia preventivo suicidológica.

Sin embargo, se reconoce también que el programa nacional tiene carencias porque no explicita qué hacer en cada momento por el médico a través de un algoritmo lógico de cada paso para realizar el proceso preventivo suicidológico para lo cual necesita adquirir otros saberes como:

Santa Clara ene-dic.

- Dominar el contenido de la entrevista clínica diagnóstica inicial que le permita evaluar síntomas y signos de trastorno mental y comorbilidad con particular atención en trastornos del estado de ánimo, esquizofrenia, abuso y/o dependencia de psicoactivos y trastorno límite de la personalidad
- Dominar los factores protectores⁽¹³⁾ con que cuenta cada paciente para lograr asegurar la supervivencia en la intervención en crisis suicida
- Saber contrastar la sintomatología y la información reportada por el paciente o su acompañante con los criterios diagnósticos establecidos en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM V.⁽¹⁴⁾
- Utilizar como fuente adicional de información que constituyen herramientas de apoyo al diagnóstico el uso de escalas, guías, test, que ayuden a identificar cuál es el riesgo real o potencial en un paciente para cometer un intento de suicidio; estas debilidades del programa limitan el saber hacer ante cada paciente de riesgo para su identificación, evaluación y transformación del riesgo

Nótese que hay evidencias que alertan de la necesidad de continuar empoderando al MGI en los contenidos estructurales (conocimientos, habilidades, valores) de la competencia preventivo suicidológica para un desempeño adecuado en el contexto de la APS, respaldan este análisis diversos estudios enfocados en lograr una formación suicidológica en el médico de familia en tanto destacan la necesidad de focalizar las acciones de prevención hacia este problema de salud.^(15,16,17)

En la gestión preventiva del MGI las herramientas metodológicas de la dispensarización y el ASIS reconocidas como actividades específicas del quehacer de este profesional representan desde el inicio singularidades del modelo de medicina familiar cubano, facilitan acciones de promoción de salud, prevención de enfermedades y otros daños a la salud y de rehabilitación que garantizan el cumplimiento del objetivo principal del programa del médico y enfermera de la familia. La dispensarización como proceso está sustentada sobre la base de los principios⁽¹⁸⁾ profiláctico, dinámico, continuo, individualizado e integral, los que permiten el ajuste en el enfoque de atención a los sujetos dispensarizados de acuerdo con la variabilidad en su estado de salud (riesgo, enfermedad o daño).

El médico de familia debe tener competencia para reconocer a los individuos de riesgo a través de la dispensarización y conducirlo adecuadamente al Equipo de Salud Mental (ESM) que surge con la reorientación de la psiquiatría a la APS, en sus inicios encargado este especialista de atender a la patología psiquiátrica, facilitando la administración de medicamentos al paciente psiquiátrico ambulatorio y los egresos del hospital para seguimiento en el área de salud donde entraba el intento de suicidio frustrado como urgencia psiquiátrica que retorna al área, pero la atención era fragmentada y no se aplicaba un enfoque integral a la persona y su entorno familiar.

Como es sabido la dispensarización clasifica a los pacientes en: supuestamente sano (grupo I), con riesgo (grupo II), enfermo (grupo III) y con secuelas y/o discapacidad (grupo IV). En tal sentido en el grupo dispensarizacional II se refiere a riesgos como el tabaquismo, el sedentarismo, el consumo anormal de bebidas alcohólicas, el uso inadecuado de medicamentos o drogas de abuso, los riesgos sociales de adquirir enfermedades de transmisión sexual por conducta inadecuada, el riesgo preconcepcional, riesgo de accidentes y el intento de suicidio, este último declarado como problema de salud no controlado en algunos territorios de la nación como Granma, donde subyace en la gestión preventivo suicidológica del MGI el no dominio de los elementos teóricos y prácticos para llevar a efecto una adecuada dispensarización de individuos de riesgo que garantice los niveles preventivos primario y secundario, para evitar transitar al intento de suicidio y su repetición; hay investigaciones en el ámbito nacional^(19,20) e internacional^(21,22) que destacan la correcta dispensarización como vía idónea para transformar este problema de salud.

Por su parte el Análisis de la Situación de Salud reconocida como la herramienta más importante del Equipo Básico de Salud para resolver los problemas médicos en el primer nivel de atención, no siempre trasciende en su verdadero uso; incluso en Cuba que la enseñanza del ASIS ha sido incorporado como parte de las asignaturas sociomédicas de Salud Pública y MGI se reconoce la necesidad de continuar actualizando sus contenidos para un mejor uso a nivel de la atención primaria a partir de potenciar la salud y corregir los riesgos; de lo cual se infiere que el potencial suicida tampoco ha sido adecuadamente modificado con el uso de esta herramienta por el MGI .

A partir de todo el análisis anterior se revelan las siguientes regularidades:

- La formación inicial y la formación de posgrado se dan en unidad siguiendo la propia lógica de la praxis profesional, favoreciendo su preparación con la actualización de conocimientos y habilidades del MGI a tenor con las exigencias de la medicina familiar y su enfoque preventivo hacia los problemas de salud lo que favorece la formación de la competencia preventivo suicidológica aunque con alcance muy limitado
- Se subraya el papel educativo y orientativo del contenido de los programas nacionales como documentos metodológicos rectores en el trabajo preventivo del especialista en MGI que permiten comprender el escaso desarrollo de la competencia preventivo suicidológica y la necesidad de potenciarla en pos de lograr un desempeño adecuado
- Se resalta la utilidad de las herramientas metodológicas de la Dispensarización y el ASIS en la gestión preventivo asistencial del MGI con la necesidad de superar su aplicación meramente instrumental al aprovechamiento de sus potencialidades para perfeccionar los modos de actuación especializados conducentes a un desempeño adecuado en la prevención del intento de suicidio

II Etapa (2004- 2021)

Teniendo como valor la experiencia formativa, surge en el 2004 la cuarta versión como Plan de Estudios y Programa de Medicina General Integral en respuesta a necesidades establecidas por el sistema de salud y a las exigencias mundiales, se reduce el tiempo de formación a dos años, con los mismos principios de la estrategia docente ⁽⁷⁾; como aspecto esencial se introduce el módulo de promoción de salud y prevención de enfermedades y/o daños a la salud en tanto, hay una formación intencionada en el posgrado que garantiza la solidez de los conocimientos preventivos lo que constituye un hito porque perfecciona el proceso de enseñanza-aprendizaje y favorece los modos de actuación especializados del MGI para la prevención del intento de suicidio.

La educación médica superior en Cuba está erigida sobre bases científicas, de modo que lo teórico y lo práctico coexisten en estrecho vínculo, lo que sustenta el constante perfeccionamiento de los planes de estudios buscando egresar un médico cada vez mejor

Santa Clara ene-dic.

preparado y capaz de transformar su objeto con plena conciencia de los problemas a los que se enfrenta, en ese camino se realizaron transformaciones curriculares en el curso 2006-2007 como parte de un proceso de reingeniería, se perfecciona la asignatura MGI y se amplían los contenidos enfocados a la APS a partir de la MGI-II y MGI-III que favorece la consolidación de conocimientos preventivos en el médico general básico.

En el curso 2010-2011 aparecen las asignaturas en primer año segundo semestre de Promoción de salud y en 2do año segundo semestre Prevención en salud y se designó como Disciplina principal integradora a la MGI que agrupa todas las asignaturas de la carrera que participan en la formación de los modos de actuación profesional facilitando la formación integral y humanista del futuro galeno.

En el programa de la asignatura Prevención en salud los contenidos se direccionan al tratamiento de las enfermedades desde los niveles de prevención primordial, primario, secundario y terciario sin embargo se relega el tratamiento a los daños a la salud como el intento de suicidio. A pesar de los logros del programa de medicina familiar, la formación no fortalecida en promoción y prevención desde el pregrado y la indagación científica identifican debilidades^(10,18,20) que demandan su perfeccionamiento.

En el curso 2018-2019 se inicia la 5ta versión del programa de especialización, el tiempo de duración de la especialidad es de tres años, la forma de organización docente principal sigue siendo la educación en el trabajo. El contenido del programa está planteado bajo el sistema de cursos con aprendizaje en la labor asistencial y no es modular, se incluyen por primera vez las competencias del MGI.⁽²⁴⁾

Hay insuficiencias que aún persisten en el enfoque por competencia aplicado al proceso formativo del especialista en MGI en criterios compartidos por algunos autores^(9,18); amén de ello a juicio de los autores del presente estudio, se avizora un paso de avance desde las estrategias curriculares en este último programa de especialización al declarar las competencias más generales que sustentan el desempeño del MGI y en particular los temas del programa enfocados a la prevención del intento de suicidio forman parte del Área I y Área IV.

Santa Clara ene-dic.

En tanto el Programa nacional de prevención y control de la conducta suicida se reactualiza buscando su mejor implementación, identificar aciertos y desaciertos, para hacerlo más útil y dinámico,⁽⁸⁾ el cual se favorece con la integralidad en la atención multidisciplinaria para apoyar el trabajo del médico y enfermera de la familia a partir de fortalecer el Equipo de Salud Mental, sin embargo el papel competencial del MGI evidencia dificultades en la evaluación de cada caso de riesgo en los documentos de la historia clínica individual e historia de salud familiar con varios estudios que lo resaltan.^(17,19,20)

Las conductas suicidas suelen ser predecibles y, obviamente, prevenibles, pero, para poderlas prevenir, el facultativo (MGI) que está en contacto con los pacientes debe conocer la forma de llegar al sujeto que demanda su atención, pero ha sido evidenciado que este profesional está reflejando necesidades de superación para desarrollar la competencia preventivo suicidológica; tal como explica otro autor⁽²⁵⁾ una necesidad de formación surge cuando una función o tarea requerida no se realiza (o no se podría realizar), con la calidad necesaria, porque quienes deben efectuarla no disponen de ciertos saberes (conocimientos, habilidades o actitudes) requeridos para su ejecución en dicho nivel.

Por su parte el Programa de trabajo del médico y enfermera de la familia en el año 2011 tiene una versión renovada, se ampliaron algunas acciones para las enfermedades y grupos priorizados incluyendo el IS pero en un plano más orientativo que resolutivo que al igual que el Programa de prevención de la conducta suicida muestra debilidades para trabajar en la evaluación del riesgo real o potencial de efectuar el IS en grupos vulnerables a lo cual han contribuido investigadores cubanos,^(15,17,19) al aportar instrumentos diagnósticos auxiliares (guías, escalas, test) que favorecen el desempeño preventivo suicidológico del MGI.

Siendo recurrente con el análisis de las herramientas claves para el MGI retomamos el valor del ASIS revitalizado recientemente; se le considera como proceder científico profesional que traduce de forma íntegra el modo de actuación del médico general integral en el desempeño de sus funciones;⁽²³⁾ dado que como proceso analítico-sintético permite caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de una población, incluyendo los daños o problemas de salud que al ser identificados y priorizados se pueden lograr mejoras.

Su aplicación resulta muy ventajosa pues puede orientar las actividades de salud con enfoque clínico-epidemiológico y social, facilitar la promoción de salud y la prevención (indicadores positivos de salud) con tendencia a su transformación, solo que para ello el MGI debe identificar, priorizar y transformar el IS en el área de salud que represente un problema y si no tipifica entre los primeros problemas para ser priorizado, pero su ocurrencia en un porcentaje de la población llama la atención, se debe hacer un buen análisis en el aspecto de daños a la salud de la población específicamente en el indicador de morbilidad que permita valorar su comportamiento tendencial a mediano y largo plazo.

A criterio de los autores del presente trabajo, a pesar de los aportes teóricos que tiene este nuevo documento que orienta al MGI cómo trabajar a partir de las determinantes sociales de salud y el análisis causal de los problemas no siempre se aprovecha creativamente, no solo en la priorización de los problemas de salud, sino también en el seguimiento de estos buscando su transformación.

Este análisis permite identificar como regularidades en la segunda etapa las siguientes:

- La contribución de la disciplina integradora MGI al desarrollo de un aprendizaje de los contenidos de promoción y prevención, maximizando el empleo de la educación en el trabajo como vía para la formación por competencias del médico general en específico de la prevención suicidológica
- La reactualización de los contenidos de los programas nacionales vislumbra algunas deficiencias en el enfoque integral a la prevención del intento de suicidio pero al mismo tiempo posibilita visibilizar nuevos modos de potenciar estratégicamente la competencia preventivo suicidológica
- Las herramientas metodológicas de la dispensarización y el ASIS se revitalizan dando cuenta de que su uso con un enfoque preventivo más que curativo permite la especialización de los modos de actuación preventivo suicidológicos para trascender a un mejor desempeño del MGI dando cuentas de la necesidad de potenciar esta competencia específica

CONCLUSIONES

El tratamiento de los indicadores en las etapas permite revelar las principales tendencias históricas del proceso de formación profesional del especialista en MGI y su influencia en el desarrollo de la competencia preventivo-suicidológica entendidas como:

- Desde un modelo curativo-asistencial a la formación de un especialista de nuevo tipo para un modo de actuación que privilegia el enfoque promocional-preventivo a la enfermedad y los daños a la salud como eje esencial en su gestión aunque aún no se logran los estándares deseados en torno al desempeño que se aspira en el MGI para la prevención del IS.
- Débil implementación de los programas nacionales en especial el Programa nacional de prevención y control de la conducta suicida hacia un replanteo en su uso estratégico con la incorporación de nuevos contenidos al mismo que permita visibilizar cambios positivos en el abordaje a este problema y posibilite comportar un adecuado desempeño del MGI aún no constatado en la APS.
- Desde un uso limitado de las herramientas metodológicas de la dispensarización y el ASIS a un redimensionamiento de sus potencialidades con gran valor como experiencia educativa para perfeccionar la gestión preventiva de este profesional no obstante existe una carencia de estrategias pedagógicas que garanticen este logro por lo que el desarrollo de una competencia preventivo suicidológica emerge como una necesidad en la superación profesional del MGI

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Álvarez Sintés R. Formación académica en la especialidad de Medicina General Integral. En Medicina General Integral. Vol.1. Salud y Medicina. Parte 12. Docencia, investigación e información en la Atención Primaria de Salud. La Habana: Ecimed; 2008.
2. Cáceres Diéguez A. Superación profesional de posgrado en la atención primaria de salud. Una estrategia didáctica para la modificación de comportamientos y conductas a favor de los

- estilos de vida saludables [tesis doctoral]. Santiago de Cuba: Universidad Ciencias Pedagógicas "Frank País García"; 2008.
3. Vela Valdés J, Salas Perea S, Quintana Galende ML, Pujals Victoria N, González Pérez J, Díaz Hernández H, Vidal Ledo MJ. Formación del capital humano para la salud en Cuba. Informe Especial. Panam Salud Pública [Internet]. 2018 [citado 29/09/2021];(42):[aprox. 21 p.]. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.33>
 4. Ramos Hernández R, Díaz Díaz AA, Valcárcel Izquierdo N, Ramírez Hernández BM. Las competencias profesionales específicas en la formación de los especialistas en Medicina General Integral. Educ Med Super [Internet]. 2018 [citado 29/09/2021];32(1):[aprox. 11 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412018000100013&lng=es
 5. Salas Perea RS, Salas Mainegra A. Modelo formativo del médico cubano. Bases teóricas y metodológicas. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2017. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros_texto/modelo_formativo_medico_cubano/cap_7.pdf
 6. Bonal-Ruiz R, Marzán-Delis M, Garbey-Acosta A. Identificación de competencias en promoción de salud en médicos de familia de Cuba. Estudio cualitativo. Aten Fam [Internet]. 2017 [citado 29/09/2021];24(1):[aprox. 15 p.]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=70089#>
 7. Gallardo Sánchez Y, Yero Quesada Y, Núñez Ramírez L, Sosa García D, Saborit Corría E. Impacto de la Medicina Familiar en Granma durante los años 2015-2016. Multimed [Internet] 2019 [citado 29/09/2021];23(4):[aprox. 12 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182019000400715
 8. Aguilar Hernández I. Educación comunitaria para la prevención del intento suicida. Nueva Paz, 2008-2015 [tesis en opción al grado científico de doctor en ciencias de la salud]. Mayabeque: Escuela Nacional de Salud Pública; 2018.
 9. Barcos Pina I, Pupo Ávila NL, Álvarez Sintés R, Reinoso Medrano T. Correspondencia de programas de especialización en Medicina General Integral en Cuba y Salud familiar de Brasil. III Congreso de Medicina Familiar. Salud Pública y Atención. Cuba. [Internet]. 2020. Disponible en: <http://medicinafamiliar2020.sld.cu/index.php/medfamiliar/2019/paper/viewPaper/252>
 10. Díaz Díaz A. Modelo de Evaluación de los procesos formativos de los residentes en Medicina General Integral [tesis]. La Habana: Editorial Universitaria; 2012

11. Vialart Vidal María N, Medina González I. Experiencias en la formación de recursos humanos de enfermería en Cuba y su desafío ante la salud universal. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2021 [citado 20/11/2022];37(1):e3756. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192021000100019&lng=es
12. Ministerio de Salud. Cuba. Cuidar: Un enfoque integral de la conducta suicida. Experiencia de Cuba. La Habana: Sección de Salud Mental y Abuso de Sustancias; 2016.
13. Pérez Barrero SA. Glosario de términos suicidológicos. [Internet]. 2018. Disponible en: www.psicologia-online.com
14. Echeburúa E, Salaberría K, Cruz-Sáez MI. Aportaciones y Limitaciones del DSM-5 desde la Psicología Clínica. Terapia psicológica [Internet]. 2014 [citado 25/11/2021],32(1): [aprox. 10 p.]. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082014000100007>
15. Pérez Barrero SA. Prevención del suicidio por el médico general. Principios para su capacitación. Psiquiatría biológica: Publicación oficial de la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica [Internet]. 2004 [citado 25/11/2021];11(5): [aprox. 10 p.]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5855812>
16. Corona Miranda B, Alfonso Sagué k, Cuellar Luna L, Hernández Sánchez M, Serra Larín S. Caracterización de la Conducta suicida en Cuba, 2011-2014. Rev Haban Cienc Med [Internet]. 2017 [citado 23/05/2021];16(4): [aprox. 12 p.]. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/2038>.
17. González Sábado RI, Martínez Cárdenas A, Izaguirre Remón RC. Resultados de una escala para evaluar riesgo suicida en adultos mayores en el nivel primario. Rev Tecnología de la Salud [Internet] 2018 [citado 29/09/2021];9(1): [aprox. 11 p.]. Disponible en: <http://www.revtecnologia.sld.cu/index.php/tec/article/view/962>
18. Di Fabio JL, Gofin R, Gofin J. Análisis del sistema de salud cubano y del modelo de atención primaria orientada a la comunidad. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2020 [citado 29/09/2021];46(2): [aprox. 14 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662020000200004
19. Sarracent Sarracent A. Factores de riesgo para el suicidio consumado en La Habana [tesis doctoral]. La Habana: Universidad de Ciencias Médicas de La Habana; 2014.
20. González Sábado RI, Martínez Cárdenas A, García Jerez S, Izaguirre Remón RC, Núñez Bentancourt FL, Yero Quesada Y. Conocimientos sobre prevención del intento de suicidio en médicos de familia. EDUMECENTRO [Internet]. 2019 [citado 29/09/2021];11(1): [aprox. 15

p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742019000100027&lng=es

21. Ayala Escudero A, Hernández Rincón EH, Avella Pérez LP, del Mar Moreno Gómez M. Rol del médico de familia en la prevención primaria y secundaria de la depresión en el adulto mayor. Rev Medicina de Familia. SEMERGEN [Internet] 2020 [citado 29/09/2021];47(2):[aprox. 7 p.]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-rol-del-medico-familia-prevencion-S113835932030349X>

22. Ruiz Arzalluz HY, Castro Valles A. La predisposición motivacional al intento suicida en pacientes adolescentes dispensarizados. Rev Electrón de Psicología Iztacala [Internet] 2021 [citado 29/09/2022];24(3):[aprox. 12 p.]. Disponible en: www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin

23. Martínez Calvo S. Higiene y Epidemiología. Análisis de la situación de salud. Una nueva mirada. 3ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2020.

24. Ministerio de Salud Pública. Plan de Estudio y Programa de Medicina General Integral. 5ta versión. La Habana: Minsap; 2018.

25. Pérez Abreu S. Necesidades educativas del personal de salud, docente y familiares que atienden a escolares con intento suicida en Santa Clara [tesis en opción al título de Máster en Psicopedagogía]. Villa Clara: Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas; 2019.

Declaración de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Contribución de los autores

Conceptualización: Rita Irma González Sábado y Alberto Martínez Cárdenas

Curación de datos: Rita Irma González Sábado

Investigación: Rita Irma González Sábado, Alberto Martínez Cárdenas, Rafael Claudio Izaguirre Remón

Metodología: Alberto Martínez Cárdenas

Administración del proyecto: Rita Irma González Sábado

Supervisión: Rita Irma González Sábado, Rafael Claudio Izaguirre Remón

Visualización: Rita Irma González Sábado, Rafael Claudio Izaguirre Remón

Redacción: Rita Irma González Sábado, Alberto Martínez Cárdenas y Rafael Claudio Izaguirre Remón

Este artículo está publicado bajo la licencia [Creative Commons](#)