

HISTORIA DE LA MEDICINA

Periodización de la formación de posgrado del médico en etapa de especialización en medicina general integral: dimensiones, variables y claves hermenéuticas

Division into periods of the post degree training for the doctor in the specialization stage in General Comprehensive Medicine: volume, variables and hermeneutical keys

MsC. Nilia Victoria Escobar Yéndez,¹ Dr. C. Alcides J. Almaguer Delgado² y Dra. C. Carolina G. Plasencia Asorey³

¹ Especialista de II Grado en Medicina Interna. Máster en Economía de la Salud. Profesora Titular e Investigadora Auxiliar. Facultad de Medicina No. 2, Universidad de Ciencias Médicas, Santiago de Cuba, Cuba.

² Doctor en Ciencias Pedagógicas. Profesor Titular y Consultante. Universidad de Ciencias Pedagógicas "Frank País García", Santiago de Cuba, Cuba.

³ Especialista de II Grado en Medicina General Integral. Doctora en Ciencias Médicas. Máster en Atención Primaria de Salud. Profesora Auxiliar. Centro Provincial de Información de Ciencias Médicas, Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Los profesionales que ejercen la medicina general integral, han tenido a su cargo la enorme responsabilidad de transformar la atávica concepción de la medicina prevaleciente durante varios lustros en un nuevo esquema con enfoque integral del individuo, su familia y la comunidad. Para este trabajo se identificaron 3 hitos de periodización e igual número de etapas; pero también dimensiones, variables y claves hermenéuticas del proceso de formación de posgrado del médico en etapa de especialización en medicina general integral, con especial énfasis en el desarrollo de competencias investigativas.

Palabras clave: medicina general integral, formación de posgrado, atención primaria de salud, competencias investigativas, planes de estudio, médico de familia

Abstract

The professionals who practice the General Comprehensive Medicine, have been in charge of the enormous responsibility of transforming the atavistic idea of the prevalent medicine during several years into a new outline with a comprehensive approach to the individual, his family and the community. For this work 3 landmarks for a division into periods and the same number of stages were identified, as well as, dimensions, variables and hermeneutical keys of the post degree training process for the doctor in specialization stage in General Comprehensive Medicine, with special emphasis in the development of investigative power.

Key words: General Comprehensive Medicine, post degree training, primary health care, investigative powers, curricula, family doctor

INTRODUCCIÓN

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 los 60, por la imperiosa necesidad de transformar la práctica médica existente hasta entonces en una prestación de servicios de salud menos fragmentada y más integral a la 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, 2}

En ese mismo decenio se inició en Cuba el Modelo de Atención Primaria con la creación del policlínico integral, donde se aplicaban programas básicos de salud personal y ambiental, con asistencia clínica brindada por médicos generales sin formación académica de posgrado y especialistas del nivel secundario que ofrecían consultas externas en esas nuevas instituciones, a fin de que los pobladores de las áreas donde estaban ubicadas, no tuviesen que dirigirse a los hospitales para ser atendidos por los facultativos que laboraban en estos; pero no era suficiente, de manera que en la década de los 70 se desarrolló otro modelo más avanzado: el de la Medicina en la Comunidad, que comenzó a aplicarse en el Policlínico Docente Alamar de Ciudad de La Habana en 1974 y luego comenzó a extenderse al resto del país, pues a través de sus lineamientos se conseguía que los policlínicos devinieran por primera vez un centro de docencia médica superior.³

Ya en 1983 se inició el Modelo del Médico y la Enfermera de la Familia,⁴ que marcó una nueva etapa en la atención primaria de salud, puesto que a partir de aquí se adjudicó la responsabilidad docente e investigativa a los profesionales en este nivel de asistencia comunitaria.

De hecho, la especialidad de medicina general integral constituye la base estratégica del sistema nacional de salud cubano y contribuye al cumplimiento de sus objetivos, puesto que sus representantes tienen el encargo social de transformar la concepción biologicista y curativa de la medicina tradicional en la promocional y preventiva de hoy.^{1, 2}

Esta forma de garantizar la salud de la población reafirma el enfoque integral de la medicina como centro de la formación a través de la relación comunidad – familia – individuo, que se fundamenta en su carácter preventivo y la participación activa de la comunidad en la identificación y búsqueda de soluciones a sus propios problemas, de modo que actúe como un verdadero sujeto – objeto de las acciones sanitarias en su entorno.

Sin duda alguna, el profesional que se desempeña en la atención primaria de salud tiene que ser revolucionario, poseer altos valores éticos, morales y humanos; desarrollar habilidades teórico - prácticas sustentadas en la aplicación del carácter científico en su actuación, emplear el método clinicoepidemiológico, resultar un buen diagnosticador de personas y familias (al indagar e interpretar su comportamiento), así

como devenir un investigador, comunicador y administrador eficiente de los recursos sanitarios.⁵

Es obligatorio reconocer que desde el 15 de enero de 1960, el Comandante en Jefe, Fidel Castro Ruz, avizoró cómo sería la formación humana y el desarrollo profesional y científico del país.⁶ No se equivocó.

Como cabe suponer, para la precisión histórica de cada etapa se consultaron documentos rectores del proceso de formación del especialista en medicina general integral, tales como: Plan de estudios de la carrera de medicina (2005),⁷ resoluciones del posgrado, tales como la No. 108/04 sobre el Reglamento del Régimen de Residencia en Ciencias de la Salud,⁸ programas de especialización en medicina general integral (años 1985, 1990 y 2004),⁹ este último correspondiente a la Reingeniería de la Residencia de Medicina General Integral; Resolución Ministerial No. 376/07 del Movimiento de Avanzada "Mario Muñoz Monroy" (MMMM) en posgrado,¹⁰ así como documentos normativos relacionados con la atención primaria de salud y medicina familiar, incluidos organización, desarrollo y control del proceso docente-educativo en ese nivel de asistencia, entre otros.¹¹⁻¹⁴

Hitos de periodización y etapas

Para realizar la periodización, la autora de este trabajo tomó en cuenta los elementos de mayor pertinencia en la evolución del objeto (dado por el proceso de formación de posgrado del médico en etapa de especialización en medicina general integral) y su carácter sistémico, lo cual permitió identificar como hitos los 3 momentos que marcaron pauta en el proceso cíclico de la citada especialidad en Cuba, a saber:

1. Surgimiento de la especialización en medicina general integral: Contribuyó al perfeccionamiento del enfoque social de la medicina y representó la premisa fundamental del sistema sanitario cubano. En este modelo se aplicó un programa de salud integral a la familia, que contemplaba la docencia de pregrado y posgrado, pero también la investigación en materia de sanidad.
2. Perfeccionamiento del programa de especialización en medicina general integral: El segundo programa de especialización en esa esfera surgió como respuesta a las insatisfacciones obtenidas con el primero, duraba un trienio y estaba precedido del año de familiarización.
3. Reingeniería curricular de la especialización en medicina general integral: Comenzó con la reingeniería curricular del sexto año de la carrera de medicina, en el curso 2003 - 2004, y convirtió la práctica preprofesional en el régimen del Internado en otra profesionalizante desde la atención primaria de salud, toda vez que el educando asume directamente y bajo supervisión tutorada, la asistencia clínica de los miembros de un sector poblacional determinado, de modo que cambió el perfil de salida del egresado de médico general básico a médico general integral básico, pues el hecho de ejercer directamente la atención médica le confirió competencias profesionales. A punto de partida de la reingeniería del internado, condicionante de un mayor dominio de contenidos teóricos y habilidades prácticas que los previstos en los primeros años de la residencia, se hizo impostergable, para enfrentar este reto, ajustar el programa de especialización en medicina general integral y en el citado curso se enfrentó el rediseño curricular de la residencia, lo cual permitió un tránsito de mayor pertinencia de los graduados hacia la especialidad de medicina general integral, con un proceso de formación académica de posgrado de apenas

un bienio, pero sin mermar la calidad y el rigor de la estrategia docente, que contemplaba además el cese del año de familiarización

Los profesionales que ejercen la medicina general integral, han tenido a su cargo la enorme responsabilidad de transformar la atávica concepción de la medicina prevaleciente durante varios lustros en un nuevo esquema con enfoque integral del individuo, su familia y la comunidad.^{3, 8}

En el mismo curso 2003 - 2004 se rediseñó el modelo curricular de la residencia en medicina general integral, que al reducirla a 2 años, permitió un tránsito de mayor pertinencia de los egresados hacia la especialidad en un proceso de formación académica de posgrado menos extenso, pero sin mermar la calidad y el rigor de la estrategia docente, sobre todo por la inexistencia de un patrón formativo en el nivel secundario, que respondiera a las verdaderas necesidades de estos residentes, puesto que sus rotaciones por las distintas salas eran formales y no se lograba su integración e interacción armónica con los grupos básicos de trabajo de los servicios hospitalarios.

Al inicio de la aplicación del programa del médico y la enfermera de la familia, el período de familiarización fue útil para caracterizar a la comunidad atendida; pero a estas alturas ya cumplió su cometido e infortunadamente dilata en un año el proceso de formación del especialista.

Una vez definidos los hitos de periodización, se denominaron las siguientes etapas:

Etapas I: 1984 - 1989: Marcó el surgimiento de la medicina general integral como especialidad en Santiago de Cuba y el comienzo de la segunda.

El primer programa de la especialización en medicina general integral implementado en esta provincia a partir de 1984, constituyó la primera versión del sistema de enseñanza - aprendizaje para la especialización en esa materia; razón por la cual debía garantizarse una estrategia docente capaz de asegurar la más alta preparación científica, profesional, política e ideológica de estos especialistas, dirigida a promover salud y prevenir enfermedades para ir dejando atrás el tradicional enfoque secundarista y reemplazándolo por la atención ambulatoria y la dispensarización.

Fue precisamente en el curso 1982 - 1983 cuando comenzó el Plan B del Ministerio de Educación Superior, caracterizado por un alto nivel de centralización y predominio del enfoque de perfil estrecho; de ese modo, al quedar configurado con las diferentes carreras y sus especialidades, desaparecieron las especializaciones del Plan A.¹⁵

Hasta ese momento, la preparación académica y científica del capital humano en la atención primaria de salud (su claustro) era muy elemental, puesto que en sus inicios este nivel de atención no disponía de profesionales debidamente categorizados y calificados; de ahí que la génesis de la mayor parte de las deficiencias en la formación de posgrado e investigativa del residente en medicina general integral recaía en las características del docente, cuya preparación en metodología de la investigación era prácticamente nula o rudimentaria y se exigía muy poco en la confección de los trabajos de terminación de la residencia.

A pesar de que en 1986 se graduaron en Cuba los primeros especialistas en medicina general integral, en Santiago de Cuba se titularon en 1988 con el primer programa de especialización, de donde se infiere que el perfil predominante del egresado fue el de

médico de familia en la etapa de referencia hasta sus finales, cuando dicho patrón cambió al de médico general básico.

El diseño del sistema de enseñanza - aprendizaje de la residencia en medicina general integral comprende 3 fases de elaboración: del modelo del especialista de primer grado en esta, del plan de estudios y del programa de la residencia en la especialidad, así como de su estrategia docente.

Desde entonces, los programas de especialización carecieron de suficientes contenidos necesarios para desarrollar la actividad investigativa. Este especialista estaba destinado a atender a la comunidad a través de los denominados sectores de población en los policlínicos comunitarios⁸ y esta forma de asistencia sectorizada estuvo muy vinculada a la consideración del citado profesional como un especialista de perfil estrecho.

Como tendencia parcial en la primera etapa se halló que existían limitaciones para garantizar resultados satisfactorios en la actividad investigativa, considerando para ello el análisis valorativo del programa de especialización en medicina general integral, donde prevalecieron el especialista de perfil estrecho, la inexistencia de modos de actuación, así como la insuficiente preparación del capital humano y del desarrollo tecnológico en la atención primaria de salud para respaldar la función investigativa; sin embargo, aunque no hubo la sistematicidad necesaria, se tendió a la confección de los primeros documentos normativos para la formación de posgrado en medicina general integral, aunque al analizar el modelo del profesional en dicho proceso formativo, este no respondiera a las demandas de competencias investigativas requeridas para el médico que estaba especializándose en la citada materia.

Aún resultaba evidente que el personal responsabilizado en el nivel primario con la docencia y las investigaciones, carecía de independencia y en parte se supeditaba a la atención secundaria.

Etapa II: 1990 – 2002: Surgió para perfeccionar la precedente y sentó las bases para el inicio de la tercera.

A partir del segundo programa de especialización en medicina general integral se estableció el especialista de perfil amplio, pues podría atender no solo a las familias en la comunidad, sino a otros grupos poblacionales en centros educacionales y laborales de diferentes niveles de complejidad, con desaparición del esquema sectorizado. También se diseñaron por primera vez los modos de actuación de la profesión, con el fundamento teórico sobre el cual descansan y que constituyen guías para la acción.⁹

En dicho programa, el Modelo del Especialista estaba estructurado en 2 aspectos estrictamente relacionados: el político-ideológico y el profesional, ambos engarzados con 4 funciones caracterizadas por un enfoque sistémico: atención médica, docente y educativa, de administración e investigación.⁹

De hecho, aunque el programa de la residencia estaba diseñado para desarrollar destrezas y capacidades a partir de la asimilación de sus contenidos y en plena correspondencia con los objetivos terminales del egresado, donde se incluían las habilidades que debían adquirirse en la actividad investigativa (con visión social, científica y humanística, muy vinculada a las actitudes y valores), durante el proceso de formación de posgrado no se logró orientarle adecuadamente para estimular su

interés por la investigación, al haberse obviado los elementos teóricos, metodológicos y prácticos requeridos para desarrollarla, a lo cual se sumaron la falta de rigor en este quehacer durante la etapa de residencia, así como una débil priorización y pobre calidad del análisis de la situación de salud, por lo que aún el desarrollo investigativo no se avenía con las exigencias del momento.

Esta etapa coincide con el inicio de los planes C (1990 - 1991) del Ministerio de Educación Superior, basados en un perfil amplio, mayor integración del estudio con el trabajo, función rectora de los objetivos e incremento de habilidades prácticas profesionales; todo lo cual representaba un giro esencial en el modelo de formación de la universidad médica cubana.¹⁶

Por otra parte, en la década de los 90 y por indicación ministerial se orientaron las intervenciones comunitarias para modificar conocimientos como trabajos de terminación de especialización, cuyo control y seguimiento por los subdirectores docentes de las áreas de salud y sus respectivos tutores no fueron los apropiados, lo que de alguna manera conspiró contra la calidad de los resultados de estos trabajos, pues en sentido general los indicadores sanitarios no revelaron los cambios sustanciales que cabía esperarse de ese proceso investigativo.

La calidad en la formación de especialistas disminuyó, con predominio de estudios descriptivos donde solía abordarse el mismo problema sin transitar a investigaciones analíticas o de intervención. En esta etapa se produjo un rediseño organizacional del policlínico, que mejoró su estructura e interrelación con el hospital mediante un sistema de referencia y contrarreferencia del seguimiento del paciente entre los niveles primario y secundario de atención.

Como tendencia parcial en la segunda etapa se evidenció un salto cualitativo, atribuible a modificaciones en el análisis valorativo del programa de especialización en medicina general integral, dado por el tránsito del egresado de la carrera de medicina a médico general básico, del modelo del especialista a un perfil amplio. También en este contexto aparecieron los modos de actuación como guías para la acción y se pudo disponer de un capital humano con mayor número de especialistas en medicina general integral, propios de la atención primaria de salud.

Etapa III: 2003 – actualidad: Implicó el rediseño curricular de la residencia en medicina general integral hasta hoy.

Aquí varió el perfil de salida del egresado como médico general básico a médico general integral básico, lo cual ha representado una transformación cualitativa de su actuación profesional, puesto que desde entonces ha podido brindar asistencia médica directa, aunque de manera fiscalizada.

Por otro lado, la consecución de la especialidad de medicina general integral en 2 años, al adoptar nuevos enfoques de continuidad de estudios de pregrado a posgrado mediante una estrategia de reingeniería curricular y prescindiendo del año de familiarización permitió, a través de reajustes y completamiento, la asimilación y perfeccionamiento de sus objetivos y contenidos, así como la incorporación de otros módulos con valor agregado.

El especialista en medicina general integral es, por tanto, un profesional de perfil amplio, capaz de atender a la población asignada sin distinción de edad o género, con un enfoque integrador de los aspectos biológicos, sociales, psicológicos y ambientales

mediante acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en su radio de acción comunitario.³

Como tendencia parcial en la tercera etapa se constató que han seguido produciéndose transformaciones cualitativas -- según análisis valorativo de los programas de especialización -- respecto al egresado como médico general integral básico, el perfil del especialista más amplio hacia la medicina general integral, los modos de actuación contextualizados en ámbitos más complejos, el perfeccionamiento del capital humano, así como el fortalecimiento tecnológico e informático en la atención primaria de salud.

A pesar de lo anterior, en esta etapa prevalecen las insuficiencias en las competencias investigativas del médico en especialización en medicina general integral, de donde se colige que la reingeniería curricular de la especialidad no repercutió positivamente en ellos y que la estrategia docente del programa contempló de manera más teórica que práctica la tendencia a formar competencias profesionales; sin embargo, aquí tampoco el modelo del profesional vislumbra la formación de competencias investigativas desde la fase de posgrado.

Dimensiones, variables y claves hermenéuticas para la periodización

Partiendo de todo lo ya comentado, la autora estableció las siguientes dimensiones, variables y claves hermenéuticas (**figura**) en cada una de las etapas para poder realizar el análisis histórico – tendencial de la formación de posgrado del médico en fase de especialización en medicina general integral. De hecho, también consideró conveniente sustituir los denominados “indicadores”, tan utilizados en las investigaciones cuantitativas, por el concepto de “claves hermenéuticas”, por cuanto estas revelan al unísono los aspectos cuantitativo y cualitativo de la labor del profesional de referencia, a la vez que permiten caracterizar mejor la actividad social del sujeto como revelación *cualitativa* de aquellos elementos pertinentes, fundamentados en el contenido.

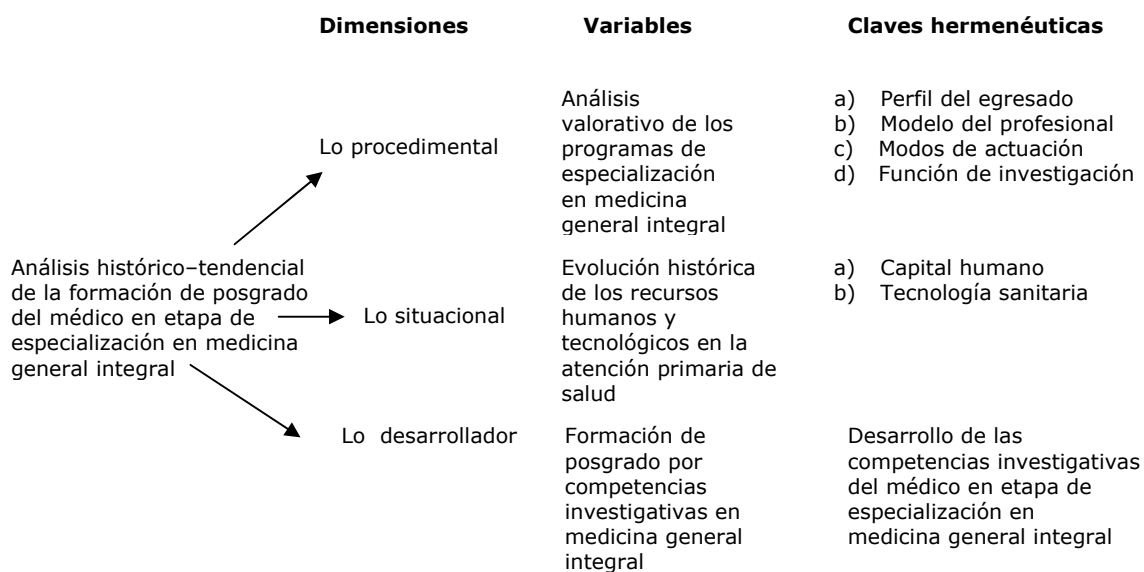


Figura. Dimensiones, variables y claves hermenéuticas para la periodización

Se identificaron 3 dimensiones del proceso de formación de posgrado del médico en etapa de especialización en medicina general integral, puesto que permiten revelar diferentes aristas o perspectivas de un determinado proceso en contextos específicos. Se impone señalar que se asumió el concepto de dimensión de Horruitiner,¹⁶ según el cual: "... se puede caracterizar el modo en que un proceso puede ser estudiado, analizado desde diferentes posiciones, enfoques, en correspondencia con un propósito particular en cada caso".

1. Lo procedimental: Apropriación y análisis de contenido de los documentos normativos que sustentan el proceso de formación de posgrado de especialización en medicina general integral.
2. Lo situacional: Soporte técnico – profesional para garantizar el proceso de formación de posgrado en medicina general integral.
3. Lo desarrollador: Conducente al desarrollo ulterior de competencias investigativas.

Se espera que estas 3 dimensiones esenciales, concebidas con una visión integradora, posibiliten un desempeño profesional exitoso del futuro especialista en medicina general integral, a fin de lograr que esta especialidad, como ciencia sociomédica, mantenga su esencia integradora al proteger al ser humano de la tecnologización excesiva, de las superespecializaciones y de la atención médica fragmentada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lemus ER, Borroto ER, Aneiros Riba R. Atención primaria de salud y medicina familiar. En: Atención primaria de salud, medicina familiar y educación médica. La Paz: Biblioteca de Medicina, 1998; vol 34.
2. Hernández Cabrera GV, Álvarez Sintés R, Larrea Salazar JM. Formación académica en la especialidad de medicina general integral. En: Álvarez Sintés R. Medicina general integral. Vol. I. Salud y medicina. Parte 12. Docencia, investigación e información en la atención primaria de salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2008; vol 1:1-9.
3. Fernández Sacasas JA. Reingeniería de la residencia en medicina general integral. Plan de estudios. La Habana: Ministerio de Salud Pública, 2004.
4. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Carpeta Metodológica de Atención Primaria de Salud y Medicina Familiar. VII Reunión metodológica del MINSAP. La Habana: Ministerio de Salud Pública, 2000.
5. ----. Anteproyecto. Programa de Atención Integral a la Familia. La Habana: MINSAP, 2004:1-33.
6. Lage Dávila A. La ciencia y la cultura: las raíces culturales de la productividad. Temas 2001;(24-25):194-203.
7. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Plan de estudios de la carrera de medicina. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2005:6-17.
8. ----. Resolución 108/04. Reglamento Régimen de Residencia. Reglamento del régimen de residencia en ciencias de la salud. Capítulo I. La Habana: MINSAP, 2004.

9. ----. Programa de Especialización en Medicina General Integral. Sistema de enseñanza y aprendizaje (residencia) para la formación de especialistas de primer grado. Primera versión. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 1985:6-52
10. ----. Resolución Ministerial No. 376/07 (MMMM) en postgrado. La Habana: MINSAP, 2007.
11. ----. Programa de Especialización en Medicina General Integral. La Habana: MINSAP, 1990; t 1:1-26.
12. Alemañy Pérez EJ, Otero Iglesias J, Borroto Cruz R, Díaz-Perera Fernández G M. El modelo del especialista en Medicina General Integral en los programas de formación. <http://www.ucmh.sld.cu/rhab/articulo_rev7/alemany.html>[consulta: 12 noviembre 2009].
13. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Organización, desarrollo y control del proceso docente educativo en la atención primaria de salud. En: Carpeta Metodológica de la Atención Primaria de Salud. La Habana: MINSAP, 2000.
14. Alemañy Pérez EJ, Otero Iglesias J, Borroto Cruz R, Díaz-Perera Fernández GM. Documentos rectores del proceso de formación y el modelo del especialista en medicina general integral. Educ Med Sup 2002; 16(2):164-83.
15. Horruitiner Silva P. Formación y currículo. En: La universidad cubana: el modelo de formación. Rev Ped Univ 2007; 12(4).
16. ----. El proceso de formación. Sus características. En: La universidad cubana: el modelo de formación. Rev Ped Univ 2007; 12(4).

Recibido: 12 de diciembre de 2009

Aprobado: 20 de diciembre de 2009

MsC. Nilia Victoria Escobar Yéndez. Facultad de Medicina No.2, Universidad de Ciencias Médicas, kilómetro 2½ y autopista, carretera de El Caney, Santiago de Cuba, Cuba.

Dirección electrónica: nescobary@medired.scu.sld.cu