

REPÚBLICA DE CUBA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA HABANA

TÍTULO:
CORRESPONDENCIA ENTRE TEORÍA Y
PRÁCTICA DE LA FORMACIÓN DEL
ESPECIALISTA DE MEDICINA GENERAL
INTEGRAL

TESIS EN OPCIÓN AL GRADO CIENTÍFICO DE
DOCTOR EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
MÉDICA

Aspirante: Dra. Elia Rosa Lemus Lago

La Habana

2014

REPÚBLICA DE CUBA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA HABANA

TÍTULO:
CORRESPONDENCIA ENTRE TEORÍA Y PRÁCTICA
DE LA FORMACIÓN DEL ESPECIALISTA DE
MEDICINA GENERAL INTEGRAL

TESIS EN OPCIÓN AL GRADO CIENTÍFICO DE DOCTOR
EN CIENCIAS DE LA EDUCACION MÉDICA

Aspirante: Dra. Elia Rosa Lemus Lago

Tutor: Prof. Tit., Dr. Eduardo Joaquín Alemañy Pérez, Dr. C

La Habana

2014

AGRADECIMIENTOS:

A la Revolución, por permitirme crecer en una sociedad de mejoramiento humano
Al profesor Eduardo Alemañy Pérez, mi tutor, por su ejemplo, por sus enseñanzas; a su esposa Georgia y a Claudia, su hija, por la cooperación.

A la Dra. Dianelys Avalo Fernández, Directora Municipal de Salud en el Cerro, por su confianza

A mis profesores de Educación Médica

A la Facultad de Ciencias Médicas Salvador Allende

Al Dr. Mario Augusto Pichardo Díaz Consultor en Sistemas y Servicios de salud y Coordinador del área Técnica de la Representación de la sede cubana de la Organización Panamericana de la Salud

A la Lic. Amparo Zequeira Bulnes Especialista del Centro de Gestión en Información y el Conocimiento OPS/OMS

A la Dra. Maricela Moreira especialista en Medicina General Integral y en Bioestadística

A mi papá y a mi mamá, con eterna gratitud

A mi esposo, por todo: la ayuda, la comprensión, el amor

A Alejandro Leyva, por su apoyo

A mis amigas y amigos, los de todos los tiempos

A las amigas de Amalia, por permitirme estar al tanto del pensamiento de los jóvenes

A mis pacientes en Guantánamo, a mis pacientes del Reparto Martí en el Cerro, a los guatemaltecos y salvadoreños con los que trabajé en las misiones internacionalistas

A las médicas y médicos de la familia que participaron en la investigación

RECONOCIMIENTO ESPECIAL

A mi tutor, Profesor Titular y Doctor en Ciencias de la Salud Eduardo Alemañy Pérez por las horas de trabajo, después de sus largas jornadas laborales, dedicadas a la revisión, con minuciosidad, de cada parte de esta tesis

DEDICATORIA

A mi niña preciosa de mis sueños y de mi amor: Amalia

SÍNTESIS

Actualmente se reconoce que pudiera existir cierta contradicción entre el programa de formación del especialista en Medicina General Integral y su práctica en el consultorio del médico de la familia, por ello se realizó una investigación descriptiva, transversal y aplicada con enfoque estratégico del paradigma cualitativo, con el objetivo de identificar la correspondencia entre teoría y práctica de la formación de este especialista. A partir de los métodos seleccionados se construyó una metodología propia para la solución del problema de la investigación. El objeto de estudio fue la formación del especialista de en Medicina General Integral y los elementos para su análisis fueron concepción de la especialidad, currículo, profesor, residente y ámbito de la formación. Como resultado se identificó divergencias entre los documentos rectores de la docencia y de la asistencia en el perfil político ideológico, la educación en el trabajo, el programa analítico, profesor, residente y ámbito de la formación. Se concluyó que existe correspondencia entre las concepciones teóricas actuales y la práctica de la formación del especialista de Medicina General Integral en los elementos de análisis concepción de la especialidad, currículo y residente y que no existe en profesor y ámbito de la formación.

TABLA DE CONTENIDO	Pág.
INTRODUCCIÓN	1
La formación del especialista en Medicina General Integral	1
Ámbito de la formación del especialista en Medicina General Integral	1
Especificaciones de esta investigación	3
Justificación	3
Problema de la investigación	5
Tareas de investigación	6
Concepción general de la investigación	6
Actualidad, Novedad y Limitaciones de la investigación	7
Aportes de la investigación	8
Estructura de la tesis	8
1. CAPÍTULO MARCO TEÓRICO	9
1.1 La especialidad Medicina Familiar en el contexto internacional	9
1.2 La especialidad Medicina General Integral en Cuba	14
Consideraciones finales del capítulo	21

2. CAPÍTULO DISEÑO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN	22
2.1 Generalidades	22
2.2 Metodología propia para la tarea de investigación 1	23
2.3 Metodología propia para la tarea de investigación 2	26
2.4 Metodología propia para la tarea de investigación 3	38
2.5 Aspectos éticos	38
3. CAPÍTULO FUNDAMENTACIÓN PARA LAS CONCEPCIONES TEÓRICAS ACTUALES DE LA FORMACIÓN DEL ESPECIALISTA DE MEDICINA GENERAL INTEGRAL	39
3.1 Aplicación del método propio	39
3.2 Concepciones teóricas actuales. Concepción de la especialidad	40
3.3 Concepciones teóricas actuales. Currículo	42
3.3.1 Currículo y demandas sociales	42
3.3.2 Currículo y Modelo del especialista de Primer Grado de Medicina General Integral	43
3.3.3 Currículo y principios científico pedagógico educación en el trabajo	49
3.3.4 Currículo y programa analítico	51
3.4 El profesor	53
3.5 El residente	55
3.6 Ámbito de la formación	56

Consideraciones finales del capítulo	61
4. CAPÍTULO ANÁLISIS DE CASO MUNICIPIO CERRO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA PRÁCTICA DE LA FORMACIÓN DEL ESPECIALISTA DE PRIMER GRADO EN MEDICINA GENERAL INTEGRAL EN EL CONSULTORIO DEL MÉDICO DE LA FAMILIA	63
4.1 Aplicación del método propio	63
4.2. Concepción de la especialidad Medicina General Integral	65
4.3 Currículo. Modelo del especialista de Primer Grado de Medicina General Integral	67
4.3.1 Currículo. Principio científico pedagógico educación en el trabajo	72
4.3.2 Currículo y programa analítico	73
4.4 El profesor	77
4.5 El residente	78
4.6 Ámbito de la formación	80
Consideraciones finales del capítulo	84
5. CAPÍTULO IDENTIFICACIÓN DE LA CORRESPONDENCIA ENTRE LA TEORÍA Y LA PRÁCTICA DE LA FORMACIÓN DEL ESPECIALISTA DE MEDICINA GENERAL INTEGRAL EN EL CONSULTORIO DEL MÉDICO DE LA FAMILIA	86
5.1 Aplicación del método propio	86
5.2 Concepción de la especialidad Medicina General Integral	86
5.3 Currículo. Perfil político ideológico	87
5.4 Currículo. Perfil profesional	88

5.5 Currículo. Perfil ocupacional	89
5.6 Currículo. Principios científico pedagógico educación en el trabajo	90
5.7 Currículo. Programa analítico	92
5.8 El profesor y el residente	94
5.9 Ámbito de la formación	95
Consideraciones finales del capítulo	96
CONCLUSIONES	98
RECOMENDACIONES	100

INTRODUCCIÓN

La formación del especialista de Medicina General Integral

La especialidad de Medicina General Integral, en lo adelante MGI, surge en Cuba en el año 1983 vinculada a la decisión del Estado cubano del desarrollo del Programa del Médico y la Enfermera de la Familia (PMEF), que se implanta en el año 1984¹. El Comandante en Jefe Fidel Castro Ruz, Presidente del Consejo de Estado y de Ministros (1976-2008) expresa en el año 1997 sobre este tema: “Se hizo todo un programa, se creó un nuevo concepto, convertimos la generalidad en una especialidad: la MGI, un concepto asociado a la idea del médico de la familia.”²

La formación del especialista de MGI se implementó por primera vez en el año 1985, modificándose el documento rector en tres ocasiones, en los años 1990 que se llamó Programa de Especialización de la Residencia de Medicina General Integral, en el año 2000 Plan de Estudios y Programa de la Residencia de Medicina General Integral, y en el año 2004 denominado Plan de Estudios y Programa de Medicina General Integral, que constituye la versión vigente. Para los efectos de esta investigación estos documentos serán señalados con el término Programa de Formación del especialista de MGI.^{3,4,5,6} La primera graduación de especialistas de MGI ocurre en el año 1986. Desde el año 1959 hasta el año 2012, se han graduado 124 789 médicos, de ellos 40 659 son especialistas de MGI, resultado de la formación de postgrado correspondiente a 29 años⁷.

Ámbito de la formación del especialista de Medicina General Integral

La especialidad de MGI se realiza fundamentalmente en los servicios de la atención primaria de salud, que es un nivel de atención y a su vez una estrategia del Sistema Nacional de Salud. Los componentes acceso, puerta de entrada, integralidad, coordinación y continuidad son propios de dicho nivel. La atención primaria de salud en Cuba cuenta con una red de 452 policlínicos y 11 486 consultorios médicos de la familia. En La Habana existen 82 policlínicos y 1 963 consultorios médicos de la familia⁷.

El policlínico es la institución principal del Sistema Nacional de Salud, encargada de fomentar, proteger y restablecer la salud de la población de su área de salud (espacio territorial, con límites geográficos definidos, donde reside una población determinada). Para ello brinda servicios de atención integral a la salud del individuo, la familia, grupos, comunidad y al ambiente con un enfoque biopsicosocial, donde se fusiona la docencia, la asistencia médica, la higiene, la epidemiología, la microbiología y la investigación, como elementos indisolubles de un mismo proceso⁸.

La formación se desarrolla fundamentalmente desde un puesto de trabajo de esta red de atención primaria de salud, el consultorio del médico de la familia, siendo el médico parte del equipo básico de salud de conjunto con la enfermera. “La actividad docente se regula a través del grupo básico de trabajo conformado por los equipos básicos de salud, un especialista en Medicina Interna, uno de Ginecología y Obstetricia, un Pediatra, un licenciado en Psicología, un licenciado en enfermería (supervisor), un Estomatólogo, un técnico(s) en estadística, uno o dos técnicos de higiene y epidemiología según la complejidad del territorio y un trabajador social. Este grupo estará dirigido por un médico especialista de MGI con categoría docente”.⁹ El policlínico cuenta con un vicedirector docente y un metodólogo para la gestión del proceso docente educativo que se rigen metodológicamente por el departamento de MGI de la facultad de ciencias médicas correspondiente y este a su vez, por la universidad de ciencias médicas a la que pertenece la facultad.

La organización de los cuidados a la salud, en el nivel primario, para cumplir sus funciones de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento, y rehabilitación se establece como un sistema complejo.^{10,11,12} También lo es la organización del postgrado en este nivel¹³. Entre los aspectos particulares de la Educación Médica en el postgrado de la especialidad MGI en Cuba, que fundamentan la afirmación anterior, se encuentran: la masividad de la formación; la separación geográfica de los componentes personales del proceso de enseñanza aprendizaje, profesor y residente; la conformación del claustro de profesores por especialistas de Medicina Interna, Pediatría, Ginecología y Obstetricia; el residente recibe los contenidos de las especialidades por sus profesores y a él corresponde la integración; la responsabilidad del residente con la comunidad asignada, que incluye la atención a las embarazadas, a los recién nacidos, a los lactantes, a las situaciones epidemiológicas

que se presentan; la responsabilidad del residente en el nivel primario es con la colectividad, en el hospital es con individuos. En el proceso de formación, al estudiante en el postgrado de la Educación Médica se le nombra residente, por residir a tiempo completo en la especialidad.

Especificaciones de esta investigación

La investigación tiene como propósito contribuir al mejoramiento de la formación del especialista de MGI. En esta especialidad el ámbito de la formación ocurre en los servicios asistenciales, por lo que se decide desarrollar una visión integradora de la realidad e incluye dentro de la investigación aspectos relacionados con el funcionamiento del servicio del primer nivel de atención a través de los componentes particulares de la atención primaria de salud sin constituir esta una investigación en sistemas y servicios de salud.

Justificación

En la exploración que se realiza en la literatura científica impresa y digital, se observa entre otros, la investigación "Evaluación del programa de la especialidad de Medicina Familiar en Michoacán" que muestra la necesidad de una estrategia educacional para la aplicación de contenidos de la especialidad en correspondencia con las necesidades sociales¹⁴; el documento "Residencias Médicas en América Latina" estudio de 14 países de esta región que evidencia la necesidad de la formación de especialistas en Medicina Familiar¹⁵; y el documento de Organización Mundial de la Salud-Organización Panamericana de la Salud 2011 "Educación en ciencias de la salud: tendencias y deudas" que refiere como tendencias la rápida obsolescencia del conocimiento, el paradigma biomédico, el énfasis en programas de postgrado y la educación virtual y a distancia, como deudas señala la pertinencia social, la articulación educación-servicios y entre niveles, las pedagogías transformadoras, la alfabetización digital y la formación con orientación en atención primaria de salud¹⁶.

De Cuba, en La Habana se identifican tres investigaciones en relación directa con el tema, la tesis doctoral del Dr. en Ciencias de la Salud Eduardo Alemañy Pérez "Alcance del modelo del especialista de MGI " en el año 2004 que concluyó que en la práctica, el modelo del especialista se corresponde con lo planteado teóricamente, con mejores resultados en el perfil político ideológico que en el perfil profesional e identificó que en el perfil

profesional la mayor concordancia está en la función de atención médica integral¹⁷. Quintana Regalado G y Moreno Montañez M concluyeron en la investigación “Perfil investigativo durante la residencia de MGI en Habana del Este” en el año 2010, que existe un uso inadecuado de la metodología de la investigación y del método científico¹⁸ y Díaz Díaz A evidenció en el año 2012 en su la tesis doctoral en Ciencias Pedagógicas: “Modelo de evaluación de los procesos formativos de los residentes de MGI”, que existen problemas en la demostración de habilidades y destrezas en la aplicación de recursos pedagógicos para la formación del personal de la salud, cuestión que se relaciona con la función docente del modelo y con la preparación pedagógica del profesor.¹⁹ No se encuentra ningún estudio anterior acorde al problema de esta investigación en el municipio Cerro. La tesis doctoral del autor Dr. Alemañy Pérez constituye el punto de partida de la investigación que se presenta; por ser la única de las investigaciones existentes que aborda integralmente el alcance del modelo del especialista de Primer Grado de MGI en La Habana.

En el ámbito de la formación han ocurrido cambios en la última década: nuevos servicios en los policlínicos; salida de un grupo numeroso de médicos de la familia para labores de atención a la salud en otros países, especialmente Venezuela, con el consecuente incremento, en Cuba, de la población asignada a cada médico de familia y el cambio del claustro de profesores de los departamentos docentes de Medicina General Integral; regreso de estos profesionales con mayor experiencia por su labor asistencial y como docentes en la formación de estudiantes venezolanos en Medicina Comunitaria; cambios del cuadro de salud de la población con la reemergencia de algunas enfermedades y el incremento del cáncer. Con todas las transformaciones que han ocurrido en el contexto de la formación de este especialista su programa de formación vigente es el modificado en el año 2004.

Las investigaciones científicas mencionadas, las notables modificaciones ocurridas en el ámbito de formación en los últimos diez años en La Habana y las vivencias de la autora como médico de familia en el municipio Cerro, le permitieron apreciar una brecha en el conocimiento sobre el proceso docente educativo de la especialidad.

Problema de la Investigación

Se reconoce que pudiera existir determinada contradicción entre el Programa de Formación del especialista de Medicina General Integral y su implementación práctica en el consultorio médico de la familia. Esta contradicción genera la necesidad de obtener información científicamente fundamentada sobre la correspondencia entre las concepciones teóricas actuales y la práctica de la formación del especialista de Primer Grado de Medicina General Integral en el consultorio del médico de la familia.

El objeto de estudio es la formación del especialista de Primer Grado de MGI. Se establecen relaciones en el desarrollo de la investigación entre el objeto de estudio con las concepciones teóricas actuales y la práctica de la formación en el consultorio del médico de la familia. El campo de acción lo constituye la correspondencia que se determina entre las concepciones teóricas actuales y la práctica de la formación del especialista de MGI en el consultorio médico de la familia.

Para esta investigación se denomina concepciones teóricas actuales a la teorización realizada a partir del análisis cualitativo de pronunciamientos del Comandante en Jefe Fidel Castro Ruz (ideas conceptuales de la especialidad) y los documentos rectores del proceso de formación del especialista, en correspondencia con el cuerpo conceptual de conocimientos de la formación en la especialidad MGI abordados siguiendo la lógica de sus elementos: concepción de la especialidad, currículo, profesor, residente y ámbito de la formación.

La investigadora definió como objetivo: identificar la correspondencia entre las concepciones teóricas actuales de la formación del especialista de Primer Grado de Medicina General Integral y la práctica de la formación en el consultorio del médico de la familia.

Para alcanzar el objetivo planteado se elaboraron las preguntas científicas siguientes: ¿Cuáles son las concepciones teóricas actuales de la formación del especialista de Medicina General Integral? ¿Cuáles son las características de la práctica de la formación del especialista de Primer Grado de Medicina General Integral en el consultorio del médico de la familia? ¿Qué correspondencia existe entre la teoría y la práctica de la formación del especialista de Medicina General Integral?

Tareas de la Investigación

Para la solución del problema de la investigación se definen tres tareas. La tarea 1 es la fundamentación de las concepciones teóricas actuales en la formación de los especialistas de MGI. La tarea 2 es la caracterización de la práctica de la formación del especialista de Primer Grado de MGI en el consultorio del médico de la familia y la tarea 3 es la identificación de la correspondencia entre la teoría y la práctica de la formación del especialista de MGI en el consultorio del médico de la familia.

Concepción general de la investigación

A partir de los métodos de análisis y síntesis, inducción y deducción, histórico y lógico, y de observación se construyó un método propio para la solución del problema de la investigación. Dada la naturaleza del problema del estudio, el enfoque estratégico de la investigación se basa en el paradigma cualitativo. Es una investigación descriptiva, transversal, y aplicada.^{20,21,22}

Para cada tarea se definió un método propio de investigación. Cada tarea produjo un resultado y permitió la realización de la siguiente tarea hasta la solución del problema. Se utilizó una guía de análisis central formada por los elementos: concepción de la especialidad, currículo, profesor, residente y ámbito donde se desarrolla la formación que constituyó el hilo conductor de la realización de las tres tareas. Para la tarea 1 se utilizó el análisis de contenidos, se estudiaron los discursos y reflexiones de Fidel Castro Ruz y los documentos rectores del proceso de formación del especialista de MGI lo que concluyó con el resultado de los fundamentos de las concepciones teóricas actuales. Para la tarea 2 se realizó un análisis de caso en el municipio Cerro de la provincia La Habana, se diseñó un método específico que incluyó la obtención de datos cualitativos y cuantitativos, con análisis estadístico y de contenidos. Se construyó la encuesta que se aplicó en este municipio al universo de los médicos de familia, de los profesores y de los jefes de grupos básicos de trabajo, (140 profesionales); participaron 74, el 52,8% de estos. Se realizaron 4 grupos focales y se contrastaron los resultados para obtener el resultado final de la caracterización de la práctica de la formación del especialista de Primer Grado de MGI en el consultorio del médico de la familia. Por último, en la tarea 3 se realiza la

triangulación de los resultados de ambas tareas lo que constituye la respuesta al problema de la investigación. Esta investigación se orientó a profundizar en la información sobre esta brecha para llegar a identificar las relaciones que se establecieron con el objeto de estudio. Los resultados presentados pudieran contribuir en investigaciones posteriores, al esclarecimiento de las relaciones causales.

Actualidad, Novedad y Limitaciones de la investigación

Actualidad: los lineamientos de la política económica y social del Partido y la Revolución aprobados en el VI Congreso del Partido Comunista de Cuba definen en el capítulo VI Política Social, lineamiento 160: garantizar que la formación de especialistas médicos brinde respuesta a las necesidades del país y a las que se generen por los compromisos internacionales.²³ A la universidad de ciencias médicas le concierne la crítica científica para el cumplimiento de su misión. Esta investigación se realiza con el fin de contribuir, con sus resultados, al cumplimiento de esta política.

Novedad: radica en la identificación de la correspondencia entre la teoría y la práctica de la formación del especialista de MGI desde una perspectiva integral; en la construcción de los fundamentos de las concepciones teóricas actuales de la formación del especialista; en la metodología empleada para la investigación con la particularidad de establecer la triangulación de los datos y la triangulación de resultados.

Limitaciones: la pluralidad de factores que intervienen en el proceso de formación del especialista de MGI no permite el estudio de todos ellos simultáneamente. La dificultad de no incluir las opiniones de la población sobre la satisfacción con el médico de la familia, pues se va por encima de la autoridad de la autora.

Aportes de la investigación

Científico: proporcionada una profundización en las bases teóricas en la que se sustenta la formación del especialista de MGI en Cuba; caracterizada la práctica de la formación del especialista de Primer Grado de MGI en el municipio Cerro, provincia La Habana; identificada la correspondencia entre la teoría y la práctica de la formación del especialista de Primer Grado de MGI; identificadas brechas en el conocimiento del proceso docente educativo de la especialidad, que es a su vez trazadora, por su magnitud, de la Educación Médica cubana. **Social:** el aporte científico permite contar con información científicamente fundamentada que puede ser valorada para la toma de decisiones en el mejoramiento del proceso de formación de la especialidad y con ello el especialista egresado será más pertinente a las necesidades de atención a la salud de la población cubana y de otros pueblos del mundo donde laboren. **Técnico:** la metodología empleada para la investigación puede ser utilizada en otros municipios del país para estudiar la formación del especialista de Medicina General Integral en la atención primaria de salud y para observar la formación de postgrado en otras especialidades. **Económico:** el aporte científico alcanzado es un nuevo conocimiento que permitirá, si se decide su utilización, contribuir al mejoramiento continuo de los recursos humanos de la especialidad Medicina General Integral, e indirectamente a su eficiencia. El especialista de Medicina General Integral es el principal recurso humano solicitado para la cooperación internacional en la exportación de servicios de salud. A mejor formación y utilizando los mismos recursos económicos, puede aportar mayor número de servicios con calidad.

Estructura de la tesis

La tesis incluye la Introducción; cinco capítulos: Marco Teórico, Diseño metodológico de la investigación, Fundamentación de las concepciones teóricas actuales, Caracterización de la práctica de la formación del especialista de Medicina General Integral en el consultorio del médico de la familia, Identificación de la correspondencia entre teoría y práctica de la formación del especialista de Medicina General Integral; las Conclusiones y las Recomendaciones.

CAPÍTULO 1. MARCO TEÓRICO

En este capítulo se expone el estado del arte de la formación del especialista de MGI. Se presentan dos epígrafes: el primero aborda la situación internacional con inclusión de la situación latinoamericana y el segundo contempla el surgimiento y desarrollo en Cuba. Para esto se realizó una revisión bibliográfica en la base de datos de la (National Library of Medicine), PubMed (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>) de artículos relacionados con la formación postgradual de la Medicina Familiar en revistas arbitradas por pares a ciegas en INTERNET. Se utilizaron palabras claves en inglés (curriculum postgraduate family medicine, history family medicine) y sus equivalentes en español. Se revisó a través de INFOMED las revistas cubanas de Educación Médica, Medicina General Integral y Salud Pública. También se analizaron discursos del Comandante en Jefe Fidel Castro Ruz, documentos de la Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud, la literatura del historiador de la salud pública cubana Dr. Gregorio Delgado y la bibliografía de la maestría cubana de Educación Médica Superior. Se presenta utilizando el método histórico lógico.

1.1 La especialidad Medicina Familiar en el contexto internacional

La Medicina Familiar como especialidad surge en la segunda mitad del siglo XX. Se le nombra de diversas maneras según la latitud geográfica donde se desarrolla, los términos más conocidos son Médico de Familia, Medicina Familiar, (Family Medicine), (Medicina de Familia de Comunidade), (Family physician), (General Practitioners). Sus antecedentes históricos más cercanos se remontan al siglo XIX, cuando en el año 1815 el Parlamento Británico permite a los boticarios, mediante el cumplimiento de requerimientos educativos, diagnosticar y tratar las enfermedades, dando origen al médico general.²⁴ Anterior a esta fecha, en la época del renacimiento, siglos XV y XVI, se reconoce la figura del médico de cabecera, que aparecen atendiendo a los pacientes en sus domicilios, en sus consultas e incluso en los hospitales, dan clases a sus discípulos en las universidades, investigan y pueden realizar disección sobre cadáveres. El apogeo de la Medicina de Familia declinó después del Informe Flexner²⁵ en 1910, cuando en la academia, adquieren gran auge los hospitales

universitarios y el profesorado universitario de las facultades de medicina es ocupado por los profesionales científicamente más preparados en ese tiempo, los especialistas. Se produce un detrimento de la visión holística de la práctica médica y disminuye la relación médico paciente. Posterior a la II Guerra Mundial, los avances científicos, el progresivo crecimiento de las técnicas diagnósticas y terapéuticas conllevan al esplendor de la era de la especialización²⁶.

Como respuesta al declive del médico general, médicos generales estadounidenses crean en 1947 la Academia Americana de Práctica General y en 1952 los médicos británicos crearon el (Royal College of General Practitioners). En 1964 se realizó la Primera Conferencia Internacional de Colegios, Academias y Equivalentes Académicos de Medicina General. En 1966 en la II Conferencia Mundial, se declaró la formación del médico general como la de mayor importancia. Para el surgimiento de la especialización de Medicina de Familia fue determinante el informe de la Comisión Millis²⁷ de Estados Unidos en 1966, que confirma la fragmentación de atención a la salud y el del (Ad Hoc Committee on Education for Family Practice of the American Medical Association Council on Medical Education) en el mismo país, que abogó por la formación de un nuevo tipo de especialista: el Médico de Familia²⁸. En la década de los años 60 del siglo XX inicia la especialidad en la antigua Yugoslavia²⁹ (finales de la década), en Canadá³⁰ (1966), en Estados Unidos (1969), donde se aprueba como la vigésima especialidad médica³¹, en Gran Bretaña³² (1968) y en Argentina (finales de la década).

En 1970, la Cuarta Conferencia Mundial de Médicos Generales en Chicago, establece la Organización Mundial de Colegios, Academias y Asociaciones Académicas Nacionales y de Médicos Generales y Médicos de Familia en los adelante WONCA, por sus siglas en idioma inglés.³³ El incremento de la conciencia de los Estados miembros de la Organización Mundial de la Salud sobre la inequidad al derecho humano de la salud conllevó en el año 1978 a la Declaración de Alma Ata con la meta de alcanzar “Salud para Todos” en el año 2000. Para lograr este resultado se declaró como estrategia la atención primaria de salud que se conceptualizó como: «...La asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con

un espíritu de responsabilidad y autodeterminación. La atención primaria de salud forma parte integrante tanto del Sistema Nacional de Salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto del Sistema Nacional de Salud con los individuos, la familia y la comunidad». ³⁴ Se concibe con cuatro ejes: participación comunitaria, participación intersectorial, descentralización, tecnología apropiada y con los componentes: primer contacto, acceso, integralidad, continuidad y coordinación. ³⁵

En 1981 se creó el Centro Internacional para la Medicina Familiar, para el desarrollo de la Medicina de Familia en los países de la península Ibérica y América Latina (CIMF). En 1992 WONCA resalta en su declaración: « La Medicina Familiar necesita ser firmemente establecida como la disciplina central de la medicina, alrededor de la cual se ordenen las disciplinas médicas y las profesiones aliadas de la salud para formar un equipo cooperativo en beneficio del individuo, la familia y la comunidad». ³⁶

En el año 2000 no se alcanza la meta de Salud para Todos. Los organismos internacionales y los ministerios de salud de los gobiernos se cuestionaron la pertinencia de la estrategia de atención primaria de salud. Sin embargo existe reconocimiento internacional de su influencia en las políticas públicas, en la configuración de los sistemas de salud, y en el pensamiento y la acción de los trabajadores de salud. Se señala que la actual formación de los profesionales de la salud resulta un obstáculo debido a la distancia entre las entidades formadoras y los sistemas de salud. ³⁷ En el año 2007 la Organización Mundial de la Salud elabora el documento “La Renovación de la Atención Primaria de Salud en Las Américas”. ³⁸ La atención primaria de salud se encuentra en los objetivos de desarrollo del milenio relacionados con la salud a lograr para el año 2015. En el año 2009, la 62 Asamblea Mundial de la Salud, adopta la Resolución 62.12 e insta a los Estados miembros a garantizar el compromiso político en todos los niveles con los valores y principios de la Declaración de Alma-Ata. ³⁹

Según el análisis bibliográfico, la formación de especialistas de Medicina Familiar según áreas geográficas es la siguiente:

En África: en el año 2005 Ghana y Kenya⁴⁰ inician programas de Medicina Familiar. En Octubre del 2009 en la II Reunión de WONCA se llega al consenso de nombrar como Médico de Familia (Family Physicians) al médico que ha recibido entrenamiento postgradual de Medicina Familiar. Definen un currículo básico más módulos según las necesidades de salud. La enseñanza debe ser basada en las competencias. Los programas deben incluir temas como la comunicación, las habilidades para la consulta, los cuidados holísticos, cómo enseñar y la gestión de los sistemas de salud.⁴¹ En Sudáfrica se desarrolla la enseñanza combinada para crear un ambiente centrado en el aprendizaje que le permita al residente aprender a su ritmo.⁴² En 2012, veinte países africanos se reúnen en Zimbabwe en la Conferencia sobre el avance de la Medicina Familiar en África y se proponen formar treinta mil especialistas de médico de familia en el África subsahariana en los próximos diez años.^{43,44}

Asia: en el año 2010 se crea un nuevo modelo para la residencia de Medicina Familiar que se implementa en la Universidad Médica de Zhejiang en colaboración con la Universidad de Michigan de Estados Unidos. Los residentes reciben instrucción de sus preceptores con énfasis en los cuidados continuos y preventivos; utilizan el método de enseñanza basado en la práctica en rotaciones que realizan por hospitales y clínicas comunitarias.⁴⁵ En Asia Pacífico, se reportan 16 programas de Medicina Familiar. Utilizan estrategias para el aprendizaje basado en los problemas, aprender haciendo y aprendiendo con el adulto. Se utiliza como ámbito de formación el hospital y las pasantías por la comunidad. Las rotaciones más populares son Medicina Interna, Pediatría y Cirugía que se combinan con las rotaciones en los centros de salud primarios.⁴⁶ Indonesia no desarrolla la formación de postgrado de la especialidad.⁴⁷

Europa: WONCA Europea en el año 2011 definió nuevamente el concepto de Medicina Familiar como la disciplina científica y académica que reconoce contenidos docentes, de investigación, de actividad clínica basada en la evidencia y orientada a la atención primaria de salud; con seis competencias: gestión en atención primaria de salud, cuidados centrados en la persona, habilidades para la solución de problemas específicos, enfoque integral, orientación comunitaria y modelo holístico.⁴⁸ En Europa del Este y Europa Central, la especialidad es reconocida en todos los países. Los programas son de tres años en la mayoría de estos, de dos años en Rusia y

cuatro años en Rumanía, Polonia, Eslovenia y Montenegro. Las motivaciones para el estudio de la especialidad difieren según los países, en la mayoría es fácil el acceso a estos programas y las perspectivas de desarrollo profesional son superiores a otras especialidades; en República Checa los salarios son más altos que en otras especialidades y es una vía rápida para la práctica privada. En todos los países la evaluación es certificativa al final de la formación posgradual. Sobre la continuidad del desarrollo profesional existen procedimientos de recertificación a través de créditos, con carácter obligatorio y con carácter voluntario. Algunos países tienen programas de doctorados de Medicina Familiar.⁴⁹ En Holanda se utiliza la entrevista evaluativa semiestructurada para la selección de los aspirantes a la formación de (General Practitioners)⁵⁰.

América del Norte: el Colegio de Médicos de Familia de Canadá propone el currículo Triple C con nuevos roles definidos para los médicos de familia: rol de comunicador, colaborador, gestor, abogacía en salud y profesional que incluye los elementos éticos, las fronteras y el autocuidado⁵¹. Triple C es un currículo basado en competencias y las tres C significan: (comprehensive) integralidad; (focused on continuity of education and patient care), continuidad de la educación y cuidado de los pacientes y (centred in family medicine) centrado en la Medicina Familiar. En este currículo el profesor es el médico de familia.⁵² En Estados Unidos existen 478 programas de residencia de Medicina Familiar; aproximadamente la mitad no cumplen los estándares del Consejo de Acreditación de la Educación Médica⁵³. En México en el año 2008 se inició el Plan Único de Especializaciones Médicas en Medicina Familiar que tiene como función profesional sustantiva la atención médica, y las funciones de investigación y educación.

América Latina: las nuevas políticas hacia la salud implementadas en países de la región, favorecen la estrategia de atención primaria, la formación postgradual de especialistas de Medicina Familiar y los programas de pregrado con orientación a la comunidad. En Argentina se definió en el año 2010 el marco de referencia para la formación en residencias médicas de la especialidad Medicina General y/o Familiar. El perfil del egresado de la residencia comprende, cuidar de manera integral y continua la salud de la comunidad, atender los problemas de salud de abordaje ambulatorio y domiciliario, agudo y crónico, pasivo y activo, de personas, familias y

comunidad, brindar cuidados en todas las etapas del ciclo vital en forma integrada, integral y continua, gestionar los recursos para el acceso oportuno en instancias de interconsulta y/o derivación, participar en la elaboración del perfil epidemiológico, considerando los determinantes sociales de salud de la comunidad.⁵⁴ En Ecuador el Ministerio de Salud Pública, en el marco del Plan Nacional del Buen Vivir⁵⁵, diseña la estrategia de construcción de los distritos integrales de salud a fin de que se implemente el modelo de atención integral de salud familiar, comunitario e intercultural. En este proyecto se inserta el Programa de Formación del especialista de Medicina Familiar y Comunitaria que desarrollan 8 universidades ecuatorianas y la Misión Médica Cubana. El programa tiene una duración de tres años. El centro de salud es el principal escenario docente. La metodología a emplear incluye el aprendizaje basado en problemas, la educación en el trabajo con tutoría en el servicio y en la comunidad.⁵⁶ En Venezuela en el año 2003 inició el programa Barrio Adentro, que consiste en la ubicación de médicos, en este caso cubanos especialistas de MGI, en las propias casas de la población en los barrios insalubres, convirtiendo una parte de las viviendas en consultorios médicos, el concepto se refiere a la idea de entrar en la profundidad de los barrios marginales. Esta experiencia se inició en Caracas en abril del año 2003 y progresivamente fue cubriendo todo el territorio venezolano. Es un modelo de cooperación entre los pueblos de América. En el año 2004 inició la formación de postgrado de MGI de médicos venezolanos en Barrio Adentro con un nuevo modelo pedagógico venezolano basado en la atención primaria de salud. El espacio de aprendizaje son los consultorios populares con rotaciones por las clínicas populares y en establecimientos de la red hospitalaria. La residencia es con dedicación exclusiva. Cada residente tiene un tutor especialista de MGI con experiencia docente que trabaja en los consultorios populares.^{57,58} Además de esta experiencia en el año 2007 existían 11 programas de postgrado de Medicina Familiar, con tres años de duración, adscritos en su mayoría a los departamentos de medicina preventiva de las facultades de medicina venezolanas; el 82% acreditados por el Consejo Nacional de Universidades.

1.2 La especialidad Medicina General Integral en Cuba

La MGI surge en Cuba en el año 1983 en el policlínico Plaza de la Revolución para obtener un recurso humano científicamente calificado que prestara servicios en el PMEAF que inició en el año 1984 en la barriada de Lawton

en el municipio 10 de Octubre de La Habana. Constituyó una decisión de Estado a partir de la idea de su Presidente y Comandante en Jefe Fidel Castro Ruz. Desde sus inicios, la realización de ambos programas, tiene carácter nacional.

A continuación se abordan aspectos relacionados con la medicina preventiva, la salud pública y la enseñanza de la medicina en Cuba hasta llegar al surgimiento y desarrollo de la especialidad.

En el siglo XVIII, en 1726 comenzó en Cuba la enseñanza con categoría universitaria en el convento de San Juan de Letrán de los Dominicos, dos años después se fundaría la Real y Pontificia Universidad del Máximo Doctor San Gerónimo de La Habana, quedando formalmente establecidos los estudios médicos en nuestro país. En el año 1734 se inició el primer plan de estudios de la carrera de medicina.

En el siglo XIX, en 1823 el primer rector no religioso en la Universidad de La Habana reforma el primer plan de estudios. En 1825 surge en La Habana el facultativo de la semana: primer modelo estatal de atención médica ambulatoria establecido en Cuba por el sistema de salud colonial, que consistía en que médicos y cirujanos de la ciudad atendían gratuitamente a los enfermos o accidentados. En 1843 se implementó un nuevo plan de estudios que duró hasta 1889 que se caracterizó por la enseñanza práctica de la anatomía, la enseñanza clínica al lado del enfermo en la sala del hospital, la creación de cátedras de higiene privada y pública, medicina legal, toxicología, jurisprudencia médica, policía médica, historia y biografía médica. En 1871 el modelo de atención médica ambulatoria del facultativo de la semana fue sustituido por el servicio sanitario municipal el cual comprendía los modelos de atención médica ambulatoria de casas de socorro y la asistencia a domicilio de los enfermos pobres. Especial significación en esta época tienen los aportes y descubrimientos del Dr. Carlos Juan Finlay y Barrés, en los que dio a conocer su teoría sobre la transmisión de las enfermedades infecciosas. La influencia de estos descubrimientos tuvo su impronta en la academia con la creación en 1887 de la tercera cátedra de Higiene para el estudio histórico y geográfico de las enfermedades endémicas y epidémicas.

En el siglo XX, en el año 1900 la universidad implementa el Plan Varona que redujo el plan de estudios de medicina de ocho a cinco años de duración, con evidente superioridad al plan anterior en la enseñanza práctica

de la física y la química aplicadas a las ciencias médicas, la disección anatómica, y en los servicios clínicos del hospital. Este plan restringió las materias preventivas a la cátedra de Higiene y Legislación Sanitaria. En el año 1906 se agregaron a la escuela de medicina las cátedras Patología y Clínica de las enfermedades nerviosas y mentales, y Enfermedades de los ojos, de la laringe, de los oídos y fosas nasales. Durante los años 1902 a 1909 la Junta Nacional de Sanidad fue presidida por el Dr. Carlos Juan Finlay. En el año 1909 queda la organización de la salud pública unificada y elevada a la condición de ministerio, constituyendo el primer país en el mundo con esta categoría. En el curso 1919-1920 se pone en práctica un nuevo plan de estudios con la influencia de los resultados del Informe Flexner²⁵, extendiéndose a seis años la carrera. En el año 1924 se puso en vigor otro nuevo plan de estudios y se inicia la realización de actividades universitarias en los hospitales “General Calixto García” y “Nuestra Señora de las Mercedes”. Para el curso 1928-1929 se inició un plan de seis años con un año más de curso preparatorio antes del inicio del primer año de la carrera. En el año 1933 y en 1937 comenzaron nuevos planes de estudios de cinco años. Nuevas modificaciones se aplican al plan de estudio en el curso 1941-1942. La Facultad de Medicina contaba para su enseñanza teórico y práctica con dos hospitales oficialmente universitarios “General Calixto García” y “Nuestra Señora de las Mercedes” y extraoficialmente con el Hospital de Maternidad “América Arias” y el Hospital Municipal de Infancia. La Universidad de La Habana se cierra en 1956 y no vuelve a la normalidad hasta después del triunfo de la Revolución en el año 1959. Todos los planes de estudio tenían poca proyección social y un enfoque curativo.⁵⁹

En 1953, en su alegato de defensa por el Asalto al Cuartel Moncada el Dr. Fidel Castro Ruz denunció el problema de la salud del pueblo como uno de los seis puntos a cuya solución se hubieran encaminado resueltamente los esfuerzos de los revolucionarios asaltantes al Moncada⁶⁰. El ejército rebelde fundó hospitales en los territorios con dominio absoluto de la guerrilla para la atención a la población, constituyendo las raíces de la salud pública revolucionaria. En 1959, con el triunfo de la Revolución Cubana se inició la lucha perenne por una sociedad más justa. Se declaró el carácter socialista en 1961. El gobierno revolucionario adoptó medidas a favor del pueblo. En el área de la salud, se constituyó el sistema único de salud bajo los principios de gratuidad en los servicios, accesibilidad para toda la población, que incluyó a todos los ciudadanos independientemente del

sexo, la edad o el color de la piel. Se definió la importancia del desarrollo de la medicina preventiva con el precepto de evitar la enfermedad en los ciudadanos. Comenzó así en Cuba, la lucha por lo que en el año 1978 se consideró un consenso mundial, la meta de Salud para Todos.

En la década de los años 1960 se creó el Servicio Médico Rural con las funciones de asistencia médica, vigilancia epidemiológica, vacunación, educación sanitaria y actuaciones médico legales. En el curso 1961-1962 el plan de estudios se modifica, se agregó el internado como sexto año de la carrera, se crearon los departamentos de Psicología Médica, Metodología Estadística, Organización de la Salud Pública e Historia de la Medicina. El éxodo masivo de tres mil de los seis mil médicos con que contaba el país, conllevó a la decisión de formar médicos de forma masiva y acelerada, por lo que el plan de estudios disminuyó a cinco años. En 1962 se estableció el régimen de especialidades con la creación de las residencias médicas y estomatológicas. En 1966 se implementó el tercer plan de estudios, el que dio paso en 1969 al plan de estudios médicos integrados, con concepciones modernas para la época de la docencia médica en el mundo. Se fundaron facultades de medicina en Santiago de Cuba, Villa Clara, y Camagüey. En el año 1964 el policlínico integral preventivo curativo, constituyó el primer modelo de atención primaria de salud con una cobertura territorial de 9km² donde residían aproximadamente 45 mil habitantes. En 1965 los primeros graduados en medicina por la Revolución renunciaron a la consulta privada. En el año 1974 se alcanzó una nueva meta con el surgimiento del policlínico comunitario con atención a una población promedio de 25 mil a 30 mil habitantes.

En la década de los años 1980 existía insatisfacción de la población con los servicios de salud. Refiere Rojas Ochoa : "...Transcurridos alrededor de 15 años (refiriéndose al policlínico comunitario) se encontraron algunas limitaciones: déficit de recursos humanos calificados para la atención primaria, dinámica organizativa que dificultaba la atención continua y oportuna de las personas, inoperante relación con los hospitales de referencia, en especial en cuanto a la información cruzada sobre los pacientes, inadecuada sectorización de la población, acentuado desbalance entre el desarrollo de los hospitales y la atención primaria en el policlínico".⁶¹ En 1982 surgió el Destacamento de Ciencias Médicas Carlos J. Finlay con el objetivo de ingresar un número alto de estudiantes a las carreras de ciencias médicas por las demandas crecientes de médicos cubanos tanto en el

orden nacional como internacional.⁶² En 1984 se efectuaron encuentros del Presidente Fidel Castro Ruz, directamente con estudiantes y profesores de todo el país para el análisis y discusión de las ideas sobre los necesarios cambios en la Educación Médica cubana, la selección de estudiantes para la carrera de medicina, un nuevo plan de estudios, una nueva especialidad médica con un código ético especial y el incremento de la red de centros de educación médica superior que llegó a 21 facultades de medicina teniendo al menos una en cada provincia del país. El inicio del programa de la especialidad conllevó a una transformación de los planes de estudio de pregrado. Esta tarea se desarrolló bajo la conducción del profesor Fidel Ilizástigui Dupuy y con la activa participación de prestigiosos profesores de la Educación Médica cubana.^{63,64} En 1985 surgió la Revista Cubana de Medicina General Integral y se editó por la Editorial de Ciencias Médicas de La Habana, la primera versión del Programa de Formación del especialista de MGI.

Los estudios de Alemañy Pérez¹⁷ y Díaz Díaz¹⁹ abarcan el análisis de las diferentes versiones del programa de formación. Sobre la primera versión refieren que tuvo una duración de tres años después de uno o dos años de familiarización con la atención primaria de salud. En el modelo del especialista se plantean tres dimensiones: la social, la ocupacional y la profesional. En su plan temático se incluía la denominación del tema, la forma de organización de la enseñanza y un listado de procederes; tenía predominio de seminarios y conferencias en las formas de organización de la enseñanza; en el contenido se incluía casi exclusivamente la atención al individuo y carecía de integralidad con gran número de horas en forma de cursos complementarios. En el sistema de evaluación de los residentes se establece la evaluación sistemática por tarjeta realizada cada tres meses. Se definía un examen de promoción teórico. En 1990 se establece la segunda versión del programa con enfoque integral y multidisciplinario, se mantuvo el tiempo de formación, se adopta un sistema modular, con especificaciones de sus objetivos, habilidades y conocimientos integrados. Se eliminó el perfil ocupacional del modelo del egresado y en el perfil profesional se introdujo la relación de obligaciones funcionales. Se declararon los principios científicos y pedagógicos como reguladores del proceso docente, se definieron las funciones de los componentes personales del proceso de enseñanza y aprendizaje. Las formas de organización de la enseñanza incorporaron la discusión de problemas de salud, el intercambio semanal y el taller. Se define en este programa

la introducción de la atención tutelar de los profesores. Se inicia la formación en centros laborales y educacionales. Las estancias hospitalarias se redujeron a cuatro semanas a tiempo completo y se introduce las rotaciones por centros de la comunidad. Para la evaluación se utiliza la tarjeta y se incorpora la evaluación mensual. Se realiza un examen práctico que su aprobación permite pasar al examen teórico oral. En 1996 la evaluación se transforma del ejercicio teórico oral al examen estatal de forma escrita con carácter nacional. En el curso 1999-2000 se edita la tercera versión, con duración de tres años, se mantiene el sistema modular con los objetivos correspondientes, se elimina el sistema de habilidades. Se incluye los módulos de metodología de la investigación, medicina natural y tradicional y urgencias médicas. Se eliminó la actividad de intercambio semanal y la formación en los centros de la comunidad. La estructura y contenido del modelo del egresado se mantiene igual al declarado en el programa del año 1990.

En la década de los años 1990, se crean los departamentos docentes de MGI en los 4 institutos superiores de ciencias médicas, se desarrollan los seminarios internacionales de atención primaria de salud. En 1994 se funda la Sociedad Cubana de Medicina Familiar y se celebra el Primer Congreso de Medicina Familiar. En 1998 inició el Programa Integral de Salud que conllevó a la movilización de un contingente de más de mil médicos, la mayoría especialistas de MGI.

En el siglo XXI, en el año 2002 se inicia la remodelación de los servicios de los policlínicos de La Habana que posteriormente continuaría en el resto del país. Nuevos servicios y nuevas tecnologías se ubican más cerca de la población entre ellos: endoscopia, ultrasonido, optometría, oftalmología, cirugía menor, urgencias médicas, servicios de rehabilitación. Por esta razón se inician en los policlínicos cursos de actualización sobre los nuevos servicios y maestrías sobre la atención a la mujer, atención al niño, entre otras, para elevar la calidad científica de los especialistas de MGI. En el año 2003 inicia la cooperación médica entre Cuba y Venezuela que se mantiene hasta nuestros días. En 2004 se edita la cuarta y actual versión del programa de estudios de la especialidad. En el año 2010 se realiza una transformación necesaria del Sistema Nacional de Salud que se propuso reorganizar, compactar y regionalizar los servicios de salud para el uso más eficiente y racional de los recursos para garantizar la sostenibilidad de los servicios. Se confirma que la formación de especialistas de MGI,

seguirá siendo la base del sistema.⁶⁵ En 2011 se edita un nuevo Programa del Médico y la Enfermera de la Familia (PMEF). En el año 2012 el país presenta casos de Cólera. En 2013 una nueva cooperación médica se establece con Brasil en el programa Más Médicos que utiliza específicamente especialistas de MGI. En este período 2002-2012 se desarrolla el concepto de policlínico universitario con la formación de pregrado y postgrado en los policlínicos que son acreditados como docentes.

El Programa de Formación del especialista de MGI vigente (2004) tiene una duración de dos años, inicia a partir de un médico general que requiere seis años de formación de pregrado con 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.⁶⁶ El Programa de Formación del especialista de MGI tiene como propósito convertir al médico general en un especialista de perfil amplio, con conocimientos y modos de actuación acordes al desarrollo actual. En el modelo del especialista se define el perfil político ideológico, el perfil profesional y se incluye nuevamente el perfil ocupacional. El perfil profesional contiene las obligaciones funcionales a cumplir por el futuro especialista. Incluye las funciones de atención médica integral, docente educativa, investigativa, administrativa y se adicionan las funciones especiales que se refiere a su 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 nuevamente y se introducen los módulos de nutrición, adulto mayor, y los cursos paralelos de electrocardiografía y genética médica. Se especifican los conocimientos y se definen 61 habilidades. El sistema de principios científico pedagógicos que se aplica destaca la unidad entre la teoría y la práctica, estudio y trabajo independiente del residente, cambios en las funciones didácticas del profesor, cambios en los métodos de enseñanza y aprendizaje enfocados en el desarrollo del pensamiento analítico-inductivo, el pensamiento sintético-deductivo y el desarrollo de la capacidad para tomar decisiones. Se introduce como formas de organización de la enseñanza las reuniones clínico radiológicas, las reuniones clínico epidemiológicas y la discusión de fallecidos. El sistema de evaluación comprende la evaluación de curso que se realiza mensualmente y se registra en la tarjeta de evaluación del residente, la evaluación de promoción que se realiza

al terminar cada año, que comprende un ejercicio práctico y otro teórico y la evaluación de la graduación que comprende la presentación y defensa del trabajo de terminación de la especialidad ante un tribunal, la realización de un examen práctico y un examen teórico escrito de carácter provincial. En 2006 se aprueba la Resolución 55 del Ministro de Salud Pública, que pone en vigor el Plan de Estudios y Programa para la formación del especialista de MGI de Graduados Latinoamericanos.

Consideraciones finales del capítulo

Se aprecian como tendencias de la Educación Médica en el mundo, el currículo basado en competencias con énfasis en la enseñanza centrada en la persona y no en la enfermedad, la enseñanza basada en problemas, la autoformación de los residentes y el rol orientador de los profesores, el uso de la tecnología de la información, la enseñanza combinada (real/virtual) y los sistemas de acreditación en garantía de la calidad de la formación.

En Cuba el currículo no está basado en competencias. La enseñanza está basada en problemas y se desarrolla todo el tiempo en los servicios asistenciales. No se habla en el contexto internacional de la educación en el trabajo. El rol principal del profesor es orientador y el de los residentes es de autoformación. No hay desarrollo de la enseñanza real/virtual. La atención primaria de salud se encuentra en un proceso de transformación.

El conocimiento teórico existente relacionado con el objeto de estudio de esta investigación permite considerar que el surgimiento de la especialidad de MGI en Cuba tiene sus propias raíces históricas y es parte de una revolución en la salud pública, en la asistencia médica y en la educación médica.

Se requiere la necesidad de profundizar en las concepciones teóricas de la especialidad.

CAPÍTULO 2. DISEÑO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

En este capítulo se presenta la metodología propia de la investigación. Se explica desde lo general a lo particular. En las generalidades se expone el método que se aplica a toda la investigación y posteriormente se explica la particularidad de cada tarea investigativa.

2.1 Generalidades

Se realizó un estudio descriptivo, desde el 1ro de enero del año 2011 hasta julio del año 2013 mediante una metodología que utiliza los métodos de análisis y síntesis, inducción y deducción, histórico y lógico, y de observación. Primero se precisó un marco conceptual del problema de la investigación, donde aparece la formación del especialista de MGI como el objeto de la investigación, y los elementos para analizarlo: la concepción de la especialidad, el currículo, el profesor; el residente y el ámbito de la formación. Se establecieron las relaciones del objeto de la investigación con los aspectos que conforman el problema, que son las concepciones teóricas actuales y la práctica de la formación en el consultorio del médico de la familia. Figura I.

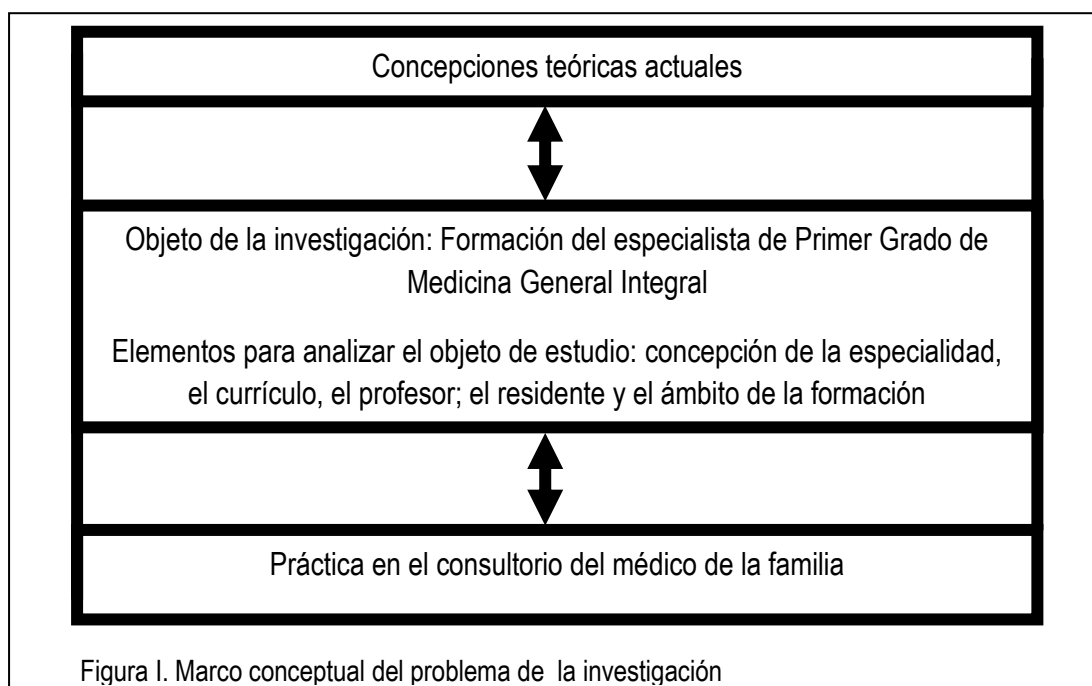


Figura I. Marco conceptual del problema de la investigación

Posteriormente se analizaron las preguntas y se definieron las tareas para la solución del problema. Por último se diseñó la metodología para la solución de cada tarea. La tarea 1 se dedicó a la fundamentación de las concepciones teóricas actuales. La tarea 2 se destinó a la caracterización de la formación del especialista de MGI en la práctica de los servicios en el consultorio del médico de la familia. La solución de ambas tareas constituyen resultados previos a la tarea 3 que es la identificación de la correspondencia entre las concepciones teóricas actuales y la caracterización de la práctica de la formación del especialista de MGI en el consultorio del médico de la familia. La solución de la tarea 3 es el resultado final y la solución del problema de la investigación.

2.2 Metodología para la tarea de la investigación 1

Para la fundamentación de las concepciones teóricas actuales de la formación de la especialidad MGI se diseñó una metodología basada en la obtención de datos cualitativos a través de técnicas de revisión documental de fuentes secundarias, a las que se le aplicó el análisis de contenidos.

El procedimiento se conformó de la manera siguiente:

1. Se definieron las fuentes secundarias que son las ideas conceptuales y los documentos rectores.

Se nombran ideas conceptuales a las ideas del Comandante en Jefe Fidel Castro Ruz, líder de la Revolución Cubana, sobre la formación del especialista de MGI, a partir de las cuales inició en Cuba la especialidad. Las ideas conceptuales se encuentran en las intervenciones públicas que se asumen como discursos y reflexiones. Se analizó el período comprendido entre 1959 hasta septiembre de 2009, se encontraron 432 discursos en el sitio <http://www.cuba.cu/gobierno/discursos> y 286 reflexiones relacionadas con temas de salud. Para los efectos de esta investigación se seleccionaron 172 discursos y 8 reflexiones.

Los documentos rectores que orientan la formación del especialista de MGI se organizaron en tres grupos: los propios de la política estatal, los propios de la docencia y los propios de los servicios asistenciales. Entre los primeros se hallan los Lineamientos de la política económica y social del Partido y la Revolución aprobados en el VI Congreso del Partido Comunista de Cuba²³ (este documento fue aprobado también en la Asamblea Nacional

del Poder Popular, asumiendo así la condición de Ley independientemente de su estructura y contenido) y las Transformaciones necesarias del Sistema Nacional de Salud⁶⁵; entre los segundos están el Reglamento de la Educación de Posgrado de la República de Cuba⁶⁷, el Plan de Estudios y Programa de Medicina General Integral del año 2004⁶, el Reglamento del Régimen de Residencia en Ciencias de la Salud⁶⁸, el Programa de Formación de Especialista de MGI de Graduados Latinoamericanos;⁶⁹ y entre los terceros está el Reglamento de Hospitales⁷⁰, el Reglamento General de Policlínico⁸ y el Programa del Médico y Enfermera de la Familia⁹ (PMEF), modificado en el año 2011, única modificación que se realiza desde su implementación en el año 1984.

2. Se aplica a los discursos y reflexiones el análisis de contenidos del tipo descriptivo⁷¹ que tiene por objeto la identificación y catalogación de los textos o documentos, mediante la definición de categorías.

El procedimiento para organizar y analizar los datos fue el siguiente: Se seleccionaron las ideas fuerza que enuncian sobre la formación del médico, del especialista de MGI y del médico de la familia. Se extrajeron los párrafos y se organizó una compilación de dichos fragmentos en orden cronológico. Se realizó la búsqueda de regularidades recurrentes que emergen en la compilación y que constituyeron las categorías, seguido de la búsqueda de atributos y propiedades que definieron su esencia. Se tuvo en cuenta la homogeneidad: relación lógica entre la categoría y sus atributos, y la claridad: tema expresado de manera sencilla que no dejara lugar a interpretaciones. Se definieron las subcategorías, organizando por temas los contenidos de la categoría. Para nombrar las categorías y subcategorías se utilizaron frases del texto y no elaboradas por la autora. Para el análisis estadístico se delimitaron las variables siguientes: década en que se realizó, auditorio y lugar donde se produjo. Para la cuantificación de las apariciones del sistema de categorías se definieron las variables: número de discursos y reflexiones en los que aparece la categoría o subcategoría y porcentaje que representa en la totalidad de discursos y reflexiones de la compilación. Se definieron los rangos de años en que fueron pronunciados los discursos o escrito las reflexiones. Se realizó el análisis estadístico e interpretativo. Se elaboró el resultado final de este análisis que consiste en la selección de las categorías o subcategorías del análisis interpretativo según su correspondencia con los elementos para analizar el objeto de la investigación: concepción de la especialidad, currículo, profesor, residente y ámbito de la formación.

3. Se realizó el análisis de contenidos de todos los documentos rectores utilizando, igualmente como hilo conductor los elementos determinados para analizar el objeto de la investigación, que constituyen la guía central de análisis de esta investigación para la que se especificaron los atributos de cada elemento. Para la concepción de la especialidad se definió el objeto de estudio y la función rectora; para el currículo se determinaron las demandas sociales, el modelo del especialista de MGI conformado por tres perfiles, el político ideológico, el profesional y el ocupacional, principio científico pedagógico educación en el trabajo y el programa analítico; para el profesor se definió el rol, la figura del tutor principal y la superación profesional; para el residente se identificaron el rol y la relación con el profesor; para el ámbito de la formación se utilizaron los componentes de la atención primaria de salud acceso, puerta de entrada, integralidad, coordinación, continuidad y participación social.(Anexo I, Guía central de análisis)

El procedimiento para organizar y analizar los datos fue el siguiente: Se aplicó la guía de análisis a los documentos en el siguiente orden, documentos propios de la política estatal, propios de los servicios asistenciales y finalmente a los propios de la docencia. Se realizó el análisis de la coherencia de los resultados obtenidos precisando las divergencias.

Para el elemento currículo se tiene en cuenta que el perfil profesional se conforma por cinco funciones: atención médica integral, investigación, docente educativa, administración y especiales. Para el análisis del programa analítico se registraron los problemas de salud y las actividades de desempeño médico para cuya solución se requiere de conocimientos y habilidades que se encuentran en el programa del médico y la enfermera de la familia y se buscaron las coincidencias con el Programa de Formación del especialista de MGI. Se adoptó para el concepto de problema de salud la definición del profesor Douglas en 1999 que se utilizó para la determinación del sistema de contenidos de los planes de estudio de las Ciencias de la Salud: síntomas, síndromes, entidades nosológicas, conjuntos de enfermedades, situaciones diversas⁷², y se adicionó por la autora a este concepto, los problemas relacionados con la atención a personas sanas, con riesgos, con discapacidades, a la familia y a la comunidad, completando así las acciones descritas en la función de atención médica integral.

4. Se elaboró el resultado final de la tarea, la fundamentación de las concepciones teóricas actuales, a partir de las explicaciones teóricas (teorización)⁷³ obtenidas producto del análisis cualitativo de los resultados de los análisis de contenidos de las ideas conceptuales y los documentos rectores; acorde al cuerpo conceptual de conocimientos del proceso de formación, manifestado en los elementos que constituyen la guía central de análisis de esta investigación.

2.3 Metodología para la tarea de la investigación 2

Para la caracterización de la formación del especialista de MGI en la práctica, tarea 2, se realizó el análisis de caso del municipio Cerro de la provincia La Habana. El municipio tiene una población de 128 361 habitantes en una extensión territorial de 10.18 Km². Limita al Norte con los municipios Centro Habana y Habana Vieja, al Sur con Boyeros y Arroyo Naranjo, al este con Diez de Octubre y al oeste con el municipio Plaza de la Revolución. Se seleccionó por las razones siguientes: el Programa de Formación del especialista de MGI es el mismo para todo el país; el binomio facultad de ciencias médicas-municipio en el proceso de organización docente que ocurre en el Cerro es semejante a los otros municipios de la provincia; el cuadro de salud es análogo al de La Habana; la estructura de los servicios, que constituye el ámbito de la formación, refleja la organización del sistema de salud cubano pues posee centros del primer nivel de atención: 1 hogar materno, 1 hogar de ancianos, 2 centros médicos psicopedagógicos, 2 casas de abuelos, 1 centro de higiene y epidemiología y 4 policlínicos con 106 consultorios del médico de la familia; 5 hospitales de segundo nivel de atención, 2 Hospitales Clínico Quirúrgicos, Salvador Allende y 10 de Octubre; 2 Hospitales Pediátricos, Cerro y Centro Habana y el Hospital Neumológico Benéfico Jurídico; un centro del tercer nivel de atención, el Instituto de Angiología y la Facultad de Ciencias Médicas Salvador Allende; la autora es profesora de esta facultad en el departamento de MGI y labora como médico de familia del Consultorio No. 25 en el Policlínico Antonio Maceo del Cerro.

La metodología propia para el análisis de caso busca datos cualitativos a través de grupos focales y revisión documental; y datos cuantitativos a través de la encuesta y revisión documental; se utiliza el análisis de contenidos y el análisis estadístico y por último se realiza el proceso de triangulación de los resultados. La tarea

investigativa se organizó en cuatro etapas: I elaboración de la encuesta y confección de la guía para el desarrollo de los grupos focales; II aplicación de la encuesta, desarrollo de los grupos focales y revisión documental; etapa III análisis estadístico y análisis de contenidos; etapa IV conformación del resultado del análisis de caso del municipio Cerro.

Etapa I: Para la construcción de la encuesta se realizó la secuencia de pasos que se describen a continuación:

1. Definición de fuentes teóricas para la elaboración de la encuesta: el resultado de la tarea 1 de la investigación, el Programa de la formación del especialista de MGI Año 2004 y el Programa del Médico y la Enfermera de la Familia Año 2011.
2. Búsqueda de información de instrumentos existentes sobre el objeto de estudio de la investigación. Se realiza revisión bibliográfica y entrevista a Dr. Eduardo Alemañy Pérez. Presidente de la Sociedad Cubana de Medicina Familiar y al Dr. Mario Pichardo Consultor de la Organización Panamericana de la Salud para los sistemas y servicios de salud.
3. Análisis de la información recogida: se analiza el instrumento utilizado por el Dr. Alemañy Pérez en su tesis doctoral sobre el Alcance del Modelo del Especialistas de MGI Año 2004 y el cuestionario sobre Evaluación de la atención primaria de salud llamado por sus siglas en inglés PCAT (Primary Care Assesment Tool)⁷⁴ utilizado por la Organización Panamericana de la Salud.
4. Análisis de los instrumentos seleccionados: el instrumento utilizado por el Dr. Alemañy Pérez responde al modelo del especialista de Primer Grado de MGI del mismo programa de estudio vigente. Fue validado por el autor. El instrumento de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) responde a las funciones esenciales de la atención primaria de salud: primer contacto, acceso, continuidad, coordinación, integralidad, enfoque familiar, orientación comunitaria y la competencia cultural. De estos criterios no coinciden con nuestras concepciones teóricas el primer contacto, el acceso económico y la competencia cultural. Ha sido validado y utilizado en más de diez países^{75, 76, 77, 78}. Se realiza la adaptación cultural del instrumento con la traducción de la encuesta original en inglés, por una estadounidense, estudiante de Medicina de la Escuela Latinoamericana con sede en

la Facultad de Ciencias Médicas Salvador Allende, una traductora de inglés y por la autora. Se comprueba con la versión en español existente y se concluye que tiene equivalencia semántica.

5. Construcción de la encuesta: a partir de los instrumentos seleccionados y de las vivencias de la autora se construye una encuesta multidimensional. Se delimitaron las dimensiones de manera que cada una tiene su objetivo y aporta un resultado independiente. La construcción de los ítems consideró en la Dimensión I: los datos generales, la Dimensión II: la concepción de la especialidad MGI; la Dimensión III: el currículo en la valoración del modelo del profesional, los conocimientos y habilidades; la Dimensión IV: los profesores y residentes y en la Dimensión V: el ámbito de la formación.
6. Validación de la encuesta: se realizó la validación con los participantes del estudio del análisis de caso⁷⁹. Se asumió la validación como un proceso continuo y dinámico. Se realizó prueba piloto con veintiún directivos de la asistencia y la docencia de la Dirección Municipal de Salud del Cerro, todos especialistas de MGI. Al concluir la aplicación se sometió a discusión la encuesta con la siguiente guía de análisis: a. valorar la validez de contenido (exploró si el contenido de las dimensiones de la encuesta es apropiado en relación a lo que se pretende valorar), b. la claridad, c. la redundancia de los ítems, d. las escalas del instrumento, e. si el enunciado es correcto y comprensible, f. si existe rechazo a alguna pregunta. Como resultado se concluyó que el contenido es apropiado para lo que se pretendía valorar y se comprendieron las escalas del instrumento. No resultó redundancia de los ítems, se señalaron las dificultades con el término tutor, pues no se comprendía si se refería a tutor de la tesis o de la formación y se encontró la repetición del ítem 108 en el 116. Posteriormente se construyó la encuesta aplicada. (ANEXO II: Encuesta)
7. La consistencia interna de la encuesta se determinó a través del cálculo del coeficiente Alfa de Cronbach de forma global, eliminando el puntaje del ítem a analizar y con la correlación ítem-total, considerando que un: $\alpha = 0,7$ es adecuado.⁸⁰

8. Carga: se define como el tiempo necesario para completar el instrumento entre treinta a sesenta minutos. Se define para su aplicación las condiciones siguientes: en el propio policlínico de los encuestados. A la 1 y 30 pm y en condiciones de luz y clima favorables.

9. A continuación se presentan la descripción y operacionalización de las variables en cada dimensión.

Tabla 1. Descripción y operacionalización de las variables Dimensión I

Dimensión I. Datos generales, que se utilizan para la caracterización de los encuestados	
VARIABLES	DESCRIPCIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN
Edad	Se toma en años cumplidos
Sexo	1 Femenino ,2 Masculino
Puesto de Trabajo	1 Médico de familia, 2 profesor de grupo básico de trabajo, 3 jefe de grupo básico de trabajo
Año que curso como residente	1 primer año, 2 segundo año
Tiempo en años de graduado como especialista: MGI, Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia, Pediatría	1 hasta 2 años, 2 hasta 5 años, 3 hasta 10 años, 4 hasta 20 años y 5, más de 20 años.
Otros Títulos alcanzados	1 Maestría Atención Primaria, 2 Maestría Salud Pública, 3 Maestría Epidemiología, 4 Maestría Salud Ambiental, 5 Maestría Nutrición e Higiene de los Alimentos, 6 Otra
Vive en casa consultorio	1 sí, 2 no
Categoría docente	1 sí, 2 no
Tipo de categoría	1 Instructor, 2 Asistente, 3 Auxiliar, 4 Titular
Trabajo en zonal rural	1 sí, 2 no
Cumplimiento de misión de trabajo en salud en otro país	1 sí, 2 no
Impartición de docencia médica en la misión médica en otro país.	1 sí, 2 no

Tabla 2. Descripción y operacionalización de las variables Dimensión II

Dimensión II. Sobre la concepción de la especialidad MGI. El encuestado emite su percepción sobre su capacidad para desarrollar todos los componentes del modelo del egresado de la especialidad MGI según las opciones de respuestas. Todas las variables se operacionalizan de igual manera.	
VARIABLE	OPERACIONALIZACIÓN
Capacidad para desarrollar todos los componentes del modelo de egresado de la especialidad de MGI	4. Es capaz de desarrollarlo completamente 3. Es capaz de desarrollarlo parcialmente. 2. no es capaz de desarrollarlo 1. No sabe cuánto es capaz de desarrollarlo
El médico que hace Atención Integral a la Salud del Individuo	
El médico que hace Atención Integral a la Salud de la Familia	
El médico que hace Atención Integral a la Salud de la Comunidad	
El médico que hace Salud Comunitaria y Ambiental	
Identifica la relación familia-individuo en la producción de las afecciones a la salud	
Identifica la relación comunidad – familia en la producción de las afecciones a la salud	
Identifica el enfoque biopsicosocial de la medicina	
El médico que cura en la comunidad	
El médico que hace promoción de salud	
El médico que hace prevención	
El médico que hace rehabilitación	

Tabla 3 Descripción y operacionalización de las variables Dimensión III Perfil político ideológico

Dimensión III. Sobre el modelo del profesional, valores, cualidades o actitudes. El encuestado plantea su opinión sobre el conocimiento o cumplimiento de valores, cualidades o actitudes que definen en el currículo el perfil político ideológico según varias opciones de respuestas. Todas las variables se operacionalizan de igual manera.

Variables	Operacionalización	
Satisface con su trabajo las necesidades de atención que requiere la población del Médico de familia	4.Lo cumple o conoce completamente	
Dispuesto para brindar sus servicios donde sea necesario, al graduarse como especialista		
Conoce el Código de Honor del Médico de familia		3.Lo cumple o conoce parcialmente
Cumple el Código de Honor del Médico de familia		
Desea realizar una colaboración internacional.		2.No lo cumple o conoce
Utiliza sus conocimientos científicos y habilidades profesionales en la solución de los problemas que enfrenta		
Con su actuación cotidiana contribuye a mantener nuestro Sistema Social		1.No sabe cuánto lo cumple o conoce
Está preparado para desarrollar las tareas de la defensa del país		
Participa en las actividades de las organizaciones del barrio que atiende		
Participa en la movilización de la comunidad		
Emplea el enfoque social en su práctica profesional		
Cualidades que caracterizan al especialista de MGI		
Honesto		
Austero		
Sencillo		
Crítico y autocrítico		
Responsable		
Abnegado		
Consagrado al trabajo		
Sensible		
Humano		

Tabla 4 Descripción y operacionalización de las variables Dimensión III Perfil profesional

Dimensión III. Sobre el modelo del profesional, los conocimientos y habilidades. El encuestado expresa su percepción sobre la capacidad para desarrollar los componentes de cada función que se describen en el perfil profesional. Todas las variables se operacionalizan de igual manera.	
Variables	Operacionalización
Función de atención médica integral	
Detecta las características inherentes a los grupos de población priorizados para la atención	4. Es capaz de desarrollarla completamente
Detecta problemas que puedan constituir factores de riesgo a la salud de la comunidad	
Actúa para modificar problemas que puedan constituir factores de riesgo a la salud de la comunidad	3. Es capaz de desarrollarla parcialmente
Detecta cualquier riesgo biológico, psicológico, social y ambiental.	
Realiza acciones de promoción de salud para lograr cambios positivos en los conocimientos, hábitos y costumbres higiénico sanitarias de su población.	
Realiza acciones de prevención de enfermedades y daños a la salud de su población	2. No es capaz de desarrollarla
Realiza diagnóstico temprano y brinda atención médica en forma oportuna y continua a su población	
Orienta actividades de rehabilitación física, mental y social, según corresponda	1. No sabe cuánto es capaz de desarrollarla
Realiza actividades de rehabilitación física, mental y social, según corresponda	
Decide la realización de interconsultas con otras especialidades, así como en la atención a pacientes ingresados en otros niveles del sistema.	
Participa en la realización de interconsultas con otras especialidades, así como en la atención a pacientes ingresados en otros niveles del sistema.	

Utiliza el ingreso en el hogar como práctica sistemática en la Atención Médica Integral
Desarrolla actividades de vigilancia epidemiológica sobre la situación de salud de su comunidad
Realiza dispensarización a la población de su área de salud.
Realiza acciones de salud con la participación activa de su población y en estrecha vinculación con las organizaciones políticas, sociales y estatales
Realiza historias clínicas individuales
Realiza historias de salud familiar
Brinda atención médica de urgencia a la población en la comunidad
Identifica, evalúa y trata el 90% de los problemas de salud que se presenten a las personas y familias sin consultar con otro nivel asistencial
Realiza atención médica integral a los pacientes en estadio terminal en su hogar
Realiza Análisis de la Situación de Salud
Evalúa el estado de satisfacción de la población
Asegura la coordinación para la atención a un paciente o su familia entre los profesionales del sistema de salud
Mantiene la continuidad de la atención cuando requiere la competencia de otros especialistas de otro nivel de atención
Utiliza el método clínico, epidemiológico con enfoque social
Realiza atención médica integral
Evalúa exámenes complementarios
Hace el pronóstico de enfermedades
Realiza entrevista médica y examen físico integral a personas sanas
Realiza parto normal
Evalúa el estado nutricional y orienta acciones según edad, sexo y problema de salud
Realiza tacto rectal
Prepara equipo de frasco de drenaje de tórax
Realiza punciones abdominales y pleurales diagnósticas
Extiende documentos médico legales
Realiza vendaje y cura de heridas
Mide presión venosa central
Aplica anestesia local
Aplica torniquetes y hemostasia por vendaje compresivo y pinza
Hace balance hidromineral
Realiza resucitación cardiopulmonar
Inmoviliza fracturas
Realiza tratamiento inicial del quemado
Realiza sutura de heridas superficiales
Realiza incisión y drenaje de un absceso
Extrae cuerpos extraños en orificios accesibles
Interpreta radiografías
Interpreta informes de Tomografías
Interpreta informes de Resonancias Magnéticas
Coloca sonda vesical
Coloca sonda nasogástrica
Coloca dispositivo intrauterino
Toma muestra para exudado uretral
Coloca espéculo
Realiza tacto vaginal
Realiza examen de mama
Realiza eversión de párpados
Realiza fondo de ojo
Realiza otoscopia
Realiza prueba citológica
Realiza prueba de Schiller
Indica y toma de muestra de gota gruesa a febriles
Diagnostica tempranamente la tuberculosis
Función Docente Educativa
Capacita a brigadistas sanitarias y otras personas para realizar actividades educativas en función

de la salud
Realiza técnicas grupales en la educación para la salud
Realiza actividades docentes en actividades de pregrado
Realiza actividades como docentes en las actividades de postgrado
Realiza actividades de educación para la salud con su población
Desarrolla el autoestudio y la autoevaluación
Función de Investigación
Aplica el método científico en la práctica profesional
Desarrolla investigaciones científicas a partir de los problemas identificados por el Análisis de la Situación de Salud de su población
Realiza el Análisis de la Situación de Salud como un proceso de investigación continua integrado en su actividad de prestación de servicios.
Participa en investigaciones que se desarrollan desde otros niveles de atención del sistema de salud.
Publica artículos o investigaciones.
Participa en eventos científicos
Utiliza las Nuevas Tecnologías de la Información y la Comunicación para la superación profesional y la investigación científica en el campo de la Atención Primaria de Salud y la MGI.
Función de administración
Organiza el trabajo en el consultorio según lo establecido por el Programa del Médico y la enfermera de la familia 2011
Realiza coordinaciones intersectoriales.
Elabora el plan de acción comunitaria encaminado a la solución de los problemas de la situación de salud
Dirige el equipo de salud de su consultorio.
Utiliza el análisis de la situación de salud para organizar y planificar su trabajo
Funciones especiales
Detecta que tipo de desastres o situaciones de emergencia pueden dañar la comunidad que Ud. atiende
Identifica que tipo de daños a la salud individual se produce ante estos eventos
Aplica medidas preventivas en el orden individual, familiar y comunitario para evitar graves consecuencias por desastres

Tabla 5 Descripción y operacionalización de las variables Dimensión III Perfil ocupacional

Dimensión III. Sobre el modelo del profesional, perfil ocupacional. El encuestado refiere su valoración sobre la capacidad para cumplir el perfil ocupacional declarado en el modelo del profesional. Todas las variables se operacionalizan de igual manera.	
VARIABLES	Operacionalización
Círculos Infantiles	4 Lo cumple o conoce completamente
Centros Educativos	3 Lo cumple o conoce parcialmente
Centros Laborales	2 No lo cumple o conoce
Hogar Materno	1 No sabe cuánto lo cumple o conoce
Hospitales Rurales	
Hospitales Municipales	
Consultorio Médico de familia en la montaña	
Consultorio Médico de familia en zona urbana	

Tabla 6 Descripción y operacionalización de las variables Dimensión IV Profesor y Residente

Dimensión IV Sobre el profesor y el residente. Se utiliza para la valoración por parte de los encuestados de los atributos relativos al profesor y al residente	
VARIABLE	Descripción u operacionalización
Conocimiento del Programa del especialista de Primer Grado de MGI	1 Sí 2 No
Modos de actuación	4Excelente; 3 Bien; 2 Regular; 1 Mal
Correspondencia entre la práctica médica del médico de familia del residente de MGI y los contenidos del Programa de Formación del especialista de MGI	4. Se corresponde totalmente 3. Se corresponde parcialmente 2. No se corresponde 1. No sabe
¿En qué aspectos el residente ha solicitado su atención?	Pregunta abierta

Tutor principal para la formación del residente	1 sí, 2 no
Tiempo de encuentros del profesor con el residente	1 Cada vez que lo necesito; 2 Diario; 3 Dos veces a la semana; 4 Una vez a la semana; 5 Una vez cada 10 días; 6 Una vez cada 15 días 7 Ninguno
Actividades académicas colectivas que realiza	1 Consultas; 2 Interconsultas; 3 Visitas de Terreno; 4 Ingreso en el Hogar; 5 Discusión de un problema de salud; 6 Guardias Médicas; 7 Reunión clínico radiológicas; 8 Reunión clínico epidemiológicas; 9 Discusión de fallecidos; 10 Análisis de la situación de salud
Tiempo para la Superación profesional del profesor	5 Diariamente; 4 Cuatro horas a la semana; 3 Dos horas a la semana; 2 Poco ; 1 Nada
Tiempo para el autoestudio del residente	5 Diariamente; 4 Cuatro horas a la semana; 3 Dos horas a la semana; 2 Poco ; 1 Nada
Actualización de la literatura docente	1 sí, 2 no

Tabla 7 Descripción u operacionalización de las variables Dimensión V Ámbito de la formación

Dimensión V. Sobre el Ámbito de la formación. Se emplea para describir el ámbito de la formación según la información y valoración con que cuentan de los encuestados		
Variables		Descripción u operacionalización
Acceso	Número de habitantes por consultorio	1 Más de 1 500; 2 entre 1001 y 1500; 3 entre 1000 y 600
	Promedio de atención diaria en el consultorio	1 Más de 20; 2 entre 11 y 20; 3 10 o menos
	Realización de consulta deslizando	1 sí; 2 no, 3 no sé
Puerta de entrada	Existencia de política que define que se requiere primera consulta con el Médico de Familia	1 sí, 2 no, 3 no sé
	Consultas que se atienden sin ser derivados desde el consultorio de la Atención Primaria	7.Totalidad 6.Mayoría 5.Más de la mitad 4.La mitad 3.Menos de la mitad 2.Minoría 1.No sé
Integralidad ¿están los cuidados primarios en su área de salud, para resolver los problemas de salud comunes de los siguientes estratos poblacionales?	Cuidados a los niños	4 Definitivamente
	Cuidados a los adolescentes	3 Mayoritariamente
	Cuidados a los adultos	
	Mujeres gestantes	2 Mayoritariamente No
	Cuidados a los ancianos	
Integralidad Según la población que lo requiere ¿todos reciben los servicios?	Cuidados prenatales	1 Definitivamente No
	Cuidados al recién nacido	
	Planificación familiar	
	Cuidados a la puérpera	
	Cuidados durante el primer año de vida	
	Cuidados de los niños de 1 año y más hasta los 5 años	
	Cuidados a personas con problemas mentales comunes	
	Cuidados a personas necesitadas de consejería sobre el consumo de alcohol y tabaco	

Coordinación	Uso del sistema de referencia con otras instituciones de la salud	1 sí
	Recibimiento de contrarreferencia de la institución a la que refirió el paciente	2 no
Participación social	Participación de la población en la solución de los problemas de salud de su comunidad	
	Trabajo del médico con los distintos sectores existentes en la comunidad para la solución a los problemas de salud.	

10. Para el análisis e interpretación de los resultados de la encuesta se utiliza la siguiente escala: al 100% se considera como la totalidad; del 99% al 75% se considera como la mayoría; del 74,9% al 51% se considera más de la mitad, 50% la mitad, del 49,9% a 26% se considera menos de la mitad y 25% o menos se considera la minoría.

Etapa I: La guía para el desarrollo de los grupos focales se confeccionó siguiendo los pasos siguientes:

1. Se define como tema para los grupos focales el objeto de la investigación que es la formación del especialista de MGI. Se definen las preguntas acorde a los elementos que describen el objeto de la investigación. Estas son las siguientes: Para la concepción de la especialidad se utiliza la pregunta ¿Qué le satisface y que no le satisface de la especialidad de MGI? Para el currículo en su atributo programa analítico se utiliza la pregunta ¿Qué problemas de salud atienden con más frecuencia? Para el profesor y para el residente se utilizan las preguntas ¿Qué aspectos de la organización del consultorio favorecen o no el aprendizaje de los residentes? ¿Qué aspectos positivos y negativos tiene la formación de la especialidad y qué sugiere para mejorarlo? Para el ámbito de la formación en su atributo coordinación se utiliza la pregunta ¿Cómo valora la atención secundaria el trabajo del médico de la familia? Para el ámbito de la formación en su atributo participación social se utiliza la pregunta ¿Cómo valora la población el trabajo del médico de la familia?
2. Se define la realización de un grupo focal en cada uno de los cuatro policlínicos del municipio Cerro y como característica de homogeneidad que sean médicos del mismo policlínico.
3. Se confecciona la guía del moderador para la organización de las ideas en el desarrollo de los grupos focales.
(Anexo III, Guía del moderador)

Etapa II. II.1 **Aplicación de la encuesta.** Para la aplicación de la encuesta se coordinó previamente con el Departamento de MGI de la Facultad Salvador Allende y con la Dirección Municipal de Salud del Cerro con el propósito de obtener su acuerdo con la ejecución del instrumento y las condiciones necesarias para hacerlo.

Se decidió encuestar el universo de médicos de familia, profesores y jefes de grupos básicos de trabajo del municipio Cerro, conformado por 140 personas, que se distribuyen como sigue: 116 médicos de familia, de los cuales 106 están ubicados en los consultorios y 10 son médicos de reserva, 17 son profesores de grupos básicos de trabajo y 7 jefes uno por cada grupo básico de trabajo con que cuenta el municipio. De los médicos de familia 60 son especialistas de MGI y 56 son residentes de la propia especialidad. Los profesores se agrupan según la especialidad en 6 de Medicina Interna, 4 de Pediatría, y 7 de Ginecología y Obstetricia. Los 7 jefes de grupo son especialistas de MGI.

De las 140 personas que constituyen el universo, se encuestaron a 74 que representan el 52,8% del total, los que no participaron se correspondió con los que asumieron no participar tomando en cuenta el criterio de voluntariedad, así como otro grupo que en el momento de aplicar el instrumento no estaban presentes por enfermedad o por encontrarse cumpliendo funciones de su puesto de trabajo.

El total de personas entrevistadas agrupa a 63 médicos de familia de los cuales 30 son especialistas de MGI y 33 residentes, 11 profesores que incluyen los 4 jefes de grupos básicos de trabajo.

Para cada dimensión de la encuesta se definió el grupo de personas que la responderían: La Dimensión I de los Datos Generales y la Dimensión V, del ámbito de la formación la respondieron todos los encuestados (74). La Dimensión II, sobre la concepción de la especialidad y la Dimensión III sobre el modelo del especialista, la respondieron los especialistas y residentes de MGI, que son 67, de ellos 63 médicos de familia y 4 jefes de grupo básico de trabajo. La Dimensión IV dedicada a los profesores y residentes, la respondieron 21 profesores y 33 residentes. Los profesores son los de los grupos básicos de trabajo, con categoría docente y sin categoría docente y los médicos de familia con categoría docente.

Etapa II. II.2 **Desarrollo de la técnica grupal:** se realizaron 4 **grupos focales**, uno en cada policlínico. Cada grupo se conformó por 10 personas y la selección fue entre los médicos del mismo policlínico. Fueron convocados por la dirección del centro, previa coordinación con la Dirección Municipal de Salud del Cerro. Se definió como horario las 2:00pm. Se informó por la dirección de policlínico el objetivo de la actividad a los participantes entre una semana a diez días antes de su realización. La duración osciló entre 2 horas y 2 horas y 30 minutos. Se realizó acorde a la guía prevista y en una de las aulas del policlínico. La técnica grupal se condujo por la investigadora, con una observadora entrenada previamente que registró el desarrollo del encuentro. Para las preguntas ¿Qué aspectos de la organización del consultorio favorecen o no el aprendizaje de los residentes? ¿Qué aspectos positivos y negativos tiene la formación de la especialidad y qué sugiere para mejorarlo? la registradora tomó nota de forma diferenciada de las respuestas de residentes, de profesores y especialistas.

Etapa II. II.3 **Revisión documental:** para la salida de esta tarea se realizó el estudio de los documentos siguientes: Informe sobre la situación de las transformaciones necesarias en el Sistema Nacional de Salud, de la Dirección Municipal de Salud del Cerro (fuente secundaria); hojas de cargo del año 2012 de médicos de familia de un consultorio seleccionado al azar de cada uno de los 7 grupos básicos de trabajo del municipio Cerro; modelo estadístico No.241-416-03 del Ministerio de Salud Pública sobre consultas externas con datos del municipio Cerro del primer semestre del año 2013; Informe de evaluación de los servicios en atención primaria de salud del primer semestre del año 2013; hoja de entrega de guardia de los policlínicos del año 2012; Cuadros de salud de la provincia La Habana y del municipio Cerro de los años 2010 al 2012.

Sobre las hojas de entrega de guardia, se revisaron las del año 2012 de los 4 policlínicos. De los 1 460 documentos de entrega de guardia fue posible trabajar con 940. El resto de los documentos faltaban o eran ilegibles. En este documento se buscaron las urgencias médicas declaradas por el equipo de guardia en su acápite urgencias, teniendo en cuenta la edad pediátrica, y los adultos hombres y mujeres.

Para la revisión documental se utilizó la guía de análisis central de la investigación de la siguiente manera:

Para la concepción de la especialidad no se utiliza ningún documento. Para el currículo en su atributo programa analítico se utilizan los documentos relacionados con los problemas de salud que se ven en la práctica en la urgencia del policlínico o en el consultorio médico de familia por el especialista o residente de MGI. Los documentos son los siguientes: hojas de cargo del año 2012 de médicos de familia de un consultorio seleccionado al azar de cada uno de los 7 grupos básicos de trabajo del municipio Cerro; modelo estadístico No. 241-416-03 del Ministerio de Salud Pública sobre consultas externas con datos del municipio Cerro del primer semestre del año 2013; hoja de entrega de guardia de los policlínicos del año 2012; cuadros de salud de la provincia La Habana y del municipio Cerro de los años 2010 al 2012. La revisión de estos documentos permitió inventariar los problemas que el médico de la familia atiende en su práctica asistencial y relacionarlos con los declarados en el programa de formación. Un problema se presenta en el inventario solo con aparecer en uno de estos documentos. Esta definición se realiza porque los cuadros de salud de la provincia y el municipio son los documentos oficiales que recogen el resultado de todas las hojas de cargo de los médicos que laboran en el territorio en cuestión por lo tanto el dato obtenido tiene analogía en el nivel de importancia independientemente de la fuente. Para el elemento profesor y el elemento residente no se utiliza ningún documento. Para el ámbito de la formación en el atributo puerta de entrada se utiliza modelo estadístico No. 241-416-03 del Ministerio de Salud Pública sobre consultas externas con datos del municipio Cerro del primer semestre del año 2013, que contiene las visitas de terreno realizadas. Para el ámbito de la formación en el atributo integralidad se utiliza el documento Informe sobre la situación de las transformaciones necesarias en el Sistema Nacional de Salud de la Dirección Municipal de Salud del Cerro. Para el ámbito de la formación en el atributo continuidad se utiliza el documento Informe de evaluación de los servicios en atención primaria de salud, julio 2013.

Etapa III Análisis estadístico y análisis de contenidos: para el análisis estadístico se utilizó la estadística descriptiva con números absolutos y porcentos. Se realizaron dos bases de datos una para recoger los datos de la encuesta y otra para el inventario de los problemas de salud en la práctica médica. Se empleó el programa estadístico SPSS, versión 21 para el procesamiento de la información. Para el análisis de contenidos se aplica la guía de análisis central de esta investigación a los resultados de la técnica grupal y de la revisión documental.

Con la información obtenida en los grupos focales se realiza el análisis de contenido buscando las opiniones recurrentes de respuesta para cada pregunta, definiendo las opiniones de consenso y las opiniones únicas. Este análisis se realizó el mismo día de desarrollo de cada grupo focal.

Etapa IV **Resultado análisis de caso del municipio Cerro**, se realiza con la triangulación de los resultados de la encuesta, la técnica grupal y la revisión documental. Se describe utilizando los elementos concepción de la especialidad, currículo, profesor, residente y ámbito de la formación.

2.4 Metodología propia para la tarea de la investigación 3

Para la identificación de la correspondencia entre la teoría y la práctica de la formación del especialista de MGI en el consultorio médico de familia, se triangularon los resultados de la fundamentación de las concepciones teóricas actuales y del análisis de caso del municipio Cerro. Se tomó cada uno de los elementos que describen el objeto de estudio, se contrastaron los resultados de la teoría y de la práctica y se fue definiendo la correspondencia de cada elemento bajo el principio de: existe correspondencia si coinciden la totalidad o la mayoría de los atributos. Posteriormente se integra el resultado del análisis de la correspondencia de cada elemento lo que constituye el resultado final que es la solución del problema de la investigación.

2.5 Aspectos éticos: A todos los encuestado/as y a los integrantes de los grupos focales, se les solicitó su consentimiento luego de brindarles la información sobre los objetivos de la investigación y la importancia para la especialidad. Sólo participaron los que así lo decidieron. Se aseguró la confidencialidad de los resultados y su uso para fines de la investigación. La realización del estudio de caso fue autorizado por la Dirección Municipal de Salud del Cerro.

CAPÍTULO 3. FUNDAMENTACIÓN PARA LAS CONCEPCIONES TEÓRICAS ACTUALES DE LA FORMACIÓN DEL ESPECIALISTA DE MEDICINA GENERAL INTEGRAL

En este capítulo se expone la fundamentación para las concepciones teóricas de la formación del especialista de MGI en la actualidad, que se elaboraron a partir de las explicaciones teóricas (teorización) obtenidas de los resultados de los análisis de contenidos de las ideas conceptuales y los documentos rectores; acorde al cuerpo conceptual de conocimientos del proceso de formación, manifestado en los elementos que constituyen la guía de análisis central de esta investigación: concepción de la especialidad, currículo, profesor, residente y ámbito de la formación. Se presenta en cada epígrafe el resultado de la aplicación de esta guía a las ideas conceptuales con la letra A, el resultado del análisis de contenidos a los documentos rectores con la letra B y la teorización realizada con la letra C. Por último se exponen las consideraciones generales del capítulo.

3.1 Aplicación del método propio

Se diseñó una metodología basada en la obtención de datos cualitativos a través de técnicas de revisión documental de fuentes secundarias, a las que se le aplicó el análisis de contenidos. Se definieron las fuentes secundarias que son las ideas conceptuales y los documentos rectores.

Primero se realizó el análisis de contenido descriptivo de los 172 discursos y 8 reflexiones del Comandante en Jefe Fidel Castro Ruz, seleccionados por abordar el tema objeto de investigación⁸¹. Se obtuvieron 7 categorías y 29 subcategorías que se muestran en el Anexo IV. Seguidamente se le aplicó, a las mismas, la guía central de análisis de la investigación obteniendo el resultado final.

Posteriormente se realizó el análisis de contenidos a los 9 documentos rectores definidos, aplicando la guía central de la investigación. A continuación se analizó la coherencia entre los documentos rectores, precisando las divergencias. Por último, utilizando los métodos de análisis y síntesis, inducción y deducción se elaboraron las explicaciones teóricas para la fundamentación de las concepciones teóricas actuales de la formación del especialista de MGI.

3.2 Concepciones teóricas actuales. Concepción de la especialidad.

A. La idea de esta especialidad se desarrolla asociada a la concepción del médico de la familia; se reconoce que el médico general, desde el inicio de la Revolución hasta 1984, estudió 6 años y no desarrolló más estudios de especialización. A partir de este momento, Fidel concibió la idea de convertir la generalidad en especialidad como se expresa en la frase “El médico general también puede hacer su residencia”⁸², precisando que esta especialidad tiene una base amplia de conocimientos. Se elaboró un programa para el inicio de la especialidad con conocimientos de Pediatría, Obstetricia, Medicina Interna, Psicología y Sanidad. Dicha programa se concibió con el propósito de formación masiva de especialistas.

B. En el Reglamento del Régimen de Residencias en Ciencias de la Salud, artículo 5, se define que la especialidad se alcanza mediante el cumplimiento de un programa de formación, cuyo sistema de objetivos y contenido programático da respuesta al modelo de especialista que necesita nuestro país; en su artículo 7 se considera la especialidad MGI como una continuidad necesaria en la formación de los médicos. En el Programa de Formación del especialista de MGI se expresa: “...Que es la especialidad de la medicina no especializada”⁶. Su compromiso no es con determinadas vísceras sino con el ser humano en su totalidad, así como con la familia y su entorno sanitario y social. Se concibe un especialista de amplio perfil capaz de garantizar la atención a la población asignada sin distinciones de edad o género con un enfoque integrador de los aspectos biológicos, sociales, psíquicos y ambientales con acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. El Plan de Estudios y Programa de Formación del especialista de MGI para Graduados Latinoamericanos refiere que la formación se desarrolla mediante la integración de los conocimientos y habilidades de las ciencias sociomédicas y una preparación clínica sólida que le permita, al futuro especialista, resolver los problemas de salud individuales que a predominio de la esfera biológica, enfrentará en cualquier puesto de trabajo. Esta especialidad considera el enfoque integral de la medicina como centro de la formación, al establecer la relación comunidad familia individuo, sin permitir que las particularidades de otras ciencias y disciplinas suplanten su esencia misma. En el Reglamento de Posgrado, Resolución 132-04 del Ministerio de Educación Superior, se define que la especialidad de postgrado proporciona la actualización, profundización,

perfeccionamiento o ampliación de las competencias laborales para el desempeño profesional que requiere un puesto de trabajo en correspondencia con las necesidades del desarrollo económico, social y cultural del país.

C. La Medicina General Integral se concibe como la especialidad que tiene como objeto de estudio la salud, la enfermedad y sus riesgos, y la discapacidad del individuo en su relación con la familia, la comunidad y el ambiente. La integralidad radica en que la generalidad de su base amplia de conocimientos y su práctica no se limita por edad, sexo, tipo de problema de salud o estado de la salud individual sea sano, presente riesgos, esté enfermo o discapacitado. Tiene como función rectora la atención médica integral que incluye la promoción de salud, la prevención de riesgos, enfermedades y problemas de salud, el diagnóstico y tratamiento oportunos y la rehabilitación que lo prepara para la identificación, evaluación y tratamiento del noventa por ciento de los problemas de salud que se presenten a las personas y familias sin consultar con otro nivel asistencial. La atención médica integral se desarrolla a nivel individual independientemente de su estado de salud.

Se nutre de otros campos del conocimiento médico que incluyen las ciencias biomédicas y socio médicas, para integrarlos y generar su propio conocimiento en una base amplia y horizontal. Utiliza como método principal el clínico, epidemiológico con un enfoque social; tiene un campo de investigación y un sistema de formación de postgrado que le permiten desarrollar entre sus funciones la investigación y la docencia y un área de desempeño donde realiza la función de administración.

No es una especialidad de tránsito. Es una continuidad necesaria posterior a los estudios de pregrado que permite la formación masiva de especialistas y con esto el aumento de los niveles de calificación de los recursos humanos para la atención a la salud de la población. Es un especialista médico de nuevo tipo con un pensamiento biopsicosocial potencialmente capacitado para desarrollar una práctica médica integral.

En cuanto a otros autores se coincide con el Dr. René Espinosa, cuando aborda en el enfoque integral la unidad de lo preventivo, lo curativo, lo biológico, lo psicológico y lo social⁸³. Por otra parte Cuestas Mejías⁸⁴ plantea que la concepción de la formación de la especialidad sobrepasa el concepto del médico de la familia; y Escobar Yéndez N. refiere que los profesionales que ejercen la MGI, han tenido la responsabilidad de transformar la

concepción de la medicina prevaleciente durante años en un nuevo esquema con enfoque integral del individuo, su familia y comunidad.⁸⁵ La definición iberoamericana de las organizaciones internacionales CIMF WONCA refieren que la especialidad estudia los procesos que inciden tanto en la salud como en la enfermedad del individuo, su familia y la comunidad, y en que es la efectora fundamental de la atención primaria de salud⁸⁶.

3.3 Concepciones teóricas actuales. Currículo

3.3.1 Currículo y demandas sociales

A. Se encuentra la categoría Campaña para dejarnos sin médicos⁸⁷, este concepto surge a partir de explicar que de 6 000 médicos al inicio de la Revolución, 3 000 emigraron a Estados Unidos, lo cual generó en Cuba una formación masiva de estos profesionales desde inicios de la Revolución, que se incrementó a partir del año 1982, cuando se constituye el Destacamento de Ciencias Médicas Carlos J. Finlay. Las matrículas en medicina se incrementan para dar respuesta a las necesidades en nuestros servicios, para la ayuda internacionalista y para la cooperación sobre bases económicas con otros países.

B. En los Lineamientos de la política económica y social del Partido y la Revolución aprobados en el VI Congreso del Partido Comunista de Cuba, se define en el capítulo VI Política Social, lineamiento 156: consolidar la enseñanza y el empleo del método clínico y epidemiológico y el estudio del entorno social en el abordaje de los problemas de salud de la población; contribuir al uso racional de los medios tecnológicos para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades; fortalecer las acciones de salud en la promoción y prevención para el mejoramiento del estilo de vida, que contribuyan a incrementar los niveles de salud de la población con la participación intersectorial y comunitaria; garantizar que la formación de especialistas médicos brinde respuesta a las necesidades del país y a las que se generen por los compromisos internacionales. En el documento Transformaciones necesarias del Sistema Nacional de Salud se reconoce que en la formación de especialistas, la MGI seguirá siendo la base del sistema de formación de postgrado. En el Reglamento de Posgrado, Resolución 132-04 del Ministerio de Educación Superior, se define la finalidad de la Educación Superior de obtener profesionales cuya preparación teórico práctica permitan la solución de los problemas esenciales de su

profesión acorde a las demandas sociales constituye el punto de partida para el proceso docente educativo. No se precisaron divergencias entre los documentos rectores.

C. El currículo responde a las demandas de la sociedad definidas por la Asamblea Nacional del Poder Popular, por el Congreso de Partido Comunista de Cuba, y por la política sanitaria del Ministerio de Salud Pública al responder los documentos rectores de la docencia a los documentos rectores de la política estatal.

3.3.2 Currículo y Modelo del especialista de Primer Grado de Medicina General Integral

A. Sobre el currículo y el modelo del especialista de MGI (perfil político ideológico) se encuentra la categoría Ética: este concepto se aborda a partir de que a nuestra sociedad la caracterizan "...Nuevos valores, una nueva conciencia, con aprecio al carácter del hombre, al espíritu del hombre, a la virtud del hombre".⁸⁸ En la subcategoría Consagración se define que esta debe caracterizar el trabajo del médico. En la subcategoría Responsabilidad se explica que forma parte del sentido del deber del trabajador de la salud. El médico es responsable de cuidar la vida de los seres humanos que atiende. En la subcategoría Disposición Incondicional, se enaltece la importancia de estar dispuesto a hacer lo que sea necesario para resolver un problema, y así se caracteriza la conducta de los médicos. En la subcategoría Calidad Humana se define esta, como una característica de nuestro pueblo y de los profesionales de la salud. La subcategoría La función social comprende el valor del trabajo del médico que produce salud. Se expresa: "...Cualesquiera que sean sus ideas políticas, tiene obligaciones sagradas con el pueblo"⁸⁹. La subcategoría El código ético especial se refiere al Código de Honor del Médico de Familia que Fidel Castro plantea es necesario por el acceso del médico al hogar, por los nexos que establece con las familias de la comunidad asignada, por la influencia de este profesional en el ámbito familiar.

B. En el documento Transformaciones necesarias del Sistema Nacional de Salud, se declara que la formación y fortalecimiento de los valores éticos es una prioridad del Sistema Nacional de Salud. La ética debe ser parte del programa curricular como elemento propio de la profesión en cada uno de los escenarios docentes y formativos. En el Reglamento de Policlínico se definen como valores compartidos la lealtad a los principios de la Revolución,

la ética médica socialista; la responsabilidad, la profesionalidad, el internacionalismo, la solidaridad. Refiere como valores deseados la humanidad, la disciplina, la consagración, la abnegación, el liderazgo, desinterés y modestia, honestidad y honradez, sentido de la crítica y la autocrítica. En el PMEF se manifiesta que la atención médica integral tiene un enfoque biopsicosocial. En el Programa de Formación del especialista de MGI se precisa que debe poseer una concepción científica del mundo; una actuación desde las posiciones de los intereses de la sociedad y en función de la satisfacción de las crecientes necesidades de salud del pueblo; dispuesto a brindar sus servicios en cualquier lugar que el país lo requiera y estará preparado para las tareas de la defensa. Debe poseer un elevado espíritu internacionalista. Se precisa como divergencia entre los documentos rectores que el concepto del Código de Honor del Médico de Familia sólo se aborda en el Programa de Formación del especialista de MGI.

C. El modelo del especialista de Primer Grado de MGI consta de tres perfiles que son: político ideológico, profesional y ocupacional.

En el perfil político ideológico se concibe la función social como el valor del trabajo del médico, cuyo producto es la salud individual y colectiva. Este profesional debe responder a los intereses de la sociedad, estar dispuesto incondicionalmente a brindar sus servicios donde se requiera, tener un elevado espíritu internacionalista, y cualidades de consagración, honestidad, responsabilidad, crítica y autocrítica propias de una sociedad con nuevos valores con aprecio al carácter, el espíritu y la virtud del hombre. Ser cumplidor de los principios de la ética médica. Este perfil hace particular la especialidad cubana por desarrollarse en un contexto social donde la producción de salud tiene carácter social y cuyo modelo de desarrollo tiene como propósito el bienestar de sus ciudadanos. Un médico, cuya concepción científica de la medicina esté acorde con un enfoque integral y biopsicosocial. En el Programa de Formación del especialista de MGI no se define el modo en que los residentes alcanzarán las cualidades o valores definidos en el perfil político ideológico. No se expresan con claridad las características del ámbito de la formación y de la influencia de la sociedad cubana en la formación y fortalecimiento de valores. No se abordan los aspectos éticos relacionados con el trabajo médico cubano en otros países, cuya cultura y códigos morales son diferentes.

El resultado obtenido en la teorización realizada concuerda con las posiciones de la Dra. Alina Segredo sobre el enfoque social y humanista del modelo del especialista de MGI.⁹⁰

Perfil profesional:

A. En la categoría Función del médico, se reconoce que los médicos practican la medicina general con atención a las personas, independientemente del sexo, edad o estado de salud/enfermedad. El médico analiza los factores, hace diagnóstico y actúa para la solución de un problema; la subcategoría Función profesional expresa este concepto como los conocimientos adquiridos en la universidad, que permiten el desarrollo intelectual para el ejercicio de la profesión. Se conceptualiza que el médico será algo más que alguien que atienda un enfermo. En cuanto a la función de atención médica integral se encuentra en la categoría Nuestra medicina es hoy mucho mejor que en el pasado la subcategoría Medicina Preventiva, donde se define la importancia de ir pasando de la medicina terapéutica a la preventiva, para evitar que se enfermen los ciudadanos. En la categoría Médico de la Familia, la subcategoría Guardián de la salud conceptualiza a este médico con el símil de guardián. Es vigilante, está alerta, registra en la historia clínica de todas las personas los acontecimientos más importantes relacionados con su estado de salud, los atiende en la institución y en visitas que realiza al lugar donde viven, estudian o trabajan, realiza acciones de seguimiento de su estado de salud. Mantienen la vigilancia sobre las personas con riesgos. Al referirse a la función de investigación se encuentra en la categoría Función del médico, la subcategoría Sobre el interés por la investigación, que la profesión médica es una profesión científica por lo que es necesario despertar en los residentes de medicina el interés por la investigación, fundamentalmente para las cuestiones de la medicina preventiva, y las condiciones del medio. En la categoría Médico de la Familia se encuentra la subcategoría El médico de la familia hace investigaciones, donde se expone que el médico de familia investiga, en su lugar de trabajo, las enfermedades que más inciden, los problemas de salud que existen, factores históricos, genéticos, que se relacionan con las enfermedades. "...Un médico de la familia puede ser un investigador, observando todo lo que está ocurriendo allí"⁹¹. En la categoría Medicina General Integral se encuentra la subcategoría Títulos científicos que expresa que la obtención de grados científicos debe ser un proceso de continuidad en la formación de los recursos humanos. Se

afirma que en el futuro tendremos miles de especialistas de MGI que sean Doctores en Ciencias. Sobre la función docente educativa se encuentra en la categoría Medicina General Integral, la subcategoría Formar a la vez varios excelentes médicos junto a él, que reconoce la labor del especialista de MGI en la formación de estudiantes de medicina en la misma comunidad en otros países. Sobre la función especial, en la categoría Función del médico se especifica la función de prestar asistencia médica a todas las personas evacuadas, para evitar las epidemias.

B. En el PMEF, se define como objetivos específicos la promoción de salud, la prevención de riesgos y enfermedades, el diagnóstico temprano, el uso del método clínico epidemiológico con enfoque social, la rehabilitación, la formación de profesionales y técnicos de la salud, el desarrollo de investigaciones. Se aborda en las actividades de este programa la atención a desastres y a situaciones especiales. Asume la responsabilidad directa en la atención a individuos, familias, grupos y colectivos y detecta riesgos ambientales. Incluye la continuidad de la atención y la realización de acciones de participación de la comunidad. En el Programa de Formación del especialista de MGI, se expresa que las funciones definidas para este especialista son cinco: la de atención médica integral, la docente-educativa, la de administración, la de investigación y las especiales, la función rectora es la de atención médica integral que comprende acciones de promoción, de prevención de enfermedades y otros daños a la salud, de diagnóstico y tratamiento de enfermedades y otros daños a la salud, incluyendo las urgencias médicas y las acciones de rehabilitación. La función de investigación comprende la aplicación del método científico en el proceso de identificación y solución de problemas de salud en su población. Utiliza las nuevas tecnologías de la información y la comunicación para la superación profesional y la investigación científica en el campo de la MGI, evalúa investigaciones, artículos y publicaciones científicas de todo tipo inherentes a su especialidad. La función docente educativa incluye la planificación, organización, ejecución y control de actividades docentes, en el campo de la MGI, con los educandos de ciencias médicas de pre y postgrado; la capacitación a los líderes de la comunidad para desarrollar actividades de promoción y educación para la salud, así como realiza dichas actividades con las personas, familias, grupos y colectivos objeto de su atención, la participación en actividades de superación profesional postgraduada en el

campo de la atención primaria de salud y la MGI. La función de administración contempla la coordinación del trabajo del equipo básico de salud y la administración de los recursos de acuerdo a las funciones de acuerdo a las actividades del puesto de trabajo que desempeña; establece la interrelación correspondiente con otros equipos básicos y con las instituciones de los diferentes niveles del Sistema Nacional de Salud, realiza coordinaciones intersectoriales para la solución de los problemas de salud identificados en su comunidad. Las funciones especiales comprenden las actividades que se dispongan por el Sistema Nacional de Salud para situaciones excepcionales de desastres.

C. Sobre el perfil profesional se concibe como funciones para este especialista la de atención médica integral, la docente-educativa, la de administración, la de investigación y las especiales. La función de atención médica integral, función rectora, comprende acciones de promoción, de prevención de riesgos, enfermedades y problemas de salud, de diagnóstico y tratamiento oportuno a enfermedades y otros daños de salud, incluyendo las urgencias médicas y las acciones de rehabilitación. Este perfil implica una concepción integral de la medicina, establece para el médico un rol transformador de la realidad a partir de una base científica para la obtención de un estado de salud superior. Se concibe un médico guardián de la salud, investigador, profesor, educador, administrador de los recursos y organizador, coordinador de acciones por la salud. La integralidad de la función rectora de atención médica con el uso del método clínico, epidemiológico con enfoque social en la atención a las alteraciones de la salud individual o de la colectividad constituye una particularidad de la concepción cubana del modelo del especialista de Medicina General Integral.

Perfil ocupacional:

A. Se encuentra en la categoría Medicina General Integral, la subcategoría Es el tipo de especialista de amplio campo, donde se manifiesta que por la amplitud de sus conocimientos, este especialista, puede realizar su desempeño en instituciones de diversos tipos: centro de campismo, fábrica, central azucarero, secundaria básica, en la cuadra, en cualquier país subdesarrollado, en comunidades agrícolas, escuelas, centro de trabajo, comunidad rural, campesina, preuniversitario, círculos infantiles, terminales de ómnibus. Se reconoce que el

especialista de Medicina General Integral es casi el perfecto médico para misiones internacionalistas, incluyendo para la atención a desastres naturales huracanes, terremotos, para el tratamiento a graves epidemias.

B. En el PMEF se define la ubicación en consultorios médicos en zona urbana, en zonas rurales incluyendo las de difícil acceso, en ambiente escolar y ambiente ocupacional. El Programa de Formación del especialista de MGI define que comprende los puestos de trabajo relacionados con la atención a las personas, familias y otros grupos poblacionales como círculos infantiles, escuelas de diferentes niveles de enseñanza, centros laborales y la comunidad, donde se desempeñan en los consultorios del médico y la enfermera de la familia. Incluye también hospitales rurales y municipales y el Plan de estudio y Programa para la Formación de especialista en Medicina General Integral de Graduados Latinoamericanos refiere que el especialista puede desarrollar su quehacer profesional tanto en agrupaciones humanas de grandes dimensiones como la comunidad y el conjunto de familia que la integran, como en otros grupos poblacionales. Se precisaron divergencias entre los documentos rectores mencionados referidas al perfil ocupacional de este especialista.

C. Sobre el perfil ocupacional, se concibe que por ser un especialista de amplio campo puede realizar su desempeño en diversos puestos de trabajo. Es un médico capaz de trabajar en consultorios médicos que atienden agrupaciones humanas de grandes dimensiones o con agrupaciones de 1 500 habitantes y menos, así como el trabajo en centros educacionales, laborales, en consultorios médicos u hospitales rurales y municipales. Ha mostrado su pertinencia en el trabajo en otros países y en la atención a las consecuencias a la salud producidas por desastres naturales y epidemias. No se incluye en ningún documento rector, ocupaciones derivadas de las funciones docente- educativa, de investigación, administrativa y especiales, reconocidas en las ideas conceptuales de la especialidad, por ejemplo ocupaciones como metodólogos docentes de la especialidad, puestos de trabajo en centros de investigaciones, o como directivos del sistema de salud o como especialistas en consejos de defensa.

3.3.3 Currículo y principio científico pedagógico educación en el trabajo

A. Se encuentra en la categoría Campaña para dejarnos sin médicos, la subcategoría Formar médicos, que concibe la formación debe pasar de ser casi exclusivamente teórica a una formación que incluye una práctica intensa unida a los conocimientos teóricos. En la categoría Atención Primaria de Salud, subcategoría Policlínicos en facultades universitarias se expone que primero se perfeccionaron los policlínicos y después se convirtieron en facultades universitarias para la formación de médicos.

B. En el Reglamento General de Policlínico, refiere que en el policlínico ocurre la formación académica de postgrado, que se fusionan armónicamente en el proceso docente asistencial pertinente a ese nivel. En el Reglamento del Régimen de Residencias en Ciencias de la Salud, se define en su artículo 57 que el proceso educativo se desarrolla esencialmente en la actividad laboral en condiciones reales y con una alta independencia del residente. En el Programa de Formación del especialista de MGI, se define que el principio fundamental es la combinación del estudio con el trabajo que se concreta con el aprendizaje en el servicio, como actividad docente asistencial investigativa, actividad que se realiza en un consultorio médico. Aplica el método problémico y estrategias que desarrollen los procesos lógicos del pensamiento y el proceso de toma de decisiones. Sobre la educación en el trabajo en el PMEF se reconoce que las actividades docentes contempladas en la residencia son las clínicas radiológicas, clínicas epidemiológicas, revisiones bibliográficas, conferencias y otras actividades de la residencia que desarrollan las capacidades y habilidades de los residentes. Son actividades de trabajo la consulta, la interconsulta, las visitas de terreno, la reunión del grupo básico de trabajo, el análisis de la situación de salud, el ingreso en el hogar, la discusión de fallecidos y la guardia médica. En el Reglamento del Régimen de Residencias en Ciencias de la Salud se define que la forma de organización de la enseñanza es la educación en el trabajo. Se denomina así al conjunto de actividades que realiza el residente en el servicio de salud, con la asesoría directa del profesor o tutor, con el propósito de adquirir las habilidades, hábitos de trabajo y búsqueda de información que le permitan la solución efectiva de los diferentes problemas de salud y el logro de los objetivos del programa de formación en el desarrollo de la práctica profesional. Concibe cuatro tipos de actividades: las docente asistenciales, las docente educativas, las docente investigativas y docente

administrativas. El Programa de Formación del especialista de MGI refiere que la educación en el trabajo es un elemento esencial del proceso docente educativo. Declara que el residente se apropiará de los conocimientos y habilidades inherentes a la especialidad mediante las actividades docente asistenciales consultas, interconsultas, visita de terreno, guardias médicas, ingreso en el hogar, discusión de problemas de salud, análisis de la situación de salud, reuniones clínico radiológicas y clínico epidemiológicas, discusión de fallecidos, entre otras. Los modos de actuación de las funciones docente educativa, investigativa, de administración y especiales se adquieren de forma sistemática e interrelacionadas con la función de atención médica integral durante el proceso de formación. Se precisan como divergencias que existen contradicciones entre las actividades declaradas en el Reglamento del Régimen de Residencias en Ciencias de la Salud, con el Programa de Formación del especialista de MGI sobre las actividades definidas para la educación en el trabajo, y este a su vez con el PME. La clínico-epidemiológica no se encuentra en el Reglamento del Régimen de Residencias; el pase de visitas en el hogar y el intercambio semanal en la comunidad sólo aparecen en el Reglamento de Residencias. El Reglamento General del Policlínico y el PME no contemplan en la organización del trabajo cotidiano las actividades clínico-radiológica, clínico-epidemiológica y clínico-patológica. El PME establece los horarios de consulta, de consulta deslizando, las prioridades del terreno, la guardia médica, el ingreso en el hogar, la interconsulta, la visita a las familias, visitas al hospital y la reunión del grupo básico de trabajo.

C. En el currículo se plantea que el principio fundamental es la combinación del estudio con el trabajo. Este aspecto hace distintivo el modelo de formación de la especialidad cubana, en relación al mundo, por contar como política estatal con un Programa Nacional de Formación del especialista de MGI y un Programa Nacional del Médico y la Enfermera de la Familia. Aplica el método problémico y la educación en el trabajo como forma fundamental de organización de la enseñanza. Se requiere una actividad de educación en el trabajo propia de la especialidad, que permita la discusión de la salud familiar, una clínica familiar, que desde el análisis y prevención de las consecuencias de las crisis de la familia aborde el cuidado del equilibrio biológico, psicológico y social de sus integrantes que es la salud individual, por lo tanto es pertinente hoy definir cuáles son las actividades de educación en el trabajo que permiten desarrollar el enfoque integral de la medicina como centro de la formación,

al establecer la relación ambiente, comunidad, familia, individuo. La educación en el trabajo tiene como objetivo la formación de habilidades, la consolidación de conocimientos y hábitos prácticos. El residente se enfrenta él sólo a los problemas de salud, asume la responsabilidad de un consultorio. Cada problema de salud del paciente, la familia o la comunidad constituye un problema de salud a resolver por el residente, en cuya solución la utilización del par acierto/error de la educación en el trabajo lo compara, en ese momento, en la mayoría de las veces con sus mismos conocimientos. Por otra parte el Programa de Formación del especialista de Medicina General Integral no contempla el papel de la población, como comunidad o familia en la ejecución del principio combinación estudio trabajo. La población es el objeto sujeto del trabajo médico en la especialidad. No se precisa cómo participa la población en el proceso de formación, ni se define que una comunidad o familia pueda ser declarada docente por su participación activa en este proceso.

3.3.4 Currículo y programa analítico

A. Se encuentra en la categoría Médico de la Familia, la subcategoría El médico se enfrenta él solo con el problema, con el paciente que le llega allí: se abordan problemas de salud que el médico de familia debe enfrentar: la resistencia a los antibióticos, las enfermedades infecciosas emergentes, el cáncer, la diabetes, la hipertensión, problemas de exceso de peso, dieta, la vacunación, la higiene en general, problemas de angiología, broncoaspiración en niños, dengue, el SIDA, las predisposiciones genéticas. La salud y la longevidad de la vida, el daño provocado por el ron y otras bebidas alcohólicas, los accidentes, problemas mentales como el Alzheimer y la esquizofrenia, anciano solo, problema de discapacidad, reducción de la mortalidad infantil, enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, deshidratación, las infecciones, urgencias cardiacas, las alergias de cualquier tipo, el asma bronquial.

B. El inventario de problemas de salud a resolver por el médico de familia recogidos en el PMEF y en el Programa de Formación del especialista de Medicina General Integral se recogen en el Anexo V, Listado de problemas de salud en el PMEF y su análisis con el programa analítico del Programa de formación. Se precisó como divergencias la contradicción entre el Plan de Estudios y Programa de Formación del especialista de MGI

para Graduados Latinoamericanos que contempla un Módulo de administración, que da respuesta a la función de administración y el Programa de Formación del especialista de MGI dónde no aparece dicho módulo. Por otra parte se excluyen en el Programa para Graduados Latinoamericanos las rotaciones hospitalarias.

En relación con el PMEF, que especifica lo que debe hacer en su práctica el médico de la familia, en el Programa de Formación del especialista de MGI, no aparecen contenidos para la atención a pacientes postrados crónicos; exposición a radiaciones solares; mordedura de animal, rabia, riesgos de enfermedades transmisibles y enfermedades no transmisibles, bajo peso al nacer; uso y vigilancia de los medicamentos, control de residuales sólidos, control del agua; control de vectores; reglamento sanitario internacional y riesgos ambientales. (Anexo V, Listado de problemas de salud en el PMEF y su análisis con el programa analítico del Programa de Formación del especialista de Medicina General Integral).

C. Los documentos rectores de la asistencia no distinguen los problemas de salud que pueden ser atendidos por el residente y cuáles por el especialista de MGI cuando se desempeñan como médico de familia en el consultorio. El programa analítico está basado fundamentalmente en la atención a la persona. Existen contradicciones entre los documentos rectores propios de la docencia que contienen lo que “debe saber hacer” el médico y los propios de la asistencia que rigen lo que “debe hacer” el médico. En el Programa de Formación del especialista de MGI no se enuncian contenidos relacionados con el trabajo en equipo, los sistemas complejos, las habilidades para las interrelaciones con otros profesionales u otros equipos de trabajo y la dinámica de la participación de los sectores en el proceso de producción de salud requeridas para la función de administración. Es escaso el contenido temático sobre las funciones especiales. Dos aspectos se deben considerar, el primero la acción del cambio climático en la biología humana y las consecuencias de los cambios del clima sobre el proceso salud enfermedad y segundo, la experiencia alcanzada por los especialistas de MGI en la atención a huracanes, terremotos, y epidemias. El Programa de Formación del especialista de Medicina General Integral no deja espacio en su programa analítico para la utilización de los nuevos problemas de salud que surjan en la práctica y que no se encuentran dentro de sus contenidos, debe contemplarse de alguna manera al igual que los Planes D previstos para el pregrado la posibilidad de incorporar un nivel de contenidos

acorde al lugar donde se desarrolle y a los cambios que puedan ocurrir con la emergencia de nuevos problemas de salud y así evitar esta insuficiencia.

3.4 El profesor

A. Sobre el profesor y la superación profesional en la Categoría Campaña para dejarnos sin médicos se encuentra la Subcategoría Formar médicos que se expone el esfuerzo de superación por parte de los profesores, porque de eso depende la calidad de la docencia y de la asistencia.

B. En el PMEF se declara el objetivo de la formación de recursos humanos de la salud y la función del médico como tutor o profesor en actividades docentes según los planes de estudio vigentes, con énfasis en las actividades de promoción de salud y prevención de riesgos, enfermedades y otros daños a la salud. En el Reglamento del Régimen de la Residencia en Ciencias de la Salud se denomina tutor al profesor que se responsabiliza con la formación integral del residente. Se reconoce un tutor principal, que es un docente de la especialidad, responsable máximo de la formación integral del especialista, quien además de brindarle asesoría directa durante la mayor parte del tiempo definido por el plan de estudios, coordina todo lo relacionado con las estancias, rotaciones y el trabajo de terminación de la especialidad; controla el desarrollo de su aprendizaje y las evaluaciones recibidas; así como define y programa medidas para la superación de las deficiencias detectadas, y un tutor del trabajo de terminación de la especialidad: docente, especialista o investigador que con experiencia en ese campo del conocimiento orienta y controla el desarrollo del trabajo de terminación de la especialidad. En el Programa de Formación del especialista de MGI se declara que son profesores de esta especialidad, los especialistas de Medicina Interna, Pediatría, Ginecobstetricia y Psicología que integran el grupo básico de trabajo dirigido, preferentemente, por un MGI con categoría docente, profesores interconsultantes de especialidades no básicas y los profesores a cargo de su atención en los servicios hospitalarios por donde realizan las rotaciones previstas en el Programa. El profesor tiene como función ser orientador, organizador de las condiciones que favorezcan el aprendizaje. Los profesores del grupo básico de trabajo deben visitar a cada residente como mínimo una vez a la semana y participar con él en las distintas actividades docente asistenciales

en la comunidad. En el Plan de Estudios y Programa de Formación del especialista de MGI para Graduados Latinoamericanos se declara que los profesores y tutores deben visitar a cada residente como mínimo una vez a la semana; orientar, controlar y evaluar las actividades que desarrolla el residente, así como el estudio independiente, garantizar y apoyar la preparación teórica de los residentes, evaluar el cumplimiento del PME y los objetivos del programa docente correspondiente a cada etapa del proceso de formación. Se precisó como divergencia que la enseñanza es tutorial pero la figura del tutor se menciona en el PME en el acápite de Docencia, y no aparece en el grupo básico de trabajo. No se definen las funciones y tiempo para la labor de tutor. No aparece diferenciación entre el médico de la familia especialista de MGI, miembro del grupo básico de trabajo, que realiza funciones de tutor principal, y el especialista de MGI que no realiza estas funciones. Tampoco se definen las funciones del médico interconsultante de especialidades no básicas que viene al policlínico y que el programa declara profesor. No se declaran los límites de cada profesor incluyendo las relaciones de jerarquía. El Programa del especialista de MGI precisa que la formación de este residente es responsabilidad de los profesores del grupo básico de trabajo del policlínico, profesores interconsultantes de especialidades no básicas y los profesores a cargo de su atención en los servicios hospitalarios por donde realizan las rotaciones previstas en el Programa y el Reglamento del Régimen de Residencia otorga la responsabilidad al tutor principal que debe ser un docente de la especialidad.

C. El proceso de formación se desarrolla en los propios servicios con sus componentes el profesor y el residente. Se establece la categoría de tutor principal y la categoría tutor del trabajo de terminación de la especialidad. El tutor principal debe ser un docente de la especialidad. El profesor tiene un rol orientador, organizador de las condiciones que favorezcan el aprendizaje. Ser profesor implica un esfuerzo en la superación profesional y profesoral ante la evolución de los avances científico-técnicos y su aplicación a las ciencias médicas. Los profesores son médicos que participan en la asistencia a la población, están llamados a sentar pautas en el trabajo de la atención primaria de salud, tanto en la formación de la especialidad MGI como en la elevación de la calidad de la asistencia. Los profesores del grupo básico de trabajo deben visitar a cada residente como mínimo una vez a la semana y participar con él en las distintas actividades docente-asistenciales

programadas en la comunidad. El término profesor se utiliza para nombrar médicos de otras especialidades básicas o no básicas que se desempeñan en el grupo básico de trabajo o en el policlínico, sin definir su categoría docente. Sin embargo no se define en ninguno de los documentos analizados las funciones del especialista de MGI que tiene categoría docente y que son miembros del grupo básico de trabajo. Existen divergencias en cuanto a la responsabilidad de la formación (profesor/tutor) entre los documentos rectores de la docencia y entre estos y los documentos rectores propios de la asistencia.

3.5 El residente

A. Se encuentra en la categoría MGI, la subcategoría: El médico general también puede hacer su residencia, se reconoce que el médico general debe promover a la condición de un especialista; al igual los especialistas de cirugía, oftalmología y otras. Se manifiesta la aspiración a que todos los médicos tengan conocimientos amplios, sólidos, y tenga también su especialidad. Se refiere que "...La idea, en esencia, es que el médico general haga también su residencia, y sea un especialista, tenga la categoría de especialista y tenga todas las consideraciones sociales que tiene un especialista".⁸²

B. En el Reglamento del Régimen de Residencias en Ciencias de la salud se declara que el residente debe cumplir con la calidad requerida todas las actividades de atención médica, docencia, administración e investigación que les sean asignadas por el jefe de su grupo básico de trabajo, debe participar activamente en su proceso de formación, bajo la orientación de su tutor y sus profesores, así como en todas las actividades que le sean asignadas de acuerdo con el plan de estudios. En el Programa de Formación del especialista de MGI se precisa que el residente es un profesional que está en condiciones de decidir su sistema de trabajo. La autopreparación y autoevaluación del residente son elementos esenciales de este proceso docente educativo. La relación del profesor y el residente tiene un carácter tutelar, mediante contactos directos frecuentes, periódicos y en las actividades académicas colectivas. Desempeña todas las tareas que le competen de acuerdo a la organización del PMEF. Se precisó como divergencia que no se recoge en el Reglamento de Hospitales los aspectos relacionados con la docencia de los residentes de MGI en su rotación por esas instituciones.

C. Para el residente la autopreparación y autoevaluación son elementos esenciales del proceso de formación. El residente y el especialista ya graduado tienen la misma responsabilidad con su comunidad cuando se desempeñan en el puesto de trabajo de médico de familia. En los documentos consultados no se precisa los límites de actuación entre el residente y el especialista en el ejercicio de su práctica mientras desarrolla el período de formación. La relación con el profesor debe ser no menor que una vez a la semana.

3.6 Ámbito de la formación

A. Se encuentra en la categoría Nuestra medicina es hoy mucho mejor que en el pasado, la subcategoría Se extienden esos servicios y se extienden las especialidades por todo el país, que refiere que los servicios cubanos de salud son gratuitos para todos. Se desarrolla el policlínico, que es el tipo de servicio médico considerado ideal para una localidad determinada, con servicios integrales y comunitarios. En el año 1984 surge el médico de la familia. El médico trabajando en un consultorio ubicado geográficamente en la misma comunidad donde viven sus pacientes. El médico vive en esta si se dispone de vivienda consultorio. El paciente puede ser atendido allí en su casa si requiere un ingreso. “Se llama hospitalización domiciliaria”², este concepto se refiere al ingreso en el hogar.

B. En las Transformaciones necesarias del Sistema Nacional de Salud, se declara la reorganización del sistema de salud, con el principio de ubicación de servicios en un policlínico, en un municipio o en la cabecera provincial según el nivel de actividad existente. La población debe acudir a estos centros. Los policlínicos con menos de cinco mil habitantes, con servicios cuyo nivel de actividad no justificaba su funcionamiento y con recursos humanos subutilizados, se convirtieron en consultorios médicos. Los consultorios médicos brindan servicios estables a una población de hasta 1 500 habitantes en consultas y labores de terreno y en una jornada laboral de ocho horas. En el PMEF, se establece que una vez a la semana, se realizará la consulta en un horario que permita la atención a estudiantes y trabajadores, que se nombra consulta deslizante.

C. Acceso, que puede ser económico, geográfico y a recursos humanos especializados. El acceso económico está dado por la gratuidad de los servicios. El acceso geográfico al servicio está dado por el acercamiento de los

servicios de salud a los ciudadanos, expresado en policlínicos y consultorios médicos. El acceso geográfico a recursos humanos especializados está dado por la atención médica que se brinda por un recurso humano cada vez con mayor calificación para la solución de las enfermedades y los problemas de salud, la atención a la salud de la colectividad, se establece bajo la premisa del acceso geográfico al servicio. En Cuba la relación acceso geográfico - acceso gratuito es directamente proporcional. Se accede gratuitamente a todos los servicios, los que se encuentran ubicados en un área geográfica accesible al conglomerado poblacional que vive en ella. El acceso a partir del año 2011 se concibe en el consultorio médico de la familia a una población no mayor de 1 500 habitantes.

Puerta de entrada:

A. Se encuentra en la categoría Atención Primaria, la subcategoría Puerta de cada familia: se habla del trabajo del Médico de la Familia allí, en la puerta de cada casa, en la puerta de cada familia, atento a la salud de la población que atiende. Si el ciudadano no desea ser atendido por el médico de familia, puede ir directamente al policlínico o al hospital; y la subcategoría Pesquisa activa, donde se aborda el concepto de pesquisa activa como el verdadero diagnóstico del estado de salud de una población para elevar las perspectivas de vida del ser humano. Es la búsqueda activa en la propia casa de afecciones de la salud de las personas. Entre los ejemplos se menciona el estudio en el municipio Cerro de Ciudad de la Habana, de 26 629 personas con riesgo de enfermedad renal, se visitaron en su casa 13 098 pacientes, se les realizó examen de orina. Solo se conocían 168 personas enfermas con insuficiencia renal crónica y el 12,2%, resultaron positivos de daño renal.

B. En el Reglamento de Policlínico y en el de Hospitales, la pesquisa activa se concibe como método para la identificación y solución oportuna de los problemas de salud de la población. En el PMEF se declara la pesquisa activa para actividades de prevención de riesgos, enfermedades y otros daños a la salud.

C. Puerta de entrada: está dado por el interés del ciudadano de recibir servicios de salud y acude según su decisión a la institución que considere. Los servicios de la atención primaria que se ofrecen en el consultorio del

médico de la familia permiten la opción de ingresar al Sistema Nacional de Salud a través de esta institución, pero el ciudadano o ciudadana cubana puede ir directamente al policlínico o al hospital.

Puerta de cada familia: está dado por el interés del sistema nacional de salud de atender al ciudadano, familia o comunidad a través del trabajo del médico de la familia, velando por la salud de la familia y de sus integrantes. Se desarrolla el concepto de pesquisa activa que es la búsqueda activa en la propia casa o comunidad, de afecciones en las personas. Este concepto tiene su base en la detección temprana de las afecciones a la salud individual, de la familia o de la comunidad, que afectan a la colectividad. El tratamiento a tiempo de las mismas evita o detiene las consecuencias de las enfermedades o problemas de salud. El conocimiento sobre la salud y la enfermedad de los profesionales del sector permiten percatarse de signos o síntomas que la población desconoce. Una sociedad cada vez más sana o con menos secuelas de las enfermedades de sus individuos puede ser una sociedad más productiva. Por una parte se define la pesquisa activa pero el tiempo para su realización se limita a dos tardes en la semana, que es el tiempo donde se realizan actividades de terreno.

Integralidad

A. Sobre el ámbito de la formación y el atributo integralidad se encuentra en la categoría Atención Primaria de Salud, la subcategoría No sólo para proteger la salud: donde se aborda que los centros de atención primaria son también centros de rehabilitación. Se brindan servicios de emergencia, de electrocardiografía, de endoscopía, laboratorio clínico, radiografías, con atención desde el niño hasta el anciano.

B. En el Reglamento de Policlínico se declara que esta institución tiene una estructura arquitectónica que permite la prestación de los servicios para las actividades de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, así como la formación y el perfeccionamiento técnico y profesional. Cuenta con servicios de 24 horas. Brinda servicios de urgencia médica, con consulta, salas de observación, traumatología, curaciones, inyecciones, apoyo vital y trombolisis, aerosol; servicios de medios diagnósticos: rayos X, ultrasonografía, laboratorio clínico, endoscopía, drenaje biliar, electrocardiograma y audiometría; servicios de regulación menstrual, medicina natural y tradicional, rehabilitación, cirugía menor, genética, oftalmología, vacunación, planificación familiar, laboratorio

de alergia, salud mental, salón de parto y hogares maternos y casas de abuelos. También brinda servicios de higiene y epidemiología. En el PMEF, se define la dispensarización como un proceso organizado, continuo y dinámico, que permite la intervención planificada y programada, liderado y coordinado por el equipo de salud, sobre la situación de salud de las personas y familias. Las personas pueden estar supuestamente sanas, presentar riesgos, estar enfermas o estar discapacitadas. Las familias pueden ser sin problemas de salud y con problemas de salud.

C. Integralidad: está dada por la capacidad de los servicios tanto por su infraestructura, sus recursos humanos, materiales y financieros, de ofrecer atención a las personas independientemente del sexo, edad, estado de la salud individual: sano, con riesgo de enfermedades, enfermo o discapacitado o problema de salud, sea este individual, familiar o de la comunidad.

Coordinación

A. Se encuentra en la categoría Atención Primaria, la subcategoría Coordinados dónde se refiere que existirán 20 000 médicos de familia en la red trabajando estrechamente coordinados con los policlínicos, con los hospitales, con los programas de salud, con las organizaciones de masas.

B. En el PMEF se establece que la institución del consultorio del médico de la familia realiza la coordinación con los policlínicos, con los hospitales, con cualquier nivel del Sistema Nacional de Salud que el paciente lo requiera. El Reglamento de Hospitales, incluye la integración entre la dirección municipal de salud y el hospital que realiza acciones conjuntas entre ellas la discusión del análisis de la situación de salud del municipio con los directores de hospitales, la realización de la pesquisa activa, actividades docentes, reuniones periódicas de interrelación, creación del consejo científico territorial. Resultado del análisis de coherencia: el sistema de referencia y contrarreferencia se establece en el PMEF, pero no se aborda en el Reglamento de Hospitales. El Reglamento de Hospitales refiere que al alta médica del hospital se debe instruir al paciente sobre el modo de conducir el tratamiento al egreso y la importancia de sus seguimiento por el área de salud, sin embargo no aparece explícitamente la relación con el médico de la familia a través de un documento institucional.

C. Coordinación, se establece que la institución del consultorio del médico de la familia realiza la coordinación con los policlínicos, con los hospitales, con cualquier nivel del Sistema Nacional de Salud que el paciente lo requiera. Es un componente básico en la estrategia de atención primaria de salud porque enlaza los niveles del sistema de salud a punto de partida de las necesidades de salud de la población, desde el lugar donde dicho sistema provee el mayor acceso geográfico a los ciudadanos, el consultorio del médico de la familia.

Continuidad

B. En el PMEF, se establece que la institución del consultorio del médico de la familia realiza el seguimiento a aquellos pacientes que su dolencia lo requiera hasta concluir con el control de la misma, incluyendo el seguimiento a los pacientes que requieren la atención en el hospital o en su propio hogar. Se expresa el proceso de dispensarización como un proceso de atención continuado.

C. Continuidad, se establece que la institución del consultorio del médico de la familia realiza el seguimiento a los pacientes que requieran y a los problemas de salud de la familia y la comunidad.

Participación social

A. Se encuentra en la categoría Nuestra medicina es hoy mucho mejor que en el pasado, se encuentra la subcategoría El campo de la medicina se une, donde se expresa la idea de la participación de los sectores en la producción de la salud de la población, de forma conjunta con la economía, la agricultura, la industria, la educación, la cultura, como tarea de las organizaciones de masas. Se concibe que la reducción de las enfermedades vaya aparejada no solo con el número de médicos, sino también con las acciones en otros sectores.

B. El PMEF incluye la participación de la comunidad organizada a través de sus organizaciones: Comités de Defensa de la Revolución, Federación de Mujeres Cubanas, Asociación Nacional de Agricultores Pequeños o de las circunscripciones del Poder Popular; y de la participación de los diferentes sectores de forma organizada para la atención a los problemas de salud.

C. Participación social, incluye la participación comunitaria y la participación de los sectores, no tiene en cuenta la participación de la familia. La acción de la familia es fundamental en la edificación de una sociedad con más salud, con el objetivo claro de proveer y construir incluyendo el saber popular, conocimientos que permitan estilos de vida saludables. Por otra parte, al detectarse problemas ya existentes de enfermedades del individuo u otros daños a la salud individual, comunitaria o ambiental es decisiva la acción de la familia en la solución de dichos problemas o para el control de los mismos. El Programa de Formación del especialista de MGI no contempla los componentes propios del ámbito de la formación.

Consideraciones finales del capítulo

Los fundamentos de las concepciones teóricas actuales de la formación del especialista de MGI incluyen como objeto de estudio de la especialidad la salud, la enfermedad y sus riesgos, y la discapacidad del individuo en su relación con la familia, la comunidad y el ambiente.

En la concepción de la especialidad la integralidad está dada por la función rectora del perfil profesional, la atención médica integral que permite una base amplia de conocimientos para un campo de acción en la práctica que no discrimina la atención individual por la edad, el sexo, el tipo de problema de salud o el estado de la salud, sea sano, de riesgo, enfermo o de discapacidad. La integralidad en el orden de la colectividad se expresa en la capacidad para la atención a problemas de salud de la familia y de la comunidad en relación con el ambiente dado que el método que utiliza es clínico, epidemiológico con enfoque social.

En el currículo, se reconoce la especialidad como demanda de la sociedad. El modelo del especialista de MGI define a través de sus tres perfiles un nuevo tipo de médico especialista con la particularidad, en relación al mundo, de un perfil político ideológico que precisa los valores y las actitudes del profesional que se requiere. El programa analítico está basado en la persona.

Existen divergencias entre los documentos rectores propios de la docencia y propios de la asistencia en aspectos del perfil político ideológico, del perfil ocupacional, de la educación en el trabajo y del programa analítico.

La educación en el trabajo en la atención primaria de salud requiere profundización teórica a partir de la necesidad de continuar estudiando las formas propias de los servicios que se constituyan en actividades de educación en el trabajo en este ámbito de la formación.

En relación al profesor se precisa su rol orientador. Sobre la figura del tutor, existen divergencias entre los documentos rectores propios de la docencia y los propios de la asistencia.

En relación al residente, la autopreparación y autoevaluación son elementos esenciales del proceso de formación. No se precisa la diferenciación entre el residente y el especialista en el ámbito de la formación.

El ámbito de la formación tiene los componentes siguientes: acceso, puerta de entrada, puerta de cada familia, integralidad, continuidad, coordinación y participación social.

CAPÍTULO 4. ANÁLISIS DE CASO MUNICIPIO CERRO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA PRÁCTICA DE LA FORMACIÓN DEL ESPECIALISTA DE PRIMER GRADO EN MEDICINA GENERAL INTEGRAL EN EL CONSULTORIO DEL MÉDICO DE LA FAMILIA

Se presenta este capítulo con el objetivo de exponer los resultados y la discusión de la tarea 2 Caracterización de la práctica de la formación del especialista de MGlen el consultorio del médico de la familia para lo que se realizó el análisis de caso del municipio Cerro con la obtención de datos cualitativos a través de grupos focales y revisión documental, y datos cuantitativos a través de la encuesta y revisión documental; se utilizó el análisis de contenidos y el análisis estadístico y por último se realizó el proceso de triangulación de los resultados. Se presentan los resultados siguiendo la guía central de análisis de esta investigación y por último, las consideraciones generales del capítulo.

4.1 Aplicación del método propio

Para el análisis de caso del municipio Cerro se utilizó los resultados que aportaron la encuesta realizada, los 4 grupos focales y la revisión documental. El resultado de la tarea 1 Fundamentación de las concepciones teóricas actuales constituyó una de las bases teóricas para la elaboración de la encuesta.

La **encuesta** se aplicó según la carga prevista. El coeficiente Alfa de Cronbach alcanzó el 0,969, por lo que se pudo calificar de elevada la consistencia interna de la encuesta en general, por lo cual podemos plantear que es aceptable la confiabilidad. (Anexo VI, Tabla 1 y 2).

A partir de los datos captados por los ítems de la Dimensión I se caracterizó a los 74 encuestados: 34 son especialistas de MGI, de ellos 4 se desempeñan como jefes y profesores de grupo básico de trabajo y 30 como médicos de familia; 33 son residentes de MGI con desempeño de médico de familia como único puesto de trabajo para esta etapa de formación; 3 son especialistas de Medicina Interna y 4 de Ginecología y Obstetricia y todos se desempeñan como profesores del grupo básico de trabajo. (Anexo VII, Tabla 1, 2, 3, 4 y 5).

De los 30 especialistas de MGI que se desempeñan como médicos de familia; 8 tienen más de 20 años de graduados como especialistas, 8 entre 11 a 20 años, 9 entre 6 a 10 años y 5 entre 1 a 5 años. De los 33 residentes de MGI, 25 son de primer año y 8 de segundo año. (Anexo VII, Tablas 2 y 3).

Son profesores de grupo básico 11, de ellos 9 mujeres y 2 hombres. El rango de edad es entre 41 a 61 años. (Anexo VII, Tablas 6 y 10). De los 3 especialistas de Medicina Interna, 2 de ellos tienen más de 20 años de graduado y 1 entre 11 a 20 años. De los 4 especialistas en Ginecología y Obstetricia, 1 tiene más de 20 años de graduada y 3 entre 11 y 20 años. De los 4 jefes de grupo básico de trabajo, 2 tienen más de 20 años de graduados y 2 entre 11 y 20 años. (Anexo VII, Tablas 2, 4 y 5).

De los 63 médicos de familia (30 especialistas de MGI y 33 residentes), 50 son mujeres y 13 hombres. Las edades de los especialistas están en un rango de 25 a 61 años. 15 viven en casas consultorios. Las edades de los residentes están en un rango de 24 a 41 años. 5 viven en casas consultorios. (Anexo VII, Tablas 6, 7, 8 y 9).

Del total de los encuestados, 18 tienen categoría docente, de ellos 14 especialistas de MGI, 2 especialistas de Medicina Interna que son asistentes y 2 especialistas de Ginecoobstetricia que son instructores. De los 14 especialistas de MGI, 5 tienen categoría de asistentes y 9 de instructores. (Anexo VII, Tabla 11).

Poseen títulos de Máster 8 especialistas y 1 residente. De los 8 especialistas, 5 son de MGI, 1 de Medicina Interna y 2 de Ginecoobstetricia. De los especialistas de MGI, 1 es Máster en Salud Ambiental, 3 en Atención Integral a la Mujer y 1 en Bioenergética y Medicina Natural. El residente es Máster en Atención Primaria de Salud. El especialista de Medicina Interna es Máster en Longevidad Satisfactoria y los especialistas de Ginecoobstetricia son Máster en Atención Integral a la Mujer. (Anexo VII, Tabla 12).

Del total de los encuestados 24 han trabajado en zona rural, de ellos 18 especialistas y 4 residentes de Medicina General Integral, 1 especialista de Medicina Interna y 1 especialista de Ginecoobstetricia. (Anexo VII, Tabla 13). Del total de los encuestados 30 han cumplido misión internacionalista, de ellos, 22 especialistas y 4 residentes de MGI, 2 especialistas de Medicina Interna y 2 especialistas de Ginecoobstetricia. (Anexo VII, Tabla 14). De los 30 que han cumplido misión internacionalista 22 han realizado labor docente de pregrado y posgrado,

de ellos 18 especialistas y 2 residentes de MGI, 1 especialista de Medicina Interna y 1 especialista de Ginecoobstetricia. (Anexo VII, Tabla 15).

Desde el punto de vista cualitativo, más de la mitad de los médicos de familia encuestados poseen experiencia profesional de más de 10 años de desempeño; menos de la mitad de los especialistas o residentes de Medicina General Integral han realizado misiones internacionalistas desarrollando labores asistenciales y docentes. La mayoría de los médicos de familia son mujeres. Menos de la mitad de los médicos de familia viven en la casa consultorio. Las edades de los especialistas comprenden rangos de edad que llegan hasta la comprendida para el adulto mayor. Las edades de los residentes incluyen hasta los 41 años por lo que no siempre, la formación del especialista de MGI se desarrolla como un continuo partir de la graduación de médico general. No todos los profesores de grupos básicos de trabajo tienen categoría docente, aún existiendo la plaza no desean obtener dicha categoría. Menos de la mitad de los especialistas de Medicina General Integral poseen categoría docente. La minoría de los encuestados ha obtenido títulos de Máster. No hay médicos con grados científicos.

En los 4 **grupos focales** realizados participaron 40 personas, de ellos 16 especialistas y 20 residentes de MGI, 2 especialistas de Medicina Interna y 2 de Ginecología y Obstetricia. Poseen categoría docente 10 especialistas de MGI, los dos especialistas de Medicina Interna y una de las dos especialistas de Ginecología y Obstetricia.

4.2. Concepción de la especialidad Medicina General Integral

Para este elemento se utilizó los resultados que aportó la Dimensión II de la encuesta y los grupos focales. A continuación se presentan los resultados de la **encuesta**. Las respuestas corresponden a los 34 especialistas y 33 residentes de MGI encuestados.

La mayoría, tanto de los especialistas como de los residentes, se consideran capaces de desarrollar completamente: el modelo de egresado de la especialidad, declarado en el Programa de Formación del especialista de MGI (82%, 55) (Anexo VIII, Tabla 1); de realizar acciones de atención integral a la salud del individuo (92,5%, 62), a la familia (89,5%, 60), a la comunidad (91%, 61) y al ambiente (86,5%, 58); de identificar el enfoque biopsicosocial de la medicina (85%, 57); de identificar la especialidad como el médico que hace

promoción de salud (83,5%, 56); de identificar la especialidad con el médico que hace prevención (80,5%, 54). (Anexo VIII, Tablas 2, 3, 4).

Más de la mitad de los especialistas y de los residentes, consideran ser capaces completamente de identificar la relación familia-individuo en la producción de las afecciones a la salud (74,6%, 50); de identificar la relación comunidad-familia en la producción de las afecciones a la salud (64,1%, 43); de identificar la especialidad como el médico que cura en la comunidad (56,7%, 38) y de identificar la especialidad como el médico que hace rehabilitación (56,7%, 38). (Anexo VIII, Tablas 2, 3, 4).

En los resultados aportados por los **grupos focales** en relación a la pregunta ¿Qué le satisface de la especialidad de MGI?, los participantes manifestaron expresiones como las siguientes: ser guardián de la salud; ayudar a la comunidad; realizar medicina preventiva; atender integralmente a la familia; la relación que se establece con las familias porque el médico se hace parte de ellas; la atención médica a todos los grupos de personas; el seguimiento a las enfermedades. Con respecto a la pregunta ¿Qué no le satisface de la especialidad de MGI? Los pronunciamientos se encaminaron a resaltar el trabajo en exceso y el papeleo innecesario, “el papeleo que uno debe llevar, no soy secretario”; el maltrato de la población al médico; la falta de recursos; tener siempre la culpa de los incumplimientos; el aumento del número de familias por médicos que no permite realizar el trabajo adecuadamente; tener muy poco tiempo para estudiar. (Anexo XI)

Estos resultados son satisfactorios si tenemos en cuenta que la especialidad tiene 30 años y que ha enfrentado un modelo de práctica médica con predominio del enfoque biologicista. El hecho de manifestar el apego al concepto de guardián de la salud ejemplifica el apoderamiento de la concepción de la especialidad, y a su vez la posibilidad del desarrollo de un nuevo tipo de práctica médica. Esto se reafirma en que la mayoría de especialistas y residentes se consideran capaces de identificar la especialidad con el médico que hace acciones de promoción y prevención. Más de la mitad (56,7%), pero no la mayoría, de los encuestados se consideran capaces completamente de identificar la especialidad como el médico que cura en la comunidad o que hace

rehabilitación, este aspecto merece ser motivo de investigación para profundizar en las causas, sean estas por déficit de recursos materiales, de preparación para el desempeño u otras.

4.3 Currículo. Modelo del especialista de Primer Grado de Medicina General Integral

Para el elemento currículo en su atributo Modelo del especialista de Primer Grado de MGI en sus tres perfiles se utilizó la Dimensión III de la encuesta.

Los resultados del perfil político ideológico de la mayoría de especialistas y residentes son los siguientes: sobre la concepción científica del mundo (83,5%,56) son capaces completamente de utilizar los conocimientos científicos y habilidades profesionales en la solución de los problemas que enfrenta; sobre su desempeño como especialista del Sistema Nacional de Salud (83,5%,56) consideran que con su actuación cotidiana contribuyen a mantener nuestro sistema social; 76,1% (51) consideran estar dispuestos a brindar sus servicios en cualquier lugar que el país lo requiera; 77,6% (52) desean cumplir una colaboración internacional; 80,5% (54) están preparados para desarrollar las tareas de defensa del país; 85% (57) consideran realizar acciones de dispensarización con pensamiento biopsicosocial.

Sobre el Código de Honor del Médico de Familia, más de la mitad de especialistas y residentes (71,6%,48) refieren lo conocen completamente y lo cumplen completamente (58,2%, 39). Menos de la mitad de especialistas y residentes (43,2%, 29) consideran que satisfacen las necesidades de atención que requiere la población del médico de la familia. (Anexo IX, Tabla 1,2 y 3).

La mayoría de los especialistas y residentes consideran alcanzar las cualidades que deben mostrar en su práctica según se define en el perfil político ideológico en sentido general, siendo la cualidad que se valora con mejor resultado el humanismo y la de menor valoración la abnegación. Los resultados completos pueden apreciarse en la tabla 3 en la variable Cualidades del Anexo IX que es la base para el gráfico 1.

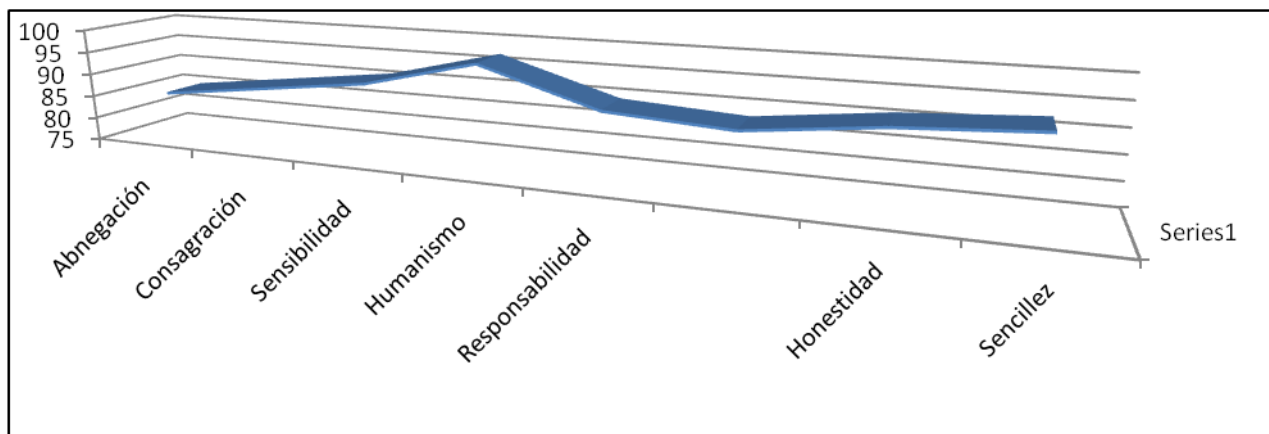


Gráfico 1 Valoración del alcance de las cualidades que determina el perfil político ideológico según **especialistas y residentes**.

Por otra parte no todos los encuestados tienen disposición a brindar sus servicios donde se necesite y más de la mitad de los encuestados consideran que con su trabajo no se satisface completamente las necesidades de atención que requiere la población del médico de familia, lo cual pudiera estar en correspondencia con múltiples causas las que deben ser valoradas y asociadas a la influencia que pudieran ejercer en el proceso de formación del especialista.

En cuanto al perfil profesional se obtienen los siguientes resultados: sobre la función de atención médica integral, la mayoría, entre el 75% a 99% de los especialistas y residentes, refieren ser capaces completamente de realizar atención médica integral; detectar las características inherentes a los grupos de población priorizados; realizar acciones de promoción de salud para lograr cambios positivos en los conocimientos, hábitos y costumbres higiénico sanitarias de su población; realizar dispensarización a la población; realizar historias clínicas individuales y de salud familiar; utilizar el método clínico, epidemiológico con enfoque social; evaluar exámenes complementarios; hacer el pronóstico de enfermedades; extender documentos médico legales; realizar atención médica integral a los pacientes en estadio terminal en su hogar; realizar análisis de la situación de salud; decidir la realización de interconsultas con otras especialidades; evaluar el estado nutricional y orientar acciones según

edad, sexo y problema de salud; colocar dispositivo intrauterino; colocar espéculo; realizar tacto vaginal; realizar examen de mama; realizar eversión de párpados; prueba citológica y realizar sutura de heridas superficiales. (Anexo IX, Tablas 4,5 y 6).

Más de la mitad, entre el 51% a 74,9% de los especialistas y residentes consideran ser capaces completamente de actuar para modificar problemas que puedan constituir factores de riesgo a la salud de la comunidad; detectar cualquier riesgo biológico, psicológico, social y ambiental; realizar acciones de prevención de enfermedades y daños a la salud de su población; orientar actividades de rehabilitación física, mental y social; utilizar el ingreso en el hogar como práctica sistemática en la atención médica integral; brindar atención médica de urgencia en la comunidad; evaluar el estado de satisfacción de la población; asegurar la coordinación para la atención a un paciente o su familia entre los profesionales del sistema de salud; mantener la continuidad de la atención cuando requiere la competencia de otros especialistas de otro nivel de atención; realizar entrevista médica y examen físico integral a personas sanas o enfermas; aplicar anestesia local; realizar incisión y drenaje de un absceso; extraer cuerpos extraños en orificios accesibles; realizar vendaje y cura de heridas; interpretar radiografías; colocar sonda vesical; realizar prueba de Schiller; indicar y tomar muestra de gota gruesa a febriles y diagnosticar tempranamente la tuberculosis. (Anexo IX, Tablas 4,5 y 6).

Menos de la mitad, entre 49,9% a 26% de los especialistas y residentes consideran ser capaces completamente de realizar actividades de rehabilitación física, mental y social; realizar acciones de salud con la participación activa de su población y en estrecha vinculación con las organizaciones políticas, sociales y estatales; realizar parto normal; realizar tacto rectal; aplicar torniquetes y hemostasia por vendaje compresivo y pinza; hacer balance hidromineral; realizar resucitación cardiopulmonar; inmovilizar fracturas; realizar tratamiento inicial del quemado; interpretar informes de tomografías; interpretar informes de resonancias magnéticas; colocar sonda nasogástrica y tomar muestra para exudado uretral. (Anexo IX, Tablas 4,5 y 6).

La minoría, 25%o menos de los especialistas y residentes consideran ser capaces completamente de medir presión venosa central; realizar fondo de ojo y realizar otoscopia. (Anexo IX, Tablas 4,5 y 6).

Los residentes obtienen mejores resultados que los especialistas en 27 conocimientos/habilidades de la función de atención médica integral (49%). (Anexo IX, Tablas 7 y 8).

Sobre la función docente educativa la valoración de los especialistas y residentes fue la siguiente: la mayoría, entre 75% a 99%, se consideran capaces completamente de realizar actividades de educación para la salud con su población; más de la mitad, entre 74,9% a 51%, se consideran capaces completamente de capacitar a brigadistas sanitarias para realizar actividades educativas en función de la salud; de realizar técnicas grupales en la educación para la salud y de desarrollar el autoestudio y la autoevaluación; menos de la mitad, entre 49,9% a 26%, se consideran capaces completamente de realizar actividades docentes en actividades de pregrado y realizar actividades como docentes en las actividades de postgrado.(Anexo IX, Tablas 4,5 y 6).

Sobre la función de investigación la valoración de los especialistas y residentes mostró los siguientes resultados: más de la mitad, entre 74,9% a 51%, se consideran capaces completamente de aplicar el método científico en la práctica profesional y de realizar el análisis de la situación de salud como un proceso de investigación continua integrado en su actividad de prestación de servicios; menos de la mitad, entre 49,9% a 26%, se consideran capaces completamente de participar en eventos científicos, utilizar las nuevas tecnologías de la información y la comunicación para la superación profesional y la investigación científica en el campo de la atención primaria de salud y la MGI y de desarrollar investigaciones científicas a partir de los problemas identificados por el análisis de la situación de salud de su población; la minoría 25% o menos, se consideran capaces completamente de participar en investigaciones que se desarrollan desde otros niveles de atención del sistema de salud y de publicar artículos o investigaciones. (Anexo IX, Tablas 4,5 y 6).

Sobre la función de administración, la valoración de los especialistas y residentes fue la siguiente: la mayoría, entre 75% a 99% se considera capaz completamente de dirigir el equipo de salud de su consultorio; menos de la mitad, entre el 49,9% a 26%, se consideran capaces completamente de organizar el trabajo en el consultorio según lo establecido por el PME 2011, de realizar coordinaciones intersectoriales y de utilizar el análisis de la situación de salud para organizar y planificar su trabajo.(Anexo IX, Tablas 4,5 y 6).

Sobre la función especial, la valoración de los especialistas y residentes mostró los resultados siguientes: más de la mitad, entre 74,9% a 51%, se consideran capaces completamente de identificar qué tipo de daños a la salud individual se produce ante estos eventos, y de aplicar medidas preventivas en el orden individual, familiar y comunitario para evitar graves consecuencias por desastres; menos de la mitad, entre 49,9% a 26%, se consideran capaces completamente de detectar que tipo de desastres o situaciones de emergencia pueden dañar la comunidad que atienden. (Anexo IX, Tablas 4,5 y 6).

El resultado final del perfil profesional no es satisfactorio si se tiene en cuenta que ningún conocimiento/habilidad es considerado con capacidad de desarrollar completamente por la totalidad de los especialistas y residentes. Los mejores resultados se obtuvieron en la función de atención médica integral, donde la mayoría es capaz de desarrollar completamente el 38,1%, 21 de los conocimientos y habilidades. Le sigue, en mejores resultados obtenidos, la función de administración, donde la mayoría se considera capaz de desarrollar completamente el 25%, 1 de los conocimientos/habilidades. Continúa la función docente educativa, donde la mayoría de los especialistas y residentes se consideran capaces de desarrollar completamente el 16,6%, 1 de los conocimientos/habilidades. Después presentan mejores resultados la función especial donde más de la mitad de los especialistas y residentes se consideran capaces de desarrollar completamente el 66,6%, 2 de los conocimientos/habilidades. Por último la función investigativa dónde más de la mitad de los especialistas y residentes son capaces de desarrollar completamente el 28,5%, 2 de los conocimientos/habilidades. (Anexo IX. Tabla 9).

Sobre el perfil ocupacional se obtienen los datos siguientes: la totalidad de los especialistas y residentes no se consideran capaces completamente de desarrollar ninguno de los puestos de trabajo. El único puesto de trabajo que la mayoría considera capaz de desarrollar completamente es el consultorio médico en zona urbana (89,5%, 60). (Anexo IX, Tabla 10).

De los tres perfiles los mejores resultados se obtienen en el perfil político ideológico porque la mayoría de los especialistas y residentes de MGI se consideran capaces de desarrollar completamente 15 de los

conocimientos/habilidades/actitudes declaradas, lo que representa el 83,3% del total. Le sigue los resultados del perfil profesional en el que la mayoría de los especialistas y residentes son capaces de desarrollar completamente 21 de los conocimientos/habilidades, el 38,1% del total y por último el perfil ocupacional donde sólo la mayoría de los especialistas y residentes se consideran capaces de desarrollar completamente su desempeño como especialistas de MGI en un consultorio médico de familia en zona urbana.

4.3.1 Currículo. Principio científico pedagógico educación en el trabajo.

Para el elemento currículo en su atributo educación en el trabajo se utilizó la Dimensión IV de la encuesta dedicada al profesor y al residente. Fueron encuestados los 10 médicos de familia con categoría docente y los 11 profesores de grupo básico de trabajo. De estos, 1 especialista de Medicina Interna y 2 especialistas de Ginecología y Obstetricia no tienen categoría docente. (Anexo VII, Tabla 16).

Sobre las actividades de educación en el trabajo (Anexo X, Tabla 1), los mejores resultados se expresan en la realización de la consulta, las visitas de terreno, la interconsulta y el ingreso en el hogar, en los que la mayoría, entre el 75% al 99%, o más de la mitad, entre el 51% al 74,9%, de los encuestados confirman que se realizan en su policlínico. Menos de la mitad de los encuestados, entre el 49,9% a 26%, coinciden en la realización de la discusión del análisis de la situación de salud y la minoría, 25% o menos, de los encuestados coinciden en la realización de la clínica radiológica y la discusión de fallecidos. No coincide el resultado de los profesores con el de los residentes sobre la realización de la clínica epidemiológica. Los resultados en porcentajes se expresan en el Gráfico 2. (Anexo X, Tabla 2).

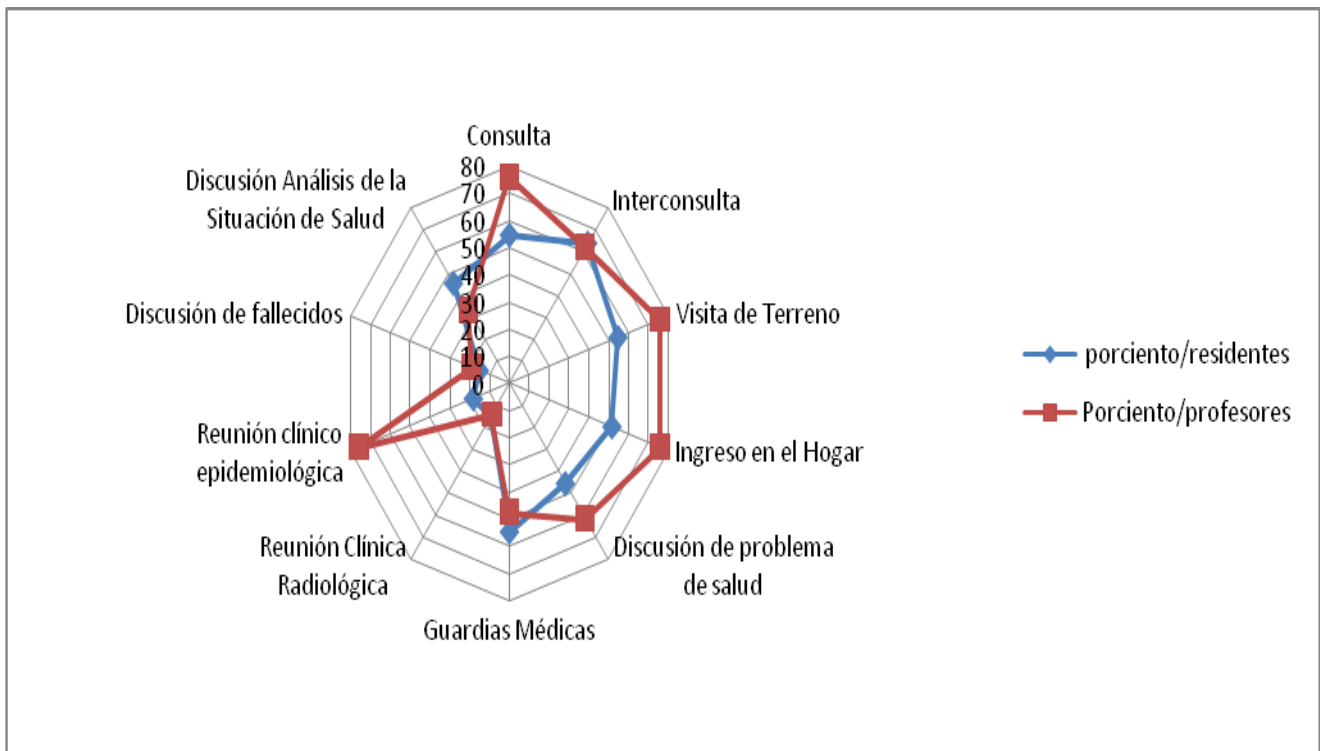


Gráfico 2 Porcentaje de especialistas y residentes que confirman estas actividades como docentes

4.3.2 Currículo y programa analítico

Para el programa analítico se utilizó la revisión documental y los resultados de los grupos focales. Los resultados que se presentan a continuación se organizaron en problemas de salud según el individuo sano, en riesgo, enfermo o discapacitado, según la familia, según la comunidad y según el ambiente. (Anexo XI y XII, Tabla 1).

Para identificar los problemas de salud que atiende en la práctica el especialista en su puesto de trabajo del consultorio del médico de la familia y en los servicios de urgencia del policlínico como ámbitos de trabajo y formación se realizó una revisión documental que permitió inventariar 173 problemas de salud. Los problemas de salud relacionados con el individuo enfermo se organizaron agrupándolos en enfermedades transmisibles y enfermedades no transmisibles. Las enfermedades que aparecen nombradas son a partir de diagnósticos fundamentalmente clínicos.

Revisión documental: el análisis de contenido del documento Entrega de guardia médica de policlínicos del Cerro, durante el año 2012 aportó la siguiente información: para la edad pediátrica se reportan como atenciones

médicas los siguientes diagnósticos de urgencia: convulsiones, apendicitis, deshidratación hidroelectrolítica, síndrome doloroso abdominal, intento suicida por ingestión de medicamentos, debut diabetes mellitus tipo I, crisis aguda de asma bronquial, cuerpos extraños. Para las mujeres con afecciones ginecoobstétricas se presentaron las siguientes urgencias: trabajo de parto, amenaza de parto inmaduro, aborto en curso, sospecha de embarazo ectópico, complicaciones aborto farmacológico, enfermedad hipertensiva gravídica. En los adultos hombres y mujeres se presentaron: urgencia hipertensiva, emergencia hipertensiva, edema agudo del pulmón, bradicardia, taquicardia sinusal, accidente transitorio isquémico, síndrome coronario agudo con elevación del ST, síndrome coronario agudo sin elevación del ST, diabetes mellitus descompensada, síndrome oclusivo, traumatismos, quemaduras, crisis aguda de asma bronquial, abdomen agudo quirúrgico, heridas por arma blanca, sangramiento digestivo alto, hipoglicemia, intento suicida por ingestión de medicamentos, colecistitis aguda, convulsión aguda, deshidratación, intoxicación alcohólica, reacción situacional, shock hipovolémico, insuficiencia respiratoria, paro cardiorrespiratorio, cólico nefrítico.

A partir del análisis de los documentos Cuadro de salud de La Habana y del municipio Cerro de los años 2010 a 2012 y las hojas de cargo del año 2012 de 7 consultorios médicos de la familia, uno de cada grupo básico de trabajo del municipio se captó la siguiente información: en relación al individuo sano, en el consultorio médico de la familia se realiza consulta a lactantes, puericultura a niños y adolescentes, consulta a embarazadas, a púerperas, a mujeres en etapa de climaterio y a personas aparentemente sanas. En relación a individuos con riesgos, se atienden los siguientes: riesgo de mordedura de animal (perros, gatos, roedores); riesgo de viajeros, entre ellos procedentes de áreas endémicas de paludismo, dengue; riesgo por consumo de drogas, riesgo preconcepcional, alcoholismo, ancianos solos; hábito de fumar en general y hábito de fumar en la adolescencia, stress, chequeo pre empleo. En relación al individuo enfermo, se atendieron pacientes con las enfermedades transmisibles siguientes: infección respiratoria alta, influenza A H1N1, tuberculosis, tuberculosis extrapulmonar, meningoencefalitis viral, meningoencefalitis bacteriana, herpes zoster, varicela, escarlatina, enfermedad diarreica aguda, hepatitis viral, shigelosis, cólera, sífilis, blenorragia, síndrome de inmunodeficiencia adquirida, condiloma acuminado, síndrome de flujo vaginal, herpes genital, rabia, leptospirosis, dengue, conjuntivitis hemorrágica,

síndrome de secreción uretral, lepra, neurotoxoplasmosis, contaminaciones hídricas, contaminaciones de alimentos, pediculosis, escabiosis, pitiriasis versicolor, epidermofitosis, infección urinaria, estomatitis, síndrome febril inespecífico, parasitismo intestinal: oxiuriasis, giardiasis, amebiasis, fasciola hepática; absceso molar, celulitis, enfermedad inflamatoria pélvica, onicomicosis, paroniquia, mononucleosis infecciosa, leptospirosis, paludismo. Se atendieron individuos con las enfermedades no transmisibles siguientes: hipertensión arterial, diabetes mellitus, tumores malignos, trastornos valvulares no reumáticos, demencia senil, cirrosis hepática, obesidad, sobrepeso, desnutridos, bajo peso al nacer, afecciones de la ginecología infanto juvenil, anemia, intento suicida, adicciones, insuficiencia renal. reacciones adversas a vacunas y a medicamentos, maltrato infantil, violencia familiar, depresión, gastritis, úlcera péptica, esofagitis por reflujo, enfermedades mentales: neurosis ansiosa y neurosis depresiva, postrados, pacientes en estadio terminal, enfermedades de la piel: psoriasis, dermatosis; alergias, migraña, cefalea, epilepsia, enfermedades del sistema osteomuscular: tendinitis, sacrolumbalgia, cervicalgia, artrosis, artralgia, contusión, esguince, ciatalgia, bursitis; insuficiencia venosa, trastornos menstruales, colitis ulcerativa idiopática, pacientes en estado postoperatorio, artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico, lupus discoide, mieloma múltiple, hiperplasia de próstata, mareo, pie diabético, enfermedad de la mama, constipación, calambres, quemaduras, hipotiroidismo e hipertiroidismo, gota, hiperuricemia, cólico nefrítico, síndrome nefrótico, linfoma no Hodking, afecciones de la refracción: miopía e hipermetropía y cataratas. Se atendieron embarazadas con las afecciones siguientes: VIH, sepsis vaginal, herpes vaginal, anemia, hipertensión arterial, diabetes mellitus, ruptura prematura de membrana, gemelaridad, trauma postcoito, crecimiento intrauterino retardado, embarazo en la adolescencia. En el individuo enfermo se presentan más de un problema de salud: individuo con hipertensión arterial y úlcera gástrica, individuo con diabetes mellitus e hipertensión arterial. En relación al individuo discapacitado: encamados por discapacidades, retraso mental, discapacidad motora, parálisis cerebral infantil, sordomudo, secuelas de enfermedad cerebrovascular.

En relación a la familia: disfunción familiar, problemas escolares, problemas sociales, alcoholismo. En relación a la comunidad: problemas sociales, lucha contra vectores, charla educativa, audiencias sanitarias. En relación al ambiente: microvertederos de basura.

En el documento modelo estadístico No. 241-416-03 del Ministerio de Salud Pública sobre consultas externas con datos del municipio Cerro del primer semestre del año 2013: la dirección municipal de salud reporta 2 245 consultas a personas sanas, y 3 414 a personas con riesgo de enfermedades, 3 567 consultas de chequeo pre empleo, 855 consultas por riesgo preconcepcional, 9 815 consultas a personas enfermas y 272 consultas a personas discapacitadas.

Según los resultados aportados por los **grupos focales** de la pregunta ¿Qué problemas de salud atienden con más frecuencia?, se reconocen como más frecuentes en el individuo: en las personas sanas, la atención a recién nacidos y lactantes, en las personas con riesgo el hábito de fumar, el alcoholismo, en los enfermos las urgencias, las enfermedades respiratorias, especialmente la faringoamigdalitis en los niños, el síndrome de flujo vaginal, el dengue, la sepsis urinaria, la hipertensión arterial, las enfermedades de transmisión sexual, las enfermedades mentales, entre ellas la depresión, la ansiedad y la conducta suicida, la hiperlipidemia, la diabetes mellitus, enfermedades del tiroides, anemia, pacientes en estadio terminal, las enfermedades en el adulto mayor, específicamente la neumonía y el deterioro cognitivo, el “paciente oncológico”, se aprecia un aumento de la gastritis; en los discapacitados, los pacientes postrados y las secuelas de las enfermedades cerebrovasculares. Se reconoce el embarazo en la adolescencia, se destaca que comienzan a verse problemas de ginecología a muy temprana edad, a consecuencia de las relaciones sexuales tempranas en adolescentes, incluyendo edades de 12 y 13 años, en los que resulta difícil decidir cuál método anticonceptivo se utiliza y de qué manera se logra la protección para evitar las enfermedades de transmisión sexual. Sobre los problemas de salud más frecuentes en la atención a la familia refieren las disfunciones familiares, el maltrato infantil, la violencia, los problemas escolares, la infertilidad. Sobre los problemas de salud más frecuentes en la atención a la comunidad refieren el control del *Aedes aegypti* y de otros vectores. Sobre los problemas de salud relacionados con el ambiente, refieren como problema fundamental la disposición de la basura.

Los grupos focales permitieron inventariar 34 problemas de salud que se encuentran en los 173 problemas de salud identificados en la revisión documental.

4.4 El profesor

Para el elemento profesor se utilizó la Dimensión IV de la encuesta y los grupos focales.

El resultado de la **encuesta** es el siguiente: sobre la función de orientador, la mayoría de los profesores (20, 95,2%) refieren que conocen el programa, 1 (4,76%) no lo conoce. Más de la mitad de los profesores (66,6%,14) consideran que se corresponden parcialmente los contenidos del programa de la especialidad con la práctica en el consultorio médico de la familia. 6 profesores (28,5%) consideran que se corresponden completamente y 1 (4,76%) profesor refiere que no sabe. Refieren que los residentes le han solicitado atención en relación a las tesis de grado, a la atención a gestantes, a la documentación legal, al examen físico, al manejo de los casos. (Anexo XIII, Tablas 1, 2, 3 y 4). Sobre la superación profesional y profesoral, la minoría (9,5%, 2) dedican tiempo a su autosuperación todos los días, menos de la mitad (28,5%, 6) dedican cuatro horas a la semana, menos de la mitad (28,5%, 6) dedican dos horas a la semana, la minoría (9,52%, 2) refieren que poco y la minoría (23,8%,5) refieren que nada. (Anexo XIII, Tabla 5). Son tutores principales 14 profesores, de ellos 4 no son de la especialidad MGI (Anexo XIII, Tabla 6 y 7). Sobre el tiempo de encuentro profesor-residente, menos de la mitad (33,3%, 7) refieren que cada vez que los residentes lo necesitan, la minoría (23,8%, 5) refieren que diario, ninguno dos veces a la semana, 1(4,76%) una vez a la semana, 2 (9,5%), una vez cada 15 días y 6 (28,5%) no tienen encuentro con los residentes. (Anexo XIII, Tabla 8).Más de la mitad (52,3%, 11) considera que la literatura científica está actualizada y menos de la mitad (47,6%, 10) consideran que la literatura no está actualizada (Anexo XIII, Tabla 9).Sobre los modos de actuación de los residentes, 1 profesor los considera de excelente, 15 profesores lo consideran de bien y 5 profesores lo consideran de regular. (Anexo XIII, Tabla 10).

Los resultados del **grupo focal** son los siguientes: sobre ¿Qué aspectos de la organización del consultorio favorecen o no el aprendizaje de los residentes? estos refieren como aspectos positivos la interconsulta, el análisis de la situación de salud, la atención periódica a los programas priorizados, la relación médico familia, la

práctica diaria, la atención integral de la gestante y del adulto mayor, el hecho de que cada residente tenga garantía de un consultorio donde labora y permite el estudio y trabajo, y como aspectos que no lo favorecen el hecho de que las interconsultas sólo son con especialidades básicas, no se cuenta con todos los tutores para los residentes, documentos burocráticos que piden continuamente, falta de profesores en los grupos básicos de trabajo, llevar a cabo múltiples programas con el número de población actual, falta de recursos, exceso de reuniones, diferentes criterios técnicos en cuanto al manejo de casos, residentes de primer año trabajando solos en consultorios, “no hay tiempo para ser tutor”. Se expresa que ante la situación de las epidemias los especialistas de Medicina Interna, Pediatría y Ginecoobstetricia tienen que valorar a los pacientes con afecciones y eso cambia la dinámica de trabajo (Anexo XI). Sobre ¿Qué aspectos positivos y negativos tiene la formación de la especialidad y qué sugiere para mejorarlo? los profesores no señalan elementos positivos; como elementos negativos manifiestan que los libros de otras especialidades son escasos y poco accesibles; aumento de programas con un solo ejecutor e interrupciones por epidemias; como propuestas: “Ser más operativos y menos escribanos”; “llevar menos papeles y actuar más como médicos”; “la asistencia se come a la docencia”; necesidad de cursos de actualización, incrementar a tres años la residencia; permitir el uso de INTERNET; unificar criterios para la atención a grupos específicos; evaluar el tiempo que utiliza el médico en reuniones; mejorar los medios de enseñanza; desarrollar más actividad docente en la guardia médica. (Anexo XI).

Sobre el profesor sólo son satisfactorios los resultados relacionados con el conocimiento de su rol orientador para la docencia. Lo que se contrapone con los resultados del tiempo que dedican a su labor como tutor y a su superación profesional, lo que se ejemplifica en la frase “la asistencia se come a la docencia”. No es positivo que profesores de otras especialidades sean tutores principales para la formación de los residentes de Medicina General Integral.

4.5 El residente

Para el elemento residente se utilizó la Dimensión IV de la encuesta y los grupos focales.

Los resultados de la **encuesta** son los siguientes: la mayoría de los residentes (93,9%, 31) refieren que conocen el programa de formación; la minoría (6%, 2) refieren que no lo conocen. Más de la mitad (51,5%,17) de los

residentes consideran que se corresponden parcialmente los contenidos del programa de formación con la práctica médica en el consultorio; menos de la mitad (39,3%, 13) consideran que se corresponden totalmente y 1 (4,76%) refiere que no se corresponde. Refieren necesitar atención del docente para la atención a gestantes, certificado de defunción, actualización de tratamientos, manejo en el consultorio, manejo de protocolos de actuación, protocolo de investigación, elaboración del análisis de la situación de salud. (Anexo XIII, Tabla 11, 12 y 13). Sobre el tiempo de autoestudio menos de la mitad (39,3%,13) tratan de estudiar diariamente, la minoría, (15,1%,5) cuatro horas a la semana, la minoría (18,1%,6) dos horas a la semana, la minoría (6,06%,2) poco y la minoría (21,2%,7) nada. (Anexo XIII, Tabla 14). Sobre el tutor, la minoría (18,1%, 6) no tienen tutor principal. (Anexo XIII, Tabla 15). (Se trata del Policlínico Abel Santamaría donde no todos los residentes tenían tutor, esta situación se solucionó en Septiembre del año 2013). Sobre los encuentros profesor residentes, menos de la mitad (48,4%, 16) consideran que estos se efectúan cada vez que ellos lo necesitan, la minoría (9%, 3) refieren que una vez a la semana, la minoría (24,2%, 8) refieren que una vez cada quince días y la minoría (18,1, 6) refieren que nunca. (Anexo XIII, Tabla 16). Más de la mitad (63,6%, 21) considera que la literatura científica está actualizada. Menos de la mitad (36,3%, 12) consideran que la literatura científica no está actualizada. (Anexo XIII, Tabla 17). Los residentes se valoran en su modo de actuación siete de excelente y 26 de bien. (Anexo XIII, Tabla 18).

Los resultados de los **grupos focales**: sobre ¿Qué aspectos de la organización del consultorio favorecen o no el aprendizaje de los residentes? los residentes refieren el trabajo en la comunidad con individuos de diferentes estilos de vida, factores de riesgo, enfermedades; la mesa de la enfermera en el recibidor del consultorio que permite evitar las interrupciones continuas a la consulta; la confección de historias clínicas individuales y de salud familiar, las reuniones del grupo básico de trabajo. Como aspectos que no favorecen la formación refieren pérdida de tiempo por papeleo, las condiciones de los instrumentos de trabajo, la falta de guantes, medicamentos, las reuniones de los puestos de mando, el tamaño poblacional a atender es demasiado, exigir a los pacientes que cumplan con el banco de sangre, hay que escribir demasiado en la historia clínica. (Anexo XI). Sobre ¿Qué aspectos positivos y negativos tiene la formación de la especialidad y qué sugiere para mejorarlo?

consideran sobre aspectos positivos: la formación integral, se “amplía el pensamiento” y la rotación por los servicios hospitalarios. Aspectos negativos: mucha carga a los residentes desde el punto de vista asistencial, no se brinda material de estudio, maltrato en los hospitales. Hay pocos docentes y no hay pediatra, “considero que un residente de primer año no debe quedarse solo en el consultorio”. Como propuestas: acceso a la literatura más actualizada, que es digital, se requiere de libros de texto impresos; necesidad de más cursos para poder ampliar conocimientos, el residente de primer año debe tener un tutor, realizar rotaciones en el hospital a tiempo completo, en estancias y no a tiempo parcial, oportunidad de acceder a correos electrónicos. (Anexo XI).

El análisis de ambos resultados permite considerar que el residente conoce su programa de formación, refiriendo que este coincide parcialmente con la práctica en su consultorio médico de la familia. Menos de la mitad de los residentes no son atendidos por el tutor principal y menos de la mitad estudian poco o nada. En el proceso docente educativo de la especialidad se detectan dos posibles brechas del conocimiento relacionadas con el tiempo del residente para su proceso de autoformación en el desarrollo de la práctica médica y la relación del residente con la pirámide docente de su formación. Esta última a partir de tutores que no son de la especialidad, de los residentes que no son atendidos por tutores y en el caso de los que lo tienen de lo especiado de los encuentros tutor/residente.

4.6 Ámbito de la formación

Para el ámbito de la formación se utilizó la Dimensión V de la encuesta y la revisión documental. Los resultados de la **encuesta** son los siguientes:

Acceso geográfico por consultorio médico de la familia: 40 (54,5 %) médicos refieren que el consultorio atiende entre 1001 y 1500 habitantes, 4 (5,4%) médicos refieren que la cifra sobrepasa los 1 500 habitantes. 30 (44,7%) refieren que el universo abarca entre 1000 y 600 habitantes. Sobre el promedio de atención a pacientes en un día en consulta, más de la mitad (48,6%, 36) médicos atienden entre 11 y 20 pacientes y menos de la mitad (22,9%, 17) atienden más de 20 pacientes. 21 médicos (28,3%) refieren que atienden 10 o menos pacientes al

día. Más de la mitad de los médicos (63,5%, 47) refieren que se realizan las consultas deslizantes; 27 médicos, el 36,4%, refieren que no se realizan consultas deslizantes. (Anexo XIV, Tabla 1, 2 y 3).

Puerta de entrada: más de la mitad (70,2%, 52) de los encuestados consideran que sí existe una política que define que se requiere primera consulta con el médico de la familia en el consultorio antes que el paciente reciba atención de un médico de otra especialidad en el policlínico o en el hospital; 22 (29,7%) médicos refieren que no existe esta política. Más de la mitad (51,3%, 38) no saben aproximadamente qué cantidad de consultas de otras especialidades ocurren sin ser derivados desde el consultorio en la atención primaria; 2 (2,7%) consideran que la totalidad de las consultas ocurre sin ser derivado de la atención primaria; 34 médicos (45,9%) consideran que la mayoría de las consultas no se derivan desde la atención primaria. (Anexo XIV, Tabla 4 y 5).

Puerta de cada familia: los resultados de la **revisión documental** son los siguientes, en el documento modelo estadístico No. 241-416-03 del Ministerio de Salud Pública sobre consultas externas con datos del municipio Cerro del primer semestre del año 2013, la dirección municipal de salud reporta realizados por médico de la familia 7 452 terrenos en su hogar a niños sanos, 4 122 a niños enfermos, 4 747 a gestantes, 15 522 a adultos y 13 108 a adultos mayores.

Integralidad: los resultados de la **encuesta**, (Anexo XIV, Tabla 6 y 7), son los siguientes, menos de la mitad de los encuestados consideran existen en el área de salud los cuidados primarios para resolver definitivamente los problemas de salud comunes de los siguientes estratos poblacionales de niños, adolescentes, adultos, mujeres gestantes y ancianos. Sobre la estimación de que según la población que lo requiere todos reciben los servicios, la mayoría considera que definitivamente todos reciben los cuidados del recién nacido. Más de la mitad de los encuestados consideran que todos reciben los cuidados prenatales, los cuidados a la puerpera y los cuidados durante el primer año de vida. Menos de la mitad de los encuestados consideran que definitivamente todos reciben los servicios de planificación familiar, cuidados al niño de 1 año y más hasta los 5 años, consejería sobre el tabaco y el alcohol y tratamiento a los pacientes con problemas mentales más comunes.

Los resultados de la **revisión documental**. (Anexo XV Evaluación de las transformaciones necesarias del sistema de salud en el municipio Cerro) documento Informe de la Dirección Municipal de Salud del Cerro sobre la situación de las transformaciones necesarias en el Sistema Nacional de Salud Julio 2013: actualmente se mantiene en cada policlínico un servicio de laboratorio clínico, de rayos x y la urgencia médica sin el servicio de trombolisis. El servicio de ultrasonido se brinda en el Policlínico Antonio Maceo y en seis hospitales. El servicio de optometría en dos policlínicos. El servicio de genética se brinda en el Policlínico Cerro, el de endoscopia en el Policlínico Héroes de Girón, y el servicio de regulación menstrual en el Policlínico Abel Santamaría. La integralidad de los servicios se aprecia en los datos de la dispensarización por grupos que muestran la atención en el consultorio médico independientemente del estado de salud del individuo: 44 203 se clasifican como personas supuestamente sanas, 30 235 como personas con riesgo, 49 909 como enfermas y 2 611 como discapacitadas. (Anexo XVI, Informe de evaluación de los servicios en atención primaria de salud, agosto 2013).

Coordinación: los resultados de la **encuesta** son los siguientes, el sistema de referencia con otras instituciones de la salud es usado por la mayoría de los encuestados (77,02%, 57); refieren que no lo utilizan 17 (22,9%. Sobre el recibimiento de contrarreferencia de la institución a la que refirió el paciente, 67,5%, 50 refieren no reciben nada y 35,8%, 24 refieren que sí reciben contrarreferencia. (Anexo XIV, Tabla 8 y 9).

Los resultados de los **grupos focales** son los siguientes: sobre ¿Cómo valora la atención secundaria el trabajo del médico de la familia? refieren que en la atención secundaria subvaloran el trabajo de la atención primaria, “denigran nuestros conocimientos; delegan funciones en nosotros; faltan a la ética; también están los que valoran bien el trabajo; algunos consideran que “somos sus secretarios” y lo valoran positivamente si antes fueron médicos de la familia. Como aspecto principal se plantea el hecho de que los pacientes llegan diciendo que se vieron por el médico en el hospital y este les dijo que las recetas y certificados médicos a medicamentos se daban en su consultorio. (Anexo XI).

Continuidad, el resultado de la **revisión documental** es el siguiente: documento Informe de evaluación de los servicios en atención primaria de salud. (Se muestra por los pacientes ingresados en el hogar). Total de ingresos en el hogar en el año 2012: 477 pacientes; en el primer semestre del año 2013: 288 pacientes. (Anexo XVI).

Participación social: los resultados de la **encuesta** son los siguientes, la minoría de los encuestados (13,5%, 10) consideran que la población participa activamente en la solución de los problemas de salud de su comunidad; 86,4%, 64 consideran que la población no participa activamente en la solución de los problemas de salud de la comunidad. Sobre el trabajo con los distintos sectores para la solución a los problemas de salud (27%, 20) trabajan con ellos; 72,9%, 54 médicos no trabajan con los distintos sectores. (Anexo XIV, Tabla 10,11).

El resultado de los **grupos focales** es el siguiente: sobre ¿Cómo valora la población el trabajo del Médico de la Familia? consideran que la población valora su trabajo de bueno y queda satisfecha; que otros no lo valoran, que prefieren la atención secundaria, y que a otros le es indiferente. Se manifestó que es difícil el trabajo con la población pero que de manera general hay un reconocimiento a la labor del médico. (Anexo XI).

El análisis de los resultados obtenidos sobre el ámbito de la formación permite considerar que en el consultorio médico de la familia el acceso se encuentra en el rango de 600 habitantes a más de 1 500 habitantes. No se conoce si el consultorio médico de la familia es utilizado como puerta de entrada al Sistema Nacional de Salud. Se realizan acciones de terreno para la atención a problemas de la salud individual. Se brindan servicios de salud para todos los estratos poblacionales pero menos de la mitad de los encuestados consideran existen en el área de salud los cuidados primarios para resolver definitivamente los problemas de salud comunes a niños, adolescentes, adultos, mujeres gestantes y ancianos. El funcionamiento del sistema de referencia y contrarreferencia solo se reconoce en la tercera parte de los encuestados y existe consenso de la subvaloración del nivel secundario al nivel primario de salud. La continuidad de la atención médica es ínfima y la participación social se reconoce por la minoría de los encuestados. Hay consenso a manera general, del reconocimiento al médico por la población.

Consideraciones finales del capítulo

El análisis de los resultados permite considerar que la práctica de la formación del especialista de MGI en el Municipio Cerro tiene las siguientes características:

Por los resultados obtenidos se aprecia la existencia de un nuevo tipo de médico que refiere posee una **concepción de la especialidad** acorde a su integralidad.

En el **currículo**, el modelo del profesional manifiesta en el perfil político ideológico que la mayoría refieren estar comprometidos con la sociedad aunque no todos están dispuestos a brindar sus servicios donde se necesite y la cualidad que menos consideran con capacidad de desarrollar completamente es la abnegación. Estos resultados merecen estudios que profundicen en las causas que lo generan, si se tiene en cuenta que el perfil político ideológico expresa los valores del tipo de profesional que se necesita formar. Los resultados que se obtienen del perfil profesional no son satisfactorios si se tiene en cuenta que ningún conocimiento/habilidad es considerado con capacidad de desarrollar completamente por la totalidad de los especialistas y residentes y la mayoría sólo se considera con capacidad de desarrollar completamente el 31% del total de conocimientos y habilidades. El perfil ocupacional es satisfactorio solo para el puesto de trabajo consultorio médico de familia en zona urbana. La clínico radiológica, la discusión de fallecidos y la discusión del análisis de la situación de salud son poco reconocidas como actividades de educación en el trabajo. Se inventariaron 173 problemas de salud a predominio de la atención al individuo.

El **profesor** conoce su rol orientador para la docencia pero la mayoría refieren no se superan profesionalmente ni tienen el tiempo para las funciones docentes.

El **residente** refiere conocer su programa de formación, y la mayoría estudian diariamente o cuatro horas semanales. Menos de la mitad no son atendidos por el tutor principal.

El **ámbito de la formación** se percibe con potencialidad de garantizar el acceso a los servicios de salud para una población entre 600 habitantes a más de 1 500 habitantes, de brindar servicios integrales y del trabajo de terreno en el hogar. Los componentes coordinación, continuidad, puerta de entrada y participación social se aprecian solo por la minoría en la práctica médica, por lo que la formación se desarrolla en un ámbito que no funcionan adecuadamente la mayoría de los componentes que particularizan la atención primaria de salud, lo que puede ser objeto de estudio en posteriores investigaciones.

Los mejores resultados en la práctica de la formación del especialista de MGI en el consultorio del médico de la familia en el Municipio Cerro se obtienen en los elementos concepción de la especialidad, currículo y residente. No se obtienen resultados satisfactorios en la mayoría de los atributos del elemento de análisis profesor ni en el elemento del ámbito de la formación.

CAPÍTULO 5. IDENTIFICACIÓN DE LA CORRESPONDENCIA ENTRE LA TEORÍA Y LA PRÁCTICA DE LA FORMACIÓN DEL ESPECIALISTA DE MEDICINA GENERAL INTEGRAL EN EL CONSULTORIO DEL MÉDICO DE LA FAMILIA

Este capítulo tiene el objetivo de exponer los resultados y la discusión de la tarea 3 Identificación de la correspondencia entre la teoría y la práctica de la formación del especialista de MGI en el consultorio del médico de la familia, que es la solución del problema de la investigación. Se presentan los resultados siguiendo la guía central de análisis del objeto de la investigación: concepción de la especialidad, currículo, profesor, residente y ámbito de la formación. Por último se exponen las consideraciones generales del capítulo.

5.1 Aplicación del método propio

Una vez analizado el objeto de estudio, la formación del especialista de MGI, a través de los elementos concepción de la especialidad, currículo, profesor, residente y ámbito de la formación, tanto en la fundamentación de las concepciones teóricas actuales como en la caracterización del objeto de estudio en la práctica del consultorio del médico de familia en el municipio Cerro, se establecieron las relaciones entre ambos resultados y se identificó la correspondencia entre la teoría y la práctica de la formación del especialista de MGI en el consultorio del médico de la familia.

5.2 Sobre la concepción de la especialidad Medicina General Integral

La especialidad está en desarrollo. La mayoría de los especialistas y residentes se consideran capaces de desarrollar completamente los elementos que integran el modelo de egresado de la especialidad y en las opiniones sobre ser especialista de MGI se evidencia que está surgiendo un profesional de nuevo tipo con un pensamiento médico integral para el abordaje del proceso salud enfermedad. No existen registros estadísticos que permitan una evaluación de la evolución del estado de salud individual, familiar o de la comunidad. El resultado de estos indicadores puede ser positivo o negativo, por tal razón no se puede valorar el avance o

retroceso del estado de salud de la población que atiende, en su rol de guardián de la salud. Este aspecto puede engrosar el inventario de problemas de investigación propios de la especialidad. Estos indicadores podrían ser fuente de análisis para la evaluación del residente en su trabajo asistencial.

Es evidente que aún la mayoría de los médicos de familia en este municipio no son capaces de resolver completamente el 90% de los problemas de salud de los individuos, familias a ellos asignadas. Esto también pudiera ser un problema a tratar en el marco de la investigación en sistemas y servicios y de la educación médica. Hoy es difícil pronunciarse sobre el porcentaje de problemas de salud que permite resolver el programa de estudios de la especialidad MGI en su práctica en la atención a una comunidad.

Tomando en consideración los elementos anteriores puede apreciarse la correspondencia que se establece entre la concepción teórica y la práctica de la formación en la especialidad de MGI.

5.3 Currículo. Perfil político ideológico

Al contrastar las concepciones teóricas actuales y la práctica de la formación de la especialidad en el consultorio médico según la percepción de la mayoría de los encuestados, se puede apreciar que existe correspondencia entre ambas, sin embargo lo óptimo que la universidad debe esperar es que todos sus residentes o egresados expresan en sus modos de actuación los aspectos que describe el modelo de egresado de este especialista. Aunque en cada uno de los ítems explorados en la encuesta, la mayoría prevalece en las respuestas positivas para lo que se alcanza, es realmente una dificultad no lograr cifras que se acerquen a la totalidad.

No existe correspondencia según la valoración de la mayoría de los encuestados en el conocimiento y cumplimiento del Código de Honor del Médico de Familia, las causas que originan estos resultados pueden formar parte del inventario de problemas de investigación relacionados con la especialidad que deben abordarse, no obstante aunque este código está contenido en el programa de formación, la falta de una estrategia educativa que conduzca a su conocimiento y aplicación en la práctica pudiera estar en la base del problema identificado.

Los resultados de esta investigación tienen similitud con la realizada por el Dr. Alemañy Pérez en el año 2004, donde menos de la mitad de los encuestados en ambos trabajos consideran que satisfacen las necesidades de su población, cuestión que merece un tratamiento particular en la búsqueda de las causas que generan este resultado. Sobre el conocimiento y cumplimiento de los principios del Código de Honor del Médico de Familia y el alcance de las cualidades y valores que integran el perfil político ideológico según la percepción de los consultados son mejores los resultados obtenidos en el año 2004 que los actuales.

5.4 Currículo. Perfil profesional

Se reconocen conocimientos y habilidades que no son dominados ni por especialistas ni por residentes; la totalidad o la mayoría de los encuestados no se consideran con capacidad total para desarrollar la totalidad, o la mayoría de los conocimientos/habilidades que contiene el programa de formación relacionados con las funciones que integran este perfil, por lo que se evidencia la falta de correspondencia entre las concepciones teóricas del perfil profesional con la plenitud de su desarrollo en la práctica médica del consultorio del médico de la familia. Este aspecto también abre un nicho de problemas de investigación de la educación médica. Es pertinente valorar los componentes declarados en el programa de formación que dan salida a la función de atención médica integral, pues en la práctica se aprecia cierta disociación que pudiera estar relacionada con las modificaciones que ha tenido el cuadro de salud de la población y el contexto en que se desarrolla. Tanto en lo teórico como en lo práctico la función de atención médica integral mantiene su condición de función rectora de este perfil. En relación al trabajo de Alemañy Pérez en el 2004, coinciden en que los resultados de la función de atención médica integral no son totalmente satisfactorios. Los conocimientos/ habilidades de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades son mejores en el presente trabajo. Sobre la función de investigación, Escobar Yéndez N, considera que aún en este médico no se ha apropiado del sustento teórico metodológico de investigar científicamente como una actividad transformadora de la realidad objetiva.⁹² Bayarre Vea H refiere que en la Revista Cubana de Medicina General Integral se han publicado artículos que si bien recorren gran parte del amplio abanico de dificultades en los diferentes contextos, no se corresponden estrictamente con los principales problemas que afectan la salud vistos a través del cuadro de salud de la población cubana.⁹³ López Puig P y

Segredo A, consideran que el potencial de los especialistas de MGI para esta función del perfil profesional es alto, sin embargo, los profesionales de la atención primaria argumentan diversas razones para explicar la poca producción de investigaciones.⁹⁴ Los resultados de este estudio están acorde a los trabajos mencionados.

Sobre la función docente, es necesario señalar que aunque los resultados obtenidos no son satisfactorios, existen evidencias del desarrollo favorable de la labor docente de los especialistas de MGI en el cumplimiento de su trabajo médico asistencial en Cuba y en otros países. Se recogen varias publicaciones de la labor en Venezuela,⁹⁵ Guatemala⁹⁶, Timor Leste⁹⁷, Ecuador⁹⁸. Valladares Marrero MA concluye que en los especialistas de MGI que laboraron como profesores de pregrado y posgrado en Venezuela en el marco de la misión Barrio Adentro se produjo un cambio relevante en la preparación profesional como docentes y directivos. La misión fue una experiencia excepcional como formadora de cuadros docentes y de dirección.⁹⁹ Los resultados de este trabajo coinciden con González Cárdenas L. en la insuficiente preparación para los procesos docentes de pregrado y posgrado¹⁰⁰ dado por el agobio a causa de la presión asistencial; la falta de respaldo en los documentos rectores para asegurar el tiempo para la preparación metodológica de los profesores y el escaso desarrollo en la práctica de la formación del módulo que da salida a la función.

Las funciones especiales declaradas en el modelo del especialista no tienen salida en el programa analítico que se desarrolla en la actualidad, aunque sus conocimientos/habilidades, pudieran estar transversalmente insertados en los contenidos planteados durante los dos años. Por el rol que desempeña este especialista ante los desastres como parte del sistema de salud resultaría necesario que se incorpore alguna unidad particular que de respuesta a las mismas.

5.5 Currículo. Perfil ocupacional

De acuerdo con la opinión de la mayoría de los encuestados se observa que existe correspondencia entre las concepciones teóricas actuales y la práctica de la formación en relación al trabajo en un consultorio médico urbano. Sin embargo el resultado expresa insuficiencias en el alcance de esto con relación a otros puestos de trabajo declarados en los documentos rectores analizados. No se encuentran investigaciones que estudien

aspectos relacionados con el perfil ocupacional en el país. Varias publicaciones recogen el trabajo de los especialistas de MGI en otros países como médicos de comunidades, en Paraguay, Venezuela, Guatemala, en el enfrentamiento a desastres en Pakistán y en la atención a epidemias en Haití y El Salvador. No obstante la autora considera que las modificaciones y transformaciones realizadas desde el surgimiento del programa en cuanto a la ubicación de estos profesionales que se sitúan casi exclusivamente en los consultorios en la comunidad pudieran limitar de alguna manera el alcance de las habilidades para su desempeño en otras ubicaciones como las instituciones laborales y educacionales, lo cual pudiera constituir motivo de análisis para otras investigaciones que aborden la pertinencia de mantener en el programa de formación conocimientos y habilidades de este especialista en la atención a los problemas de salud de estos entornos.

5.6 Currículo. Principio científico pedagógico educación en el trabajo

La formación del especialista de MGI ocurre en el servicio. La educación es en el servicio, existe correspondencia entre las concepciones teóricas y la práctica de la formación según la opinión de los consultados en la mayoría de las actividades de esta forma de organización de la enseñanza. Los resultados que se obtienen en relación a las propuestas para el mejoramiento del aprendizaje permiten identificar el supuesto de que no se utilizan los problemas de salud de la práctica médica como recurso curricular para la transformación didáctica en problemas docentes en función de lograr el mejoramiento del desempeño profesional. La Educación Médica cubana se distingue en el mundo por la formación masiva de recursos humanos para la salud entre ellos de especialistas en MGI bajo el principio pedagógico de la combinación del estudio con el trabajo. Sobre esto Fernández Sacasas JA, presenta una concepción pedagógica de la enseñanza en las ciencias médicas inspirada en las enseñanzas del profesor Fidel Ilizástigui Dupuy que declara la centralidad de propiciar la interacción del educando con el objeto a ser aprendido, en el caso de las ciencias médicas en los escenarios reales donde transcurre el proceso de atención de salud y su investigación. Refiere que ninguna habilidad, destreza o conducta apropiada se conseguirá plenamente mediante la lectura de textos, conferencias magistrales, demostraciones clínicas esporádicas.¹⁰¹ En esta investigación todos los residentes laboran en consultorios del médico de la familia, por lo que están interactuando directamente con el objeto a ser aprendido;

pero no todas las actividades declaradas como de educación en el trabajo constituyen actividades de los servicios. Si el servicio asistencial, lo educativo y la investigación no van de la mano se corre el riesgo de obtener un profesional con fallas en su formación. El Informe Flexner en 1910 refiere “El entrenamiento empírico de variada calidad encaminado por un maestro derivó al método didáctico de las escuelas, el cual simplemente comunicaba un conjunto de doctrinas de impreciso valor; en nuestros días esas escuelas deben capitular hacia un procedimiento que pretenda escapar al empirismo. El aprendiz vio la enfermedad, el pupilo en la escuela oyó y leyó sobre ella, ahora es que el estudiante de medicina retorna al paciente del que partió cuando estaba al lado de su maestro. El estudiante no regresa ahora con el mismo sentido de entrenamiento práctico que lo condujo en un principio, si no con criterios mucho más agudos, facilitados por el proceso de enseñanza previo y por los instrumentos de que dispone a partir de los progresos científicos de la última mitad del siglo pasado”²⁵. El reto para la Didáctica es cómo organizar cada vez mejor el proceso docente asistencial en el escenario complejo de la atención primaria de salud hasta lograr la correspondencia entre las concepciones teóricas y la práctica de esta formación y que la necesaria presencia del profesor como elemento conductor del proceso de formación de este especialista se ubique en su justa posición. Vicente Sánchez y colaboradores en un artículo de revisión para la Revista Medisur en el año 2012 refieren que la interconsulta docente-asistencial debe ser preparada, organizada y dirigida por el profesor interconsultante, que se realiza principalmente en el consultorio del médico de la familia.¹⁰² En esta investigación la interconsulta está entre las actividades de educación en el trabajo que mayoritariamente se desarrollan. Un problema de la investigación educacional actual consiste en la evaluación de las condiciones y características de la realización de las interconsultas, apreciadas como un componente importante en el proceso docente educativo para esta especialidad. Borrás Santiesteban realizó un estudio en el área de salud de la Policlínica Mario Gutiérrez Ardaya, del municipio Holguín, provincia Holguín, en el año 2010 con el fin de identificar las dificultades que influyen en la realización de la interconsulta docente en la especialidad de Pediatría, el 45,5% planteó que la consulta no se cumplía con la frecuencia establecida y sólo el 13,6% señaló que tenía un carácter docente.¹⁰³ En esta investigación el 36% de los residentes no realizan la interconsulta como actividad docente. En relación al pase de visita en la comunidad, Alcaraz Agüero M refiere

como la observación diaria que se realiza a las personas ingresadas en policlínicos u hospitales, para evaluar su estado de salud o la evolución de su cuadro clínico, a fin de efectuar las indicaciones necesarias para su rehabilitación, de manera que deviene la forma organizativa docente-asistencial básica de las especialidades médicas.¹⁰⁴ Márquez N refiere que el ingreso en el hogar es una atención ampliamente practicada en Cuba y en otros países, que se ha realizado la evaluación de la calidad científico-técnica del proceso, y se ha demostrado que los enfermos atendidos en sus hogares, bajo el seguimiento diario de los equipos de salud, tienen menos complicaciones por infecciones sobreañadidas, que los ingresados en el hospital.¹⁰⁵ En esta investigación la mayoría de los profesores utilizan el pase de visita en el ingreso en el hogar como forma de educación en el trabajo. Es necesario unificar criterios en las concepciones de las actividades propias de la educación en el trabajo en la atención primaria de salud, forman parte de los aspectos que hacen sea esta una didáctica especial por ser distinta a la tradicional en la educación médica en general. La no utilización de los problemas de salud de la práctica médica en el proceso docente educativo coincide con Garí Calzada M en el trabajo sobre el problema de salud como herramienta didáctica integradora para el diseño curricular.¹⁰⁶

5.7 Currículo. Programa analítico

En relación a las urgencias médicas que se atienden en el cuerpo de guardia del policlínico están en correspondencia con la mayoría de los contenidos de urgencias médicas del Programa de Formación del especialista de Primer Grado de MGI. En cuanto a los problemas de salud que atienden los especialistas o residentes en MGI en su práctica de médico de la familia, superan en la práctica al programa analítico de la especialidad tanto para la atención al individuo sano, al individuo con riesgo, al enfermo, a los discapacitados, a la comunidad y al ambiente.

En el programa de formación no se declaran los siguientes problemas para ser atendidos o resueltos por el especialista: encamados por discapacidades, postrados, agresiones, tuberculosis extrapulmonar, escarlatina, cólera, rabia, síndrome de secreción uretral, síndrome de flujo vaginal, neurotoxoplasmosis, contaminaciones hídricas, bajo peso al nacer, maltrato infantil, adicciones, alergias, mieloma múltiple, lupus discoide, pie

diabético, gota e hiperuricemia, VIH y embarazo, embarazo en la adolescencia, ginecología infantojuvenil, mordedura de animal, viajeros, riesgo por consumo de drogas, control de *Aedes aegypti* y de otros vectores, stress, residuales sólidos, chequeo preempleo, personas aparentemente sanas, no obstante se establece la falta de correspondencia con lo teórico por exponerse en los resultados del estudio de caso que los mismos son problemas que se manifiestan en la práctica de los servicios.

Un aspecto a destacar es el hecho de la atención a un paciente con más de una afección por ejemplo hipertensión arterial y diabetes mellitus, para lo que se necesita una integración de conocimientos médicos para el tratamiento al paciente, que no se encuentra con facilidad en los textos de estudio y se requiere de su enseñanza en la práctica guiado por los docentes, teniendo en cuenta lo común de su presencia en la población. Este aspecto sugiere la necesidad de investigación para las ciencias de la salud, pues habitualmente se aborda en lo teórico y lo investigativo de forma separada por lo que corresponde a esta especialidad su atención integral a partir del enfoque biopsicosocial en su desempeño. Este problema se acentúa cuando el paciente tiene más de una afección y que las mismas son atendidas por especialidades verticales diferentes, ejemplo lo que ocurre en un paciente con glaucoma, hipertensión arterial y crisis dolorosa articular seguidos por solamente por el oftalmólogo, el clínico y el ortopédico, donde su atención integral se hace más compleja.

Varias investigaciones relacionadas con las necesidades de aprendizaje de los especialistas en MGI, concuerdan con los resultados de esta investigación sobre los problemas de salud que se atienden en la práctica médica por el médico de la familia, entre ellos se encuentran el trabajo de Torres-Ajá L en Cienfuegos que plantea la necesidad de actualización del especialista en MGI sobre la profilaxis, factores de riesgo y diagnóstico precoz del cáncer de mama considerando el bajo grado de conocimientos que poseen al respecto;¹⁰⁷ el trabajo de Rodríguez Gurri D se refiere a la necesidad de la preparación de los especialistas de MGI con relación al manejo del Pie diabético;¹⁰⁸ el trabajo de González Ojeda IG que hace referencia a la necesidad de mayor preparación en los contenidos de cardiología infantil;¹⁰⁹ la publicación de Alfonso García A resalta el contenido relacionado con la atención al adulto mayor en el programa de formación¹¹⁰, el artículo de Pérez Martínez V. sobre las

necesidades de aprendizaje relacionadas con la conducta suicida¹¹¹, y sobre las competencias del especialista en MGI para la atención exitosa del síndrome demencial .¹¹²

5.8 El profesor y el residente

Existe correspondencia en su rol de orientador según la opinión de la mayoría de los profesores consultados. No existe correspondencia entre la teoría y la práctica en los atributos de superación profesional ni con el tiempo de atención al residente. La indefinición sobre la figura del tutor y la no precisión de la responsabilidad de la formación en los documentos rectores de la asistencia y la docencia se reflejan en estos resultados.

Existe correspondencia con el rol del residente, en relación a su autoformación, y su autoevaluación.

En relación al tutor Suarez González JA en una publicación sobre el trabajo tutelar en la formación del residente de ginecología y obstetricia, en el año 2011 presenta al tutor como una de las vías de acceso al conocimiento y al desarrollo social en la actualidad.¹¹³ Este concepto coincide con la concepción teórica actual de esta investigación. Montano Luna JA y colaboradores, en un estudio en el estado de Miranda en la República Bolivariana de Venezuela, durante el curso 2005-2006, identificaron que de 28 tutores de los residentes cubanos de MGI, el 55 % contaban con 10 años o más de graduados como especialistas lo que representó una gran fortaleza por la acumulación de conocimientos vivenciados en función de la asistencia médica.¹¹⁴ Lorenzo López JC, encontró en una investigación del año 2010 en el área II del municipio Cienfuegos que las dificultades más relevantes se concentran en la carga asistencial que provoca un detrimento de la actividad docente del tutor.¹¹⁵ Similares resultados se encuentran en esta investigación que se presentan en los resultados del análisis de caso en el municipio Cerro, en los acápites profesor y residente. En el trabajo de Arteché Hidalgo L, sobre el tutor del especialista de MGI militar se concibe a los tutores como líderes educativos, con una alta profesionalidad, que ejercen su labor educativa a través del asesoramiento a cada residente, de modo que este pueda cumplir todas sus actividades laborales y docentes con calidad.¹¹⁶

Izquierdo Hernández en su tesis doctoral en el año 2008 en Guantánamo concluye que en el análisis histórico del proceso formativo de postgrado en los centros de educación médica superior ha permitido determinar como

tendencia general, que la superación profesional se ha manifestado de forma irregular, dado esencialmente por razones pedagógicas y condicionada por la influencia de factores culturales, sociales y científicos¹¹⁷. En los resultados obtenidos en la investigación que se presenta la superación profesional de los profesores no es satisfactoria, lo que se muestra en el acápite profesor del Capítulo 4.

5.9 Ámbito de la formación

Sobre los aspectos que particularizan la atención primaria de salud existe correspondencia entre las concepciones teóricas y la práctica en el consultorio del médico de la familia en los atributos acceso geográfico e integralidad en relación a la salud individual. El médico de la familia, atiende a los pacientes independientemente de su edad, sexo o estado de su salud. No se conoce con precisión si el consultorio del médico de la familia es la puerta de entrada al sistema porque no se recoge esta información por el Sistema Nacional de Salud, lo que pudiera ser importante para el mejoramiento de la eficiencia. Se desarrolla el concepto de Puerta de cada familia por las visitas que realizan los médicos a las familias para la salud individual, familiar y comunitaria pero aún no como práctica consolidada y afectada de alguna manera por las regulaciones que establece el PMEF al limitar la planificación de terrenos para el médico a dos tardes en la semana lo que dificulta de alguna manera el desarrollo de estas actividades como parte de la educación en el trabajo propia de esta especialidad. La coordinación entre los niveles del sistema es mínima entre el hospital y el consultorio del médico de la familia. Los médicos de la familia consideran que la atención secundaria subvalora el trabajo de la atención primaria de salud, esto constituye un pensamiento que se ha mantenido desde la fundación del programa, sin embargo no ha sido suficientemente abordado para su definitiva solución con la participación de todas las partes que intervienen porque ¿serán los que laboran en la atención secundaria los únicos responsables de esta subvaloración? La continuidad de la atención se expresa en los pacientes ingresados en el hogar, de ello lo más importante es que donde quiera que se inicie la atención se logre la continuidad por medio de los servicios de los profesionales que laboran en los consultorios, tal como manifiestan las personas y documentos consultados no llega a mantenerse como una práctica consistente. La participación social es escasa tanto por el trabajo de los médicos con las organizaciones de masas como por la participación de la propia comunidad en la solución de sus problemas de

salud. Los médicos de familia consideran que la mayoría de la población valora su trabajo de bueno y queda satisfecha, no obstante se manifiesta en otras investigaciones que existen insatisfacciones de la población asociadas a este nivel del sistema¹⁷. La participación de los sectores no es aún un método de trabajo de los consultorios del médico de la familia, siendo indispensable para la producción de la salud el trabajo intersectorial a este nivel.

Desde el año 1960 a la fecha constituyen evidencias del acceso a la salud en Cuba, el desarrollo de la medicina rural, la creación de una red de hospitales y policlínicos ubicados en todas las provincias del país, la creación del médico de la familia que incluye la atención médica en la misma casa del paciente y el ingreso domiciliario si lo requiere (máxima expresión de acceso geográfico). La institución del médico de la familia constituye un elemento fundamental para distribuir los recursos económicos del país equitativamente en función del respeto al derecho humano de la salud y al alcance de niveles superiores de desarrollo social¹⁸. Pérez Masa B refiere que la atención primaria de salud, es sustento imprescindible, para lograr la total cobertura de la población. Considera que un hito importante, fue la creación para la atención a la salud de la población, del modelo del médico y la enfermera de la familia, que para la sostenibilidad y desarrollo de la capacidad resolutive de los profesionales que laboran dentro de este modelo, se creó la especialidad de Medicina General Integral.¹⁹ No se encuentran referencias en otros países sobre los componentes particulares de la atención primaria de salud como parte del ámbito de la formación de la especialidad MGI. Son muy pocos los países que realizan la formación de este especialista a tiempo completo en los servicios asistenciales de la comunidad.

Consideraciones finales del capítulo

Se identifica correspondencia entre la teoría y la práctica de la formación del especialista de MGI en la concepción de la especialidad, en la mayoría de los atributos analizados en el currículo: demandas sociales, perfil político ideológico, perfil ocupacional, principio científico pedagógico educación en el trabajo, en el elemento residente y en los atributos del ámbito de la formación acceso e integralidad. No se identifica correspondencia entre la teoría y la práctica de la formación del especialista de MGI en el perfil profesional del

elemento currículo, en el elemento profesor y en atributos del ámbito de la formación coordinación, continuidad, puerta de entrada y participación social.

Se identifica un inventario de problemas de investigación propios de la especialidad, entre ellos se mencionan los siguientes: no existen indicadores para medir la evolución positiva o negativa del estado de la salud individual. Estos indicadores podrían ser fuente de análisis para la evaluación del residente en su trabajo asistencial. Se requiere argumentación científica en relación al real alcance de la especialidad en cuanto a la declaración de que son capaces de resolver completamente el 90% de los problemas de salud de los individuos, familias a ellos asignadas sin interconsultar otro nivel de atención. Sería necesario obtener fundamentación científica sobre las características del tipo de práctica médica en los ámbitos de formación de este especialista, si es predominantemente con enfoque biopsicosocial acorde al currículo declarado oficialmente o si es predominantemente con enfoque biologicista lo que constituiría el currículo oculto. Se identifica una posible brecha en el conocimiento del proceso docente educativo en relación a los conocimientos/habilidades del perfil profesional del modelo del especialista de Medicina General Integral. La discusión de los resultados de la investigación con otros autores permite valorar la coincidencia con el desarrollo del proceso de formación en otros lugares de nuestro país.

Al establecer la correspondencia o no entre la teoría y la práctica de la formación del especialista en MGI, se evidencia la necesidad de perfeccionar tanto el contenido de documentos rectores de la asistencia y de la docencia, como los procedimientos que se aplican en la práctica para su ejecución. En especial el programa de formación pudiera requerir de un perfeccionamiento tomando en consideración las modificaciones que ha tenido sobre todo el ámbito en que se desarrolla. Incorporar estrategias curriculares dirigidas al alcance de las funciones del perfil profesional tomando en consideración las brechas encontradas en esta investigación podría ser parte del camino hacia ese perfeccionamiento.

CONCLUSIONES

La formación del especialista de Medicina General Integral se fundamenta en concepciones teóricas que reconocen como premisas: la generalidad de los conocimientos como base de la integralidad con enfoque biopsicosocial de la práctica médica; el compromiso con la sociedad de los profesionales y su capacidad para resolver los problemas de salud de la mayoría de los individuos; la combinación del estudio y el trabajo y la educación en el trabajo como forma principal de la organización de la enseñanza; el rol orientador del profesor y el rol de autoformación del residente; el ámbito de la formación en la atención primaria de salud, con garantía del acceso de la población a los servicios de salud.

En la fundamentación de las concepciones teóricas actuales para la formación del especialista de Medicina General Integral los documentos rectores propios de la docencia y la asistencia responden a los documentos de la política estatal. Se identifican divergencias entre los documentos de la docencia y de la asistencia en atributos relacionados con el perfil político ideológico, la educación en el trabajo, el programa analítico de la especialidad, el profesor, el residente y el ámbito de la formación.

Las concepciones teóricas actuales, fundamentan las siguientes tesis:

La integralidad del especialista de Medicina General Integral además de no discriminar la atención según edad ni sexo tampoco lo hace con el estado de la salud individual, sea sano, de riesgo, enfermo o discapacitado.

El perfil político ideológico contiene la función social del médico cuyo valor es la producción de salud.

No todas las actividades declaradas como de educación en el trabajo constituyen actividades de los servicios.

Los contenidos del programa analítico de la especialidad están centrados en la persona y la práctica médica sobrepasa los mismos.

La figura del tutor y la del profesor no contemplan al especialista de Medicina General Integral que realiza funciones docentes como médico de familia.

El residente y el especialista de Medicina General Integral tienen las mismas funciones en el desempeño como médico de familia.

Por último, el ámbito de la formación se compone además, por el atributo puerta de cada familia, dado por el interés del sistema de salud en la atención a las afecciones que afectan al individuo, a su familia y a la colectividad.

La práctica de la formación del especialista de Medicina General Integral se caracteriza por mejores resultados de correspondencia en la concepción de la especialidad, el perfil político ideológico, el perfil ocupacional, la educación en el trabajo, el residente y el ámbito de la formación; y por mayores dificultades en el perfil profesional, el profesor y los atributos coordinación, continuidad, puerta de entrada y participación social del ámbito de la formación.

Se identificó que existe correspondencia entre las concepciones teóricas actuales y la práctica de la formación del especialista de Medicina General Integral en los elementos de análisis: concepción de la especialidad, currículo y residente. No existe correspondencia entre las concepciones teóricas actuales y la práctica de la formación del especialista de Medicina General Integral en los elementos de análisis profesor y ámbito de la formación.

RECOMENDACIONES

Sugerir a la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana y a la Dirección Municipal de Salud del Cerro, tomar en consideración los resultados de esta investigación, para si así lo consideran, continuar profundizando en las investigaciones sobre la formación del especialista de Medicina General Integral.

Proponer al Consejo Asesor del Rector para la Especialidad (CARE) de MGI, tomar en consideración los resultados de esta investigación para el desarrollo del necesario mejoramiento continuo del programa de formación de este especialista, haciendo énfasis en el análisis y conceptualización de las actividades de educación en el trabajo propias del ámbito de la formación de la misma y estimando la posibilidad de incorporar estrategias educativas que propicien el alcance adecuado de todas las funciones que describe el perfil profesional.

Valorar por las autoridades competentes las brechas identificadas entre los documentos rectores propios de la docencia y la asistencia para hacerlos corresponder con los objetivos comunes que ambos grupos de documentos declaran con respecto a la formación del especialista de MGI acorde a los documentos rectores de la política estatal.

Referencias Bibliográficas

-
- ¹Ordoñez Carceller O. La salud pública en Cuba Experiencias de un trabajador de la salud. La Habana: Palacio de las Convenciones. 1995
- ²Castro Ruz, F. Discurso pronunciado en la Clausura del VI Seminario Internacional de Atención Primaria, efectuado en el Palacio de las Convenciones. La Habana.1997.
<http://www.cuba.cu/gobierno/discursos>
- ³ Cuba. Ministerio de Salud Pública. Plan de Estudios de la Residencia de Medicina General Integral. En formato digital. La Habana.1985
- ⁴ Cuba. Ministerio de Salud Pública. Plan de Estudios y Programa de Especialización de la Residencia de Medicina General Integral. Segunda versión. En formato digital. La Habana. 1990
- ⁵Cuba.Ministerio de Salud Pública. Plan de Estudios y Programa de la Residencia de Medicina General Integral. Tercera versión. En formato digital. La Habana. 1999-2000
- ⁶Cuba. Ministerio de Salud Pública. Plan de Estudios y Programa de Medicina General Integral. Cuarta versión. En formato digital. La Habana. 2004
- ⁷ Cuba.Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario estadístico de Salud 2012. La Habana, 2013, pág. 177-178
- ⁸ Cuba. Ministerio de Salud Pública. Resolución Ministerial 135. Reglamento General de Policlínico. (En formato digital). La Habana 2008
- ⁹ Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa del Médico y la Enfermera de la Familia. La Habana, 2011, pág. 18
- ¹⁰Román A. Características de las organizaciones de salud. Medwave 2011 Nov;11(11) [citado 2013 Septiembre 07] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5867/medwave.2011.11.5226>
- ¹¹Maldonado, EC; Gómez Cruz, NA. Modelamiento y simulación de sistemas complejos. Editorial Universidad del Rosario. Bogotá DC; 2010. p.5. (Consultado 17/9/2013) Disponible en:http://www.carlosmaldonado.org/articulos/DI66_Admon_Modelamiento_web.pdf
- ¹²Moriello SA; Ciencias de la complejidad. Nueva Librería.2013. (Consultado 22/9/2013) Disponible en: http://www.tematika.com/libros/ingenieria_tecnica_yciencias_exactas--8/ingenieria--1/general-6/ciencias_de_la_complejidad--568543.htm
- ¹³Vidal Ledo María, Lemus Lago Elia Rosa. Docencia de posgrado en la atención primaria de salud (APS). EducMedSuper [revista en la Internet]. 2012 Dic [citado 2013 Sep 13]; 26(4): 642-655. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412012000400016&lng=es.
- ¹⁴ Manzo Rodríguez Lidia, Chávez Flores Susana, Rivera Michelena Natacha, Rodríguez Orozco Alain R.. Evaluación del programa de la especialidad de Medicina Familiar en la Unidad de Medicina Familiar No. 80 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la ciudad de Morelia, Michoacán. EducMedSuper

[revista en la Internet]. 2006 Sep [citado 2013 Feb 07] ; 20(3): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412006000300008&lng=es

¹⁵ Organización Panamericana de la Salud -Área de sistemas de salud basados en la atención primaria de salud. Residencias Médicas en América Latina. En: Serie : La renovación de la atención primaria de salud en las Américas No 5. Washington, D.C. 2011, p 91

¹⁶ Borrell Bentz RM, Malvárez S. La educación de profesionales de salud orientada hacia la APS. OMS-OPS. Cartagena, 2011 Junio.

¹⁷ Alemañy Pérez E. Alcance del modelo del especialista de MGI. (Tesis de opción al grado de Doctor en Ciencias de la Salud) Escuela Nacional de Salud. La Habana, 2004, pág. 94-99

¹⁸ Quintana Regalado Grecia, Moreno Montañez Magalys. Perfil investigativo durante la residencia de MGI en Habana del Este. EducMedSuper [revista en la Internet]. 2010 Jun [citado 2013 Feb 07] ; 24(2):. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412010000200005&lng=es

¹⁹ Díaz Díaz AA. Modelo de evaluación de los procesos formativos de los residentes de MGI (Tesis de opción al grado de Doctor en Ciencias Pedagógicas). Universidad de Ciencias Pedagógicas “Enrique José Varona”. La Habana, 2012, pág. 1

²⁰ Jiménez Paneque R. Metodología de la Investigación. La Habana: ECIMED. 1998

²¹ Bayarre Bea H. Metodología de la investigación en la Atención primaria de salud. Escuela Nacional de Salud. 2006 (En formato digital)

²² Artilles Visball. Otero Iglesias J, Barrios Ozuna I. Metodología de la Investigación en Ciencias de la Salud. La Habana. ECIMED. 2009

²³ VI Congreso del Partido Comunista de Cuba. Capítulo VI Política Social. Lineamiento 156, 160. En: Lineamientos de la política económica y social del Partido y la Revolución Aprobado el 18 de Abril de 2011 pág. 24.

²⁴ Ceitlin J. Medicina Familiar y Atención primaria de salud: la alternativa de la sociedad para el siglo XXI. M.F. 1988; 6 y 7: 22-27

²⁵ Flexner A. Medical education in the United States and Canada. A report to the Carnegie Foundation for the advancement of teaching. Bulletin No. 4. Boston, Updyke, 1910.

²⁶ Lain Entralgo . Dignidad y misión del Médico de familia. Madrid: Ed Doyma S.A., 1997.

²⁷ Millis Commission: Citizens Commission on Graduate medical of the American Medical Association. The Graduate Education of Phisicians (report). 1966

²⁸ Taylor RB. Medicina de Familia: la disciplina, la especialidad y el médico. En : Taylor R.B. Medicina de Familia Principios y Práctica. 3ra edición. Barcelona: Doyma 1988

²⁹ Anon. Short NHS History [consultado Noviembre 25, 2011]. Disponible en: <http://www.nhshistory.net/shorhistory.htm>

-
- ³⁰Owens T. IanWhinney y la medicina contemporánea. M. F. 1989; 10: 49-52
- ³¹Rodnick JE. A Brief History of STFM: Reflections on Our First Decade, 1967-1977. Family Medicine 1987; 19:335-387
- ³²Walker J. History of the MRCGO examination. Occasional paper. RCG 1990; 46: 1-3
- ³³The World Organization of Family Doctors (WONCA) WONCA. The First Twenty Years: 1972-1992. Hong Kong: WONCA, 1992.
- ³⁴ Organización Mundial de la Salud: Declaración de Alma-Ata. OMS. 1978
- ³⁵ Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Salud para todos en el año 2000: estrategias. OPS/OMS, Washington, D.C., documento oficial OPS, 1980: 173.
- ³⁶ WONCA. Recomendaciones para la acción: para construir un sistema de atención de la salud y la educación médica públicamente responsable. Documento de trabajo de la Conferencia sobre Práctica Médica y Educación Médica. OMS-WONCA. Canadá. Noviembre 1994.
- ³⁷ Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación Argentina. Hacia un cuidado integral de la salud para la equidad. De Alma Ata a la declaración del milenio. Buenos Aires. Ministerio de Salud de la nación. 2007, pp 41,159, 173
- ³⁸Organización Mundial de la Salud. La Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Washington, DC: OPS, 2007, p: 1
- ³⁹Organización Mundial de la Salud. 62 Asamblea Mundial de Salud. Resolución WHA 62.12 Atención primaria de salud, incluido el fortalecimiento de los sistemas de salud. 2009. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA62-REC1/A62_REC1-sp.pdf
- ⁴⁰Pust R et al. Partnerships Creating Postgraduate Family Medicine in Kenya. International Family Medicine 2006: Vol. 38, No. 9, pages 661- 665
- ⁴¹Mash R, Reid S. Statement of consensus on Family Medicine in Africa. Afr J Prm Health Care Fam Med. 2010;2(1), Art. #151, 4 pages. DOI: 10.4102/phcfm.v2i1.151. <http://www.phcfm.org>
- ⁴²JM Frantz, S Himalowa, W Karuguti, AKumurenzi, D Mulenga, M Sakala. Challenges and opportunities related to postgraduate evidence-based practice module using blended learning. AJHPE June 2011, Vol. 3, No. 1 : 15-18 <http://dx.doi.org/10.7196/AJHPE.177>
- ⁴³De Maeseneer J. Scaling up Family Medicine and Primary Health Care in Africa: Statement of the Primafamed network Victoria Falls, Zimbabwe. Afr J Prm Health Care Fam Med. 2013;5(1), Art. #507, 3 pages. <http://dx.doi.org/10.4102/phcfm.v5i1.507>
- ⁴⁴Kinkel H-F, Marcus T, Memon S, Bam N, Hugo J. Community oriented primary care in Tshwane District, South Africa: Assessing the first phase of implementation. Afr J Prm Health Care Fam Med. 2012;5(1), Art. #477, 9 pages. <http://dx.doi.org/10.4102/phcfm.v5i1.477>. <http://www.phcfm.org>

⁴⁵HongleiDai, MD, MS; LizhengFang, MD; Rebecca A. Malouin, PhD, MPH; LijuanHuang, MD, MS; Kenneth E. Yokosawa, MD; GuozhenLiu, MD. Family Medicine Training in China. *Fam Med* 2013;45(5):341-4.)

⁴⁶Leopando: Fourth Wes Fabb Oration Diversity of primary care in Asia Pacific: pathways to convergence. *Asia Pacific Family Medicine* 2010 9:7. doi:10.1186/1447-056X-9-7

⁴⁷Claramita et al.: Are patient-centered care values as reflected in teaching scenarios really being taught when implemented by teaching faculty? A discourse analysis on an Indonesian medical school's curriculum. *Asia Pacific Family Medicine* 2011 10:4. doi:10.1186/1447-056X-10-4

⁴⁸WONCA European. The european definition of general practice / family medicine. WONCA EUROPE 2011 Edition

⁴⁹Krztoń-Królewiecka A, Švabl, Oleszczyk M, Seifert B, Smithson H, Winda A. The development of academic family medicine in central and eastern Europe since 1990. *BMC Family Practice* 2013, 14:37 <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/14/37>

⁵⁰Vermeulen et al.: Dutch postgraduate GP selection procedure; reliability of interview assessments. *BMC Family Practice* 2013 14:43. doi:10.1186/1471-2296-14-43

⁵¹Tannenbaum D, Kerr J, Konkin J, Organek A, Parsons E, Saucier D, Shaw L, Walsh A. The Scope of Training for Family Medicine Residency: Report of the Working Group on Postgraduate Curriculum Review. Mississauga, ON: College of Family Physicians of Canada; 2011.

⁵²Shaw E, Walsh A, Saucier D, Tannenbaum D, Kerr J, Parsons E et al. The last C: centred in family medicine. *Canadian Family Physician • Le Médecin de famille canadien* | Vol 58: MARCH MARS 2012: 346-348

⁵³Falcone J, Middleton, D. Pass Rates on the American Board of Family Medicine Certification Exam by Residency Location and Size. *JABFM* July–August 2013 Vol. 26 No. 4 <http://www.jabfm.org>

⁵⁴Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Dirección Nacional De Capital Humano Y Salud Ocupacional Subsecretaría de Políticas, Regulación y Fiscalización Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos. Marco de Referencia para la Formación en Residencias Médicas. Especialidad Medicina General y/o Familiar. Diciembre 2010 <http://www.msal.gov.ar/residencias/descargas/marco/medicina-general-y-familiar.pdf>

⁵⁵Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo – SENPLADES República del Ecuador (2009). Plan Nacional para el buen vivir 2009-2013. Disponible en: [http://www.planificacion.gob.ec/wpcontent/uploads/downloads/2012/07/Plan_Nacional_para_el_Buen_Vivir_\(version_resumida_en_espanol\).pdf](http://www.planificacion.gob.ec/wpcontent/uploads/downloads/2012/07/Plan_Nacional_para_el_Buen_Vivir_(version_resumida_en_espanol).pdf)

⁵⁶Ortiz García M, Jiménez Armada J, Gafas Gonzáles C. Especialidad de Medicina Familiar y comunitaria en Ecuador. Docentes cubanos participando en su diseño y ejecución. 2013 <http://www.edumedhabana2013.sld.cu/index.php/edumedhabana/2013/paper/.../51>

⁵⁷Organización Panamericana de la Salud. Barrio Adentro. Derecho a la salud e inclusión social en Venezuela. Caracas: OPS/OMS para Venezuela, 2006

-
- ⁵⁸Borroto Cruz Eugenio Radamés, Salas Perea Ramón Syr, Díaz Rojas Pedro Augusto. Un nuevo modelo formativo de médicos en la Universidad Barrio Adentro, República Bolivariana de Venezuela. *EducMedSuper* [revista en la Internet]. 2010 Mar [citado 2013 Nov 27]; 24(1): 111-135. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412010000100013&lng=es.
- ⁵⁹ Delgado García G. Historia de la enseñanza superior de la Medicina en Cuba. 1900-1962. *Cuad. Hist. Sal. Pub.* No 105. ECIMED. La Habana. 2009: 7-41.
- ⁶⁰Castro Ruz F. *La Historia me Absolverá*. Editorial de Ciencias Sociales, La Habana, 1975. p. 67-77
- ⁶¹Rojas Ochoa F. *Salud Pública Medicina Social*. Editorial Ciencias Médicas La Habana, 2009. P 225
- ⁶²Castro Ruz F. Discurso Pronunciado En Acto De Constitución Del Destacamento De Ciencias Médicas "Carlos J. Finlay", Efectuado En El Teatro "Carlos Marx", El 12 de Marzo de 1982, La Habana. *EdOr Enero Marzo*, 1982. P 39-60
- ⁶³ Fernández Sacasas J.A. Conferencia internacional Educación Médica para el siglo XXI "El legado del profesor Fidel Ilizástigui a la educación médica para el siglo XXI". *Educación Médica Superior*. 2009; 23(1)
- ⁶⁴Ilizástigui Dupuy F. Nuevo paradigma para los profesionales de la Salud en Cuba. En "Encuentro Internacional Juan Cesar García, celebrado en La Habana, del 2 al 4 de Julio de 1998. Sitio Web de la Sociedad Cubana de Educadores en Ciencias de la Salud La Habana: SOCECS; 6 de Enero 2011.
- ⁶⁵Ministerio de Salud Pública. Transformaciones necesarias en el sistema de salud pública. Noviembre de 2010 (En formato digital)
- ⁶⁶González Cárdenas L. La especialidad de Medicina Familiar en la formación de los recursos humanos en Cuba. *O MundO da Saúde*, São Paulo: 2010;34(3):404-406.
- ⁶⁷ Ministerio de Educación Superior. Resolución Ministerial No. 132. Reglamento de la Educación de Posgrado de la República de Cuba (En formato digital). La Habana 2004
- ⁶⁸ MINSAP. Resolución Ministerial No. 108. Reglamento del Régimen de Residencia en Ciencias de la Salud (En formato digital). La Habana 2004
- ⁶⁹MINSAP. Resolución Ministerial No. 55. Plan de Estudio y Programa para la Formación de Especialista de MGI de Graduados Latinoamericanos. (En formato digital). La Habana. 2006
- ⁷⁰MINSAP. Resolución Ministerial 1. Reglamento de Hospitales (En formato digital). La Habana 2007
- ⁷¹Piñuel Raigada JL. Epistemología, metodología y técnicas del análisis de contenido. *Universidad Complutense de Madrid. Estudios de Sociolingüística* 2002, 3(1), pp. 1-42
- ⁷²Douglas Pedros R. *Material bibliográfico de la Maestría en Educación Médica*. Centro Nacional de Perfeccionamiento Médico, La Habana, 1999.
- ⁷³Bacallao J. *Metodología de la Investigación*. Escuela Nacional de Salud. Tabasco. 2005

⁷⁴Malouin RA, Starfield B, Sepulveda MJ. Evaluating the tools used to assess the medical home. *Manag Care*. 2009; 18 (6):44-8

⁷⁵ Tsai et al. Usual source of care and the quality of medical care experiences: a cross sectional survey of patients from a Taiwanese community. *Med Care*. 2010; 48 (7): 628-34.

⁷⁶Jatrana,S., P. Crampton,et al. Continuity of care with general practitioners in New Zealand: results from SoFIE-Primary Care. *The New Zealand medical journal* 2011, 124 (1329): 16-25

⁷⁷Leao CD, Caldeira AP. (Assessment of the association between the qualification of physicians and nurses in primary healthcare and the quality of care. *CienSaude Colet*. 2011 Nov; 16 (11):4415-23

⁷⁸ Dahrouge,S.,W.Hogg,et al An evaluation of gender equity in different models of primary care practices in Ontario. *BMC PublicHealth* 2010:151

⁷⁹Martín Arribas MC. Diseño y validación de cuestionarios. *Madrid Matronas Profesión* 2004; Vol 5, n 17.

⁸⁰ Cronbach Lee J. *Fundamentos de la Exploración Psicológica*. Instituto del Libro, La Habana, 1972.

⁸¹ Lemus Lago Elia Rosa, Carballo Fernández Guadalupe. Sobre la base teórica de la especialidad de Medicina General Integral y del médico de la familia en Cuba. *Educ Med Super* [revista en la Internet]. 2013 Dic [citado 2014 Feb 01]; 27(4): 404-418. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412013000400009&lng=es.

⁸² Castro Ruz F. Discurso pronunciado en la Clausura del Claustro Nacional de Ciencias Médicas, en el Teatro "Karl Marx", el 16 de abril de 1983. . <http://www.cuba.cu/gobierno/discursos>

⁸³Espinosa Álvarez René F, López Espinosa José Antonio. MGI, una especialidad joven pero madura. *Rev Cubana Med Gen Integr* [revista en la Internet]. 2010 Mar [citado 2013 Nov 01]; 26(1): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252010000100001&lng=es.

⁸⁴ Cuesta Mejías Leonardo A.. ¿MGI o Medicina Familiar?.*Rev Cubana Med Gen Integr* [revista en la Internet]. 2007 Sep [citado 2013 Sep 13]; 23(3): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252007000300012&lng=es.

⁸⁵Escobar YéndezNilia Victoria, Almaguer Delgado Alcides J, Plasencia Asorey Carolina G. Periodización de la formación de posgrado del médico en etapa de especialización de MGI: dimensiones, variables y claves hermenéuticas. *MEDISAN* [revista en la Internet]. 2010 Mar [citado 2013 Sep 13]; 14(2): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192010000200017&lng=es.

⁸⁶CIMF-WONCA. Perfil del médico de familia. Definición iberoamericana. Colombia, mayo de 2010

⁸⁷ Castro Ruz F. Conferencia por la cadena del FIEL (Frente Independiente de Emisoras Libres). La Habana, 17 de octubre de 1960. *La Habana, Obra Revolucionaria* (27), 1960, p 42,43

⁸⁸ Castro Ruz F. Discurso pronunciado en la clausura del II Congreso de la Federación Estudiantil Universitaria, efectuada en el Instituto Superior Politecnico "Jose Antonio Echeverria", el 20 de diciembre de 1982. <http://www.cuba.cu/gobierno/discursos>

⁸⁹ Castro Ruz F .Discurso pronunciado en las Conclusiones de la Primera Reunión Nacional de Médicos. Ciudad de la Habana, 27 de octubre de 1961. La Habana, Obra Revolucionaria (44), 1961, p 11-24

⁹⁰Segredo Pérez Alina María, Perdomo Victoria Irene. La MGI y su enfoque social y humanista. EducMedSuper [revista en la Internet]. 2012 Jun [citado 2013 Sep 13] ; 26(2): 294-306. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412012000200011&lng=es.

⁹¹ Castro Ruz F. Discurso pronunciado en la Clausura del evento científico con motivo del XXX Aniversario de la Academia de Ciencias de Cuba, efectuada en el Palacio de las Convenciones, el 20 de febrero de 1992. <http://www.cuba.cu/gobierno/discursos>

⁹² Escobar YéndezNilia Victoria, Plasencia Asorey Carolina G., Almaguer Delgado Alcides J., Domínguez Eljaiek Carlos Felipe. Una mirada crítica a la competencia investigativa en el campo de la hipertensión arterial desde la atención primaria de salud. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 2010 Dic [citado 2013 Sep 13] ; 26(4): 595-606. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252010000400002&lng=es.

⁹³Bayarre Vea Héctor. Estado actual y perspectivas de la investigación científica en la Atención primaria de salud. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 2010 Jun [citado 2013 Nov 01] ; 26(2): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252010000200001&lng=es.

⁹⁴ López Puig Pedro, Segredo Pérez Alina María. El desarrollo de la investigación en la atención primaria de salud. EducMedSuper [revista en la Internet]. 2013 Jun [citado 2013 Nov 02] ; 27(2): 259-268. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412013000200013&lng=es.

⁹⁵ Acosta Gómez Yuxini, Montano Luna José Antonio, Díaz Molledal Maritza, Moreno Domínguez José Carlos, Valdés Mora Mariela. Papel del Diplomado de Educación Médica en la formación como profesores de los especialistas de MGI en el Nuevo Programa de Formación de Médicos Latinoamericanos. EducMedSuper [revista en la Internet]. 2010 Mar [citado 2013 Sep 14] ; 24(1): 65-75. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412010000100008&lng=es.

⁹⁶ González Ramírez Evelyn Estela, Gómez López Leysa Margarita, López Espinosa Guillermo José. Guatemala: paradigma en la formación de recursos humanos en salud. Rev EDUMECENTRO [revista en la Internet]. 2013 Dic [citado 2013 Sep 21] ; 5(3): 241-248. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742013000300017&lng=es

⁹⁷ Martínez Fernández Fernando, Zayas González Melba, Martínez García Edgardo. Momentos históricos de la Facultad de Medicina en Timor Leste. Rev EDUMECENTRO [revista en la Internet]. 2013 Abr [citado 2013 Sep 21] ; 5(1): 47-54. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742013000100007&lng=es.

-
- ⁹⁸ Martínez Fernández Fernando, Zayas González Melba. Factores que influyen en la formación de residentes de MGI en Ecuador. Rev EDUMECENTRO [revista en la Internet]. 2013 Ago [citado 2013 Sep 21] ; 5(2): 76-87. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742013000200009&Ing=es.
- ⁹⁹ Valladares Marrero María de los Angeles, Morales Suárez Ileana del Rosario, Hernández García Luis. Caracterización del desarrollo profesional de los médicos docentes durante la misión en Venezuela. EducMedSuper [revista en la Internet]. 2011 Dic [citado 2013 Sep 21] ; 25(4): 451-465. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412011000400007&Ing=es
- ¹⁰⁰ González Cárdenas Lilia, Nogueira Sotolongo Minerva, Rivera Michelena Natacha, Ruíz González Marlen, García Navarro Zenaida D. Comportamiento de la función docente-educativa del especialista en MGI. EducMedSuper [revista en la Internet]. 2011 Jun [citado 2013 Sep 13] ; 25(2): 40-47. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412011000200004&Ing=es.
- ¹⁰¹ Sacasas Fernández JA. El principio rector de la Educación Médica cubana. EducMedSuper vol.27 no.2 Ciudad de la Habana abr.-jun. 2013
- ¹⁰² Vicente Sánchez B, Castañeda Álvarez E, Costa Cruz M, Jiménez Estrada G. La interconsulta docente-asistencial en la atención primaria de salud. Medisur 2012; 10(2) Suplemento
- ¹⁰³ Borrás Santisteban T, Guerra Gutiérrez Y. Propuesta metodológica para realizar la Interconsulta Docente Pediátrica en la Atención Primaria de Salud. Correo Científico Médico de Holguín 2011; 15(3)
- ¹⁰⁴ Alcaraz Agüero Maritza. Pase de visita en la comunidad. MEDISAN [revista en la Internet]. 2011 Mar [citado 2013 Nov 02] ; 15(3): 399-405. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011000300020&Ing=es.
- ¹⁰⁵ Márquez Morales Nidia Edenia. El ingreso en el hogar como proceso de la atención primaria de salud. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 2012 Mar [citado 2013 Nov 02] ; 28(1): 72-77. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252012000100009&Ing=es.
- ¹⁰⁶ Garí Calzada Mayra, Rivera Michelena Natacha, Pernas Gómez Marta, Nogueira Sotolongo Minerva, Arencibia Flores Lourdes. El problema de salud y su expresión docente como herramienta didáctica integradora para un diseño curricular. EducMedSuper [revista en la Internet]. 2013 Sep [citado 2013 Sep 14] ; 27(3): 296-306. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412013000300015&Ing=es.
- ¹⁰⁷ Torres-Ajá L, Iglesias-León M, Zerquera-Álvarez C. Necesidades de aprendizaje del especialista en MGI para el diagnóstico precoz del cáncer de mama. Medisur [revista en Internet]. 2011 [citado 2013 Sep 13]; 9(3):[aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1413>
- ¹⁰⁸ Rodríguez Gurri D, González Expósito A. Necesidad de un programa integral de prevención del pie diabético para la formación de Especialista de MGI. Correo Científico Médico de Holguín 2011; 15(3)

¹⁰⁹González Ojedal G; Ramos Ramírez R; Días-Veliz Martínez E; Saura Hernández MC. Propuesta de perfeccionamiento profesional en Cardiología Pediátrica para el médico general integral. Edumecentro 2011;3(2)

¹¹⁰ Alfonso García Adianez. Caracterización de los contenidos sobre el adulto mayor en la formación del médico y especialista en MGI. EducMedSuper [revista en la Internet]. 2010 Sep [citado 2013 Sep 13] ; 24(3): 379-386. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412010000300010&lng=es

¹¹¹ Pérez Martínez Víctor Tadeo. Necesidades de aprendizaje del especialista de MGI, acerca de la conducta suicida. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 2011 Dic [citado 2013 Sep 13] ; 27(4): 455-466. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000400004&lng=es.

¹¹² Pérez Martínez Víctor T., NollaCao Nidia, Alerm González Alina. Competencias del especialista en MGI para la atención exitosa del síndrome demencial. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 2010 Dic [citado 2013 Sep 13] ; 26(4): 656-664. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252010000400008&lng=es.

¹¹³ Suárez González JA, Gómez González Y, Gutiérrez Machado M. El trabajo tutelar en la formación del residente de ginecología Acta Médica del Centro, Vol. 5, No. 1, 2011 http://www.actamedica.sld.cu/r1_11/edu_medsup.htm

¹¹⁴ Montano Luna José Antonio, Gómez Padrón Enrique Ivo, Rodríguez Milera José David, Lima Sarmiento Leiram, Acosta Gómez Yuxini, Valdés Parrado Zuleisma. El tutor en el proceso de formación del especialista de MGI. EducMedSuper [revista en la Internet]. 2011 Jun [citado 2013 Nov 01] ; 25(2): 1-16. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412011000200001&lng=es.

¹¹⁵ Lorenzo López JC, Fuster Cabrera BM, González Aguiar B, Machín Acia A. Competencias docentes del médico de familia en su desempeño como tutor en la carrera de Medicina. Medisur 2012; 10(2) Suplemento

¹¹⁶Arteche Hidalgo Liuba. El tutor en la especialidad de MGI Militar. RevCubMed Mil [revista en la Internet]. 2010 Mar [citado 2013 Nov 01] ; 39(1): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572010000100007&lng=es.

¹¹⁷Izquierdo Hernandez Alfredo. Metodología para la dinámica de Superación Profesional en el Sector de la Salud. Tesis presentada en opción al grado científico de Doctor en Ciencias Pedagógicas. Universidad de Oriente. 2008

¹¹⁸Lemus Lago Elia Rosa, Pérez Sánchez América Maritza. Desarrollo social a través del modelo de formación del especialista en MGI en Cuba. EducMedSuper [revista en la Internet]. 2013 Sep [citado 2013 Sep 13] ; 27(3): 275-287. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412013000300013&lng=es.

¹¹⁹ Pérez Maza Benito. Sobre la Atención primaria de salud. Rev Cubana Salud Pública [revista en la Internet]. 2011 Dic [citado 2013 Nov 02] ; 37(4): 542-545. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662011000400019&lng=es.

Bibliografía consultada

- Alemañy Pérez Eduardo J, Otero Iglesias Jacinta, Borroto Cruz Radamés, Díaz-Perera Fernández Georgia M. El pensamiento de Fidel Castro Ruz sobre el modelo del especialista en Medicina General Integral. Educ Med Super [revista en la Internet]. 2002 Sep [citado 2013 Feb 09]; 16(3): 231-248. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412002000300006&lng=es.
- Alonso Díaz Nora Lina. Evolución dialéctica de la función docente educativa del especialista en Medicina General Integral. Educ Med Super [revista en la Internet]. 2013 Dic [citado 2013 Abr 04]; 27(4): 392-403. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412013000400008&lng=es.
- Bonal Ruiz Rolando, Marzán Delis Mercedes, Castillo Frómata Milvian, Rubán Alfaro María de los Ángeles. Alfabetización en salud en medicina general integral. Perspectivas en Santiago de Cuba. MEDISAN [revista en la Internet]. 2013 Ene [citado 2013 Sep 05]; 17(1): 126-140. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000100016&lng=es.
- Borrot Cruz ER, Lemus Lago ER, Aneiros-Riba R. Atención Primara de Salud, Medicina Familiar y Educación Médica. Universidad Mayor de San Andres. La Paz. Bolivia. 1998
- Borroto Cruz Eugenio Radamés, Salas Perea Ramón Syr, Hernández García Luis, Fernández Oliva Bertha, Nolla Cao Nidia. La formación de educadores en salud y la pertinencia de la Maestría en Educación Médica. Educ Med Super [revista en la Internet]. 2012 Dic [citado 2013 Mar 05]; 26(4): 562-575. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412012000400009&lng=es
- Calvo Penichet S. Alborada de esperanza. Editorial Pablo de la Torriente. La Habana. 2005
- Cuesta Mejías Leonardo A. La función de administración dentro de la Medicina General Integral. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 1995 Jun [citado 2013 Mar 05]; 11(3): 215-217. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251995000300001&lng=es.
- Díaz Novás José, Gallego Machado Bárbara. La consolidación de la fase académica de la medicina general integral. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 2005 Ago [citado 2013 Mar 05]; 21(3-4): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000300030&lng=es.
- Espinosa Álvarez René Faustino, López Espinosa José Antonio. Cultura general integral para el médico general integral. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 2008 Dic [citado 2013 May 15]; 24(4): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000400001&lng=es.
- García Hernández Marlene, Lozada García Limay, Lugones Botell Miguel. Estrategia para la formación de valores en la especialidad Medicina General Integral. Educ Med

- Super [revista en la Internet]. 2005 Sep [citado 2013 May 15]; 19(3): 1-1. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412005000300002&lng=es.
- Jaim Etcheverry Guillermo. La educación médica del futuro. Educ Med Super [revista en la Internet]. 2011 Dic [citado 2013 May 15]; 25(4): 550-556. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412011000400015&lng=es.
 - Jorge Miguez Angela. La responsabilidad médica: una preocupación de todos. MediSur [revista en la Internet]. 2010 Feb [citado 2013 Ene 18]; 8(1): 1-2. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2010000100001&lng=es.
 - Lemus Lago Elia Rosa, Pérez Sánchez América Maritza. Desarrollo social a través del modelo de formación del especialista en Medicina General Integral en Cuba. Educ Med Super [revista en la Internet]. 2013 Sep [citado 2013 Sep 13]; 27(3): 275-287. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412013000300013&lng=es.
 - Lemus Lago Elia Rosa. El reto estratégico está en la formación. Educ Med Super [revista en la Internet]. 2012 Dic [citado 2013 Ene 21]; 26(4): 485-487. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412012000400001&lng=es.
 - Lemus Lago ER, Estévez Torres G, Velázquez Acosta JC. Campaña por la esperanza. La lucha contra el dengue. Editora Política. La Habana 2002
 - Lemus Lago ER, Quintana Galende ML. Debate presencial Evaluación Curricular. Educ Med Super [revista en la Internet]. 2013 Sep [citado 2013 Sep 13] Disponible en: <http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/234/120>
 - López F. Resurrección en el Himalaya. Oficina de Publicaciones del Consejo de Estado. La Habana. 2006
 - Manzo Rodríguez Lidia, Rivera Michelena C. Natacha, Rodríguez Orozco Alain R. La educación de posgrado y su repercusión en la formación del profesional iberoamericano. Educ Med Super [revista en la Internet]. 2006 Sep [citado 2013 Abr 22]; 20(3): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412006000300009&lng=es.
 - Márquez Morales Nidia Edenia, Martínez Rodríguez Bárbara. La cooperación internacionalista cubana: Labor de la brigada No. 4. Honduras, 1998-1999. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 2000 Jun [citado 2013 Ago 13]; 16(3): 281-284. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252000000300012&lng=es.
 - Mejía MA, Quintero O, D'Avila MC y Silva C. Situación actual de la Medicina Familiar en Venezuela. En: Ceitlin J. La medicina familiar en América Latina| Aten Primaria. 2007;39(9):495-6
http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pident_articulo=13109501&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=27&ty=128&accion=L&origen=zonadelectura&web=http://zl.elsevier.es&lan=es&fichero=27v39n09a13109501pdf001.pdf
 - Miranda Moles Aloysio, Moredo Barba Magela, Miranda Moles Zulma. Algunos elementos del diseño metodológico en los artículos publicados en la Revista Cubana de Medicina General Integral. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 2012 Sep [citado 2013 Feb 9]; 28(3): 235-245. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252012000300003&lng=es.

- Morales Suárez Ileana, Borroto Cruz Radamés, Fernández Oliva Bertha. Políticas y estrategia para la transformación de la educación superior en América Latina y el Caribe. Educ Med Super [revista en la Internet]. 2005 Mar [citado 2013 Feb 9]; 19(1): 1-1. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412005000100007&lng=es.
- Morales Vallejo Pedro. La fiabilidad de los tests y escalas. Estadística aplicada a las ciencias sociales. Universidad Pontificia Comillas, Madrid. 2008. ISBN 9788484682363. Disponible en: www.upcomillas.es/personal/peter/estadisticabasica/Fiabilidad.pdf
- Nuñez A. Haití un sueño por la vida. Editorial Pablo de la Torriente. La habana. 2000
- Oramas González René, Jordán Severo Tamine, Valcarcel Izquierdo Norberto. Propuesta de modelo del profesor universitario en la carrera de Medicina. Educ Med Super [revista en la Internet]. 2012 Dic [citado 2013 Feb 10]; 26(4): 618-634. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412012000400014&lng=es.
- Placeres Hernández JF, de León Rosales L, Medina Hernández Y, Martínez Rodríguez E. Barrio Adentro, expresión de la universalización de la enseñanza superior en Venezuela. Rev méd electrón[Seriada en línea] 2007; 29(6). Disponible en URL:http://www.cpimtz.sld.cu/revista%20medica/ano%202007/vol6%202007/tema_13.htm [consulta: 2013 May 25]
- Sierra Figueredo Simón, Fernández Sacasas José A., Miralles Aguilera Eva, Pernas Gómez Marta, Diego Cobelo Juan Manuel. Las estrategias curriculares en la Educación Superior: su proyección en la Educación Médica Superior de pregrado y posgrado. Educ Med Super [revista en la Internet]. 2009 Sep [citado 2013 Feb 10]; 23(3): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412009000300009&lng=es.
- Vela Valdés Juan, Fernández Sacasas José A, Álvarez Sintés Roberto. Política de formación médica para la atención primaria de salud y el papel de la asignatura Medicina General Integral en el currículo. Educ Med Super [revista en la Internet]. 2012 Jun [citado 2013 Jun 14]; 26(2): 259-270. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412012000200009&lng=es.
- Vidal Ledo María, Hernández García Luis. Superación profesoral. Educ Med Super [revista en la Internet]. 2011 Jun [citado 2013 May 23]; 25(2): 206-216. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412011000200017&lng=es.
- Vidal Ledo María, Lemus Lago Elia Rosa. Docencia de posgrado en la atención primaria de salud (APS). Educ Med Super [revista en la Internet]. 2012 Dic [citado 2013 Ene 21]; 26(4): 642-655. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412012000400016&lng=es.
- Vidal Ledo, María y Lemus, Elia Rosa. Docencia de pregrado en Atención Primaria de Salud. Educ Med Super [online]. 2012, vol.26, n.2, pp. 350-360. ISSN 0864-2141.

ANEXOS	Pág.
Anexo I Guía central de análisis	2
Anexo II. Encuesta	3
Anexo III Guía del moderador para la organización de las ideas en el desarrollo de los grupos focales.	10
Anexo IV Análisis de contenidos sobre las ideas conceptuales de la formación del especialista en Medicina General Integral	11
Anexo V Listado de problemas de salud en el Programa del Médico y la Enfermera de la Familia y su análisis con el programa analítico del Programa de Formación del especialista de Medicina General Integral	23
Anexo VI Coeficiente Alfa de Cronbach	27
Anexo VII Tablas de salida de la Encuesta. Dimensión I Datos Generales	27
Anexo VIII Tablas de Salida de la encuesta. Dimensión II. Concepción de la especialidad	34
Anexo IX Tablas de salida de la Dimensión III Currículo	37
Anexo X Tablas de Salida Encuesta Dimensión IV, Profesor y Residente, educación en el trabajo	51
Anexo XI. Análisis de Contenido Grupos Focales	52
Anexo XII Problemas de salud según documentos de revisión documental	57
Anexo XIII Tablas de Salida Dimensión IV de la Encuesta, profesor y residente	63
Anexo XIV. Tablas de salida de la encuesta. Dimensión V Ámbito de la formación	69
Anexo XV. Evaluación de las transformaciones necesarias del sistema de salud en el municipio Cerro	73
Anexo XVI Informe de evaluación de los servicios en APS.	77

Anexo I Guía central de análisis

Objetivo:

Describir el objeto de la investigación, que es la formación del especialista de Medicina General Integral

1. Concepción de la especialidad
 - a. Atributo objeto de estudio
 - b. Atributo función rectora
2. Currículo
 - a. Atributo demandas sociales
 - b. Atributo el modelo del especialista de Medicina General Integral conformado por tres perfiles, el político ideológico, el profesional y el ocupacional
 - c. Atributo principios científico pedagógico educación en el trabajo
 - d. Atributo programa analítico
3. Profesor
 - a. Atributo el rol del profesor
 - b. Atributo figura del tutor principal
 - c. Atributo superación profesional
4. Residente
 - a. Atributo rol del residente
 - b. Atributo encuentros con el tutor
5. Ámbito de la formación
 - a. Atributo acceso
 - b. Atributo puerta de entrada,
 - c. Atributo integralidad
 - d. Atributo coordinación
 - e. Atributo continuidad
 - f. Atributo participación social.

Anexo II. Encuesta

Estimada(o) colega, esta encuesta tiene el propósito de conocer su apreciación acerca de la formación del Especialista en Medicina General Integral en la práctica de los servicios del consultorio del médico de familia y sus resultados serán utilizados a los efectos de esta investigación lo cual permitirá realizar las recomendaciones que sean pertinentes en el necesario perfeccionamiento de dicho proceso. Son muy importantes los criterios que usted pueda aportar desde su propia experiencia y conocimientos. El instrumento es anónimo, sus resultados tienen un carácter confidencial y científico, sólo serán empleados con el fin de la investigación, no existen respuestas correctas o incorrectas, solo necesitamos su honestidad al responder. Si decide participar, le estaremos muy agradecidos por su contribución.

Policlínico:		No de cuestionario ____ ____				
Dimensión I: Datos Generales						
1.	Edad (años cumplidos)					
2.	Sexo	F <input type="checkbox"/> 1	M <input type="checkbox"/> 2			
3.	Puesto de Trabajo	Médico de la Familia.	<input type="checkbox"/> 1			
		Profesor de Grupo Básico de Trabajo	<input type="checkbox"/> 2			
		Jefe de Grupo Básico de Trabajo	<input type="checkbox"/> 3			
4.	Año que cursa como residente en Medicina General Integral (Solo para residentes)	1er año <input type="checkbox"/> 1	2do año <input type="checkbox"/> 2			
5.	Tiempo en años de graduado como Especialista (Solo para los médicos)	Hasta 2 años <input type="checkbox"/> 1	Hasta 5 años <input type="checkbox"/> 2	Hasta 10 años <input type="checkbox"/> 3	Hasta 20 años <input type="checkbox"/> 4	Más de 20 años <input type="checkbox"/> 5
	Medicina General Integral					
	Medicina Interna					
	Ginecobstetricia					
	Pediatría					
6.	Otros títulos alcanzados (Solo para los que tienen título de Master o diplomado)	Maestría Atención Primaria	<input type="checkbox"/> 1			
		Maestría Salud Pública	<input type="checkbox"/> 2			
		Maestría Epidemiología	<input type="checkbox"/> 3			
		Maestría Salud Ambiental	<input type="checkbox"/> 4			
		Maestría Nutrición e Higiene de los Alimentos	<input type="checkbox"/> 5			
		Otra	<input type="checkbox"/> 6			
Cuál		_____				
7.	Usted vive en casa consultorio (Solo para Médicos de familia)	Si <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 2			
8.	Tiene categoría docente	Si <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 2			
9.	Cuál categoría	Instructor	<input type="checkbox"/> 1			
		Asistente	<input type="checkbox"/> 2			
		Auxiliar	<input type="checkbox"/> 3			
		Titular	<input type="checkbox"/> 4			
10.	Ha trabajado en la zona rural de Cuba	Si <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 2			
11.	Ha cumplido misión de trabajo en salud en otro país	Si <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 2			
12.	Ha impartido docencia en la misión médica en otro país	Si <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 2 Fin de datos generales			
Dimensión II. Concepción de la especialidad Al responder las siguientes preguntas usted dará su opinión acerca de cuánto es capaz de desarrollar la función, habilidad, actividad o conocimiento, en su desempeño como médico de familia y marcará con una equis (x), solo una de las cuatro opciones que le proponemos. Es capaz de desarrollarlo completamente <input type="checkbox"/> 4 Es capaz de desarrollarlo parcialmente <input type="checkbox"/> 3 No es capaz de desarrollarlo <input type="checkbox"/> 2 No sabe si es capaz de desarrollarlo <input type="checkbox"/> 1						
13.	Capacidad para desarrollar todos los componentes del modelo de egresado de la especialidad de Medicina General Integral	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	
14.	El médico que hace Atención Integral a la Salud del Individuo	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	
15.	El médico que hace Atención Integral a la Salud de la Familia	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	

16.	El médico que hace Atención Integral a la Salud de la Comunidad	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
17.	El médico que hace Salud Comunitaria y Ambiental	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
18.	Identifica la relación familia-individuo en la producción de las afecciones a la salud	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
19.	Identifica la relación comunidad – familia en la producción de las afecciones a la salud	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
20.	Identifica el enfoque biopsicosocial de la medicina	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
21.	El médico que cura en la comunidad	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
22.	El médico que hace promoción de salud	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
23.	El médico que hace prevención	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
24.	El médico que hace rehabilitación	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Dimensión III: Sobre el modelo del profesional, los conocimientos y habilidades					
a) Perfil político ideológico					
Al responder las siguientes preguntas usted dará su opinión acerca de cuánto es capaz de desarrollar la función, habilidad, actividad o conocimiento, en su desempeño como médico de familia y marcará con una equis (x), solo una de las cuatro opciones que le proponemos.					
Lo cumple o conoce completamente <input type="checkbox"/> 4					
Lo cumple o conoce parcialmente <input type="checkbox"/> 3					
No lo cumple o conoce <input type="checkbox"/> 2					
No sabe cuánto lo cumple o conoce <input type="checkbox"/> 1					
Actividades, Habilidades o Conocimientos					
25.	Satisface con su trabajo las necesidades de atención que requiere la población del Médico de Familia	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
26.	Dispuesto para brindar sus servicios donde sea necesario, al graduarse como especialista	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
27.	Conoce el Código de Honor del Médico de Familia	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
28.	Cumple el Código de Honor del Médico de Familia	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
29.	Desea realizar una colaboración internacional.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
30.	Utiliza sus conocimientos científicos y habilidades profesionales en la solución de los problemas que enfrenta	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
31.	Con su actuación cotidiana contribuye a mantener nuestro Sistema Social	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
32.	Está preparado para desarrollar las tareas de la defensa del país	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
33.	Participa en las actividades de las organizaciones del barrio que atiende	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
34.	Participa en la movilización de la comunidad	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
35.	Emplea el enfoque social en su práctica profesional	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Cualidades que caracterizan al especialista de Medicina general Integral					
36.	Honesto	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
37.	Austero	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
38.	Sencillo	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
39.	Crítico y autocrítico	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
40.	Responsable	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
41.	Abnegado	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
42.	Consagrado al trabajo	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
43.	Sensible	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
44.	Humano	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1

Dimensión III: Sobre el modelo del profesional, los conocimientos y habilidades (Solo para los Médicos de Familia)

a) Perfil profesional

Al responder las siguientes preguntas usted dará su opinión acerca de cuánto es capaz de desarrollar la función, habilidad, actividad o conocimiento, en su desempeño como médico de familia y marcará con una equis (x), solo una de las cuatro opciones que le proponemos.

Es capaz de desarrollarla completamente 4

Es capaz de desarrollarla parcialmente 3

No es capaz de desarrollarla 2

No sabe cuánto es capaz de desarrollarla 1

Actividades, Habilidades o Conocimientos

Función de atención médica integral

45.	Detecta las características inherentes a los grupos de población priorizados para la atención	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
46.	Detecta problemas que puedan constituir factores de riesgo a la salud de la comunidad	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
47.	Actúa para modificar problemas que puedan constituir factores de riesgo a la salud de la comunidad	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
48.	Detecta cualquier riesgo biológico, psicológico, social y ambiental.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
49.	Realiza acciones de promoción de salud para lograr cambios positivos en los conocimientos, hábitos y costumbres higiénico sanitarias de su población.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
50.	Realiza acciones de prevención de enfermedades y daños a la salud de su población	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
51.	Realiza diagnóstico temprano y brinda atención médica en forma oportuna y continua a su población	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
52.	Orienta actividades de rehabilitación física, mental y social, según corresponda	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
53.	Realiza actividades de rehabilitación física, mental y social, según corresponda	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
54.	Decide la realización de interconsultas con otras especialidades, así como en la atención a pacientes ingresados en otros niveles del sistema.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
55.	Participa en la realización de interconsultas con otras especialidades, así como en la atención a pacientes ingresados en otros niveles del sistema.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
56.	Utiliza el ingreso en el hogar como práctica sistemática en la Atención Médica Integral	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
57.	Desarrolla actividades de vigilancia epidemiológica sobre la situación de salud de su comunidad	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
58.	Realiza dispensarización a la población de su área de salud.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
59.	Realiza acciones de salud con la participación activa de su población y en estrecha vinculación con las organizaciones políticas, sociales y estatales	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
60.	Realiza historias clínicas individuales	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
61.	Realiza historias de salud familiar	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
62.	Brinda atención médica de urgencia a la población en la comunidad	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
63.	Identifica, evalúa y trata el 90% de los problemas de salud que se presenten a las personas y familias sin consultar con otro nivel asistencial	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
64.	Realiza atención médica integral a los pacientes en estadio terminal en su hogar	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
65.	Realiza Análisis de la Situación de Salud	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
66.	Evalúa el estado de satisfacción de la población	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
67.	Asegura la coordinación para la atención a un paciente o su familia entre los profesionales del sistema de salud	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
68.	Mantiene la continuidad de la atención cuando requiere la competencia de otros especialistas de otro nivel de atención	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
69.	Utiliza el método clínico, epidemiológico y social	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
70.	Realiza atención médica integral	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
71.	Evalúa exámenes complementarios	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1

72.	Hace el pronóstico de enfermedades	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
73.	Realiza entrevista médica y examen físico integral a personas sanas	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
74.	Realiza parto normal	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
75.	Evalúa el estado nutricional y orienta acciones según edad, sexo y problema de salud	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
76.	Realiza tacto rectal	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
77.	Prepara equipo de frasco de drenaje de tórax	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
78.	Realiza punciones abdominales y pleurales diagnosticas	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
79.	Extiende documentos médico legales	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
80.	Realiza vendaje y cura de heridas	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
81.	Mide presión venosa central	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
82.	Aplica anestesia local	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
83.	Aplica torniquetes y hemostasia por vendaje compresivo y pinza	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
84.	Hace balance hidromineral	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
85.	Realiza resucitación cardiopulmonar	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
86.	Inmoviliza fracturas	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
87.	Realiza tratamiento inicial del quemado	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
88.	Realiza sutura de heridas superficiales	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
89.	Realiza incisión y drenaje de un absceso	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
90.	Extrae cuerpos extraños en orificios accesibles	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
91.	Interpreta radiografías	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
92.	Interpreta informes de Tomografías	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
93.	Interpreta informes de Resonancias Magnéticas	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
94.	Coloca sonda vesical	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
95.	Coloca sonda nasogástrica	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
96.	Coloca dispositivo intrauterino	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
97.	Toma muestra para exudado uretral	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
98.	Coloca espéculo	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
99.	Realiza tacto vaginal	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
100.	Realiza examen de mama	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
101.	Realiza eversión de párpados	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
102.	Realiza fondo de ojo	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
103.	Realiza otoscopia	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
104.	Realiza prueba citológica	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
105.	Realiza prueba de Schiller	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
106.	Indica y toma de muestra de gota gruesa a febriles	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
107.	Diagnostica tempranamente la tuberculosis	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Función docente educativa					
108.	Capacita a brigadistas sanitarias y otras personas para realizar actividades educativas en función de la salud	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
109.	Realiza técnicas grupales en la educación para la salud	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
110.	Realiza actividades docentes en actividades de pregrado	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
111.	Realiza actividades como docentes en las actividades de postgrado	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
112.	Realiza actividades de educación para la salud con su población	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
113.	Desarrolla el autoestudio y la autoevaluación	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Función de investigación					
114.	Aplica el método científico en la práctica profesional	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
115.	Desarrolla investigaciones científicas a partir de los problemas identificados por el Análisis de la Situación de Salud de su población	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
116.	Realiza el Análisis de la Situación de Salud como un proceso de investigación	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1

	continua integrado en su actividad de prestación de servicios.				
117.	Participa en investigaciones que se desarrollan desde otros niveles de atención del sistema de salud.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
118.	Publica artículos o investigaciones.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
119.	Participa en eventos científicos	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
120.	Utiliza las Nuevas Tecnologías de la Información y la Comunicación para la superación profesional y la investigación científica en el campo de la Atención Primaria de Salud y la Medicina General Integral.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Función de administración					
121.	Organiza el trabajo en el consultorio según lo establecido por el Programa del Médico y la enfermera de la familia 2011	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
122.	Realiza coordinaciones intersectoriales.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
123.	Elabora el plan de acción comunitaria encaminado a la solución de los problemas de la situación de salud	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
124.	Dirige el equipo de salud de su consultorio.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
125.	Utiliza el análisis de la situación de salud para organizar y planificar su trabajo	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Funciones especiales					
126.	Detecta que tipo de desastres o situaciones de emergencia pueden dañar la comunidad que Ud. atiende	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
127.	Identifica que tipo de daños a la salud individual se produce ante estos eventos	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
128.	Aplica medidas preventivas en el orden individual, familiar y comunitario para evitar graves consecuencias por desastres	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Dimensión III. Perfil ocupacional					
Al responder las siguientes preguntas usted dará su opinión personal acerca de cuánto es capaz de cumplir en su desempeño como especialista en Medicina General Integral en relación a los puestos de trabajo.					
Lo cumple o conoce completamente <input type="checkbox"/> 4					
Lo cumple o conoce parcialmente <input type="checkbox"/> 3					
No lo cumple o conoce <input type="checkbox"/> 2					
No sabe cuánto lo cumple o conoce <input type="checkbox"/> 1					
129.	Círculos Infantiles	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
130.	Centros Educativos	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
131.	Centros Laborales	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
132.	Hogar Materno	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
133.	Hospitales Rurales	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
134.	Hospitales Municipales	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
135.	Consultorio Médico de Familia en la montaña	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
136.	Consultorio Médico de Familia en zona urbana	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Dimensión IV: Sobre el residente					
¿Conoce el programa de formación del especialista de primer grado en Medicina General Integral? Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2					
¿Cómo evalúa sus modos de actuación en el consultorio? Excelente <input type="checkbox"/> 4 Bien <input type="checkbox"/> 3 Regular <input type="checkbox"/> 2 Mal <input type="checkbox"/> 1					
Como es la correspondencia entre su práctica de médico de la familia y los contenidos del programa de formación del especialista de Medicina General Integral					
		Se corresponde totalmente <input type="checkbox"/> 4	Se corresponde parcialmente <input type="checkbox"/> 3	No se corresponde <input type="checkbox"/> 2	No sabe <input type="checkbox"/> 1
137.	¿En qué aspectos necesita una atención del docente?	_____			
138.	¿Tiene Tutor Principal para su formación?	Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2			
139.	Cada que tiempo son los encuentros con el profesor	Cada vez que lo necesito		<input type="checkbox"/> 1	
		Diario		<input type="checkbox"/> 2	
		Dos veces a la semana		<input type="checkbox"/> 3	
		Una vez a la semana		<input type="checkbox"/> 4	

		Una vez cada 10 días	<input type="checkbox"/>	5
		Una vez cada 15 días	<input type="checkbox"/>	6
		Ninguno	<input type="checkbox"/>	7
140.	¿Qué actividades académicas colectivas realiza?	Consultas	<input type="checkbox"/>	1
		Interconsultas	<input type="checkbox"/>	2
		Visitas de Terreno	<input type="checkbox"/>	3
		Ingreso en el Hogar	<input type="checkbox"/>	4
		Discusión de un problema de salud	<input type="checkbox"/>	5
		Guardias Médicas	<input type="checkbox"/>	6
		Reunión clínico radiológicas	<input type="checkbox"/>	7
		Reunión clínico epidemiológicas	<input type="checkbox"/>	8
		Discusión de fallecidos	<input type="checkbox"/>	9
		Análisis de la situación de salud	<input type="checkbox"/>	10
141.	¿Qué tiempo, en la semana, dedica a su autoestudio?	Diariamente <input type="checkbox"/> 5; Cuatro horas a la semana <input type="checkbox"/> 4 ; Dos horas a la semana <input type="checkbox"/> 3 Poco <input type="checkbox"/> 2, Nada <input type="checkbox"/> 1		
142.	¿La literatura docente orientada en el proceso de formación está actualizada?	Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Si responde No, cuales temas no están actualizados		
Dimensión IV. Sobre el profesor				
143.	¿Conoce el programa de formación del especialista de primer grado en Medicina General Integral?	Si <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 2	
144.	¿Cómo evalúa los modos de actuación del residente de Medicina General Integral en el consultorio?	Excelente <input type="checkbox"/> 4	Bien <input type="checkbox"/> 3	Regular <input type="checkbox"/> 2 Mal <input type="checkbox"/> 1
145.	Como es la correspondencia entre la práctica médica de médico de familia del residente en Medicina General Integral y los contenidos del programa de formación del especialista de Medicina General Integral	Se corresponde totalmente <input type="checkbox"/> 4	Se corresponde parcialmente <input type="checkbox"/> 3	No se corresponde <input type="checkbox"/> 2 No sabe <input type="checkbox"/> 1
146.	¿En qué aspectos el residente ha solicitado su atención?	_____		
147.	¿Es Tutor Principal para la formación del residente?	Si <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/>	
148.	¿Cada que tiempo son los encuentros con el residente?	Cada vez que lo necesito	<input type="checkbox"/>	1
		Diario	<input type="checkbox"/>	2
		Dos veces a la semana	<input type="checkbox"/>	3
		Una vez a la semana	<input type="checkbox"/>	4
		Una vez cada 10 días	<input type="checkbox"/>	5
		Una vez cada 15 días	<input type="checkbox"/>	6
		Ninguno	<input type="checkbox"/>	7
149.	¿Qué actividades académicas colectivas realizas?	Consultas	<input type="checkbox"/>	1
		Interconsultas	<input type="checkbox"/>	2
		Visitas de Terreno	<input type="checkbox"/>	3
		Ingreso en el Hogar	<input type="checkbox"/>	4
		Discusión de un problema de salud	<input type="checkbox"/>	5
		Guardias Médicas	<input type="checkbox"/>	6
		Reunión clínico radiológicas	<input type="checkbox"/>	7
		Reunión clínico epidemiológicas	<input type="checkbox"/>	8
		Discusión de fallecidos	<input type="checkbox"/>	9
		Análisis de la situación de salud	<input type="checkbox"/>	10
150.	¿Qué tiempo, en la semana, dedica a su preparación?	Diariamente <input type="checkbox"/> 5; Cuatro horas a la semana <input type="checkbox"/> 4 ; Dos horas a la semana <input type="checkbox"/> 3 Poco <input type="checkbox"/> 2, Nada <input type="checkbox"/> 1		
151.	¿La literatura docente orientada en el proceso de formación está actualizada?	Si <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 2	

Dimensión V: Ámbito de la formación					
152. En su estimación ¿Qué cantidad de pacientes Ud. atiende en consulta, en el Consultorio Médico, como promedio en un día: Más de 20 <input type="checkbox"/> 1 Entre 11 y 20 <input type="checkbox"/> 2 10 o menos <input type="checkbox"/> 3		153. ¿Qué total de población constituyen el universo de atención de su consultorio? Más de 1 500 <input type="checkbox"/> 1 Entre 1001 y 1500 <input type="checkbox"/> 2; Entre 1000 y 600 <input type="checkbox"/> 3			
154. ¿En su consultorio se realiza consulta deslizando? Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 No sé <input type="checkbox"/> 3					
155. ¿Existe una política que se requiere primera consulta con Ud. en el consultorio antes que el paciente reciba atención de un médico de otra especialidad en el Policlínico o en el Hospital? Si <input type="checkbox"/> 1 Si No <input type="checkbox"/> 2 No Se <input type="checkbox"/> 3					
156. Aproximadamente cuántas consultas de otras especialidades ocurren sin ser derivados desde el Consultorio en la Atención Primaria? Totalidad <input type="checkbox"/> 7 Mayoría <input type="checkbox"/> 6 Más de la mitad <input type="checkbox"/> 5 La mitad <input type="checkbox"/> 4 Menos de la mitad <input type="checkbox"/> 3 Minoría <input type="checkbox"/> 2 No sé <input type="checkbox"/> 1					
157. En su estimación ¿están los cuidados primarios en su área de salud, para resolver los problemas de salud comunes de los siguientes estratos poblacionales?					
a.	Niños	Definitivamente <input type="checkbox"/> 4	Mayoritariamente <input type="checkbox"/> 3	Mayoritariamente No <input type="checkbox"/> 2	Definitivamente No <input type="checkbox"/> 1
b.	Adolescentes				
c.	Adultos				
d.	Mujeres gestantes				
e.	Ancianos				
158. En su estimación, según la población que lo requiere ¿todos reciben los servicios?					
a.	Cuidados prenatales	Definitivamente <input type="checkbox"/> 4	Mayoritariamente <input type="checkbox"/> 3	Mayoritariamente No <input type="checkbox"/> 2	Definitivamente No <input type="checkbox"/> 1
b.	Cuidados al recién nacido	Definitivamente <input type="checkbox"/> 4	Mayoritariamente <input type="checkbox"/> 3	Mayoritariamente No <input type="checkbox"/> 2	Definitivamente No <input type="checkbox"/> 1
c.	Planificación familiar	Definitivamente <input type="checkbox"/> 4	Mayoritariamente <input type="checkbox"/> 3	Mayoritariamente No <input type="checkbox"/> 2	Definitivamente No <input type="checkbox"/> 1
d.	Cuidados a la puérpera	Definitivamente <input type="checkbox"/> 4	Mayoritariamente <input type="checkbox"/> 3	Mayoritariamente No <input type="checkbox"/> 2	Definitivamente No <input type="checkbox"/> 1
e.	Cuidados durante el primer año de vida	Definitivamente <input type="checkbox"/> 4	Mayoritariamente <input type="checkbox"/> 3	Mayoritariamente No <input type="checkbox"/> 2	Definitivamente No <input type="checkbox"/> 1
f.	Cuidados al niño de 1 año y más hasta los 5 años	Definitivamente <input type="checkbox"/> 4	Mayoritariamente <input type="checkbox"/> 3	Mayoritariamente No <input type="checkbox"/> 2	Definitivamente No <input type="checkbox"/> 1
g.	Consejería sobre el tabaco y el alcohol	Definitivamente <input type="checkbox"/> 4	Mayoritariamente <input type="checkbox"/> 3	Mayoritariamente No <input type="checkbox"/> 2	Definitivamente No <input type="checkbox"/> 1
h.	Tratamiento a los pacientes con problemas mentales más comunes	Definitivamente <input type="checkbox"/> 4	Mayoritariamente <input type="checkbox"/> 3	Mayoritariamente No <input type="checkbox"/> 2	Definitivamente No <input type="checkbox"/> 1
159. ¿Está usando el sistema de referencia con otras instituciones de la salud?				Si <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 2
160. ¿Recibe contra referencia de la institución a la que refirió el paciente?				Si <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 2
161. ¿Trabaja con los distintos sectores de la comunidad que atiende, para la solución a los problemas de salud?				Si <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 2
162. En su estimación ¿participa la población en la solución de los problemas de salud de su comunidad?				Si <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 2
163. ¿Trabaja con las organizaciones de la comunidad para la solución a los problemas de salud de la comunidad donde Ud. labora?				Si <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 2

Anexo III Guía del moderador para la organización de las ideas en el desarrollo de los grupos focales.

Saludo y presentación

Explicar el objetivo que es identificar opiniones sobre la formación del especialista de Medicina General Integral para el desarrollo de una investigación que realiza la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana sobre este tema.

Informar que el uso del resultado del grupo focal es solamente con fines investigativos.

Referir que aunque se conoce con anterioridad el objetivo de la actividad, si alguien de los presentes no desea participar, se respeta esa decisión. La participación es voluntaria.

Explicar la forma de desarrollo de la actividad: primero se presenta cada participante, después se presentará una pregunta y se solicitará la palabra por los participantes. No es necesario decir el nombre, solo se requiere precisar si es residente, especialista o profesor.

Explicar la importancia del registro para realizar el análisis de los resultados y preguntar si están de acuerdo.

Presentar a la registradora.

Si estamos de acuerdo en la forma de desarrollar la actividad comenzamos:

Presentación de cada integrante

Recordar los inicios del desarrollo de la especialidad y comenzar con la primera pregunta, posteriormente ir introduciendo las preguntas según las características de la discusión.

¿Qué le satisface y que no le satisface de la especialidad de Medicina General Integral?

¿Qué problemas de salud atienden con más frecuencia?

¿Qué aspectos de la organización del consultorio favorecen o no el aprendizaje de los residentes?

¿Qué aspectos positivos y negativos tiene la formación de la especialidad y qué sugiere para mejorarlo?

¿Cómo valora la atención secundaria el trabajo del médico de la familia?

¿Cómo valora la población el trabajo del médico de la familia?

Agradecimientos a los participantes

Anexo IV Análisis de contenidos sobre las ideas conceptuales de la formación del especialista en Medicina General Integral

Del análisis de contenidos realizado de las ideas conceptuales presentes en los discursos y reflexiones se obtuvieron 7 categorías y 29 subcategorías.

Tabla 1 Categorías y subcategorías seleccionadas

No.	Categorías	Subcategorías
1.	"Especialidad en Medicina General Integral"	1. "Es el médico más universal" 2. "Títulos científicos" 3. "Es el tipo de especialista de amplio campo" 4. "Formar a la vez varios excelentes médicos junto a él" 5. "El médico general también puede hacer su residencia"
2.	"Nuestra medicina es hoy mucho mejor que en el pasado"	6. "Medicina Preventiva" 7. "El campo de la medicina se une" 8. "Se extienden esos servicios y se extienden las especialidades por todo el país".
3.	"Campaña para dejarnos sin médicos"	9. "Formar médicos" 10. "Formar médicos para el mundo."
4.	"Atención Primaria"	11. "No sólo para proteger la salud" 12. "Puerta de cada familia" 13. "Pesquisa activa" 14. "Coordinados" 15. "Policlínicos en facultades universitarias."
5.	"Médico de la Familia"	16. "Guardián de la salud" 17. "El Médico de la Familia surge" 18. "El Código ético especial" 19. "El Médico de la Familia hace investigaciones" 20. "Muchos de esos médicos son mujeres". 21. "El médico se enfrenta él solo con el problema, con el paciente que le llega allí"
6.	"Ética"	22. "Consagración" 23. "Responsabilidad" 24. "Disposición Incondicional" 25. "Calidad Humana."
7.	"Función del médico"	26. "La función social" 27. "La función profesional" 28. "La función internacionalista" 29. "Sobre el interés por la investigación"

Análisis Estadístico:

Tipo de intervenciones: de las ciento ochenta intervenciones, ciento sesenta y cinco son discursos, ocho son reflexiones, cuatro son informes, una intervención en conferencia en la radio, una intervención en programa de televisión y una conversación.

Década en que se realizó: de la década de los años 1960 se seleccionaron treinta y ocho intervenciones; de la década de los años 1970, veinte y nueve; de la década de los años 1980, cuarenta y seis; de la década de los años 1990, treinta y uno y de la década de los años 2000, treinta y seis.

Auditorio: cincuenta y cinco intervenciones son a residentes y profesores, quince de ellas en actos de graduación; cuatro a campesinos en actos de la Asociación Nacional de Agricultores Pequeños; ocho a cederistas en actos de los Comités de Defensa de la Revolución; dos a mujeres en actos de la Federación de Mujeres Cubanas.

Lugar donde se produjo : cinco se realizaron en congresos de medicina, ocho en graduaciones de residentes de medicina, veintiuna en instituciones de salud, de ellas una en casa consultorio del médico de familia, cuatro en policlínicos, ocho en hospitales y ocho en universidades de ciencias médicas.

Resultado Cuantificación de categorías y subcategorías. Se expresan en la Tabla 2.

Tabla 2. Cuantificación Categorías y subcategorías

Categoría o Subcategoría	Número de discursos o reflexiones donde emerge	Porciento sobre el total de documentos	Rangos de años en que fueron realizadas los discursos o reflexiones
Categoría: “Nuestra medicina es hoy mucho mejor que en el pasado”	58 discursos	32,2	1960-2006
Subcategoría: “Medicina Preventiva”	17 Discursos	9,4	1963-2006
Subcategoría: “El campo de la medicina se une”	10 Discursos	5,5	1964-2003
Subcategoría: “Se extienden esos servicios”	11 Discursos	6,1	1964-2003
Categoría: Atención Primaria de Salud	46 intervenciones ⁴⁵ Discursos y 1 Reflexión	25,5	1960-2009
Subcategoría “No son sólo para proteger la salud”	19 Discursos	10,5	1963-2006
Subcategoría “Puerta de cada familia”	8 Discursos	4,4	1984-2003
Subcategoría “Pesquisa activa”	1 Discurso	0,5	2006
Subcategoría “Coordinados”	4 Discursos	2,2	1984-1989
Subcategoría “Policlínicos en Facultades Universitarias”	12 Discursos	6,6	1964-2005
Categoría “Médico de la Familia”	36 discursos	20	1982-2006

Subcategoría “Guardián de la Salud”	3 discursos	1,6	1984-2005
Subcategoría “El médico de la familia surge”	8 discursos	4,4	1982-2002
Subcategoría “El código ético especial”	3 discursos	1,6	1982-1984
Subcategoría “El médico de la familia hace investigación”	4 discursos	2,2	1992-2006
Subcategoría “Muchos de esos médicos son mujeres”	2 discursos	1,1	1984-1999
Subcategoría “El médico se enfrenta él solo con el problema, con el paciente que le llega allí”	19 intervenciones 18 discursos y 1 Reflexión	20	1964-2009
Categoría: “Campaña para dejarnos sin médico”	30, de ellas 28 Discursos y 3 Reflexiones	16,6	1962-2008
Subcategoría “Formar médicos”	20 Discursos	11,1	1962-2002
Subcategoría “Formar médicos para el mundo”	16 de ellas 13 Discursos y 3 Reflexiones	8,8	1982-2009
Categoría Ética	65 discursos	36,1	1961-2005
Subcategoría Consagración	7 discursos	3,8	1979-2005
Subcategoría Responsabilidad	7 discursos	3,8	1963-2002
Subcategoría Disposición incondicional	2 discursos	1,1	1982-1998
Subcategoría Calidad humana	14 discursos	7,7	1965-2005
Categoría Función del médico	41 discursos	22,7	1961-2005
Subcategoría “Función Social”	14 discursos	7,7	1961-2000
“Funciones profesionales”	13 discursos	7,2	1960-1990
“Función Internacionalista”	11 discursos	6,1	1977-2005
“Función de Investigación”	3 discursos	1,6	1962-1963
Categoría “Especialista en Medicina General Integral”	26 intervenciones 22 discursos y 4 Reflexiones	14,4	1982-2009
Subcategoría “Es el médico más universal”	20 intervenciones 18 discursos y 2 Reflexiones	10	1982-2009
Subcategoría “Títulos Científicos”	4 Discursos	2,2	2003-2005
Subcategoría “Es el tipo de especialista de amplio campo”	10 discursos	5,5	1983-2005
Subcategoría: “El médico general también puede hacer su residencia”	9 discursos	5	1983-2003

Análisis explicativo

En el año 1962 el Comandante en Jefe Fidel Castro Ruz expresó refiriéndose a la salud “¿Por qué se interesa el Gobierno mucho por este problema? Porque este es uno de los problemas más delicados, y es uno de los problemas de más trascendencia humana para la Revolución”.¹ El resultado del análisis estadístico es muestra evidente de la presencia de los temas de salud en sus intervenciones, con continuidad del desarrollo de las ideas orientadas cada vez más, al mejoramiento de la atención a la salud del pueblo.

Categoría: Nuestra medicina es hoy mucho mejor que en el pasado²

Subcategorías

Medicina Preventiva³: se definió la importancia del desarrollo de la medicina preventiva, ir pasando de la medicina terapéutica a la preventiva, para evitar que se enfermen los ciudadanos.

El campo de la medicina se une⁴: se forja la idea de la participación de los sectores en la producción de la salud de la población, de forma conjunta con la economía, la agricultura, la industria, la educación, la cultura, como tarea de las organizaciones de masas. Se concibe que la reducción de las enfermedades va aparejada no solo con el número de médicos, sino también con las acciones en otros sectores, como las condiciones en que se produzcan los alimentos, la elevación de las condiciones de higiene de las ciudades, el número de acueductos, de viviendas, con las condiciones materiales de vida que rodean al ser humano.

Se extienden esos servicios y se extienden las especialidades por todo el país⁵: los servicios cubanos de salud son gratuitos para todos. Los médicos se ubicaron según las necesidades de atención a la salud de la población en todas las provincias. Se llevó la medicina al campo. Se desarrolla el policlínico, que es el tipo de servicio médico considerado ideal para una localidad determinada, con servicios integrales y comunitarios. En el año 1984 surge el Médico de la Familia. El médico trabajando en un consultorio médico ubicado geográficamente en la misma comunidad donde viven sus pacientes. El médico vive en esta si se dispone de vivienda consultorio. El paciente puede ser atendido allí en su casa si requiere un ingreso. “Se llama hospitalización domiciliaria”⁶, este concepto se refiere al ingreso en el hogar.

Categoría Atención Primaria⁷: se afirma que la Atención Primaria debe ejecutarse por los policlínicos, mientras los hospitales atiendan los problemas de salud más complicados, con requerimientos de recursos y tecnología de mayor complejidad. “La idea esencial es acercar los servicios primarios a los ciudadanos para lo que se desarrolla una red de policlínicos en todos el país, el médico de la familia, es lo que le pone la tapa al pomo de los servicios médicos primarios”⁸.

Subcategorías

No sólo para proteger la salud⁹: se aborda que los centros de atención primaria son también centros de rehabilitación. Se brindan servicios de emergencia, de electrocardiografía, de endoscopia, laboratorio clínico, radiografías, con atención desde el niño hasta el anciano.

Puerta de cada familia¹⁰: se habla del trabajo del médico de la familia allí, en la puerta de cada casa, en la puerta de cada familia, atento a la salud de la población que atiende. Si el ciudadano no desea ser atendido por el médico de familia, puede ir directamente al policlínico o al hospital.

Pesquisa activa¹¹: en el año 2006 se aborda el concepto de pesquisa activa como el verdadero diagnóstico del estado de salud de una población para elevar las perspectivas de vida del ser humano. Es la búsqueda activa en la propia casa de afecciones de la salud de las personas. Entre los ejemplos se menciona el estudio en el municipio Cerro de Ciudad de la Habana, de 26 629 personas con riesgo de enfermedad renal, se visitaron en su casa 13 098 pacientes, se les realizó examen de orina. Solo se conocían 168 personas enfermas con insuficiencia renal crónica y el 12,2%, resultaron positivos de daño

renal. Se afirma que la pesquisa activa es un concepto moderno y expresa “Hay que cambiar radicalmente el concepto de los servicios médicos”.

Coordinados¹²: se explica que existirán veinte mil Médicos de Familia en la red trabajando estrechamente coordinados con los policlínicos, con los hospitales, con los programas de salud, con las organizaciones de masas.

Policlínicos en facultades universitarias¹: se expone que primero se perfeccionaron los policlínicos y después se convirtieron en facultades universitarias para la formación de la especialidad de Medicina General Integral. En el año 2005 se afirma que “sedes de formación de médicos en nuestro país pueden ser cualesquiera de los 444 policlínicos de que dispone la atención primaria”.¹³

Categoría médico de la familia¹⁴:

Se define que el concepto es nuevo. No es el de la medicina occidental. Se le nombra médico de la familia porque se le asigna el cuidado de un número de familias. Trabaja en un consultorio médico en la propia comunidad donde labora y vive en casas consulta según se disponga de ellas.

Subcategorías

Guardián de la salud¹⁵: se conceptualiza con el símil guardián. Es vigilante, está alerta. Lleva la historia clínica de todas las personas, los atiende, visita a los pacientes, realiza acciones de seguimiento de su salud. Mantiene la vigilancia sobre las personas con riesgos para su salud. Posee estadísticas sobre las enfermedades de la comunidad. Trabaja en la prevención social, ayudan en la prevención contra el delito. “Saben dónde y cómo vive el paciente, a diferencia del que está en el hospital que no sabe dónde vive, cómo vive una familia, una persona, un paciente”¹⁶.

El médico de la familia surge¹: se explica el médico de la familia surge cuando se habla de reducción de estudiantes de medicina en un organismo económico cubano por la posibilidad de que estos sobrarán. Cuando se concibió la idea se sometió a prueba. Se comenzó con la experiencia de 10 médicos y 10 enfermeras en el barrio de Lawton en La Habana y otro pequeño grupo en Fomento. El Comandante en Jefe Fidel se reunía frecuentemente con los 10 médicos que desplegaban la experiencia en Lawton. Indagaba sobre si la población les tenía consideración, si los apreciaban, cuánta confianza había en ellos, o si los pacientes se iban al policlínico o se iban al hospital. La población los había recibido con un enorme interés. Las familias prestaban un cuartico o el garaje. Se afirma que la población recibía con mucha confianza al Médico de la Familia. Se calcula que para el año 1998 estén trabajando 20 000 médicos como médicos de familia y unos 8 000 ó 10 000 en la colaboración internacional.

El Código ético especial¹⁷ : se refiere al Código de Honor del Médico de Familia que Fidel Castro refiere es necesario por el acceso del médico al hogar, por los nexos con las familias de la comunidad asignada, por la confianza brindada por la familia, por la influencia de este profesional en el ámbito familiar, por el carácter humano del trabajo del Médico de la Familia.

El médico de la familia hace investigaciones¹⁸: se expone que el Médico de Familia investiga, en su lugar de trabajo, las enfermedades que más inciden, los problemas de salud que existen, factores históricos, factores genéticos, que se relacionan con las enfermedades. “Un médico de la familia puede ser un investigador, observando todo lo que está ocurriendo allí”¹⁸.

Muchos de esos médicos son mujeres¹⁹: se expresa uno de los problemas fue que muchos médicos de la familia eran mujeres y el existía un número de embarazadas por lo que se decidió ubicar reservas de médicos en los policlínicos, para situaciones de enfermedad, maternidad o ausencias. Se reconoce el papel de la mujer en las misiones internacionalistas.

El médico se enfrenta él solo con el problema, con el paciente que le llega allí¹⁷: se abordan problemas de salud que el Médico de Familia debe enfrentar: la resistencia a los antibióticos, las enfermedades infecciosas emergentes, el cáncer, la diabetes, la hipertensión, problemas de exceso de peso, dieta que tienen que hacer los pacientes, ejercicios que tienen que hacer los pacientes, la vacunación, la higiene en general, problemas de angiología, broncoaspiración en niños, dengue, el SIDA,

las predisposiciones genéticas al cáncer pulmonar, de mama, de colon. La salud y la longevidad de la vida, el daño provocado por el ron, los accidentes, problemas mentales como el Alzheimer, esquizofrenia, anciano solo, problema de incapacidad, reducción de la mortalidad infantil, enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, deshidratación, las infecciones, urgencias cardíacas, las alergias de cualquier tipo; el asma bronquial.

Categoría: Campaña para dejarnos sin médicos²⁰: de seis mil médicos al inicio de la Revolución, tres mil médicos emigraron a Estados Unidos. La campaña tenía como objetivo privar al pueblo cubano de sus médicos. En la medida en que el imperio se esforzaba por privar de médicos al país, la Revolución se esforzaba por formar médicos.

Subcategorías

Formar médicos²¹: se quedaron tres mil médicos y ellos fueron los profesores de las universidades y de los hospitales. La primera graduación de jóvenes médicos que iniciaron estudios después del primero de Enero de 1959 tuvo lugar el 14 de Noviembre del año 1965. La Revolución le ganó la escaramuza al imperio. En el año 1971 el país contaba con ocho mil médicos, en el año 1981, quince mil médicos. En el año 1982 se constituye el Destacamento de Ciencias Médicas Carlos J. Finlay. Se incrementan las matrículas en Medicina y se crean capacidades con la construcción de nuevas Facultades por la necesidad de médicos para nuestro servicio, para ayuda internacionalista y para la cooperación sobre bases económicas con otros países. Estas nuevas matrículas permitirían disponer de una reserva que posibilitara el estudio y la superación de un número de médicos cada año, lo que fue llamado año sabático. Durante el período especial se disminuyeron las matrículas pero se continuó la formación de médicos. En el año 1984 existían cerca de veinte mil médicos, en el año 1990 casi cuarenta mil médicos, en el año 1993 cincuenta y un mil médicos, en el año 2002 sesenta y siete mil médicos. En el año 2005 la Revolución había graduado más de ochenta mil médicos cubanos. Fidel refiere que es mejor tener el problema de la abundancia de médicos y no el problema de la falta de médicos. Expresa: “esos recursos humanos hay que cuidarlos como oro, no se pueden perder, pero tenemos que encontrar la forma más inteligente de emplearlos.”²² Para el logro de esta formación de médicos se reconoce el esfuerzo primario en la educación y de los profesores. Esto implica también un gran esfuerzo de superación por parte de los propios profesores, porque en manos de ustedes está el éxito que nosotros podamos alcanzar; en la superación de ustedes, no solo como profesores sino como médicos que participan en la asistencia, como profesionales eminentes llamados a sentar pautas en nuestros hospitales, llamados a elevar la calidad de la asistencia. Porque cuando hablamos de la superación de los miles de profesores de ciencias médicas, estamos hablando también de la superación de nuestra asistencia médica. En ese doble sentido tiene una enorme importancia la superación de los profesores. Como también tenemos que preocuparnos mucho en el futuro por la superación de los médicos aunque no sean profesores, y tendremos que establecer sistemas de perfeccionamiento para nuestros médicos. Es imprescindible, porque la medicina evoluciona constantemente, y no se puede estar al día en la medicina sin un estudio constante, sin una superación constante. Y nosotros debemos crear los mecanismos para alcanzar estos objetivos.²³

Se concibe que la formación debe pasar de ser casi exclusivamente teórica a una formación que incluye una práctica intensa unida a los conocimientos teóricos.^{24 25 26 27}

Formar médicos para el mundo⁹: la formación de médicos de otros países por profesionales cubanos se desarrolló en los propios países, ayudando a formar las universidades, y en nuestro país, a través de becas. A partir del año 1999 se creó la Escuela Latinoamericana de Medicina y posteriormente el Nuevo Programa de formación de Médicos Latinoamericanos.

Categoría Ética²⁸: este concepto se aborda a partir de que nuestra sociedad la caracterizan “nuevos valores; una nueva conciencia, con aprecio al carácter del hombre, al espíritu del hombre, a la virtud del hombre”.²⁹ Se enfatiza la preparación ética, solidaria y científica del personal médico; y se reconoce la existencia de las virtudes éticas y el espíritu de sacrificio en los médicos cubanos.

Subcategorías

Consagración³⁰: se define que la consagración^a caracteriza el trabajo a nuestros médicos. La consagración total al estudio constituyó una exigencia del Destacamento Carlos J. Finlay. Se destaca la consagración de los estudiantes de medicina egresados del Servicio Militar. Se define como misión a los graduados de medicina: "lo más importante habrá de ser su consagración total al más noble y humano de los oficios: salvar vidas y preservar salud."³¹

Responsabilidad³: la responsabilidad^b forma parte del sentido del deber que un trabajador de la salud. El médico es responsable de cuidar la vida de los seres humanos que atiende.

Disposición Incondicional²⁹: la disposición incondicional es también una exigencia del Destacamento de Ciencias Médicas Carlos J. Finlay. Se enaltece la importancia de estar dispuesto a hacer lo que sea necesario para resolver un problema, y así se caracteriza la conducta de los médicos.

Calidad Humana³²: se define como una característica de nuestro pueblo y de los profesionales de la salud. Muestras del carácter humano de los médicos cubanos se manifiestan en la labor que se desarrolla en las misiones internacionalistas.

Categoría Función del médico²²: se reconoce los médicos practican la medicina general con atención a los pacientes, independientemente del sexo, edad o enfermedad. El médico analiza los factores, hace diagnóstico y actúa para la solución de un problema.

Subcategorías

La función social³³: comprende el valor del trabajo del médico que produce salud. Se expresa: "cuales quiera que sean sus ideas políticas, tiene obligaciones sagradas con el pueblo"³⁴.

La función profesional²⁴: abarca los conocimientos adquiridos en la universidad, que permiten el desarrollo intelectual para el ejercicio médico. Se conceptualiza que el médico será algo más que alguien que atienda un enfermo. Se especifica la función de prestar asistencia médica a todas las personas evacuadas, para evitar las epidemias.

La función internacionalista³⁵ del médico: dada por la prestación de servicios médicos en otros países. Se reconoce la admiración por el trabajo que realizan en las misiones internacionalistas. Se reconoce los servicios médicos se convirtieron en renglón del intercambio de servicios de nuestro país en la esfera económica.

Sobre el interés por la investigación²⁶: se aborda que la profesión médica es una profesión científica por lo que es necesario despertar en los residentes de medicina el interés por la investigación, fundamentalmente para las cuestiones de la medicina preventiva, y las condiciones del medio.

Categoría Especialidad en Medicina General Integral¹⁵: la idea del especialista en Medicina General Integral se desarrolla asociada a la concepción del Médico de la Familia.

Subcategorías

Es el médico más universal³⁶. se reconoce el médico general estudió 6 años y no desarrolló más estudios de especialidad. Fidel concibió la idea de convertir la generalidad en especialidad, con una base amplia de conocimientos independientemente de las otras especialidades. Se elaboró un programa para el inicio de la especialidad de Medicina General Integral, a partir del curso 1983-84 con conocimientos de pediatría, obstetricia, medicina interna, psicología y sanidad. Dicha especialidad permitió la formación masiva de especialistas. Esto implicaba el prestigio social de los especialistas y se afirma que tendrá la

^a Consagración: acción de consagrar. Consagrar: dedicar trabajo, esfuerzo y entusiasmo en la consecución de algo. Larousse. Diccionario enciclopédico. 21 ed. México 2006; Pág. 279

^b Responsable: que es formal y consciente de sus palabras, decisiones o actos. Larousse. Diccionario enciclopédico. 21 ed. México 2006; Pág. 883

remuneración proporcional de sus conocimientos. La Especialidad se concibió en tres años después de graduarse de médico.

Títulos científicos³⁷: se refiere a los grados científicos como continuidad en el proceso de formación de los recursos humanos. Se afirma que en el futuro tendremos miles de especialistas en Medicina General Integral que sean Doctores en Ciencias.

Es el tipo de especialista de amplio campo³⁸: se define que por la amplitud de sus conocimientos puede realizar su desempeño instituciones de diversos tipos: centro de campismo, fábrica, central azucarero, secundaria básica, en la cuadra, en cualquier país subdesarrollado, en comunidades agrícolas, escuelas, centro de trabajo, comunidad rural, campesina, preuniversitario, círculos infantiles, terminales de ómnibus. Se reconoce que el “Médico General Integral es casi el perfecto médico para misiones internacionalistas”³⁹, incluyendo para la atención a desastres naturales huracanes, terremotos, para el tratamiento a graves epidemias.

Formar a la vez varios excelentes médicos junto a él⁴⁰: se reconoce la labor del especialista en Medicina General Integral en la formación de residentes de medicina en la misma comunidad en otros países.

El médico general también puede hacer su residencia²³: se reconoce que el médico general debe ser un especialista; al igual los especialistas de cirugía, oftalmología y otras. Se manifiesta la aspiración a que todo el mundo tenga conocimientos amplios, sólidos, y tenga también su especialidad. Se concibe que la Medicina General sea una especialidad, que exija además de los 6 años de estudios universitarios, los 3 años de estudio como residente. Se refiere que la idea, en esencia, es que el médico general haga también su residencia, y sea un especialista, tenga la categoría de especialista y tenga todas las consideraciones sociales que tiene un especialista.

¹ Castro Ruz F: Discurso pronunciado en la apertura del Instituto de Ciencias Básicas y Preclínicas "Victoria de Girón", en Marianao, el 17 de octubre de 1962. La Habana, (Obra Revolucionaria, 1962 (30), p 5-13

² Castro Ruz F. Discurso pronunciado en el acto de inicio del curso escolar 1978-1979, efectuado en el Instituto Politécnico de la Salud de la provincia de Camaguey, el 4 de septiembre de 1978. La Habana, Ed. OR (julio-septiembre) 1978, p 53-6

³ Castro Ruz F. Discurso pronunciado en la clausura del X Congreso Médico y Estomatológico Nacional, el 24 de febrero de 1963. La Habana. Obra Revolucionaria 1963 (6) p 11-22

⁴ Castro Ruz F. Discurso pronunciado en el Acto de Graduación de 250 Médicos, celebrado en el teatro de la CTC Revolucionaria, el 10 de septiembre de 1964. La Habana. Obra Revolucionaria (20), 1964 p 19-26

⁵ Castro Ruz F: Discurso pronunciado en el Acto de inicio del curso escolar 1978-1979, efectuado en el Instituto Politécnico de la Salud de la provincia de Camagüey, el 4 de septiembre de 1978. La Habana (Ed. Or julio septiembre, La Habana), p 53-61

⁶ Castro Ruz F. Discurso pronunciado en la Clausura de la Cumbre de Ministros de Salud del Movimiento de Países NO Alineados, efectuada en el Palacio de las Convenciones, el día 26 de junio de 1998. <http://www.cuba.cu/gobierno/discursos>

⁷ Castro Ruz, F. Discurso pronunciado en el Acto Central por el XXXV Aniversario del Asalto al Cuartel Moncada, efectuado en la Plaza "Antonio Maceo", de Santiago de Cuba, el 26 de julio de 1988, <http://www.cuba.cu/gobierno/discursos>

⁸ Castro Ruz F. Discurso pronunciado en la Inauguración de siete obras de la salud, celebrada en el Reparto "Guiteras", la Habana del Este, el 19 de julio de 1989, <http://www.cuba.cu/gobierno/discursos>

⁹ Castro Ruz, F. Discurso pronunciado en el Acto Nacional de la Segunda Graduación de Instructores de Arte, en la Ciudad Deportiva, el 28 de octubre de 2005. <http://www.cuba.cu/gobierno/discursos>

¹⁰ Castro Ruz, F. discurso pronunciado en la Clausura de la Asamblea Provincial del Partido de Ciudad Habana, efectuada en el Palacio de las Convenciones, el 29 de noviembre de 1987, <http://www.cuba.cu/gobierno/discursos>

¹¹ Castro Ruz F. Discurso pronunciado en el Acto Central con motivo del 53 Aniversario del Asalto a los Cuarteles Moncada y "Carlos Manuel de Céspedes", en la Plaza de la Patria de Bayamo, Granma, el 26 de julio de 2006. <http://www.cuba.cu/gobierno/discursos>

¹² Castro Ruz, F. Discurso pronunciado en el Acto de Inauguración del Hospital "Julio Trigo", en Arroyo Naranjo, el 5 de septiembre de 1987, <http://www.cuba.cu/gobierno/discursos>

¹³ Castro Ruz F. Discurso pronunciado en el Acto con motivo de la Primera Graduación de la Escuela Latinoamericana de Medicina. teatro "Carlos Marx", 20 de agosto de 2005. <http://www.cuba.cu/gobierno/discursos>

¹⁴ Castro Ruz, F. Discurso pronunciado en el Acto Clausura del XV Congreso de la CTC, efectuado en el teatro "Lázaro Peña", el 24 de febrero de 1984, <http://www.cuba.cu/gobierno/discursos>

¹⁵ Castro Ruz F. Discurso pronunciado en la Sesión de Apertura de los Congresos de Pediatría Cuba/84, efectuada en el Teatro "Karl Marx", en la Ciudad de la Habana, el 11 de noviembre de 1984, <http://www.cuba.cu/gobierno/discursos>

¹⁶ Castro Ruz F. Discurso pronunciado en el Acto Central por el XXV Aniversario de la creación de los Comites de Defensa de la Revolución, en el Teatro "Carlos Marx", el 28 de septiembre de 1985, <http://www.cuba.cu/gobierno/discursos>

¹⁷ Castro Ruz F. Discurso pronunciado al hacer las conclusiones del Encuentro Nacional de Estudiantes de Ciencias Médicas, efectuado en el Palacio de las Convenciones, el 5 de mayo de 1984. <http://www.cuba.cu/gobierno/discursos>

¹⁸ Castro Ruz, F. Discurso pronunciado en la Clausura del Evento Científico con motivo del XXX Aniversario de la Academia de Ciencias de Cuba, efectuada en el Palacio de las Convenciones, el 20 de febrero de 1992, <http://www.cuba.cu/gobierno/discursos>

¹⁹ Castro Ruz, F. Palabras a los estudiantes graduados del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana, en el Teatro "Carlos Marx", el día 9 de agosto de 1999. <http://www.cuba.cu/gobierno/discursos>

²⁰ Castro Ruz F. Conferencia por la cadena del FIEL (Frente Independiente de Emisoras Libres). La Habana, 17 de octubre de 1960. La Habana, Obra Revolucionaria (27), 1960, p 42,43

²¹ Castro Ruz F: Discurso pronunciado en el Foro Mundial sobre Soberanía Alimentaria, efectuado en el Palacio de las Convenciones, el 7 de septiembre del 2001. <http://www.cuba.cu/gobierno/discursos>

²² Castro Ruz F. Discurso pronunciado en la clausura del I Congreso de Medicina Familiar, efectuada en el Palacio de las Convenciones, el 30 de junio de 1994. <http://www.cuba.cu/gobierno/discursos>

²³ Castro Ruz F. Discurso pronunciado en la Clausura del Claustro Nacional de Ciencias Médicas, en el teatro "KARL MARX", el 16 de abril de 1983, <http://www.cuba.cu/gobierno/discursos>

²⁴ Castro Ruz F. Discurso pronunciado a los estudiantes de Secundaria Básica, 26 de noviembre de 1963. <http://www.cuba.cu/gobierno/discursos>

²⁵ Castro Ruz F. Discurso pronunciado en el Acto de Graduación de 250 Médicos, celebrado en el teatro de la CTC revolucionaria, el 10 de septiembre de 1964. <http://www.cuba.cu/gobierno/discursos>

²⁶ Castro Ruz F. Discurso pronunciado en el Resumen del Acto celebrado en el Estadio Latinoamericano con relación a la Batalla por el Sexto Grado, el 20 de noviembre de 1964. <http://www.cuba.cu/gobierno/discursos>

²⁷ Castro Ruz F. Discurso pronunciado en el Acto con motivo de la Primera Graduación de la Escuela Latinoamericana de Medicina. Teatro "Carlos Marx", 20 de agosto de 2005. <http://www.cuba.cu/gobierno/discursos>

²⁸ Castro Ruz, F. Discurso pronunciado en la Clausura del V Congreso del Sindicato de los Trabajadores de la Salud, efectuada en el Teatro "Principal" de Camaguey, el 9 de diciembre de 1981, <http://www.cuba.cu/gobierno/discursos>

²⁹ Castro Ruz F. Discurso pronunciado en la clausura del II Congreso de la Federación Estudiantil Universitaria, efectuada en el Instituto Superior Politecnico "Jose Antonio Echeverria", el 20 de diciembre de 1982. <http://www.cuba.cu/gobierno/discursos>

³⁰ Castro Ruz, F. Discurso pronunciado en el Acto de Inauguración del Hospital Clínico-Quirúrgico de Cienfuegos, efectuado el 23 de marzo de 1979 <http://www.cuba.cu/gobierno/discursos>

³¹ Castro Ruz F. Discurso en la Inauguración de la Escuela Latinoamericana de Ciencias Médicas, en ocasión de la IX Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno, La Habana, Cuba, el 15 de noviembre de 1999. <http://www.cuba.cu/gobierno/discursos>

³² Castro Ruz, F. Discurso pronunciado en la Graduación de 400 Médicos y 26 Eestomatólogos, efectuada en el Pico Cuba, Sierra Maestra, el 14 de noviembre de 1965. La Habana. Obra Revolucionaria (22), 1965 p 5, 6, 7,9

³³ Castro Ruz, F. Discurso pronunciado en la Escalinata Universitaria, el 27 de noviembre de 1960. La Habana, Obra Revolucionaria (31) 1960; p 20,21

³⁴ Castro Ruz F. Discurso pronunciado en las Conclusiones de la Primera Reunión Nacional de Médicos. Ciudad de la Labana, 27 de octubre de 1961. La Habana, Obra Revolucionaria (44), 1961, p 11-24

³⁵ Castro Ruz, F. Versión de las palabras pronunciadas en la Asamblea del Partido en la provincia Ciudad de la Habana, 2 de octubre de 1977. La Habana. Ed. OR octubre-diciembre, 1977. p 22-27

³⁶ Castro Ruz F. Discurso pronunciado al hacer las conclusiones del Encuentro Nacional de Residentes de Ciencias Médicas, efectuado en el Palacio de las Convenciones, el 5 de mayo de 1984, <http://www.cuba.cu/gobierno/discursos>

³⁷Castro Ruz F. Discurso pronunciado en el Acto de Inauguración de Obras del Extraordinario Programa de Salud ya en marcha, que se lleva a cabo en Cuba, efectuado en el teatro Astral, el 7 de abril del 2003. <http://www.cuba.cu/gobierno/discursos>

³⁸ Castro Ruz F. Discurso pronunciado en la Clausura del Claustro Nacional de Ciencias Médicas, en el teatro "KARL MARX", el 16 de abril de 1983, <http://www.cuba.cu/gobierno/discursos>

³⁹ Castro Ruz F . Discurso pronunciado en la Clausura del XII Foro Nacional de Ciencia y Técnica, efectuada en el Palacio de las Convenciones el día 21 de noviembre de 1998. <http://www.cuba.cu/gobierno/discursos>

⁴⁰ Castro Ruz, F. Los cristianos sin biblia. marzo 2 de 2008. En: Reflexiones. Oficina de Publicaciones del Consejo de Estado. 2009, p 89

Anexo V Listado de problemas de salud que atiende el médico de familia según el Programa del Médico y la Enfermera de la Familia y su análisis con los que enuncia el Programa de Formación del especialista de Medicina General Integral

Programa del Médico y la Enfermera de la Familia.

El inventario de problemas de salud a resolver por el médico de familia son los siguientes: pacientes postrados crónicos; pacientes con cuidados paliativos; pacientes en estadio terminal; gestantes, recién nacidos y lactantes enfermos crónicos; higiene bucal; higiene personal; higiene de los alimentos; control de residuales sólidos; control del agua; control de vectores; embarazo normal; preparación psicofísica para el parto con ayuda de la pareja; lactancia materna; planificación familiar; sexualidad humana; infecciones de transmisión sexual; VIH/SIDA; embarazo en adolescentes; tabaquismo; alcoholismo; dislipidemias; obesidad; hipertensión arterial; sedentarismo; violencia; exposición a radiaciones solares; signos de alarma del cáncer de mama; del cáncer cérvico uterino; del cáncer de pulmón; del cáncer de colon; del cáncer de piel; del cáncer de próstata; enfermedades genéticas por grupos de riesgo; riesgos potenciales de accidentes en el hogar, escuelas, círculos infantiles, centros de trabajo, lugares públicos y del tránsito; consecuencias de catástrofes, desastres naturales, tiempo de guerra; chequeo del trabajador; riesgos de enfermedades transmisibles y de enfermedades no transmisibles; vigilancia nutricional; riesgo reproductivo; métodos anticonceptivos; bajo peso al nacer; tuberculosis; dengue; lepra; parasitismo intestinal; paludismo; síndrome neurológico infeccioso; enfermedad pulmonar obstructiva crónica; insuficiencia renal crónica; diabetes mellitus; asma bronquial; enfermedades cardiovasculares; enfermedades cerebrovasculares; conducta suicida; daños a la salud provocados por el uso de medicamentos; puerperio fisiológico; recién nacido sano; adulto mayor; reglamento sanitario internacional; rehabilitación con base comunitaria; mordedura de animal; familia sin problemas de salud familiar; familia con problemas de salud familiar; factores higiénico sanitarios adversos que influyen en la comunidad.

Programa de Formación del especialista de Medicina General Integral: el programa cuenta con 29 módulos, que son los siguientes: aspectos básicos de la atención primaria de salud y la Medicina General Integral, promoción y prevención en salud, salud comunitaria, salud familiar, salud pública, nutrición y dietética, atención a la gestación y al parto, atención a puérperas y recién nacidos, atención al niño, atención al adulto, atención integral al anciano, afecciones ortopédicas y traumatología, rehabilitación, docencia, afecciones respiratorias y otorrinolaringológicas, afecciones cardiovasculares, afecciones digestivas y bucodentales, afecciones genitourinarias y reproductivas, afecciones endocrino metabólicas, afecciones hemolinfopoyéticas, afecciones neurológicas, enfermedades infecciosas, enfermedades colágenas, afecciones psiquiátricas, afecciones dermatológicas, afecciones oftalmológicas, enfermedades profesionales, urgencias médicas y atención integral al paciente oncológico. Desarrolla cuatro cursos electrocardiografía, genética, metodología de la investigación y una estancia de Medicina Natural y Tradicional.

El Plan de estudio y Programa de Especialización de MGI para Graduados Latinoamericanos declara para la función de atención médica integral, un área de bases de la MGI con cinco módulos Aspectos básicos de la atención primaria de salud y la MGI, promoción y prevención en salud, salud comunitaria, salud familiar; salud pública; un área de acciones de salud en la comunidad, que incluye los módulos de nutrición y dietética; atención integral al anciano; rehabilitación; un área de acciones de salud en el individuo que incluye módulos de enfermedades ortopédicas y traumatología; enfermedades respiratorias y

de otorrinolarigología, enfermedades cardiovasculares, enfermedades digestivas y buco dentales, enfermedades genitourinarias, enfermedades del sistema reproductor, enfermedades endocrino metabólicas, enfermedades hemolinfopoyéticas, enfermedades neurológicas, enfermedades infecciosas, enfermedades psiquiátricas, enfermedades oftalmológicas, enfermedades dermatológicas, urgencias médicas, estancia de medicina natural y tradicional. Para la función de investigación se establece el módulo metodología de la investigación. Para la función docente- educativa, el módulo el proceso docente educativo en la formación médica; y para la función de administración, el módulo de la administración.

Tabla 1 Listado de problemas de salud que atiende el médico de familia según el Programa del Médico y la Enfermera de la Familia y su análisis con los que enuncia el Programa de Formación del especialista de Medicina General Integral

Problemas de Salud en el programa del Médico y la Enfermera de la Familia. Año 2011	Programa Analítico del Programa del especialista en Medicina General Integral. Año 2004
Promoción de salud pág. 15	Módulos 2, 7, 12 y 28
Participación Comunitaria pág. 15	Módulo 3
Intersectorialidad pág. 15	Módulo 3
Trabajo en equipo pág. 17	No aparece
Participación Social pág. 17	Módulo 3
Familia pág. 18	Módulo 4
Planificación del Trabajo pág. 18	No aparece
Método Clínico y epidemiológico pág. 20	No aparece como tema específico.
Protocolos y guías prácticas vigentes pág. 20	No se aplica a este documento
Dispensarización pág. 20	Módulo 1, 9, 15, 17, 18, 19, 22, 23
Ingreso en el Hogar pág. 20	Módulo 1, 4, 8,11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18,19,21, 23,24, 26, 27
Análisis de la Situación de Salud pág. 20	Módulo 3 y Curso metodología de la Investigación
Prevención y enfrentamiento desastres y situaciones excepcionales para la defensa pág. 20	Módulo 5 y Módulo 23
Metodología de la Investigación pág. 20	Curso Metodología de la Investigación
Educación Médica pág. 20	Módulo 10
Pacientes postrados crónicos pág. 21	No aparece
Pacientes con cuidados paliativos pág. 21	Módulo 28
Pacientes en estadio terminal pág. 21	Módulo 28
Gestantes, recién nacidos y lactantes enfermos crónicos pág. 21	Módulo 11,12,y 13
Satisfacción de la población pág. 21	No aparece
Higiene bucal pág. 24	Módulo 4
Higiene personal pág. 24	Módulo 2, 4, 7, 16 y 17
Higiene de los alimentos pág. 24	Módulo 6
Control de residuales sólidos pág. 24	No aparece como tema específico

Control del agua pág. 24	No aparece como tema específico
Control de vectores pág. 25	No aparece como tema específico
Envejecimiento pág. 25	Módulo 7
Embarazo normal pág. 25	Módulo 4
Preparación psicofísica para el parto con ayuda de la pareja pág. 25	Módulo 4
Lactancia Materna pág. 25	Módulo 6 y 13
Planificación familiar pág. 25	Módulo 4
Sexualidad humana pág. 25	Módulo 4 y 7
Infecciones de Transmisión Sexual pág. 25	Módulo 17
VIH/SIDA pág. 25	Módulo 21
Embarazo en adolescentes pág. 25	No aparece explícitamente
Tabaquismo pág. 25	No aparece explícitamente
Alcoholismo pág. 25	No aparece explícitamente
Dislipidemias pág. 25	Módulo 6
Obesidad pág. 25	Módulo 6
Hipertensión Arterial pág. 25	Módulo 15, Curso de Genética Médica Tema 3
Sedentarismo pág. 25	No aparece explícitamente
Malos hábitos alimentario pág. 25	Módulo 6
Violencia pág. 25	Módulo 2
Exposición a radiaciones solares pág. 25	No aparece como tema específico
Inmunizaciones pág. 25	No aparece explícitamente
Signos de alarma del cáncer de mama pág. 25	Módulo 17
Signos de alarma cáncer cervico uterino pág. 25	No aparece como tema específico
Signos de alarma cáncer del pulmón pág. 25	No aparece como tema específico
Signo de alarma cáncer de colon pág. 25	No aparece como tema específico
Signo de alarma de cáncer de piel pág. 25	No aparece como tema específico
Signos de alarma de cáncer de próstata pág. 25	No aparece como tema específico
Vías de transmisión de enfermedades pág. 25	Aparece explícitamente en la Hepatitis Viral e implícito en otras enfermedades
Detección de enfermedades genéticas por grupos de riesgo pág. 25	Curso genética médica
Uso racional de medicamentos	Aparece en los diferentes temas
Riesgos potenciales de accidentes en el hogar, escuelas, círculos infantiles, centros de trabajo, lugares públicos y del tránsito pág. 25	No se declara de esta forma. Aparece accidentes relacionados con el desarrollo psicomotor en el niño, con el niño, con los adolescentes, relacionados con cuerpos extraños y con el aborto.
Catástrofes, desastres naturales, tiempo de guerra pág. 25	Módulo 5

Chequeo del trabajador pág. 25	No aparece como tema específico
Salud bucal pág. 25	Módulo 4, Módulo 28
Ambiente escolar pág. 26	No se declara
Ambiente ocupacional pág. 26	No se declara
Riesgos de enfermedades transmisibles pág. 26	No aparece integrado
Riesgos de enfermedades no transmisibles pág. 26	No aparece integrado
Educación para la salud. Pág. 26	Módulo 2,8,13,14,15,16,19,23,
Barreras arquitectónicas pág. 26	Módulo 9
Vigilancia Nutricional pág. 26	Módulo 6
Riesgo reproductivo pág. 27	Módulo 4
Métodos anticonceptivos pág. 27	Módulo 4
Enfermedades de transmisión sexual pág. 27	Módulo 17
Bajo peso al nacer pág. 27	No aparece integrado
Esquema nacional de vacunación pág. 27	No aparece explícitamente
Tuberculosis pág. 27	Módulo 14
Dengue pág. 27	Módulo 21
Lepra pág. 27	Módulo 24
Parasitismo Intestinal pág. 27	Módulo 16
Paludismo pág. 27	Módulo 21
Zooartroponosis pág. 27	No aparece
Síndrome neurológico infeccioso pág. 27	Módulo 13
Enfermedad Pulmonar obstructiva Crónica pág. 27	Módulo 14
Insuficiencia renal crónica pág. 27	Módulo 13,29
Diabetes Mellitus pág. 27	Módulo 6,11,18,
Asma Bronquial pág. 27	Módulo 13, 14
Enfermedades cardiovasculares pág. 27	Módulo 15, curso de electrocardiograma
Enfermedades Cerebrovasculares pág. 27	Módulo 20
Conducta suicida pág. 28	No aparece explícitamente
Daños a la salud provocados por el uso de medicamentos pág. 28	No aparece integrado
Puerperio Fisiológico pág. 29	Módulo 12
Recién nacido sano pág. 29	Módulo 12
Adulto mayor pág. 29	Módulo 7
Atención a Donantes de sangre pág. 29	No aparecen los aspectos de Medicina Transfusional
Reglamento sanitario internacional pág. 29	No aparece
Rehabilitación con base comunitaria pág. 30	Módulo 9
Mordedura de animal pág. 30	No aparece
Familia sin problemas de salud familiar	Módulo 4

pág. 31	
Familia con problemas de salud familiar pág. 31	Módulo 4
Saneamiento ambiental de la comunidad pág. 38	Módulo 6, relacionado con alimentos
Factores higiénico sanitarios adversos que influyen en la comunidad pág. 38	No aparece integrado. Existe el Módulo 3 de salud comunitaria pero no contempla este tema
Cambios positivos en la integración social del individuo, la familia y la comunidad. Pág. 39	Módulo 4. Se especifica para el caso de la integración social del adolescente

Anexo VI Coeficiente Alfa de Cronbach

Tabla 1. Estadísticos de confiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
0,880	0,969	114

Tabla 2. Estadísticos de la escala

Media	Varianza	Desviación típica	N de elementos
376,67	2249,333	47,427	114

Anexo VII Tablas de salida de la Encuesta. Dimensión I Datos Generales

Tabla 1 Caracterización del universo de los encuestados según especialidad

Especialidad	Frecuencia	Porcentaje
Especialistas Medicina General Integral	34	45,9
Residentes Medicina General Integral	33	44,5
Especialistas Medicina Interna	3	4,05
Especialistas Ginecología y Obstetricia	4	5,40
Total	74	100,0

Tabla 2. Tiempo años graduado como especialista de Medicina General Integral y Puesto de trabajo

Tiempo años graduado como MGI	Puesto de trabajo				Total	
	Médico de Familia		Jefe de Grupo Básico de Trabajo y profesor			
	Frecuencia	Por ciento	Frecuencia	Por ciento	Frecuencia	Por ciento
Hasta 2 años	1	3,3	0	0	1	2,9
Hasta 5 años	4	13,3	0	0	4	11,7
Hasta 10 años	9	30,0	0	0	9	26,4
Hasta 20 años	8	26,6	2	50,0	10	29,4
Más de 20 años	8	26,6	2	50,0	10	29,4
Total	30	100,0	4	100,0	34	100,0

Tabla 3 Residentes según año de estudio

Año que cursa como residente	Frecuencia	Por ciento
1er año	25	75,7
2do año	8	24,2
Total	33	100,0

Tabla 4. Tiempo años graduado como especialista Medicina Interna y Puesto de trabajo

Tiempo años graduado como especialista Medicina Interna	Puesto de trabajo		Total	
	Profesor de Grupo Básico de Trabajo			
	Frecuencia	Por ciento	Frecuencia	Por ciento
Hasta 20 años	1	33,3	1	33,3
Más de 20 años	2	66,6	2	66,6
Total	3	100,0	3	100,0

Tabla 5. Tiempo años graduado como especialista de Ginecología y Obstetricia y Puesto de trabajo

Tiempo años graduado como especialista de Ginecología y Obstetricia	Puesto de trabajo		Total	
	Profesor de Grupo Básico de Trabajo			
	Frecuencia	Por ciento	Frecuencia	Por ciento
Hasta 20 años	3	75,0	3	75,0
Más de 20 años	1	25,0	1	25,0
Total	4	100,0	4	100,0

Tabla 6. Puesto de trabajo y Sexo

Puesto de trabajo	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	Frecuencia	Por ciento	Frecuencia	Por ciento	Frecuencia	Por ciento
Médico de Familia	50	84,7	13	86,6	63	85,1
Profesor de Grupo Básico de Trabajo	9	15,2	2	13,3	11	14,8
Total	59	100,0	15	100,0	74	100,0

Tabla 7. Edad y Tiempo años graduado como especialista de Medicina General Integral Médicos de Familia

Rangos en años	Tiempo años graduado como especialista Medicina General Integral					Total
	Hasta 2 años	Hasta 5 años	Hasta 10 años	Hasta 20 años	Más de 20 años	
Edad 25 a 35	1	3	3	0	0	7
36 a 45	0	1	6	3	0	10
46 a 55	0	0	0	4	8	12
56 a 65*	0	0	0	1	0	1
Total	1	4	9	8	8	30

*En este rango la persona de hasta 20 años de graduado tiene 61 años

Tabla 8. Edad y Año que cursa como residente de Medicina General Integral

Edad en años	Año que cursa como residente		Total
	1er año	2do año	
24 a 29	19	4	23
30 a 35	6	2	8
37 o más	0	2	2
Total	25	8	33

Tabla 9. Vive en casa consultorio según especialista o residente de Medicina General Integral

Puesto de trabajo	Vive en casa consultorio				Total	
	Sí		No			
	Frecuencia	Por ciento	Frecuencia	Por ciento	Frecuencia	Por ciento
Médico de Familia. especialistas	15	75,0	15	34,8	30	47,6
Médico de Familia. Residente	5	25,0	28	65,1	33	52,3
Total	20	100,0	43	100,0	63	100,0

Tabla 10. Edad de profesores de grupo básico de trabajo según especialidad

Edad en años	Especialidad			Total	
	Medicina Interna	Medicina General Integral	Ginecología y Obstetricia		
	Frecuencia	Frecuencia	Frecuencia	Frecuencia	Porciento
41 a 51	2	3	3	8	72,7
52 o más	1*	1	1	3	27,2
Total	3	4	4	11	100

*61 años

Tabla 11 Tipo de Categoría Docente según especialidad

Especialidad	Categoría Docente						Total	
	Instructores		Asistentes		Auxiliar	Titular		
	Frecuencia	Porciento	Frecuencia	Porciento	Frecuencia	Frecuencia	Frecuencia	Porciento
Medicina General Integral	9	81,8	5	71,4	0	0	14	77,7
Medicina Interna	0	0	2	28,5	0	0	2	11,1
Ginecología y Obstetricia	2	18,1	0	0	0	0	2	11,1
Total	11	100,0	7	100,0	0	0	18	100,0

Tabla 12 Títulos de Maestría según especialidades

Maestría	Especialidades								Total	
	Medicina General Integral				Medicina Interna		Ginecología y Obstetricia			
	Especialista		Residente							
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Atención Primaria	0	0	1	100,0	0	0	0	0	1	11,1
Salud ambiental	1	20,0	0	0	0	0	0	0	1	11,1
Atención integral a la mujer	3	60,0	0	0	0	0	2	100,0	5	55,5
Bioenergética y Medicina Natural	1	20,0	0	0	0	0	0	0	1	11,1
Longevidad Satisfactoria	0	0	0	0	1	100,0	0	0	1	11,1
Total	5	100,0	1	100,0	1	100,0	2	100,0	9	100,0

Tabla 13 Trabajo en zona rural según especialidades

Especialidad	Trabajo en zona rural				Total	
	Sí		No			
	Frecuencia	Por ciento	Frecuencia	Por ciento	Frecuencia	Por ciento
Especialista Medicina General Integral	18	75,0	16	32,0	34	45,9
Residente Medicina General Integral	4	16,6	29	58,0	33	44,5
Especialista Medicina Interna	1	4,1	2	4,0	3	4,05
Especialista Ginecología y Obstetricia	1	4,1	3	6,0	4	5,40
Total	24	100	50	100	74	100

Tabla 14. Cumplimiento de misión internacionalista según especialidades

Especialidad	Misión Internacionalista				Total	
	Sí		No			
	Frecuencia	Por ciento	Frecuencia	Por ciento	Frecuencia	Por ciento
Especialista Medicina General Integral	22	73,3	12	27,2	34	45,9
Residente Medicina General Integral	4	13,3	29	65,9	33	44,5
Especialista Medicina Interna	2	6,6	1	2,27	3	4,05
Especialista Ginecología y Obstetricia	2	6,6	2	4,5	4	5,40
Total	30	100	44	100	74	100

Tabla 15. Cumplimiento de labor docente de pregrado y postgrado en misión internacionalista según especialidades

Especialidad	Misión Internacionalista				Total	
	Sí		No			
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Especialista Medicina General Integral	18	81,8	16	30,7	34	45,9
Residente Medicina General Integral	2	9,09	31	59,6	33	44,5
Especialista Medicina Interna	1	4,54	2	3,84	3	4,05
Especialista Ginecología y Obstetricia	1	4,54	3	5,76	4	5,40
Total	22	100	52	100	74	100

Tabla 16 Categoría Docente según especialidad

Especialidad	Con Categoría docente		Sin Categoría docente		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Medicina General Integral	14	77,7	20	86,9	34	100
Medicina Interna	2	11,1	1	4,34	3	100
Ginecología y Obstetricia	2	11,1	2	8,6	4	100
Total	18	100,0	23	100	41	100

Anexo VIII Tablas de Salida de la encuesta. Dimensión II. Concepción de la especialidad

Tabla 1 Capacidad para desarrollar todos los componentes del modelo de egresado de la especialidad de Medicina General Integral según opinión de especialistas y residentes

Medicina General Integral	Es capaz de desarrollarlo completamente		Es capaz de desarrollarlo parcialmente		No es capaz de desarrollarlo		No sabe cuánto es capaz de desarrollarlo		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Residentes	27	81,8	2	6,06	0	0	4	12,1	33	100
Especialistas	28	82,3	5	14,7	0	0	1	2,94	34	100
Total	55	82	7	10,4	0	0	5	7,46	67	100

Tabla 2 Capacidad para desarrollar los conocimientos o las habilidades que identifican la concepción de la especialidad Medicina General Integral según opinión de los residentes

Conocimiento/Habilidad	Es capaz de desarrollarlo completamente		Es capaz de desarrollarlo parcialmente		No es capaz de desarrollarlo		No sabe cuánto es capaz de desarrollarlo		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Realizar acciones de atención médica integral al individuo	30	90,9	1	3,0	0	0	2	6,0	33	100
Realizar acciones de atención médica integral al familia	30	90,9	2	6,0	0	0	1	3,0	33	100
Realizar acciones de atención médica integral a la comunidad	30	90,9	2	6,0	0	0	1	3,0	33	100
Realizar acciones de atención médica integral al ambiente	28	84,8	2	6,0	0	0	3	6,0	33	100
Identifica la relación familia-individuo en la producción de las afecciones de la salud	24	72,7	9	27,2	0	0	0	0	33	100
Identifica la relación comunidad-familia en la producción de las afecciones de la salud	20	60,6	13	39,3	0	0	0	0	33	100
Identifica el enfoque biopsicosocial de la medicina	26	78,7	7	21,2	0	0	0	0	33	100
El médico que cura en la comunidad	17	51,5	11	33,3	1	3,0	4	12,1	33	100
El médico que hace promoción de salud	27	81,8	3	9,0	0	0	3	9,0	33	100
El médico que hace prevención	27	81,8	3	9,0	0	0	3	9,0	33	100
El médico que hace rehabilitación	21	63,6	8	24,2	1	3,0	3	9,0	33	100

Tabla 3 Capacidad para desarrollar los conocimientos o las habilidades que identifican la concepción de la especialidad Medicina General Integral según opinión de los especialistas

Conocimiento/Habilidad	Es capaz de desarrollarlo completamente		Es capaz de desarrollarlo parcialmente		No es capaz de desarrollarlo		No sabe cuánto es capaz de desarrollarlo		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Realizar acciones de atención médica integral al individuo	32	94.1	2	5.8	0	0	0	0	34	100
Realizar acciones de atención médica integral al familia	30	88.2	2	5.8	0	0	2	5.8	34	100
Realizar acciones de atención médica integral a la comunidad	31	91.1	3	8.82	0	0	0	0	34	100
Realizar acciones de atención médica integral al ambiente	30	88.2	3	8.82	1	2.94	0	0	34	100
Identifica la relación familia-individuo en la producción de las afecciones de la salud	26	76,4	8	23.5	0	0	0	0	34	100
Identifica la relación comunidad-familia en la producción de las afecciones de la salud	23	67,6	8	23.5	1	2.94	2	5.8	34	100
Identifica el enfoque biopsicosocial de la medicina	31	91.1	3	8.82	0	0	0	0	34	100
El médico que cura en la comunidad	21	61.7	7	20.5	0	0	6	17.6	34	100
El médico que hace promoción de salud	29	85.2	2	5.8	0	0	3	8.82	34	100
El médico que hace prevención	27	79.4	4	11.7	0	0	3	8.82	34	100
El médico que hace rehabilitación	17	50.0	9	26.4	5	14.7	3	8.82	34	100

Tabla 4 Capacidad para desarrollar los conocimientos o las habilidades que identifican la concepción de la especialidad Medicina General Integral según opinión de especialistas y residentes

Conocimiento/Habilidad	Es capaz de desarrollarlo completamente		Es capaz de desarrollarlo parcialmente		No es capaz de desarrollarlo		No sabe cuánto es capaz de desarrollarlo		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Realizar acciones de atención médica integral al individuo	62	92.5	3	8.10	0	0	2	2.98	67	100
Realizar acciones de atención médica integral	60	89.5	4	5.9	0	0	3	8.10	67	100

al familia										
Realizar acciones de atención médica integral a la comunidad	61	91.0	5	7.4	0	0	1	1.49	67	100
Realizar acciones de atención médica integral al ambiente	58	86.5	5	7.4	1	1.49	3	8.10	67	100
Identifica la relación familia-individuo en la producción de las afecciones de la salud	50	74.6	17	50.0	0	0	0	0	67	100
Identifica la relación comunidad-familia en la producción de las afecciones de la salud	43	64.1	21	31.3	1	1.49	2	2.98	67	100
Identifica el enfoque biopsicosocial de la medicina	57	85.0	10	14.9	0	0	0	0	67	100
El médico que cura en la comunidad	38	56.7	18	26.8	1	1.49	10	14.9	67	100
El médico que hace promoción de salud	56	83.5	5	9.0	0	0	6	8.9	67	100
El médico que hace prevención	54	80.5	7	10.4	0	0	6	8.9	67	100
El médico que hace rehabilitación	38	56.7	17	25.3	6	8.9	6	8.9	67	100

Anexo IX Tablas de salida de la Dimensión III Currículo

Tabla 1 Capacidad para desarrollar los conocimientos/habilidades/actitudes del Perfil político ideológico según opinión de residentes

Variables	4		3		2		1		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Satisface con su trabajo las necesidades de atención que requiere la población del Médico de Familia	15	45,4	14	42,4	13	39,3	1	3	33	100
Dispuesto para brindar sus servicios donde sea necesario, al graduarse como especialista	25	75,7	7	21,2	0	0	1	3	33	100
Conoce el Código de Honor del Médico de Familia	19	57,5	11	33,3	2	6,06	1	3	33	100
Cumple el Código de Honor del Médico de Familia	19	57,5	8	24,2	3	9,09	0	0	33	100
Desea realizar una colaboración internacional.	24	72,7	5	15,1	2	6,0	2	6	33	100
Utiliza sus conocimientos científicos y habilidades profesionales en la solución de los problemas que enfrenta	28	84,8	5	15,1		0	0	0	33	100
Con su actuación cotidiana contribuye a mantener nuestro Sistema Social	26	78,7	5	15,1	2	6,0	0	0	33	100
Está preparado para desarrollar las tareas de la defensa del país	24	72,7	8	24,2	1	3	0	0	33	100
Participa en las actividades de las organizaciones del barrio que atiende	25	75,7	7	21,2	1	3	0	0	33	100
Participa en la movilización de la comunidad	21	63,6	9	27,2	2	6,06	1	3	33	100
Emplea el enfoque biopsicosocial en su práctica profesional	26	78,7	7	21,2	0	0	0	0	33	100
Cualidades que caracterizan al especialista										
Honesto	31	93,9	1	3	0	0	1	3	33	100
Austero	31	93,9	2	6,06	1	3	0	0	33	100
Sencillo	30	90,9	2	6,06	1	3	0	0	33	100
Crítico y autocrítico	29	87,8	2	6,06	2	6,06	0	0	33	100
Responsable	28	84,8	5	15,1	0	0	0	0	33	100
Abnegado	25	75,7	6	18,1	0	0	2	6	33	100
Consagrado al trabajo	28	84,8	4	12,1	0	0	1	3	33	100
Sensible	29	87,8	2	6,06	0	0	2	6	33	100
Humano	32	96,9	1	3	0	0	0	0	33	100

4 lo cumple o conoce completamente, 3 lo cumple o conoce parcialmente, 2 no lo cumple o conoce, 1 no sabe cuanto lo cumple o conoce

Tabla 2 Capacidad para desarrollar los conocimientos/habilidades/actitudes del Perfil político ideológico según opinión de especialistas

Variables	4		3		2		1		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Satisface con su trabajo las necesidades de atención que requiere la población del Médico de Familia	14	41,1	20	58,8	1	2,9	1	2,9	34	100
Dispuesto para brindar sus servicios donde sea necesario, al graduarse como especialista	26	76,4	5	14,7	1	2,9	2	5,8	34	100
Conoce el Código de Honor del Médico de Familia	29	85,2	3	8,8	2	5,8	0	0	34	100
Cumple el Código de Honor del Médico de Familia	20	58,8	10	29,4	1	2,9	3	8,8	34	100
Desea realizar una colaboración internacional.	28	82,3	2	5,8	0	0	4	11,7	34	100
Utiliza sus conocimientos científicos y habilidades profesionales en la solución de los problemas que enfrenta	28	83,3	4	11,7	1	2,9	1	2,9	34	100
Con su actuación cotidiana contribuye a mantener nuestro Sistema Social	30	88,2	2	5,8	1	2,9	1	2,9	34	100
Está preparado para desarrollar las tareas de la defensa del país	30	88,2	2	5,8	1	2,9	1	2,9	34	100
Participa en las actividades de las organizaciones del barrio que atiende	30	88,2	3	8,8	2	5,8	0	0	34	100
Participa en la movilización de la comunidad	30	88,2	2	5,8	1	2,9	1	2,9	34	100
Emplea el enfoque biopsicosocial en su práctica profesional	31	93,9	3	8,8	0	0	0	0	34	100
Cualidades que caracterizan al especialista										
Honesto	30	88,2	2	5,8	0	0	1	2,9	34	100
Austero	31	91,1	2	5,8	1	2,9	0	0	34	100
Sencillo	32	94,1	1	2,9	0	0	1	2,9	34	100
Crítico y autocrítico	30	88,2	2	5,8	0	0	2	5,8	34	100
Responsable	32	94,1	1	2,9	0	0	1	2,9	34	100
Abnegado	32	94,1	2	5,8	0	0	0	0	34	100
Consagrado al trabajo	31	91,1	2	5,8	0	0	1	2,9	34	100
Sensible	32	94,1	2	5,8	0	0	0	0	34	100
Humano	33	97	1	2,9	0	0	0	0	34	100

4 lo cumple o conoce completamente, 3 lo cumple o conoce parcialmente, 2 no lo cumple o conoce, 1 no sabe cuanto lo cumple o conoce

Tabla 3 Capacidad para desarrollar los conocimientos/habilidades/actitudes del Perfil político ideológico según opinión de especialistas y residentes

Variables	4		3		2		1		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Satisface con su trabajo las necesidades de atención que requiere la población del Médico de Familia	29	43,2	34	50,7	3	4,4	1	1,49	67	100
Dispuesto para brindar sus servicios donde sea necesario, al graduarse como especialista	51	76,1	12	17,9	1	1,49	3	4,4	67	100
Conoce el Código de Honor del Médico de Familia	48	71,6	14	20,8	4	5,9	1	1,49	67	100
Cumple el Código de Honor del Médico de Familia	39	58,2	18	26,8	4	5,9	3	4,4	67	100
Desea realizar una colaboración internacional.	52	77,6	7	10,4	2	2,9	6	8,9	67	100
Utiliza sus conocimientos científicos y habilidades profesionales en la solución de los problemas que enfrenta	56	83,5	9	13,4	1	1,49	1	1,49	67	100
Con su actuación cotidiana contribuye a mantener nuestro Sistema Social	56	83,5	7	10,4	3	4,4	2	1,49	67	100
Está preparado para desarrollar las tareas de la defensa del país	54	80,5	10	14,9	2	2,9	1	1,49	67	100
Participa en las actividades de las organizaciones del barrio que atiende	55	82	10	14,9	2	2,9	0	0	67	100
Participa en la movilización de la comunidad	51	76,1	11	16,4	3	4,4	2	2,9	67	100
Emplea el enfoque biopsicosocial en su práctica profesional	57	85	10	14,9	0	0	0	0	67	100
Cualidades que caracterizan al especialista										
Honesto	61	91	3	4,4	0	0	3	4,4	67	100
Austero	50	74,6	8	11,9	1	1,49	8	11,9	67	100
Sencillo	62	92,5	3	4,4	1	1,49	1	1,49	67	100
Crítico y autocrítico	59	88	4	5,9	2	2,9	2	2,9	67	100
Responsable	60	89,5	6	8,9	0	0	1	1,49	67	100
Abnegado	57	85	8	11,9	0	0	0	0	67	100
Consagrado al trabajo	59	88	6	8,9	0	0	2	2,9	67	100
Sensible	61	91	4	5,9	0	0	2	2,9	67	100
Humano	65	97	2	2,9	0	0	0	0	67	100

4 lo cumple o conoce completamente, 3 lo cumple o conoce parcialmente, 2 no lo cumple o conoce, 1 no sabe cuanto lo cumple o conoce


 Tabla del Gráfico 1

Tabla 4 Capacidad para desarrollar los conocimientos/habilidades/actitudes del Perfil profesional según opinión de residentes

Variables	4		3		2		1		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Función de atención médica integral										
Detecta las características inherentes a los grupos de población priorizados para la atención	23	69,6	9	27,2	0	0	1	3	33	100
Detecta problemas que puedan constituir factores de riesgo a la salud de la comunidad	29	87,2	4	12,1	0	0	0	0	33	100
Actúa para modificar problemas que puedan constituir factores de riesgo a la salud de la comunidad	17	51,5	16	48,4	0	0	0	0	33	100
Detecta cualquier riesgo biológico, psicológico, social y ambiental.	20	60,6	13	39,3	0	0	0	0	33	100
Realiza acciones de promoción de salud para lograr cambios positivos en los conocimientos, hábitos y costumbres higiénico sanitarias de su población.	25	75,7	8	24,2	0	0	0	0	33	100
Realiza acciones de prevención de enfermedades y daños a la salud de su población	22	66,6	11	33,3	0	0	0	0	33	100
Realiza diagnóstico temprano y brinda atención médica en forma oportuna y continua a su población	24	72,7	8	24,2	1	3	0	0	33	100
Orienta actividades de rehabilitación física, mental y social, según corresponda	25	75,7	8	24,2	0	0	0	0	33	100
Realiza actividades de rehabilitación física, mental y social, según corresponda	15	45,4	16	48,4	2	6,06	0	0	33	100
Decide la realización de interconsultas con otras especialidades, así como en la atención a pacientes ingresados en otros niveles del sistema.	28	84,2	5	15,1	0	0	0	0	33	100
Participa en la realización de interconsultas con otras especialidades, así como en la atención a pacientes ingresados en otros niveles del sistema.	22	66,6	9	27,2	1	3	1	3	33	100
Utiliza el ingreso en el hogar como práctica sistemática en la Atención Médica Integral	20	60,6	13	39,3	0	0	0	0	33	100
Desarrolla actividades de vigilancia epidemiológica sobre la situación de salud de su comunidad	22	66,6	10	30,3	1	3	0	0	33	100
Realiza dispensarización a la población de su área de salud.	28	84,8	5	15,1	0	0	0	0	33	100
Realiza acciones de salud con la participación activa de su población y en estrecha vinculación con las organizaciones políticas, sociales y estatales	12	36,3	19	57,5	2	6,06	0	0	33	100

Realiza historias clínicas individuales	30	90,0	3	9	0	0	0	0	33	100
Realiza historias de salud familiar	31	93,9	2	6	0	0	0	0	33	100
Brinda atención médica de urgencia a la población en la comunidad	24	72,7	9	27,2	0	0	0	0	33	100
Realiza atención médica integral a los pacientes en estadio terminal en su hogar	23	69,6	10	30,3	0	0	0	0	33	100
Realiza Análisis de la Situación de Salud	29	87,8	3	9	1	3	0	0	33	100
Evalúa el estado de satisfacción de la población	20	60,6	11	33,3	1	3	1	3	33	100
Asegura la coordinación para la atención a un paciente o su familia entre los profesionales del sistema de salud	24	72,7	9	27,2	0	0	0	0	33	100
Mantiene la continuidad de la atención cuando requiere la competencia de otros especialistas de otro nivel de atención	22	66,6	11	33,3	0	0	0	0	33	100
Utiliza el método clínico, epidemiológico y social	25	75,7	8	24,2	0	0	0	0	33	100
Realiza atención médica integral	29	87,8	4	12,1	0	0	0	0	33	100
Evalúa exámenes complementarios	30	90,0	3	9	0	0	0	0	33	100
Hace el pronóstico de enfermedades	24	72,7	8	24,2	0	0	1	3	33	100
Realiza entrevista médica y examen físico integral a personas sanas o enfermas	25	75,7	8	24,2	0	0	0	0	33	100
Realiza parto normal	13	39,3	11	33,3	6	18,1	3	9	33	100
Evalúa el estado nutricional y orienta acciones según edad, sexo y problema de salud	24	72,7	7	21,2	1	3	1	3	33	100
Realiza tacto rectal	18	54,5	11	33,3	3	9	1	3	33	100
Prepara equipo de frasco de drenaje de tórax	7	21,2	6	18,1	12	36,3	8	24,2	33	100
Realiza punciones abdominales y pleurales diagnosticas	6	18,1	8	24,2	13	39,3	6	18,1	33	100
Extiende documentos médico legales	24	72,7	5	15,1	2	6,06	2	6,06	33	100
Realiza vendaje y cura de heridas	24	72,7	6	18,1	2	6,06	1	3	33	100
Mide presión venosa central	7	21,2	3	9	10	30,3	13	39,3	33	100
Aplica anestesia local	20	60,6	7	21,2	3	9	3	9	33	100
Aplica torniquetes y hemostasia por vendaje compresivo y pinza	18	54,5	8	24,2	5	15,1	2	6,0	33	100
Hace balance hidromineral	11	33,3	8	24,2	8	24,2	6	18,1	33	100
Realiza resucitación cardiopulmonar	12	36,3	15	45,4	3	9	3	9	33	100
Inmoviliza fracturas	14	42,4	8	24,2	5	15,1	6	18,1	33	100
Realiza tratamiento inicial del quemado	15	45,4	10	30,3	5	15,1	3	9	33	100
Realiza sutura de heridas superficiales	24	72,7	8	24,2	0	0	1	3	33	100
Realiza incisión y drenaje de un absceso	22	66,6	7	21,2	2	6	2	6	33	100
Extrae cuerpos extraños en orificios accesibles	21	63,6	8	24,2	3	9	1	3	33	100
Interpreta radiografías	27	81,8	6	18,1	0	0	0	0	33	100
Interpreta informes de Tomografías	18	54,5	9	27,2	5	15,1	2	6	33	100
Interpreta informes de Resonancias Magnéticas	10	30,3	13	39,3	8	24,2	2	8	33	100
Coloca sonda vesical	19	57,5	9	27,2	4	12,1	1	3	33	100
Coloca sonda nasogástrica	11	33,3	11	33,3	1	27,2	2	6	33	100
Coloca dispositivo intrauterino	26	78,7	3	9	3	9	1	3	33	100
Toma muestra para exudado uretral	10	30,3	8	24,2	11	33,3	4	12,1	33	100
Coloca espéculo	32	96,9	1	3	0	0	0	0	33	100
Realiza tacto vaginal	32	96,9	1	3	0	0	0	0	33	100

Realiza examen de mama	31	93,9	2	6	0	0	0	0	33	100
Realiza eversión de párpados	30	90,9	2	6	0	0	1	3	33	100
Realiza fondo de ojo	8	24,2	14	42,4	8	24,2	3	9	33	100
Realiza otoscopia	7	21,2	13	39,3	10	30,3	3	9	33	100
Realiza prueba citológica	26	78,7	6	18,1	0	0	1	3	33	100
Realiza prueba de Schiller	13	39,3	9	27,2	7	21,2	4	12,1	33	100
Indica y toma de muestra de gota gruesa a febriles	21	63,6	4	12,1	6	18,1	2	6	33	100
Diagnostica tempranamente la tuberculosis	21	63,6	10	30,3	1	3	1	3	33	100
Función Docente Educativa										
Capacita a brigadistas sanitarias y otras personas para realizar actividades educativas en función de la salud	19	57,5	7	21,2	3	9	4	12,1	33	100
Realiza técnicas grupales en la educación para la salud	20	60,6	9	27,2	1	3	3	9	33	100
Realiza actividades docentes en actividades de pregrado	22	66,6	6	18,1	3	9	3	9	33	100
Realiza actividades como docentes en las actividades de postgrado	9	27,2	7	21,2	5	15,1	12	36,3	33	100
Realiza actividades de educación para la salud con su población	25	75,7	5	15,1	0	0	3	9	33	100
Desarrolla el autoestudio y la autoevaluación	23	69,6	6	18,1	0	0	4	12,1	33	100
Función de Investigación										
Aplica el método científico en la práctica profesional	20	60,6	13	39,3	0	0	0	0	33	100
Desarrolla investigaciones científicas a partir de los problemas identificados por el Análisis de la Situación de Salud de su población	17	51,5	16	48,4	0	0	0	0	33	100
Realiza el Análisis de la Situación de Salud como un proceso de investigación continua integrado en su actividad de prestación de servicios.	18	54,5	12	36,3	1	3	2	6	33	100
Participa en investigaciones que se desarrollan desde otros niveles de atención del sistema de salud.	7	21,2	15	45,4	6	18,1	2	6	33	100
Publica artículos o investigaciones.	4	12,1	10	30,3	8	24,2	11	33,3	33	100
Participa en eventos científicos	19	57,5	10	30,3	1	3	3	9	33	100
Utiliza las Nuevas Tecnologías de la Información y la Comunicación para la superación profesional y la investigación científica en el campo de la Atención Primaria de Salud y la Medicina General Integral.	18	54,5	11	33,3	3	9	1	3	33	100
Función de administración										
Organiza el trabajo en el consultorio según lo establecido por el Programa del Médico y la enfermera de la familia 2011	17	51,5	14	42,4	2	6	0	0	33	100
Realiza coordinaciones intersectoriales.	12	36,3	15	45,4	5	15,1	1	3	33	100
Dirige el equipo de salud de su consultorio.	22	66,6	8	24,2	2	6	1	3	33	100
Utiliza el análisis de la situación de salud para organizar y planificar su trabajo	19	57,5	10	30,3	3	9	1	3	33	100
Funciones especiales										
Detecta que tipo de desastres o situaciones de emergencia pueden dañar la comunidad	15	45,4	17	51,5	0	0	1	3	33	100

que Ud. atiende										
Identifica que tipo de daños a la salud individual se produce ante estos eventos	17	51,5	14	42,4	0	0	2	6	33	100
Aplica medidas preventivas en el orden individual, familiar y comunitario para evitar graves consecuencias por desastres	17	51,5	15	45,4	0	0	1	3	33	100

4 capaz de desarrollarlo completamente, 3 capaz de desarrollarlo parcialmente, 2 no es capaz de desarrollarlo, 1 no sabe si es capaz de desarrollarlo

Dimensión III. Perfil profesional. Especialistas

Tabla 5 Capacidad para desarrollar los conocimientos/habilidades/actitudes del Perfil profesional según especialistas

Variables	4		3		2		1		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Función de atención médica integral										
Detecta las características inherentes a los grupos de población priorizados para la atención	28	82,3	4	11,7	2	5,8	0	0	34	100
Detecta problemas que puedan constituir factores de riesgo a la salud de la comunidad	28	82,3	6	17,6	0	0	0	0	34	100
Actúa para modificar problemas que puedan constituir factores de riesgo a la salud de la comunidad	24	70,5	9	26,4	1	2,9	0	0	34	100
Detecta cualquier riesgo biológico, psicológico, social y ambiental.	24	70,5	9	26,4	1	2,9	0	0	34	100
Realiza acciones de promoción de salud para lograr cambios positivos en los conocimientos, hábitos y costumbres higiénico sanitarias de su población.	30	88,2	4	11,7	0	0	0	0	34	100
Realiza acciones de prevención de enfermedades y daños a la salud de su población	26	76,4	8	23,5	0	0	0	0	34	100
Realiza diagnóstico temprano y brinda atención médica en forma oportuna y continua a su población	27	79,4	7	20,5	0	0	0	0	34	100
Orienta actividades de rehabilitación física, mental y social, según corresponda	22	64,7	12	35,2	0	0	0	0	34	100
Realiza actividades de rehabilitación física, mental y social, según corresponda	12	35,2	20	58,8	2	5,8	0	0	34	100
Decide la realización de interconsultas con otras especialidades, así como en la atención a pacientes ingresados en otros niveles del sistema.	24	70,5	10	29,4	0	0	0	0	34	100
Participa en la realización de interconsultas con otras especialidades, así como en la atención a pacientes ingresados en otros niveles del sistema.	16	47	16	47	2	5,8	0	0	34	100
Utiliza el ingreso en el hogar como práctica sistemática en la Atención Médica Integral	24	70,5	9	26,4	0	0	0	0	34	100

Realiza dispensarización a la población de su área de salud.	28	82,3	6	17,6	0	0	0	0	34	100
Realiza acciones de salud con la participación activa de su población y en estrecha vinculación con las organizaciones políticas, sociales y estatales	15	44,1	17	50	2	5,8	0	0	34	100
Realiza historias clínicas individuales	31	91,1	3	8,8	0	0	0	0	34	100
Realiza historias de salud familiar	32	94,1	2	5,8	0	0	0	0	34	100
Brinda atención médica de urgencia a la población en la comunidad	26	76,4	6	17,6	0	0	2	5,8	34	100
Realiza atención médica integral a los pacientes en estadio terminal en su hogar	28	82,3	4	11,7	1	2,9	1	2,9	34	100
Realiza Análisis de la Situación de Salud	29	85,2	4	11,7	1	2,9	0	0	34	100
Evalúa el estado de satisfacción de la población	18	52,9	11	32,3	3	8,82	2	5,8	34	100
Asegura la coordinación para la atención a un paciente o su familia entre los profesionales del sistema de salud	19	55,8	12	35,2	2	5,8	1	2,9	34	100
Mantiene la continuidad de la atención cuando requiere la competencia de otros especialistas de otro nivel de atención	18	52,9	13	38,2	2	5,8	1	2,9	34	100
Utiliza el método clínico, epidemiológico y social	30	88,2	3	8,82	1	2,9	0	0	34	100
Realiza atención médica integral	30	88,2	3	8,82	1	2,9	0	0	34	100
Evalúa exámenes complementarios	31	91,1	2	5,8	1	2,9	0	0	34	100
Hace el pronóstico de enfermedades	29	85,2	4	11,7	1	2,9	0	0	34	100
Realiza entrevista médica y examen físico integral a personas sanas o enfermas	25	73,5	7	20,5	1	2,9	1	2,9	34	100
Realiza parto normal	10	29,4	10	29,4	4	11,7	10	29,4	34	100
Evalúa el estado nutricional y orienta acciones según edad, sexo y problema de salud	28	82,3	4	11,7	1	2,9	1	2,9	34	100
Realiza tacto rectal	12	35,2	11	32,3	9	26,4	2	5,8	34	100
Prepara equipo de frasco de drenaje de tórax	1	2,9	9	26,4	12	35,2	12	35,2	34	100
Realiza punciones abdominales y pleurales diagnosticas	1	2,94	7	20,5	13	38,2	13	38,2	34	100
Extiende documentos médico legales	30	88,2	2	5,8	1	2,94	1	2,94	34	100
Realiza vendaje y cura de heridas	25	73,5	8	23,5	1	2,94	2	5,8	34	100
Mide presión venosa central	1	2,94	9	26,4	14	41,1	10	29,4	34	100
Aplica anestesia local	17	50	7	20,5	5	14,7	7	20,5	34	100
Aplica torniquetes y hemostasia por vendaje compresivo y pinza	15	44,1	13	38,2	4	11,7	2	5,8	34	100
Hace balance hidromineral	7	20,5	8	23,5	9	26,4	10	29,4	34	100
Realiza resucitación cardiopulmonar	8	23,5	13	38,2	8	23,5	5	14,7	34	100
Inmoviliza fracturas	8	23,5	13	38,2	8	23,5	5	14,7	34	100
Realiza tratamiento inicial del quemado	12	35,2	13	44,1	7	20,5	2	5,8	34	100
Realiza sutura de heridas superficiales	27	79,4	4	11,7	2	5,8	1	2,94	34	100
Realiza incisión y drenaje de un absceso	18	52,9	10	29,4	5	14,7	1	2,94	34	100
Extrae cuerpos extraños en orificios accesibles	14	41,1	18	52,9	1	2,94	1	2,94	34	100
Interpreta radiografías	23	67,6	7	20,5	2	5,8	2	5,8	34	100
Interpreta informes de Tomografías	9	26,4	16	47,0	7	20,5	2	5,8	34	100
Interpreta informes de Resonancias Magnéticas	9	26,4	13	38,2	7	20,5	5	14,7	34	100

Coloca sonda vesical	20	58,8	8	23,5	4	11,7	2	5,8	34	100
Coloca sonda nasogástrica	12	35,2	10	29,4	6	17,6	6	17,6	34	100
Coloca dispositivo intrauterino	32	94,1	2	5,8	0	0	0	0	34	100
Toma muestra para exudado uretral	22	64,7	3	8,82	4	11,7	5	14,7	34	100
Coloca espéculo	32	94,1	2	5,8	0	0	0	0	34	100
Realiza tacto vaginal	32	94,1	1	2,94	1	2,94	0	0	34	100
Realiza examen de mama	32	97	2	5,8	0	0	0	0	34	100
Realiza eversión de párpados	30	88,2	3	8,8	1	0	0	0	34	100
Realiza fondo de ojo	9	26,4	14	41,1	4	11,7	7	20,5	34	100
Realiza otoscopia	9	26,4	11	32,3	7	20,5	7	20,5	34	100
Realiza prueba citológica	32	94,1	2	5,8	0	0	0	0	34	100
Realiza prueba de Schiller	22	64,7	4	11,7	4	11,7	4	11,7	34	100
Indica y toma de muestra de gota gruesa a febriles	29	85,2	3	8,8	1	2,9	1	2,9	34	100
Diagnostica tempranamente la tuberculosis	26	76,4	7	20,5	0	0	1	2,9	34	100
Función Docente Educativa										
Capacita a brigadistas sanitarias y otras personas para realizar actividades educativas en función de la salud	24	70,5	9	26,4	1	2,94	0	0	34	100
Realiza técnicas grupales en la educación para la salud	26	76,4	6	17,6	2	5,8	0	0	34	100
Realiza actividades docentes en actividades de pregrado	22	64,7	6	17,6	3	8,8	3	8,8	34	100
Realiza actividades como docentes en las actividades de postgrado	15	44,1	8	23,5	5	14,7	6	17,6	34	100
Realiza actividades de educación para la salud con su población	31	91,1	1	2,94	1	2,94	1	2,94	34	100
Desarrolla el autoestudio y la autoevaluación	25	73,5	1	2,94	7	20,5	1	2,94	34	100
Función de Investigación										
Aplica el método científico en la práctica profesional	21	61,7	10	29,4	1	2,94	2	5,8	34	100
Desarrolla investigaciones científicas a partir de los problemas identificados por el Análisis de la Situación de Salud de su población	14	41,1	13	38,2	2	5,8	5	14,7	34	100
Realiza el Análisis de la Situación de Salud como un proceso de investigación continua integrado en su actividad de prestación de servicios.	21	61,7	13	41,1	0	0	0	0	34	100
Participa en investigaciones que se desarrollan desde otros niveles de atención del sistema de salud.	9	26,4	13	38,2	4	11,7	8	23,5	34	100
Publica artículos o investigaciones.	7	20,5	9	26,4	12	35,2	6	17,6	34	100
Participa en eventos científicos	14	41,1	11	32,3	3	8,8	6	17,6	34	100
Utiliza las Nuevas Tecnologías de la Información y la Comunicación para la superación profesional y la investigación científica en el campo de la Atención Primaria de Salud y la Medicina General Integral.	15	44,1	9	26,4	3	8,8	7	20,5	34	100
Función de administración										
Organiza el trabajo en el consultorio según lo establecido por el Programa del Médico y la enfermera de la familia 2011	11	32,3	22	64,7	1	2,94	0	0	34	100
Realiza coordinaciones intersectoriales.	11	16,4	14	41,1	6	17,6	3	8,8	34	100

Dirige el equipo de salud de su consultorio.	30	88,2	4	11,7	0	0	0	0	34	100
Utiliza el análisis de la situación de salud para organizar y planificar su trabajo	14	41,1	15	44,1	2	5,8	3	8,8	34	100
Función Especial										
Detecta que tipo de desastres o situaciones de emergencia pueden dañar la comunidad que Ud. atiende	18	52,9	13	38,2	2	5,8	1	2,94	34	100
Identifica que tipo de daños a la salud individual se produce ante estos eventos	22	64,7	11	32,3	1	2,94	0	0	34	100
Aplica medidas preventivas en el orden individual, familiar y comunitario para evitar graves consecuencias por desastres	22	64,7	8	23,5	4	11,7	0	0	34	100

4 capaz de desarrollarlo completamente, 3 capaz de desarrollarlo parcialmente, 2 no es capaz de desarrollarlo, 1 no sabe si es capaz de desarrollarlo

Dimensión III. Perfil profesional. Especialistas y Residentes

Tabla 6 Capacidad para desarrollar los conocimientos/habilidades/actitudes del Perfil profesional según opinión de especialistas y residentes

Variables	4		3		2		1		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Función de atención médica integral										
Detecta las características inherentes a los grupos de población priorizados para la atención	51	76,1	13	19,4	2	2,98	1	1,49	67	100
Detecta problemas que puedan constituir factores de riesgo a la salud de la comunidad	57	85	10	22,3	0	0	0	0	67	100
Actúa para modificar problemas que puedan constituir factores de riesgo a la salud de la comunidad	41	61,2	25	37,3	1	1,49	0	0	67	100
Detecta cualquier riesgo biológico, psicológico, social y ambiental.	44	65,6	22	32,2	1	1,49	0	0	67	100
Realiza acciones de promoción de salud para lograr cambios positivos en los conocimientos, hábitos y costumbres higiénico sanitarias de su población.	55	82,0	12	17,9	0	0	0	0	67	100
Realiza acciones de prevención de enfermedades y daños a la salud de su población	48	71,6	19	28,3	0	0	0	0	67	100
Realiza diagnóstico temprano y brinda atención médica en forma oportuna y continua a su población	51	76,1	15	22,3	1	1,49	0	0	67	100
Orienta actividades de rehabilitación física, mental y social, según corresponda	47	70,1	20	29,8	0	0	0	0	67	100
Realiza actividades de rehabilitación física, mental y social, según corresponda	27	40,2	36	53,7	4	5,9	0	0	67	100
Decide la realización de interconsultas con otras especialidades, así como en la atención a pacientes ingresados en otros niveles del sistema.	52	77,6	15	22,3	0	0	0	0	67	100
Participa en la realización de interconsultas con otras especialidades, así como en la atención a pacientes ingresados en otros niveles del sistema.	38	56,7	25	37,3	3	4,4	1	1,49	67	100
Utiliza el ingreso en el hogar como práctica sistemática en la Atención Médica Integral	44	65,6	22	32,8	1	1,49	0	0	67	100
Realiza dispensarización a la población de su área de salud.	56	83,5	11	16,4	0	0	0	0	67	100
Realiza acciones de salud con la participación activa de su población y en estrecha vinculación con las organizaciones políticas, sociales y estatales	27	40,2	36	53,7	4	5,9	0	0	67	100
Realiza historias clínicas individuales	61	91,04	6	8,9	0	0	0	0	67	100
Realiza historias de salud familiar	63	94,02	4	5,9	0	0	0	0	67	100
Brinda atención médica de urgencia a la	50	74,6	15	22,3	0	0	2	2,9	67	100

población en la comunidad										
Realiza atención médica integral a los pacientes en estadio terminal en su hogar	51	76,1	14	20,8	1	1,49	1	1,49	67	100
Realiza Análisis de la Situación de Salud	58	86,5	7	10,4	2	2,98	0	0	67	100
Evalúa el estado de satisfacción de la población	38	56,7	22	32,8	4	5,9	3	4,47	67	100
Asegura la coordinación para la atención a un paciente o su familia entre los profesionales del sistema de salud	43	64,1	21	31,3	2	2,98	1	1,49	67	100
Mantiene la continuidad de la atención cuando requiere la competencia de otros especialistas de otro nivel de atención	40	59,7	24	35,8	2	2,98	1	1,49	67	100
Utiliza el método clínico, epidemiológico y social	55	82,0	11	16,4	1	1,49	0	0	67	100
Realiza atención médica integral	59	88,0	7	10,4	1	1,49	0	0	67	100
Evalúa exámenes complementarios	61	91,0	5	7,4	1	1,49	0	0	67	100
Hace el pronóstico de enfermedades	53	79,1	12	17,9	2	2,98	0	0	67	100
Realiza entrevista médica y examen físico integral a personas sanas o enfermas	50	74,6	15	22,3	1	1,49	1	1,49	67	100
Realiza parto normal	23	34,3	21	31,3	10	14,9	13	19,4	67	100
Evalúa el estado nutricional y orienta acciones según edad, sexo y problema de salud	52	77,6	11	16,4	2	2,98	2	2,98	67	100
Realiza tacto rectal	30	44,7	22	32,8	12	17,9	2	2,98	67	100
Prepara equipo de frasco de drenaje de tórax	8	11,9	15	22,3	24	35,8	20	29,8	67	100
Realiza punciones abdominales y pleurales diagnosticas	7	10,4	15	22,3	26	38,8	19	28,3	67	100
Extiende documentos médico legales	54	80,5	7	10,4	3	4,4	3	4,4	67	100
Realiza vendaje y cura de heridas	49	73,1	14	20,8	3	4,4	3	4,4	67	100
Mide presión venosa central	8	11,9	12	17,9	24	35,8	23	34,3	67	100
Aplica anestesia local	37	55,2	14	20,8	8	11,9	10	14,9	67	100
Aplica torniquetes y hemostasia por vendaje compresivo y pinza	33	49,2	21	31,3	9	13,4	4	5,9	67	100
Hace balance hidromineral	18	26,8	16	23,8	17	25,3	16	23,8	67	100
Realiza resucitación cardiopulmonar	20	29,8	28	41,7	11	16,4	8	11,9	67	100
Inmoviliza fracturas	22	32,8	21	31,3	13	19,4	11	16,4	67	100
Realiza tratamiento inicial del quemado	27	40,2	23	37,3	12	17,9	5	7,4	67	100
Realiza sutura de heridas superficiales	51	76,1	12	17,9	2	2,98	2	2,98	67	100
Realiza incisión y drenaje de un absceso	40	59,7	17	25,3	7	10,4	3	4,47	67	100
Extrae cuerpos extraños en orificios accesibles	35	52,2	26	38,8	4	5,9	2	2,98	67	100
Interpreta radiografías	50	74,6	13	19,4	2	2,98	2	2,98	67	100
Interpreta informes de Tomografías	27	40,2	25	37,3	12	17,9	3	4,47	67	100
Interpreta informes de Resonancias Magnéticas	19	28,3	26	38,8	15	22,3	7	10,4	67	100
Coloca sonda vesical	39	58,2	17	25,3	8	11,9	3	4,47	67	100
Coloca sonda nasogástrica	23	34,3	21	31,3	15	22,3	8	11,9	67	100
Coloca dispositivo intrauterino	58	86,5	5	7,4	3	4,4	1	1,49	67	100
Toma muestra para exudado uretral	32	47,7	11	16,4	15	22,3	9	13,4	67	100
Coloca espéculo	64	95,5	3	4,4	0	0	0	0	67	100
Realiza tacto vaginal	64	95,5	2	2,98	1	1,49	0	0	67	100
Realiza examen de mama	63	94	4	5,9	0	0	0	0	67	100
Realiza eversión de párpados	60	89,5	5	7,4	1	1,49	1	1,49	67	100
Realiza fondo de ojo	17	25,3	28	41,7	12	17,9	10	14,9	67	100

Realiza otoscopia	16	23,8	24	35,8	17	25,3	10	14,9	67	100
Realiza prueba citológica	58	86,5	8	11,9	1	1,49	0	0	67	100
Realiza prueba de Schiller	35	52,2	13	19,4	11	16,4	8	11,9	67	100
Indica y toma de muestra de gota gruesa a febriles	50	74,6	7	10,4	7	10,4	3	4,47	67	100
Diagnostica tempranamente la tuberculosis	47	70,1	17	25,3	1	1,49	2	2,98	67	100
Función docente educativa										
Capacita a brigadistas sanitarias y otras personas para realizar actividades educativas en función de la salud	41	61,1	18	26,8	4	5,9	4	5,9	67	100
Realiza técnicas grupales en la educación para la salud	46	68,6	15	22,3	3	4,47	3	4,47	67	100
Realiza actividades docentes en actividades de pregrado	33	49,2	15	22,3	7	10,4	12	17,9	67	100
Realiza actividades como docentes en las actividades de postgrado	24	35,8	15	22,3	10	14,9	18	26,8	67	100
Realiza actividades de educación para la salud con su población	56	83,5	8	11,9	0	0	3	4,47	67	100
Desarrolla el autoestudio y la autoevaluación	48	71,6	7	10,4	7	20,5	5	7,46	67	100
Función de Investigación										
Aplica el método científico en la práctica profesional	41	61,8	23	34,3	1	1,49	2	2,98	67	100
Desarrolla investigaciones científicas a partir de los problemas identificados por el Análisis de la Situación de Salud de su población	31	46,2	29	43,2	2	2,98	5	7,46	67	100
Realiza el Análisis de la Situación de Salud como un proceso de investigación continua integrado en su actividad de prestación de servicios.	39	58,2	25	38,8	1	1,49	2	2,98	67	100
Participa en investigaciones que se desarrollan desde otros niveles de atención del sistema de salud.	16	23,8	28	41,7	10	14,9	13	19,4	67	100
Publica artículos o investigaciones.	11	16,4	19	28,3	20	29,8	17	25,3	67	100
Participa en eventos científicos	33	49,2	21	31,3	4	5,9	9	13,4	67	100
Utiliza las Nuevas Tecnologías de la Información y la Comunicación para la superación profesional y la investigación científica en el campo de la Atención Primaria de Salud y la Medicina General Integral.	33	49,2	20	29,8	6	8,9	8	11,9	67	100
Función de administración										
Organiza el trabajo en el consultorio según lo establecido por el Programa del Médico y la enfermera de la familia 2011	28	41,7	36	53,7	3	4,47	0	0	67	100
Realiza coordinaciones intersectoriales.	23	34,3	29	43,2	11	16,4	15	22,3	67	100
Dirige el equipo de salud de su consultorio.	52	77,6	12	17,9	2	2,98	1	1,49	67	100
Utiliza el análisis de la situación de salud para organizar y planificar su trabajo	33	49,2	25	37,3	5	7,46	4	5,9	67	100
Función Especial										
Detecta que tipo de desastres o situaciones de emergencia pueden dañar la comunidad que Ud. atiende	33	49,2	30	44,7	2	2,98	1	1,49	67	100
Identifica que tipo de daños a la salud individual se produce ante estos eventos	39	58,2	25	37,3	1	1,49	2	2,98	67	100

Aplica medidas preventivas en el orden individual, familiar y comunitario para evitar graves consecuencias por desastres	39	58,2	23	34,3	4	5,9	1	1,49	67	100
--	----	------	----	------	---	-----	---	------	----	-----

4 capaz de desarrollarlo completamente, 3 capaz de desarrollarlo parcialmente, 2 no es capaz de desarrollarlo, 1 no sabe si es capaz de desarrollarlo

Dimensión III. Perfil profesional

Tabla 7 Total de conocimientos/habilidades de la función de atención médica integral con mejores resultados en los residentes en la capacidad de desarrollarlos completamente.

Función de atención médica integral	Frecuencia	Porcentaje
Conocimientos y habilidades con mejores resultados de los residentes	27	49
Conocimientos y habilidades con mejores resultados de los especialistas	28	51
Total	55	100

Dimensión III. Perfil profesional Tabla 8. Capacidad de desarrollar completamente conocimientos/habilidades de la función de atención médica integral con mejores resultados en los residentes.

Conocimiento/Habilidad	Especialistas		Residentes	
	No	%	No	%
Decide la realización de interconsultas con otras especialidades.	24	70,5	28	84,2
Evalúa la satisfacción de la población	18	52,9	20	60,6
Aseguran la coordinación para la atención a un paciente o su familia entre los profesionales del sistema de salud	19	55,8	24	72,7
Mantienen la continuidad de la atención cuando requiere la competencia de otros especialistas de otro nivel de atención	18	52,9	22	66,6
Participa en la realización de interconsultas con otras especialidades	16	47	22	66,6
Realiza análisis de la situación de salud	29	85,2	29	87,8
Realizan incisión y drenaje de un absceso	18	52,9	22	66,6
Realizan parto normal	10	29,4	13	39,3
Preparan equipo de frasco de drenaje de tórax	1	2,9	7	21,2
Realizan punciones abdominales y pleurales diagnósticas	1	2,9	6	18,1
Miden presión venosa central	1	2,9	7	21,2
Hacen balance hidromineral	7	20,5	11	33,3
Realiza resucitación cardiopulmonar	8	23,5	12	36,3
Inmoviliza fracturas	8	23,5	14	42,4
Interpretan informes de Resonancias Magnéticas	9	26,4	10	30,3
Interpretan informes de Tomografía	9	26,4	18	54,5
Interpretan informes de Radiografía	23	67,6	27	81,8
Realiza tacto vaginal	32	94,1	32	96,9
Coloca espéculo	32	94,1	32	96,9
Realiza entrevista médica y examen físico a personas sanas y enfermas	25	73,5	25	75,7
Tratamiento inicial del quemado	12	35,2	15	45,4
Realizan tacto rectal	12	35,2	18	54,5
Aplican anestesia local	17	50	20	60,6
Aplican torniquetes y hemostasia por vendaje compresivo y pinza	15	44,1	18	54,5
Extraen cuerpos extraños en orificios accesibles	14	41,1	21	63,6
Orienta actividades de rehabilitación	22	64,7	25	75,7
Realiza actividades de rehabilitación	12	35,2	15	45,4

Dimensión III. Perfil profesional Tabla 9 Desarrollo de las funciones del perfil profesional según residentes y especialistas

Especialistas y Residentes	Función de atención médica integral		Función de administración		Función Docente Educativa		Función Especial		Función de investigación		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Totalidad	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mayoría	21	38,1	1	25,0	1	16,6	0	0	0	0	23	30,6
Más de la mitad	19	34,5	0	0	3	50,0	2	66,6	2	28,5	26	34,6
Menos de la mitad	12	21,8	3	75,0	2	33,3	1	33,3	3	42,8	21	28,0
Minoría	3	5,45	0	0	0	0	0	0	2	28,5	5	6,6
Nadie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	55	100	4	100	6	100	3	100	7	100	75	100

Dimensión III. Perfil ocupacional Tabla 10 Capacidad de desarrollar completamente el modelo de profesional de la especialidad en puestos de trabajo según especialistas y residentes

Puesto de Trabajo	Es capaz de desarrollarla completamente		Es capaz de desarrollarla parcialmente		No es capaz de desarrollarla		No sabe cuánto es capaz de desarrollarla		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Circulo Infantil	43	64,1	21	31,3	3	4,4	0	0	67	100
Centro educacional	44	65,6	16	23,8	0	0	3	4,4	67	100
Centro Laboral	39	58,2	16	23,8	5	7,4	8	11,9	67	100
Hogar Materno	24	35,8	15	22,3	3	4,4	6	8,9	67	100
Hospital Municipal	42	62,6	13	19,4	3	4,4	9	13,4	67	100
Hospital Rural	44	65,6	11	16,4	3	4,4	9	13,4	67	100
Consultorio Médico en la montaña	45	67,1	13	19,4%	4	5,9	5	7,4	67	100
Consultorio Médico en área urbana	60	89,5	3	4,4	4	5,9	0	0	67	100

Anexo X Tablas de Salida Encuesta Dimensión IV, Profesor y Residente, educación en el trabajo

Tabla 1 Realización de las actividades de educación en el trabajo según profesores y residentes

Actividades de educación en el trabajo	Residente					Profesor				
	Total de residentes	Sí se realiza		No se realiza		Total de profesores	Sí se realiza		No se realiza	
		No	%	No	%		No	%	No	%
Consultas	33	18	54,5	15	45,4	21	16	76,1	5	23,8
Interconsultas	33	21	63,6	12	36,3	21	13	61,9	8	38
Visitas de Terreno	33	18	54,5	15	45,4	21	16	76,1	5	23,8
Ingreso en el Hogar	33	17	51,5	16	48,4	21	16	76,1	5	23,8
Discusión de un problema de salud	33	15	45,4	18	54,5	21	13	61,9	8	38
Guardias Médicas	33	18	54,5	15	45,4	21	10	47,6	11	52,3
Reunión clínico radiológicas	33	5	15,1	28	84,8	21	3	14,2	18	85,7
Reunión clínico epidemiológicas	33	6	18,1	27	81,8	21	16	76,1	5	23,8
Discusión de fallecidos	33	5	15,1	28	84,8	21	4	19,0	17	80,9
Análisis de la situación de salud	33	15	45,4	18	54,5	21	7	33,3	14	66,6

Tabla 2 Número y porciento de especialistas y residentes que reconocen estas actividades como de educación en el trabajo

Actividades de educación en el trabajo	No de residentes	Porciento	No de profesores	Porciento
Consulta	18	54,5	16	76,1
Interconsulta	21	63,6	13	61,9
Visita de Terreno	18	54,5	16	76,1
Ingreso en el Hogar	17	51,5	16	76,1
Discusión de problema de salud	15	45,4	13	61,9
Guardias Médicas	18	54,5	10	47,6
Reunión Clínica Radiológica	5	15,1	3	14,2
Reunión clínico epidemiológica	6	18,1	16	76,1
Discusión de fallecidos	5	15,1	4	19,0
Discusión Análisis de la Situación de Salud	15	45,4	7	33,3

Anexo XI. Análisis de Contenido Grupos Focales

¿Qué le satisface de la especialidad Medicina General Integral?

Opiniones de consenso

- ✓ Ser guardián de la salud
- ✓ Ayudar a la comunidad
- ✓ Realizar medicina preventiva
- ✓ Atender integralmente a la familia
- ✓ La relación que se establece con las familias porque el médico se hace parte de ellas
- ✓ La atención médica a todos los grupos de personas
- ✓ El seguimiento a las enfermedades
- ✓ Prevenir primero, diagnosticar, curar o rehabilitar

¿Qué no le satisface de la especialidad Medicina General Integral?

Opiniones de consenso

- ✓ El trabajo en exceso
- ✓ El papeleo innecesario “el papeleo que uno debe llevar, no soy secretario”
- ✓ El maltrato de la población al médico
- ✓ La falta de recursos
- ✓ Tener siempre la culpa de los incumplimientos
- ✓ El aumento del número de familias por médicos que no permite realizar el trabajo adecuadamente
- ✓ Las actividades que ponen fuera del programa del médico de la familia
- ✓ No poder solucionar muchos problemas
- ✓ Tener muy poco tiempo para estudiar
- ✓ Pocas posibilidades de superación
- ✓ Las imposiciones, ejemplo en el año 2012 en la campaña del dengue acompañar a los fumigadores, ese no es nuestro objetivo
- ✓ Las metas, atender a un gran número de población que imposibilite el cumplimiento de los programas y su seguimiento adecuado
- ✓ Ver a los pacientes cuando vienen a pedir recetas

Opinión de consenso que aborda otro tema

- ✓ Los trabajadores de la salud tenemos malas condiciones de trabajo y poca atención y remuneración

Opiniones únicas

- ✓ Como elemento negativo, los pronósticos malos de algunas enfermedades
- ✓ Limpiar el consultorio porque no hay auxiliar de limpieza

¿Qué problemas de salud atienden con más frecuencia?,

Opiniones de Consenso

- ✓ La atención a recién nacidos y lactantes
- ✓ El hábito de fumar
- ✓ El alcoholismo
- ✓ La faringoamigdalitis en los niños
- ✓ El síndrome de flujo vaginal
- ✓ El dengue
- ✓ La sepsis urinaria
- ✓ La hipertensión arterial
- ✓ Las enfermedades de transmisión sexual
- ✓ La depresión,
- ✓ La ansiedad
- ✓ La conducta suicida
- ✓ La hiperlipidemia
- ✓ La diabetes mellitus,
- ✓ Enfermedades del tiroides
- ✓ Anemia, pacientes en estadio terminal
- ✓ La neumonía
- ✓ El deterioro cognitivo en el anciano
- ✓ El "paciente oncológico"
- ✓ Se aprecia una aumento de la gastritis
- ✓ Los pacientes postrados
- ✓ Las secuelas de las enfermedades cerebrovasculares
- ✓ El embarazo en la adolescencia,
- ✓ Problemas de ginecología a muy temprana edad, a consecuencia de las relaciones sexuales tempranas en adolescentes, incluyendo edades de 12 y 13 años, en los que resulta difícil decidir cuál método anticonceptivo se utiliza y de que manera se logra la protección para evitar las enfermedades de transmisión sexual.
- ✓ El llenado de certificados médicos para diferentes cosas, para la chequera de los abuelos, para la actividad de cuenta propia, y otras
- ✓ Las disfunciones familiares
- ✓ El maltrato infantil
- ✓ La violencia
- ✓ Los problemas escolares
- ✓ La infertilidad
- ✓ Control del Aedes aegypti , de ratas y ratones
- ✓ Recogida de la basura

¿Qué aspectos de la organización del consultorio favorecen o no el aprendizaje de los residentes?

Profesor y especialistas

Opiniones de consenso como aspectos que favorecen el aprendizaje de los residentes

- ✓ La interconsulta
- ✓ El análisis de la situación de salud
- ✓ La atención periódica a los programas priorizados
- ✓ La relación médico familia
- ✓ La práctica diaria
- ✓ La atención integral de la gestante y del adulto mayor
- ✓ Tener un consultorio para trabajar

Opiniones de consenso como aspectos que no lo favorecen

- ✓ Las interconsultas sólo son con especialidades básicas
- ✓ Dificultades con medios de trabajo
- ✓ No se cuenta con todos los tutores para los residentes
- ✓ Documentos burocráticos que piden continuamente y entorpecen el trabajo
- ✓ Falta de profesores en los grupos básicos de trabajo
- ✓ Llevar a cabo múltiples programas con el número de población actual
- ✓ Falta de recursos
- ✓ Exceso de reuniones
- ✓ Diferentes criterios técnicos en cuanto al manejo de casos
- ✓ Residentes de primer año trabajando solos en consultorios
- ✓ "No hay tiempo para ser tutor"
- ✓ Cuando hay epidemias los especialistas tienen que valorar a los pacientes con afecciones y eso cambia la dinámica de trabajo

Opinión única

- ✓ El consultorio no está en buen estado, ventanas rotas, filtraciones, humedad, mala seguridad, todos los muebles viejos, y deteriorados, sin pintar hace 28 años.

¿Qué aspectos de la organización del consultorio favorecen o no el aprendizaje de los residentes?

Residentes

Opiniones de consenso de la organización del consultorio como aspectos que favorecen el aprendizaje de los residentes

- ✓ El trabajo en la comunidad con individuos de diferentes estilos de vida, factores de riesgo, enfermedades
- ✓ La mesa de la enfermera en el recibidor del consultorio que permite evitar las interrupciones continuas a la consulta

- ✓ La confección de historias clínicas individuales y de salud familiar
- ✓ Las reuniones del grupo básico de trabajo

Opiniones de consenso como aspectos que no favorecen la formación

- ✓ Pérdida de tiempo por papeleo
- ✓ Las condiciones de los instrumentos de trabajo
- ✓ La falta de guantes, medicamentos
- ✓ Las reuniones de los puestos de mando
- ✓ El tamaño poblacional a atender es demasiado
- ✓ Exigir a los pacientes que cumplan con el banco de sangre
- ✓ Hay que escribir demasiado en la historia clínica.

¿Qué aspectos positivos y negativos tiene la formación de la especialidad y qué sugiere para mejorarlo?

Profesor y especialistas

Los profesores no señalan elementos positivos

Opiniones de consenso como elementos negativos

- ✓ Manifiestan que los libros de otras especialidades son escasos y poco accesibles
- ✓ Aumento de programas con un solo ejecutor
- ✓ Interrupciones por epidemias

Opiniones de consenso como propuestas:

- ✓ “Ser más operativos y menos escribanos”
- ✓ “Llevar menos papeles y actuar más como médicos”
- ✓ “La asistencia se come a la docencia”
- ✓ Cursos de actualización
- ✓ Que se incremente a tres años la residencia de MGI
- ✓ Uso de INTERNET
- ✓ Se debe unificar criterios para la atención a grupos específicos
- ✓ Evaluar el tiempo que utiliza el médico en reuniones
- ✓ Mejorar los medios de enseñanza
- ✓ Desarrollar más actividad docente en la guardia médica

Opinión única

- ✓ Propuestas: al menos cada 2 años el especialista debe hacer una rotación hospitalaria

¿Qué aspectos positivos y negativos tiene la formación de la especialidad y qué sugiere para mejorarlo?

Residentes

Opiniones de consenso sobre aspectos positivos:

- ✓ La integralidad en la formación del especialista

- ✓ Se “amplia el pensamiento”
- ✓ La rotación por los servicios hospitalarios

Opiniones de consenso sobre aspectos negativos:

- ✓ Carga asistencial a los residentes
- ✓ No se brinda material de estudio
- ✓ Maltrato en los hospitales
- ✓ Hay pocos docentes y no hay pediatra
- ✓ “Un residente de primer año no debe quedarse solo en el consultorio”.

Opiniones de Consenso como propuestas:

- ✓ La literatura más actualizada es digital
- ✓ Se requiere de libros de texto impresos;
- ✓ Necesidad de más cursos para poder ampliar conocimientos
- ✓ El residente de primer año debe tener un tutor
- ✓ Eliminar las rotaciones a tiempo parcial
- ✓ Oportunidad de acceder a correos electrónicos

¿Cómo valora la atención secundaria el trabajo del Médico de la Familia?

Opiniones de Consenso

- ✓ Refieren que en la atención secundaria subvaloran el trabajo de la Atención Primaria
- ✓ Denigran nuestros conocimientos
- ✓ Delegan funciones en nosotros
- ✓ Faltan a la ética
- ✓ También están los que valoran bien el trabajo
- ✓ Algunos consideran que “somos sus secretarios”
- ✓ Lo valoran positivamente si antes fueron Médicos de la Familia.
- ✓ Como aspecto principal se discutió el hecho de que los pacientes llegan diciendo que se vieron por el médico en el hospital y este les dijo que las recetas y certificados médicos a medicamentos se daban en su consultorio médico de familia, igual situación sucede con los certificados médicos para exonerar del trabajo o de las escuelas.

¿Cómo valora la población el trabajo del Médico de la Familia?

Opiniones de Consenso

- ✓ Consideran que la población valora su trabajo de bueno y queda satisfecha
- ✓ Que otros no lo valoran
- ✓ Lo valoran de bueno, a veces me lo comunican
- ✓ Una parte de la población prefieren la atención secundaria, algunos vienen y me lo dicen y lo justifican diciendo que allí está todo.
- ✓ A algunos les es indiferente.

- ✓ El trabajo con la población es difícil pero que de manera general hay un reconocimiento a la labor del médico.

Opinión única

- ✓ Tienen diferentes criterios, uno lo perciben bien, otros mal como lo hacen no solo con el médico de familia, sino con el bodeguero, con los dirigentes de este país.
- ✓ Nos ven mal porque no nos ven como profesionales orientadores.
- ✓ Bueno, porque soy abnegada en mi trabajo.
- ✓ No lo aceptan como un profesional de alta calificación.

Anexo XII Problemas de salud según documentos de revisión documental

Tabla 1. Problemas de salud según revisión documental

Problemas de salud	Documentos			
	Cuadro de Salud provincia La Habana	Cuadro de Salud Municipio Cerro	Hojas de Cargo	Entrega de Guardia Policlínicos
Abdomen agudo quirúrgico				X
Aborto en curso				X
Accidente Transitorio Isquémico	X		X	X
Accidentes	X	X		X
Adicciones	X	X		X
Afectaciones por ruido	X	X		
Alcohólico			X	
Alergia			X	
Amenaza de parto inmaduro				X
Amenorrea			X	
Apendicitis				X
Artralgia			X	
Artralgias			X	
Artritis			X	
Artritis Reumatoide			X	
Artrosis			X	
Asma Bronquial	X	X	X	X
Audiencia Sanitaria			X	

Bajo peso al nacer	X	X		
Blenorragia	X	X		
Bradicardia				X
Bronconeumonía	X	X	X	
Bronquitis aguda			X	
Bursitis			X	
Calambres			X	
Captación de recién nacido			X	
Captación gestante			X	
Cardiopatía Isquémica	X	X		
Catarata			X	
Cefalea			X	
Celulitis			X	
Cervicalgia			X	
Charla educativa			X	
Chequeo preempleo			X	
Ciatalgia			X	
Climaterio			X	
Colecistitis aguda				X
Cólico Nefrítico			X	X
Colitis Ulcerativa Idiopática			X	
Complicaciones aborto farmacológico				X
Condiloma	X	X		
Conjuntivitis			X	
Conjuntivitis Hemorrágica	X	X		
Constipación			X	
Consumo de drogas	X	X		X
Contaminación hídrica	X	X		
Contractura muscular			X	
Contusión			X	
Convulsiones				X

Crisis depresiva			X	
Cuerpos extraños.				X
Debut diabetes mellitus tipo I				X
Dengue	X	X	X	
Dermatosis			X	
Deshidratación hidroelectrolítica				X
Desnutrición	X	X		
Diabetes Mellitus		X	X	X
Diabetes Mellitus más Hipertensión Arterial			X	
Dolor abdominal			X	
Dolor en bajo vientre			X	
Edema agudo del pulmón				X
Embarazadas con aumento de peso < 8 kg.	X	X		
Embarazadas con Hb. < 10 g.	X	X		
Embarazadas P/T < g II	X	X		
Emergencia Hipertensiva				X
Enfermedad de la mama		X	X	
Enfermedad Diarreica Aguda	X	X	X	
Enfermedad hipertensiva gravídica.				X
Enfermedad Inflamatoria Pélvica			X	
Epidermofitosis			X	
Epilepsia			X	
Estomatitis			X	
Faringoamigdalitis			X	
Forúnculo			X	
Fumadora			X	
Gastritis			X	
Gestante			X	

Gota			X	
Hepatitis Viral	X	X		
Herida pie derecho			X	
Heridas por arma blanca				X
Herpes Zoster	X	X	X	
Hipercolesterolemia			X	
Hiperplasia prostática			X	
Hipertensión Arterial		X	X	
Hiperuricemia			X	
Hipoglicemia				X
Hipotiroidia			X	
HTA más úlcera péptica			X	
Infección por fasciola hepática	X	X		
Infección Respiratoria Aguda	X	X	X	
Infección uretral			X	
Infección Urinaria			X	
Infección Vaginal			X	
Ingesta			X	
Insuficiencia Cardíaca		X	X	
Insuficiencia Renal Crónica			X	
Insuficiencia respiratoria				X
Insuficiencia Venosa	X	X	X	
Intento suicida	X	X		X
Intoxicación Alimentaria	X	X	X	
Leprosia	X	X		
Leptospirosis	X	X		
Linfangitis			X	
Linfoma No Hodgkin			X	
Lupus discoide			X	
Mareo			X	

Meningoencefalitis Bacteriana	X	X		
Meningoencefalitis Viral	X	X		
Microvertederos de basura	X	X		
Mieloma múltiple			X	
Migraña			X	
Miopía			X	
Moniliasis Vaginal			X	
Mononucleosis Infecciosa	X	X		
Mordedura de animal	X	X		
Neoplasia de Colon	X		X	
Neoplasia de Pulmón	X		X	
Neurotoxoplasmosis	X	X		
Obesidad	X	X	X	
Onicomycosis			X	
Operada Hernia discal			X	
Operado de Cadera			X	
Operado de próstata			X	
Otitis media			X	
Oxiuriasis			X	
Paludismo	X	X		
Paro cardiorrespiratorio				X
Paroniquia			X	
Persona aparentemente sana			X	
Pesquisa TB			X	
Pie diabético			X	
Pitiriasis Versicolor			X	
Postrado			X	
Prostatitis			X	
Psoriasis			X	

Puericultura			X	
Puerperio Fisiológico			X	
Quemaduras			X	X
Reacción Situacional				X
Reacciones adversas a vacunas	X	X		
Retraso mental			X	
Riesgo consumo de droga	X	X	X	
Riesgo preconcepcional			X	
Sacrolumbalgia			X	
Sangramiento digestivo alto				X
Shock hipovolémico				X
SIDA	X	X		
Sífilis	X	X	X	
Síndrome ansioso			X	
Síndrome coronario agudo con elevación del ST	X	X		X
Síndrome coronario agudo sin elevación del ST				X
Síndrome doloroso abdominal				X
Síndrome febril inespecífico			X	
Síndrome nefrótico			X	
Síndrome oclusivo				X
Sinusitis			X	
Sobrepeso	X	X		
Sordomudo			X	
Sospecha de embarazo ectópico				X
Suicidio	X	X		X
Taquicardia sinusal				X

Tendinitis			X	
Tomar Tensión arterial			X	
Trabajo de parto				X
Traumatismos				X
Tuberculosis	X	X		
Tuberculosis extrapulmonar	X	X		
Úlcera péptica			X	
Urgencia hipertensiva				X
Vaginosis Bacteriana			X	
Varicela	X	X	X	
Vigilancia al viajero	X	X	X	

Anexo XIII Tablas de Salida Dimensión IV de la Encuesta, profesor y residente

Tabla 1. Conocimiento del programa de formación del especialista de primer grado en Medicina General Integral según puesto de trabajo de los profesores

Profesor	¿Conoce el programa de formación del especialista de primer grado en Medicina General Integral?				Total	
	Sí		No			
Puesto de Trabajo	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Médico de Familia	10	50,0	0	0	10	47,6
De Grupo Básico de Trabajo de Medicina Interna	3	15,0	0	0	3	14,2
De Grupo Básico de Trabajo de Ginecología	3	15,0	1	100,0	4	19,04
Jefe de Grupo Básico de Trabajo	4	20,0	0	0	4	19,04
Total	20	100,0	1	100,0	21	100,0

Tabla 2 Correspondencia de los contenidos del programa de formación de la especialidad Medicina General Integral con la práctica en el Consultorio Médico de la Familia según la opinión del profesor

Correspondencia de los contenidos del programa de formación de la especialidad Medicina General Integral con la práctica en el Consultorio Médico de la Familia	Frecuencia	Porcentaje
No se corresponde	0	0
No sabe	1	4,76
Se corresponde parcialmente	14	66,6
Se corresponde totalmente	6	28,5
Total	21	100,0

Tabla 4 Temas solicitados por los residentes a los profesores según la información de los profesores

Profesores	Frecuencia	Porcentaje
No responde	6	28,5
Realizar partos	1	4,76
Procederes de Ginecología	1	4,76

En los programas que se llevan a la práctica	1	4,76
Documentación Legal	1	4,76
Atención Prenatal a embarazadas	1	4,76
Programa materno infantil	1	4,76
En las tesis de grado	4	19,0
En el examen físico	1	4,76
Identificar tiempo de embarazo	1	4,76
Llenado de modelos	1	4,76
Dudas en el manejo de casos	1	4,76
Seguimiento de enfermedades crónicas no transmisibles	1	4,76
Total	21	100,0

Tabla 5 Tiempo de superación en la semana según el profesor

Tiempo de preparación en la semana	Frecuencia	Porcentaje
4 horas a la semana	6	28,5
Nada	5	23,8
Poco	2	9,52
2 horas a la semana	6	28,5
Diariamente	2	9,52
Total	21	100,0

Tabla 6 Labor de tutor principal del profesor

¿Es Tutor?	Frecuencia	Porcentaje
Sí	14	66,6
No	7	33,3
Total	21	100,0

Tabla 7 Labor de tutor principal del profesor según Puesto de trabajo

Puesto de trabajo	Profesor ¿Es Tutor principal para la formación del residente?				Total	
	Sí		No			
	Frecuencia	Por ciento	Frecuencia	Por ciento	Frecuencia	Por ciento
Médico de Familia	6	42,8	4	57,1	10	47,6
Profesor de Medicina Interna Grupo Básico de Trabajo	2	14,2	1	14,2	3	14,2
Profesor de Ginecología y Obstetricia Grupo Básico de Trabajo	2	14,2	2	28,5	4	19,0
Jefe de Grupo Básico de Trabajo	4	28,5	0	0	4	19,04
Total	14	100,0	7	100,0	21	100,0

Tabla 8 Tiempo de encuentro con el residente según el profesor

Tiempo de encuentro con el residente	Frecuencia	Porcentaje
Cada vez que lo necesitan los residentes	7	33,3
Diario	5	23,8
Una vez a la semana	1	4,46
Dos veces a la semana	0	0
Una vez cada 10 días	0	0
Una vez cada 15 días	2	9,5
Ninguno	6	28,5
Total	21	100

Tabla 9 Existencia de literatura docente actualizada según profesores

Existencia de literatura docente actualizada	Frecuencia	Porcentaje
Sí	11	52,3
No	10	47,6
Total	21	100,0

Tabla 10 Valoración de los modos de actuación del residente según el profesor

Valoración de modos de actuación de los residentes	Frecuencia	Porcentaje
Mal	0	0
Regular	5	23,8
Bien	15	71,4
Excelente	1	4,76
Total	21	100,0

Tabla 11 Conocimiento del programa de formación del especialista de primer grado en Medicina General Integral según residentes

Conocimiento del programa de formación del especialista de primer grado en Medicina General Integral	Frecuencia	Porcentaje
Sí	31	93,9
No	2	6,06
Total	33	100,0

Tabla 12 Correspondencia de los contenidos del programa de formación de la especialidad Medicina General Integral con la práctica en el Consultorio Médico de la Familia según la opinión de los residentes

Correspondencia de los contenidos del programa de formación de la especialidad Medicina General Integral con la práctica en el Consultorio Médico de la Familia	Frecuencia	Porcentaje
No se corresponde	1	4,76
Se corresponde parcialmente	17	51,5
Se corresponde totalmente	13	39,3
No saben si se corresponde	2	6,6
Total	33	100,0

Tabla 13 Temas solicitados por el residente al profesor según el residente

Temas	Frecuencia	Porcentaje
Atención a gestantes	2	6,1
certificado de defunción	1	3,0
No responde	9	27,3
protocolo de investigación	6	18,2
En la actividad docente-investigativa-asistencial	1	3,0
Actualización de tratamientos de las diferentes enfermedades	3	9,1
Manejo de consultorio	4	12,1
Manejo del consultorio con protocolos	4	12,1
Programas para actualizaciones	1	3,0
En la preparación de la especialidad se necesita de una atención integral	1	3,0
Análisis de la situación de salud	1	3,0
Total	33	100,0

Tabla 14 Tiempo de autoestudio en la semana según residentes

Tiempo de autoestudio en la semana	Frecuencia	Porcentaje
4 horas a la semana	5	15,1
Nada	7	21,2
Poco	2	6,06
2 horas a la semana	6	18,1
Diariamente	13	39,3
Total	33	100,0

Tabla 15 Tutoría Principal según residentes

Tiene tutor principal	Frecuencia	Porcentaje
Sí	27	60,6
No	6	18,1
Total	33	100,0

Tabla 16. Tiempo encuentros con el Profesor según residentes

Tiempo de encuentro con el Tutor	Frecuencia	Porcentaje
Cada vez que lo necesito	16	48,4
Una vez a la semana	3	9,1
Una vez cada 15 días	8	24,2

Ninguno	6	18,1
Dos veces a la semana	0	0
Una vez cada 10 días	0	0
Diario	0	0
Total	33	100,0

Tabla 17 Existencia de literatura docente actualizada según residentes

Existencia de literatura docente actualizada	Frecuencia	Porcentaje
Sí	21	63,6
No	12	36,3
Total	33	100,0

Tabla 18 Valoración de los modos de actuación del residente según residentes

Valoración de modos de actuación de los residentes	Frecuencia	Porcentaje
Mal	0	0
Regular	0	0
Bien	26	78,7
Excelente	7	21,2
Total	33	100

Anexo XIV. Tablas de salida de la encuesta. Dimensión V Ámbito de la formación

Tabla 1 Frecuencia habitantes por consultorio médico de familia según los encuestados

Habitantes por consultorio	No	%
Más de 1 500	4	5,4
Entre 1 001 y 1 500	40	54,5
Entre 1000 y 600	30	44,7
Total	74	100

Tabla 2 Número estimado de pacientes atendidos un día en consulta

Pacientes atendidos un día en consulta	Frecuencia	Porcentaje
Más de 20 pacientes	17	22,9
Entre 11 y 20 pacientes	36	48,6
10 o menos pacientes	21	28,3

Total	74	100
-------	----	-----

Tabla 3 Realización de consultas deslizantes según encuestados

Realización de consultas deslizantes	Frecuencia	Por ciento
Sí	47	63,5
No	27	36,4
No sé	0	0
Total	74	100

Tabla 4 Existencia de política que define requerimiento de primera consulta con el Médico de la Familia antes de la atención de médico de otra especialidad en policlínico u hospital según encuestados

Existencia de política que define requerimiento de primera consulta con el Médico de la Familia antes de la atención de médico de otra especialidad en policlínico u hospital	Frecuencia	Por ciento
Sí	52	70,2
No	22	29,7
No sé	0	0
Total	74	100

Tabla 5 Estimación sobre Consultas que se atienden sin ser derivados desde el consultorio de la Atención Primaria

Consultas que se atienden sin ser derivados desde el consultorio de la Atención Primaria	Frecuencia	Por ciento
Totalidad	2	2,7
Mayoría	34	45,9
Más de la mitad	0	0
La mitad	0	0
Menos de la mitad	0	0
Minoría	0	0

No sé	38	51,3
Total	74	100

Tabla 6 Estimación de los encuestados sobre la existencia de los cuidados primarios en el área de salud, para resolver los problemas de salud comunes de estratos poblacionales

Estratos poblacionales	Definitivamente		Mayoritariamente		Mayoritariamente No		Definitivamente No	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Niños	23	31,08	42	56,7	9	12,1	0	0
Adolescentes	18	24,3	47	63,5	9	12,1	0	0
Adultos	21	28,3	44	59,4	9	12,1	0	0
Mujeres gestantes	27	36,4	41	55,4	6	8,1	0	0
Ancianos	24	32,4	33	44,5	16	21,6	1	1,3

Tabla 7 Estimación de los encuestados sobre los cuidados o servicios de salud ofrecidos según lo requiere la población

Cuidados o servicios	Definitivamente		Mayoritariamente		Mayoritariamente No		Definitivamente No	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Cuidados prenatales	58	78,3	11	14,8	3	4,05	2	2,70
Cuidados al recién nacido	60	81	14	18,9	0	0	0	0
Planificación familiar	27	36,4	38	51,3	9	12,1	0	0
Cuidados a la puerpera	55	74,3	14	18,9	0	0	5	6,7
Cuidados durante el primer año de vida	57	77	12	16,2	5	6,7	0	0
Cuidados al niño de 1 año y más hasta los 5 años	31	41,8	35	47,2	8	10,8	0	0
Consejería sobre el tabaco y el alcohol	31	41,8	30	40,5	13	17,5	0	0
Tratamiento a los pacientes con problemas mentales más comunes	20	27,0	42	56,7	11	14,8	1	1,3

Tabla 8 Uso del sistema de referencia con otras instituciones de la salud según encuestados

Uso del sistema de referencia con otras instituciones de la salud según encuestados	Frecuencia	Porcentaje
Sí	57	77,02

No	17	22,9
Total	74	100

Tabla 9 Recibimiento de contrarreferencia de la institución a la que refirió el paciente según encuestados

Recibimiento de contrarreferencia de la institución a la que refirió el paciente	Frecuencia	Por ciento
Sí	24	35,8
No	50	67,5
Total	74	100

Tabla 10 Participación de la población en la solución de los problemas de salud de su comunidad según encuestados

Participación de la población en la solución de los problemas de salud de su comunidad	Frecuencia	Por ciento
Sí	10	13,5
No	64	86,4
Total	74	100

Tabla 11 Trabajo del médico con los distintos sectores existentes en la comunidad para la solución a los problemas de salud según encuestados

Trabajo del médico con los distintos sectores existentes en la comunidad para la solución a los problemas de salud	Frecuencia	Por ciento
Sí	20	27,0
No	54	72,9
Total	74	100

Anexo XV. Evaluación de las transformaciones necesarias del sistema de salud en el municipio Cerro

EVALUACIÓN DE LAS TRANSFORMACIONES NECESARIAS DEL SISTEMA DE SALUD DEL MUNICIPIO EN EL PRIMER TRIMESTRE DEL AÑO 2013.

A partir de las prioridades del Ministerio de Salud Pública para el año 2010 y siendo consecuentes con el Proyecto de Lineamientos de la Política Económica y Social del país, se realiza la propuesta de reorganización, regionalización y compactación los servicios en la ciudad sobre la base de continuar elevando los niveles de salud, con una mayor calidad, eficiencia, racionalidad y sostenibilidad, que garanticen la satisfacción de la población. .

Caracterización del territorio:

Extensión territorial: 10.18 Km²

Población: 128 361 habitantes.

Consejos Populares: 7

Limita al Norte con los municipios Centro Habana y Habana Vieja, al Sur con Boyeros y Arroyo Naranjo, al este con Diez de Octubre y al oeste con Plaza de la Revolución.

Caracterización de los Consultorios Médicos Definitivos:

Nuestro municipio cuenta con una población de 128361 habitantes, distribuidas en 4 áreas de salud. En los inicios del Programa del Médico y Enfermera de la Familia existían 190 consultorios médicos de la familia, luego de la reorganización del 2007 quedó definido un total de 56 Consultorios tipo I, 21 Consultorios tipo II con un promedio de 2 369 habitantes y en el 2011 se definen en la reorganización un total de 105 CMF, distribuidos en 83 locales, de ellos con vivienda del medico 28, vivienda de médico y enfermera 48 y 7 adaptados con vivienda para médicos. Existen 16 Equipos Básicos de Salud (EBS) que comparten locales, de ellos 6 en locales dobles, para un total de 12 EBS y 1 en local cuádruple con 4 EBS, siendo el área más afectada la del Abel Santamaría que no posee locales típicos de consultorios. Se continúan realizando acciones con los gobiernos locales y las direcciones municipales de Salud en la búsqueda de soluciones para este problema. Hemos logrado que regresen a consultorios necesarios 5 médicos que residen en las viviendas, quedando pendientes 5 médicos, 2 enfermeras y 3 ilegalidades (1 necesario, 1 cerrado y 1 local adaptado) que en estrategias trazadas con el Gobierno, se espera resolver para el mes de mayo. Además de 13 enfermeras jubiladas y familiares de 3 fallecidos

El proceso de dispensarización se perfecciona (un 98.9% de población dispensarizada), se logró el registro y clasificación de los individuos y las familias, así como la planificación de las acciones de salud tanto en consulta como en terreno, aunque estos resultados aun no son suficientes, por lo que estamos llamando a garantizar la calidad de las evaluaciones y a enfatizar en la aplicación del método clínico, epidemiológico y social, en la promoción y prevención, así como en la esencia de la medicina familiar, que si bien mejora, no hemos logrado que se incorpore en el accionar diario del EBS y de los J'GBT, además debemos enfatizar en el llenado correcto de la hoja de actividades.

De los 106 consultorios que se definieron como necesarios con una población promedio de 1200 pacientes, actualmente están funcionando la totalidad. Para lo cual fue necesario garantizar el completamiento de los Equipos Básicos de Salud con médicos y el completamiento de las 21 reservas aprobadas, no siendo así con las enfermeras por existir un déficit municipal de 39 a este nivel de atención, por lo que tampoco contamos con la reserva. Con la incorporación de los Médicos recién graduados y de 28 médicos de la ELAM, que se ubican en consultorios cubiertos por especialistas, se logra completar la reserva medica, la que se utiliza fundamentalmente cubriendo licencias de maternidad, licencias sin sueldo, salidas para colaboración y certificados médicos. Existen 7 grupos básicos de trabajo (GBT), 2 de ellos se encuentran incompletos, por déficit de Pediatras.

Las acciones de reparación y mantenimiento incrementaron en relación al año anterior, garantizando al menos el mínimo de condiciones y recursos necesarios, incluyendo la recuperación del mobiliario clínico y no clínico. En nuestro municipio en una primera etapa fueron reparados 20 CMF y 1 policlínicos y en una segunda etapa se dio mantenimiento a 37 CMF, previéndose para la próxima la reparación de la totalidad de los cuerpos de guardia.

Los indicadores de proceso muestran una mejoría en comparación con igual periodo del año anterior(primer trimestres), incrementan el número de consultas por médico de familia de forma general en + 23965 consultas, los terrenos realizados por nuestros médicos de familia en 9917 más, disminuyen -1089 los ingresos en el hogar con relación al año anterior, fundamentalmente por el cambio de criterio con la conducta a seguir ante los Síndromes febriles inespecíficos, los cuales deben ingresar en la atención secundaria para un mejor control de la situación epidemiológica actual, no obstante entendemos que este indicador no se utiliza todavía con toda su potencialidad, como una particularidad del programa para lograr impacto económico y social, con mayor satisfacción de la población y menor utilización de las camas hospitalarias; observamos una disminución de -34069 casos vistos en cuerpo de guardia, estos en los dos horario, lo cual habla a favor de la permanencia del médico en su consultorio.

Los sistemas de turnos se han venido organizando aunque necesitan perfeccionarse en horario escalonados, aún es insuficiente el aprovechamiento del servicio de mensajería y de llamada telefónica desde el consultorio, como posibilidad de gestión para facilitar los trámites de los pacientes y aunque mejora el sistema de integración entre la atención primaria y la secundaria, aún falta por consolidar el sistema de referencia y contrarreferencia para garantizar el seguimiento de los pacientes evaluados por ambos niveles de atención, por lo que tiene que consolidarse la reunión de integración, a nivel de cada municipio.

Colectivo moral: antes de la reorganización contábamos con 9 consultorios médicos y 64 departamentos dentro de los policlínicos, actualmente la cifra se eleva a 28 consultorios médicos y 78 departamentos.

Resumen de la Reorganización de los servicios:

Se realizó la reorganización de todos los servicios en el municipio, quedando de la siguiente manera:

- Laboratorio Clínico: Los 4 servicios se encuentran reorganizados, 2 en 24 horas, 1 está en 16 horas y 1 con turnos de trabajo de 8 horas, cumpliendo solamente el turno establecido el área del Antonio Maceo por déficit de 17

técnicos en todo el municipio.

- Rayos X: Los 4 servicios se encuentran reorganizados, 2 en 24 horas, 1 están en 16 horas y 1 con turnos de trabajo de 8 horas, cumpliendo todos con el horario establecido.
- Ultrasonido: 7 definidos funcionando (Policlínico Maceo, Hospital Clínico Quirúrgico de 10 de Octubre, Benéfico Jurídico, Salvador Allende, Pediátrico de Centro Habana y Pediátrico del Cerro y genética en Policlínico Cerro)
- Endoscopia: Están funcionando 5 definidos (1 en el Policlínico Héroes de Girón, de 4 servicios en Hospitales (Salvador Allende, Clínico Quirúrgico 10 de Octubre, Pediátrico del Cerro y Pediátrico de Centro Habana).
- Laboratorio de Alergia: Reorganizado, funcionando 5 (1 en Policlínico Maceo y 4 en Hospitales).
- Optometría y Oftalmología: reorganizados, funcionando los 6 (2 en los Policlínicos Maceo y Abel Santamaría y 4 en los Hospitales).
- Regulación Menstrual: está reorganizado y funcionando 1 en el policlínico Abel Santamaría.
- Trombolisis y Traumatología se reorganizo, los 4 servicios definidos en los hospitales están funcionando.

Los servicios que sufrieron mayores modificaciones fueron: Ultrasonido, laboratorio de alergia, Trombolisis y regulación menstrual. Se mantuvieron los servicios básicos de laboratorio clínico, urgencias y rayos X en todos los policlínicos.

Reorganización de hogares materno:

De los 3 hogares que existían en el municipio, se reorganizaron 2 quedando 1, esto se traduce en una reducción de 30 camas y 44 de trabajadores lo que representa un 63.7% de la plantilla anterior se simplificaron 3 aparatos administrativos al subordinarlos a sus Policlínicos correspondientes. Durante este año el índice ocupacional es de un 95 %.

Mortalidad Infantil

Indicadores	2012		2013	
	No.	tasa	No.	tasa
Nacidos vivos	275		269	
Fallecido < de un año	1	3.6	2	7.4
Bajo peso al nacer	16	5.8	14	5.2
Fetal	1	3.6	6	21.8
Muerte materna	0		0	
Mortalidad Preescolar	1		0	
Mortalidad Escolar	0		0	

Durante este período el indicador que más se afectó fue la Muerte Fetal, que estuvo por encima de la tasa trimestre del 2012 a espesa de interrupciones de embarazos por factores genéticos, teniendo en cuenta que en comparación con el período anterior el número de nacimiento disminuyó en 6 NV.

Reorganización y Compactación de la genética municipal:

Los servicios de Genética quedaron certificados de la siguiente forma: El recurso Humano reorganizado municipalmente en el policlínico Cerro por ser este el más accesible, con una plantilla de 1 Médico Especialista en Genética Clínica, 1 Médico Asesor Genético por área de salud y una enfermera en función del programa por área de salud. Al realizar una evaluación de los servicios al año y medio del proceso, se observa que durante este período el servicio ha funcionado de forma adecuada, no reportándose insatisfacciones en la población en cuanto a la atención recibida.

Reorganización de la Asistencia Social: Contamos con un hogar de ancianos con capacidad para 72 camas y un total de 20 plazas diurnas, actualmente en reparación, una Casa de Abuelos con una dotación de 60 plazas diurnas y un índice ocupacional de 78.3 % y dos Centros Psicopedagógicos, Impedido 7 con 120 camas y 50 semi-internos y la Edad de Oro con 180 camas, índice ocupacional 97.2% y 15 plazas diurnas. La población de adultos mayores es de 31869, con un índice de envejecimiento del 25.17 %, alcanzándose al cierre del trimestre del 2013 el 100 % de los chequeos de salud y satisfechas el 100 % de las necesidades de atención médica y técnica de los Centenarios, se sobre cumple con un 60 % los exámenes periódicos de salud, incrementa el número de círculos de abuelos a 57, con un total de 1847 integrantes, aumenta el número de ancianos solos a 2025, con atención a 1012, los grupos de orientación y recreación incrementan a 82. La mortalidad de 60 a 64 años es de 61 y de 65 o más 775 y la mortalidad en Hogar de anciano incrementa en número de dos con igual periodo del año anterior, manteniéndose sin casos los accidentes y las úlceras por presión. En el caso de los expedientes sociales en Hogares de Ancianos y Casas de Abuelos, estos se encuentran actualizados y evaluados en el 100 % de los que corresponden al trimestre. Se avanza en el mantenimiento del hogar de ancianos y el impedido 7.

Salud Mental y Abuso de Sustancias:

No contamos con plazas diurnas en el Centros Comunitarios de Salud Mental para garantizar la sostenibilidad comunitaria del enfermo de larga evolución, por lo que requiere de acondicionamiento o cambio de locales.

Fue centralizada en cada Centro Comunitario de Salud Mental la plantilla de especialistas de salud mental, garantizándose la programación de interconsultas en todos los Policlínicos, las actividades grupales y otras intervenciones especiales de mayor complejidad que se realizan en el Centro.

Evaluación del proceso Reorganización, compactación y regionalización de los servicios de Estomatología La Habana:

Se evaluó la accesibilidad geográfica en el territorio teniendo en cuenta la totalidad de las instituciones de salud de los diferentes niveles. Se Dejan de funcionar y se reorganizan en otros servicios 1, se reorganizan como Servicios de Policlínico 1 y se reducen un total de 12 Conjuntos Dentales.

El Plan de Servicio al cierre del trimestre del 2013, en las principales actividades se cumple con un Total de Consultas de 59595 (24.0 %) disminuyendo con igual periodo

del año anterior, de ellas 22938 (38.4 %) fueron de MNT, se realizaron 21691 obturaciones, para un 24.10 % por lo que no se cumple y 1404 endodoncias para un 28 % y se cumple con el indicador de Exodoncia con acupuntura, el cual se encuentra en un 8 %.

Los tratamientos conservadores respecto al año pasado, ascienden los TPR en un 33.9 %, para un total de 477 casos y las obturaciones con amalgama fueron de 17176 (28.6%) y 4515 con resina lo que representa el 15.5% por déficit del producto. Se alcanzan valores de pacientes rehabilitados con 448 aparatos protésicos (16.20 %) y unidades fijas confeccionadas 74 (espigas), existiendo una lista de espera de prótesis 678 de pacientes, debido a atrasos de los años 2011 y 2012 por falta de material y déficit de recursos humanos.

Evaluación de La Reorganización en los Servicios de Rehabilitación:

En la rehabilitación comunitaria, se ha logrado más interrelación entre los servicios de rehabilitación integral, los grupos básicos de trabajo y el segundo nivel de atención, en la evaluación y seguimiento de los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, expresado en los indicadores del trimestre. Se incrementa el número de atenciones en estos servicios, por concepto de enfermedades crónicas no transmisibles. Fueron atendidos mayor número de pacientes con factores de riesgo. Se avanza en la vinculación de este servicio al programa del médico y enfermera de la familia garantizando su utilización como un servicio preventivo en la APS. Cumpliendo las premisas según el nivel de actividad, morbilidad y disponibilidad de los recursos se reorganizaron la Hidroterapia, Fango terapia y Parafina a nivel Municipal, lo cual garantiza la calidad de las mismas.

El hogar de ancianos y los Centros Médicos Psicopedagógicos fueron beneficiados con la reorganización del equipamiento recuperado.

Anexo XVI Informe de evaluación de los servicios en APS. Agosto 2013

13 de Agosto del 2013

Año 55 de la Revolución.

En el Municipio existen, 7 Grupos Básicos de Trabajo (GBT), de ellos 4 se encuentran completos y 3 incompletos por déficit de 3 Pediatras y 1 Clínico. Las áreas más afectadas son el Policlínico Cerro y Abel Santamaría

Comportamiento de los indicadores de APS y medios diagnósticos Municipal:

CONCEPTOS	2012	2013	dif
Consulta externa	39149	43759	4610
Consulta MGI	18629	20415	1786
Terreno MGI	2392	6353	3961
Cta Integral al Diabético	39	24	-15
Cta Integral a la Familia	0	8	8
Ingreso en el hogar	477	288	-189
Casos visto CG	12189	13728	1539

8 a 4 pm	4787	6213	1426
4 a 8 pm	7402	7515	113
RX	774	917	143
Pacientes atendidos en Laboratorio Clínico	8930	4900	-4030
Inv. Realizadas	32544	28838	-3706
USG	1138	1566	428
EKG	703	899	196
Endoscopia	115	98	-17

Comportamiento de los indicadores en la APS y medios diagnósticos por áreas de salud:

CONCEPTOS	Cerro		Girón		Abel		Maceo	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013
consulta externa	10217	12757	10251	13534	7159	6758	11522	10710
consulta MGI	5127	5730	4642	5921	2916	2902	5941	5862
Terreno MGI	0	2153	0	2228	1351	844	1041	1129
Cta Integral al Diabético	34	13	0	11	0	0	5	0
Cta Integral a la Flia	0	0	0	8	0	0	0	0
ingreso en el hogar	63	99	107	87	78	25	229	77
casos visto CG	2428	3296	2711	2992	821	4331	3229	3099
8 a 4 pm	810	1416	958	1199	764	2082	1261	1516
4 a 8 pm	1618	1880	1753	1793	57	2249	1968	1583
RX	307	269	253	420	57	113	157	115
Pctes atendidos en Lab.	588	445	2701	1700	1826	952	3815	1803
Inv. Realizadas	1985	6686	13101	10068	7871	5461	9587	6623
USG	653	798	0	417	0	0	485	351
EKG	126	237	127	317	117	54	333	291
Endoscopia			115	98				

En la atención primaria de salud, con el cierre de Julio 2013, se realizaron 4610 consultas externas más que en 2012 en igual periodo, solo incrementan este indicador los Policlínicos Cerro y Girón, el resto de las aéreas disminuyen (Abel – 401 y Maceo – 812). Las consultas por médico de familia incrementan en 1786, disminuyendo en las áreas de Abel y Maceo.

Al cierre del mes de Julio el indicador de Terrenos en APS se incrementa en 3961 a nivel municipal en relación con el año anterior, pero hay que destacar que los mismos con disminuyen en el área del Abel en -507. El indicador de Ingreso en el Hogar disminuye en -189, solo incrementa ligeramente en el Policlínico Cerro, siendo el peor Policlínico Maceo con - 152. Esto demuestra que no se utiliza toda la potencialidad del mismo como está establecido en el Programa de Medicina Familiar, centrándose

solamente en los SFI y específicos así como en las gestantes, no realizándose un análisis del mismo en las reuniones de GBT tanto por los VDAM y JGBT aunque cabe destacar que en esta misma época del año anterior estábamos ingresando en el hogar a todos los pacientes febriles inespecíficos del municipio, que fue uno de los más afectados epidemiológicamente.

En Julio 2013 incrementan los casos vistos en Cuerpo de Guardia en el Municipio en 1539 casos, con respecto a igual periodo del año anterior, en todos los horarios de manera general, siendo más significativo en el Policlínico Abel Santamaría con 3510 casos más.

La Consulta Integral al Diabético se comporta de forma negativa en el Municipio, durante el mes analizado, donde dos áreas no reportaron consultas realizadas (Abel y Maceo), pero esto no significa que el seguimiento a estos pacientes sea adecuado, pues solo han sido vistos en las mismas un total de 24 casos en todo el municipio.

Al realizar el análisis del comportamiento de la Visita integral a la familia durante el mes de julio solo se reporto en el Policlínico Girón (8), el resto de las áreas continúan sin reportar dicho indicador, lo que demuestra que tampoco se le da seguimiento estadístico e importancia alguna a las mismas que por demás se realizan y no se reportan en hojas de actividades.

Debemos señalar que en aquellos lugares donde persisten las deficiencias es por falta de control de los Directores de Policlínicos, Vice Directores de Asistencia Médica, Jefes de Grupo Básico de Trabajo y de los profesores, así como falta de evaluación sistemática a los mismos y cuando se realizan, estas son poco profundas, no dándosele seguimiento a los problemas identificados, no apareciendo o siendo insuficiente la planificación de actividades para el control en los planes de trabajo de los Directores y Vicedirectores.

La Dispensarización, es un indicador que debe ser mejorado, al cierre del mes de Julio esta se comporta de la siguiente manera:

Municipio:

	total por dispensarizacion	consultas	terrenos	% cumplimiento	
				consultas	terrenos
Grupo I	44203	24209		54,77	
Grupo II	30235	9153		30,27	
Grupo III	49909	22187		44,45	
Grupo IV	2611	684		26,20	
Total	126958	56233	17345	44,29	21,64

El porcentaje de cumplimiento de los Policlínicos según los grupos dispensariales se comporto de la siguiente manera al cierre de julio:

	Cerro		Maceo		Girón		Abel	
	consultas	terrenos	consultas	terrenos	consultas	terrenos	consultas	terrenos
Grupo I	14,83		83,28		105,36		12,52	
Grupo II	38,55		20,51		54,90		6,31	
Grupo III	25,03		268,02		82,85		6,92	
Grupo IV	21,30		16,18		12,01		3,62	
Total	24,61	20,38	83,79	51,41	79,95	26,66	7,50	16,96

El 50 % de las áreas (Cerro y Abel) presentan un porcentaje de cumplimiento inferior al estimado para este periodo, que es de un 58 % aproximadamente, siendo el área más afectada la del Abel Santamaría con un 7.5 % en consulta y un 16.9 % en terreno, el grupo dispensarial mas afectado es el IV, en todas las áreas de manera general.

Todo lo anteriormente demuestra que existe de forma general:

- Inadecuada Planificación de las acciones de salud del Consultorio Médico de Familia (consultas y terrenos) así como en el policlínico, como consecuencia de una inadecuada dispensarización, a partir de Historias de Salud Familiar desactualizadas.
- Incumplimiento de las frecuencias mínimas de controles en los cuatro grupos.
- No control ni análisis mensual en Reuniones de GBT.

Funcionamiento de los servicios de medios diagnósticos:

- ✓ **Servicio de Laboratorio Clínico:** Los 4 servicios se encuentran funcionando pero ninguno cumple el horario aprobado, por déficit de 17 técnicos en todo el Municipio. Se registró al cierre del mes una disminución de -3706 Investigaciones, pero llama la atención el área del Policlínico Cerro, que promedia alrededor de 15 investigaciones por paciente atendido en el servicio.
- ✓ **Servicio de Rayos X:** De los 4 servicios que tiene el Municipio certificados, los dos con turno de trabajo para 24 horas están realizando 12 horas de trabajo por déficit de recursos humanos (5), cumpliendo solamente el horario establecido las áreas Abel con 16 horas y Cerro con 8 horas.
- ✓ **Servicio de Ultrasonido:** De los 2 servicios definidos, el Policlínico Girón se encuentra funcionando 4 días a la semana por movimiento de recurso humano adiestrado hacia CMF necesario, tomándose como estrategia que los realice un Jefe de GBT.
- ✓ **Servicio de Endoscopia:** El servicio definido por reorganización, se encuentran afectado por salida del recurso humano adiestrado para CMF necesario, asumiéndolo un medico Diplomado de la reserva 3 días a la semana.
- ✓ **Servicio de Regulación Menstrual:** Durante el mes de Julio ha existido

inestabilidad en el servicio por parte del personal médico, se reportan 61 RM, comparando con igual periodo del año anterior se realizaron 14 regulaciones más.

Los sistemas de turnos se han venido organizando aunque necesitan perfeccionarse en horario escalonados, aún es insuficiente el aprovechamiento del servicio de mensajería y de llamada telefónica desde el consultorio, como posibilidad de gestión para facilitar los trámites de los pacientes, se debe mejorar el sistema de integración entre la atención primaria y la secundaria (no se corresponde lo que informan los hospitales con la realidad para el paciente acceder a determinadas especialidades), aún falta por consolidar el sistema de referencia y contra referencia para garantizar el seguimiento de los pacientes evaluados por ambos niveles de atención, por lo que tiene que se debe precisar más en la reunión de integración, a nivel de municipio.

Dra. Claudia Matos Ramos.

Dra. Nilda María Leiseca Quiroga.