

REPÚBLICA DE CUBA
UNIVERSIDAD DE CIEGO DE ÁVILA
MÁXIMO GÓMEZ BÁEZ
CENTRO DE ESTUDIOS EDUCACIONALES



**DINÁMICA DE LA FORMACIÓN SANITARISTA
INTERACTIVA DEL ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN
DE SALUD EN LA CARRERA DE MEDICINA**

**Tesis presentada en opción al grado científico de Doctor en
Ciencias Pedagógicas**

Autor: M. Sc. Reinaldo Pablo García Pérez

**Ciego de Ávila
2016**

REPÚBLICA DE CUBA
UNIVERSIDAD DE CIEGO DE ÁVILA
MÁXIMO GÓMEZ BÁEZ
CENTRO DE ESTUDIOS EDUCACIONALES



**DINÁMICA DE LA FORMACIÓN SANITARISTA
INTERACTIVA DEL ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN
DE SALUD EN LA CARRERA DE MEDICINA**

**Tesis presentada en opción al grado científico de Doctor en
Ciencias Pedagógicas**

Autor: M. Sc. Reinaldo Pablo García Pérez

**Tutores: Dr. C. Adelaida M. Ballbé Valdés
Dr. Cs. Homero C. Fuentes González**

**Consultantes: Dr. C. Hipólito Peralta Benítez
Dr. C. Natacha Rivera Michelena**

**Ciego de Ávila
2016**

*El hombre ha sido llamado por los filósofos microcosmo, compendio del Universo,
que encierra en sí cuanto por el mundo aparece esparcido...*

*Nada, pues, necesita tomar el hombre del exterior,
sino que es preciso tan solo desarrollar lo que encierra oculto en sí mismo
y señalar claramente la intervención de cada uno de sus elementos.*

Juan Amos Comenio (1592-1670)

AGRADECIMIENTOS

A mis tutores, Dr. Cs Homero C. Fuentes González por su sabia conducción en las sendas de la investigación educativa y Dra. C Adelaida M. Ballbé Valdés, por su aporte, comprensión y constante preocupación durante el proceso de investigación. Al Dr. C Hipólito Peralta Benítez, consultante, por su constante incentivación, crítica y sabiduría, quien ha sido un pilar indispensable para alcanzar el más grande de mis sueños profesionales. A la Dra. C Natacha Rivera Michelena, consultante continuadora de mi línea de investigación desde la maestría y fuente inspiradora en la Educación Médica.

A la Dra. C Martha Ávila Rodríguez por la revisión de la redacción del texto y a la Dr. C. Elena A. Dugareva por sus sugerencias en la organización de las referencias bibliográficas.

A los profesores del doctorado de la Universidad de Oriente y de la Universidad de Ciego de Ávila, por ofrecer y compartir sus amplios conocimientos y experiencias. A los profesionales que me dieron sus criterios en los talleres de socialización. A los expertos, especialistas, oponentes, compañeros de grupo y demás personas que contribuyeron con la investigación.

A toda mi familia, en especial a mi esposa Sahily y mi hijo Reinaldo Pablo, por su constante apremio, comprensión y apoyo, sin ellos me hubiese sido irrealizable este logro, que también es de ellos.

A la Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila, a los estudiantes, profesores y directivos de la Facultad, a mis compañeros de los Departamentos Medicina General Integral y Salud Pública, a los directivos docentes y profesores tutores del Policlínico Docente “Belkis Sotomayor”; a todos por su colaboración en todas las etapas de este proyecto y por el empeño en llevar a cabo esta investigación.

DEDICATORIA

A la memoria de mis padres, que me inspiraron a formarme y siempre sembraron en mí el espíritu de sacrificio y servicio a los demás. Para ellos, mis mejores pensamientos y mi gratitud eterna.

A mis hermanos, que me estimularon y contribuyeron en mi formación y al resto de la familia que apoyó mis proyectos, sobre todo a la memoria del tío Teodomiro por infundir en mí el anhelo de hacerme doctor en ciencias.

A mi esposa Sahily, por su amor, apoyo incondicional, comprensión en todo momento y por tratar de hacer siempre realidad mis sueños.

A mi hijo Reinaldo Pablo, por ser mi mayor orgullo y fuente de inspiración.

A todos los amigos y colegas que confiaron en mí.

Gracias.

SÍNTESIS

El Médico General debe poseer capacidades que le permitan interpretar y transformar la situación de salud comunitaria y a sus actores sociales. La caracterización de la dinámica en la Facultad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila, reveló como **problema de investigación** insuficiencias en el Análisis de la Situación de Salud (ASIS) al ejecutar la intervención comunitaria. Se declaró como **objetivo**, la elaboración de una metodología de intervención en la situación de salud comunitaria para el proceso de enseñanza-aprendizaje de la asignatura Salud Pública. Esta tesis **aporta**, en el orden teórico, un modelo de la dinámica de la formación sanitarista interactiva del ASIS en la intervención comunitaria y en el práctico, una metodología de intervención en la situación de salud comunitaria para el proceso de enseñanza-aprendizaje de la asignatura Salud Pública. La **novedad epistemológica** radica en revelar una lógica integradora investigativo-resolutiva de los problemas comunitarios de salud sobre una base intercultural etnomédica para desarrollar la capacidad sanitarista co-transformadora en el estudiante de Medicina. Se valoró de forma satisfactoria la pertinencia de los resultados a través del criterio de expertos y de talleres de socialización, y su valor práctico se corroboró mediante una aplicación parcial.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO 1. MARCO TEÓRICO-CONTEXTUAL DEL PROCESO DE ENSEÑANZA-APRENDIZAJE DE LA ASIGNATURA SALUD PÚBLICA Y LA DINÁMICA DEL CONTENIDO DEL ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD EN LA INTERVENCIÓN COMUNITARIA EN LA CARRERA DE MEDICINA	10
1.1. Fundamentación epistemológica del proceso de enseñanza-aprendizaje de la asignatura Salud Pública en la carrera de Medicina y la dinámica del contenido del Análisis de la Situación de Salud en la intervención comunitaria	10
1.2. Tendencias históricas del proceso de enseñanza-aprendizaje de la asignatura Salud Pública en la carrera de Medicina y de la dinámica del contenido del Análisis de la Situación de Salud en la intervención comunitaria	28
1.3. Caracterización del estado actual de la dinámica del contenido del Análisis de la Situación de Salud en la intervención comunitaria en la carrera de Medicina en la Facultad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila	39
Conclusiones del capítulo	47
CAPÍTULO 2. CONSTRUCCIÓN TEÓRICA Y PRÁCTICA DE LA DINÁMICA DE LA FORMACIÓN SANITARISTA INTERACTIVA DEL ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD EN LA INTERVENCIÓN COMUNITARIA EN LA CARRERA DE MEDICINA	49
2.1. Fundamentos teóricos del modelo de la dinámica de la formación sanitarista interactiva del Análisis de la Situación de Salud en la intervención comunitaria en la carrera de Medicina	49
2.2. Modelo de la dinámica de la formación sanitarista interactiva del Análisis de la Situación de Salud en la intervención comunitaria en la carrera de Medicina	51
2.3. Metodología de intervención en la situación de salud comunitaria para el proceso de enseñanza-aprendizaje de la asignatura Salud Pública	78
Conclusiones del capítulo	91
CAPÍTULO 3. VALORACIÓN DE LA PERTINENCIA CIENTÍFICO-METODOLÓGICA DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN Y SU CORROBORACIÓN PRÁCTICA	93
3.1. Valoración de los resultados de la investigación a través de criterio de expertos	93
3.2. Valoración de los resultados mediante talleres de socialización con especialistas	97

3.3. Resultados de la aplicación parcial de la metodología propuesta en la Facultad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila	102
3.3.1. Descripción de la aplicación parcial	102
3.3.2. Resultados alcanzados por los estudiantes	109
Conclusiones del capítulo	112
CONCLUSIONES	113
RECOMENDACIONES	115
BIBLIOGRAFÍA	
ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

Los compromisos para implementar la propuesta Salud Para Todos en el marco de la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS), se establecen en la Conferencia de Ottawa con un llamado a la acción social de fomento a la salud en y desde la población (Dhillon & Philip, 1995). Toledo et al. (2005) y Castell (2007, 2008) definen que al intervenir el proceso salud-enfermedad a nivel poblacional, la Medicina como ciencia debe abordar la dimensión biopsicosocial humana en el contexto histórico-social en el que interactúan la totalidad de factores que la determinan. La influencia que estos factores ejercen en la Producción Social de la Salud, al involucrar la respuesta de la sociedad, trasciende al proceso de enseñanza-aprendizaje de la asignatura Salud Pública y del Análisis de la Situación de Salud (ASIS) en la intervención comunitaria, como un rasgo que no solo se limita a la preparación científica del estudiante para modificar la situación de salud, sino que se extiende hasta su interacción con el actor social, como factor dinamizador para generar el aprendizaje que ambos requieren al asumir integrados la intervención. Sansó (2004b), Castell (2007), Alemañy (2011), Álvarez (2012, 2014b) y López, Segredo & García (2014), al considerar la estrategia de APS como eje central del sistema de salud y su articulación con la promoción de salud, definen la participación comunitaria y la intersectorialidad como dos de los principios que sustentan la medicina familiar cubana, que al integrarse en todos los órdenes al proceso de enseñanza-aprendizaje de la asignatura Salud Pública y de la dinámica del ASIS, sintetizan la integración currículo-escenario en el Consultorio Médico de Familia (CMF) donde se alcanza una aproximación real a la atención al proceso salud-enfermedad comunitario y a la práctica profesional que sobre el ASIS subyace. García, Ballbé & Iglesias (2014, 2015a), plantean que en este escenario el Médico de Familia,

en su condición de profesor tutor, desarrolla el proceso con estudiantes y actores sociales, y de esta manera todos se transforman en partícipes de la intervención comunitaria, en una interacción que se orienta hacia un proceso de cambio en la situación de salud y en su investidura como agentes comprometidos con su transformación.

La OPS (1999) y Sánchez, Ramos & Maset (2009) afirman que la Carta de Ottawa proclama la promoción de la salud como el proceso socio-político global que mediado por el sistema sanitario, engloba no solo acciones estatales para modificar las condiciones socioambientales y potenciar servicios, sino acciones orientadas a proporcionar capacidades a la comunidad para que ejerza un mayor control sobre la producción de su salud. El contenido del ASIS en la intervención comunitaria en el proceso de enseñanza-aprendizaje de la asignatura Salud Pública y su dinámica, al desarrollarse en el contexto local-comunitario, se concreta en delinear la perspectiva local participativa que establece la estrategia mundial de promoción de salud y se sintetiza en el ASIS como la metodología idónea, donde convergen la preparación científica del estudiante y la capacitación del actor social.

Bonal (2007) y Pasarín & Díez (2013), al referirse a la promoción de salud comunitaria definen que su enfoque transita más allá del énfasis inicial proclamado en fomentar un estilo de vida individual hasta una visión sanitarista comunitaria, que de forma progresiva ha desplazado su foco de la restitución individual de la salud a su producción colectiva en la comunidad. En el contenido del ASIS y su dinámica, como práctica social globalizadora que desde el punto de vista profesional se formaliza y desarrolla en el CMF, la promoción de salud se resignifica al trascender en las interacciones del estudiante con el actor social. Con relación a ello, Granda (2004) y Jarillo & López (2007) distinguen como referencia central entre la formación del Médico General y su práctica profesional, el concepto de salubrista del futuro como intérprete-mediador del actor social para desarrollar sus capacidades y compromisos con procesos de construcción en pro del desarrollo de la salud como producto social.

Linares et al. (1996); Martín & Cano (1999); Rojas (2003); Alonso, Pérez, Rivero, Romero & Riera (2004); Ramos (2011); Ortega & Torres (2012) y Borroto (2014a) al considerar que la génesis de los fenómenos sociales de cualquier comunidad se encuentra en su modo de producción, significan lo local-comunitario como espacio generador del desarrollo humano cuando se intencionan relaciones de horizontalidad y socialización de poder, al integrarse profesionales y actores sociales y, desde ahí, generar compromiso e implicación como sujetos partícipes.

Al trascender al sistema universitario Núñez, Fernández & Hernández (2012), resignifican lo local-comunitario como un giro territorial a lo local para acompañar la reforma del modelo económico, en cuyo enfoque el contexto es clave para la construcción y orientación social del conocimiento. En el proceso investigado, estos preceptos se concretan en la construcción de la situación de salud y en el proceso transformador a desarrollar por los profesores tutores, los estudiantes de Medicina y los actores sociales desde la educación en el trabajo. Expresión del nexo interactivo entre la educación médica y el desarrollo local, generador de un modelo contexto-céntrico en el cual el estudiante y los actores se convierten en el epicentro de un proceso participativo social en salud.

Estos preceptos adquieren una significación que distinguen Borroto, Lemus & Aneiros (1998); Salas (2000); Bernardo, García & Pomares (2004), en cuanto a la calidad del Médico General a formar y que concreta Boelen (2001) cuando proyecta el médico del futuro, al definir que además de formar un área específica de expertise, el estudiante requiere saber encontrar su posición en el campo sanitario y ser capaz de coordinar su trabajo con los actores para promover y sostener el proceso de respuesta comunitaria, al mostrar un equilibrio entre sus expertezas de contenido y de comunicación. Al respecto, Querts, Orozco, Montoya, Beltrán & Caballero (2013) enfatizan en el aprendizaje de contenidos procedentes de la cultura antropobiomédica, enriquecidos con la práctica médica comunitaria que tenga en cuenta la red de significados, sentidos y valores relacionados con el hombre, así como emociones y

otras cualidades, que trascienden como potencialidades humanas que sustentan el desarrollo de capacidades científicas y humanistas en el estudiante de Medicina.

Sin embargo, el Médico General en formación presenta deficiencias en la formación de estas capacidades en la educación en el trabajo que desarrolla como parte de la vinculación teórico-práctica de la asignatura Salud Pública. Para corroborar esta situación se realizó un diagnóstico en la Facultad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila, donde se mostraron las siguientes manifestaciones externas:

- Los informes del ASIS presentan insuficiencias que muestran errores en su realización.
- Énfasis en la construcción de indicadores de salud cuantitativos en detrimento de los cualitativos.
- Falta de integración social en las propuestas de acciones para la solución de los problemas de salud.
- Deficiente convocatoria a los actores sociales para la solución de los problemas de salud.

Desde el análisis de los datos teóricos del diagnóstico realizado se expresa como **problema de investigación**: insuficiencias en el Análisis de la Situación de Salud al ejecutar la intervención comunitaria.

En el diagnóstico fáctico inicial se precisan como posibles **causas** de esta problemática: insuficiencias epistemológicas en la concepción didáctica de la sistematización del contenido del ASIS en la intervención comunitaria, insuficiencias en la lógica integradora interdisciplinar del contenido del ASIS desde la educación en el trabajo e insuficiencias metodológicas en el desarrollo de la participación interpretativa y mediadora del estudiante en la implicación del actor social.

Lo anterior conlleva a asumir como **objeto de investigación**: el proceso de enseñanza-aprendizaje de la asignatura Salud Pública en la carrera de Medicina. El objeto ha sido abordado por autores como Ilizástigui (1985a, 1985b, 1991, 1993, 1998); Ramos & Aldereguía (1987); Ilizástigui & Douglas (1993); Rojas (1993, 2003, 2011); Martínez (1994, 1997, 2006, 2012, 2013a, 2013b); Martín & Cano (1999); Valdés, Pérez, Arencibia & Martín (2003); Rodríguez (2004, 2009); González (2006); Martínez (2009);

Blanco, Díaz & Cárdenas (2011); Martín & Jodar (2011); Vela, Fernández & Álvarez (2012); Vela & Fernández (2012) y Pérez (2014), quienes centran sus aportes en la integración interdisciplinar y la orientación del sistema hacia la APS, en función de egresar un Médico General capaz de intervenir el proceso salud-enfermedad a nivel comunitario, al aplicar los niveles de prevención, ejercer la vigilancia, el control y atención de las enfermedades y otros daños a la salud, donde el contenido del ASIS en la gestión de la Producción Social de la Salud en el primer nivel de atención a la salud, cumple la función de eje integrador.

Sansó, Márquez & Alonso (2011); Martínez & Pría (2014) y Zacca, E., Zacca, G., & Rodríguez (2014), reconocen la valía del ASIS en la formación médica y su significación en la intervención comunitaria, así como su instrumentación en la educación en el trabajo. Resik (1994) y Toledo et al. (1999) centran sus propuestas en el enfoque estratégico. Martínez (1997), aporta la opción pedagógica que introduce una secuencia que se articula en las estancias sociomédicas en quinto año. Sin embargo, aunque el vínculo de interacción se define por la identificación y solución de problemas de salud, los actores sociales participan cuando brindan información y aprueban el plan de ejecución.

Ramos en 2002, introduce el enfoque conceptual y procedimental basado en un proceso de ocho pasos, establecido en una secuencia metodológica con diferenciación del plan de acción y de ejecución, y una orientación planificadora prospectiva (Ramos, 2006). Reyes (2005) enriquece este enfoque con una metodología al definir las técnicas cualitativas según cada paso y la aplicación de la comparación y complementación como métodos para identificar problemas. Aunque estos aportes resultan pertinentes, son insuficientes para perfeccionar el proceso de enseñanza-aprendizaje de la asignatura Salud Pública desde el contenido del ASIS en la intervención comunitaria, por lo que se considera necesario actualizar su soporte teórico-metodológico desde un enfoque participativo, interdisciplinar e intercultural, en relación con la proyección interpretativa, co-transformadora y mediadora del Médico General.

En el análisis de la literatura científica se evidenció que existen insuficientes referentes teóricos y metodológicos interdisciplinarios e interculturales en la dinámica de la sistematización del contenido del ASIS en la intervención comunitaria en el proceso de enseñanza-aprendizaje de la asignatura Salud Pública.

En consecuencia, el **objetivo** de la investigación es la elaboración de una metodología de intervención en la situación de salud comunitaria para el proceso de enseñanza-aprendizaje de la asignatura Salud Pública, sustentada en un modelo de la dinámica de la formación sanitarista interactiva. El **campo de acción** se concreta en la dinámica del contenido del Análisis de la Situación de Salud en la intervención comunitaria.

La **hipótesis** de esta investigación es: la elaboración de una metodología de intervención en la situación de salud comunitaria para el proceso de enseñanza-aprendizaje de la asignatura Salud Pública, sustentada en un modelo de la dinámica de la formación sanitarista interactiva del ASIS, que considere la relación dialéctica entre la lógica investigativa y la lógica resolutoria sobre una base intercultural etnomédica, contribuye a perfeccionar la actuación de los estudiantes en la educación en el trabajo.

Para el desarrollo de esta investigación se proyectaron las siguientes **tareas**:

1. Fundamentar epistemológicamente el proceso de enseñanza-aprendizaje de la asignatura Salud Pública en la carrera de Medicina y la dinámica del contenido del ASIS en la intervención comunitaria.
2. Determinar las tendencias históricas del proceso de enseñanza-aprendizaje de la asignatura Salud Pública en la carrera de Medicina y la dinámica del contenido del ASIS en la intervención comunitaria.
3. Caracterizar el estado actual de la dinámica del contenido del ASIS en la intervención comunitaria en la carrera de Medicina, en la Facultad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila.

4. Elaborar el modelo de la dinámica de la formación sanitarista interactiva del ASIS en la intervención comunitaria en la carrera de Medicina.
5. Elaborar una metodología de intervención en la situación de salud comunitaria para el proceso de enseñanza-aprendizaje de la asignatura Salud Pública en la carrera de Medicina, sustentado en el modelo de la dinámica de la formación sanitarista interactiva del ASIS en la intervención comunitaria.
6. Valorar la pertinencia científico-metodológica del modelo de la dinámica de la formación sanitarista interactiva del ASIS en la intervención comunitaria y la metodología de intervención en la situación de salud comunitaria para el proceso de enseñanza-aprendizaje de la asignatura Salud Pública, a través del criterio de expertos y de talleres de socialización.
7. Corroborar el valor práctico de la metodología mediante su introducción parcial en un preexperimento con pos test en la Facultad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila.

Los métodos empleados fueron los siguientes. **Histórico-lógico**: para la caracterización de las etapas del desarrollo histórico del proceso de enseñanza-aprendizaje de la asignatura Salud Pública y de la dinámica del contenido del ASIS en la intervención comunitaria, definiendo, además las tendencias que se ponen de manifiesto. **Analítico-sintético**: para establecer la lógica en el proceso de investigación científica. **Holístico-dialéctico**: para la modelación de la dinámica de la formación sanitarista interactiva del ASIS en la intervención comunitaria. **Sistémico estructural-funcional**: para diseñar la metodología de intervención en la situación de salud comunitaria para el proceso de enseñanza-aprendizaje de la asignatura Salud Pública. **Hermenéutico-dialéctico**: para la comprensión e interpretación de los enfoques sobre el proceso de enseñanza-aprendizaje de la asignatura Salud Pública y de la dinámica de la formación sanitarista interactiva del ASIS en la intervención comunitaria, para revelar significados y sentidos esenciales de su sistema de categorías, relaciones, regularidades y facilitar la interpretación de los resultados obtenidos.

Se utilizan, además, el análisis documental, la observación, encuestas a profesionales y estudiantes para la caracterización de la dinámica del contenido del ASIS en la intervención comunitaria en el proceso de enseñanza-aprendizaje de la asignatura Salud Pública, los talleres de socialización, el criterio de expertos para valorar el modelo y la metodología y pruebas no paramétricas para evaluar los resultados.

La prueba no paramétrica de Mann-Whitney contribuyó a confrontar los resultados del examen práctico entre los cursos 2013-2014 y 2014-2015. La prueba de Kruskal-Wallis permitió comparar la transformación en el resultado de la calificación de la pregunta del contenido del ASIS en el examen final teórico en el curso 2014-2015, respecto a los dos cursos previos, y las respuestas obtenidas en la escala de actitudes luego de aplicada la metodología propuesta, ayudó a confirmar dicha transformación.

La investigación tiene un alcance longitudinal tendencial con cinco niveles de consecución en tres cursos académicos (**Anexo 1**). Para su desarrollo se seleccionó de forma intencionada el Policlínico Docente “Belkis Sotomayor” y el universo de grupos docentes que allí desarrollan la asignatura Salud Pública, dado que es en este escenario donde se desempeña como profesor el investigador. Inicialmente, se realizó un estudio no experimental para caracterizar el estado actual del proceso de enseñanza-aprendizaje de la asignatura Salud Pública y de la dinámica del contenido del ASIS en la intervención comunitaria, que tuvo en cuenta la matrícula de los tres grupos en los cursos 2012-2013 y 2013-2014, con 59 y 64 estudiantes, respectivamente. Posteriormente, se ejecutó un preexperimento con pos test, en el curso 2014-2015, cuando se aplicó la metodología propuesta a tres grupos (65 estudiantes).

El **aporte teórico** se concreta en el modelo de la dinámica de la formación sanitarista interactiva del ASIS en la intervención comunitaria y el **aporte práctico** en la metodología de intervención en la situación de salud comunitaria para el proceso de enseñanza-aprendizaje de la asignatura Salud Pública.

La **significación práctica** radica en el impacto social de la transformación lograda en el estudiante de Medicina al potenciar su capacidad sanitarista co-transformadora en la intervención comunitaria con la

integración e implicación de los actores sociales, que toma en cuenta las exigencias de una práctica médica fundamentada en la Producción Social de la Salud; contribuyéndose en su preparación científica para enfrentar su actuación profesional en el primer nivel de atención a la salud, donde requiere de la aplicación del ASIS como investigación fundamental.

La **novedad epistemológica** radica en revelar las nuevas relaciones dialécticas de la dinámica de la formación sanitarista interactiva que emergen a partir de una lógica sistematizadora investigativo-resolutiva de los problemas comunitarios de salud sobre una base intercultural etnomédica, estructurada desde una didáctica especial de la educación en el trabajo que expresa la capacidad sanitarista co-transformadora como cualidad totalizadora desarrollada en el estudiante de Medicina desde lo pedagógico, sustentada en una práctica intercultural interactiva en salud.

CAPÍTULO 1.

MARCO TEÓRICO-CONTEXTUAL DEL PROCESO DE

ENSEÑANZA-APRENDIZAJE DE LA ASIGNATURA SALUD

PÚBLICA Y LA DINÁMICA DEL CONTENIDO DEL ANÁLISIS DE LA

SITUACIÓN DE SALUD EN LA INTERVENCIÓN COMUNITARIA EN

LA CARRERA DE MEDICINA

CAPITULO 1. MARCO TEÓRICO-CONTEXTUAL DEL PROCESO DE ENSEÑANZA-APRENDIZAJE DE LA ASIGNATURA SALUD PÚBLICA Y LA DINÁMICA DEL CONTENIDO DEL ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD EN LA INTERVENCIÓN COMUNITARIA EN LA CARRERA DE MEDICINA

A partir de la delimitación del objeto y el campo, en este capítulo se realiza la fundamentación del proceso de enseñanza-aprendizaje de la asignatura Salud Pública y de la dinámica del contenido del ASIS en la intervención comunitaria, desde el punto de vista epistemológico y metodológico para clarificar las principales posturas y referentes teóricos asumidos en torno al mismo. Se precisan las tendencias históricas que demarcan su grado de desarrollo en etapas y se caracteriza el estado de la problemática en la Facultad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila.

1.1.- Fundamentación epistemológica del proceso de enseñanza-aprendizaje de la asignatura Salud Pública y la dinámica del contenido del ASIS en la intervención comunitaria

Se asumen las concepciones desarrolladas por Fuentes, H. C., Montoya & Fuentes, L (2011), con relación a la Pedagogía de la Educación Superior, donde reconocen el carácter formativo del ser humano en el contexto socio cultural e histórico que como principio, condiciona la formación profesional y humana del sujeto como un proceso social humano que necesariamente debe desarrollarse bajo los derroteros de un ámbito donde se creen las condiciones materiales y espirituales.

La OPS (1999) define la **Producción Social de la Salud** como la activación de los procesos y acciones sociales que conducen al desarrollo de la salud colectiva, sobre la base del esfuerzo positivo de toda la sociedad. Castell (2007, 2008, 2013), García (2011), Castell & López (2014) plantean que presenta niveles de complejidad con características diferentes a otros procesos productivos, que al no estar

basada en la casualidad ni la espontaneidad requiere seguir caminos y enfoques contextuales diferentes para completar su valor como respuesta social organizada. Por ello, depende de las formas organizativas de participación que adopte la sociedad, donde todos son sujetos de un proceso generador de interacciones sociales entre implicados y de éstos con su entorno socio-cultural.

Ilizástigui & Douglas (1993), Ramos & Aldereguía (1987), Rojas (1993, 2003, 2011), Martínez (1994, 1997, 2006, 2013a, 2013b), Toledo et al. (1999) y Vela & Fernández (2012), al singularizar en la educación médica, la investigación y la atención del proceso salud-enfermedad comunitario, han sintetizado en los sucesivos diseños del programa de la asignatura Salud Pública, la tendencia integradora intradisciplinar e interdisciplinar con la MGI y la orientación con la que hacia el primer nivel de atención a la salud ha avanzado la concepción del currículo de Medicina, donde convergen en el ASIS el carácter profiláctico y participativo que caracteriza el sistema de salud cubano, y se sintetiza la proyección interpretativa, co-transformadora y mediadora del Médico General.

En la conferencia internacional "Salud para el Desarrollo" se reafirmó que la formación del Médico General debe orientarse hacia el desarrollo de capacidades para abordar la heterogeneidad socio-cultural vinculada a la participación de los actores sociales en la producción de la salud (González, 2007). Con anterioridad, Ilizástigui (1991) y Salas (1999a) proponen un posicionamiento universitario que vincule su accionar interno con el externo desde un paradigma expansivo, donde el educando pueda comprender al hombre en su integralidad, abarcar más lo colectivo que lo individual y transformar la salud más que explicarla, en una integración de la universidad con la vida que potencie el desarrollo de su capacidad transformadora de forma interdisciplinaria. Sin embargo, no consideran el aporte intercultural etnomédico que subyace en los saberes que acumula el actor social que participa.

Toledo et al. (2000) definen que el ASIS es la investigación principal del sistema sanitario cubano, al estudiar la salud, sus determinantes y las vías para mejorarla, en el propio escenario donde surge y se

desarrolla; por ello se convierte en el eje conductor que permite al Médico General interpretar los intereses populares y mediar con los actores sociales para transformar la situación de salud.

La respuesta universitaria para formar un Médico General que conduzca a la Producción Social de la Salud, la tendencia curricular y las estrategias vinculantes universidad-servicio, hacen coincidir en el ASIS una confluencia de prácticas médico-sociales transformadoras, que imbricadas entre las perspectivas profesionales, formativas y participativas, desarrollan médicos-profesores, estudiantes y actores sociales en el espacio local-comunitario, como punto de encuentro intercultural humano.

El ASIS emerge en un instrumento científico de la Epidemiología, fuente que sustenta la Salud Pública como ciencia, de donde trasciende en la primera de sus funciones esenciales y deriva a la MGI en su investigación principal, al singularizar el plan de ejecución en una de las actividades que la distinguen en el campo disciplinar profesional del primer nivel de atención. Desde el surgimiento del ASIS en 1976, aunque sus propósitos se conservan, su conceptualización se renueva con los aportes de Bergonzoli & Victoria (1994), Resik (1994, 2008), Martínez (1997, 2006, 2012, 2013b), Toledo et al. (1999, 2005), Rodríguez (2004), Reyes (2005), Ramos (2006), Martínez (2009), Martín & Jodar (2011), Castell (2013), Castell & López (2014), Zacca et al. (2014), quienes distinguen su esencia científica instrumental en la intervención de la situación de salud para generar la Producción Social de la Salud.

Se asume para el proceso de enseñanza-aprendizaje de la asignatura Salud Pública y la dinámica del contenido del ASIS en la intervención comunitaria, los preceptos que Bergonzoli & Victoria (1994) orientan desde la concepción de la salud como un producto para el desarrollo de la sociedad en su conjunto, como un libre intercambio entre el estudiante y el actor social para elevar la científicidad de las acciones que se sustentan en las técnicas participativas interdisciplinarias; y se asume además la definición del ASIS que postula Martínez (2006), quien lo concibe como el proceso mediante el cual los actores sociales, de manera mancomunada y liderada por el sector salud, identifican, desde su

percepción, los problemas que afectan su situación de salud y emprenden acciones responsables para su transformación.

Ramos (2006), cuando publica su metodología, concebida en 2002, considera al ASIS como un proceso científico en un espacio-población local e introduce el enfoque conceptual y metodológico en ocho pasos: recogida de la información, identificación de problemas de salud, priorización de problemas, análisis y determinación de los factores causales y riesgos de cada problema, establecer de metas a largo plazo, plan de acción, plan de ejecución y evaluación. Posteriormente, Reyes (2005) instrumenta una metodología en la asignatura Salud Pública, que es la modalidad vigente hasta la actualidad. No obstante, se considera que para seguir fortaleciendo la enseñanza-aprendizaje de la asignatura Salud Pública desde la dinámica del contenido del ASIS en la intervención comunitaria, es necesario intencionar su ejecución con un nivel superior de integración vinculante estudiante-actor social que llegue a adquirir un mayor alcance intercultural, no solo para proyectar la intervención comunitaria, sino que trascienda a su transformación como sujetos implicados en la Producción Social de la Salud.

A partir del “círculo hermenéutico” que desarrolló Dilthey y los conceptos que al respecto aportan Fuentes, Matos & Cruz (2004) y Fuentes (2008), se reconoce la necesidad de integrar en el proceso de construcción del conocimiento científico, el proceso didáctico que se intenciona a partir del ASIS como el todo con las partes representadas en sus ocho pasos, en una dinámica que transcurre de forma cíclica, holística y dialéctica, donde los pasos se imbrican de forma tal que el desarrollo que se alcance en su ejecución como paso, es expresión de las cualidades de la totalidad y es condicionante del siguiente y así de forma sucesiva se desarrolla este condicionamiento hasta la evaluación como último paso, que a partir del segundo proceso se entrelaza y solapa con la obtención de la información, primer paso del ciclo dialéctico co-transformador en espiral ascendente del ASIS en la intervención comunitaria.

Estos posicionamientos permiten revelar que el proceso de enseñanza-aprendizaje de la asignatura

Salud Pública desde la dinámica del contenido del ASIS en la intervención comunitaria, adquiere un **carácter cíclico participativo e interactivo**, en pasos interdependientes que eleva el nivel de complejidad didáctica de la educación en el trabajo, al depender del nivel de interacción estudiante-actor social y de la implicación que éstos alcancen como sujetos al desarrollar el ciclo dialéctico co-transformador.

Borroto et al. (1998), Salas (2000), Rodríguez (2004), Toledo et al. (2005), Castellanos (2009), Más (2008) y Fernández (2012a, 2012b), al definir el proceso salud-enfermedad a nivel comunitario y su atención, consideran que su asunción desde las concepciones de la estrategia de promoción de salud implica que la dinámica se oriente integrada en el contexto comunitario, que corresponde en propiedad a varias disciplinas que confluyen en la asignatura Salud Pública y como práctica a los estudiantes y actores sociales, y por tanto, el ASIS trasciende como un proceso de integración interdisciplinar e intersectorial, en el cual la universidad médica sintetiza en la Producción Social de la Salud su vínculo social.

Estos rasgos tipifican el proceso de enseñanza-aprendizaje de la asignatura Salud Pública y el contenido del ASIS en la intervención comunitaria, por cuanto revelan la intencionalidad formativa de concebir su dinámica en el propio proceso de Producción Social de la Salud, al cual se vincula el estudiante mediante la educación en el trabajo cuando desarrolla la asignatura junto con el profesor tutor en un CMF y desde ese contexto sociocultural, conducir a los actores en la intervención comunitaria.

Ilizástigui (1991, 1993), Fernández (1999, 2013) y Salas (1999b) definen la educación en el trabajo como el principio rector de la educación médica que trasciende con la integración docente, asistencial e investigativa, como ejes formativos en la carrera de Medicina. En la dinámica del ASIS en la intervención comunitaria, estos ejes contribuyen a la transformación del estudiante al ejercer la interacción con el actor social y con ello, co-potenciar el ASIS en la intervención comunitaria, donde la actividad cognoscitiva y valorativa que ambos como sujetos realizan, como destaca Ilizástigui (1993), se alcanza

en la práctica social transformadora.

La integración desde una visión centrada en la educación médica, Ferreira (1986); Ilizástigui (1985a, 1991, 1998); Rojas (1993); Martínez (1994); Borroto et al. (1998); Fernández (1999, 2012a, 2013); Salas (1999a, 1999b, 2000); Arteaga & Chávez (2000); Fernández, J. A (2011); Blanco, Díaz & Hernández (2014); Castro, Espinosa, Pujals, Durán & Díaz (2012); Lemus (2012); Libreros (2012); López & Segredo (2013) y Salas, R. S., & Salas, A (2014), la definen desde un sistema circunscrito en la integración docente, asistencial e investigativa como un proceso de articulación universidad-servicio, en función de mejorar la atención y la producción de conocimientos a partir de un perfil epidemiológico poblacional.

Rivalta (1987), la redefine como una integración docente, asistencial, investigativa y comunitaria, cuando envuelve a la comunidad dentro del marco intrainstitucional, y sus interacciones se tornan propicias para que el estudiante y el actor social se apropien de conocimientos en beneficio del colectivo poblacional donde, según Salas (2000), la integración requiere del diálogo y la negociación entre los factores comprometidos y debe ser la universidad médica la institución catalizadora y promotora del proceso.

Sin embargo, Vicedo (2009) delimita la integración desde un sistema interinstitucional que sigue dos trayectorias: una hacia la integración de conocimientos sin especificar alcance y complejidad (Pernas, Arencibia & Ortiz, 2001), (Cañizares, Sarasa & Labrada, 2006) y otra hacia la unión organizada de contenidos dispersos en disciplinas que se interrelacionan y pierden su individualidad para formar una unidad de síntesis interdisciplinaria con una mayor generalización (Rosell, 1998), (Rosell & Más, 2003).

Con relación a la segunda propuesta este autor al destacar su carácter dual, en un aspecto objetivo que se manifiesta en el currículo y otro subjetivo que se da en la mente del estudiante como proceso psicológico para solucionar problemas, resalta el aporte de Castillo & Nolla (2004) cuando al discernir en su significado epistemológico, amplían el aspecto aplicativo dado que ésta unión no se produce al margen de la actividad práctica que desarrolla el estudiante con el actor social, sino que constituye un

requisito para la solución de los problemas. En el ASIS y la dinámica que se construye, la interdisciplinariedad aflora como una proyección integradora en el contexto real de aplicación, donde la problematización en salud pone énfasis en la sistematización de los problemas que caracterizan la situación de salud, desde las perspectivas disciplinares y culturales de los implicados.

Ramos & Aldereguía (1987); Ferreira et al. (1988); Reyes (2005); Ramos (2006); Gofin, J., & Gofin, R (2007); Querts et al. (2013); Martínez (2013a, 2013b) y Díaz, Aguilar & Linares (2015), definen el carácter social, multilateral, multicausal y complejo de la intervención comunitaria, que en el proceso de enseñanza-aprendizaje de la asignatura Salud Pública y la dinámica del contenido del ASIS, emerge desde la interacción estudiante-actor social mediada por el profesor tutor, en la construcción de indicadores de salud como expresión de constatación empírica que evalúa la situación de salud comunitaria, objeto de estudio y su ordenación sistematizada en componentes que expresan sus eventos vitales, condicionados a su vez, por factores sociales, biológicos, ambientales y organizacionales en salud que los determinan.

Relacionado con ello, se asumen los preceptos de la trama causal que aporta Resik (2008), a partir de la interpretación del modelo de Lalonde, que en el ASIS y su dinámica, se intenciona en el análisis causal de los problemas en dos dimensiones: investigativo explicativa e interventivo resolutoria, en cuya interacción estudiante-actor social se incrementa el nivel de profundidad analítico causal del problema y con ello, se generan acciones explicativas positivas al planificar la transformación, pues mientras más cerca se actúe investigando la génesis causal más radical será su resolución. Al respecto Byrne & Rozental (1994), aseveran que la interdisciplinariedad es el eje articulador formativo que permite una explicación profunda de los problemas desde perspectivas diversas, a la vez que abre el espacio de producción del conocimiento intersujetos.

En este sentido, Alonso et al. (2004) plantean que lo interdisciplinario emerge implícito en la estructura y

funcionalidad multilateral comunitaria, y se traduce en una potencialidad integradora que se genera de los datos que sobre ella construyen los sujetos implicados. En la dinámica del ASIS al contextualizarse e integrarse en la comunidad, adquiere sentido en la búsqueda y obtención de la información que desarrolla el estudiante con el actor social y que concretan en la construcción de indicadores de salud. Ello permite la consecutividad en la identificación y priorización de problemas hasta la construcción de objetivos y planes conducentes a la situación de salud deseada, en la medida que reproducen la situación de salud inicial. La acción transformadora que se genera confiere un nuevo significado a lo interdisciplinar e intercultural, al reconocer que sus participaciones, trascienden en una reflexión totalizadora que se genera en las interacciones que efectúan como sujetos integrados.

En la renovación de la APS (OPS, 2008) y (Lozano, 2013), al describir la ruta para la investigación en la cobertura universal de salud, exhortan a las universidades médicas a que fomenten un verdadero intercambio con los actores sociales, que involucren al estudiante como un actor clave que aprende en la interacción y en la reflexión de sus acciones, y para ello recomienda metodologías centradas en el estudiante, que basadas en el aprendizaje experiencial promuevan la formación de un Médico General capaz de interactuar en equipo, de reflexionar sobre su práctica y de hacer una apreciación crítica de la realidad para intervenirla.

Relacionado con ello, Carr & Kemmis (1988); Elliott (1993); Braga (1996); Hills, Mullet & Carroll (2007); McKernan (2008); Fernández, A (2011); Unzueta (2011) y Acuña, Guevara & Flores (2014), proponen metodologías indagatorias autorreflexivas orientadas al cambio que permitan a los implicados apropiarse de la investigación y reflejarse críticamente en ella. Al adoptarse desde la dinámica del ASIS implica que el profesor tutor, el estudiante y el actor social se involucren en un proceso tipo aprender haciendo y así implicados sistematizan su reflexión en las propias actividades investigativas y resolutivas, no como el fin sino como un medio donde todos colaboran en el entendimiento de lo que hacen para transformar la

situación de salud como realidad social.

Vargas & Casilla (2007) recomiendan intervenciones comunitarias donde se produzca interacción entre el Médico General y la población. Adams (2012) las sugiere cuando la investigación subyace en entornos interculturales comunitarios. Sin embargo, en las aportaciones de Modolo (1987), Carr & Kemmis (1988), Kemmis & McTaggart (1988), Schipani (1994), Braga (1996), D'Angelo (2004), Sánchez et al. (2009) y Erazo (2011) sobre los enfoques reflexivos, se identifican coincidencias con la educación liberadora y comunitaria de Freire (1996, 2005). Idea generada desde la ciencia social crítica como forma de pensar la educación con un carácter dialéctico en cuanto a: la posición del investigador como sujeto y objeto de procesos más generales, el profesor como investigador, las relaciones entre teoría y práctica educativa, y entre educación y sociedad, donde el sujeto se posesiona de la comunidad para aprender la realidad y transformarla.

Fuentes, H. C., Montoya & Fuentes, L (2010) y Fuentes et al. (2011) al reconocer la complejidad del proceso formativo universitario dado su carácter social, cultural y esencialmente humano, replantean su tratamiento pedagógico y didáctico desde la Concepción Científica Holístico Configuracional. Al reconocer el autodesarrollo y la consideración de lo humano, significan la construcción de una teoría pedagógica cultural y humana como esencia de la **formación de la capacidad transformadora profesionalizante** desde una posición socio-antropológica. Se asume el tratamiento pedagógico y didáctico que sustentan estos preceptos y el desarrollo de capacidades investigativas y transformadoras desde la autogestión comunitaria planteadas por el PNUD (2011), Proyecto ECU/91/011 (2011), Hernández et al. (2012) y Martínez (2014), al el ASIS formar parte del proceso investigativo-resolutivo que desarrolle el profesor tutor al mediar las interacciones entre los estudiantes y actores sociales para desarrollar sus capacidades transformadoras.

Mitjás (1995) define la creatividad como proceso de descubrimiento y creación de algo nuevo que

cumple las exigencias de una determinada situación social, expresión de la esencia sociotransformadora del hombre y como resultado se forma un nivel más alto del conocimiento y/o un nuevo modo de acción. La Producción Social de la Salud como condición necesaria para alcanzar niveles superiores de desarrollo de la capacidad transformadora y como aspiración política universal, trasciende como un eje direccional en el debate de autores como Bergonzoli & Victoria (1994), Resik (1994, 2008), Dhillon & Philip (1995), Granda (2004), Kornblit (2004), Rodríguez (2004), Castell (2007, 2013), Jarillo & López (2007), Castellanos (2009), Más (2008), Sánchez et al. (2009), García (2011), Martín & Jodar (2011), Hersch (2013), Pasarín & Diez (2013), Castell & López (2014), Zacca et al. (2014), y de las agencias internacionales en salud (OPS/OMS, 2011) que se renueva como premisa infalible para alcanzar los objetivos del milenio (OPS, 2008), desde 1986 cuando las estrategias de APS y de promoción de salud se articulan, y emerge una concepción participativa e intercultural que delinea la práctica social de la salud pública contemporánea.

Relacionado con ello, en la educación médica se destacan: Infante & Álvarez (1987); Ramos & Aldereguía (1987); Ilizástigui (1991, 1993); Martínez (1997, 2006, 2013b); Borroto et al. (1998); Toledo et al. (1999, 2005); Salas (1999a); Rojas (2003, 2011); Rodríguez (2004); Ramos (2006); Bello, Báez, Sánchez, Fernández & Delgado (2011); Fernández (2012a, 2012b), quienes en la búsqueda de un cambio articulado: educación, práctica médica y servicios de salud, proponen metodologías para formar el Médico General que se proclama en la Declaración de Edimburgo (Gual, Millan & Oriol, 2013).

En esta matriz de pensamiento se distingue la **orientación médica educativa** como influencia intercultural que repercute en el Médico General para incidir en la educación en salud del actor social en particular y la sociedad en general y con ello, elevar sus capacidades transformadoras ante el llamado a la acción como respuesta social organizada. Jarillo & López (2007) destacan esta orientación con un carácter de demanda social para formar un Médico General intérprete decodificador y mediador

estratégico de los actores sociales. Al respecto, Bonal (2007) la resalta desde una visión sanitarista para instrumentar la formación de un Médico General capaz de preparar y hacer partícipe a la persona y a la comunidad en cuanto a la autogestión de la salud.

Sobre estas bases conceptuales, se considera que intencionar el proceso de enseñanza-aprendizaje de la asignatura Salud Pública y la dinámica del contenido del ASIS en la intervención comunitaria, la orientación médica educativa vista en su doble condición, significa asumirla como proceso de enseñanza-aprendizaje para el estudiante y como proceso de educación en salud para el actor social. En donde el estudiante al brindar la educación en salud, en su condición de mediador, acentúe la función docente educativa-promocional explícita en el modelo profesional y supere la interacción que caracteriza la integración docente, asistencial, investigativa y comunitaria.

Fuentes et al. (2010, 2011), conciben la actividad humana desde una visión de lo holístico y complejo de la condición humana, comprendida como la actividad transformadora, cognitiva, valorativa y comunicativa desarrollada por los sujetos, en un contexto histórico, social y cultural determinado. Relacionado con ello, se reconoce que el carácter consciente e intencionado del proceso de enseñanza-aprendizaje de la asignatura Salud Pública y la dinámica del contenido del ASIS en la intervención comunitaria, supone que el desarrollo potencial de la situación de salud y la propia comunidad, se tornan en condicionantes contextuales e interculturales generadores de la interacción entre el estudiante y el actor social implicado en el proceso de actividad humana, donde es esencial el compromiso que como sujeto asuma el estudiante y desde la interacción, transmita al actor al transformar la situación de salud.

Castellanos (2009) considera que al ser la situación de salud parte de la cotidianidad, la vida cotidiana es, a su vez, un instante del proyecto de vida de la comunidad y de las personas que la conforman. Al respecto, González (2008) define que la autorrealización personal es condicionada por el contenido y determinada por la elaboración personal de metas como creación adaptativa o reactiva en los implicados,

evocada por el medio social.

En tal sentido la dinámica del ASIS por su carácter de mediador para transformar la situación de salud al influir sobre las causas que la interfieren, favorece las posibilidades de realización personal del estudiante y del actor implicado, y la realización colectiva que en conjunto construyen, a través de aproximaciones sucesivas en dirección al ideal de salud posible a disfrutar de acuerdo a los determinantes que la condicionan. Ello contribuye a la preparación del estudiante y del actor como sujetos que transforman y se transforman. Según postulan Braga (1996) y Ferro (2013), es a partir del propio proceso al investigar y solucionar los factores causales, donde se fortalece la responsabilidad y el compromiso ciudadano y se favorece (D'Angelo, 2014) la construcción de una ciudadanía más participativa, protagónica y decisoria que avance hacia nuevas relaciones de poder más simétricas y transparentes.

En el marco de la actividad humana transformadora, Linares et al. (1996), D'Angelo (2004), Freire (2005), Fuentes et al. (2010, 2011) y Pérez (2013) abogan por un movimiento intencional entre el subsistema social y el proceso formativo donde fluyan intercambios y se articulan los proyectos de vida individuales en los colectivos. En tal sentido, Macinko, Montenegro, Nebot & Etienne (2007) y March, García & Prados (2009), reconocen que la promoción de salud brinda una visión dinámica de la salud como recurso comunitario para intervenir su propia situación de salud, que enaltece a las personas para alcanzar su realización personal y colectiva orientada hacia un ideal óptimo en salud.

Estos criterios se asumen como sustento para inferir que en el proceso de enseñanza-aprendizaje de la asignatura Salud Pública y la dinámica del contenido del ASIS en la intervención comunitaria, centrada en la interacción estudiante-actor social e invocada por la orientación médica educativa, la aspiración de transformar la situación de salud trasciende en los proyectos individuales y colectivos que construyen como implicados, sobre la base del compromiso profesional y participativo; que en la concepción de

Granda (2004), traducen el intento de construirnos como sujetos sanitaristas comprometidos con el desarrollo de la capacidad transformadora humana.

Los argumentos del autodesarrollo comunitario de Alonso et al. (2004) y Hernández et al. (2014), y la educación comunitaria de Freire (2005), posibilitan analizar la función mediadora que ejerce el proceso de enseñanza-aprendizaje de la asignatura Salud Pública y la dinámica del contenido del ASIS, al confluir en un mismo sentido los proyectos individuales y colectivos con el proceso de gestación de lo comunitario, como expresión de la transformación en la dirección y el sentido de la superación crítica de preparación y compromiso que existe en el grupo social para auto promover la Producción Social de la Salud. Estos elementos integrados a las posturas de Fuentes et al. (2010, 2011), consolidan la actividad humana dinamizada por el ASIS en la actividad transformadora, cognitiva, comunicativa y valorativa del estudiante y del actor social en el contexto local-comunitario.

Infante & Álvarez (1987), Ramos & Aldereguía (1987) y Castellanos (2009), significan que la situación de salud de una comunidad denota sus formas de vida cotidiana, que en la práctica transformadora no elimina la existencia de los problemas de forma absoluta, solo produce cambios en los perfiles de salud-enfermedad en la nueva situación que se alcance. Por ello, la apropiación de conocimientos que permitan al estudiante abordar dicha situación y su interpretación, entraña procedimientos hermenéuticos de alta complejidad en función de desarrollar la capacidad transformadora del sujeto para afrontar la intervención comunitaria. Lo que implica que se asuma la postura de Fuentes (2009), quien define la **formación** como un proceso de sistematización de la apropiación cultural y de desarrollo de capacidades transformadoras con una intencionalidad determinada y la **interpretación** como el proceso de desarrollo y realización dialéctica que emana al explicar los fenómenos sociales, que como categorías concurren en la educación y la práctica médica, y que conducen a significar la universalidad de la problematización en salud, como base epistemológica y metodológica que sustenta y dinamiza su desarrollo.

Relacionado con ello, Infante & Álvarez (1987), Bergonzoli & Victoria (1994), Mejía (2000), Kornblit (2004), March et al. (2009), Díaz (2010), García (2010, 2011), Ángel & Obregón (2011), Luz (2011), Beltrán & Vega (2012), enfatizan en la **integración cuali-cuantitativa de metodologías** que enfocada hacia el proceso que se investiga propicie una comunicación estudiante-actor social más dialógica y participativa. De forma tal, que permita al estudiante antes de interpretar, comprender lo que estudia desde las perspectivas de los actores, pues su verdad está implícita en las múltiples construcciones de la realidad más que por una realidad única y objetiva que él como estudiante construye de forma aislada. En este sentido además de construir datos cuantitativos, el estudiante trabaja con las aspiraciones y saberes de los actores y al interpretar la explicación que estos hacen sobre la situación de salud, se reconfigura una vinculación intercultural dialógica intermetodológica desde la cual ambos como sujetos interrogan e interpretan lo social y establecen la intervención en transformación sanitarista.

Martínez (1997); Más (2008); Garí, Rivera, Pernas, Nogueira & Arencibia (2013); Borroto (2014b); Lemus & Borroto (2014), definen que la **problematización en salud** se concreta en la identificación y solución de problemas. Miní (2000) la enfoca desde la pedagogía freireana e incorpora la formulación de hipótesis generadas en la interacción entre los implicados; Byrne & Rozental (1994) parten de la complejidad y multicausalidad, y proponen su abordaje desde la problematización reflexiva interdisciplinar.

Moreno (2013) y Piñeiro (2015) la acentúan desde un enfoque intercultural donde prevalezca el respeto a la diversidad de valores concurrentes en la comunidad, que en el ASIS y su dinámica surge a partir del análisis multilateral que realiza el estudiante integrado con el actor social, generado por los procedimientos didácticos implícitos en un proceso cuyo enfoque dialéctico deriva en su carácter desarrollador: integrador, bilateral, problematizador y contextual.

Fernández (2004), Goicochea (2012), Hasen (2012) y Stivanello (2015), delimitan **la interculturalidad en salud** como un proceso de comunicación e interacción entre culturas médicas diferentes, en el que existe

reconocimiento, respeto, comprensión y horizontalidad para interpretar el fenómeno salud-enfermedad y su atención, respetando las diferencias socioculturales de los implicados. La introducción del enfoque intercultural en el proceso docente que se investiga, contribuirá a la inclusión de los saberes populares de los actores sociales en la investigación y resolución de los problemas de salud de la comunidad.

La valoración de estos argumentos, orientan a considerar la problematización en salud con un nuevo significado, más comprometido con la actividad humana: comunicativa, transformativa, cognitiva y valorativa, desarrollada en conjunto por el estudiante y el actor social en un proceso de Producción Social de la Salud, generado en la dinámica del ASIS; de donde emerge en una problematización reflexiva y transformadora y con ello, genera interacción, integración y diálogo intercultural en salud entre iguales; aporta elementos enriquecedores para la interpretación investigativa y resolutoria en el estudiante y propicia su contribución a la educación en salud del actor social.

Granda (1998); Jarillo & López (2007); Abarca (2011); Delgado (2011); López & Zarama (2011); Lemus (2012); Libreros (2012); D'Angelo (2013); Betancourt (2013); Pérez (2013); Mendoza, Buitrago & González (2014); Suárez, Castellanos & Galvany (2014) y Piñeiro (2015) plantean la necesidad de construir el conocimiento mediado por el **diálogo de saberes**, que en la Producción Social de la Salud permite alcanzar una visión interdisciplinar e intercultural de los sujetos al intervenir la salud comunitaria. En la dinámica que se construye el diálogo intercultural estudiante-actor social, trasciende como un instrumento comunicativo para activar la interpretación del proceso del ASIS, que se concreta en la práctica al ejecutar en común las técnicas cualitativas en él implícitas. Éstas estimulan la explicitación de los procesos de comunicación y participación en tareas cognoscitivas, creativas o correctivas de salud, desde la propia interacción intercultural estudiante-actor social.

Autores como Frenk (1994); Salas (1999a, 2000); Arteaga & Chávez (2000); Granda (2004); Gofin, J., & Gofin, R (2007); Jarillo & López (2007); Castell (2007, 2008, 2013); García, Nolla, Rivera & Bringas

(2012); Martín & Jodar (2011); Hernández, Orozco & Arredondo (2012); Álvarez (2014b); Borroto (2014a, 2014c); Ribot, Pérez, Rousseaux & Vega (2014) y Rivera & Blanco (2014), entre otros, al estudiar la interacción del Médico General con el actor social en la intervención comunitaria, coinciden en la práctica social como el espacio que se materializa en la Producción Social de la Salud y se desarrolla en el proceso de enseñanza-aprendizaje como una interacción entre docentes, estudiantes y actores. Al concretar en la dinámica del ASIS, Castell & López (2014), Blanco et al. (2014) y Borroto (2014a), la destacan como una construcción interdisciplinar del conocimiento en la educación en el trabajo.

Sin embargo, al intencionarse desde una dinámica en la formación esta interacción adquiere un nuevo sentido que supera en cohesión el nivel interdisciplinar del estudiante con el actor social que con él participa y un adquiere un nuevo significado al trascender en el reconocimiento de lo intercultural aportado por las bases etnomédicas que sustentan los saberes populares tributados por los actores sociales desde sus experiencias cotidianas al interpretar y transformar la salud comunitaria.

Pedrosa (2007) reconoce a la **etnomedicina** como rama de la medicina que estudia el conjunto de métodos y saberes populares transmitidos de forma tradicional por la biomedicina para entender e intervenir los problemas de salud. En la crítica a la dicotomía entre conocimiento científico y conocimiento local, Follér (2001, 2006) introduce el concepto de conocimiento situado e híbrido, para interpretar el crecimiento de un conocimiento que surge del encuentro entre personas con culturas diversas y cómo este conocimiento sobre la salud es construido en el contexto sociocultural de los sujetos, cuando sus discursos se focalizan e integran sobre una base biomédica y etnomédica. Por su parte, Arratia (1995) lo sustenta desde la construcción de un puente intercultural para alcanzar la salud poblacional, enfocado en un diálogo entre lo sociomédico y lo etnomédico, que reconozca la pluralidad de recursos contextuales para alcanzar una complementación intercultural en salud.

Respecto a ello, Martín & Cano (1999); Granda (2004); Jiménez (2011); Mur, Iglesias, San Juan, Cortés

& Quintana (2012); Betancourt (2013); Hersch (2013); Querts et al. (2013); Ribot et al. (2014) y Díaz et al. (2015) proponen analizar el proceso salud-enfermedad comunitario a partir de una perspectiva que involucre lo sociocultural, que permita enfocar la formación situándola en un contexto donde el saber médico deje de disociarse de estas premisas y a partir del diálogo con el actor social, desde donde el estudiante debe nutrirse de saberes reconocidos y no reconocidos como científicos.

Estas propuestas permiten identificar elementos esenciales para dinamizar el proceso, a partir de elevar el nivel de interacción estudiante-actor social, que mediado por el Médico de Familia en condición de profesor tutor, adquieran un nuevo sentido al sobrepasar los vínculos relacionales circunscriptos en una cooperación consensual donde el actor solo aporte información y colabore en las actividades, y un nuevo significado en la interacción dialógica intercultural de la práctica médico-social que trasciende a lo etnomédico, a partir del diálogo de saberes entre el saber científico del estudiante y el popular del actor, en la formación de un saber sanitarista interpretativo, co-transformador y mediador en el estudiante que sustente como potencialidad su capacidad profesional transformadora.

Infante & Álvarez (1987) al discurrir sobre la dicotomía objeto-sujeto en la complejidad salud-enfermedad, afirman su concepción del hombre como sujeto colectivo y Fernández (2012a) lo considera en una circularidad interactiva en la praxis transformadora. Sin embargo, Modolo (1987) lo define desde un enfoque crítico humanizador comunitario para aumentar el poder transformador y emancipador del sujeto, Sánchez et al. (2009) lo asumen desde la pedagogía de Freire (1996), es decir no con una idea bancaria sino problematizadora y dialógica de la educación.

En esta lógica sistematizadora que se infiere se requiere integrar a partir de la problematización implicativo-reflexiva transformadora, los preceptos de Fuentes & Álvarez (1998) sobre la dinámica como eslabón del proceso formativo y la **sistematización formativa** de Fuentes (2009), como el proceso que desarrolla el carácter de consecutividad, a niveles superiores en la construcción científica del contenido

sociocultural en el sujeto. Al referirse al aprendizaje significativo, Ausubel (1976) revela la necesidad de enfocarse en aquellos contenidos que potencien la disposición del estudiante, indispensables para su formación profesional, que permitan el enlace con los existentes en su estructura cognitiva, de manera no arbitraria, sino mediante procesos continuos de integración, actualización y contextualización.

Según Vygotsky (1987), el proceso de formación intelectual del estudiante, no puede entenderse al margen de la realidad circundante, implica tenerlo en cuenta como ser social, interactivo, crítico, reflexivo, y con capacidad plena, disposición para insertarse en la sociedad y adaptarse a sus condiciones para participar activamente en el enriquecimiento de la cultura. La dinámica del ASIS considera tanto el aprendizaje como el desarrollo integral del sujeto en la educación, entendida esta formación en la interacción interdisciplinar e intercultural del estudiante en el contexto histórico cultural, desde donde los agentes educativos: profesores tutores y actores sociales, median entre el contenido y el estudiante para alcanzar su transformación como sujetos implicados.

En ese sentido y relacionado con la dinámica del ASIS es pertinente valorar el posicionamiento de Fuentes (2009), cuando define que la sistematización formativa favorece la comprensión de las experiencias humanas como un proceso complejo que ocurre en un plano interno a partir de sus condiciones y potencialidades propias: conocimientos previos, conflictos e intereses, mediado por factores y condiciones externas que deben propiciarse desde el proceso de enseñanza-aprendizaje como responsabilidad del profesor tutor, quien en todo momento debe hacer comprensible y trascendente el contenido interdisciplinar e intercultural desde el contexto local-comunitario.

Las concepciones anteriores, si bien constituyen un referente teórico, resultan insuficientes para interpretar la lógica sistematizadora del ASIS, mediante la cual el estudiante debe interpretar las experiencias y saberes, e implicar a los actores sociales en la solución de los problemas comunitarios.

En la búsqueda de enfoques que permitan al Médico General orientarse para abordar el proceso salud-

enfermedad a nivel comunitario, Frenk (1994), Martínez (2006), Toledo et al. (1999), Rojas (2003), Ramos (2006), Castell (2007, 2008, 2013), Gofin, J., & Gofin, R (2007), Más (2008), Castellanos (2009), Jiménez (2011), Martín & Jodar (2011), Hernández et al. (2012), Mur et al. (2012), Garí et al. (2013), Hersch (2013), Pasarín & Diez (2013), Álvarez (2014a, 2014b), García & Benítez (2014), González (2014), Montano & Prieto (2014), postulan enfoques para abordar los determinantes de salud, sus interacciones y las formas de intervención.

Rojo & García (2000) y Ortecho (2011) plantean un enfoque integral, sistémico e interdisciplinario con respaldo en las ciencias sociales que permita penetrar en el conocimiento de la complejidad comunitaria. Ilizástigui (1985a, 1991, 1998), Fernández (1999), Ramos (2006), aportan argumentos para mejorar la interpretación, que Martínez (2012, 2013a, 2013b) distingue desde un enfoque comunitario en la enseñanza del ASIS y con ello armoniza su enseñanza con el trabajo del Médico General en el primer nivel de atención a la salud.

Sobre esta base de análisis se considera que en la dinámica del ASIS, su comprensión como un proceso participativo es esencial para que el estudiante logre interpretar el carácter investigativo cuanti-cualitativo globalizador del ASIS como instrumento científico y de esta forma, penetrar con los actores sociales en el proceso salud-enfermedad comunitario y así integrados, interpretarlo y transformarlo en su dinamicidad, multifactorialidad y complejidad, con la profundidad científica emanada del carácter profiláctico y participativo de la medicina cubana en la actualidad.

1.2.- Tendencias históricas del proceso de enseñanza-aprendizaje de la asignatura Salud Pública y de la dinámica del contenido del Análisis de la Situación de Salud en la intervención comunitaria

En el análisis de las fuentes relacionadas con la evolución de la asignatura Salud Pública (Ilizástigui, 1985b), (Ilizástigui & Pedroso, 1993), (Rosell, 1998), (Domínguez, Morales & Landeros, 1999), (Rodríguez, 2009), (Márquez, 2011), (Reinoso, 2012), (Lemus, 2014), (Linares, López & Abreus, 2014),

(Victoria, 2014) y con la dinámica del contenido del ASIS en la intervención comunitaria (Martínez, 1997, 2013a, 2013b); (Toledo et al., 1999); (Rojas, 2003); (Valdés et al. 2003); (Rodríguez, 2004); (Reyes, 2005); (Gómez de Haz, 2006); (Márquez, 2011); (Sansó et al. 2011); (Rojas, 2011); (León, 2012); (Vela & Fernández, 2012); (Vela, Fernández & Álvarez, 2012); (Vela, Salas, Pujals, Quintana & Pérez, 2016) se sitúa como punto de inflexión tendencial el año 1970; momento en que se introduce la asignatura “El Hombre y su Medio” en el plan de estudio integral de la carrera de Medicina. En función de identificar las regularidades que han trascendido se definen como **indicadores**:

- La sistematización del contenido del ASIS en la intervención comunitaria.
- La relación interdisciplinar del ASIS en la intervención comunitaria en el plan de estudio.
- El nivel de interacción del estudiante con el actor social en la vinculación teórico-práctica.

Para lo cual se determinaron tres etapas históricas:

Primera Etapa (1970-1987): aproximación al Análisis de la Situación de Salud

La concepción social de la salud y la introducción del paradigma sociomédico materialista-dialéctico que incorpora el determinante histórico-social al estudio del perfil epidemiológico y con ello, la orientación profiláctica y el enfoque participativo que caracteriza la práctica y educación médica, se concreta en 1970 con el plan de estudio integral y la introducción de la unidad curricular “El Hombre y su Medio”, que resultó la plataforma pedagógico-didáctica sobre la cual se desarrolla el proceso de enseñanza-aprendizaje de la asignatura Salud Pública y de la dinámica del contenido del ASIS en la intervención comunitaria.

Este primer salto cualitativo se concibió desde un perfil sociomédico integrador, caracterizado por una integración donde la enseñanza no se impartía según el modelo de cada asignatura; sino a través de una unidad lógica de conocimientos que ubica en el centro del discurso académico la consideración de un sistema de contenidos esenciales, necesarios para investigar y solucionar los problemas comunitarios.

Los contenidos bases de Higiene, se entrelazan con Psicología Médica que tributa con la concepción biopsicosocial humana y Estadística con los procedimientos descriptivos. Emergen así, los primeros elementos procedimentales que sientan las bases del ASIS y consiguen brindar una visión unificada del proceso de investigación y resolución comunitaria que se concretan en la vinculación teórico-práctica; que, aún sustentada en un currículo con predominio teórico, proyectan al estudiante hacia la comunidad a caracterizar su situación de salud y a proponer acciones que la modifiquen. Este cambio sustancial constituye el primer acercamiento del estudiante a la actividad investigativo-laboral en la comunidad.

En 1976 se retorna a la enseñanza por disciplinas en un nuevo plan de estudio y con ello, se produce una regresión en la concepción interdisciplinar del ASIS, cuando su incipiente contenido se dispersa en dos asignaturas: Higiene en cuarto año y Epidemiología en quinto, ambas con jerarquía propia, que solo alcanzan relaciones de solidaridad en el plano propedéutico (Ruiz, Barreto & Blanco, 2007). Sin embargo, se avanza al sistematizar el modelo del campo de salud como marco conceptual para analizar los problemas y determinar soluciones, los indicadores de salud, la planificación estratégica, el ASIS como aplicación de la epidemiología, el diagnóstico educativo y el concepto de estado de salud de la población; pero aún coexiste desunión entre las ciencias sociales y las higiénico-epidemiológicas.

El segundo salto acontece en la década de 1980, signado en primer lugar por la inclusión en el curso 1981-1982 de la Teoría y Administración de Salud como asignatura en quinto año, que introdujo elementos de higiene social, administración y planificación, pero sin una relación vincular manifiesta con las asignaturas Higiene y Epidemiología; y en segundo lugar, por el plan de estudio del Médico General Básico en el curso 1985-1986, donde se introducen las estancias sociomédicas que inician la cimentación del ASIS como respuesta al modelo de medicina familiar. En sus orientaciones se proyecta un acercamiento interdisciplinar en el ASIS en dos núcleos curriculares (Cuba, 1987).

El primero en los ciclos básico y básico-clínico con la asignatura Sociedad y Salud, que desciende hacia

primer año la sistematización del método científico, los métodos profesionales, la solución de problemas comunitarios y la obtención de la información. Desde ella, se cimienta el ASIS como investigación con relaciones interdisciplinarias con: Filosofía Marxista-Leninista, Psicología Médica y Bioestadística y Computación, y se inicia el desarrollo de la capacidad investigativa con la construcción e interpretación de indicadores de salud, pero aún circunscripto a su nexo con la investigación biomédica.

El segundo en el ciclo clínico con las asignaturas MGI-I e Higiene, en cuarto año y Epidemiología, Teoría y Administración de Salud y MGI-II, en quinto, donde se introduce el ASIS como actividad específica de la especialidad de MGI. Aunque la interdisciplinariedad se concibe como un estadio superior solo alcanza una interrelación de objetivos más que una integración de contenidos. Se introducen en la sistematización: el enfoque al daño y al riesgo, el modelo de atención comunitaria, las técnicas educativas y se modifican los conceptos de la intervención comunitaria al emerger la MGI como especialidad y el ASIS establecerse como un instrumento científico. La MGI como disciplina comienza su ascenso integrador en el currículo.

La guía metodológica es aún sedimentaria e insuficiente dado a que es la misma que se utiliza en la formación del especialista de MGI. En ella se establece una secuencia estructurada de indicadores con un predominio cuantitativo para orientar al estudiante en la organización de los datos recopilados y los indicadores construidos. La guía no se fundamenta en un modelo teórico sustentado en el enfoque epidemiológico y social requerido para la intervención comunitaria.

No obstante, de introducirse el Médico de Familia como novedoso agente de cambio en la comunidad, de institucionalizarse el consejo popular y de la inclusión de la primera guía del ASIS, el nivel de interacción estudiante-actor social es insuficiente pues éste último solo participa para aprobar el plan de acción.

Comportamiento de los indicadores durante la etapa.

La **sistematización** en los tres diseños curriculares, introduce concepciones, categorías, modelos y

elementos conceptuales y metodológicos sociomédicos que van moldeando la concepción curricular del ASIS, pero aún con dispersión de su contenido en las nuevas asignaturas que se introducen.

En la **relación interdisciplinar** se transita desde un contenido procedimental en una unidad curricular hasta emerger en un núcleo teórico que, aunque se proyecta articulado en el quinto año, queda solo programado en los objetivos, y la MGI como disciplina comienza a ejercer una función rectora.

El **nivel de interacción estudiante-actor social en la vinculación teórico-práctica**, evoluciona desde actividades de trabajo ligadas al estudio para caracterizar la situación de salud hasta la confección del ASIS en un currículo donde predomina lo teórico, y el estudiante y el actor se mantienen aún distantes, en una interfase donde se gesta la interrelación mediadora del ASIS en la Producción Social de la Salud.

Segunda Etapa (1988-2004): integración del Análisis de la Situación de Salud

Coincide con el desarrollo del último plan de estudio y de la medicina familiar como modelo de atención médica, donde el ASIS supera su enfoque de diagnóstico (Martínez, 2013b) y su contenido se consolida como núcleo teórico a partir de dos integraciones curriculares, desde donde surge la asignatura Salud Pública con un carácter de interdisciplina.

La primera integración, se produce en 1988 cuando Higiene y Epidemiología se unifican en la asignatura Higiene y Epidemiología, al complementarse e integrarse su contenido en función del perfil del Médico General Básico y armonizarse en coordinación con Teoría y Administración de Salud rediseñada como asignatura precedente, donde el ASIS adquiere la condición de eje articulador (Ramos, 2006); con vínculos verticales precedentes con Filosofía Marxista-Leninista, Psicología Médica y Bioestadísticas y Computación (Cuba, 1987). Sin embargo, persisten deficiencias al no involucrar al actor social en la priorización de los problemas y por la construcción de indicadores incompletos (Martínez, 2013a).

La implementación de la opción pedagógica de Silvia Martínez Calvo, se convierte en un vehículo sistematizador e integrador del ASIS en el plan de estudio, al introducir su confección como eje

orientador secuencial entre las asignaturas-estancias: Teoría y Administración de Salud, Higiene y Epidemiología, y MGI, en quinto año. Con este modelo se aporta un mayor nivel de complejidad y profundidad precedente y subsiguiente, y alcanza una integración real de objetivos y contenidos.

En el 1993, inicia su incursión Introducción a la Sanología (denominada MGI-I) en el séptimo semestre y con ella una sistematización que sustenta el ASIS en la MGI como disciplina rectora. En su tema tres se introducen la mediatización de lo social, la participación comunitaria, el ASIS su definición y características y en el tema cuatro, la comunidad, su organización y representantes. Desde ella, se establecen vínculos con Sociedad y Salud, y con MGI-II (Vela & Sacasas, 2012). La vinculación teórico-práctica se concreta en Sociedad y Salud, en primer año, que culmina con la confección del diagnóstico de salud de tres familias e interestancias en quinto año, con la confección del ASIS de un CMF. En las regulaciones emitidas la comunidad se considera como un nuevo objeto de trabajo (Cuba, 1988).

La segunda integración acontece en 1996 al surgir la asignatura Salud Pública, producto de la integración de: Teoría y Administración de Salud e Higiene y Epidemiología. En su diseño la sistematización e integración se redimensiona en función de la formación de un profesional que debe enfrentar una situación de la salud de mayor complejidad y se atempera a la MGI que comienza a revelarse como rectora (Valdés et al., 2003). Esta nueva estancia se transforma en una interdisciplina que logra la aplicación en el ASIS de los elementos teóricos y metodológicos de diferentes disciplinas y con ello, se convierte en la asignatura que alcanza mayor integración de este contenido en el currículo.

Ubicada en el noveno semestre, nivel privilegiado para la interdisciplinariedad, Salud Pública proyecta relaciones descendentes con Filosofía y Salud que contribuye con la concepción científica del proceso salud-enfermedad comunitario (García, 2014), Psicología Médica que aporta relaciones limitadas al no abordar la subjetividad y el comportamiento en los problemas comunitarios (Domínguez et al., 1999) e Informática Médica que logra alcanzar una mayor integración entre la metodología de la investigación y

los procedimientos estadísticos del ASIS (Fardales 2012, 2014). Se establece, además, una relación vertical distante con Introducción a la MGI, surgida en 1999 al sustituir a Sociedad y Salud en el primer semestre, donde solo se sistematiza el ASIS en una actividad práctica (Sansó, 2004a) y con MGI-I y MGI-II. En la asignatura MGI-II se asegura su continuidad y un nivel de entrada a la confección del plan de ejecución, como paso del proceso; ello confirma el enfoque sistémico al reconocer la derivación de un sistema en otros subsistemas de orden menor que lo componen (Horrutiner, 2011).

En la asignatura Salud Pública el ASIS trasciende como eje conductor, incrementa el fondo de tiempo de la práctica y se renueva la guía metodológica para su confección. Se sistematizan no solo los indicadores cuantitativos sino también los cualitativos, la concertación y la negociación con los actores (Toledo et al., 2000). El nivel de interacción con el actor social se establece desde las regulaciones metodológicas al reorientar el proceso de enseñanza-aprendizaje hacia la comunidad, con el estudiante compenetrado con el Equipo Básico de Salud en el primer nivel de atención a la salud (Alonso et al., 1990).

Las dos guías metodológicas que se introducen en este período, se elaboran en función de la formación del Médico General como respuesta a la integración disciplinar que se alcanza en el plan de estudio. La primera, se fundamenta en opción pedagógica al incluir indicadores cuantitativos del modelo de los campos orientados hacia los cuatro determinantes del estado de salud de la población y la segunda, incorpora los momentos de la planeación estratégica que enriquecen al ASIS con la metodología cualitativa.

Desde el contexto internacional se incorpora la tríada: problema, factores condicionantes y respuesta social, y se eleva el nivel de operacionalización del plan de acción. La promoción de salud se significa para la gente y con la gente, orientada a fomentar las capacidades de la comunidad para participar en la producción de su salud. En Cuba se fortalece la descentralización y la participación social y se privilegia la promoción de salud comunitaria y el consejo de salud (Sansó et al., 2011).

Comportamiento de los indicadores durante la etapa.

La **sistematización** alcanza un nivel de integración superior al unificar elementos dispersos e incorporar aspectos medulares que emergen del contexto nacional e internacional, incrementan el nivel de profundidad investigativo y resolutorio, la participación de los actores sociales, la metodología cualitativa y los elementos de educación en salud que se proyectan desde la promoción de salud comunitaria.

Las **relaciones interdisciplinarias** transitan desde un núcleo teórico disperso entre tres asignaturas, hasta su unificación intradisciplinaria en la asignatura Salud Pública, que la consolidan como herramienta científica y desde ella, se establecen relaciones pero sus vínculos verticales se encuentran distantes.

El **nivel de interacción estudiante-actor social en la vinculación teórico-práctica**, transita desde una coordinación interestancias en quinto año para elaborar el ASIS de una comunidad, hasta emerger en una asignatura donde el estudiante llega a formar parte del Equipo Básico de Salud, pero interactúa con el actor social a través del profesor tutor, que ejerce una interacción colaborativa.

Tercera etapa (2005-hasta la actualidad): consolidación del Análisis de la Situación de Salud en la intervención comunitaria

Se caracteriza por una consolidación curricular del ASIS con la introducción del enfoque conceptual y metodológico en la asignatura Salud Pública. El plan de estudio transita por dos reformas: el modelo Policlínico Universitario y el perfeccionamiento de 2010. Con la introducción del enfoque conceptual y metodológico de Ramos en 2002, enriquecido por Reyes (2005), el proceso de ASIS se diferencia en ocho pasos, la comparación y la complementación se introducen como métodos en la identificación de problemas de salud y se profundizan elementos éticos, la participación e intervención social en salud y las técnicas cualitativas grupales como fuentes primarias de investigación.

El currículo aún no logra una disciplina representativa que garantice la integración interdisciplinar, que

llegue a permearlo del primero al sexto año (Vela & Sacasas, 2012). Por ello se realizan tres versiones de reingeniería en la disciplina MGI, que en su versión C concibe un nuevo enfoque en MGI-IV, en el cuarto semestre, al reubicar contenidos dispersos en los primeros semestres, en función de lograr una mejor preparación teórico-conceptual del estudiante para realizar el ASIS y al trasladar otros requeridos en la intervención comunitaria procedentes de MGI-II, ubicada en quinto año. De esta forma el ASIS queda estructurado en la asignatura MGI-IV en el tema IV: El ASIS y la intervención comunitaria (Cuba, 2009). No obstante de descender en el nivel curricular, el ASIS aún carece de una concreción sistematizadora como modalidad de intervención comunitaria (Más, 2008).

En el último perfeccionamiento se cambia la denominación del egresado a Médico General y la MGI en su condición de disciplina rectora se reestructura y cambia la terminología de sus asignaturas (Cuba, 2013). El ASIS trasciende de forma gradual durante la carrera y alcanza su máxima concreción en la asignatura Salud Pública (Blanco et al., 2011); donde el dominio teórico y metodológico de su contenido, que incluye el uso de variadas técnicas cuantitativas, es fundamental para lograr los procedimientos concatenados requeridos para su aplicación (García et al., 2012). En las orientaciones del programa de la asignatura se ratifica la educación en el trabajo como forma organizativa principal y se confirma el profesor tutor como guía del estudiante (Suárez et al., 2010). Se introducen las estrategias curriculares: Metodología de la Investigación y Salud Pública y Formación Ambiental, que contribuyen al desarrollo de las capacidades investigativas y resolutivas necesarias para que el estudiante realice el ASIS.

García, Ballbé, Pina & Iglesias (2015b), identifican dos niveles de consolidación del ASIS en el plan de estudio. El primero, en el cuarto semestre, en la asignatura Medicina Comunitaria (Aguilar, Álvarez, Márquez & Quesada, 2010) al cerrar una etapa formativa, donde se logra una relación interdisciplinar como rasgo característico de la concepción investigativo-laboral, a través de una vinculación con la asignatura Metodología de la Investigación y Estadística (Cuba, 2010) al consolidar su orientación

científico e investigativa, la elaboración de indicadores pero con un carácter teórico procedimental y una aplicación práctica limitada (Fardales 2012, 2014; Betancourt & Wilson, 2014), con un predominio de lo cuantitativo sobre lo cualitativo. El segundo, en el noveno semestre, cuando el eje sistematizador se retoma en la asignatura Salud Pública y se alcanzan niveles superiores de integración, al desarrollar en su totalidad el proceso con mayor profundidad integrado a la intervención y a sus elementos éticos, y de forma subsiguiente en la asignatura MGI (Oramas et al., 2010), donde se profundiza el plan de ejecución y se integra como actividad que singulariza la especialidad. Sin embargo, las relaciones interdisciplinarias logradas en el plano metodológico, retroceden al plano propedéutico.

Se renueva la guía metodológica para confeccionar el ASIS de una comunidad en la asignatura Salud Pública (Reyes, 2005), modalidad vigente, al enriquecer la forma en que el estudiante va obteniendo la información y la organiza según los indicadores que construye. Incluye las técnicas cualitativas en cada paso y propone la utilización de la comparación y la complementación como métodos científicos en la identificación de los problemas de salud. Sin un modelo teórico que la respalde, no aporta los métodos y los procedimientos didácticos que orienten y dinamicen el cómo integrar el contenido desde una lógica que tenga en cuenta al ASIS como proceso investigativo-resolutivo en la intervención comunitaria.

Al perfeccionarse el programa del médico y enfermera de familia en 2011, el ASIS se reafirma como su investigación científica principal, a partir de establecer que el Médico General realice el análisis crítico sociohistórico, cultural, sociodemográfico y de riesgo en la intervención comunitaria (Cuba, 2011).

En el curso 2012-2013 se introduce la proyección comunitaria en la carrera de Medicina (Cuba, 2012, 2014), actividad extracurricular que como recurso pedagógico robustece la interdisciplinariedad del ASIS. Al respecto, Fernández, Charroo, Torres, Betancourt & García (2014) aseveran que esta proyección integrada con las estrategias curriculares, garantiza la participación del estudiante en actividades comunitarias en función del mejoramiento del cuadro de salud de la comunidad.

Comportamiento de los indicadores durante la etapa.

La **sistematización** alcanza un nuevo estadio al reorganizarse su contenido, incrementar en profundidad y descender hacia los primeros años. El proceso de ASIS se estructura en ocho pasos, introduce dos métodos en la identificación de problemas y profundiza en lo ético y participativo comunitario.

La **relación interdisciplinar** adquiere una nueva dimensión, al asentarse como un eje curricular vertical con dos niveles de consolidación horizontal, a partir de configurarse la MGI como disciplina rectora.

El **nivel de interacción estudiante-actor social en la vinculación teórico-práctica**, se caracteriza por la integración en el desarrollo de habilidades de asignaturas que, al unificarse, sustentan el desarrollo de capacidades transformadoras iniciadas en otras precedentes y que a su vez, se integran y consolidan en la medida que el estudiante realice el ASIS en la asignatura Salud Pública. El nivel de interacción llega hasta un fuerte vínculo, sin embargo, es insuficiente para que el estudiante se apropie del saber necesario para interpretar al actor social, mediar con él en la transformación de la situación de salud y en su educación en salud para elevar sus capacidades transformadoras y mediadoras con la comunidad en la Producción Social de la Salud.

El análisis de los indicadores revela que el **comportamiento histórico-tendencial**, ha sobrevenido en saltos cualitativos que consolidan al ASIS como un eje curricular vertical, que transita desde:

- Un contenido disperso e insuficiente que limita su sistematización y se incrementa y amplía hasta consolidarse en un proceso con ocho pasos estructurados donde se sistematizan los indicadores de salud y el contenido se orienta e integra en la intervención comunitaria.
- Una unidad curricular que proyecta un contenido procedimental, que se va configurando mediante un sistema de relaciones interdisciplinarias hasta integrarse en un eje curricular que transita con dos niveles de consolidación, uno en el cuarto semestre en la asignatura Medicina Comunitaria y otro en

el noveno en Salud Pública como asignatura sociomédica de mayor alcance.

- Actividades de trabajo ligadas al estudio en un currículo donde predomina lo teórico y lo práctico carece de sustentos analíticos, hasta un proceso investigativo-resolutivo con un renovado vínculo teórico-práctico que integra una secuencia de ocho pasos, desde donde se afianza la interacción estudiante-actor social mediado por el profesor tutor, pero a pesar de ello, todavía no existen nexos interdisciplinarios e interculturales para lograr la integración en la intervención comunitaria.

1.3.- Caracterización del estado actual de la dinámica del contenido del ASIS en la intervención comunitaria en la carrera de Medicina

La concepción curricular y las transformaciones suscitadas en la dinámica del contenido del ASIS, se orientan a la formación de un Médico General con capacidad transformadora para afrontar la intervención comunitaria y la capacitación promocional del actor social, y asumir de conjunto la modificación de la situación de salud como reclamo social. Sin embargo, aún subsisten dificultades en la formación, lo cual se refleja en la realización del ejercicio del ASIS en la intervención comunitaria, como situación de aprendizaje real, en la asignatura Salud Pública. Para corroborar dicha dificultad se realiza un estudio en la Facultad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila, donde se utilizaron como técnicas investigativas: el análisis documental, encuestas a profesores tutores y directivos, la evaluación del examen final práctico y la valoración del resultado de la pregunta en el examen final escrito en dicha asignatura.

El análisis documental (**Anexo 2**), transitó por el contenido de algunos elementos del diseño curricular para constatar el tratamiento dado al ASIS en la intervención comunitaria, así como el nivel de representación y posición que ocupa en la asignatura Salud Pública y su relación interdisciplinar con otras asignaturas de perfil sociomédico e investigativo.

El análisis se inicia con la expresión del ASIS en las 21 funciones y en las 40 habilidades de aplicación seleccionadas entre las declaradas en el perfil profesional (**Anexo 2, tabla 1 y 2**). Este contenido se

manifiesta de forma explícita en cinco funciones e implícita en 12 y su presencia en las habilidades se revela de forma explícita en tres e implícita en 21, lo cual muestra el significado que adquiere en el desarrollo de la capacidad transformadora y las investigativas y resolutivas que la sustentan.

La caracterización incluyó el tratamiento del ASIS en las estrategias curriculares: Metodología de la Investigación y de Salud Pública y Formación Ambiental, en función de explorar su proyección interdisciplinar entre las asignaturas del plan de estudio (**Anexo 2**). Se identificó que ambas trascienden como abordajes pedagógicos transversales en el plan de estudio y se implementan con el objetivo de desarrollar la capacidad transformadora en el estudiante, a partir de la apropiación de modos de actuación imposibles de lograr desde una asignatura aislada en el currículo.

El ASIS en la asignatura Salud Pública y su representación en el plan de estudio (**Anexo 2, tabla 3**), se muestra explícito en uno de los cinco objetivos generales educativos e implícito en los cuatro restantes y en los instructivos se revela explícito en dos e implícito en los otros cinco. Al integrarse con la intervención comunitaria, ocupa más de la cuarta parte de su fondo de tiempo total (26,62 %) y de la educación en el trabajo, sin embargo al convertirse en su eje integrador prevalece la mayor parte de las 126 horas totales de la asignatura (**Anexo 2, tabla 4**).

En el currículo, la asignatura Salud Pública representa 5,42 % del total del fondo de tiempo del ciclo clínico hasta el quinto año y el ASIS en la intervención comunitaria, 1,39 % del mismo (**Anexo 2, tabla 5**).

La educación en el trabajo en la asignatura representa 4,11 % y la clase práctica 9,62 %, y el ASIS en la intervención comunitaria, 1,30 % y 2,00 %, respectivamente. Aunque alcanza una baja representación, dispone de un amplio fondo de tiempo en los años de carrera precedentes donde el estudiante de forma escalonada desarrolla el sistema de capacidades que sustentan la capacidad transformadora, tanto en las asignaturas propias de la profesión como en otras de formación general.

El contenido del ASIS en la intervención comunitaria está sistematizado e integrado en el plan de estudio

en correspondencia con la investigación y la solución de los problemas comunitarios de salud (**Anexo 2, tabla 6**), por tanto, su dinámica en el proceso de enseñanza-aprendizaje de la asignatura Salud Pública puede reconfigurarse en un instrumento idóneo en la formación del Médico General.

En el curso 2013-2014 se aplicó una encuesta a los directores de Policlínicos del territorio sur de la provincia Ciego de Ávila (**Anexo 3**), con el objetivo de identificar el nivel de preparación que muestran los Médicos Generales recién egresados al realizar el ASIS en la intervención comunitaria; respecto a si:

- Aplican de forma correcta el proceso investigativo-resolutivo en la práctica médico-social.
- Poseen capacidad transformadora.
- Muestran una adecuada proyección mediadora sobre el actor social en la intervención comunitaria.

De los nueve directivos que participaron, uno es profesor asistente, ocho son instructores y todos poseen el título de máster. Cuatro tienen entre seis y 10 años de experiencia en el cargo y el resto entre tres y cinco. A partir de sus respuestas (**Anexo 3, tabla 1**), se pudo constatar que los recién graduados:

- Presentan limitaciones en el abordaje investigativo que se expresa en la calidad del informe del ASIS.
- Muestran una insuficiente capacidad para construir indicadores cualitativos de salud.
- Expresan un número insuficiente de actividades que involucren a los actores en el plan de ejecución.
- Revelan un deficiente desarrollo de la proyección mediadora para convocar al actor social.

De igual manera, en dicho curso, se aplicó una encuesta a los profesores tutores del Policlínico Docente “Belkis Sotomayor” del municipio Ciego de Ávila (**Anexo 4**), con el objetivo de caracterizar la dinámica del contenido del ASIS; con relación al nivel de ejecución que se alcanza, respecto a la:

- Aplicación del enfoque interdisciplinario en la educación en el trabajo.
- Interpretación integrada del proceso de ASIS.
- Interacción mediadora del estudiante sobre el actor social.

De los 19 profesores tutores que participaron, cuatro son profesores asistentes, 15 son instructores y

sólo 10 poseen el título de máster. Seis poseen menos de 10 años de experiencia como especialista de MGI, nueve entre 11 y 20, y cuatro más de 20 años. Con relación a su experiencia como tutor en la asignatura: seis poseen entre tres y cinco años, seis entre seis y 10, tres entre 11 y 20, y cuatro más de 20 años. Los principales criterios por ellos emitidos (**Anexo 4, tabla 1**), permitieron constatar que:

- Subyace una deficiente interpretación integrada del proceso que se expresa en la calidad de los informes del ASIS.
- Muestran dificultad al construir indicadores cualitativos de salud.
- Persisten dificultades en la integración de actividades de índole social en el plan de ejecución.
- Prevalece una insuficiente proyección mediadora del estudiante sobre el actor social.

La calificación de la pregunta de ASIS en el examen final teórico en los cursos 2012-2013 y 2013-2014, periodo en que fue aplicada la metodología y la guía vigente en la asignatura, da muestra de los bajos resultados cuantitativos y cualitativos obtenidos por los estudiantes (**Anexo 5, tabla 1**). En el curso 2012-2013, 64 % y en el curso 2013-2014, 70 %, logran una baja nota (dos y tres puntos) y solo 36 % y 30 %, en los respectivos cursos, alcanzan altas calificaciones (cuatro y cinco puntos).

Mediante el análisis de los resultados (**Anexo 3, 4 y 5**), se corroboraron las siguientes insuficiencias:

- Los informes del ASIS presentan insuficiencias que muestran errores en su realización.
- Énfasis en la construcción de indicadores de salud cuantitativos en detrimento de los cualitativos.
- Falta de integración social en las propuestas de acciones para la solución de los problemas de salud.
- Deficiente convocatoria a los actores sociales para la solución de los problemas de salud.

Desde este diagnóstico, se fueron evidenciando como causas principales que originan esta problemática: insuficiencias epistemológicas en la concepción didáctica de la sistematización del contenido del ASIS en la intervención comunitaria, insuficiencias en la lógica integradora interdisciplinaria del contenido del ASIS desde la educación en el trabajo e insuficiencias metodológicas en el desarrollo de la participación

interpretativa y mediadora del estudiante en la implicación del actor social.

A partir de estos argumentos y orientado entonces al objeto de estudio de esta investigación y su campo de acción, se procedió a investigar la situación actual en la misma población durante el curso académico 2013-2014. Para ello, se seleccionaron indicadores de análisis y observación en los dos momentos que conforman el examen final práctico de la asignatura Salud Pública: la confección del informe de ASIS y su defensa oral, con lo cual se demuestra el desarrollo alcanzado por el estudiante en su capacidad transformadora en la intervención comunitaria al realizar el ASIS. De esta forma se establece un proceso de valoración científica continua, entre estos resultados y los obtenidos en la pregunta en el examen teórico; así como en los aportados por los directivos y profesores tutores. El diagnóstico partió de la definición de los siguientes **indicadores de análisis** para evaluar el informe final:

- Estructura del informe final de la investigación.
- Definición de los objetivos de la investigación.
- Capacidad descriptiva desarrollada.
- Capacidad analítica desarrollada.

De forma general, la evaluación del informe reveló niveles inadecuados en la sistematización del contenido de investigación en la asignatura Metodología de la Investigación y Estadística, y en el desarrollo de las capacidades descriptiva y analítica, al sistematizar e integrar en las asignaturas de la disciplina MGI y en la integración y sistematización del nuevo contenido en la asignatura Salud Pública (**Anexo 6, tabla 1**); lo cual se muestra en la deficiente calidad de la calificación final alcanzada por los estudiantes (72 %): con notas de regular (44 %) y mal (28 %). Los resultados en la calidad de la evaluación de los indicadores (**Anexo 6, tabla 2**), fueron los siguientes:

- Deficiencias en la estructura del informe final (61 % regular y 11 % mal), dado por errores en la observancia de la secuencia ordenada y la coherencia del informe final según la guía metodológica

vigente, así como por la ortografía.

- Planificación incorrecta del objetivo general y los objetivos específicos (39 % regular y 33 % mal), lo cual trasciende en la calidad de la investigación al no cumplir su propósito por su insuficiente definición y la no alusión al objetivo: capacitar al actor social para implicarlo en el proceso y en la mediación con la comunidad.
- Insuficiente desarrollo en la capacidad descriptiva (25 % regular y 28 % mal), dado por una limitada construcción de indicadores al caracterizar la comunidad, la insuficiente elaboración de indicadores cualitativos por las dificultades al obtener información de las fuentes primarias dado por el restringido nivel de interacción con el actor, y por deficiencias en la aplicación de las técnicas cualitativas; así como errores y omisiones al aplicar la comparación y la complementación al identificar el problema.
- Deficiente desarrollo de la capacidad analítica (38 % regular y 31 % mal), dado por las incoherencias al valorar la situación actual y proyectar la deseada, a partir del análisis en el campo de salud, así como en su interpretación para planificar los objetivos transformadores.

Los errores se muestran en: la identificación e interpretación de las relaciones prevalecientes en la situación de salud de la comunidad objeto de estudio con los elementos del campo de salud que originan los problemas de salud, lo cual no logran por insuficiencias en la explicación causal y de alternativas de solución; en la interpretación del vínculo causal y resolutivo en la transformación del problema de salud en relación con las posibilidades de solución y a los sujetos que participan. Lo anterior, evidencia las dificultades mostradas para interpretar las causas que inciden en la insuficiente participación de los actores sociales en el ASIS anterior y al planificar la transformación, al no integrar e interrelacionar las metas a largo plazo, el plan de acción y de ejecución, con actividades que impliquen la participación entre el Equipo Básico de Salud y los actores sociales con acciones educativas y administrativas, así como por las dificultades al planificar su evaluación.

Los siguientes **indicadores de observación** se planificaron para evaluar el nivel de aplicación del ASIS en la intervención comunitaria, mostrado en los conocimientos, habilidades, valores y valoraciones apropiados por el estudiante, al defender el informe final en el examen oral práctico:

- Comprensión de la proyección sociomédica mediadora.
- Interpretación etnomédica investigativa.
- Integración resolutive.
- Valoración crítico-reflexiva.

La observación de la defensa oral reveló niveles inadecuados en la apropiación cultural investigativa del ASIS, dado por el insuficiente dominio teórico-metodológico de su contenido y de las técnicas que lo sustentan, lo que repercute en el desarrollo del sistema de capacidades que respaldan la capacidad investigativa, así como en la aplicación intercultural resolutive, por el inadecuado dominio de habilidades, valores y valoraciones respecto al ASIS y las técnicas cualitativas, lo cual sustenta el sistema de capacidades para desarrollar la capacidad resolutive. Ello revela insuficiencias en la sistematización, integración y generalización del contenido del ASIS precedente en la disciplina MGI y limitaciones en la sistematización y profundización de dicho contenido en la asignatura Salud Pública (**Anexo 7, tabla 1**); lo que se evidencia en la deficiente calidad de la calificación final lograda por los estudiantes (60 %): con regular (47 %) y mal (13 %). Los resultados en la calidad de la evaluación en los indicadores (**Anexo 7, tabla 2**), fueron los siguientes:

- Deficiencias en la comprensión de la proyección sociomédica mediadora que requiere ejercer el estudiante sobre el actor (56 % regular y 6 % mal). Los errores se revelan en la determinación de la génesis de los problemas, en la insuficiente identificación: de la función mediadora del Médico General y del ASIS en la Producción Social de la Salud, del saber sociomédico y etnomédico para formar su saber interpretativo transformador, de la bidimensionalidad investigativa-resolutive del ASIS,

- en los saberes populares una mayor efectividad, comprensibilidad, participatividad y resolutiveidad, y en reconocer la importancia de la función educativa en la capacitación del actor social.
- Insuficiencias en la interpretación etnomédica investigativa (48 % regular y 15 % mal), por errores en la definición del objetivo y la metodología de las técnicas cualitativas, en la identificación de las fuentes primarias de información, en la comparación al definir el comportamiento del indicador, así como al reconocer el valor complementario en la integración entre indicadores, en el análisis del problema al explicar sus causas y posibles soluciones, en la síntesis planificadora entre: meta a largo plazo, plan de acción y plan de ejecución, en la relación transformadora interobjetivos con actividades orientadas a las causas con responsabilidad de los actores, en el vínculo histórico y regresivo evaluativo final, en la identificación potencial dialógica, participativa y consensual grupal implícitas en las técnicas grupales.
 - Dificultades en la integración resolutive demostrada en las calificaciones (61 % regular y 6 % mal). Ello, denota incoherencias metodológicas del ASIS por la insuficiente integración interdisciplinar e intercultural que llega a alcanzar el estudiante con el actor en la ejecución de la intervención.
 - Insuficiente valoración crítico-reflexiva (28 % regular y 42 % mal), al exponer de forma acrítica, descontextualizada y poco convincente, ante el observador, su posición respecto a la trascendencia del ASIS y su sustentación en los principios sanitarios y su potencialidad para desarrollar sus capacidades transformadoras, la significación de las técnicas e indicadores cualitativos en la comprensión, explicación y solución de los problemas de salud, la importancia del diálogo intercultural con el actor social, la fuerza con que crítica las posturas pasivas, reactivas y positivistas que subvaloran lo cualitativo, el grado de utilidad que alcanza la transferencia de saberes al cumplir su función educativo promocional, así como la argumentación sociomédica y etnomédica del resultado logrado en la intervención comunitaria y en el saber alcanzado.

Los resultados integrados (**Anexo 7, tabla 3**), demuestran las insuficiencias formativas del estudiante al ejecutar la intervención comunitaria cuando realiza el ASIS; lo cual se expresa en la baja calidad de la evaluación: 76 % entre regular y mal, y 24 % entre excelente y bien.

Conclusiones del capítulo

En la fundamentación epistemológica del proceso de enseñanza-aprendizaje de la asignatura Salud Pública y la dinámica del contenido del ASIS en la intervención comunitaria, se identificaron insuficiencias relacionadas con la integración de los saberes científicos y populares con un nivel superior de cohesión en la interacción relacional del estudiante con el actor social; posibilitó, además, revelar como su rasgo fundamental la necesidad de un saber sanitarista integrador caracterizado por su carácter interpretativo, co-transformador y mediador que sustente la capacidad transformadora en el estudiante de Medicina, donde la apropiación, la interpretación, la orientación y la integración, sean importantes presupuestos en función de atenuar las inconsistencias que en el orden teórico metodológico atentan contra el desarrollo de una dinámica que considere la relación dialéctica entre la lógica investigativa y la lógica resolutive sobre una base intercultural etnomédica.

El análisis tendencial muestra como rasgo esencial de su comportamiento, una sucesión de saltos cualitativos donde el ASIS transita hacia la interdisciplinariedad en el currículo, y aún cuando revelan la intencionalidad de desarrollar una dinámica formativa con énfasis en la integración disciplinar, dicho tránsito ha estado caracterizado por una insuficiente integración interdisciplinar e intercultural, e interacción vincular para que el estudiante logre integrar su saber científico con el saber popular del actor social.

El análisis de los resultados de los instrumentos aplicados en la Facultad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila, da cuenta de las insuficiencias presentes en la dinámica del contenido del ASIS en el proceso de enseñanza-aprendizaje de la asignatura Salud Pública, lo que limita su pertinencia para desarrollar la

capacidad transformadora en el estudiante al ejecutar la intervención comunitaria. Se revela además que dicha dinámica no garantiza el nivel óptimo de diálogo intercultural entre el estudiante y el actor social, y la mediación que debe ejercer el profesor tutor en el contexto local-comunitario.

El análisis anterior apunta a la necesidad de elaborar una propuesta teórica que considere la relación dialéctica entre la lógica investigativa y la lógica resolutive sobre una base intercultural etnomédica del ASIS en la intervención comunitaria, y constituya el sustento de una metodología de intervención en la situación de salud comunitaria para el proceso de enseñanza-aprendizaje de la asignatura Salud Pública que contribuya a superar las insuficiencias en el desarrollo de la capacidad transformadora en el estudiante desde una práctica mediada por el diálogo de saberes en la educación en el trabajo.

CAPÍTULO 2.

**CONSTRUCCIÓN TEÓRICA Y PRÁCTICA DE LA DINÁMICA DE LA
FORMACIÓN SANITARISTA INTERACTIVA DEL ANÁLISIS DE LA
SITUACIÓN DE SALUD EN LA INTERVENCIÓN COMUNITARIA EN
LA CARRERA DE MEDICINA**

CAPÍTULO 2. CONSTRUCCIÓN TEÓRICA Y PRÁCTICA DE LA DINÁMICA DE LA FORMACIÓN SANITARISTA INTERACTIVA DEL ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD EN LA INTERVENCIÓN COMUNITARIA EN LA CARRERA DE MEDICINA

En este capítulo se conforma el modelo de la dinámica de la formación sanitarista interactiva del ASIS en la intervención comunitaria en la carrera de Medicina, a través de la aplicación del método holístico dialéctico; el cual es expresión de las relaciones esenciales que entre sus configuraciones, dimensiones, eslabones y eje sistematizador se establecen, desde donde se origina la transformación que da lugar a cambios en el objeto investigado. La regularidad esencial que se revela en el modelo constituye el fundamento de la metodología de intervención en la situación de salud comunitaria para el proceso de enseñanza-aprendizaje de la asignatura Salud Pública.

2.1.- Fundamentos teóricos del modelo de la dinámica de la formación sanitarista interactiva del Análisis de la Situación de Salud en la intervención comunitaria en la carrera de Medicina

La concepción que se asume, se fundamenta en la intencionalidad formativa de la carrera de Medicina: la formación de un Médico General capaz de intervenir para mejorar la situación de salud comunitaria, lo que implica investigar la misma y solucionar los problemas de salud que emerjan. Para ello, debe interpretar el proceso investigativo-resolutorio implícito en el ciclo dialéctico co-transformador en espiral ascendente del ASIS y los saberes de los actores sociales e implicados, realizar la co-transformación de la situación de salud y la educación en salud de los actores sociales. La interpretación de la lógica de cómo transcurre esta dinámica es esencial para el logro de esta intencionalidad.

Para la modelación se han tomado en cuenta los siguientes referentes teóricos:

- La Concepción Científica Holístico Configuracional de Fuentes, H. (2009), en el sentido de concebir los procesos sociales. En este caso el proceso de enseñanza-aprendizaje de la asignatura Salud Pública y la dinámica del ASIS en la intervención comunitaria, como una totalidad compleja, holística y dialéctica, que se desarrolla en el contexto local-comunitario en una sucesión de eventos, comprendidos, explicados e interpretados desde la subjetividad del estudiante y del actor social como sujetos implicados a través de síntesis interpretativa de diferentes niveles de esencialidad, dadas las configuraciones, dimensiones y estructura de relaciones, donde se significa la especificidad de la sistematización formativa generada a partir de la sistematización epistemológica del ASIS y en unidad con esta, su sistematización metodológica.
- El aprendizaje significativo de Ausubel, D. (1976), que revela la necesidad de enfocarse en aquel contenido que potencie la disposición del estudiante, que permita el rescate del conocimientos sociomédicos interdisciplinarios existentes en su estructura cognitiva, no de manera sustantiva, sino mediante procesos continuos de actualización, interpretación, contextualización e integración con el nuevo contenido interdisciplinar e intercultural.
- El enfoque histórico cultural desarrollado por Vygotsky (1987), desde donde se fundamenta el aprendizaje que desarrolla el estudiante de Medicina en una situación de salud comunitaria como contexto histórico-cultural real, resultante de la mediación que tiene lugar en su interacción intercultural con los actores sociales, mediatizada por el profesor tutor y la mediación instrumental que ejerce el ASIS como herramienta científica creada para la transformación de la situación de salud y de los actores comunitarios implicados en la Producción Social de la Salud.
- La teoría de la acción dialógica, aportada por Paulo Freire (1996) al abordar el diálogo profesor-estudiante-actor social como síntesis cultural en la diversidad de saberes y unidad de acciones integradas; como sujetos históricos concretos, al ejecutar la intervención comunitaria a partir de la

problematización de la situación de salud, con lo que se alcanza el conocimiento en la acción y reflexión inherente a la educación en el trabajo, donde se concreta la vinculación teórico-práctica del ASIS y los sujetos se transforman en sus verdaderos creadores y recreadores.

- Los fundamentos teóricos y metodológicos del ASIS en la intervención comunitaria, de Bergonzoli & Victoria (1994) y los sustentos que para el proceso formativo aportan Martínez (1997, 2006), Reyes (2005) y Ramos (2006).
- Las bases didácticas de la educación en el trabajo aportadas por Ilizástigui (1991), Fernández (1999) y Salas (1999b), la integración docente, asistencial, investigativa, comunitaria de Rivalta (1987) y la integración interdisciplinar aplicada en la práctica docente de Castillo & Nolla (2004) y Vicedo (2009).
- La construcción del puente intercultural necesario para la intervención de la situación de salud comunitaria, enfocado en el diálogo entre lo sociomédico y lo etnomédico, aportado por Arratia (1995), Martín & Cano (1999) y Hersch (2013), sustentado en los preceptos de la formación bioantroposocial del Médico General de Querts et al. (2013).

2.2.- Modelo de la dinámica de la formación sanitarista interactiva del Análisis de la Situación de Salud en la intervención comunitaria en la carrera de Medicina

En la modelación de esta dinámica se define la categoría **formación sanitarista interactiva** como el proceso consciente y totalizador de sistematización investigativo-resolutiva de los problemas comunitarios de salud para desarrollar la capacidad sanitarista co-transformadora en el estudiante de Medicina, a partir del diálogo intercultural con el AS para movilizar e integrar los saberes existentes como fuerza fundamental para producir la salud desde el espacio local-comunitario.

La **base intercultural etnomédica** es la plataforma científica que sustenta la formación sanitarista interactiva y se expresa mediante el proceso de interculturalización que involucra la diferencia cultural existente entre los saberes científicos del estudiante y los populares del AS, que da continuidad en la

etnomedicina mediante el nexo formal que los articula e integra en la medicina científica.

La esencia de la formación sanitarista interactiva se sintetiza en la configuración **sistematización investigativo-resolutiva de problemas de salud**, categoría que deviene en el propósito de esta construcción teórica y que determina su lógica dinamizadora y su eje integrador, al permitir que el proceso se vaya dando de forma continua y consecutiva por estadios, para el logro de niveles superiores de transformación en el estudiante en la medida que asume integrado con los actores sociales la investigación y resolución de los problemas comunitarios de salud.

Esta configuración expresa el proceso que se desarrolla con carácter de continuidad y consecutividad para la apropiación del contenido epistemológico y metodológico del ASIS. Constituye el resultado de la relación entre el aumento de la riqueza, multilateralidad y profundidad del contenido a medida que aumentan las potencialidades del estudiante al significarse factores y criterios de la situación de salud desde el binomio dialéctico problematización-transformación en salud, que como contrarios se contienen recíprocamente en la interacción reflexiva entre el estudiante y los actores al investigar y solucionar los problemas de salud que se identifiquen y con ello, adquiere sentido la proyección interpretativa, co-transformadora y mediadora del estudiante al conducir la intervención comunitaria.

La proyección interpretativa, co-transformadora y mediadora es definida como la capacidad que se potencia en el estudiante para ejercer la co-transformación sanitarista derivada de la lógica del modelo del profesional en los modos, esferas, campos de acción y funciones profesionales en la intervención comunitaria, promovidos en el tránsito del ASIS como contenido formativo esencial en los años académicos precedentes, que se concreta e integran en la asignatura Salud Pública en quinto año.

Se necesita articular una lógica epistemológica y praxiológica que imbrique en un proceso sistemático, dinámico, integrador y desarrollador, las exigencias médico-profesionales de la proyección interpretativa, co-transformadora y mediadora al conducir a los actores sociales en la intervención comunitaria.

La sistematización investigativo-resolutiva de problemas de salud parte del nivel de potencialidad del estudiante para la construcción, análisis e interpretación de indicadores de salud, a través de los cuales va a integrar y generalizar conocimientos, habilidades, valores y valoraciones, como resultado de la relación dialéctica entre el nivel de profundidad revelado en la caracterización de los problemas de la nueva situación de salud que afronta en toda su riqueza y multilateralidad, y a través de ello, va aproximándose al proceso de investigación y resolución del ASIS, y en la medida que se apropia de él, desarrollará la capacidad transformadora para insertarse en la orientación médica educativa que subyace en el ámbito comunitario de aprendizaje.

En esta configuración se expresa, además, el proceso de producción de conocimientos que construye el estudiante al intercambiar saberes sistematizados por los actores sociales de intervenciones anteriores y conocimientos sistematizados por él en la medida que desarrolla el nuevo contenido formativo. La integración de estos contenidos consolida al ASIS como una herramienta intercultural realmente útil para entender y transformar la situación de salud como realidad social. En este proceso se fortalecen las relaciones en el ámbito docente, asistencial, investigativo, comunitario, como condición que garantice la integración que sustenta el sistema de salud y se caracteriza por ser un proceso problematizador, transformador, reflexivo y participativo, que construyen los sujetos al implicarse en la Producción Social de la Salud. En este proceso de producción de conocimientos, el estudiante identifica conflictos, regulaciones y contradicciones, emite juicios, valoraciones y reflexiones a través de una comunicación interactiva, interdisciplinar e intercultural.

La sistematización investigativo-resolutiva de problemas de salud, implica un proceso inherente a la condición humana, en constante movimiento y transformación de conocimientos, experiencias y saberes culturales, lo que permite a partir del compromiso común, que para resolver los problemas, contraigan el estudiante y los actores implicados, promover la realización personal y colectiva, y dar continuidad al

mismo para involucrar a la comunidad en la transformación.

En tal sentido, se consolidan compromisos médico-comunitarios, se fortalecen valores éticos profesionales y participativos sociales, y se promueve una interacción social reflexiva mediada por una comunicación interdisciplinar e intercultural que centrada en el intercambio de experiencias, saberes e ideas respecto a la intervención de los problemas de salud, permite al estudiante identificar aspiraciones y conflictos en la diversidad de actores sociales participantes. Por ello, este proceso sistematizador en el contexto local-comunitario, tiene un carácter holístico, complejo, multilateral y dialéctico, que promueve la apropiación por el estudiante del enfoque para abordar la comunidad como objeto a investigar y la explicación etnomédica del proceso investigativo-resolutivo, lo que posibilita sentidos de orientación e integración desde la individualidad para promover el autodesarrollo comunitario y como sujetos comprometidos, trascender en la transformación sanitarista de la sociedad.

La sistematización investigativo-resolutiva de problemas de salud, como propósito de la dinámica de la formación sanitarista interactiva, es síntesis de las relaciones suscitadas entre las categorías: apropiación del enfoque comunitario y la interpretación etnomédica procesal.

En este sentido la **apropiación del enfoque comunitario** constituye el proceso consciente de transformación en los conocimientos del estudiante, a través de la comprensión, explicación, observación e interpretación del contenido necesario para investigar y solucionar la situación de salud comunitaria. El conocimiento apropiado por el estudiante es ineludible para involucrarse con los actores sociales en la transformación de su situación de salud y de sus saberes relativos a ella, en tanto expresión de la significación social que, como principio, prevalece a partir del carácter profiláctico y participativo del sistema de salud, desde lo regulatorio, axiológico y sociomédico.

Se asumen para esta apropiación los posicionamientos regulatorios, axiológicos y sociomédicos propios de la Salud Pública como ciencia, dado que para la comprensión sistémica de la proyección

interpretativa, co-transformadora y mediadora del Médico General en la intervención comunitaria, requiere del desarrollo de una cultura sociomédica compartida desde lo intercultural, que aflore en la reorientación de la intervención con un sentido dialógico reflexivo entre el estudiante y los actores sociales, mediado por el profesor tutor. En ello subyace, la noción de asumir el ASIS y su dinámica como un proceso desarrollador interdisciplinar e intercultural, contextualizado en el ámbito local-comunitario.

La apropiación del enfoque comunitario, prepara y orienta al estudiante para afrontar la atención al proceso salud-enfermedad a nivel comunitario en unidad dialéctica, como objeto de la profesión, con la atención al proceso salud-enfermedad a nivel individual, predominante hasta este nivel curricular. De esta forma entran en cuestionamiento relacional el diagnóstico e intervención individual y el diagnóstico e intervención comunitaria, como niveles profesionales de la atención médica integral, en la cual el estudiante moviliza sus saberes y los recursos del sistema de salud, y los articula e integra con los saberes y recursos de la comunidad para de conjunto mantener en equilibrio la salud del individuo en la sociedad. Para lo cual, el trabajo grupal intercultural mediador del estudiante con los actores al aplicar las técnicas cualitativas, constituye la unidad dinamizadora donde se integran lo individual y lo social en la intervención de la situación de salud.

La dinámica de la formación sanitarista interactiva, requiere considerar la apropiación del enfoque comunitario como una condición esencial que garantice el acercamiento del estudiante a la integridad investigativo-resolutiva globalizadora del ASIS y a la diversidad de situaciones de salud y de actores sociales confluyentes en la comunidad para facilitar su interpretación e implementación de cursos de acción alternativos a través de procedimientos grupales para ampliar la percepción crítica de la realidad. Es en ello donde se materializa continuamente la dialéctica contradictoria entre lo histórico-social y lo individual-social, en un proceso activo de construcción y reconstrucción intercultural compartido, y de descubrimiento del sentido personal y colectivo proyectivo, y la significación del aprendizaje como

regulador para que los implicados desarrollen su capacidad transformadora.

En consecuencia, emerge la configuración de interpretación etnomédica procesal, la que constituye un par dialéctico con dicha configuración; aunque son expresiones de procesos diferentes revelan una unidad indisoluble, donde la apropiación del enfoque comunitario se logra en la misma medida que se propicie una interpretación etnomédica procesal y viceversa.

La **interpretación etnomédica procesal** es la configuración donde se manifiesta como proceso de desarrollo, construcción y reconstrucción etnomédica dialéctica el tratamiento del ASIS en su condición de objeto de la cultura médica y se revela como expresión del modo en que se sustenta en el ejercicio de la profesión médica la explicación del sentido de relación de su análisis en una serie de pasos y su síntesis como totalidad en un proceso cíclico investigativo-resolutivo en espiral ascendente, en la reestructuración epistemológica y metodológica como herramienta científica en la intervención comunitaria.

En esta configuración, la problematización en salud se asume como base epistemológica y metodológica que sustenta y dinamiza su desarrollo. Ello implica revelar el carácter cíclico participativo e interactivo del ASIS, en una serie de ocho pasos interdependientes que elevan la complejidad didáctica de la educación en el trabajo, al depender del nivel de interacción relacional que entre el estudiante y el actor social se alcance durante el proceso, no solo para proyectar la modificación de los problemas, sino que trascienda a su autotransformación como implicados.

Los problemas que caracterizan la situación de salud comunitaria como realidad sociocultural de aprendizaje, se asumen como la menor unidad de análisis estructural y funcional del proceso de enseñanza-aprendizaje de la asignatura Salud Pública y la dinámica de la formación sanitarista interactiva del ASIS. En el ASIS se establece una relación dialéctica entre el estudiante, el contenido, los implicados y las técnicas cuantitativas y cualitativas que median para elevar el nivel de científicidad de la

situación comunitaria que se investigativa. Ello deviene en espacio de construcción de significados y sentidos para el aprendizaje, y adquiere una dimensión compleja y multifacética, por lo cual se recurre a las dos categorías esenciales del estado de salud de la población, los componentes y los determinantes. Los componentes son fenómenos que reflejan el estado concreto de salud-enfermedad en los eventos demográficos, de crecimiento y desarrollo, de enfermedad e invalidez que muestran la vitalidad de una comunidad, como efecto interaccional condicionado por los determinantes sociales, biológicos, ambientales y organizacionales del sistema de salud. Para explicar su esencia multicausal y compleja, en la dinámica de la formación sanitarista interactiva se adopta como postura epistemológica el modelo explicativo de los campos de salud. A partir de ello, la interacción del estudiante con los actores sociales en la investigación se orienta en la resolución a fortalecer los factores que influyen de forma positiva y a controlar o suprimir los negativos, en cuya dinámica la unidad de determinantes y componentes implica su relativa independencia y un papel activo de los determinantes respecto a los componentes.

En la configuración se realiza la dinámica hermenéutica del ASIS como el todo con sus ocho pasos integrados e interrelacionados de forma cíclica en espiral ascendente que se determinan unos a otros, de forma tal que el nivel de ejecución del primer paso repercute y es condicionante del siguiente y así de forma sucesiva se desarrolla este condicionamiento dialéctico, expresado en la dinamicidad siguiente:

- La **recogida de la información** (primer paso), que incluye la recolección de información y su análisis, se convierte en punto de inflexión cuando se construye la situación de salud actual en unidad contradictoria con la deseada que visionan el estudiante y los actores, que genera una necesidad de ejecutar el ASIS para alcanzar una transformación que niegue y supere la situación actual. La intencionalidad formativa se sistematiza a partir del indicador de salud como instrumento de medición construido teóricamente que al cuantificar y cualificar la comunidad, permite expresar el comportamiento de su perfil de salud-enfermedad en un momento histórico concreto determinado y

con ello, adquiere significado el contenido como expresión objetivo-subjetiva a través del cual se sustenta la proyección interpretativa y mediadora del estudiante en una situación de salud concreta.

Para medir el comportamiento de los componentes al construir indicadores, el estudiante requiere comprender, explicar, observar e interpretar la influencia en la comunidad de los determinantes en la diversidad de variables que la caracterizan. Para ello, recurre a la interacción interdisciplinaria e intercultural con los diversos actores sociales en ella representados, mediatizada por la aplicación de instrumentos de medición en las fuentes primarias y secundarias de información, donde los indicadores de salud construidos se ordenan según componente en la guía metodológica modificada que estructura los cuantificables en tablas que los relacionan con los obtenidos en la etapa anterior.

Este paso inicia el cíclico participativo e interactivo que caracteriza el ASIS, expresión de la unidad dialéctica de vinculación dialógica intermetodológica. Dado que la información obtenida de forma cualitativa puede resumirse y analizarse de forma cuantitativa y viceversa, sin enfrentamiento entre técnicas y, a su vez, muestra la contradicción entre la objetividad del indicador cuantitativo y la subjetividad del cualitativo.

- La **identificación de los problemas de salud** (segundo paso) surge a partir del paso inicial. La situación de salud construida como un todo engloba una gama de indicadores desde donde se requiere distinguir y revelar brechas o discrepancias detectadas por la percepción y confrontación que hacen el estudiante y los actores entre esa situación de salud actual construida y la deseada en una abstracción anticipatoria y propositiva visionada desde esa realidad. Para concretar este paso el estudiante aplica el método de comparación entre los datos cuantitativos obtenidos y los proyectados en el sector salud, y el método de complementación con técnicas cualitativas, donde los actores sociales en reflexión colectiva expresan necesidades sentidas cargadas de valores y preocupaciones de la comunidad que representan. Los problemas que se identifiquen se ordenan según los

determinantes de salud en la guía metodológica modificada.

- Los problemas identificados rebasan la posibilidad de recursos y acciones para su intervención en un año. El procedimiento de ordenamiento de los problemas identificados que conduce el estudiante con la aplicación de técnicas de jerarquización teniendo en cuenta los recursos y criterios de los actores sociales, implica a la **priorización de los problemas** como tercer paso.

Con el establecimiento de prioridades, estudiantes y actores se involucran en una dialogicidad problematizadora interdisciplinar e intercultural que dinamizan los criterios de la matriz de ranqueo, donde la puntuación individual es parte de la perspectiva colectiva. Ello permite realizar un análisis colectivo ágil para evaluar cada problema según las perspectivas actorales al realizar la valoración reflexiva que cuantifica cada criterio, en cuya matriz se significa de forma objetiva el ordenamiento consecutivo de los problemas de salud a investigar y solucionar.

La interacción intercultural del equipo estudiantil con los actores sociales, al concluir este paso se redimensiona en una interacción independiente de cada estudiante en los pasos subsiguientes. No obstante, la unidad cíclica procesal e interacción grupal, continúa dinamizándose en la dialéctica de lo individual en lo universal procesal y lo individual en lo grupal relacional, respectivamente.

- El **análisis y determinación de los factores causales y de riesgos** surge como cuarto paso. El que a su vez se sustenta en el **análisis causal y de los factores de riesgo** como razonamiento hermenéutico de la causalidad en unidad dialéctica explicativa contradictoria en la génesis de los problemas. Ello se condiciona cuando el estudiante mediando con actores construye la matriz de causa-efecto, de la cual germina una contradicción dialéctica entre la generalidad del problema y su particularidad multicausal, y en la **búsqueda de las alternativas de solución** para la cual recurren al trabajo matricial, pero en el campo de fuerzas. Ello le permite sistematizar actividades que modifiquen las causas que afloraron en la matriz explicativa construida para cada problema priorizado.

El planteamiento de propósitos para la modificación, delinea la planificación en tres pasos que de forma consecutiva e interdependiente concretan la esencia dialéctica resolutive en unidad transformadora, que se articula en determinación recíproca entre: metas a largo plazo-plan de acción- plan de ejecución.

- La planificación de metas en cinco años, se da en unidad dialéctica entre el resultado actual y el esperado a largo plazo. Ello condiciona una contradicción entre el criterio de medida trazado en la realidad y el posible a lograr teniendo en cuenta los recursos y compromisos actorales, las relaciones emanadas consolidan el **establecimiento de metas a largo plazo**, como quinto paso.
- De la determinación dialéctica recíproca entre las metas a largo plazo y las parciales anticipadas, emerge la delimitación del objetivo a mediano plazo que define el **plan de acción**, como sexto paso, expresión de describir la realidad como un efecto esperado en un término entre tres y cinco años.
- Las actividades educativas y administrativas requeridas para alcanzar la situación deseada, forman parte de la construcción conjunta que realizan los implicados al problema priorizado para transformarlo. Ello lo logran al construir la matriz en el flujo de Gantt desde donde respondiendo a sus cuestionamientos se planifican: objetivos a corto plazo en un año, responsables, fecha, lugar o destinatario, modo de ejecutarse y las razones.

Este séptimo paso denominado **plan de ejecución** además de concebir la planificación operativa, implica su ejecución como expresión objetivada de la transformación de la situación de salud y vía de formación de la subjetividad, en una unidad dialéctica entre la necesidad de realizar lo planificado que emergió del análisis en una realidad concreta y lo casual que puede o no suceder al ejecutarse en otra. Las actividades se convierten en acciones al transformar los recursos en resultados en un periodo de un año, en ello se expresa la contradicción dialéctica que en unidad de contrarios mantienen en identidad las actividades educativas y las administrativas.

En la ejecución las actividades educativas adquieren un doble sentido en el componente subjetivo que

alcanza la interacción estudiante-actor social, uno hacia el autodesarrollo de las capacidades sanitaristas transformadoras en los implicados y otro hacia la actividad educativa mediacional transformadora en la comunidad, para lograr cambios que comiencen a trascender en el desarrollo de las capacidades transformadoras en sus integrantes. Las actividades administrativas requieren de la interacción para coordinar la participación y gestionar con los sectores sociales y con la propia comunidad, los recursos financieros, materiales, humanos y técnicos necesarios.

La transformación de la situación de salud, al concretarse de forma objetiva, trasciende en lo subjetivo en la autotransformación del estudiante, éste lo proyecta en su función mediadora a los actores y éstos hacia la comunidad. Esta contradicción que tiene por unidad la transformación contiene recíprocamente la modificación objetiva de la situación de salud y la subjetiva de los conocimientos, habilidades, valores y valoraciones de los implicados. Una y otra están indisolublemente ligadas pero son diferentes e irreductibles y adquieren significado al desarrollar la capacidad transformadora humana del estudiante como futuro profesional y de los actores sociales protagonistas en el acto intercultural participativo.

El nivel de sistematización e integración del contenido que se alcance en los tres pasos anteriores como unidad transformadora, es esencial en la intencionalidad formativa para la construcción y reconstrucción del conocimiento en el estudiante en función de los objetivos formativos, en la educación del actor social y en la transformación esperada de la situación de salud, orientada al cumplimiento de los objetivos que se planifiquen a largo, mediano y corto plazo. El nivel de integración cíclico ascendente, adquiere una singularidad interpretativa en la concatenación histórica que se logre en la sistematización e integración de la unidad transformadora, con el nivel de profundidad y potencialidad del análisis causal y la búsqueda de alternativas de solución, como unidad explicativa. La interrelación e interdependencia entre ambas unidades sustenta la lógica hermenéutico-dialéctica al planificar las acciones específicas eficaces para modificar, atenuar o eliminar el problema de salud priorizado.

- Al comparar los resultados con los objetivos trazados se enmarca la **evaluación** como octavo paso que cierra el ciclo y a la vez constituye el punto de partida del nuevo ciclo dialéctico co-transformador en espiral ascendente del ASIS. Es expresión del control establecido en el plan de ejecución para evaluar las actividades realizadas. Se desarrolla a través del monitoreo cuando los implicados hacen cortes evaluativos durante la ejecución del proceso para constatar los efectos parciales y de la evaluación al comprobar lo logrado al final de cada ciclo.

Para evaluar el impacto final el estudiante y los actores, recurren a los indicadores construidos en el primer paso y lo comparan con los nuevos que elaboran al iniciar el nuevo ciclo y en valoración reflexiva ascendente establecen una interdependencia histórica entre objetivos en la unidad transformadora. Primero contrasta el impacto alcanzado con el trazado a corto plazo en el plan de ejecución anual, luego comprueba como incide éste en el cumplimiento a mediano plazo en el plan de acción y por último, como repercute el resultado de este último en la meta a largo plazo. Ello adquiere significado al establecer un vínculo valorativo histórico regresivo que permite interpretar el impacto transformador en el problema de salud y adquirir experiencia para continuar un nuevo ciclo como estadio superior del proceso global transformador ascendente.

En la **interpretación etnomédica procesal** se sintetiza la sistematización epistemológica y metodológica del ASIS y ello implica que el estudiante se involucre en identificar la relación entre indicadores y componentes, y entre componentes y determinantes, identificar la tendencia de los indicadores, apropiarse del proceso globalizador y de los métodos y técnicas en él implícitos, y en identificar los actores sociales y su función mediadora en la Producción Social de la Salud con la comunidad.

La diversidad de técnicas contribuyen al ordenamiento y articulación de los pasos, lo cual exige de una posición consciente por el estudiante de la esencia interdisciplinar e intercultural de su contenido en una realidad en salud que se presenta en su globalidad, dinamicidad y complejidad, no desde su

conocimiento absoluto sino con un razonamiento lógico y reflexivo con y entre los actores.

Los estudiantes al posicionarse ante la situación de aprendizaje que emerge de la dualidad investigativo-resolutiva del ASIS en una situación de salud real, integran sus razonamientos con relación a las particularidades fácticas sociomédicas, regulatorias y axiológicas, lo cual contribuye a la apropiación de una cultura que les permite crearla, resolverla y transformarla. El profesor tutor, por su parte, contribuye a la transformación del estudiante en sujeto intérprete, transformador y mediador del actor social, y una vez, implicado con el actor social, ambos comparten sus saberes y los enriquecen. Ello favorece la proyección mediadora social del estudiante, expresión ideal del desempeño del Médico General en el primer nivel de atención a la salud.

Por lo expuesto, la apropiación del enfoque comunitario y la interpretación etnomédica procesal forman un par dialéctico que se presupone y contrapone, en tanto en la medida en que los estudiantes se apropien de la forma de abordar el proceso salud-enfermedad a nivel comunitario para investigarlo y transformarlo, logran desentrañar con un sentido etnomédico el ciclo dialéctico co-transformador en espiral ascendente del ASIS en su intervención. Por otra parte cuando logran explicar con un sentido etnomédico el ciclo dialéctico co-transformador, se contribuye a la apropiación de formas integradas superiores de enfocar la situación de salud comunitaria para investigarla y transformarla.

Desde esta mirada, la apropiación del enfoque comunitario potencia la interpretación etnomédica procesal, lo que conlleva a un movimiento ascendente, a un nivel de análisis y síntesis superior, así como a reflexiones y valoraciones lógicas sobre la orientación médica educativa prevaleciente. Como par dialéctico estas configuraciones son categorías yuxtapuestas que se sintetizan en la sistematización investigativo-resolutiva de problemas de salud, con la intencionalidad de desarrollar la capacidad sanitarista co-transformadora en el estudiante de Medicina.

El **desarrollo de la capacidad sanitarista co-transformadora** es la cualidad de orden superior,

mediante la cual se expresan las potencialidades del estudiante de construir y reconstruir de manera creativa e intencionada la situación de salud comunitaria. En este proceso se transforma a sí mismo y a los actores sociales implicados. Cuando el estudiante orienta la intervención hacia la situación deseada, multiplica en co-transformación interdisciplinar e intercultural sus conocimientos en los actores como partícipes y con ello crea, genera y desarrolla capacidades humanas transformadoras, a fin de que como sujetos integrados logren adquirir poder y transfigurarse al autogestionar la intervención comunitaria.

Esta configuración se desarrolla mediante la relación de intermediación del profesor tutor con el estudiante, el actor social y la comunidad, como objetos-sujetos investigados al transformar la situación de salud. Desde la situación comunitaria de salud emana una transformación direccionada en un doble sentido, en su modificación favorable y en la conversión de la suficiencia, actitud y disposición de los sujetos como un todo mediador orientado hacia la función social legitimada de participar y producir la salud en el espacio local-comunitario. Y así co-transformados, escalonadamente proyectarse hacia espacios superiores de la jerarquía social y trascender conscientes, activos y creadores en la construcción interdisciplinaria e intercultural de un estadio superior de salud.

La co-transformación sanitarista que se propone se enmarca en la concepción de la salud, como un proceso de producción social que trasciende en la dinámica de la formación sanitarista interactiva, con un carácter consciente, holístico, dinámico y complejo. El nivel de desarrollo de la capacidad crítica, activa y creativa, que como fuerza esencial asuma el profesor, el estudiante y los actores sociales implicados es fundamental para identificar y superar contradicciones prevalecientes entre los factores favorecedores de la salud colectiva y los generadores de su desequilibrio. De esta forma el estudiante y los actores sociales transforman su capacidad de respuesta reactiva-proactiva emplazada a solucionar los problemas que generaron el desequilibrio, en una capacidad activo-proyectiva orientada en la consecución de benefactores que resguarden, conserven y promuevan el equilibrio del estado de salud

comunitario. En ese contexto, la intervención de la situación de salud comunitaria mediada por el ASIS se comporta como unidad dialéctica entre la respuesta reactiva-proactiva que prevalece y la activo-proyectiva que emerge, que como contrarios mantienen su determinación recíproca.

En la medida que el estudiante en la interacción desarrolla la capacidad transformadora en los actores sociales, los implica para que ejerzan como mediadores con la comunidad para modificar la situación de salud. En cuya interacción se transforma a sí mismo, expresión de la relación dialéctica que se establece entre la transformación y la autotransformación en su crecimiento personal y profesional.

El impulso emprendedor que determina la disponibilidad del estudiante para apropiarse del contenido epistemológico y metodológico del ASIS, se convierte en una función reguladora de su aprendizaje, donde sintetiza su compromiso con su autodesarrollo profesional como intérprete-mediador sanitarista en la transformación de los implicados. En ello se da la unidad de lo afectivo y lo cognitivo, y lo individual y lo social, en el desarrollo de su capacidad transformadora humana, dada en las relaciones contradictorias entre el saber, el saber hacer, el ser y el convivir, como potencialidad humana que expresa en su comportamiento interactivo sanitarista co-transformador mediador.

En la medida en que el estudiante gestiona la intervención comunitaria, se involucra en la transformación de la situación de salud y su proyecto de desarrollo individual como perspectiva profesional se identifica con el de los actores sociales de la comunidad en la cual realiza la educación en el trabajo. Esta autoimplicación está relacionada con el nivel de autorrealización individual y social lograda en la medida en que sus metas formativas se van alcanzando en la educación en el trabajo, intercedida por el interés del profesor tutor como investigador, mediando con él para que influya en los actores sociales y de esta forma renovar los sustentos teóricos del ASIS al intervenir la situación de salud comunitaria en un ciclo dialéctico co-transformador en espiral ascendente.

La **dimensión pedagógica sanitaria investigativa** es portadora de una nueva cualidad que como

primer estadio de la dinámica propicia una mirada integral desde lo pedagógico al desarrollo de la capacidad sanitarista investigativa, desde la apropiación del enfoque comunitario y la interpretación etnomédica procesal, mediada y sintetizada por el desarrollo de la capacidad sanitarista co-transformadora y la sistematización investigativo-resolutiva de problemas de salud, configuraciones que, a su vez, constituyen un par dialéctico (Gráfico 1).

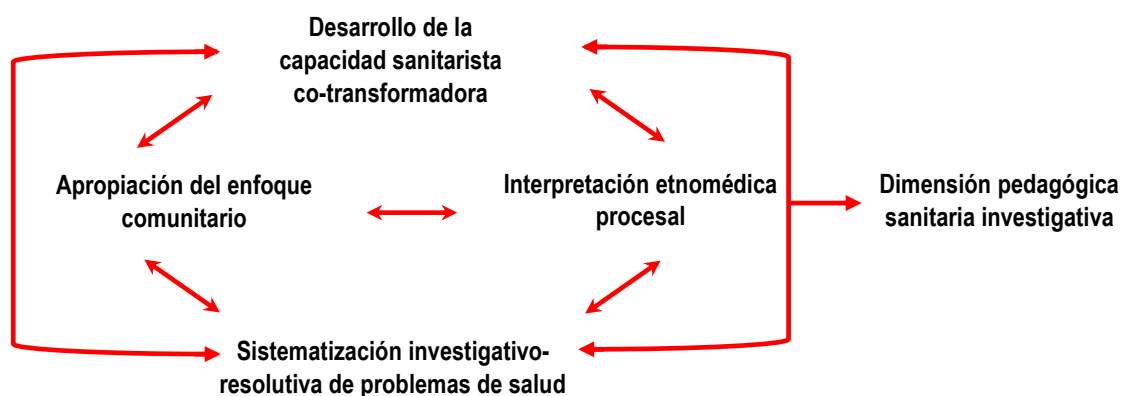


Gráfico 1. Dimensión pedagógica sanitaria investigativa

En ella se expresa la reconstrucción epistemológica y metodológica cultural del ASIS como expresión de la intencionalidad formativa de desarrollar la capacidad sanitarista investigativa en los estudiantes de Medicina. Ello propicia un primer acercamiento al objeto de estudio del Médico General con una lógica sociomédica y etnomédica integradora, al expresar el presupuesto pedagógico que garantiza la cultura sociomédica investigativa de la situación de salud comunitaria.

Sin embargo, no basta con identificar un movimiento y transformación en la dinámica que quede a nivel pedagógico investigativo del ASIS. Se requiere, además, establecer un camino didáctico que propicie su materialización, razón por la cual emergen las relaciones dialécticas entre: la orientación médico-comunitaria y la integración comunal transformadora, relación que se sintetiza en la práctica intercultural interactiva en salud.

En este sentido la **orientación médico-comunitaria**, es definida como el proceso de ordenación,

estructuración y disposición gradual y premeditada de lo sanitario interactivo que, en lo didáctico, propicia el desarrollo de la capacidad sanitaria co-transformadora del estudiante de Medicina en el contexto local-comunitario.

Al mismo tiempo proyecta la consecutividad y continuidad en el logro del autodesarrollo y autoformación del sujeto para apropiarse del saber sanitario interpretativo, co-transformador y mediador en un proceso de articulación situacional real en la comunidad, de aquellas relaciones dialécticas entre el estudiante, el contenido interdisciplinar e intercultural, los sujetos implicados y el ASIS que en función de mediadores, devienen en espacios de construcción social y cultural de significados para el aprendizaje. Ello trasciende en la actividad movilizadora que desarrolla el estudiante en el actor social al construir y transformar la situación de salud y se connota didácticamente a partir de las interacciones interculturales contextuales que se instauran entre ellos.

Para la movilización del actor, el estudiante transfiere a un nivel superior de interacción el contenido interdisciplinar apropiado, al poner en movimiento hacia un cambio la función que éste como vector social realiza al mediar con la comunidad para transformar su estado de salud. La comunidad con su estructura organizativa legitimada adquiere una condición de recurso de aprendizaje para el desarrollo de capacidades por el estudiante, y para que éste realice la educación en salud en el actor social. A la vez se convierte en el punto de encuentro donde se concreta la co-transformación, expresión de la contradicción surgida a partir de su doble condición de ámbito formativo, emisor de problemas para construir la situación de salud y receptor de las acciones modificadoras ejercidas sobre la misma y de las transformaciones cognitivas en sus actores sociales representados.

En esta configuración, se sintetiza la esencia intercultural y eminentemente humanizadora del ASIS y su dinámica de la formación sanitaria interactiva, pues el estudiante aprende de la interacción interdisciplinar e intercultural que desarrolla con la diversidad de actores en un contexto. El proceso

docente al estar contextualizado expresa su determinación recíproca, al ser condicionado por el contexto y condicionante para transformarse por la acción modificadora que sobre la situación de salud se realice.

La orientación médico-comunitaria, posibilita una profundización del contenido a través de la práctica que se desarrolla a partir del nexo entre lo académico y lo contextual laboral e investigativo en que el estudiante se desarrolla. Ello, confiere un carácter dinámico a la sistematización investigativo-resolutiva de problemas de salud, que no queda en lo cultural teórico, sino que trasciende en la dinámica de la formación sanitarista interactiva integrada en la lógica transformadora, en tanto que la orientación médico-comunitaria se irá incorporando en la práctica intercultural interactiva en salud.

Consecuentemente, se intenciona una lógica didáctica que se da entre la orientación y la generalización como concreción de la visión holista de la práctica profesional del Médico General, que debe caracterizar su quehacer sanitarista interactivo en la intervención comunitaria. Se manifiesta desde esta perspectiva su relación dialéctica con la integración comunal transformadora, a fin de contribuir al logro de la sistematización investigativo-resolutiva de problemas de salud, como propósito de esta modelación.

La **integración comunal transformadora** es el proceso de construcción y aplicación interdisciplinar e intercultural del aprendizaje a través del cual las potencialidades cognitivas aportadas por los saberes disciplinares adquiridos por el estudiante en su formación cultural, se sintetizan en interdisciplinariedad y adquieren un nuevo significado en la mediación intercultural que ejerce para que los actores sociales y la comunidad desarrollen la intervención transformadora que en la situación de salud logra sentido.

En esta configuración, la interacción mediadora del estudiante expresa el proceso intencional que como sujeto él co-desarrolla con el actor social al promover la transformación de la situación de salud en y con la comunidad; pero dado a su complejidad y a la diversidad de actores sociales en ella presentes, requiere que el estudiante integre los saberes interdisciplinares adquiridos y los transfiera en los vínculos dialógicos interculturales con los actores, en cuya integración y transferencia se expresa la contradicción

dialéctica entre el nivel de potencialidad del estudiante y de los actores que en diversidad expresan su formación cultural, profesional y experiencial, como base que sustenta su transformación.

Por consiguiente, la integración del contenido trasciende con un nuevo significado interdisciplinar al articularse con el contenido etnomédico, que adquiere sentido intercultural cuando los implicados realizan el ASIS y las técnicas cualitativas. En este sentido la interdisciplinariedad propicia la aprehensión del contenido sociomédico y etnomédico, implícito en la síntesis integradora procesal que se dinamiza al investigar y solucionar el proceso salud-enfermedad comunitario como objeto de la profesión médica, que en la práctica social y educativa subyace fragmentado en el primer nivel de atención a la salud.

Para el trabajo interdisciplinario, se tienen en cuenta los tres ejes integradores que se proyectan en el plan de estudio de Medicina y que interactúan dialécticamente. El **eje disciplinar** representado por la asignatura Salud Pública, que contribuye al objeto de la profesión al coincidir con el dominio del ASIS y sus aspectos epistemológicos y metodológicos. El **eje interdisciplinar** como confluencia del proceso dialogado y coordinado entre disciplinas sociomédicas que se subordinan al objeto, mediadas por la disciplina MGI como rectora para conciliar sus nexos integradores. El **eje transdisciplinar** representado en las estrategias curriculares: Metodología de la Investigación y Salud Pública y Formación Ambiental, proyecta la interconexión del ASIS como contenido trascendente en la formación, a través de puentes de unión en la carrera y desde ella, con el contexto profesional de actuación.

Con este propósito deberá establecerse una adecuada interacción e integración entre los ejes descritos dentro del proceso investigado y las disposiciones metodológicas vigentes, en los niveles organizativos del trabajo metodológico: colectivos de asignatura, año, disciplina y carrera, que al tener en cuenta el modelo de profesional, contribuya a la preparación científica, didáctica y metodológica de directivos, docentes y profesores tutores. Con ello, se sustenta la plataforma interdisciplinar propuesta, en correspondencia con la proyección interpretativa, co-transformadora y mediadora que se aspira formar,

concebida para vincular lo académico curricular con la trascendente integración del ASIS en la actividad investigativo-laboral desarrollada por el estudiante en el contexto local-comunitario.

En este sentido el trabajo metodológico de las disciplinas adquiere significación práctica, al trascender y articular la dinámica con la educación en el trabajo. La integralidad en este proceso es prioritaria, donde la visión interdisciplinaria se constituye en cualidad esencial inherente a la transformación, máxime si se aspira revelar en su vinculación práctica su carácter participativo, intercultural e interactivo, desde una base integradora del contenido sociomédico con el etnomédico.

La orientación médico-comunitaria y la integración comunal transformadora como par dialéctico se presuponen y se contraponen, ya que no se puede intervenir la situación de salud sin una orientación previa de los recursos didácticos interdisciplinarios e interculturales que se van a aplicar desde el contexto local-comunitario de actuación profesional del futuro Médico General. Por otra parte, no es posible su integración con los actores de la comunidad en ese contexto si no se sitúa al estudiante en una posición proactiva hacia la transformación de su situación de salud. Lo mismo sucede cuando la posición proactiva cambia una vez alcanzada la integración con los actores sociales, lo cual promueve al estudiante a alcanzar niveles superiores de orientación de los recursos didácticos que aplicará.

Sin embargo, el espacio más adecuado para integrar la dinámica es la ejecución real del ciclo dialéctico co-transformador en espiral ascendente del ASIS en la intervención, no desde su planificación didáctico-metodológica, sino en su ejercicio real contextualizado en una situación de salud compleja y multicausal coherente con el desempeño profesional del Médico General.

Entonces, la **orientación médico-comunitaria** y la **integración comunal transformadora**, son configuraciones que se significan en la **práctica intercultural interactiva en salud**, como proceso mediador y síntesis, que expresa el intercambio contextual permanente del estudiante con los actores sociales implicados. Dichas configuraciones sustentan una co-transformación sanitarista coherente con

las exigencias de la proyección interpretativa, co-transformadora y mediadora, como reguladora comportamental para alcanzar el desempeño responsable, comprometido, flexible y trascendente del Médico General sanitarista.

La **práctica intercultural interactiva en salud**, es el proceso de la dinámica de la formación sanitarista interactiva que se configura en la interacción dialógica interdisciplinar e intercultural contextual que desarrolla el estudiante con los actores al intervenir la situación de salud comunitaria. En dicha interacción resulta esencial la comunicación que establecen, mediada por el profesor tutor, para articular saberes interdisciplinarios y saberes populares locales, en un vínculo relacional humano horizontal, activo, participativo, reflexivo y no hegemónico, que trascienda en la co-transformación sanitarista que requieren alcanzar como sujetos implicados para responder al encargo social.

En esta configuración, las interacciones entre los saberes del estudiante y del actor son constituyentes de la integración interdisciplinar e intercultural y se expresan en los conocimientos sociomédicos y etnomédicos, que como contrarios son diferentes e irreductibles, pero se contienen recíprocamente.

Esta **interacción** dialógica interdisciplinar e intercultural, alcanza un nuevo significado en las relaciones didácticas establecidas entre los profesores tutores y los estudiantes, y las educativas establecidas entre el estudiante, el actor y la comunidad, al profundizar y consolidar los vínculos intermetodológicos que en las técnicas cualitativas grupales e individuales adquieren sentido. La diversidad de ideas, criterios, reflexiones y valoraciones enfocadas para modificar la situación de salud, se articulan en el ciclo dialéctico co-transformador en espiral ascendente del ASIS en la intervención comunitaria que se genera desde su carácter participativo e interactivo. Entonces, las interacciones intersujetos propician la apropiación de conocimientos, habilidades, valores y valoraciones en el estudiante y la capacitación educativa en salud del actor social, y por tanto, adquieren un carácter pedagógico-promocional significativo, que trasciende al desarrollo de sus capacidades sanitaristas resolutivas.

La interacción se constituye en un sistema de influencias interdisciplinarias e interculturales recíprocas entre los sujetos tanto individuales como sociales en la comunidad. Las influencias adquieren significado en las relaciones entre el estudiante y los actores sociales en su condición de contrarios dialécticos como sujetos en co-transformación para reajustar las acciones que desarrollan sus capacidades sanitaristas transformadoras, producidas a partir del interés didáctico del estudiante y el educativo del actor, generado desde el conflicto de solucionar la situación de salud. En ello se alcanza la realización individual articulada con la colectiva donde se incentiva una renovación del ASIS.

En esta configuración se hace evidente el proceso integrador globalizador del ASIS, necesario para que el estudiante interprete y transforme al actor social cuando en la gestión mediadora aplica sus saberes y los transfigura en un saber hacer, un saber ser y un saber convivir, para transformar la situación de salud.

El estudiante al posicionarse en la situación de salud, integra sus saberes interpretativos y transformadores con relación no solo a las particularidades fácticas del ámbito comunitario, sino también a lo regulatorio, axiológico y sociomédico, esto contribuye a la aprehensión de una cultura sociomédica del ASIS, construida desde lo intercultural y contextual, susceptible de ser reconstruida y transformada en la práctica real que adquiere sentido en la vinculación estudio-trabajo, donde se co-desarrollan la teoría y la práctica del ASIS, en unidad dialéctica.

La práctica intercultural interactiva en salud se da en unidad dialéctica con la sistematización investigativo-resolutiva de problemas de salud, dinamizada por el par dialéctico compuesto por la orientación médica-comunitaria y la integración comunal transformadora, relaciones de las que emerge la dimensión didáctica sanitaria resolutiva (Gráfico 2).

La **dimensión didáctica sanitaria resolutiva** es portadora de un movimiento y transformación en la dinámica de la formación sanitarista interactiva, en las relaciones que se producen cuando el estudiante

integra lo contextual para movilizar al actor social y lo interdisciplinar científico para mediar con lo intercultural etnomédico comunal, lo cual tipifica una didáctica específica de la educación en el trabajo en una relación entre la orientación y la generalización del contenido, donde se profundiza en la construcción epistemológica y metodológica del ASIS, en la que el sujeto al integral y aplicar el contenido en el contexto, desarrolla la capacidad sanitarista resolutive como forma de actuación y pensamiento.



Gráfico 2. Dimensión didáctica sanitaria resolutive

Entre las dos dimensiones: pedagógica sanitaria investigativa y didáctica sanitaria resolutive existe una unidad dialéctica, mientras más se profundiza en lo pedagógico sanitario investigativo de la situación de salud, mayor será el desarrollo de la capacidad sanitarista resolutive que se desarrolle desde lo didáctico para lograr lo resolutive transformador. Por consiguiente, a mayor perfeccionamiento de lo didáctico sanitario resolutive, se privilegia el desarrollo de la capacidad sanitarista investigativa desde lo pedagógico para penetrar en la explicación e interpretación de la situación de salud comunitaria.

Teniendo en cuenta estos argumentos, la modelación presupone un acercamiento entre la lógica pedagógica sanitarista investigativa y la lógica didáctica sanitarista resolutive sobre una base intercultural etnomédica.

Entre las configuraciones desarrollo de la capacidad sanitarista co-transformadora, sistematización investigativo-resolutiva de problemas de salud y práctica intercultural interactiva en salud, se establecen **relaciones esenciales** que en unidad dialéctica dinamizan la lógica integradora de la dinámica de la

formación sanitarista interactiva y que permiten revelar la existencia de vínculos estables entre las dimensiones pedagógica sanitaria investigativa y didáctica sanitaria resolutive. Ello no se da de manera espontánea, sino que debe ser orientado intencionalmente, por lo que se requiere la elaboración de la metodología de intervención en la situación de salud comunitaria para el proceso de enseñanza-aprendizaje de la asignatura Salud Pública (Gráfico 3).

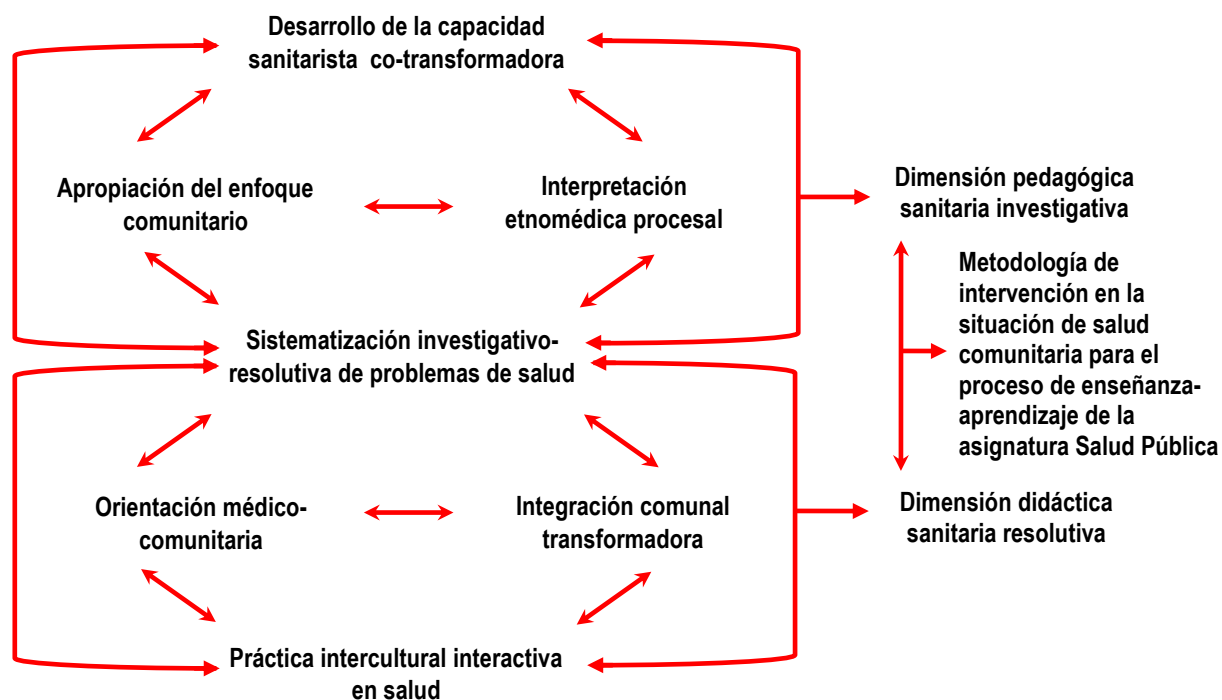


Gráfico 3. Modelo de la dinámica de la formación sanitarista interactiva del Análisis de la Situación de Salud en la intervención comunitaria

El **eje sistematizador** de la dinámica que se modela, se da en la relación dialéctica entre la orientación médico-comunitaria y la integración comunal transformadora, mediado y sintetizado por la apropiación del enfoque comunitario y la interpretación etnomédica procesal (Gráfico 4).

En la dinámica que se modela, el ASIS se constituye en un proceso cíclico co-transformador sanitarista en espiral ascendente, en el cual se van alcanzando niveles superiores en la sistematización investigativo-resolutiva de problemas de salud. Dicha dinámica se desarrolla en la educación en el trabajo y se estructura mediante la metodología de intervención en la situación de salud comunitaria para

el proceso de enseñanza-aprendizaje de la asignatura Salud Pública. Dado a que, en el desempeño del Médico General, el ASIS en la intervención comunitaria se desarrolla con los actores sociales en un contexto local-comunitario real, y en él se sintetizan e integran también los saberes interdisciplinarios sociomédicos portados por el estudiante y los saberes populares tributados por los actores sociales. En correspondencia con ello, en la lógica del saber sociomédico, se integra el saber etnomédico.

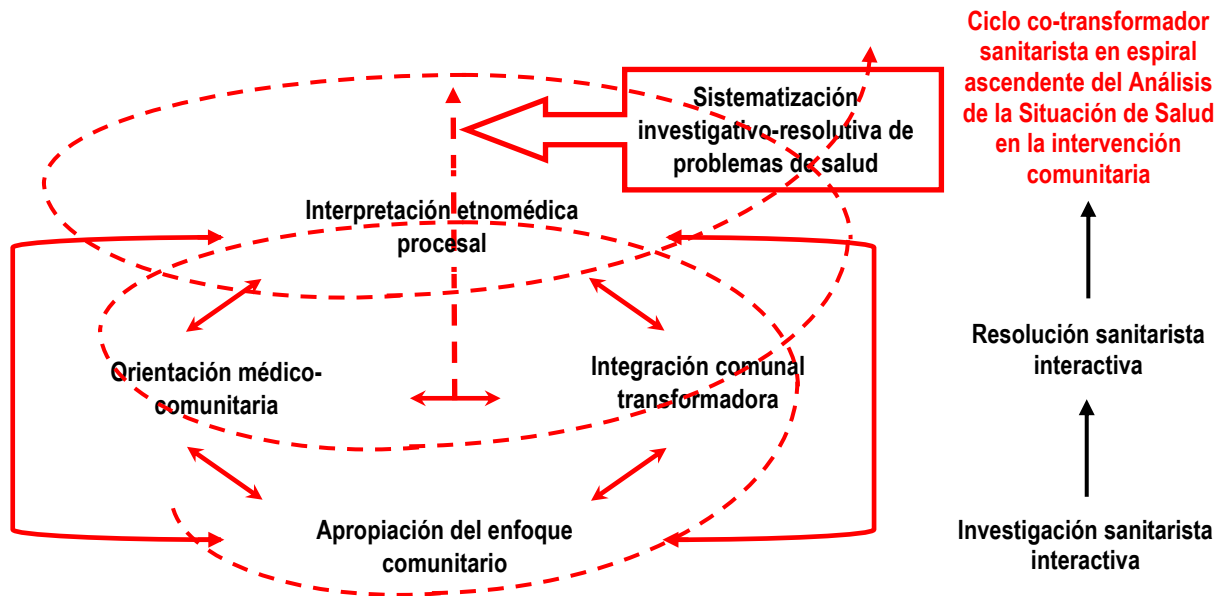


Gráfico 4. Eje sistematizador de la dinámica de la formación sanitaria interactiva del Análisis de la Situación de Salud en la intervención comunitaria

En el movimiento se van alcanzando eslabones en la sistematización investigativo-resolutiva de problemas de salud, en correspondencia con el ciclo sanitario co-transformador, sustentado en la lógica de interpretación sanitaria investigativa y la lógica de aplicación sanitaria resolutoria. Los eslabones constituyen la expresión de los complejos momentos del tránsito en la construcción del conocimiento científico como expresión teórica del ciclo sanitario co-transformador, determinan su lógica interna, en la sucesión: investigación sanitaria y resolución sanitaria, en el desarrollo de la capacidad sanitaria co-transformadora como intencionalidad modelada, expresión de la condición humana formada en el estudiante, al apropiarse del saber sanitario interpretativo, co-transformador y mediador.

El eslabón investigación sanitarista implica una sucesión de movimientos que se diferencian entre sí por las características del desarrollo que alcanza el estudiante, en calidad de investigador de la situación de salud para desarrollar la capacidad sanitarista investigativa en la medida en que se apropia del saber sanitarista intérprete-mediador. Este saber en el estudiante se sustenta a su vez en un sistema de capacidades. La capacidad indagativa como el saber para inquirir en la situación de salud a través del análisis crítico de la información relativa a ella, la capacidad argumentativa como la manera de expresar con basamento científico, juicios y valoraciones y la capacidad innovativa le permite revelar lo novedoso en la medida en que se relacionan aspectos significativos identificados en la explicación causal de los problemas con la proyección anticipada al planificar su transformación escalonada y su evaluación.

La capacidad sanitarista investigativa se sustenta en el saber sanitarista intérprete-mediador adquirido por el estudiante, a partir de la búsqueda de formas viables de interacción al indagar, argumentar e innovar con los saberes populares que aplican los actores sociales cuando solucionan los problemas comunitarios de salud y los integra con su saber científico cuando aplica las técnicas cualitativas de recolección de información, de explicación y solución de problemas. La integración de estos saberes constituye el fundamento hermenéutico dialéctico del ASIS, en un movimiento del todo (comprensión del proceso) a las partes (explicación de sus ocho pasos) y de estas al todo (interpretación del ciclo co-transformador sanitarista en espiral ascendente).

El eslabón resolución sanitarista incluye el desarrollo de la capacidad descriptiva, analítica e implicativa, donde el estudiante se apropia del saber sanitarista co-transformador y mediador; que sustenta en sistema la capacidad sanitarista resolutoria. La capacidad descriptiva le permite construir la situación e identificar los problemas, la capacidad analítica el razonamiento para evaluar la situación actual y proyectar la deseada y la capacidad implicativa sintetiza la mediación desarrollada cuando identifica, moviliza y cambia de posición al actor social para participar en la transformación, y lo capacita

promocionalmente, en la co-implicación sustentado en su saber sanitarista co-transformador y mediador. La hermenéutica del ciclo sanitarista co-transformador en espiral ascendente del ASIS como el todo y la investigación y resolución sanitarista como sus eslabones cíclicos constituyentes, se autoimplican recíprocamente, y su contradicción dialéctica es expresión de la totalidad del objeto: la co-transformación sanitarista, a partir de la sistematización investigativo-resolutiva de problemas de salud como unidad dinamizadora. El ciclo co-transformador sanitarista como el todo asume preponderancia frente a los eslabones y éstos reciben su significado, y el todo adquiere sentido de los eslabones, alcanzando una forma compleja, multicausal y dialéctica de la investigación y resolución en la intervención comunitaria.

El modelo expresa las siguientes relaciones esenciales que dinamizan en la lógica integradora:

- La **relación de interpretación sanitaria investigativa** se origina en las relaciones que se suscitan en la dimensión pedagógica sanitario investigativa, de la cual emana una lógica sanitarista investigativa como expresión de la intencionalidad pedagógica de desarrollar la capacidad sanitarista investigativa.
- La **relación de integración sanitaria resolutiva** se origina en las relaciones que promueve la dimensión didáctica sanitario resolutiva, expresión de un movimiento y transformación en la dinámica, con una lógica sanitarista resolutiva, en la que el estudiante al aplicar el contenido, desarrolla la capacidad sanitarista resolutiva.

Entre estas relaciones se establece una **unidad dialéctica pedagógico-didáctica** que posibilita un acercamiento entre las lógicas sanitaristas investigativa y resolutiva sobre una base intercultural etnomédica para desarrollar la capacidad sanitarista co-transformadora.

Se revela como **regularidad esencial** del modelo: la integración de la lógica pedagógico sanitario investigativa y la lógica didáctico sanitario resolutiva sobre una base intercultural etnomédica, en una lógica integradora sanitarista interactiva, que sustenta el desarrollo de la capacidad sanitarista co-

transformadora, a partir de la práctica intercultural interactiva en salud como vía para la sistematización investigativo-resolutiva de problemas de salud.

Desde esta integración se propone una **metodología de intervención en la situación de salud comunitaria para el proceso de enseñanza-aprendizaje de la asignatura Salud Pública**, que sustentada en la relación que se establece en el sistema de métodos, procedimientos y técnicas cuantitativas y cualitativas, permitan transitar desde estadios iniciales a superiores de transformación en los sujetos implicados: profesores tutores, estudiantes y actores sociales.

2.3.- Metodología de intervención en la situación de salud comunitaria para el proceso-enseñanza aprendizaje de la asignatura Salud Pública

La metodología se sustenta en los elementos organizativos propuestos por Armas, Lorences & Perdomo (2003) y se asume como el resultado práctico-instrumental relativamente estable que se obtiene en el proceso investigado y caracteriza la aplicación de la lógica del modelo de la dinámica de la formación sanitarista interactiva del ASIS en la intervención comunitaria, explicada en el epígrafe 2.2. El **método** a emplear es el **sistémico-estructural funcional**, porque sirve de sustento para la interpretación de las relaciones internas del modelo teórico y su orientación y generalización en la práctica intercultural e interactiva en salud para desarrollar la capacidad sanitarista co-transformadora en el estudiante de Medicina, desde la sistematización investigativo-resolutiva de los problemas comunitarios de salud.

Como antecedentes teóricos y metodológicos para el desarrollo de la capacidad profesional transformadora, desde una posición socio-antropológica, se toman los aportes de Fuentes et al. (2010, 2011) y para la interdisciplinariedad, las contribuciones de Castillo & Nolla (2004) y Vicedo (2009), cuando amplían el concepto no solo hacia la unión del contenido disperso en varias disciplinas y su síntesis unificadora en su solución como proceso dialéctico inverso, sino al aspecto aplicativo en un contexto sociocultural real, donde la alcanza mayor generalización, y los postulados de Nieves (2004) al

plantear el establecimiento de vínculos interdisciplinarios a partir de un eje central integrador en torno a un problema profesional.

Se tienen en cuenta, además, los conocimientos, habilidades, valores y valoraciones, apropiados por el estudiante hasta quinto año de la carrera, sistematizados por las disciplinas Informática Médica, Filosofía y Salud, Psicología Médica y MGI como disciplina rectora, al proyectar una integración médico-comunitaria orientada hacia la transformación de la situación de salud comunitaria y a la capacitación de los actores sociales implicados, como problema profesional, así como los conceptos de compromiso, flexibilidad y trascendencia, postulados por Fuentes (2006) desde la evaluación integrada, continua, holística y globalizadora en la formación profesional.

La metodología se basa en la organización coherente de sus procedimientos que con una especificidad en su ordenamiento e interrelación, sustentan la estructura de los tres métodos y las técnicas cuali-cuantitativas que se integran e interrelacionan para el logro del objetivo teleológico: desarrollar la capacidad sanitarista co-transformadora en el estudiante de Medicina. También promueve la formación de docentes investigadores, cuyos resultados pueden ser similares, pero con diferentes niveles de profundidad y de forma colateral contribuye a la capacitación promocional en la educación en salud de los actores sociales, pero no sistematizada ni evaluada como procedimiento directo.

En su condición de proceso, la metodología presupone una secuencia biotápica con una sucesión de procedimientos para el profesor tutor, el estudiante y el actor social, que se adecuan a la naturaleza del contenido, a las condiciones reales concretas y a los sujetos implicados: estudiantes, profesores tutores y actores sociales y se armonizan con la impartición del programa de la asignatura Salud Pública.

La etapa proyectivo-preparatoria incluye procedimientos que responden a cómo se desarrolla el proceso de enseñanza-aprendizaje como realidad objetiva. La etapa interventiva surge y evoluciona en la etapa precedente y adquiere una expresión didáctica en un sistema de métodos, procedimientos y técnicas

cuali-cuantitativas, que con una especificidad en su ordenamiento e interrelación, expresan la lógica dinamizadora del ASIS en la intervención comunitaria. Ambas son condicionantes e interdependientes entre sí en la metodología como un todo y las interrelaciones que se suscitan en su estructura, permiten trascender desde estadios iniciales a superiores de transformación en los sujetos implicados.

Las técnicas cualitativas complementan las cuantitativas, insertadas en los pasos del ciclo co-transformador sanitarista en espiral ascendente del ASIS, como imagen orientada hacia la acción humana, la subjetividad y la creatividad colectiva que desarrolla el estudiante con el actor social.

Se propone una **metodología de intervención en la situación de salud comunitaria para el proceso de enseñanza-aprendizaje de la asignatura Salud Pública**, con estas características:

A. Objetivo general: desarrollar la capacidad sanitarista co-transformadora desde la realización del ASIS en la intervención comunitaria en la carrera de Medicina.

B. Fundamentación: constituyen exigencias para el diseño de la metodología los siguientes referentes:

1. La interdisciplinariedad entre las ciencias y disciplinas socio-médicas, actúa como articuladora del saber científico del estudiante con el saber popular que le aporta el actor social, al formar su saber sanitarista interpretativo co-transformador y mediador en la intervención del proceso salud-enfermedad comunitario, en el contexto local-comunitario.
2. Los problemas que caracterizan la situación de salud comunitaria como realidad sociocultural de aprendizaje, se asumen como la menor unidad de análisis estructural y funcional del proceso de enseñanza-aprendizaje de la asignatura Salud Pública y de la dinámica de la formación sanitarista interactiva del ASIS en la intervención comunitaria, desde el carácter interdisciplinar e intercultural que singulariza la educación en el trabajo.
3. El desarrollo de la capacidad sanitarista co-transformadora, desde una posición socio-antropológica intercultural etnomédica, se centra en las bases epistemológicas sanitaristas que se articulan entre las

estrategias mundiales de APS y de promoción de salud, con la Participación Social en Salud como principio rector ineluctable para alcanzar una verdadera Producción Social de la Salud.

4. El desarrollo de la capacidad sanitarista co-transformadora se sustenta en el sistema de capacidades, que inician su desarrollo en asignaturas precedentes y se consolidan por las estrategias curriculares, en la sistematización del ASIS y su dinámica en el proceso de enseñanza-aprendizaje de la asignatura Salud Pública, en calidad de actividad profesional específica y en el proceso de comunicación dialógica intercultural entre el estudiante y los actores sociales, mediados por el profesor tutor, como sujetos que protagonizan la intervención comunitaria.
5. La capacidad sanitarista co-transformadora se desarrolla en la medida que el estudiante se apropia de los conocimientos, habilidades, valores y valoraciones, a partir del carácter holístico, complejo y desarrollador del ASIS.
6. La metodología forma parte del ciclo co-transformador sanitarista (**Anexo 8**), que se armoniza con los encuentros dialógicos interculturales entre el estudiante y los actores sociales.
7. La metodología se asume a partir del enfoque procedimental y metodológico, incluido en la bibliografía básica de la asignatura Salud Pública (Toledo et al., 2005), donde se integran los ocho pasos del ASIS con las técnicas cualitativas grupales. La guía metodológica vigente en dicha asignatura se adecua según los requerimientos de la dinámica de la formación sanitarista interactiva (**Anexo 9**); siendo sometida a la valoración de especialistas en el colectivo de asignatura y en el colectivo de MGI como disciplina rectora en la carrera de Medicina.
8. Las técnicas cualitativas permiten obtener la respuesta de lo que los actores sociales piensan y cuáles son sus sentimientos, y para ello, el estudiante se apoyan en la metodología de la técnica prevista en cada paso. Los grupos de discusión que dinamiza cada técnica permiten reconstruir el sentido social de un yo grupal que se articula en el todo de los actores sociales en ella implicados.

9. Al iniciar la asignatura se le entrega al estudiante la **guía para la realización del ASIS de una comunidad**, agregada como folleto complementario a la tesis al darle continuidad a los anexos 8 y 9. El documento, confeccionado por el autor para la investigación, integra dos guías que se complementan entre sí durante la aplicación de la metodología: la guía para los encuentros dialógicos interculturales (**anexo 8**) y la guía modificada para la realización del ASIS (**anexo 9**).

C. Etapas que componen la metodología.

Etapa proyectivo-organizativa: primer estadio de la metodología, se sustenta en procedimientos que responden a cómo se desarrolla el proceso de enseñanza-aprendizaje en la asignatura, relacionados con el trabajo metodológico, el diagnóstico, la sistematización e integración de categorías esenciales de la Salud Pública como ciencia y las regulaciones vigentes, asegurar la calidad del proceso docente, incentivar el compromiso ético transformador y promover el diálogo intercultural.

Etapa interventiva: logra una expresión didáctica en un sistema de métodos: el método de investigación sanitarista interactivo, el método de resolución sanitarista interactivo y el método de evaluación sanitarista interactivo; el primero y el segundo interactúan entre ellos para desarrollar la capacidad sanitarista co-transformadora en el estudiante, uno posee procedimientos esencialmente investigativo-explicativos de la situación de salud y el otro, resolutivo-interventivos sobre la misma; el tercero, integra el proceso evaluador para constatar los niveles de logros en el estudiante sustentado en un conjunto de guías e instructivos.

Método de investigación sanitarista interactivo. Objetivo: interpretar el proceso investigativo-resolutivo al abordar de forma integrada lo sociomédico, axiológico y regulatorio comunitario, mediante procesos interactivos para desarrollar la capacidad sanitarista investigativa. Se relaciona con el sustento investigativo lógico de la dinámica, lo que determina el fundamento de la sistematización investigativo-resolutiva de problemas de salud, que dinamiza y reconoce la apropiación del enfoque comunitario y la

interpretación etnomédica procesal, cuya interacción constituye el soporte pedagógico para desarrollar la capacidad sanitarista co-transformadora.

En un primer momento, al reconocer la situación de salud, posibilita al estudiante detectar e investigar problemas en el contexto profesional, concientizar proyectos cognitivos individuales y reconocer valores, que facilitan la apropiación de saberes sociomédicos y etnomédicos, y se integran en el saber sanitarista intérprete mediador en la intervención, a partir de la capacidad sanitarista investigativa y del sistema de capacidades que la sustentan: indagativa, argumentativa e innovativa.

Este método permite estructurar la lógica sistematizadora entre lo sociomédico interdisciplinar y lo intercultural etnomédico, en la interpretación del ciclo co-transformador en espiral ascendente del ASIS en la intervención comunitaria, en relación con el enfoque comunitario para investigar la situación de salud. Por ello, la habilidad fundamental que se contribuye a formar es **interpretar**.

Método de resolución sanitarista interactivo. Objetivo: solucionar los problemas de salud investigados en la comunidad, a partir de la integración interdisciplinar e intercultural, como vía de sistematización investigativo-resolutiva de los problemas de salud en el contexto local-comunitario. Constituye un segundo momento del proceso formativo, desde la interacción didáctica en la intervención de la situación de salud. Se integra de forma coherente y sistémica para alcanzar la capacidad sanitarista resolutiva que se sustenta en el sistema integrado por las capacidades descriptiva, analítica e implicativa.

La habilidad fundamental que contribuye a formar es la de **solucionar** la situación de salud comunitaria con un saber sanitarista interpretativo, co-transformador y mediador, que contribuya a partir de sus nexos relacionales sociomédicos y etnomédicos en el contexto local-comunitario real, a alcanzar la proyección interpretativa, co-transformadora y mediadora del estudiante cuando realiza el ASIS.

Método de evaluación sanitarista interactivo. Objetivo: evaluar los procedimientos de los métodos de investigación sanitarista interactivo y de resolución sanitarista interactivo, de forma integrada y

armonizada con el sistema de evaluación concebido en el programa de la asignatura Salud Pública, que implica el informe escrito de ASIS y su defensa oral, sobre la base de la capacidad sanitarista co-transformadora desarrollada en el estudiante de Medicina. Para ello, se proponen niveles de logros que permiten corroborar la optimización del proceso.

La aplicación de los métodos de investigación sanitarista interactivo y de resolución sanitarista interactivo, y la interacción que se propicia entre ellos en la metodología, permite la estructuración de **niveles de logros** en el desarrollo de la capacidad sanitarista co-transformadora; caracterizado por el dominio de los conocimientos, habilidades, valores y valoraciones, que continuó adquiriendo el estudiante al investigar y solucionar la situación de salud cuando realizó el ASIS. Puede identificarse:

- un primer **nivel de apropiación cultural investigativa**, caracterizado por el dominio teórico conceptual del ASIS y de las técnicas cuali-cuantitativas, que sustentan el desarrollo de la capacidad sanitarista investigativa, según las categorías de análisis: estructura del informe final, definición de los objetivos de la investigación, capacidad descriptiva y capacidad analítica.
- un segundo **nivel de aplicación intercultural resolutive**, representado por el dominio de habilidades, valores y valoraciones respecto al ASIS y las técnicas cuali-cuantitativas, que sustentan el desarrollo de la capacidad sanitarista resolutive, según los niveles de apropiación e integración en las dimensiones: apropiación de la proyección sanitarista mediadora, interpretación etnomédica investigativa, integración resolutive y valoración crítico-reflexiva. El primer y segundo nivel de logros se concreta en la evaluación final integrada del examen final práctico.
- un tercer **nivel de posicionamiento crítico sanitarista co-transformador**, caracterizado por: la proyección sanitarista socio-individual (saber convivir), la asunción cognitivo sanitarista de la práctica en salud (saber y saber hacer) y la disposición y compromiso sanitarista ético-social (saber ser).

Los logros del desarrollo de la capacidad sanitarista co-transformadora permiten apreciar el tránsito en la

aplicación del saber sanitarista interpretativo cotransformador en el proceso de enseñanza-aprendizaje de la asignatura Salud Pública y de la dinámica del contenido del ASIS en la intervención comunitaria. Sobre la base del desarrollo de una relación dialéctica entre el desarrollo de la capacidad sanitarista investigativa sustentada en la apropiación del saber sanitarista intérprete mediador y el desarrollo de la capacidad sanitarista resolutive respaldada en la apropiación del saber sanitarista co-transformador mediador, se sustenta en sistema la capacidad sanitarista co-transformadora desarrollada sobre el saber interpretativo co-transformador construido por el estudiante, como un ciclo de integración interdisciplinar e intercultural que implica la esfera cognitiva y la actitudinal.

Fuentes en las que se sustenta este método para comprobar los niveles de logros:

- Sistema de guías e instructivos para la evaluación final práctica, que incluye: guía de calificación del informe final de ASIS y el instructivo, guía de observación de la defensa oral con sus instructivos para la calificación según indicadores, la final y el instructivo para la evaluación del examen práctico que integra las calificaciones del informe escrito y la defensa oral.
- El resultado de la encuesta de autoevaluación al finalizar el examen práctico.
- El resultado comparativo de la calificación de la pregunta de ASIS en el examen teórico final.

La integración interdisciplinaria e intercultural centrada en los problemas de salud reales que caracterizan la situación de salud comunitaria, apunta hacia una actuación investigativa profesional del especialista de MGI, en su condición de profesor tutor y hacia una aplicación de la metodología, que se vincula de forma flexible con los intereses cognoscitivos, axiológicos y profesionales del estudiante de Medicina en la actividad investigativo-laboral y exigen su participación comprometida en la misma.

D. Procedimientos que corresponden a cada etapa.

1. En la etapa proyectivo-organizativa. A desarrollar por el profesor:

- Diagnostica el nivel de sistematización y las potencialidades en los estudiantes para profundizar e

- impartir el nuevo contenido, a partir de los recursos cognitivos adquiridos previamente.
- Propicia la motivación del estudiante mediante la identificación de la realización del ASIS de una comunidad con la autorrealización profesional, al presentar los nuevos contenidos a partir de los precedentes para generar el conflicto cognitivo.
 - Construye los ejes teórico-metodológicos para la integración interdisciplinar e intercultural, y lo gestiona en los niveles organizativos metodológicos: colectivo de carrera, de MGI como disciplina rectora, de quinto año y de asignatura, a partir del objetivo y el contenido curricular.
 - Coordina en el colectivo de carrera la sistematización de los problemas de salud a nivel individual, en los colectivos de tercer y cuarto año, a modo de problemas identificados desde el ASIS para establecer los vínculos interdisciplinarios verticales con un primer nivel de integración en la asignatura Medicina Comunitaria y un segundo nivel en las asignaturas Salud Pública y MGI, en quinto año.
 - Selecciona los profesores tutores que participarán de acuerdo al perfil profesional y docente.
 - Capacita a los profesores tutores sobre la metodología propuesta y la guía para la realización del ASIS de una comunidad.
 - Promueve la actividad participativa social de los actores sociales, previa selección y aceptabilidad.
 - Reflexiona con los estudiantes y actores sociales seleccionados sus experiencias con relación a la realización del ASIS en la intervención comunitaria.
 - Promueve el diálogo interdisciplinar entre estudiantes y el intercultural entre estudiante y actor social.
 - Incentiva en los estudiantes su responsabilidad médico-social, su compromiso ético transformador y su proyección interpretativa, co-transformadora y mediadora social (**Anexo 10**).

A desarrollar por el estudiante:

- Interpreta como se concretan en la práctica profesional del Médico General los principios, funciones y fuentes esenciales de la Salud Pública como ciencia integradora y multidisciplinaria, y la estructura del

sistema de salud, al investigar e intervenir el proceso salud-enfermedad a nivel comunitario.

- Explica la Producción Social de la Salud sustentada en la participación social, a partir del modelo de los campos de salud de Lalonde y la función ejercida por el Médico General en su condición de intérprete mediador al conducir a los actores sociales en la intervención comunitaria.
- Identifica los ejes teóricos necesarios para alcanzar la integración interdisciplinar e intercultural, en los encuentros dialógicos interculturales con el actor social en el contexto local-comunitario.
- Valora la significatividad intercultural que alcanzan las técnicas cualitativas en el diálogo de saberes con los actores sociales.
- Explica las categorías científicas: estado de salud de la población, componentes, determinantes, proceso salud-enfermedad a nivel comunitario, factor de riesgo y problema de salud comunitario.
- Interpreta las categorías: estado de salud de la población en interrelación de sus determinantes sobre sus componentes, así como la función medidora del indicador de salud y reguladora del ASIS al investigar y transformar el proceso salud-enfermedad comunitario.
- Interpreta los enfoques sistémico, estratégico y de riesgo, y los niveles de prevención en salud.
- Identifica las regulaciones oficiales vigentes para el trabajo local-comunitario en salud.
- Interpreta y sistematiza la información obtenida en la caracterización geográfica, histórica local y sociocultural de la comunidad objeto de estudio.

2. En la etapa interventiva.

Procedimientos del método de investigación sanitarista interactivo. A desarrollar por el profesor:

- Orienta el trabajo individual y en equipo, entre los estudiantes y los actores sociales para promover la ejecución de ciclo co-transformador en espiral ascendente del ASIS en la intervención comunitaria, en los encuentros dialógicos interculturales: del primero al décimo primero que incluye lo investigativo tácito en sus cuatro primeros pasos.

- Promueve el cumplimiento de los preceptos éticos profesionales del estudiante durante las interacciones con los actores sociales y el uso correcto de las fuentes de obtención de la información.
- Orienta las actividades de cada encuentro dialógico intercultural: estudiante-actor social (**Anexo 8**).
- Establece orientaciones desde el contexto local-comunitario, para fortalecer las interacciones que se establecen entre los estudiantes y entre ellos con actores sociales, a partir de la guía modificada para realizar el ASIS (**Anexo 9**) y los requerimientos éticos y el consentimiento informado (**Anexo 10**).
- Interrelaciona el contenido curricular con el intercultural requerido en la práctica en salud.
- Establece los vincularlos interdisciplinarios mediante los nexos epistemológicos y metodológicos con las estrategias curriculares y las disciplinas precedentes y subsecuentes, sobre todo con la asignatura MGI cuando profundicen el plan de ejecución en la misma comunidad objeto de estudio.

A desarrollar por el estudiante:

- Interpreta la trascendencia de los indicadores para aproximarse a la situación de salud.
- Interpreta el proceso cíclico en espiral ascendente del ASIS en la co-transformación sanitarista.
- Identifica los actores sociales que, en función de mediadores sociales, representan la comunidad y su posición participativa en el trabajo comunitario en salud.
- Socializa el compromiso ético investigativo y co-transformador, a partir de la planificación conjunta del cronograma de encuentros dialógicos interculturales.
- Establece la interacción dialógica intercultural con los actores sociales co-participes al intercambiar experiencias y saberes, y estimular su participación en la investigación.

Procedimientos del método de resolución sanitarista interactivo. A desarrollar por el profesor:

- Orienta el trabajo individual y en equipo a desarrollar en los encuentros dialógicos interculturales: del décimo segundo al décimo quinto que incluye lo resolutivo implícito en sus cuatro últimos pasos.
- Incentiva la co-transformación desde la interacción del estudiante con el actor social en la comunidad

para la modificación de la situación de salud y la realización de actividades educativas en salud.

- Estimula la realización de valoraciones en los estudiantes a partir de la propia situación de salud comunitaria para que éstos recurran a las interacciones interculturales etnomédicas con los actores desde sus bases sociomédicas, que, al integrarse en interdisciplinariedad al intervenir la situación de salud, trasciendan regulando su proyección interpretativa, co-transformadora y mediadora social.
- Generaliza desde la intervención en curso, otras alternativas transferibles a la diversidad de situaciones de salud, actores sociales y regulaciones posibles en otros contextos.
- Reflexiona con los estudiantes los aciertos y desaciertos, sobrevenidos al ejecutar cada actividad de intercambio, para establecer la planificación de la próxima y su observación.

A desarrollar por el estudiante:

- Establece la interacción dialógica intercultural con los actores co-partícipes en la intervención, para intercambiar experiencias y saberes, y estimular su participación en la co-transformación.
- Moviliza al actor social para que medie con la comunidad en la intervención de la situación de salud.
- Aplica el ciclo co-transformador del ASIS, integrado con los actores sociales al intervenir la situación de salud, en el contexto real y desde éste, en la intervención en curso, generaliza otras alternativas transferibles a la diversidad de situaciones de salud y actores sociales participantes.
- Valora las ideas, criterios y razonamientos propuestos por los actores sociales.
- Reflexiona con los profesores tutores los aciertos y desaciertos al finalizar cada encuentro dialógico intercultural en el ciclo co-transformador del ASIS.
- Sistematiza sus experiencias científicas e interculturales con los profesores y los actores sociales.

Procedimientos del método de evaluación sanitarista interactivo. A desarrollar por el profesor:

- Orienta el trabajo individual y en equipo al promover los intercambios interculturales y las reflexiones sobre la evaluación final, desde el primer encuentro dialógico intercultural hasta el décimo sexto.

- Aplica la evaluación frecuente concebida en el programa de la asignatura, de forma continua, integrada y globalizada, de forma participativa y constructiva para el estudiante.
- Realiza evaluaciones parciales al finalizar cada paso del proceso de ASIS, a partir de los aciertos y desaciertos, para con ello fomentar el aprendizaje dando acceso a los estudiantes al diálogo crítico sobre los problemas que presentan y las propuestas para superarlos.
- Aplica los instrumentos elaborados para evaluar los resultados obtenidos en la realización del ASIS.
- Define en consenso con el colectivo de profesores de la asignatura la nota del recorrido del estudiante y la calificación del examen final práctico.

A desarrollar por el estudiante:

- Redacta el informe final de la investigación científica en equipos de dos o tres estudiantes.
- Presenta y defiende el informe final en el equipo y de forma individual a partir del análisis causal de los problemas priorizados.
- Argumenta desde la base epistemológica y metodológica aportada por el ASIS, su posicionamiento proyectivo como intérprete, co-transformador en la intervención comunitaria.

Procedimientos colaterales a desarrollar con los actores sociales:

- Establecen relaciones comunicativas interpersonales entre ellos y los estudiantes basadas en el respeto, en el comportamiento ético y en el reconocimiento de sus aportes al proceso investigativo.
- Promueven un debate crítico y reflexivo de sus experiencias y saberes cotidianos.
- Socializan con los estudiantes sus experiencias prácticas sobre el trabajo comunitario en salud.

E. Representación gráfica de la metodología (Anexo 11).

F. Recomendaciones para la instrumentación.

Un requerimiento primordial del desarrollo de la capacidad sanitarista co-transformadora en el estudiante de Medicina, reside en la coherencia y racionalidad en la conducción médica profesional y profesoral del

profesor tutor en la educación en el trabajo.

Por lo anterior expuesto, los encuentros dialógicos interculturales (**Anexo 8**) y las actividades, en ellos implícitas, hay que concebirlos de forma tal que permitan un tratamiento integrado en el orden científico, ético y organizativo (horarios, privacidad, funcionamiento de los Equipos Básicos de Salud y disposición de cooperación de la dirección del Policlínico). Por consiguiente, es fundamental que el colectivo de la carrera y de la asignatura Salud Pública del Centro de Educación Médica Superior, ejerza una función rectora en correspondencia con un sistema de trabajo que privilegie las actividades docentes, asistenciales e investigativas que confieren direccionalidad técnica al proceso de enseñanza-aprendizaje. La metodología se concibe con una trascendencia pedagógico-didáctica en la Educación Médica Superior, pues revela las relaciones interdisciplinarias e interculturales entre la cultura sociomédica: construcción científica interdisciplinar basada en la multicausalidad, la dinamicidad y la complejidad del proceso salud-enfermedad a nivel comunitario y su atención, y la intercultural etnomédica: las experiencias y saberes populares de los actores sociales que representan la comunidad como colectivo humano; que al integrarse en el proceso con las técnicas cualitativas, favorecen un acercamiento de los sujetos concretos en el espacio local-comunitario, de su vida cotidiana y de sus acciones y, especialmente, de los significados que atribuyen a dichas acciones.

Como constructo práctico la metodología se desdobra: en el desarrollo de la capacidad sanitarista co-transformadora del estudiante y en lo promocional-educativo, en la capacitación del actor social, con ello, se propicia un fuerte vínculo relacional de la universidad médica y la sociedad en la categoría Producción Social de la Salud, donde el ASIS como contenido interdisciplinar e intercultural ejerce una función mediadora en la intervención del proceso salud-enfermedad a nivel comunitario.

Conclusiones del capítulo

La modelación de la dinámica de la formación sanitarista interactiva del ASIS en la intervención

comunitaria posibilitó revelar dos dimensiones portadoras de las cualidades fundamentales de dicho proceso. La dimensión pedagógica sanitaria investigativa que emerge de la unidad dialéctica entre la apropiación del enfoque comunitario y la interpretación etnomédica procesal, mediada por la sistematización investigativo-resolutiva de problemas de salud para desarrollar la capacidad sanitarista co-transformadora y la dimensión didáctica sanitaria resolutiva, que surge de la relación dialéctica entre la orientación médico-comunitaria y la integración comunal transformadora, mediada por la práctica intercultural interactiva en salud sustentada en la sistematización investigativo-resolutiva de problemas de salud sobre una base intercultural etnomédica. El eje sistematizador reconstruye el ASIS en un ciclo co-transformador sanitarista en espiral ascendente, la investigación y resolución sanitarista como sus eslabones constituyentes, se autoimplican recíprocamente, y su contradicción dialéctica es expresión de la totalidad del objeto: la co-transformación sanitarista.

Emerge como regularidad del modelo, la integración de la lógica pedagógico sanitario investigativa y la lógica didáctico sanitario resolutiva sobre una base intercultural etnomédica, en una lógica integradora sanitarista interactiva, que sustenta el desarrollo de la capacidad sanitarista co-transformadora, a partir de la práctica intercultural interactiva en salud como vía para la sistematización investigativo-resolutiva de problemas de salud. La modelación propuesta sustenta la metodología de intervención en la situación de salud comunitaria para el proceso de enseñanza-aprendizaje de la asignatura Salud Pública, en la que se dinamiza la relación entre la lógica sanitarista interactiva investigativa, resolutiva y evaluativa del ASIS.

CAPÍTULO 3.

VALORACIÓN DE LA PERTINENCIA CIENTÍFICO- METODOLÓGICA DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN Y SU CORROBORACIÓN PRÁCTICA

CAPÍTULO 3. VALORACIÓN DE LA PERTINENCIA CIENTÍFICO-METODOLÓGICA DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN Y SU CORROBORACIÓN PRÁCTICA

En este capítulo se valora la pertinencia científico-metodológica del aporte teórico y práctico de la investigación, a través de criterio de expertos y talleres de socialización, y se corrobora el valor práctico de la metodología de intervención en la situación de salud comunitaria para el proceso de enseñanza-aprendizaje de la asignatura Salud Pública, mediante su ejemplificación parcial en la asignatura Salud Pública que se imparte en la carrera de Medicina en la Facultad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila.

3.1.- Valoración de los resultados de la investigación a través de criterio de expertos

Para valorar la pertinencia científico-metodológica del modelo de la dinámica de la formación sanitarista interactiva del ASIS en la intervención comunitaria y la metodología de intervención en la situación de salud comunitaria para el proceso de enseñanza-aprendizaje de la asignatura Salud Pública, se aplicó el criterio de expertos, utilizando el método de consenso Delphi.

Se eligió un grupo de 26 posibles expertos que se consideraron suficientemente preparados en la formación contextualizada de profesionales en la Educación Superior y/o en la Educación Médica Superior, de Ciego de Ávila y de otras provincias del país. En su selección, se tuvo en cuenta la experiencia profesional sobre la temática, la experiencia como docente e investigador, el grado científico y la categoría docente, además de los criterios de los colectivos de la disciplina MGI y de la asignatura Salud Pública. Entre los convocados se encuentran directivos, docentes y metodólogos de la carrera, así como profesores tutores que asumen de forma conjunta la educación en el trabajo en las asignaturas de la disciplina MGI y en la propia asignatura Salud Pública.

La determinación del nivel de experticia de los candidatos se realizó a partir de sus propias valoraciones sobre el dominio de la temática y las fuentes de argumentación, para lo cual se aplicó el cuestionario de competencia presente en el **Anexo 12**. Como resultado se obtiene que 25 candidatos ostentan un nivel alto de competencia (96 %) y uno un nivel bajo (4 %). Se seleccionan los de nivel alto, quedando constituido el panel por los 25 expertos que alcanzan dicha calificación (**Anexo 13, Tabla 1**).

El grupo se caracterizó por profesionales que en mayoría poseían 20 o más años de experiencia en la Educación Superior y Educación Médica Superior (80 %), además de una amplia diversidad profesional: 15 especialistas en MGI (60 %), dos en Epidemiología (8 %), dos Psicólogos (8 %) y seis Pedagogos (24 %). Las categorías de Titular (40 %) y Auxiliar (44 %), representaron la mayoría y la de Asistente, la minoría (16 %). Con relación al grado científico, 10 son Doctores en Ciencias (56 %), 14 son Máster (40 %) y solo un profesor (4 %) no posee grado científico, sin embargo, es especialista en MGI y posee una amplia experiencia docente e investigativa en las asignaturas Salud Pública y MGI (**Anexo 13, Tabla 2**).

En el proceso de valoración de la pertinencia de las propuestas, se realizaron tres rondas de consulta al panel de expertos. En la primera ronda, se les envía una encuesta con preguntas abiertas y los dos aportes, y se le solicita que emitan sus opiniones y sugerencias acerca de ellos (**Anexo 14**). En la segunda se les solicitó que calificaran el modelo y la metodología, para lo cual se les facilitó el cuestionario con respuestas cerradas (**Anexo 15**). En la tercera se aplicó el mismo cuestionario (**Anexo 15**), al cual se le adjuntó, para cada experto, la información sobre la puntuación promedio dada por el grupo en la segunda ronda y su puntuación anterior, con el objeto de que, si lo consideraba, modificara su respuesta. La fiabilidad del instrumento aplicado se determinó mediante el coeficiente α de Cronbach y la concordancia de los expertos mediante el coeficiente W de Kendall.

Las opiniones más frecuentes emitidas por los expertos fueron las siguientes:

- Reconocen en la interacción intercultural el rasgo distintivo que caracteriza el modelo, dado que se

- desarrolla con un nivel vinculante superior del estudiante con el actor social en la educación en el trabajo.
- Resaltan el valor que adquieren las bases etnomédicas de la medicina comunitaria y su integración con las bases sociomédicas, pues permite orientar la comprensión del proceso salud-enfermedad a nivel comunitario y su atención como objeto de la profesión médica. Esta valoración permitió profundizar en el sistema de relaciones que se modelan en los vínculos interactivos que sobre una base pedagógica sustentan la capacidad transformadora del estudiante durante la apropiación enfoque necesario para interpretar el proceso investigativo-resolutorio del ASIS a partir de la sistematización formativa y sobre una base didáctica dinamizar la relación entre la orientación y la generalización en la educación en el trabajo, como expresión de la integración contextual de lo social en lo comunitario.
 - Destacan la significación de la configuración de integración comunal transformadora, al señalar que con ella se revela la necesidad de determinar los ejes teórico-metodológicos esenciales para la interacción dialógica intercultural como una vía concreta para dinamizar el ASIS en la práctica contextualizada y con ello, evitar la fragmentación desde su orientación didáctica.
 - Resaltan la novedad científica al haberse valorado procedimientos para los estudiantes, profesores tutores y actores sociales como sujetos socializadores de este proceso, aunque se reconoce que la evaluación se restringe solo al estudiante.
 - Significan su correspondencia con los niveles de logros revelados en el método de evaluación sanitarista interactivo y lo innovador de su inclusión al formar parte del sistema de métodos, procedimientos y técnicas de la metodología, que como aporte práctico puede aplicarse para afrontar cualquier intervención sanitarista ante problemas de salud comunitarios que requieran de la co-implicación de los sujetos en la Producción Social de la Salud.
 - Destacan que la metodología favorece el desarrollo del proceso de enseñanza-aprendizaje de la asignatura Salud Pública en la carrera de Medicina, desde diversos contextos interculturales en salud

y la pluralidad de actores sociales, y permite desarrollar la capacidad sanitarista co-transformadora del estudiante en la complejidad, diversidad, multicausalidad y dinamicidad del proceso salud-enfermedad a nivel comunitario y su atención.

Los resultados de la calificación dada por los expertos en la segunda y tercera rondas, se muestran en los **Anexo 16 y 17**, respectivamente. Los resultados fueron similares, lo que evidencia que la mayoría de los expertos mantuvieron sus criterios, aún después de conocer la frecuencia de las puntuaciones otorgadas por el total de los participantes en la valoración. En ambos casos la fiabilidad del instrumento fue adecuada, de acuerdo con el valor del coeficiente α de Cronbach para el modelo ($\alpha_2 = 0,693$ y $\alpha_3 = 0,728$) y para la metodología ($\alpha_2 = 0,876$ y $\alpha_3 = 0,893$), y la concordancia de los expertos para el modelo (W_2 de Kendall = ,310 y $W_3 = ,344$) y para la metodología (W_2 de Kendall = ,472 y $W_3 = ,509$). En todos los casos fue altamente significativa ($p_2 = 0,000$, $p_3 = 0,000$).

Todos los aspectos sometidos a la consideración recibieron altas calificaciones. El total de los ítems relacionados con el modelo (8) y con la metodología (10) fueron considerados como muy adecuados.

De estos resultados puede interpretarse que:

- El modelo posee relevancia para el proceso de enseñanza-aprendizaje de la asignatura Salud Pública y su dinámica. Prevalece como criterio la necesidad de su elaboración acorde con las características de dicho proceso y al aporte novedoso que para este resulta.
- Los fundamentos epistemológicos que sustentan la construcción teórica del modelo de la dinámica de la formación sanitarista interactiva del ASIS en la intervención comunitaria, permiten revelar las categorías básicas que explican la esencia del objeto de investigación.
- El modelo propuesto resume las ideas acerca de la dinámica de la formación sanitarista interactiva del ASIS en la intervención comunitaria, basada en el reconocimiento de las relaciones internas que emanan entre las configuraciones apropiación del enfoque comunitario-interpretación etnomédica

procesal y orientación médico-comunitaria-integración comunal transformadora, que se sintetizan en la sistematización investigativo-resolutiva de problemas de salud en la práctica intercultural interactiva en salud para llegar a desarrollar la capacidad sanitarista co-transformadora, todo esto expresado en las dimensiones pedagógica sanitaria investigativa y didáctica sanitaria resolutiva, que singularizan el eje sistematizador en el proceso.

- La sistematización investigativo-resolutiva de los problemas de salud, permite al estudiante desde la comprensión, la explicación, la observación y la interpretación, integrar y aplicar el contenido sociomédico interdisciplinar e intercultural del ASIS en la intervención comunitaria a un determinado contexto local-comunitario y transferirlos a otras situaciones de salud comunitaria y a otros contextos.
- El modelo de la dinámica de la formación sanitarista interactiva del ASIS brinda el soporte teórico para la elaboración de la metodología de intervención en la situación de salud comunitaria para el proceso de enseñanza-aprendizaje de la asignatura Salud Pública, siendo aplicable también ante cualquier circunstancia que requiera de la co-implicación entre el Médico General y los actores sociales.
- La concepción general de la metodología y los métodos, procedimientos y técnicas que la conforman responden al desarrollo de la capacidad sanitarista co- transformadora en el estudiante de Medicina.

3.2.- Valoración de los resultados mediante talleres de socialización con especialistas

La valoración de los resultados como alternativa válida, sin negar el mérito científico que aporta la consulta a expertos realizada, se fundamenta en el enfoque hermenéutico-dialéctico, al expresar una perspectiva más participativa que permite un intercambio directo e enriquecedor con los profesionales seleccionados desde un enfoque didáctico interactivo, para corroborar con sus criterios y observaciones la lógica dialéctica investigativa del constructo epistemológico y del praxiológico. La metodología que se empleó se sustenta en la valoración cualitativa de los aportes, sobre la interpretación que hacen los especialistas de los mismos, aportando sus puntos de vista y referentes culturales, a partir de la entrega

previa del informe y la exposición realizada por el investigador.

Primer taller de socialización.

Objetivo: Valorar la pertinencia del modelo de la dinámica de la formación sanitarista interactiva del ASIS en la intervención comunitaria y la metodología de intervención en la situación de salud comunitaria para el proceso de enseñanza-aprendizaje de la asignatura Salud Pública, a fin de que sean reveladas las coincidencias y discrepancias con las propuestas.

Participaron 18 profesionales de la carrera de Medicina, que forman parte del colectivo de carrera, de MGI como disciplina rectora y de la asignatura Salud Pública. De ellos, dos son doctores, diez son másteres en Educación Superior y seis en Educación Médica, todos son médicos de profesión con categoría docente de Profesor Titular dos, Auxiliar siete, Asistente cinco e Instructor cuatro.

Primer paso del taller:

- Elaboración y entrega del informe de investigación para su proceso valorativo previo.
- Realización del taller con las siguientes actividades: exposición acerca del proceso de enseñanza-aprendizaje de la asignatura Salud Pública y su posición en el plan de estudio, y de la dinámica del contenido del ASIS en la intervención comunitaria; fundamentación de las configuraciones, relaciones dialécticas establecidas, dimensiones, eslabones y el eje sistematizador, como expresión de la lógica o sucesión de movimientos seguidos para la transformación del estudiante, que responde a las regularidades internas de los procesos establecidos en la investigación; presentación de la metodología y del sistema de métodos, procedimientos y técnicas que la sustentan, así como las ideas con relación al diseño de la investigación y la argumentación del marco teórico y práctico.

Segundo paso del taller:

- Se realizó un **debate científico**, donde se intercambian preguntas y respuestas por parte de los especialistas, se esclarecieron aspectos imprecisos que originaron dudas sobre la construcción del

modelo y el sistema de categorías que lo sustentan. Después se pasó al debate y discusión del aporte práctico, donde los profesores indagaron y aportaron elementos para los métodos y procedimientos de la metodología. En la misma medida en que se desarrolló el taller, se fueron registrando las ideas esenciales expresadas en función de perfeccionar los aportes de la investigación.

Se recogieron las siguientes opiniones:

- El tema investigado es pertinente y actual, por el énfasis en las concepciones sanitaristas actuales que caracterizan el contexto local-comunitario en salud, al considerarse la dinámica del ASIS como un elemento transformador esencial en el actual proceso formativo del Médico General para elevar las capacidades investigativas y resolutivas de los estudiantes a nivel comunitario, y para potenciar su función docente educativa en salud sobre los actores sociales y la comunidad.
- Resulta novedoso en la Educación Médica Superior al elevar el nivel de interacción del estudiante con el actor social y co-potenciar su función mediadora en la intervención comunitaria, así como la mediación del profesor tutor en el proceso de enseñanza-aprendizaje de la asignatura Salud Pública, con lo que se fomenta la integración del ASIS desde una base intercultural etnomédica.
- Los criterios expuestos revelan que existe coherencia entre los resultados y la problemática investigada; se reconocen las condiciones contextuales en el primer nivel de atención a la salud para la aplicación de la metodología, así como la preparación que poseen los profesores tutores respecto al campo investigado.
- Se considera una lógica investigativa coherente entre las categorías del diseño de la investigación y la lógica interna del modelo argumentado.
- La regularidad esencial está en correspondencia con el eje de sistematización y las relaciones esenciales reveladas en el modelo, lo que expresa pertinencia científica para orientar el proceso de enseñanza-aprendizaje de la asignatura Salud Pública.

- La metodología propuesta es adecuada, pues sintetiza las ideas esenciales inherentes al influjo de relaciones que dinamiza el modelo; viabiliza la metodología y su sistema de métodos, procedimientos y técnicas, y distinguen como elemento innovador la inclusión de la evaluación de los resultados como un método integrador intermetodológico y la diferenciación de procedimientos para profesores tutores, estudiantes y actores sociales.

Sobre las **recomendaciones aportadas**, se enfatizó en continuar profundizando en las configuraciones y en su singularidad para resaltar lo esencial del proceso de ASIS como rasgo específico, ampliar los procedimientos en la metodología y elaborar niveles de logros a alcanzar por el estudiante en el método de evaluación. El intercambio posibilitó al investigador realizar considerables mejoras en los aportes de la investigación, a partir de perfeccionar el uso de terminologías específicas al definir las configuraciones y elaborar las relaciones en el modelo, profundizar los procedimientos, así como la forma de instrumentarlos.

Segundo taller de socialización

Objetivos: Valorar la pertinencia de los resultados de la investigación y de la ejemplificación práctica, a fin de que sean reveladas las coincidencias y discrepancias con lo concebido, y las sugerencias y recomendaciones aportadas por los especialistas para perfeccionar el documento escrito.

En su realización participaron 20 aspirantes del doctorado colaborativo en Ciencias Pedagógicas y siete doctores en ciencias pedagógicas de la Universidad de Ciego de Ávila Máximo Gómez Báez.

Con este segundo taller se logró integrar elementos conceptuales que emergieron desde la divergencia y convergencia reflexiva entre los especialistas, respecto a las categorías del modelo y las relaciones entre sus configuraciones. Se realizó un análisis lógico de la estructuración de la metodología y su fundamentación, a partir de la construcción teórica aportada en el modelo. Los criterios debatidos contribuyeron a la mejora de ambos aportes en cuanto a su viabilidad, aplicabilidad, novedad y

pertinencia científico-metodológica.

Los especialistas, desde la diversidad que representan, generaron en el intercambio ideas en torno al valor científico-metodológico de los aportes y las posibilidades de perfeccionamiento, aportando desde las intervenciones críticas y desarrolladoras las siguientes recomendaciones:

- El modelo de la dinámica de la formación sanitarista interactiva del ASIS en la intervención comunitaria, y su aporte práctico, muestran novedad científica en su estructura, según los preceptos de la Concepción Holístico Configuracional. Se considera pertinente respecto a la problemática que se investiga y las categorías esenciales que fueron reveladas en la modelación.
- La metodología resulta novedosa y factible, por cuanto facilita continuar y consolidar el desarrollo de la capacidad transformadora del estudiante en la intervención comunitaria y llega a trascender hasta la capacitación en salud del actor para cumplir su función mediadora en la comunidad y alcanzar niveles superiores de participación, se considera adaptable su implementación en los servicios para intervenir situaciones tendenciales y emergentes donde se requiera de la implicación comunitaria.
- Los procedimientos están elaborados de forma independiente hacia los sujetos que participan, desde donde se aprecia concordancia e interrelación en ellos, al igual que con la etapa, el método y técnicas al que pertenece. Ello resultó novedoso al constituirse en una herramienta factible, en tanto su aplicación contribuye al desarrollo de la capacidad sanitarista co-transformadora del estudiante en el primer nivel de atención a la salud.

Las **sugerencias realizadas** estimularon la profundización en la definición de las categorías y sus relaciones, así como para lograr mayores niveles de argumentación entre ellas como resultado de la modelación y la aplicación de la metodología en la Facultad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila.

Este segundo taller permitió el debate y el intercambio con la comunidad científica en relación con la pertinencia de los aportes de la investigación y transcurrió como un proceso de retroalimentación

reflexivo que posibilitó perfeccionar la lógica investigativa. El análisis de los criterios reveló nuevas contradicciones para la dinamización del proceso de enseñanza-aprendizaje de la asignatura Salud Pública, y posibilitó identificar aspectos que requerían de una mejor argumentación. Sobre esta base se realizaron las valoraciones pertinentes para corregir y perfeccionar los resultados investigativos.

3.3.- Resultados de la aplicación parcial de la metodología de intervención en la situación de salud comunitaria para el proceso de enseñanza-aprendizaje de la asignatura Salud Pública en la Facultad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila

3.3.1.- Descripción de la aplicación parcial

Para complementar las valoraciones realizadas al modelo y metodología propuestas, así como la viabilidad de aplicación de esta última, se ejemplifican procedimientos mediante su implementación, en el curso 2014-2015, en el Policlínico Docente “Belkis Sotomayor”; escenario formativo perteneciente a la Facultad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila. Se trabaja con la población de los 65 estudiantes que conformaron los tres grupos docentes planificados en dicho escenario.

La metodología se armonizó con la organización del contenido del programa de la asignatura en las actividades de educación en el trabajo y se implementó en grupos independientes durante las nueve semanas de duración, lo cual facilitó el intercambio con los 19 profesores tutores que participaron indistintamente en las tres ediciones desarrolladas. Ello propició un fructífero intercambio de saberes que contribuyó al perfeccionamiento de la función docente e investigativa del profesor tutor y a la renovación teórica del ASIS en la intervención comunitaria.

Para su aplicación se trabajó previamente con los profesores tutores responsabilizados con la educación en el trabajo en los CMF, a los cuales se les preparó desde las reuniones de colectivo de asignatura en: interculturalidad en salud, etnomedicina, ética investigativa y en el contenido. Se les expuso el resultado del diagnóstico fáctico realizado y se profundizó en el análisis de cada uno de los procedimientos, así

como en el cronograma de encuentros dialógicos a realizar y en la guía metodológica modificada.

El profesor tutor en el transcurso de la educación en el trabajo orientó y controló a un equipo de dos o tres estudiantes a él asignados. El profesor de la asignatura controló de forma sistemática la ejecución e intercambió semanalmente con los profesores tutores y estudiantes. Ambos participaron en el colectivo de asignatura que se desarrolla con una periodicidad mensual.

Procedimientos implementados:

Etapas proyectivo-preparatoria:

Interpreta como se concretan en la práctica del Médico General los principios, funciones y fuentes esenciales de la Salud Pública como ciencia integradora y multidisciplinaria, y la estructura del sistema, al investigar la situación de salud comunitaria como su objeto de estudio.

El profesor tutor establece un diálogo reflexivo con los estudiantes, al sustentar los principios, funciones, disciplinas y fuentes científicas que caracterizan la Salud Pública, al intercambiar sus experiencias como co-partícipe del proceso atencional, que con los actores sociales desarrolla en el primer nivel de atención; al sistematizar indicadores de salud que distinguen a Cuba a escala internacional, al establecer vínculos contextuales transformativos con lo contribuido a escala nacional desde lo local-comunitario. Esta primera actividad posibilitó al estudiante identificar el enfoque participativo, interdisciplinar e intercultural requerido para intervenir la situación de salud. Ello le permitió interpretar la lógica investigativa e interventiva profiláctica, educativa y participativa que caracteriza la Salud Pública cubana.

Explica la Producción Social de la Salud sustentada en la participación social, a partir del modelo de los campos de salud de Lalonde y la función que ejerce el Médico General en su condición de intérprete mediador al conducir los actores sociales en la intervención de su situación de salud.

El profesor tutor establece un diálogo reflexivo con los estudiantes para destacar la intencionalidad formativa implícita en el ASIS como instrumento de la Epidemiología, singularizado como la investigación

fundamental del Médico General y del especialista de MGI en el primer nivel de atención a la salud. Estos como mediadores técnicos profesionales tienen la responsabilidad de activar procesos y acciones sociales conducentes hacia la investigación y resolución de la situación de salud comunitaria al favorecer los condicionantes de su equilibrio y neutralizar los del desequilibrio. Esta segunda actividad, contribuyó a la interpretación del proceso eminentemente profiláctico y participativo de la Producción Social de la Salud, que, sustentado en los campos de salud, se orienta de forma prospectiva hacia el desarrollo de la salud como producto social.

Valora la significatividad intercultural que alcanzan las técnicas cualitativas en el diálogo de saberes con los actores sociales.

El profesor de la asignatura y los profesores tutores desarrollaron un diálogo reflexivo con los estudiantes para valorar la significación intercultural participativa que alcanzan las técnicas cualitativas, diferenciando en cada uno de los ocho pasos la técnica específica a aplicar. Los docentes insistieron en su valor heurístico y explicitaron el alcance dialógico intercultural y consensual que se logra en la medida en que se construyen las matrices implícitas en la mayoría de ellas. Los estudiantes sistematizaron su objetivo y metodología de aplicación, utilizando para ello fichas que previamente habían sido sistematizadas en ejercitación grupal en la clase-taller. Con esta actividad, el estudiante logra interpretar el valor que llega a alcanzar cada técnica para desarrollar el paso dentro del proceso global y la importancia general que adquieren para concretar no sólo el proceso de toma de decisiones, sino también porque contribuyen a superar las barreras interculturales y la hegemonía entre los saberes concomitantes en el ASIS.

Etapa interventiva. Método de investigación sanitarista interactivo:

Interpreta la trascendencia de los indicadores para aproximarse a la situación de salud.

El profesor tutor promovió un diálogo reflexivo para que los estudiantes, a partir del ASIS existente en el CMF, identificaran los indicadores construidos y la fuente de obtención utilizada. Posteriormente, estos

indicadores lo relacionaron con el evento vital y el componente que expresan e interpretaron su comportamiento según los estándares y objetivos del sector salud y cómo cada uno de los indicadores construidos, aproxima más al estudiante al darle mayor objetividad a la situación de salud estudiada.

El docente fue creando situaciones de enseñanza-aprendizaje y transfiriendo cada indicador identificado, clasificado, analizado e interpretado, de forma ascendente, hacia los niveles administrativos del gobierno y del sistema de salud en Cuba, estas generalizaciones contribuyeron a identificar los actores sociales participantes y las fuentes a utilizar en cada uno de los niveles. Intencionó situaciones relacionadas con otras naciones a partir de experiencias en los estudiantes procedentes de ellas y las suyas en las misiones internacionalistas. Al finalizar, el estudiante logró interpretar y transferir la significación que alcanza el indicador como instrumento de medición para objetivar la situación de salud y penetrar en la complejidad del fenómeno investigado, y con ello, sustentar la transformación prevista en los objetivos y actividades, así como para evaluar el impacto transformador.

En una valoración final identificaron que los indicadores cualitativos eran insuficientes al igual que la evaluación aplicada. Ello les permitió reconocer que la calidad del proceso limitó la objetivación inicial de la situación de salud comunitaria que se investigó y, por ende, repercutió en su resolución al intervenirla.

Interpreta el proceso cíclico en espiral ascendente del ASIS en la co-transformación sanitarista.

El profesor tutor desarrolló un diálogo reflexivo con los estudiantes para en conjunto, reconocer en el proceso de ASIS su significación en la construcción de sus saberes interpretativo co-transformadores y el valor que trasciende para él como mediador profesional co-participe, enriquecer y transformar lo teórico del ASIS, a partir de los encuentros dialógicos interculturales con los actores donde todos asumen una postura investigativa de la situación de salud y de la propia teoría del ASIS que prevalece para modificarla.

El docente intencionó la reflexión de forma tal, que los estudiantes fueron sistematizando cada paso del

proceso dentro del ciclo co-transformador; diferenciado lo investigativo implícito en el proceso analítico-explicativo y lo resolutivo transformador hacia dos direcciones: la situación de salud y sus conocimientos y el de los actores implicados, en la medida que ellos como estudiantes los capaciten al desarrollar el ASIS. Además, insistió en la orientación, la acción, la observación y la reflexión como momentos que generan la espiral ascendente co-transformadora en los encuentros dialógicos interculturales (**Anexo 8**).

El estudiante, de esta forma logra activar sus referentes interpretativo co-transformadores al visualizar las potencialidades para su autodesarrollo sanitarista, reconocer el valor operacional de sus saberes sociomédicos y sus limitaciones para alcanzar su proyección interpretativa, co-transformadora y mediadora, que se superarán con los saberes populares cuando movilice e implique los actores sociales.

Identifica los actores sociales que, en función de mediadores sociales, representan la comunidad y su posición participativa en el trabajo comunitario en salud.

El profesor tutor estableció un diálogo con los estudiantes, para valorar la participación social y la mediación que realizan los actores con la comunidad. Cada estudiante logró identificar el nombre y la posición participativa de cada actor y diferenció al mediador formal en aquel ciudadano que representa las organizaciones políticas y de masas comunitarias, al mediador informal en el individuo que por sus cualidades es distinguido y seguido por la colectividad y al mediador institucional en la persona jurídica que representa en la comunidad los sectores sociales: políticos, religiosos, policiales, educacionales, deportivos, culturales y de producción y servicios, entre otros.

Socializa el compromiso ético investigativo y co-transformador, a partir de la planificación conjunta del cronograma de encuentros dialógicos interculturales.

El profesor tutor y los estudiantes convocaron un encuentro inicial con los actores seleccionados para participar. La invitación la realizaron los propios estudiantes, quienes trataron de involucrar a los actores desde ese primer acercamiento. En el encuentro, en autoreflexión el profesor tutor reconoció deficiencias

y errores en procesos anteriores e instó a los actores asistentes a contribuir con la formación de los estudiantes, en su condición de mediadores formales, informales e institucionales para realizar el ASIS.

El docente y los estudiantes una vez que la mayoría aceptó participar, se comprometieron a cumplir el compromiso ético investigativo. Luego de la explicación de la metodología, planificaron en consenso un cronograma de actividades para de esta manera implicar y comprometer a cada actor social y a cada estudiante en el proceso. Al finalizar todos como participantes firmaron el consentimiento informado **(Anexo 10)**.

Etapas interactivas. Método de resolución sanitarista interactivo:

Moviliza al actor para que medie con la comunidad en la intervención de la situación de salud.

El profesor tutor, en diálogo reflexivo, una vez el estudiante incentivado en el contexto local-comunitario con saberes interpretativo co-transformadores e interactuando con el actor social en el proceso, potenció las relaciones interculturales comunicativas a partir de la sistematización de los problemas que afectan la situación de salud. Este procedimiento se ejecutó con el objetivo de que el estudiante movilizara sus saberes para cambiar de posición a un actor social ya socializado y comprometido, para que mediara con la comunidad en función de transformar la situación de salud.

El estudiante fue capaz de movilizar sus saberes sociomédicos interdisciplinarios, de reconocer en ellos inconsistencias para asumir la cultura social a compartir en el acto interventivo con el actor social y por tanto, logró potenciar las relaciones interculturales mediante el diálogo interactivo. Iniciando de esta forma el intercambio en lo promocional educativo en salud con el actor, al brindarle información sobre los riesgos y su repercusión desfavorable, y retroalimentarse con sus experiencias y saberes. Ello consolidó los compromisos de transformación para que ambos co-implicados, cimentaran la intervención en la medida que planificaron la transformación a partir de los problemas investigados.

Reflexiona con los profesores los aciertos y desaciertos al finalizar cada encuentro dialógico intercultural en el ciclo co-transformador sanitarista del ASIS.

Al terminar cada paso de los ocho que en concatenación recíproca determinan el ciclo co-transformador, el profesor tutor intercambió para conocer los aciertos y desaciertos resultantes. Se valoró, además, como avanzaron en la educación en salud que fueron capaces de brindar los estudiantes a los actores sociales y los elementos etnomédicos captados por los estudiantes de éstos. Ello le permitió al estudiante: interpretar la concatenación con que fue sistematizado cada paso en interdependencia con el ciclo como el todo, reconstruir y modificar los planes al iniciar cada encuentro dialógico intercultural y valorar la educación en salud que promocionó en el actor social y los saberes captados por éstos. Mediante ello, se autoevaluó y se evaluó en equipo como mediador del proceso.

Al finalizar cada encuentro, el estudiante fue capaz de aplicar, en la interacción con el paso siguiente, el plan corregido en la reflexión; a partir de las fortalezas y debilidades, que se suscitaron de los aciertos y desaciertos que registraron en el Diario de la Investigación (incluido en folleto complementario).

Etapla interventiva. Método de evaluación sanitarista interactivo:

Argumenta desde la base epistemológica y metodológica aportada por el ASIS, su posicionamiento proyectivo como intérprete, co-transformador y mediador en la intervención comunitaria.

El profesor de la asignatura y los integrantes del tribunal evaluador, en el acto de examen final establecen un diálogo reflexivo con los estudiantes del equipo de investigación. Su objetivo fue comprobar el desarrollo de habilidades, valores y valoraciones, y la solidez de los conocimientos adquiridos como sustento de la capacidad sanitarista co-transformadora desarrollada. El acto se realiza en la medida que se contrasta el resultado evaluado previamente en el informe escrito (**Anexo 18**), con la presentación, defensa y argumentación que muestran como habilidad teórico-metodológica en el examen

final práctico, lo cual se registra por el investigador en calidad de observador participante al aplicar la guía de observación (**Anexo 19**).

Una vez terminado el examen, el profesor de la asignatura entrega una encuesta al estudiante para que se autoevalúe según lo aprendido (**Anexo 21**). Al finalizar el estudiante fue capaz de comprobar su propio desarrollo en la asignatura, descubrir y reconocer sus logros y deficiencias al desarrollar su capacidad sanitarista co-transformadora y su compromiso sanitarista ante la sociedad.

3.3.2.- Resultados de la evaluación de los niveles de logros alcanzados en los estudiantes y profesores tutores

En un primer momento se califican los informes de ASIS entregados 72 horas antes de la defensa oral. Para ello se utilizó una guía de calificación (**Anexo 18**) con cuatro categorías de análisis que tuvo como resultado un **primer nivel de logros**: la apropiación cultural investigativa del ASIS en la intervención comunitaria. Caracterizada por el dominio teórico conceptual de su contenido y de las técnicas cuanti-cualitativas que sustentan el desarrollo de la capacidad sanitarista investigativa. Los resultados evidencian que existe una coherencia teórico-metodológica entre sobresaliente y adecuada en la confección del informe (**Anexo 18, tabla 1**), dado a que la casi totalidad de los estudiantes logran altas calificaciones (86 %), que superan lo alcanzado en el curso 2013-2014 (28 %). De igual forma se comporta la calificación de las categorías: estructura del informe final, planificación de los objetivos, capacidad descriptiva y capacidad analítica (**Anexo 18, tabla 2**).

De la defensa oral del informe en el examen final práctico se deriva el **segundo nivel de logros**: la aplicación intercultural resolutive del ASIS en la intervención comunitaria. Representado por el dominio de habilidades, valores y valoraciones respecto al ASIS y a las técnicas cuanti-cualitativas que lo respaldan, que sustenta a su vez el desarrollo de la capacidad sanitarista resolutive. Los resultados entre sobresalientes y adecuados demostrados por los estudiantes, se manifiestan en la alta calidad de las

calificaciones finales (**Anexo 19, tabla 1**), con la casi totalidad de ellos con notas entre excelente y bien (94 %), que sobrepasa el resultado obtenido en el curso 2013-2014 (41 %). Similares efectos se muestran en las categorías: apropiación de la proyección sanitarista mediadora, interpretación etnomédica investigativa, integración resolutive y valoración crítico-reflexiva (**Anexo 19, tabla 2**).

La evaluación integrada del examen práctico (**Anexo 19, tabla 3**), muestra un sobresaliente y adecuado dominio teórico-metodológico en los estudiantes, por los resultados superiores respecto al curso 2013-2014, dados en la alta calidad de las calificaciones con notas entre excelente y bien (94 %), y una ínfima cantidad (6 %) con nota de regular. Las diferencias en los resultados entre ambos cursos son altamente significativas, según se muestran en la prueba no paramétrica de Mann Whitney (**Anexo 20**) que revela en la evaluación del informe escrito ($Z=-9,194$) ($p=0,000$), en la evaluación de la defensa oral ($Z=-8,611$) ($p=0,000$) y en la evaluación integrada del examen práctico ($Z=-9,044$) ($p=0,000$).

Los resultados de la escala actitudinal (**Anexo 21**) aplicada al finalizar el examen final práctico, revela el **tercer nivel de logros**: el posicionamiento crítico sanitarista co-transformador del estudiante. Como la actitud proyectiva que expresa el nivel de preparación integral para asumir la condición de intérprete co-transformador mediador sanitarista, a partir del nivel de conocimientos, habilidades, valores y valoraciones adquiridos al ejecutar el ASIS como sustento del desarrollo de su capacidad sanitarista co-transformadora. En el **anexo 21 (tabla 1)** se expresan sus respuestas según las tres dimensiones. Donde 66 % se autoevalúa con la máxima calificación en su proyección sanitarista socio-individual y en la asunción cognitivo sanitarista de la práctica en salud y la casi totalidad (91 %) expresa una correcta disposición y compromiso sanitarista ético social. El **anexo 21 (tabla 2)** muestra la puntuación total en la escala, donde se comprueba que 80 % se autoevalúan con una excelente y buena actitud proyectiva.

Los resultados de la comparación de la calificación de la pregunta de ASIS en el examen final teórico (**Anexo 22, tabla 1**), da muestra que confirma la transformación alcanzada en los estudiantes.

El gráfico 5, muestra que en el curso 2014-2015 cuando fue aplicada la metodología, 89 % de los estudiante alcanzaron alta calidad en las calificaciones (74 % excelente y 15 % bien) y 11 % obtuvo una baja calidad (9 % regular y 2 % mal). Sin embargo, en los cursos precedentes estos resultados fueron diferentes: 65 % alcanzó baja calidad (46 % regular y 19 % mal) en el curso 2012-2013 y 70 % (50 % regular y 20 % mal) en el curso 2013-2014.

La diferencia en el curso 2014-2015 fue significativamente superior a los precedentes de acuerdo a los resultados de la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis (Chi cuadrado= 68,814, y $p=0,000$).

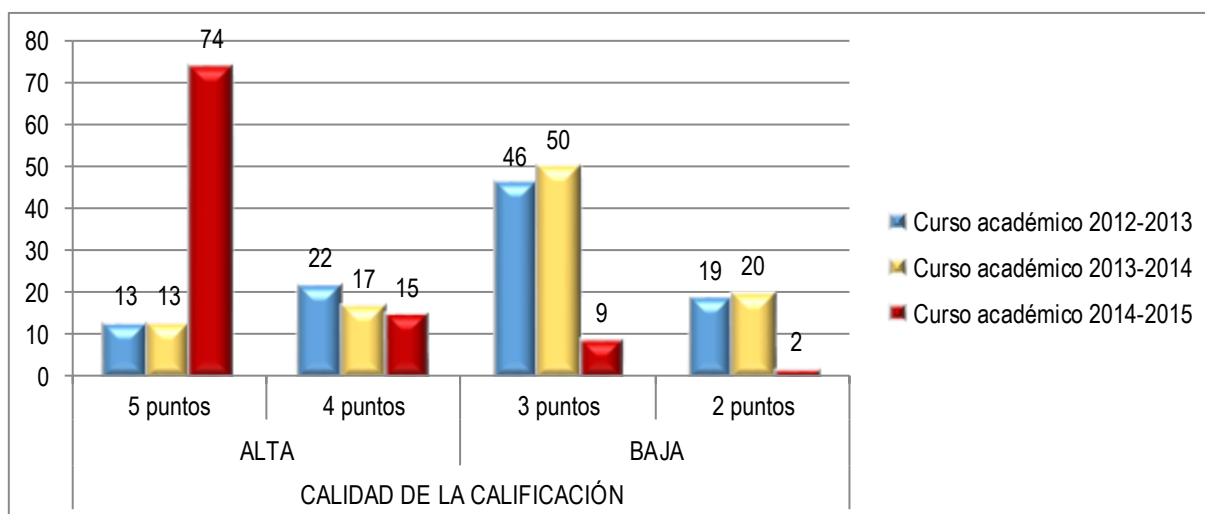


Gráfico 5. Frecuencia relativa de la comparación de los resultados de la pregunta de Análisis de la Situación de Salud en el examen final teórico

Patrones de logros observados en los profesores tutores que intervinieron en la investigación:

1. Elevaron sus potencialidades didácticas y metodológicas relacionadas con el proceso de enseñanza-aprendizaje de la asignatura Salud Pública y la dinámica del ASIS en la intervención comunitaria.
2. Adquirieron conocimientos sobre la metodología, cuyos métodos y procedimientos son aplicables a cualquier intervención comunitaria que requiera de la implicación de los actores sociales.
3. Realizaron valoraciones reflexivas que contribuyeron al enriquecimiento de la teoría que sobre el ASIS en la intervención comunitaria prevalece en la práctica médica.

4. Lograron una articulación adecuada entre los métodos, los procedimientos y las técnicas que integran la metodología y su interdependencia con el ASIS en la intervención comunitaria.

Conclusiones del capítulo

El modelo de la dinámica de la formación sanitarista interactiva del ASIS en la intervención comunitaria y la metodología de intervención en la situación de salud comunitaria para el proceso de enseñanza-aprendizaje de la asignatura Salud Pública, fueron valorados por criterio de expertos y especialistas en talleres de socialización, reconociendo su valor científico-metodológico y la pertinencia para la aplicación en la educación en el trabajo de la asignatura Salud Pública.

La aplicación parcial de la metodología propuesta en la Facultad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila, permitió constatar su eficacia para perfeccionar la dinámica del contenido del ASIS en el proceso de enseñanza-aprendizaje de la asignatura Salud Pública, a partir de revelar niveles superiores de desarrollo de la capacidad sanitarista co-transformadora en el estudiante de Medicina, en función de intervenir la situación de salud comunitaria y de la preparación didáctica y metodológica del profesor tutor como guía, orientador y facilitador en esta asignatura.

CONCLUSIONES

1. Revelar las inconsistencias epistemológicas y praxiológicas, así como el comportamiento tendencial y contextual del proceso de enseñanza-aprendizaje de la asignatura Salud Pública y la dinámica del contenido del Análisis de la Situación de Salud en la intervención comunitaria, permitió develar el reconocimiento de su carácter cíclico procesal participativo e interactivo, aunque no intencionado desde una sistematización formativa que tenga en cuenta la relación entre la lógica investigativa y la lógica resolutive, esencia de la formación del Médico General.
2. Las consideraciones anteriores revelan la necesidad de la modelación de una dinámica de formación sanitarista interactiva, que perfeccione la orientación médica educativa que prevalece en el contexto local-comunitario en salud desde la lógica sistematizadora investigativo-resolutive de los problemas comunitarios de salud sobre una base intercultural etnomédica, estructurada desde una didáctica especial de la educación en el trabajo que expresa la capacidad sanitarista co-transformadora, como cualidad totalizadora desarrollada en el estudiante de Medicina desde lo pedagógico y sustentada en una práctica intercultural interactiva en salud.
3. La metodología de intervención en la situación de salud comunitaria para el proceso de enseñanza-aprendizaje de la asignatura Salud Pública, tiene como esencia un sistema de métodos: de investigación sanitarista interactivo, de resolución sanitarista interactivo, de evaluación sanitarista interactivo, que desde sus procedimientos y técnicas contribuyen a desarrollar la capacidad sanitarista co-transformadora en el estudiante de Medicina.
4. La interpretación lógico dialéctica desarrollada a partir de la valoración de la pertinencia científico-

metodológica de los resultados de la investigación, y su corroboración práctica mediante su implementación parcial en la Facultad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila, permitió confirmar la viabilidad y validez de las propuestas, que sustentan el desarrollo de la capacidad sanitarista co-transformadora del estudiante de Medicina y su proyección interpretativa, co-transformadora y mediadora en la intervención comunitaria.

RECOMENDACIONES

1. Aplicar integralmente la metodología de intervención en la situación de salud comunitaria para el proceso de enseñanza-aprendizaje de la asignatura Salud Pública en la carrera de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila.
2. Empezar nuevas investigaciones que aborden la integración de la lógica interdisciplinar sociomédica y la lógica intercultural etnomédica en el proceso de formación del Médico General, en función de revelar nuevas relaciones y regularidades para contribuir a un mejor desempeño de este profesional en el primer nivel de atención a la salud.
3. Realizar las coordinaciones previas desde el colectivo de la carrera de Medicina y de la asignatura Salud Pública con las direcciones de los Policlínicos Docentes para asegurar la preparación profesoral y los requerimientos éticos y organizativos que garanticen la conducción del profesor tutor en la educación en el trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abarca, F. (2011). La sistematización de experiencias: claves para la interpretación crítica. Universidad en Diálogo. Revista de Extensión, 1(1), 105-125.
2. Acuña, I. M., Guevara, H., & Flores, M. (2014). El empoderamiento como estrategia de salud para las comunidades. Revista Cubana Salud Pública, 40(3). Recuperado el 6 de febrero de 2016 en: <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/259/283>
3. Adams, N. (2012). Notas sobre el uso de la antropología en el campo de la salud pública. Revista Cubana Salud Pública, 38(4), 640-59. Recuperado el 6 de febrero de 2016 en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000400015&lng=es
4. Aguiar, M., Álvarez, G., Márquez, N., Quesada, M., & Pérez, R. (2010). Programa de la asignatura Medicina Comunitaria. La Habana: Universidad de Ciencias Médicas.
5. Alemañy, E. J. (2011). Aproximación de la universidad, a la situación de salud de la población y a los servicios de salud en Cuba. Revista Cubana Medicina General Integral, 27(4). Recuperado el 12 octubre de 2013 de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000400012&lng=es&nrm=iso&tlng=es
6. Alonso, O., Ilizástigui, F., Fernández, J., Salas, R. S., Hernández, O., Prieto, M., Serrano, C., Aguilar, N., Velásquez, A., Méndez, G., & Reyes, M. (1990). Orientaciones Metodológicas sobre Educación en el Trabajo. Ciudad Habana: Editorial Ministerio de Salud Pública.
7. Alonso, J., Pérez, A., Rivero, R., Romero, E., & Riera, C. M. (2004). Autodesarrollo comunitario: Crítica a las mediaciones sociales recurrentes para la emancipación humana. Santa Clara:

Editorial Feijóo Universidad Central Marta Abreu.

8. Álvarez, R. (2012). Diseño de una metodología para la formación integral de Promotores Comunitarios de Salud. En LM. Díaz Herrero (coord.), Cuba Salud 2012: Convención Internacional de Salud Pública (pp. 1-9). La Habana: Ministerio de Salud Pública.
9. Álvarez, R. (2014a). Ciencia y arte de la medicina general integral. En R. Álvarez Sintés, Medicina General Integral. (pp. 28-30). La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
10. Álvarez, R. (2014b). Renovación de la atención primaria. En R. Álvarez Sintés, Medicina General Integral. (pp. 77-87). La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
11. Ángel, A., & Obregón, R. (2011). Un análisis crítico de las perspectivas de diálogo en la literatura sobre comunicación para el desarrollo y cambio social: abordajes y desafíos. Revista Signo y Pensamiento, XXX (58), 190-205.
12. Armas De, N., Lorences, J. y Perdomo, J. M. (2003). Caracterización y diseño de los resultados científicos como aportes de la investigación educativa. Villa Clara: Universidad Pedagógica Félix Varela.
13. Arratia, I. M. (1995). La importancia de la etnomedicina para la atención médica en Arica: Marco Conceptual para una Medicina Intercultural. En A. G. Valdivia (coord.), Colegio de Antropólogos de Chile: II Congreso Chileno de Antropología. Recuperado el 2 de octubre de 2015 de: <http://www.aacademica.com/ii.congreso.chileno.de.antropologia/49>
14. Arteaga, J. J., & Chávez, E. (2000). Integración docente-asistencial- investigativa. Revista Cubana Educación Médica Superior, 14(2). Recuperado el 1 de julio de 2015 de: <http://scielo.sld.cu/pdf/ems/v14n2/ems08200.pdf>
15. Ausubel, D. (1976). Psicología Educativa. Un punto de vista cognoscitivo. Ciudad México: Editorial Trillas.

16. Bello, B. M., Báez, E. G., Sánchez, G., Fernández, J., & Delgado, L. (2011). La concepción integral de la salud: principio de la educación en ciencias de la salud. *Revista Médica Electrónica*, 33(6). Recuperado el 2 de octubre de 2015 de: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202011/vol6%202011/tema15.htm>
17. Beltrán, C. H., & Vega, J. (2012). Aprendizajes sobre la evaluación del diálogo y el debate en estrategias de comunicación y cambio social: el caso de la estrategia de eduentretenimiento + movilización social = cambio social. *Revista Investigación & Desarrollo*, 20 (2), 390-415.
18. Bergonzoli, G., & Victoria, D. (1994). *Rectoría y vigilancia en salud*. San José: Editorial Representación OPS/OMS Costa Rica.
19. Bernardo, M. G., García, E. V., & Pomares, E. (2004). El vínculo educación-comunicación en la formación integral de los profesionales de la salud. *Revista Cubana Educación Médica Superior*, 18(4). Recuperado el 16 de julio de 2015 de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412004000400003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
20. Betancourt, J. A. (2013). Modelo transdisciplinario para la investigación en salud pública. *Revista Panamericana Salud Pública*, 34(5), 359-63. Recuperado el 6 de febrero de 2016 de: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v34n5/a09v34n5.pdf>
21. Betancourt, J., & Wilson, M. (2015). Identificación de fragmentación en el aprendizaje en carreras de la salud. *Revista Cubana Educación Médica Superior*, 29(3). Recuperado el 21 de diciembre de 2015 en: <http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/469/268>
22. Blanco, O., Díaz, L., & Cárdenas, M. (2011). El método científico y la interdisciplinariedad en el abordaje del análisis de la situación de salud. *Revista Cubana Educación Médica Superior*, 25(2): 29-39. Recuperado el 1 de julio de 2015 de:

<http://scielo.sld.cu/pdf/ems/v25n2/ems03211.pdf>

23. Blanco, O., Díaz, L., & Hernández, R. (2014). La interdisciplinariedad, una experiencia desde la disciplina Informática Médica con enfoque filosófico. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 13(2), 326-336. Recuperado el 28 de julio de 2015 de: <http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v13n2/rhcm16214.pdf>
24. Boelen, Ch. (2001). *Actuando unidos por la salud: Desafíos y oportunidades de las asociaciones en el desarrollo de la salud*. Ginebra: Editorial Organización Mundial de la Salud.
25. Bonal, R. (2007). De la promoción de salud clínica a la promoción de salud comunitaria: un desafío para la medicina familiar contemporánea. *Revista Archivos en Medicina Familiar*, 9 (4), 182-186.
26. Borroto, E. R., Lemus, E. R., & Aneiros, R. (1998). *Atención primaria de salud, medicina familiar y educación médica*. La Paz: Editorial Biblioteca de medicina Universidad Mayor de San Andrés.
27. Borroto, R. (2014a). Participación comunitaria, social y popular. En *Medicina General Integral*. (pp. 661-664). La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
28. Borroto, R. (2014b). Participación popular en el análisis de la situación de salud: Identificación y priorización de problemas. En R. Álvarez Sintés, *Medicina General Integral* (pp. 684-687). La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
29. Borroto, R. (2014c). Trabajo comunitario integrado. En R. Álvarez Sintés, *Medicina General Integral* (pp. 706-710). La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
30. Braga, G. M. (1996). Investigación-acción y desarrollo profesional en la enseñanza universitaria: un estudio de caso. *Revista Cubana Educación Superior*, (2/3), 33-57.
31. Byrne, N., & Rozental, M. (1994). Tendencias de la educación médica y propuesta de orientación

para la educación médica en América latina. *Revista Educación Médica y Salud*, 28 (1), 53-93.

32. Cañizares, O., Sarasa, N., & Labrada, C. (2006). Universidad Barrio Adentro. Enseñanza integrada de las Ciencias Básicas Biomédicas en Medicina Integral Comunitaria. *Revista Educación Médica Superior*, 20(1).
33. Carr, W., & Kemmis, S. (1988). *Teoría crítica de la enseñanza: La investigación-acción en la formación del profesorado*. Barcelona: Editorial Martínez Roca.
34. Castellanos, P. L. (2009). Los modelos explicativos del proceso salud-enfermedad: los determinantes sociales. En J. F. Martínez Navarro, *Salud Pública* (pp. 83-102). La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
35. Castell P. (2007). *La intersectorialidad en la práctica social*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
36. Castell, P. (2008). *La intersectorialidad en la práctica social del sistema cubano de salud pública*. Tesis Doctoral en Ciencias de la Salud, Universidad de Ciencias Médicas, La Habana.
37. Castell, P. (2013). *Saber qué hacer en la dirección de la salud pública*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
38. Castell, P. & López, P. (2014). Procesos formativos integrados al abordaje intersectorial como componente esencial de la respuesta social cubana de salud. En G. J. Bernaza Rodríguez (coord.), *Por una universidad socialmente responsable: 9no Congreso Internacional de Educación Superior* (pp. 24/01-24/48). La Habana: Ministerio de Educación Superior.
39. Castillo, L. M., & Nolla, N. (2004). Concepciones teóricas en el diseño curricular de las especialidades biomédicas. *Revista Educación Médica Superior*, 18 (4).
40. Castro, M., Espinosa, R., Pujals, N., Durán, F., & Díaz, L. (2012). Integración de lo social en los procesos de atención de salud y de formación del profesional de salud. *Revista Educación*

Médica Superior, 26(1). Recuperado el 1 de agosto de 2015 de:
<http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/11/17>

41. Cuba. (1987). Programa de la asignatura Teoría y Administración de Salud. Ciudad Habana: Editorial Pueblo y Educación.
42. Cuba. (1988). Reglamento para la organización del Proceso Docente Educativo en los centros de Educación Médica Superior. Ciudad Habana: Editorial Ministerio de Salud Pública.
43. Cuba. (2009). Programa de la asignatura Medicina General Integral-IV. La Habana: Universidad de Ciencias Médicas.
44. Cuba. (2010). Programa de la asignatura Metodología de la Investigación y Estadísticas. La Habana: Universidad de Ciencias Médicas.
45. Cuba. (2011). Programa del médico y enfermera de la familia. La Habana: Editorial Ministerio de Salud Pública.
46. Cuba. (2012). Indicaciones generales para la organización del curso escolar 2012-2013. La Habana: Universidad de Ciencias Médicas.
47. Cuba. (2013). Resolución ministerial no. 23/2013: Plan de Estudio perfeccionado carrera de Medicina. La Habana: Ministerio de Salud Pública.
48. Cuba. (2014). Indicaciones generales para la organización del curso escolar 2014-2015. La Habana: Universidad de Ciencias Médicas.
49. D'Angelo, O. S. (2004). Sociedad y educación para el desarrollo humano. La Habana: Editorial Pueblo y Educación.
50. D'Angelo, O. S. (2013). Diálogo de saberes para la transformación sociocomunitaria en Buenavista. La Habana: Centro de investigaciones psicológicas y sociológicas. Recuperado el 2 de octubre de 2015 de: <http://www.cips.cu/wp-content/uploads/2013/05/42DAngelo.pdf>

51. D'Angelo, O. S. (2014). Desafíos para una ciudadanía liberadora. *Revista Temas*, 78(2), 40-47.
52. Delgado, A. N. (2011). Ética y política en la concepción de la educación popular de Paulo Freire. *Revista Universidades*, LXI (50), 19-32. Recuperado el 3 de septiembre de 2014 de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=37319837003>
53. Dhillon, H. S. & Philip, L. (1995). *Promoción sanitaria y acción de la comunidad en pro de la salud en los países en desarrollo* (1ra Ed.). Ginebra: Editorial Organización Mundial de la Salud.
54. Díaz, G. (2010). El enfoque cualitativo de investigación en la salud pública contemporánea. *Revista Cubana Salud Pública*, 36(1), 30-37. Recuperado el 1 de septiembre de 2014 de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662010000100005&lng=es
55. Díaz, Z., Aguilar, T. & Linares, X. (2015). La antropología médica aplicada a la salud pública. *Revista Cubana Salud Pública*, 41(4). Recuperado el 3 de febrero de 2016 de: <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/518/383>
56. Domínguez, J., Morales, F., & Landeros, M. (1999). La psicología de la salud en el plan de estudio de la medicina: razones del cambio. *Revista Cubana Educación Médica Superior*, 13(1), 19-27. Recuperado el 2 de octubre de 2015 de: <http://scielo.sld.cu/pdf/ems/v13n1/ems03199.pdf>
57. Elliott, J. (1993). *El cambio educativo desde la investigación-acción*. Madrid: Ediciones Morata.
58. Erazo, M. S. (2011). Prácticas reflexivas, racionalidad y estructura en contextos de interacción profesional. *Revista Perfiles Educativos*, XXXIII (133), 114-133.
59. Fardales, V. E. (2012). Tendencias históricas del proceso de formación estadística del profesional de Medicina. *Revista Gaceta Médica Espirituana*, 14(2), 157-166. Recuperado el 8 de julio de 2015 de: <http://revgmespirituana.sld.cu/index.php/gme/article/view/144/100>
60. Fardales, V. E. (2014). *Dinámica de la formación estadística del profesional de medicina*. Tesis Doctoral en Ciencias Pedagógicas, Universidad de Ciencias Médicas, Sancti Spíritus, Cuba.

61. Fernández, A. (2011). Alternativas metodológicas para la interrelación escuela-comunidad. En S. C. Recarey Fernández, J. L. del Pino Calderón y M. Rodríguez Ojeda (Comp.), Orientación educativa: orientación familiar y comunitaria (pp. 75-100). La Habana: Editorial Pueblo y Educación.
62. Fernández, G. (2004). Salud e interculturalidad en América Latina: perspectivas antropológicas. Quito: Editorial Abya-Yala. Recuperado el 3 de abril de 2016 de: <http://odhpi.org/wp-content/uploads/2011/08/LIBRO-SALUD-E-INTERCULTURALIDAD.pdf>
63. Fernández, J. A. (1999). Educación Médica Superior: realidades y perspectivas a las puertas del nuevo siglo. Material bibliográfico de la Maestría en Educación Médica. La Habana: Centro Nacional de Perfeccionamiento Médico.
64. Fernández, J. A. (2011). La formación clínica de los estudiantes en Cuba. Revista Educación Médica del Centro, 3(1). Recuperado el 12 de abril de 2014 de: <http://www.revedumecentro.sld.cu/index.php/edumc/article/view/98/199>
65. Fernández, J. A. (2012a). Educación médica: el objeto, el sujeto desdoblado y el contexto. Revista Cubana Educación Médica Superior, 26(3). Recuperado el 20 de septiembre de 2012 de: <http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/44/34>
66. Fernández, J. A. (2012b). La triangulación epistemológica en la interpretación del proceso de enseñanza-aprendizaje de la medicina. Revista Cubana Educación Médica Superior, 26(3). Recuperado el 12 de abril de 2012 de: <http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/54/44>
67. Fernández, J. A. (2013). El principio rector de la educación médica cubana. Revista Cubana Educación Médica Superior, 27(2). Recuperado el 18 de mayo de 2015 de: <http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/170/94>
68. Fernández, M., Charroo, O., Torres, M., Betancourt, A., & García, A. (2014). Integración de las

estrategias curriculares y la proyección comunitaria en segundo año de la carrera de medicina. *Revista Información Científica*, 84(2). Recuperado el 3 de febrero de 2015 de: <http://www.gtm.sld.cu/sitios/ojs243/index.php/ric/article/view/467/449>

69. Ferreira, J. R. (1986). Integración docente-asistencial y atención primaria de salud. *Revista Educación Médica y Salud*, 20(4), 458-465.
70. Ferreira, J. R., Coelho-Neto, A., Collado, C. B., Linger, C., Luna, R., Purcallas, D., & Yépez, R. F. (1988). El análisis prospectivo de la educación médica en América Latina. *Revista Educación Médica y Salud*, 22(3), 242-367.
71. Ferro, B. (2013). Concepción pedagógica del proceso de formación ciudadana para los estudiantes de la carrera de Medicina. Tesis Doctoral en Ciencias Pedagógicas, Universidad de Ciencias Médicas, Pinar del Río, Cuba.
72. Follér, M. L. (2001). Interactions between global processes and local health problems: a human ecology approach to health among indigenous groups in the amazon. *Cadernos de Saúde Pública*, (17), 115-126.
73. Follér, M. L. (2006). Del conocimiento local y científico al conocimiento situado e híbrido - ejemplos de los shipibo-conibo del este peruano. Recuperado el 2 de octubre de 2015 de: https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/3239/1/anales_5_foller.pdf
74. Freire, P. (1996). *Pedagogía del oprimido*. México D. F: Editorial Siglo XXI.
75. Freire, P. (2005). La educación comunitaria: una concepción de la pedagogía de la esperanza. *Revista Venezolana de Ciencias Sociales*, 19 (2).
76. Frenk, J. (1994). *La salud de la población hacia una nueva salud pública*. México: Editorial Fondo de Cultura Económica.
77. Fuentes, H. C. (2006). Dinámica del proceso de formación de los profesionales en la educación

superior. Santiago de Cuba: Editorial Centro de Estudios de Educación Superior "Manuel F. Gran", Universidad de Oriente.

78. Fuentes, H. C. (2008). La formación de los profesionales en la contemporaneidad. Concepción científica holístico configuracional en la educación superior. Santiago de Cuba: Centro de estudios de Educación Superior "Manuel F. Gran", Universidad de Oriente.
79. Fuentes, H. C. (2009). Pedagogía y didáctica de la educación superior. Santiago de Cuba: Centro de estudios de Educación Superior "Manuel F. Gran", Universidad de Oriente.
80. Fuentes, H. C., & Álvarez, I. B. (1998). Dinámica del proceso docente educativo de la educación superior. Santiago de Cuba: Editorial Centro de Estudios de Educación Superior "Manuel F. Gran" Universidad de Oriente.
81. Fuentes, H. C., Matos, E. C., & Cruz, S. S. (2004). El proceso de investigación científica desde un pensamiento dialéctico hermenéutico: reto actual en la formación de doctores. Santiago de Cuba: Centro de estudios de Educación Superior "Manuel F. Gran", Universidad de Oriente.
82. Fuentes, H. C., Montoya, J. & Fuentes, L. (2010). La condición humana desde la visión socio-antropológico-cultural del ser humano. Santiago de Cuba: Centro de estudios de Educación Superior "Manuel F. Gran", Universidad de Oriente.
83. Fuentes, H. C., Montoya, J. & Fuentes, L. (2011). La formación en la educación superior desde lo holístico, complejo y dialéctico de la construcción del conocimiento científico. Santiago de Cuba: Centro de estudios de Educación Superior "Manuel F. Gran", Universidad de Oriente.
84. Fuentes, H. C., Montoya, J. & Fuentes, L. (2012). Pedagogía desde la concepción holístico-configuracional. Revista Colegio Universitario, 1(1), 1-10.
85. García, J. (2014). Rediseño curricular de la disciplina filosofía y ciencia de la salud para el desarrollo integral y humanista de los egresados de ciencias médicas. Tesis Doctoral en

Ciencias de la Educación Médica, Universidad de Ciencias Médicas, La Habana, Cuba.

86. García, I., & Benítez, C. (2014). Enfoques sociomédicos actuales de salud y su importancia en los perfiles de las ciencias médicas. *Revista Educación Médica del Centro*, 18(1). Recuperado el 22 de julio de 2015 de: <http://www.medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/view/1625/1336>
87. García, R. (2010). Utilidad de la integración y convergencia de los métodos cualitativos y cuantitativos en las investigaciones en salud. *Revista Cubana Salud Pública*, 36(1), 19-29. Recuperado el 1 de septiembre de 2014 de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662010000100004&lng=es.
88. García, R. (2011). El enfoque social como elemento esencial del quehacer por la salud de la población. *Revista Cubana Salud Pública*, 37(5). Recuperado el 1 de septiembre de 2014 de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662011000500015&lng=es
89. García, R. P., Ballbé, A. M., & Iglesias, N. R. (2014). El análisis de la situación de salud: teoría y práctica en la formación médica. En L. M. Díaz Herrero (coord.), *Hacia la equidad en salud: II Conferencia Internacional Educación Médica Siglo XXI* (pp. 1-10). La Habana: Universidad de Ciencias Médicas.
90. García, R. P., Ballbé A. M., & Iglesias N. R. (2015a). El análisis de la situación de salud y la participación social en la formación médica. *Revista Cubana Educación Médica Superior*, 29(3). Recuperado el 6 de noviembre de 2015 de: <http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/501>
91. García, R. P., Ballbé, A. M., Pina, R., & Iglesia, N. R. (2015b). El análisis de la situación de salud y la investigación-acción participativa en la formación médica. *Revista Gaceta Médica Espirituana*, 17(3). Recuperado el 19 de febrero de 2015 de:

<http://revgmespirituana.sld.cu/index.php/gme/article/view/1048/pdf76>

92. García, R. P., Nolla, N., Rivera, N., & Bringas, Y. (2012). Propuesta de estrategia docente del módulo análisis de la situación de salud de la especialidad de Medicina General Integral para venezolanos. *Revista Cubana Educación Médica Superior*, 26(2). Recuperado el 19 de febrero de 2015 de: <http://scielo.sld.cu/pdf/ems/v26n2/ems05212.pdf>
93. Garí, M., Rivera, N., Pernas, M., Nogueira, M., & Arencibia, L. (2013). El problema de salud y su expresión docente como herramienta didáctica integradora para un diseño curricular. *Revista Cubana Educación Médica Superior*, 27(3), 296-306. Recuperado el 6 de noviembre de 2015 en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412013000300015
94. Gofin, J., & Gofin, R. (2007). Atención primaria orientada a la comunidad: un modelo de salud pública en atención primaria. *Revista Panamericana de la Salud*, 2(3), 177-184.
95. Goicochea, E. (2012). Interculturalidad en salud. *Revista Scientia*, 4(1), 52-55. Recuperado el 3 de abril de 2016 de: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=14&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwj4jszx3PzLAhUITCYKHZE-AhUQFghrMA0&url=https%3A%2F%2Fdialnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F4366608.pdf&usg=AFQjCNEetCwdfS26ca4PeZ91m3ZEJXcbHg>
96. Gómez de Haz, H. J. (2006). Análisis de la situación de salud y medicina familiar. En S. Martínez Calvo, *Análisis de Situación de Salud* (pp. 62-80). La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
97. González, A. L. (2006). Análisis de la situación de salud de la comunidad, su importancia como actividad docente en la atención primaria de salud. *Revista Cubana Educación Médica Superior*, 20(2), 61-72. Recuperado el 1 de septiembre de 2014 de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412006000200006&lng=es

98. González, D. J. (2008). *Psicología de la motivación*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
99. González, G. (2007). *Hacia un cuidado integral de la salud para la equidad: de Alma Ata a la declaración del milenio*. Buenos Aires: Editorial Ministerio de Salud de la Nación.
100. González, S. (2014). *La medicina social y su asunción por los profesionales de la salud: Reflexiones*. Recuperado el 2 de octubre de 2015 de: <http://www.monografias.com/trabajos29/medicina-social/medicina-social.shtml/19-05-14>
101. Granda, E. (1998). Lineamientos para el desarrollo de recursos humanos en salud en el marco de la reforma del sector. *Revista del Instituto Juan César García*, 8(1-2), 51-59.
102. Granda, E. (2004). ¿A qué llamamos salud colectiva hoy? *Revista Cubana de Salud Pública*, 30(2), 23-43.
103. Gual, A., Millan, J; Pales, J., & Oriol, A. (2013). Declaración de Edimburgo, ¡25 años! *Revista Fundación Educación Médica*, 16(4), 187-189.
104. Hasen, F. N. (2012). Interculturalidad en salud: competencias en prácticas de salud con población indígena. *Revista Ciencia y Enfermería*, 18(3), 17-24. Recuperado el 3 de abril de 2016 de: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532012000300003&script=sci_arttext
105. Hernández, C., Orozco, E. & Arredondo, A. (2012). Modelos conceptuales y paradigmas en salud pública. *Revista Salud Pública*, 14(2), 315-324.
106. Hernández, D. E., Delgado, Irene., Pérez, C., Hoyos, A., Gutiérrez, D., & Gamba, M. (2014). Modificación de comportamientos en salud mediante la construcción de capacidades y la participación social. *Revista Cubana Salud Pública*, 40(2), 255-264. Recuperado el 30 de octubre de 2015 de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662014000200010&lng=es
107. Hersch, P. (2013). *Epidemiología sociocultural: una perspectiva necesaria*. *Revista Mexicana*

Salud Pública, 55(5), 512-518.

108. Hills, M., Mullet, J., & Carroll, S. (2007). Community-based participatory action research: transforming multidisciplinary practice in primary health care. *Revista Panamericana de la Salud, (2/3)*, 125-135.
109. Horruitiner, P. (2011). *La universidad cubana: El modelo de formación*. La Habana: Editorial Universitaria.
110. Ilizástigui, F. (1985a). *El programa director de la medicina general integral para el médico general básico* La Habana: Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana.
111. Ilizástigui, F. (1985b). *Salud, medicina y educación médica*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
112. Ilizástigui, F. (1991). La formación del médico general básico en Cuba. *Revista Educación Médica y Salud, 25(2)*, 189-205.
113. Ilizástigui, F. (1993). *Educación en el trabajo como principio rector de la educación médica cubana. Taller nacional "Integración de la universidad médica a la organización de salud: su contribución al cambio y al desarrollo prospectivo*. La Habana: Ministerio de Salud Pública.
114. Ilizástigui, F. (1998). La necesidad de un nuevo paradigma en salud pública. *Revista del Instituto Juan César García, 8(1-2)*, 60-62.
115. Ilizástigui, F., & Douglas, R. (1993). La formación del médico general básico en Cuba. *Revista Educación Médica y Salud, 27(2)*, 189-205.
116. Infante De, N. B., & Álvarez, L. (1987). Los procesos de trabajo y de salud-enfermedad: una relación dialéctica. *Revista Educación Médica y Salud, 21(2)*, 92-105.
117. Jarillo, E. C., & López, O. (2007). Salud pública: objeto de conocimiento, prácticas y formación. *Revista de Salud Pública, 9 (1)*, 140-157.

118. Jiménez, M. E. (2011). Desafíos de la investigación cualitativa en salud. *Revista Gaceta Médica Boliviana*, 34 (2), 105-106.
119. Kemmis, S., & MacTaggart, R. (1988). *Cómo planificar la investigación-acción*. Barcelona: Editorial Laertes.
120. Kornblit, A. L. (2004). *Metodologías cualitativas en ciencias sociales: modelos y procedimientos de análisis*. Buenos Aires: Editorial Biblos.
121. Lemus, E. R. (2012). El reto estratégico está en la formación. *Revista Cubana Educación Médica Superior*, 26(4), 485-487.
122. Lemus, E. R. (2014). *Correspondencia entre teoría y práctica de la formación del especialista de medicina general integral*. Tesis Doctoral en Ciencias de la Educación Médica, Universidad de Ciencias Médicas, La Habana, Cuba.
123. Lemus, E. R. & Borroto, E. R. (2014). Atención primaria de salud, medicina familiar y médicos de familia. En R. Álvarez Sintés, *Medicina General Integral* (pp. 61-76). La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
124. León de, M. C. (2012). Acercamiento histórico al proceso de enseñanza-aprendizaje en las ciencias médicas. *Revista Cubana Educación Médica Superior*, 26(2), 326-335. Recuperado el 6 de febrero de 2016 de: <http://scielo.sld.cu/pdf/ems/v26n2/ems13212.pdf>
125. Libreros, L. (2012). El proceso salud enfermedad y la transdisciplinariedad. *Revista Cubana Salud Pública*, 38(4): 622-628. Recuperado el 1 de septiembre de 2014 de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000400013&lng=es
126. Linares, C., Correa, S., Moras, E., Martín, A., Casanovas, A., & Carcassés, A. I. (1996). *La participación: ¿solución o problema?* La Habana: Editorial José Martí.
127. Linares, F., López, C., & Abreus, Y. (2014). *Desarrollo histórico de la enseñanza médica superior*

en Cuba de 1959 a 1989. *Revista Medisur*, 13(1). Recuperado el 9 de julio de 2015 en:
<http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2736>

128. López, N., & Zarama, G. (2011). *La sistematización participativa de experiencias en procesos de jóvenes, realizada por jóvenes: Un aporte en la gestión del conocimiento social sobre las juventudes*. Bogotá: Editorial Offset Gráfico Editores S.A.
129. López, P., & Segredo, A. M. (2013). El desarrollo de la investigación en la atención primaria de salud. *Revista Cubana Educación Médica Superior*, 27(2). Recuperado el 18 de mayo de 2015 de: <http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/172/96>
130. López, P., Segredo, A. M., & García, A. J. (2014). Estrategia de renovación de la atención primaria de salud en Cuba. *Revista Cubana Salud Pública*, 40(1), 75-84. Recuperado el 1 de septiembre de 2014 de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662014000100009&lng=es
131. Lozano, R. (2013). Informe sobre la salud en el mundo 2013: una ruta para la investigación en cobertura universal de salud. *Revista Salud Pública Mexicana*, 55(5), 536-537.
132. Luz, M. T. (2011). El desafío de la salud en las ciencias sociales: el caso de Brasil. *Revista Política y Sociedad*, 48(2), 313-327.
133. Macinko, J., Montenegro, H., Nebot, C., & Etienne, C. (2007). La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. *Revista Panamericana de la Salud*, 2(3), 73-84.
134. March, J. C., García, M. M., & Prados, A. (2009). Los métodos de investigación y evaluación en la promoción de salud. En J. F. Martínez Navarro, *Salud Pública* (pp. 363-384). La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
135. Márquez, M. (2011). Formación del espíritu científico en salud pública. *Revista Cubana Salud Pública*, (37), 585-601. Recuperado el 1 de septiembre de 2014 de:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662011000500008&lng=es

136. Martín, A., & Cano, A. F. (1999). Atención primaria de salud: concepto, organización y práctica clínica. Madrid: Editorial Harcourt Brace de España.
137. Martín, A., & Jodar, G. (2011). Atención primaria de salud y atención familiar y comunitaria. Madrid: Editorial Elsevier.
138. Martínez, F (2009). Salud pública. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
139. Martínez, N. (2014). El constructivismo en el desarrollo de capacidades de investigación en Enfermería. Revista Cubana Educación Médica Superior, 28(1), 154-162. Recuperado el 30 de octubre de 2015 de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412014000100016&nrm=iso
140. Martínez, S. (1994). Hacia un nuevo enfoque en la enseñanza de higiene y epidemiología en la formación de pregrado. Revista Cubana Educación Médica Superior, 8(1-2), 37-42.
141. Martínez, S. (1997). Opción pedagógica para el análisis de la situación de salud en pregrado. Revista Cubana Educación Médica Superior, 11(2), 69-85. Recuperado el 13 de julio de 2013 de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21411997000200001&lng=es
142. Martínez, S. (2006). Análisis de la situación de salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
143. Martínez, S. (2012). Utilidad y aplicación del análisis de situación de salud en el sistema nacional de salud. Cuba 1988-2011. Tesis Doctoral en Ciencias, Universidad de Ciencias Médicas, La Habana, Cuba.
144. Martínez, S. (2013a). Calidad del proceso de enseñanza del análisis de situación de salud en la carrera de medicina. Revista Habanera de Ciencias Médicas, 12(2), 237-248. Recuperado el 14 de septiembre de 2015 de: <http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v12n2/rhcm11213.pdf>
145. Martínez, S. (2013b). Renovación del Análisis de Situación de Salud en los servicios de medicina

familiar en Cuba. *Revista Cubana Salud Pública*, 39(4), 752-762. Recuperado el 1 de septiembre de 2014 de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revcubsalpub/csp-2013/csp134k.pdf>

146. Martínez, S., & Pría, M. C. (2014). Análisis de la situación de salud. En *Medicina General Integral* (pp. 665-675). La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
147. Más, P. (2008). *Epidemiología y salud pública: una experiencia cubana*. Tesis Doctoral en Ciencias, Universidad de Ciencias Médicas, La Habana, Cuba.
148. McKernan, J. (2008). *Investigación-acción y curriculum: métodos y recursos para profesores reflexivos*. Madrid: Ediciones Morata.
149. Mejía, J. (2000). Técnicas cualitativas de investigación en las ciencias sociales. *Revista de Investigación*, 7(4), 34-42.
150. Mendoza, E., Buitrago, W., & González, L. F. (2014). Construcciones críticas sobre las prácticas pedagógicas: reflexiones a partir de la psicología cultural y discursiva. *Revista Estudios Pedagógicos*, 40(1), 359-372. Recuperado el 6 de septiembre de 2015 de: <http://www.scielo.cl/pdf/estped/v40n1/art21.pdf>
151. Miní, E. H. (2000). *Metodología de trabajo de la comunidad*. Lima: Editorial Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
152. Mitjans, A. (1995). *Una estrategia global: un sistema didáctico integral*. La Habana: Editorial Pueblo y Educación.
153. Modolo, M. A. (1987). La programación de la educación sanitaria en la relación escuela-servicios de salud. *Revista Educazione Sanitaria y Medicina Preventiva* (10).
154. Montano, J. A., & Prieto, V. I. (2014). Factores de riesgo y enfoque preventivo. En R. Álvarez Sintés, *Medicina General Integral* (pp. 369-376). La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
155. Moreno, A. (2013). La cultura como agente de cambio social en el desarrollo comunitario. *Revista*

Arte, Individuo y Sociedad, 25(1), 95-110. Recuperado el 12 de octubre de 2014 de:
http://dx.doi.org/10.5209/rev_ARIS.2013.v25.n1.41166

156. Mur, N., Iglesias, M., San Juan, M., Cortés, M., & Quintana, Y. (2012). La diversidad cultural en el currículo: un reto para el profesorado de las ciencias médicas. *Revista Medisur*, 10(2), 125-129. Recuperado el 3 de agosto de 2015 en:
<http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2020/6858>
157. Nieves, B. (2004). El problema profesional como eje central integrador de relaciones interdisciplinarias. Tesis Doctoral en Ciencias Pedagógicas, Instituto Superior Pedagógico "Enrique José Varona", La Habana, Cuba.
158. Núñez, J., Fernández, J. A. & Hernández, J. L. (2012). Los "giros" de la universidad y el desarrollo local. *Revista de la Escuela de Ciencias de la Educación*, (7), 35-50.
159. OPS. (1999). *Planificación local participativa*. Washington DC: Editorial Oficina Sanitaria Panamericana.
160. OPS. (2008). *La formación en medicina orientada hacia la Atención Primaria de Salud*. Washington DC: Editorial Oficina Sanitaria Panamericana.
161. OPS/OMS. (2011). *Reunión de consulta técnica de expertos en Análisis de la Situación de Salud*. Asunción: Editorial Representación Regional OPS/OMS.
162. Oramas, R., Torre de la, G., Márquez, N., Alemañy, E., Castellanos, J. C., Taureaux, N., Álvarez, G., Espinosa, R., & Melgarejo, N. (2010). *Programa de la asignatura Medicina General Integral*. La Habana: Universidad de Ciencias Médicas.
163. Ortega, D., & Torres, A. (2012). Espacios locales en Cuba: opciones para el desarrollo. *Revista Temas*, 17(3), 21-35.
164. Ortecho, M. (2011). Cruce de paradigmas y complejización de abordajes en procesos de

investigación-acción social. Revista de Ciencias Sociales Universidad de Costa Rica, (133-134), 41-56.

165. Pasarín, M. I., & Diez, E. (2013). Salud comunitaria: una actuación necesaria. Revista Gaceta Sanitaria, 27(6), 477-478. Recuperado el 15 de enero de 2015 de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.10.001>
166. Pedrosa, J. M. (2007). Definición de etnomedicina. Recuperado el 2 de octubre de 2015 de: <http://www.lahistoriaconmapas.com/historia/historia2/definicion-de-etnomedicina/>.
167. Pérez, B. (2014). El análisis de la situación de salud. Revista Cubana Salud Pública, 40(1), 159-160. Recuperado el 1 de septiembre de 2015 de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662014000100016&lng=es
168. Pérez, M. A. (2013). Integración de la pedagogía una educación social al contexto universitario: un compromiso de todos. Revista Escenarios, 11(2), 15-23.
169. Pernas, M., Arencibia, L., & Ortiz, M. (2001). El plan de estudio para la formación del médico general básico en Cuba: experiencias de su aplicación. Revista Cubana Educación Médica Superior, 15(1).
170. Piñeiro, E. (2015). Educación médica para la inclusión intercultural desde un estudio de caso entre los Mbyá-guaraní. Revista Cubana de Educación Médica Superior, 29(4). Recuperado el 21 de diciembre de 2015 de: <http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/752/306>
171. PNUD. (2011). Desarrollo de capacidades. Recuperado el 23 de septiembre de 2012 de: <http://www.americalatinagenera.org/>
172. Ecuador. (2011). Proyecto de fortalecimiento de la autogestión comunitaria en los asentamientos precarios del Ecuador hasta el 2025. Plan global de capacitación Proyecto ECU/91/011. Quito: Gobierno de la República del Ecuador. Recuperado el 23 de septiembre de 2012 de:

<http://www.proyecu.galeon.com/investigaciones/capacitacion/capacit3.html>

173. Querts, O., Orozco, O., Montoya, J., Beltrán, M., & Caballero, M. Y. (2013). Consideraciones antropológicas en el proceso de formación profesional del médico general. *Revista Medisan*, 17(10), 7021-7030. Recuperado el 6 de noviembre de 2015 de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013001000014&lng=es&nrm=iso&tlng=es
174. Ramos, B. N. (2006). Enfoque conceptual y de procedimiento para el diagnóstico o análisis de la situación de salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 32(2), 164-70.
175. Ramos, B. N., & Aldereguía, J. (1987). *Higiene social y organización de la salud pública*. La Habana: Editorial Pueblo y Educación.
176. Ramos, E. L. (2011). Enfoque cultorológico del trabajo comunitario en Cuba: realidades y retos. Recuperado el 1 de febrero de 2012 de: www.eumed.net/rev/cccss/11/
177. Reinoso, T. (2012). La formación de recursos humanos en salud necesarios para el mundo y los paradigmas vigentes. *Revista Cubana Educación Médica Superior*, 26(4), 635-641.
178. Resik, P. (1994). *El diagnóstico de la situación de salud: Consideraciones teóricas y operacionales*. La Habana: Editorial Facultad de Salud Pública.
179. Resik, P. (2008). *La causalidad en epidemiología*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
180. Reyes, M. (2005). Análisis de la situación de salud. En G. J. Toledo Curbelo, *Fundamentos de Salud Pública* (pp. 377-391). La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
181. Ribot, V. C., Pérez, M., Rousseaux, E., & Vega, E. Y. (2014). La comunicación en pedagogía. *Revista Educación Médica Superior*, 28(2), 347-355. Recuperado el 15 de octubre de 2014 en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ems/v28n2/ems14214.pdf>
182. Rivalta, C. (1987). *La integración docencia-asistencia-comunidad en la formación de los recursos*

- humanos de enfermería de nivel universitario. *Revista Cubana Educación Médica Superior*, 1(1-2), 177-190.
183. Rivera, N., & Blanco, F. (2014). La dimensión comunicativa en la atención primaria de salud. En R. Álvarez Sintés, *Medicina General Integral* (pp. 31-36). La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
 184. Rodríguez, P. A. (2004). *Salud pública: selección de temas*. La Habana: Instituto Superior de Ciencias Médicas.
 185. Rodríguez, P. A. (2009). *Aportes a la enseñanza de la epidemiología de las enfermedades transmisibles en Cuba (1959-2008)*. Tesis Doctoral en Ciencias Médicas, Universidad de Ciencias Médicas, La Habana, Cuba.
 186. Rojas, F. (1993). Universidad, investigación científica y atención primaria de salud. *Revista Cubana Educación Médica Superior*, 5(2), 89-101.
 187. Rojas, F. (2003). La enseñanza de la salud pública a estudiantes de medicina en Cuba. *Revista Cubana Educación Médica Superior*, 17(2).
 188. Rojas, F. (2011). Fundamentación de la especialidad en salud pública. *Revista Cubana Salud Pública*, (37), 602-615.
 189. Rojo, N., & García, R. (2000). Sociología y salud: reflexiones para la acción. *Revista Cubana Salud Pública*, 24(2), 91-100.
 190. Rosell, W. (1998). La enseñanza integrada en las ciencias médicas. *Revista Cubana Educación Médica Superior*, 12(2), 45-48. Recuperado el 16 de julio de 2015 de: <http://scielo.sld.cu/pdf/ems/v12n2/ems02298.pdf>
 191. Rosell, W., & Más, M. (2003). El enfoque sistémico en el contenido de la enseñanza. *Revista Cubana Educación Médica Superior*, 17(2), Recuperado el 16 de julio de 2015 de: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-

21412003000200002&lng=es

192. Ruiz, J. M., Barreto, G., & Blanco, R. (2007). Evolución histórica de la organización del contenido en planes de estudio universitarios cubanos. *Revista Pedagogía Universitaria*, XII(3), 46-57.
193. Salas, R. S. (1999a). El proceso docente. En R. S. Salas Perea, *Educación en salud: competencia y desempeño profesionales* (pp. 10-29). La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
194. Salas, R. S. (1999b). La educación en el trabajo. En R. S. Salas Perea, *Educación en salud: competencia y desempeño profesionales* (pp. 51-59). La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
195. Salas, R. S. (2000). La calidad en el desarrollo profesional: avances y desafíos. *Revista Cubana Educación Médica Superior*, 14(2), 136-147.
196. Salas, R. S., & Salas, A. (2014). La educación en el trabajo y el individuo como principal recurso para el aprendizaje. *Revista Educación Médica del Centro*, 6(1). Recuperado el 16 de julio de 2015 de: <http://www.revedumecentro.sld.cu/index.php/edumc/article/view/362/540>
197. Sánchez, A., Ramos, E., & Maset, P. (2009). La participación comunitaria en la atención primaria de salud. En J. F. Martínez Navarro, *Salud pública* (pp. 317-340). La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
198. Sansó, F. J. (2004a). Análisis del programa de la asignatura "introducción a la medicina general integral". *Revista Cubana Medicina General Integral*, 20(1). Recuperado el 29 de julio de 2015 de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252004000100010&lng=es&nrm=iso&tlng=es
199. Sansó, F. J. (2004b). El sistema de salud cubano camino a la comunidad. *Revista Cubana Medicina General Integral*, 20(1). Recuperado el 29 de julio de 2015 de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252004000100001&lng=es&nrm=iso&tlng=es

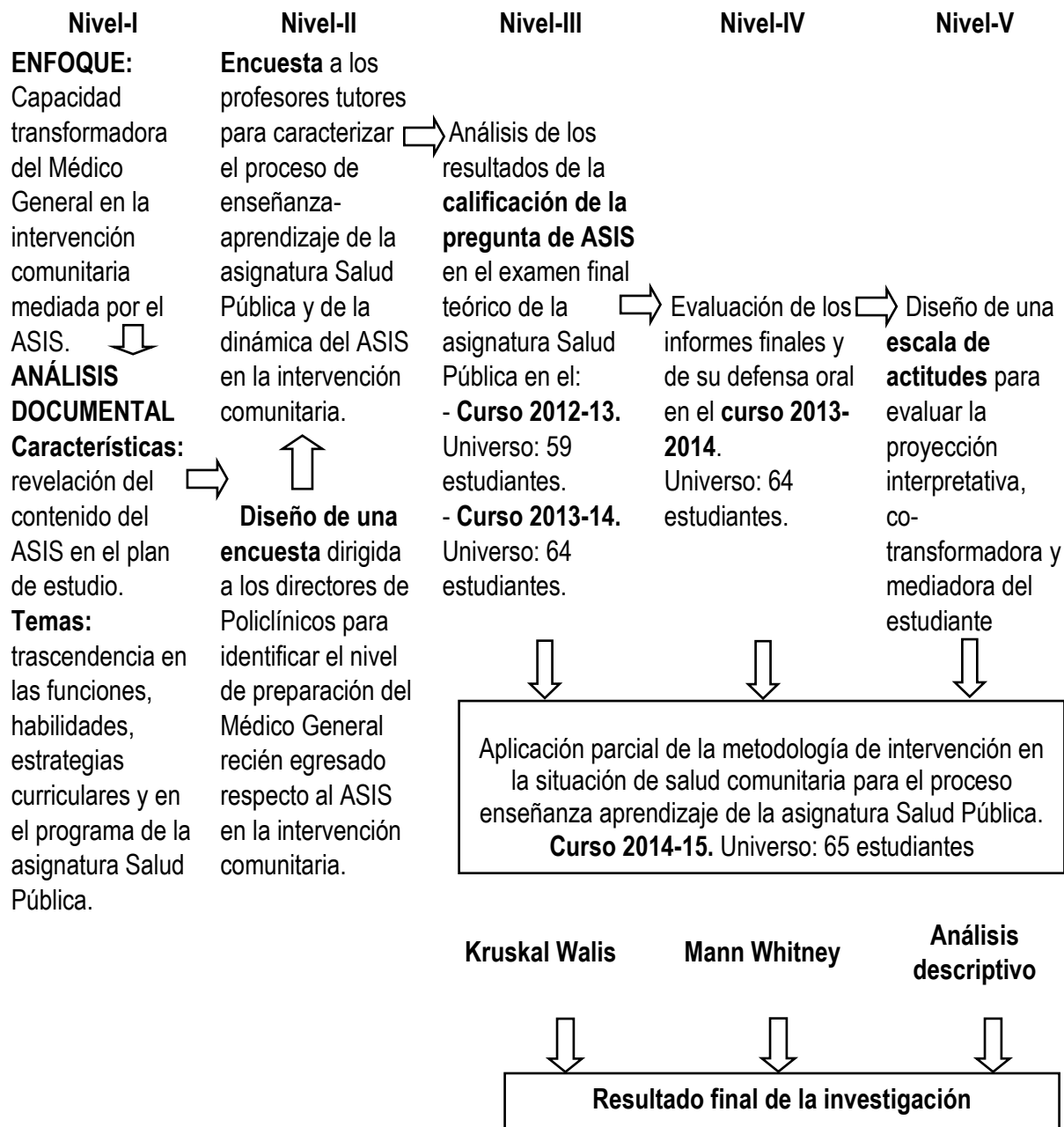
200. Sansó, F. J., Márquez, M., & Alonso, P. (2011). Medicina general-medicina familiar: experiencia internacional y enfoque cubano. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
201. Schipani, D. S. (1994). Pensamiento, sociedad y liberación. Revista Creemos, 1(1), 18-22.
202. Suárez, G., Castellanos, I., & Galvany, M. M. (2014). Ciencia, conocimiento y diálogo de saberes. Revista Habanera de Ciencias Médicas, 13(4), 639-646. Recuperado el 28 de julio de 2015 de: <http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v13n4/rhcm15414.pdf>
203. Suárez, E. C., Ramos, B. N., Betancourt, D., Ramos, D. O., Díaz, A.O., Fernández, J. M., Fernández, R., Martínez, A. I., Muñoz, R., & Marín, N. (2010). Programa de la asignatura Salud Pública. La Habana: Universidad de Ciencias Médicas.
204. Stivanello, M. B. (2015). Aportes al debate de la interculturalidad en salud. Revista Margen, 76(1), 1-8. Recuperado el 3 de abril de 2016 de: <http://www.margen.org/suscri/margen76/stivanello76.pdf>
205. Toledo, G. J., Carballoso, M., Cruz, A., Cruz, N., del Puerto, C., Fernández, O., González, E., Martínez, C., Miyar, R., Moreno, C., Pérez, B., Reyes, M., Rodríguez, P., Sánchez, L., Trujillo, M., Valdés, L., & Sacca, E. (1999). Sistemas de salud y estrategias para solucionar los problemas de salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
206. Toledo, J. G., Rodríguez, P., Reyes, M., Cruz, A., Carballoso, M., Sánchez, L., González, E., & Trujillo, M. (2005). Fundamentos de salud pública. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
207. Toledo, J. G., Sánchez, L., Cruz, A., Rodríguez, P., Reyes, M., & Trujillo, M. (2000). Salud pública: guía para las actividades participativas de los estudiantes y profesores. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
208. Unzueta, S. (2011). Algunos aportes de la psicología y el paradigma socio crítico a una educación comunitaria crítica y reflexiva. Revista Integra Educativa, 4(2), 105-144.

209. Valdés, A. C., Pérez, J., Arencibia, G., & Martín, O. M. (2003). Valoración del diseño curricular del programa de salud pública como disciplina. *Revista Cubana Medicina General Integral*, 19(6). Recuperado el 12 de enero de 2015 de: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol19_6_03/mgi11603.htm
210. Vargas, L. A., & Casillas, L. E. (2007). Perspectiva antropológica de la consulta médica: entre la ciencia y el arte de la medicina. En L. A. Vargas, L. E. Casillas, *La comunicación humana en la relación médico-paciente* (pp. 79-110). México, D. F.: CONAMED.
211. Vela, J., & Fernández, J. A. (2012). Las asignaturas de salud pública en las políticas de formación para la carrera de medicina. *Revista Cubana Salud Pública*, 38(3), 383-392. Recuperado el 4 de septiembre de 2014 de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000300005&lng=es
212. Vela, J., Fernández, J. A., & Álvarez, R. (2012). Política de formación médica para la atención primaria de salud y el papel de la asignatura medicina general Integral en el currículo. *Revista Cubana Educación Médica Superior*, 26(2), 259-270. Recuperado el 1 de septiembre de 2014 de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412012000200009&lng=es
213. Vela, J., Salas, R., Pujals, N., Quintana, M., & Pérez, G. (2016). Los planes de estudio de medicina en Cuba de 1959 a 2010. *Revista Cubana Educación Médica Superior*, 30(1). Recuperado el 12 de abril 2016 de: <http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/684/319>
214. Vicedo, A. (2009). La integración de conocimientos en la educación médica. *Revista Cubana Educación Médica Superior*, 23(4), 226-237. Recuperado el 29 de julio de 2015 de: <http://scielo.sld.cu/pdf/ems/v23n4/ems08409.pdf>
215. Victoria, C. R. (2014). La enseñanza de la psicología en la universidad médica. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 13 (4), 500-503.

216. Vygotsky, L. S. (1987). Historial del desarrollo de las funciones psíquicas superiores. La Habana: Editorial Pueblo y Educación.
217. Zacca, E., Zacca, G., & Rodríguez, P. (2014). Epidemiología de la atención primaria de salud. En R. Álvarez Sintés, Medicina General Integral (pp. 728-786). La Habana: Editorial Ciencias Médicas.

ANEXOS

Anexo 1. Representación gráfica de la investigación en niveles de consecución



Anexo 2. Análisis documental para el diagnóstico del estado actual de la dinámica del contenido de Análisis de la Situación de Salud en la intervención comunitaria en la carrera de Medicina

Objetivo general: revelar el tratamiento que se le ha dado al ASIS en la intervención comunitaria en el plan de estudio, así como el nivel de representación y posición que ocupa como contenido en el programa de la asignatura Salud Pública y su relación interdisciplinar con las asignaturas de perfil sociomédico e investigativo.

La carrera de Medicina, en la Facultad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila inicia su funcionamiento en el curso 1978-1979 sólo con el sexto año. Posteriormente, fueron incorporándose años de formación hasta el curso 1985-1986 que se completan y se implementa el plan C, que mantiene su vigencia con modificaciones hasta el curso 2010-2011 cuando se realizó el último perfeccionamiento. La institución forma los Médicos Generales para los cinco municipios del sur de la provincia Ciego de Ávila, con escenarios docentes en su sede central, en los hospitales y en los cuatro Policlínicos Docentes de la ciudad de Ciego de Ávila: Norte, Centro, Sur y Belkis Sotomayor.

El quinto año se centraliza en los Policlínicos Docentes Norte y Belkis Sotomayor, por contar con claustros de mayor experiencia y poseer un mayor número de CMF acreditados para la docencia. Antes de iniciar cada curso los directivos de estas instituciones realizan una autoevaluación según las variables para optar por la certificación de sus escenarios y posteriormente, el vicerrectorado académico realiza una evaluación externa para acreditar los CMF y los servicios que cumplen los requisitos.

a) Análisis de la trascendencia que alcanza el ASIS en la intervención comunitaria en las funciones profesionales y las habilidades a desarrollar en el estudiante.

Objetivo específico: identificar el contenido que caracteriza la trascendencia del ASIS en la intervención comunitaria en la formación del Médico General.

Unidades de análisis a tener en cuenta en el modelo del profesional.

- Las 21 funciones declaradas en el perfil profesional que aparecen agrupadas en cinco categorías en las que se desempeñará el Médico General en los servicios de salud: atención médica integral, docente-educativa, administrativa, investigativa y especial.
- Las 40 habilidades de aplicación vinculadas con la atención al proceso salud-enfermedad a nivel comunitario y con las cuatro restantes funciones, seleccionadas dentro de 175 de aplicación; al descartar las 135 relacionadas con técnicas y procedimientos específicos para la atención al proceso salud-enfermedad a nivel individual o familiar.

Metodología empleada: se elaboraron fichas de contenido y se resumió la información que se obtuvo en forma de tablas, según las categorías de análisis siguientes:

- Expresión del ASIS en las funciones a desarrollar: si o no. Cuando se expresa se identifica como: explícito cuando lo expone directo o implícito cuando lo hace indirecto.
- Revelación del ASIS en las habilidades de aplicación: si o no. Cuando se revela se diferencia como: explícito cuando lo exhibe directo o implícito cuando lo hace indirecto.

Análisis de los resultados.

Tabla 1. Expresión del Análisis de la Situación de Salud en las funciones del perfil profesional. Plan de Estudio de Medicina perfeccionado en 2010.

Función	Número	Expresión del ASIS		
		Explícito	Si Implícito	No
Atención médica integral	8	2	4	2
Docente-educativa	6	2	2	2
Administrativa	3		3	
Investigativa	3	1	2	
Especial	1		1	
Total	21	5	12	4

El alcance del ASIS dentro de las funciones se comporta de la siguiente forma:

- El ASIS se manifiesta de forma explícita en cinco funciones e implícito en 12.
- En las funciones en que se incluye de forma explícita son: la atención médica integral, la docente-educativa e investigativa y de forma implícita, en casi todas con una mayor expresión en la de atención médica integral y en la administrativa.

Tabla 2. Revelación del Análisis de la Situación de Salud en las habilidades de aplicación.

Habilidad de aplicación	Número	Revelación del ASIS		
		Explícito	Si Implícito	No
I. Habilidades generales	8		6	2
II. Habilidades específicas				
A. Función atención médica integral				
Promoción-prevención	5		3	2
De diagnóstico médico	6	1	1	4
Salud ambiental	4	1	1	2
Aspectos médico-legales	6		1	5
B. Función investigativa	3	1		2
C. Función docente-educativa	3		2	1
D. Función administrativa	3		2	1
E. Función especial	2		2	
Total	40	3	18	19

En las habilidades de aplicación estudiadas el ASIS se manifiesta de la siguiente forma:

- El ASIS se revela de forma explícita en tres habilidades y de forma implícita en 21. Ello muestra el significado que adquiere la adquisición de las habilidades que sustentan el desarrollo de la capacidad co-transformadora en el estudiante, desde primer año para de forma progresiva transitar en su consolidación en la medida que se apropia del contenido en el transcurso de su formación.
- Adquiere una mayor connotación en las habilidades generales al estar implícito en seis de las ocho declaradas.

En las habilidades generales. El estudiante en la realización del ASIS se sustenta en: establecer una comunicación efectiva, utilizar tecnologías de la información y la comunicación, actuar con creatividad,

independencia y liderazgo, realizar trabajo en equipo y aplicar el método científico.

En las habilidades específicas: De forma directa está declarado en tres.

- Una dentro de las seis de diagnóstico médico: realizar el ASIS de su área de atención.
- Otra dentro de las vinculadas a la salud ambiental: identificar los aspectos ambientales requeridos para realizar el ASIS de su comunidad.
- Otra dentro de la función investigativa: participar en investigaciones científicas.

De forma indirecta se revela en 12.

- Seis en la función de atención médica integral: tres en la promoción y prevención: realizar educación para la salud, identificar factores de riesgo y grupos vulnerables e identificar el estado de satisfacción de la población; una en la de diagnóstico médico: realizar las técnicas y procedimientos diagnósticos pertinentes; una en las vinculadas a la salud ambiental: realizar vigilancia epidemiológica y una en los aspectos médico-legales: proceder acorde con los principios éticos y las normas legales vigentes.
- Dos en la función docente-educativa: realizar actividades de educación para la salud y colaborar con la docencia técnica y profesional.
- Dos en la función administrativa: administrar servicios y programas y aplicar las disposiciones concretas de Salud Pública.
- Dos en la función especial: identificar los riesgos y vulnerabilidades vinculadas a situaciones de desastres, fomentando una cultura de prevención y realizar acciones de mitigación de daños a la salud en grupos poblacionales afectados.

Comentarios: Lo anterior muestra su trascendencia en la formación, a partir de que la idea integradora del currículo se sustenta en los problemas de salud de mayor relevancia de la comunidad. Ello determina el rol fundamental que como investigación adquiere el ASIS en ámbito de trabajo del futuro profesional, sobre todo en el primer nivel de atención a la salud.

b) Análisis del tratamiento del Análisis de la Situación de Salud en las estrategias curriculares: Metodología de la Investigación y de Salud Pública y Formación Ambiental en la carrera de Medicina.

Objetivo específico: identificar el contenido que, desde estas estrategias curriculares, se orienta al tratamiento interdisciplinar del ASIS entre las asignaturas del plan de estudio.

Unidades de análisis a tener en cuenta en cada una de las estrategias curriculares.

- La fundamentación.
- En los objetivos diseñados.
- En las orientaciones metodológicas.

Metodología empleada: se resumió la evidencia obtenida en forma de descripción donde se especifica la presencia de segmentos del contenido del ASIS en la fundamentación, en los objetivos y el tratamiento interdisciplinar desde las orientaciones metodológicas de las asignaturas en función de la actividad investigativo-laboral del estudiante para desarrollar las capacidades que en sistema sustentan la capacidad sanitarista co-transformadora.

Análisis de los resultados. Estrategia curricular Metodología de la Investigación.

En su **fundamentación** declara que el estudiante debe apropiarse de conocimientos y habilidades investigativas, al integrar de manera coherente el manejo de las tecnologías de la información y las comunicaciones, así como las herramientas metodológicas y estadísticas orientadas a resolver problemas reales en la APS, en el cambiante escenario de su aplicación en el sector de la salud.

El **objetivo general** expresa que al egresar el Médico General es capaz de utilizar la investigación científica como herramienta metodológica para realizar el ASIS de su comunidad.

En los **objetivos específicos**, a desarrollar en grado creciente en los tres ciclos de la carrera:

- Aplicar conocimientos y habilidades de la disciplina Informática Médica en el tratamiento y la búsqueda, con juicio crítico en la aplicación del método científico para dar respuesta a los principales problemas de investigación en las diferentes asignaturas que cursa, con énfasis en las de MGI y en el uso adecuado de las herramientas metodológicas y estadísticas para la solución de los problemas y la interpretación de resultados.
- Aplicar de manera sistemática y sistémica conocimientos y habilidades investigativas en tareas concretas de complejidad creciente en el contexto de las asignaturas y disciplinas a lo largo del plan de estudio, haciendo hincapié en la disciplina rectora MGI para el logro de la verdadera asimilación y apropiación del conocimiento y la adquisición de habilidades a través de la acción.

Para el **tratamiento interdisciplinar en las asignaturas de MGI**, la estrategia orienta la integración interdisciplinar del ASIS en cada semestre, a partir de la representación a ese nivel curricular de la disciplina rectora, diferenciando en cada uno la interrelación y el objetivo específico de la estrategia:

- Primer semestre: búsqueda de información orientada a un problema de salud comunitario, en coordinación con la asignatura Introducción a la MGI.
- Segundo semestre: elaboración de materiales para la promoción de salud en coordinación con la asignatura Promoción de salud.
- Tercer semestre: elaboración de materiales para la prevención de salud en coordinación con la asignatura Prevención de salud.
- Cuarto semestre: recogida, resumen y presentación de la información al investigar un problema de salud de la comunidad en coordinación con la asignatura Medicina Comunitaria.
- Quinto semestre: profundizar en los síndromes más frecuentes o que constituyan problemas de salud en el escenario docente donde se forme, en coordinación con la asignatura Propedéutica Clínica y Semiología Médica.
- Sexto semestre: profundizar en enfermedades más frecuentes o que constituyan problemas de salud en el escenario docente donde se forme, en coordinación con la asignatura Medicina Interna.
- Séptimo y octavo semestre: realizar investigación científica sencilla coordinado por una de las asignaturas: Pediatría, Ginecobstetricia y Cirugía General.
- Noveno y décimo semestre: realizar el ASIS con la utilización e interpretación de los procedimientos estadísticos como una investigación propia de la localidad.

Comentarios: el ASIS tiene su expresión concreta en el objetivo general de la estrategia y su tránsito curricular interdisciplinar ascendente. Se evidencia en sus objetivos específicos que tienen expresión semestral en la asignatura que representa la disciplina rectora. En ella, la actividad investigativo-laboral se fortalece en los trabajos investigativos integradores, que, de conjunto con la clase práctica y la educación en el trabajo, tributan al desarrollo de la capacidad investigativa y la capacidad resolutive en el estudiante para que proyecte la transformación de la situación de salud mediado por el ASIS como investigación científica.

Estrategia curricular Salud Pública y Formación Ambiental.

En su **fundamentación** define que su propósito es integrar una concepción científica, una posición ideológica y un enfoque socio biológico de la medicina, que, sobre la base de las teorías, leyes y principios de la salud pública cubana, se promueva en el futuro egresado el desarrollo de capacidades, intereses, actitudes y conductas profesionales, en función de mejorar el estado de salud de la población.

En su **objetivo general** se define que el estudiante debe aplicar integralmente los conocimientos que le aporta la Salud Pública a la práctica médica moderna y dentro de ella la Salud Ambiental, en la realización de acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación con vistas a solucionar problemas de salud, en función de mejorar el estado de salud de la población en correspondencia con las estrategias de la salud pública cubana.

En los **objetivos por ciclos** de la carrera:

En el ciclo básico. Definir la Medicina como ciencia socio-biológica e identificar sus principales aportes, caracterizar al ser humano en su triple dimensión bio-psico-social y relacionar el entorno con su salud y el desarrollo humano y describir el ASIS como IAP esencial para el estudio del estado de salud de la comunidad y caracterizar la responsabilidad moral y ética profesional que acompaña a su realización.

En el ciclo básico-clínico. Interpretar la promoción de salud como la intervención educativa orientada a lograr comunidades saludables mediante cambios en las condiciones y estilos de vida.

En el ciclo clínico. Interpretar la significación de las actividades de prevención de enfermedades y otros daños a la salud en personas, familias y comunidades mediante su aplicación en escenarios reales en estrecha relación con el Equipo Básico de Salud.

Comentario: el ASIS tiene su concreción en el objetivo general de la estrategia pues las acciones educativas y administrativas del plan de ejecución, se sustentan en gran medida en promoción, prevención, vigilancia y control de las condiciones socio-ambientales que determinan el desequilibrio del proceso salud-enfermedad a nivel comunitario por enfermedades y otros daños a la salud. El contenido de Salud Ambiental y del ASIS, se interrelacionan en el tránsito semestral curricular interdisciplinar en las asignaturas de formación básica, general y de la profesión, sucesivamente; desde donde los objetivos se van relacionando con el contenido y las tareas específicas a desarrollar por el estudiante.

Las dos estrategias curriculares, se convierten en abordajes pedagógicos transversales en el plan de estudio y se implementan con el propósito de lograr el desarrollo de la capacidad sanitarista co-transformadora en el estudiante; a partir de la apropiación de los conocimientos, habilidades, valores, valoraciones y modos de actuación profesional; que resultan claves para el proceso de enseñanza-aprendizaje de la asignatura Salud Pública y la dinámica de la formación sanitarista interactiva del ASIS en la intervención comunitaria e imposibles de lograr desde una sola disciplina o asignatura. Por ello, se requiere de la participación interdisciplinar desde el trabajo metodológico para coordinar el cumplimiento de sus objetivos desde los colectivos pedagógicos, sobre todo a nivel de carrera y de año, desde donde se direcciona las pautas integradoras hacia los colectivos de disciplina y asignatura, respectivamente.

Sin embargo, en los controles realizados a dichas actividades en la institución que se investiga, se muestran insuficiencias para alcanzar dicha integración; para de conjunto con las clases prácticas y la educación en el trabajo de las disciplinas curriculares, contribuir al desarrollo de la capacidad investigativa y la capacidad resolutoria en el estudiante para que solucione los problemas de salud comunitarios, en función de mejorar el estado de salud de la población, mediado por el ASIS a tono con las estrategias de la salud pública cubana.

c) Análisis del contenido de Análisis de la Situación de Salud en la intervención comunitaria en la asignatura Salud Pública y su representación en el plan de estudio de la carrera de Medicina.

Objetivo específico: analizar el contenido de ASIS en la intervención comunitaria en el programa de la asignatura Salud Pública y su representación en el plan de estudio de la carrera de Medicina, y su relación con el desarrollo de la capacidad sanitarista co-transformadora en el estudiante.

Unidades de análisis a tener en cuenta en el programa de la asignatura y en el plan de estudio.

- La presencia del ASIS en los objetivos generales del programa de la asignatura.
- El fondo de tiempo destinado al ASIS en la intervención comunitaria, a la clase práctica y a la educación en el trabajo como formas organizativas en la asignatura Salud Pública, así como la representación de ambas en el plan de estudio.

Metodología empleada: se elaboraron fichas de contenido y se resumió la información que se obtuvo en forma de cuadros, según las categorías de análisis siguientes:

- Presencia del ASIS en los objetivos generales de la asignatura: si o no. Cuando se revela se diferencia como: explícito cuando lo exhibe directo o implícito cuando lo hace indirecto.
- Expresión en por ciento del fondo de tiempo dedicado al contenido de ASIS en la intervención comunitaria y su representación con relación al fondo de tiempo de la asignatura, y de ambos en la educación en el trabajo.
- Representación en por ciento del fondo de tiempo de la asignatura Salud Pública y del contenido de ASIS en la intervención comunitaria en el plan de estudio, así como la expresión de la clase práctica y la educación en el trabajo, para sustentar el desarrollo de las capacidades investigativas y resolutorias como sustento de la capacidad sanitarista co-transformadora en el estudiante.

Análisis de los resultados.

Tabla 3. Expresión del Análisis de la Situación de Salud en los objetivos generales de la asignatura Salud Pública.

Objetivos generales	Número	Expresión del ASIS		
		Explícito	Si Implícito	No
Educativos	5	1	4	
Instructivos	7	2	5	
Total	12	3	9	0

En los objetivos generales se comporta de la siguiente forma:

- En los educativos, el ASIS en la intervención comunitaria se revela de forma explícita en uno: realizar el ASIS a nivel de CMF aplicando la investigación científica, epidemiológica y social; y de forma indirecta (implícita) en los cuatro restantes:
 1. Integrar una concepción científica, una posición ideológica y un enfoque socio biológico de la medicina, que sobre la base de la teoría, leyes y principios de la salud pública cubana y de la integración de las funciones de investigación, administración, docencia y atención médica, promuevan el desarrollo de capacidades, intereses, actitudes y conductas profesionales, en función de mejorar el estado de salud de la población.
 2. Realizar su trabajo en el primer nivel de atención con una base científico técnica que le permita desarrollar el enfoque higiénico-epidemiológico y social de los problemas de salud comunitarios.
 3. Integrar la interacción de los factores individuales, comunitarios y ambientales en el proceso salud-enfermedad y la influencia de las determinantes en dicho proceso.
 4. Educar a la población como promotor de salud y guardián de la misma con el objetivo de modificar favorablemente el entorno y el estilo de vida de su comunidad.
- En los objetivos instructivos, se revela explícito en dos: efectuar el ASIS, conjuntamente con su comunidad y emplearlo como guía de trabajo para elevar el nivel de salud de la población, y elaborar un plan de ejecución en la comunidad a su cargo a partir de los problemas priorizados en el ASIS de

la comunidad; e implícita en las cinco restantes:

1. Apropiarse de los principios teóricos generales de la Salud Pública como ciencia y de sus funciones, fundamentalmente los relacionados con la promoción de la salud y la prevención, recuperación y rehabilitación de los problemas de salud detectados en su comunidad.
2. Aplicar el método epidemiológico en su trabajo habitual para la determinación de la causalidad en los problemas de salud que aparezcan en su comunidad y para otras actividades propias de su quehacer.
3. Realizar acciones de promoción de salud, prevención, recuperación y rehabilitación en las enfermedades y otros daños a la salud con vistas a solucionar problemas de salud, en función de mejorar el estado de salud de la población, en correspondencia con los lineamientos de las estrategias de la salud pública cubana.
4. Aplicar el enfoque de riesgo en la solución de los problemas de salud de su comunidad.
5. Administrar los programas de salud de su comunidad a su nivel de acción, así como, el sistema de vigilancia epidemiológica en el primer nivel de atención a la salud.

Tabla 4. Expresión del Análisis de la Situación de Salud en la intervención comunitaria en el programa de la asignatura Salud Pública.

No.	Tema Contenido	Total (horas)		Forma organizativa de enseñanza					
		Número	%	C*	S*	CP*	ET*	TI*	E*
I	Salud Pública	10	4,13	2		2	6		
II	Análisis de la situación de salud	52	21,49	4	4	8	34	2	
III	Intervenciones en salud	10	4,13	2		2	6		
IV	Investigaciones en salud	18	7,44	2	2	4	8	2	
V	Ambiente y salud	58	23,97	2	4	18	26	8	
VI	Enfermedades y otros daños salud	74	30,58	4	6	12	40	12	
VII	Vigilancia en salud	12	4,96	2		2	6	2	
	Evaluación final	8	3,31						8
	Total	242	100.00	18	16	48	126	26	8
	%	100.00		7,44	6,61	19,83	52,07	10,74	3,31

C*: Conferencia, S*: Seminario, CP*: Clase Práctica, ET*: Educación en el trabajo, TI*: Trabajo Independiente y E*: Evaluación

Se expresa de la forma siguiente:

- El ASIS y la intervención en salud ocupan 25,62 % del fondo de tiempo (21,49 % el ASIS y 4,13 % la intervención en salud). Ambas temáticas se analizan de conjunto dado a que la casi totalidad del contenido de intervención comunitaria se dedica a desarrollar el ASIS en el primer nivel de atención a la salud para alcanzar la Producción Social de la Salud.
- A la educación en el trabajo se dedican la mitad del fondo de tiempo de la asignatura (52,07 %). Aunque el ASIS en la intervención comunitaria dispone de 40 horas, su realización ocupa la mayor parte de las 126 horas totales, pues su elaboración se orienta desde el inicio de la asignatura y se armoniza durante todo su desarrollo con los demás temas del contenido; dado por la interrelación e interdependencia que alcanzan éstos en la ejecución del propio contenido de ASIS en la intervención comunitaria.

Tabla 5. Representación de la asignatura Salud Pública y del contenido de Análisis de la Situación de Salud en la intervención comunitaria en el currículo.

Atributo	Total (horas)		Forma organizativa de enseñanza						
	Número	%	C*	S*	CP*	CT*	ET*	TI*	E*
<i>Ciclo de la carrera</i>									
Básico	2030	18,69	294	276	510	258	377	202	113
Pre-clínico	691	6,36	86	58	213	88	102	96	48
Clínico	8141	74,95	331	356	499	292	5769	697	197
3ro a 5to año	4463	49,32	331	274	499	292	3067	697	197
6to año	2784	25,63	0	82	0	0	2702	0	0
Total	10862	100,00	711	690	1222	638	6248	995	358
%			6,55	6,35	11,25	5,87	57,52	9,16	3,30
<i>Asignatura Salud Pública en ciclo clínico excluyendo Sexto año</i>									
Total	242	5,42	18	16	48	0	126	26	8
%			5,44	5,84	9,62	0,00	4,11	3,73	4,06
<i>Contenido de ASIS en la intervención comunitaria en el ciclo clínico excluyendo Sexto año</i>									
Total	62	1,39	6	4	10	0	40	2	0
%			1,81	1,46	2,00	0,00	1,30	0,29	0,00

C*: Conferencia, S*: Seminario, CP*: Clase Práctica, ET*: Educación en el trabajo, TI*: Trabajo Independiente y E*: Evaluación

Se representa de la forma siguiente:

- El plan de estudio perfeccionamiento en el año 2010 consta de un total de 10862 horas lectivas. De ellas, casi la mitad (49,32 %) están dedicadas al tránsito entre tercero y quinto años en el ciclo clínico. La asignatura Salud Pública ocupa 5,42 % de este tiempo y el ASIS en la intervención comunitaria, 1,39 %. Aunque su representación es baja, el nivel de sistematización e integración que llega a alcanzar dicho contenido en la disciplina MGI en los ciclos precedentes es elevado. En esta asignatura este contenido se profundiza y amplía con un nivel superior de sistematización en aras de alcanzar la realización real del ASIS en la intervención comunitaria, al integrar y generalizar conocimientos, habilidades, valores y valoraciones, como resultado de la relación dialéctica siempre ascendente entre su nivel de profundidad como contenido y la riqueza que se revela al investigar e intervenir el proceso salud-enfermedad a nivel comunitario, como objeto de estudio y el nivel de potencialidades intelectuales permisibles por el estudiante para enfrentarlo.
- La educación en el trabajo (57,52 %) y la clase práctica (11,25 %), sobresalen ocupando la mayor parte del fondo de tiempo total del plan de estudio. Con relación a la adquisición de habilidades, valores y valoraciones relacionadas con el ASIS en la intervención comunitaria, aunque alcanzan una baja representación: la educación en el trabajo (4,11 %) y la clase práctica (9,62 %) en la asignatura Salud Pública, y la educación en el trabajo (1,30 %) y la clase práctica (2,00 %) en el contenido de ASIS en la intervención comunitaria, disponen de un amplio fondo de tiempo formativo en los años de carrera precedente, donde el estudiante desarrolla y consolida el sistema de capacidades que sustentan la capacidad sanitarista co-transformadora, tanto en las asignaturas de la profesión como en las de formación general.

Comentarios: los resultados del análisis del contenido de ASIS en la intervención comunitaria en la

asignatura Salud Pública y en el plan de estudio, en cuanto a sus objetivos generales y al fondo de tiempo que representan ambos y la actividad práctica (clase práctica y educación en el trabajo), revela la concepción con que fue diseñado y perfeccionado el currículo. Donde el ASIS adquiere trascendencia como eje vertebrador interdisciplinar en la formación del Médico General para realizar el ASIS con la capacidad investigativa y resolutoria que le permita una adecuada intervención comunitaria, sustentada en su saber sanitarista interpretativo co-transformador mediador con los actores sociales y la comunidad.

d) Análisis del contenido de Análisis de la Situación de Salud en las asignaturas sociomédicas y en las relacionadas con la metodología de la investigación en el plan de estudio.

Objetivo específico: caracterizar la sistematización e integración del contenido relacionado con el ASIS en la intervención comunitaria en el plan de estudio de la carrera de Medicina, a partir de un análisis de contenido que permita la identificación de los segmentos de éste orientados hacia la investigación y la solución de los problemas comunitarios de salud.

Unidades de análisis a tener en cuenta en los programas de las asignaturas seleccionadas.

- La presencia del segmento de contenido en la asignatura: si o no; consignándose en la tabla dentro de cada eje demarcador que a su vez forma parte de un eje formativo orientador.
- En forma descriptiva, cuando se identifican segmentos, que son sistematizados e integrados de forma significativa en las asignaturas de la MGI como disciplina rectora y su espaciado temporal entre ciclos, años y semestres con relación a Salud Pública, concebida en el noveno semestre del ciclo clínico.

Metodología empleada: se aplicó un análisis de contenido desde una perspectiva interdisciplinar, a las asignaturas que responden al eje de formación sociomédica e investigativo. Para ello, se seleccionaron 12, como unidades de muestreo, dentro de las 61 que conforman el plan de estudio. Al representar contenidos de disciplinas que aportan al estudiante los fundamentos de la salud pública y otras ciencias sociales para la investigación e intervención del proceso salud-enfermedad comunitario. Sustentados en la sistematización formativa García et al. (2015b), definieron categorías generales, particulares y específicas, como niveles donde fueron caracterizadas las unidades de análisis y de forma escalonada delimitaron elementos significativos para clasificar el contenido y su posterior cuantificación. De esta forma la estratificación de las unidades de análisis de contenido quedó establecida de la siguiente forma:

- El eje formativo orientado hacia la investigación.
 1. Eje demarcador socio-médico: agrupa el contenido de Salud Pública y otras ciencias, que contribuyen con conceptos, categorías, funciones, leyes y teorías esenciales para la interpretación del objeto de la profesión y de forma específica para que el futuro egresado realice el ASIS. Se delimitaron como segmentos de contenido: el proceso salud-enfermedad a nivel grupal, lo biológico y lo social en el proceso salud-enfermedad, el estado de salud de la población, la demografía, la formación ambiental, la comunidad, el estudio psicosocial en el primer nivel de atención a la salud y la comunicación en salud.
 2. Eje demarcador socio-investigativo: concentra el contenido del método científico universal y su aplicabilidad en la medicina, aportando elementos procedimentales básicos para la interpretación y aplicación del ASIS. Se demarcaron como segmentos de contenido: la metodología de la investigación, el ASIS como método científico, el diagnóstico educativo, los indicadores cuantitativos y cualitativos en salud, y la metodología de la investigación cualitativa.
- Eje formativo orientado hacia la solución.
 1. Eje demarcador socio-participativo: centraliza el contenido para interpretar lo participativo como

principio inseparable del proceso de Producción Social de la Salud. Se puntualizan como segmentos de contenido: la socialización en grupos, la participación comunitaria y la intersectorialidad.

2. Eje demarcador socio-interventivo: agrupa áreas que aportan conceptos, enfoques y procedimientos para ejecutar intervenciones que contribuyan a la modificación del estado de salud de la población. Se detallan como segmentos de contenido: el proceso salud-enfermedad a nivel grupal y su atención, los problemas de salud y el proceso de su solución, factores y enfoque de riesgo, el enfoque sistémico, la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, la planeación estratégica, la metodología del ASIS y la intervención en salud. Fueron incluidos los problemas de salud y los factores de riesgo cuando al abordarse, se realiza de conjunto con su proceso de solución y su enfoque, respectivamente.
- Eje formativo orientado hacia la ética: cuando el contenido de la asignatura incluye elementos del componente ético para desarrollar la investigación y la intervención en salud a nivel grupal.

Análisis de los resultados.

Tabla 6. Presencia del contenido de Análisis de la Situación de Salud en los programas de las asignaturas seleccionadas.

Año	Asignatura	Semestre	Ejes orientadores de la sistematización				Ético
			Investigación		Solución		
			Socio-médico	Socio-investigativo	Socio-participativo	Socio-interventivo	
1ro	Introducción a la MGI	I	Si	Si	Si	Si	Si
	Filosofía y Sociedad I	I	Si	Si	Si	Si	No
	Informática Médica	I	No	Si	No	No	No
	Promoción de Salud	II	Si	Si	Si	Si	No
	Filosofía y Sociedad II	II	Si	Si	Si	Si	Si
	Prevención en Salud	III	Si	No	Si	Si	Si
2do	Metodología de la Investigación y Estadística	III	Si	Si	No	No	No
	Medicina Comunitaria	IV	Si	Si	Si	Si	No
	Psicología Médica I	IV	Si	Si	Si	Si	Si
3ro	Psicología Médica II	V	Si	Si	Si	Si	Si
5to	Salud Pública	IX	Si	Si	Si	Si	Si
	MGI	IX	Si	No	Si	Si	No
Total			11	10	10	10	6
			21		20		

La presencia de segmentos de contenido que tributan al ASIS en cada eje demarcador y orientador respectivo, se comporta de la siguiente forma:

1. Los ejes formativos orientadores hacia la investigación y hacia la solución, llegan a alcanzar casi igual representación en la sumatoria de sus ejes: 21 y 20, respectivamente; encontrándose por encima de la presencia del eje ético que solo lo logra en seis asignaturas.
2. El eje sociomédico está presente en 11 asignaturas, lo cual respalda el lugar que se posiciona en el currículo este contenido esencial para que el estudiante comprenda e interprete el proceso salud-enfermedad en su dimensión comunitaria, como parte del objeto de la profesión médica.
3. Las asignaturas Informática Médica, Metodología de la Investigación y Estadística, no sistematizan el contenido relacionado con la participación, la intervención y el elemento ético.

Espaciamiento temporal de la sistematización e integración de elementos significativos del ASIS en la disciplina MGI con relación a la asignatura Salud Pública en el noveno semestre.

1. En primer año. **Introducción a la MGI**, ubicada en el primer semestre, el ASIS comienza su ascenso vertical al iniciar su sistematización como metodología investigativa en la unidad temática-II Ciencia y conocimiento científico. Los métodos clínico y epidemiológico. El ASIS. La ética de la investigación con sujetos humanos y en la unidad temática-IV La APS, la comunidad, la participación y la intervención social en salud. **Promoción de Salud**, en el segundo semestre, aunque el ASIS no se sistematiza como contenido específico, en su unidad temática-I Comunidad, familia y promoción de salud, se profundiza en elementos de la comunidad y de la participación social, y se inicia la sistematización de la intervención educativa con el diagnóstico educativo a nivel familiar.
2. En segundo año. **Prevención en Salud**, en el tercer semestre, el ASIS no se incluye como contenido específico pero la unidad temática-I: La prevención de enfermedades en la APS, inicia la sistematización de los niveles de prevención y la unidad temática-II: Comunicación y familia, inicia la sistematización de las técnicas grupales y su impacto en la educación para la salud. **Medicina Comunitaria**, en el cuarto semestre, integra y sistematiza contenido de las asignaturas precedentes. En ella, el ASIS fortalece su ascenso vertical cuando emerge en el tema-IV: ASIS, importancia para la identificación de problemas en salud y con ello, inicia la integración y sistematización de su metodología como un todo, pero solo llega a profundizar en los dos primeros pasos: obtención de la información e identificación de problemas de salud.

Estas cuatro asignaturas cumplen la función de rectoras en los primeros cuatro semestres que incluyen dos de los tres ciclos que estructuran la carrera. Desde ellas se integran y sistematizan de forma horizontal contenidos esenciales tributados por las disciplinas Filosofía y Sociedad e Informática Médica y la asignatura Psicología Médica-I. Sin embargo, la integración vertical asociada con el avance y desarrollo del alumno en el tiempo y de su tránsito por diferentes fases del aprendizaje, se dispersa hasta el noveno semestre. En este intervalo formativo se sistematizan segmentos de contenido en el quinto semestre, en **Psicología Médica-II** que articulada con **Propedéutica Clínica y Semiología Médica**, propicia que el estudiante se apropie de recursos cognitivos para interpretar e intervenir el proceso salud-enfermedad a nivel individual a través de la entrevista médica que se sustenta en la relación médico-paciente y que continúan transitando en las asignaturas de la profesión que se dimensionan al tipificar la diferentes formas de atención al proceso salud-enfermedad a nivel individual.

Al arribar el estudiante al noveno semestre, **Salud Pública** como asignatura sociomédica de mayor alcance, integra y sistematiza con un mayor nivel de profundidad contenidos trascendentes para el ASIS, que en integración vertical ascendente fueron sistematizados e integrados desde las asignaturas de la disciplina MGI en los cuatro primeros semestres. Los cuales continuarán en la asignatura subsiguiente MGI, donde el ASIS culmina su ascensión vertical al profundizar y consolidar en el tema-1: la metodología para la confección del plan de ejecución, dentro de las actividades específicas en la especialidad. Ello confirma el enfoque sistémico del currículo al reconocer la derivación de un sistema en otros de orden menor que lo componen.

No obstante, de producirse la dispersión en el escalonamiento ascendente en los cuatro primeros semestres del ciclo clínico, el estudiante continua consolidando la capacidad transformadora y el sistema de capacidades que la sustentan, iniciadas en su desarrollo en los dos primeros ciclos formativos. Primero por la apropiación de recursos cognitivos al investigar y solucionar el proceso salud-enfermedad a nivel individual en la totalidad de asignaturas propias de la profesión y segundo, por la influencia de las estrategias curriculares Metodología de la Investigación y Salud Pública y Formación Ambiental. Por ello,

el ASIS adquiere un carácter de eje curricular vertical en la formación del Médico General, con dos niveles de consolidación interdisciplinar en los que se alcanza una significativa articulación horizontal y vertical de su contenido en el plan de estudio.

1. El primero se produce en el cuarto semestre, en la asignatura **Medicina Comunitaria**, que cierra una etapa formativa de dos ciclos de carrera. El ciclo básico que incluye los tres primeros semestres donde tres asignaturas en función de rectoras integran y sistematizan el contenido que de forma ascendente incrementa en profundidad y el ciclo básico clínico, conformado solo por el cuarto semestre. En ella se integra, amplía y profundiza el contenido intradisciplinario precedente y se concreta una relación interdisciplinar que signa en este año formativo la concepción investigativo-laboral de la carrera, a través de una vinculación propedéutica con la asignatura Metodología de la Investigación y Estadística.
2. El segundo se alcanza en el noveno semestre, en el ciclo clínico cuando el eje de sistematización e integración se retoma en la asignatura **Salud Pública**, donde se alcanzan niveles superiores de integración al desarrollar en su totalidad con mayor nivel de profundidad la intervención comunitaria mediada por el ASIS, la participación social en salud y sus elementos éticos. De forma subsiguiente, se interrelaciona con la asignatura MGI donde se profundiza el nivel de sistematización del plan de ejecución y lo integra a un plano superior al formar parte de las actividades que singularizan la especialidad.

Comentario: se considera que al contenido del ASIS adquirir la condición de eje curricular vertical puede asumirse su perfeccionamiento desde la dinámica de la formación sanitarista interactiva que se propone, dado a que se sistematiza e integra abocado hacia los ejes orientadores investigativo, resolutivo y ético. Lo anterior puede connotarse porque:

1. El contenido para la investigación, la resolución y su sustento ético, se sistematiza de forma acrecentada en los tres primeros semestres por las disciplinas Filosofía y Sociedad e Informática Médica, en el cuarto y el quinto por la disciplina Psicología Médica, por su relevancia se sistematiza y entrelaza en integración horizontal y vertical en los cuatro primeros semestres por la disciplina rectora, consolidando un **primer nivel de integración** en el plan de estudio.
2. Al ser retomados en la asignatura Salud Pública se integra y desarrolla en su totalidad con mayor profundidad, orientado hacia la investigación y resolución, y desde ella, se vincula de forma subsiguiente en relación interdisciplinar con la asignatura MGI, consolidando el **segundo nivel de integración** curricular.

Anexo 3. Encuesta a los directores de Policlínicos del territorio sur de la provincia Ciego de Ávila

Objetivo: identificar el nivel de preparación teórico-metodológica que muestran los Médicos Generales recién egresados sobre el Análisis de la Situación de Salud en la intervención comunitaria, al iniciar su desempeño profesional en los Consultorios Médicos de Familia.

Universo de estudio: La totalidad de directores de los 17 Policlínicos de la provincia Ciego de Ávila en curso académico 2013-2014, dado que la Universidad forma los Médicos Generales que cubren las áreas de salud de sus diez municipios.

Muestra: Los directores de los nueve Policlínicos del territorio sur de la provincia, dado que la Facultad forma los Médicos Generales que dan cobertura a las áreas de salud de sus cinco municipios.

Categoría de análisis. Nivel de preparación teórico-metodológica que logra alcanzar el Médico General para proyectar su capacidad interpretativa, co-transformadora y mediadora, como cualidad profesional para ejercer una función de intérprete, co-transformador y mediador al ejecutar el ASIS en la intervención comunitaria desde la práctica médica profesional sustentada en el nivel de conocimientos, habilidades, valores y valoraciones adquiridos en su formación.

Criterios evaluativos: El cuadro resume los indicadores propuestos, las preguntas del cuestionario que lo evalúan y su descripción.

Indicador	Pregunta	Descripción
Aplicación del enfoque interdisciplinario e intercultural investigativo en la práctica médico-social profesional	1-3	Evaluar el abordaje investigativo interdisciplinario e intercultural que aplica el recién graduado, al realizar el ASIS en la intervención comunitaria en la práctica médico-social profesional
Capacidad transformadora mostrada por el Médico General recién egresado	4-6	Evaluar el nivel de preparación teórico-metodológica del egresado, al interpretar el proceso investigativo-resolutorio de la situación de salud; a partir de la capacidad transformadora que desarrolle y con ello, ejecutar sin dificultad la intervención comunitaria
Proyección mediadora sobre el actor social para involucrarlo en la intervención y promover su educación en salud	7-9	Evaluar la función mediadora social que ejerce el egresado, al involucrar al actor social en el proceso del ASIS y al promover sus capacidades para que pueda influir con la comunidad y participar en conjunto en la Producción Social de la Salud

Consigna. Estimado director: la información que aporte será utilizada de forma exclusiva para los efectos de la investigación, que pretende evaluar la capacidad sanitaria co-transformadora que desarrolla el estudiante de Medicina al realizar el ASIS en la intervención de la situación de salud comunitaria; que contribuya en un mejor desempeño profesional del Médico General en el primer nivel de atención a la salud. Gracias por la cooperación.

Datos del directivo:

1. Categoría Docente: _____
2. Grado Científico: _____
3. Años de experiencia como director de Policlínico:
___ de 1 a 2, ___ de 3 a 5, ___ de 6 a 10, ___ de 11 a 15, ___ de 16 a 20, ___ de 20 y más.

4. Años de experiencia como docente:

___ de 1 a 2, ___ de 3 a 5, ___ de 6 a 10, ___ de 11 a 15, ___ de 16 a 20, ___ de 20 y más.

Lea de manera cuidadosa las siguientes interrogantes y exprese su valoración, marcando con una X en la escala 1 (mínima o deficiente) a la 5 (máximo o excelente), la opción que considere indique el nivel de preparación teórico-metodológica que muestra el Médico General, respecto al Análisis de la Situación de Salud (ASIS) que aplica en el CMF al intervenir la situación de salud e involucrar al actor en el proceso.

Questionario

1. ¿En qué nivel considera la aplicación que logra el Médico General de los conocimientos adquiridos en metodología de la investigación, en las técnicas cualitativas individuales y grupales, y en otros contenidos sobre todo de las asignaturas de MGI, al realizar el ASIS?

MÍNIMO	1	2	3	4	5	MÁXIMO
--------	---	---	---	---	---	--------

2. ¿En qué medida el Médico General logra interactuar con la diversidad de disciplinas que representan el origen profesional y sociocultural de los actores sociales que representan la comunidad y los diferentes sectores sociales de la sociedad en el ámbito local-comunitario?

MÍNIMO	1	2	3	4	5	MÁXIMO
--------	---	---	---	---	---	--------

3. ¿En qué medida el Médico General logra incorporar las experiencias y saberes que portan los actores sociales, en el proceso investigativo-resolutivo que desarrolla cuando realiza el ASIS?

MÍNIMO	1	2	3	4	5	MÁXIMO
--------	---	---	---	---	---	--------

4. ¿En qué nivel califica la preparación teórico-metodológica que sobre el ASIS muestra el Médico General recién graduado?

MÍNIMO	1	2	3	4	5	MÁXIMO
--------	---	---	---	---	---	--------

5. ¿En qué nivel considera el desarrollo de las capacidades para interpretar y transformar la situación de salud ante la complejidad comunitaria y diversidad de actores sociales que participan?

MÍNIMO	1	2	3	4	5	MÁXIMO
--------	---	---	---	---	---	--------

6. ¿En qué medida logra sintetizar en las actividades del plan de ejecución la transformación de los problemas de salud que identifica, analiza y soluciona, incorporando acciones administrativas y educativas que involucren al actor social que participa?

MÍNIMO	1	2	3	4	5	MÁXIMO
--------	---	---	---	---	---	--------

7. ¿En qué medida el egresado logra vincularse y mediar con el actor social, para involucrarlo en la intervención?

MÍNIMO	1	2	3	4	5	MÁXIMO
--------	---	---	---	---	---	--------

8. ¿En qué nivel considera el cumplimiento por el egresado de la función educativo-promocional para capacitar al actor social e involucrarlo en la intervención?

MÍNIMO	1	2	3	4	5	MÁXIMO
--------	---	---	---	---	---	--------

9. ¿En qué nivel considera se corresponde el compromiso socio-profesional del Médico General con el actor social para alcanzar la transformación de la situación de salud?

MÍNIMO	1	2	3	4	5	MÁXIMO
--------	---	---	---	---	---	--------

Tabla 1. Frecuencia relativa de los criterios emitidos por los directores de Policlínicos

Indicador	Sumamente insuficiente 1	Insuficiente 2	Medianamente suficiente 3	Suficiente 4	Sumamente suficiente 5
Aplicación del enfoque interdisciplinario e intercultural investigativo en la práctica médico-social profesional	0,00	44,00	41,00	15,00	0,00
Capacidad transformadora mostrada por el Médico General recién egresado	15,00	59,00	19,00	7,00	0,00
Proyección mediadora sobre el actor social para involucrarlo en la intervención y promover su educación en salud	15,00	56,00	26,00	4,00	0,00

Anexo 4. Encuesta a profesores tutores de la asignatura Salud Pública

Objetivo: caracterizar la situación actual del proceso de enseñanza-aprendizaje de la asignatura Salud Pública y del contenido del Análisis de la Situación de Salud en la intervención comunitaria, en la carrera de Medicina.

Universo de estudio: La totalidad de profesores tutores que asumieron la educación en el trabajo en el Policlínico Docente “Belkis Sotomayor”, durante el curso académico 2013-2014.

Categoría de análisis. Nivel de preparación teórico metodológica que logra alcanzar el estudiante de Medicina para proyectar su capacidad sanitarista co-transformadora, como cualidad profesional futura para ejercer una función de intérprete, co-transformador y mediador al ejecutar el ASIS en la intervención comunitaria desde la educación en el trabajo y que sustenta en el nivel de conocimientos, habilidades, valores y valoraciones adquiridos sobre el ASIS en la asignatura Salud Pública.

Criterios evaluativos: El siguiente cuadro resume los indicadores propuestos, las preguntas del cuestionario que lo evalúan y su descripción.

Indicador	Pregunta	Descripción
Aplicación del enfoque investigativo interdisciplinario e intercultural en la educación en el trabajo	1-4	Evaluar el nivel de ejecución que logra el proceso de enseñanza-aprendizaje del ASIS, para que el estudiante integre y aplique el enfoque interdisciplinario e intercultural, al realizar el ASIS en la intervención comunitaria, en la educación en el trabajo
Interpretación integrada del proceso investigativo-resolutivo que caracteriza el ASIS	5-6	Evaluar el nivel de ejecución que logra el proceso de enseñanza-aprendizaje, para que el estudiante alcance una adecuada preparación teórico-metodológica que le permita la interpretación integrada del proceso investigativo-resolutivo del ASIS, y con ello, desarrollar la capacidad transformadora para ejecutar con efectividad la intervención
Interacción mediadora del estudiante sobre el actor social.	7-8	Evaluar el nivel de ejecución que logra el proceso de enseñanza-aprendizaje, para que el estudiante alcance una adecuada preparación teórico-metodológica que le permita desarrollar la proyección mediadora sobre éste para involucrarlo y promover su educación en salud

Consigna. Estimado profesor: la información que aporte será utilizada de forma exclusiva para los efectos de la investigación, que pretende desarrollar la capacidad sanitarista co-transformadora en el estudiante de Medicina al realizar el Análisis de la Situación de Salud en la intervención de la situación de salud comunitaria; que contribuya en un mejor desempeño profesional del Médico General en el primer nivel de atención a la salud. Gracias por la cooperación.

Datos del Profesor:

1. Categoría Docente: _____
2. Grado Científico: _____
3. Años de experiencia como médico especialista laborando en el primer nivel de atención a la salud: ___ de 1 a 2, ___ de 3 a 5, ___ de 6 a 10, ___ de 11 a 15, ___ de 16 a 20, ___ de 20 y más.
4. Años de experiencia como profesor tutor de la asignatura Salud Pública: ___ de 1 a 2, ___ de 3 a 5, ___ de 6 a 10, ___ de 11 a 15, ___ de 16 a 20, ___ de 20 y más.

Lea de manera cuidadosa las siguientes interrogantes y exprese su valoración, marcando con una X en la escala 1 (mínima o deficiente) a la 5 (máximo o excelente), la opción que considere indique el nivel de ejecución que logra el proceso de enseñanza-aprendizaje del ASIS en la intervención comunitaria, como parte de la educación en el trabajo de la asignatura Salud Pública.

Questionario

1. ¿En qué nivel considera la integración y aplicación que logra alcanzar el estudiante al realizar el ASIS, de los conocimientos adquiridos en las asignaturas precedentes a Salud Pública?

MÍNIMO	1	2	3	4	5	MÁXIMO
--------	---	---	---	---	---	--------

2. ¿En qué medida al abordar el contenido, usted los integra y vincula a la complejidad de la situación de salud y la diversidad cultural y profesional de actores sociales presentes en el contexto comunitario?

MÍNIMO	1	2	3	4	5	MÁXIMO
--------	---	---	---	---	---	--------

3. ¿En qué medida al abordar el contenido, usted condiciona el proceso para que el estudiante reciba influencias de las experiencias y saberes que portan los actores sociales, sobre las formas y métodos que utilizan cuando investigan y solucionan los problemas de salud que los afectan?

MÍNIMO	1	2	3	4	5	MÁXIMO
--------	---	---	---	---	---	--------

4. ¿En qué nivel de preparación y disposición respecto a la intervención de la situación de salud, considera usted se encuentren los actores sociales que representan la comunidad que atiende para contribuir con sus saberes populares en la formación de los estudiantes?

MÍNIMO	1	2	3	4	5	MÁXIMO
--------	---	---	---	---	---	--------

5. ¿En qué nivel califica la preparación teórico-metodológica que logra alcanzar el estudiante al concluir la asignatura?

MÍNIMO	1	2	3	4	5	MÁXIMO
--------	---	---	---	---	---	--------

6. ¿En qué nivel considera el desarrollo de las capacidades alcanzadas por el estudiante para interpretar y transformar la situación de salud en la complejidad y diversidad contextual comunitaria?

MÍNIMO	1	2	3	4	5	MÁXIMO
--------	---	---	---	---	---	--------

7. ¿En qué medida contribuye el proceso docente en la vinculación: estudiante-actor social, para que el educando logre involucrar al actor en la intervención y desarrollar la educación promocional en salud de este como parte de la función docente-educativa?

MÍNIMO	1	2	3	4	5	MÁXIMO
--------	---	---	---	---	---	--------

8. ¿En qué medida contribuye el proceso docente que se desarrolla, en el afianzamiento del compromiso socio-profesional mediador del estudiante con los actores sociales para alcanzar la transformación de la situación de salud y su capacitación para que estos influyan con la comunidad en la propia transformación?

MÍNIMO	1	2	3	4	5	MÁXIMO
--------	---	---	---	---	---	--------

Tabla 1. Frecuencia relativa de los criterios emitidos por los profesores tutores.

Nivel de preparación teórico-metodológica	Sumamente insuficiente 1	Insuficiente 2	Medianamente suficiente 3	Suficiente 4	Sumamente suficiente 5
Aplicación del enfoque investigativo interdisciplinario e intercultural en la educación en el trabajo	9,00	25,00	28,00	25,00	13,00
Interpretación integrada del proceso investigativo-resolutivo que caracteriza el ASIS	13,00	42,00	34,00	11,00	0,00
Interacción mediadora del estudiante sobre el actor social	18,00	21,00	45,00	16,00	0,00

Anexo 5. Resultados de la calificación de la pregunta de Análisis de la Situación de Salud en el examen final teórico de la asignatura Salud Pública en los cursos 2012-2013 y 2013-2014

Objetivo: mostrar los resultados cuantitativos y cualitativos logrados por los estudiantes en la pregunta de ASIS en el examen final escrito de la asignatura Salud Pública, en los dos cursos académicos previos a la implementación de la metodología de intervención en la situación de salud comunitaria para el proceso de enseñanza-aprendizaje de la asignatura Salud Pública.

Universo de estudio: La totalidad de estudiantes de los tres grupos docentes que cursaron la asignatura Salud Pública en el Policlínico Docente “Belkis Sotomayor”, durante los cursos 2012-2013 y 2013-2014.

Tabla 1. Distribución de frecuencias en la calificación de la pregunta de Análisis de la Situación de Salud en el examen final teórico según cursos académicos 2012-2013 y 2013-2014

Curso académico	Calificación			
	5 N (%)	4 N (%)	3 N (%)	2 N (%)
2012-2013	8 (14)	13 (22)	27 (46)	11 (19)
2013-2014	8 (13)	11 (17)	32 (50)	13 (20)

Anexo 6. Guía para la calificación del informe final de Análisis de la Situación de Salud

Objetivo: evaluar la calidad de los informes de ASIS entregados al finalizar la asignatura Salud Pública en el curso académico 2013-2014, para complementar los criterios evaluativos en el examen final práctico que tributan al nivel de apropiación cultural investigativa del ASIS como patrón de logro.

Universo de estudio: los 21 informes entregados por los equipos estudiantiles de los tres grupos planificados en el Policlínico Docente “Belkis Sotomayor” en el curso académico 2013-2014.

Guía de calificación del informe final según categorías de análisis

Calificación final				Calificación según categoría de análisis															
				Estructura del informe final				Definición de los objetivos				Capacidad descriptiva				Capacidad analítica			
E*	B*	R*	M*	E	B	R	M	E	B	R	M	E	B	R	M	E	B	R	M

E*: Excelente, B*: Bien, R*: Regular, M*: Mal

Criterios evaluativos: las cuatro categorías de análisis, las subcategorías que las conforman y su calificación cualitativa, se resumen en los cuadros que continúan. La construcción de las categorías se sustenta en los criterios aportados por los profesores de la asignatura y los profesores tutores en los colectivos de la asignatura Salud Pública y de MGI como disciplina rectora, y en los resultados publicados en la literatura científica (García et al., 2015b). A partir de ello, se elaboraron dos de las categorías de análisis: estructura del informe final y definición de los objetivos, como elementos medulares que definen la calidad del informe final y que repercuten en las demás categorías. Para elaborar las categorías: capacidad descriptiva y capacidad analítica desarrollada, se asumen los criterios de la guía de revisión de Isora Ramos Valle, citada por Martínez (2006). Esta guía se adaptó a los objetivos de la asignatura, a la guía que se modifica y al objetivo teleológico de la metodología propuesta.

La capacidad sanitarista investigativa y el sistema de capacidades sobre la cual subyace, y la capacidad implicativa como parte de la capacidad sanitarista resolutoria, no se evalúan en este primer momento, por depender de los aspectos argumentativos que exprese de forma verbal el estudiante en la medida que presente el informe y responda a las preguntas de los observadores en el ejercicio oral evaluativo.

Instructivo para la calificación del informe escrito

Categoría de análisis: Estructura del informe final de la investigación

Descripción

Cumplimiento de la estructura del informe investigativo y su coherencia según la guía entregada.

Subcategorías:

1. Observancia de la secuencia estructurada y la coherencia del informe final según la guía.

- primera página: créditos, título, el año evaluado y la fecha de terminación.

- segunda página: resumen y palabras clave.

- tercera página: índice.

- a partir de la cuarta página: introducción, objetivos, material y métodos, resultados, conclusiones y recomendaciones. Los agradecimientos y la bibliografía utilizada son opcionales.

2. Observancia de la ortografía.

Calificación

Excelente: cumplen con la estructura del informe y sobresalen por la calidad del texto escrito sin errores ortográficos.

Bien: cumplen con la estructura del informe pero sin el índice y solo tienen dos errores ortográficos.

Regular: incumplen con la estructura del informe, omiten el índice, las conclusiones y/o recomendaciones, y no tienen errores ortográficos o tienen solo dos.

Mal: incumplen con la estructura del informe, omiten el índice, las conclusiones y/o recomendaciones, y cualquier otro aspecto de la secuencia y/o tienen más de dos errores ortográficos.

Categoría de análisis: Definición de los objetivos de la investigación

Descripción

Planificación del objetivo general y los objetivos específicos de la investigación.

Subcategorías:

1. Objetivo general: ejecutar el ASIS en la intervención de la situación de salud comunitaria o transformar la situación de salud comunitaria mediante la realización del ASIS.

2. Objetivos específicos:

a) Caracterizar la situación geográfica, histórico-local y socio-cultural de la comunidad.

b) Obtener información para la construcción de la situación de salud.

c) Identificar problemas de salud aplicando los métodos de comparación y complementación.

d) Priorizar los problemas de salud.

f) Explicar el origen causal y las alternativas de solución a los problemas priorizados.

g) Planificar objetivos que modifiquen o transformen los problemas priorizados.

h) Elaborar el plan de ejecución y su evaluación.

i) Capacitar o educar en salud al actor para que se implique y medie con la comunidad.

Calificación

Excelente: planifican de forma correcta el objetivo general y los ocho objetivos específicos.

Bien: planifican de forma correcta el objetivo general y solo seis específicos, o planifican seis específicos pero omiten el general; no omitiendo el que se describe en el ítem (i).

Regular: planifican de forma correcta el objetivo general y solo seis específicos, o planifican seis específicos pero omiten el general; omitiendo el ítem (i) en cualquier variante; o planifican de forma correcta el general y solo seis específicos o planifican solo cinco; omitiendo el ítem (i).

Mal: planifican de forma correcta o incorrecta el objetivo general y solo cinco o menos específicos.

Categoría de análisis: Capacidad descriptiva desarrollada

Descripción

Descripción de aspectos e indicadores que identifiquen la comunidad que se estudia, mediante su caracterización, la recogida de la información y la identificación de los principales problemas de salud.

Subcategorías:

1. Caracterizan la comunidad objeto de estudio (geográfico, histórico-local y socio-cultural).

2. Caracterizan la población que conforma la comunidad objeto de estudio (demográfico).

3. Identifica los problemas de salud según elementos del campo de salud (cuatro determinantes), aplicando el método de comparación y de complementación.

Calificación

Excelente: describen los indicadores que caracterizan la comunidad e identifican los problemas aplicando la comparación y la complementación, organizándolos según los cuatro determinantes.

Bien: describen parcialmente los indicadores, no omitiendo el demográfico e identifican los problemas aplicando la comparación y la complementación, organizándolos según los cuatro determinantes.

Regular: describen parcialmente los indicadores, omitiendo el demográfico e identifican los problemas aplicando la comparación y la complementación, organizándolos según los cuatro determinantes; o describen bien los indicadores e identifican los problemas de salud aplicando ambos métodos, pero los organizan de forma incorrecta según los cuatro determinantes.

Mal: describen parcialmente los indicadores que caracterizan la comunidad, omitiendo el demográfico e identifican los problemas aplicando, solo uno de los dos métodos y los organizan incorrectamente.

Categoría de análisis: Capacidad analítica desarrollada

Descripción

Análisis coherente de las valoraciones interpretativas en el informe que evidencie en el texto escrito el proceso por el cual transitan los estudiantes cuando valoran la situación actual de salud y proyectan la deseada, y para ello, deben analizar las partes constitutivas en el campo de salud, determinar las relaciones entre dichas partes y comprender su interrelación para planificar los objetivos transformadores deseados.

Por ello, en el informe deben quedar plasmadas las valoraciones (subcategorías) que muestren:

¿Cómo extrajeron las partes esenciales de la situación de salud estudiada?

1. Ordenación correcta de las prioridades de solución a los problemas de salud identificados, aplicando la técnica de ranqueo.

¿Cómo determinaron las relaciones prevaletentes con los elementos del campo de salud que las originan?

2. Explicación causal y de las alternativas de solución a cada problema de salud priorizado, aplicando la espina de pescado y la matriz DAFO.

¿Cómo interpretaron el vínculo causal y resolutivo para su transformación con relación a las posibilidades de solución y a los sujetos que participan?

3. Interpretación de las causas que incidieron en la insuficiente participación de los actores sociales en el ASIS anterior.

4. Planificación de la transformación, integrando e interrelacionando las metas a largo plazo, el plan de acción y de ejecución, con actividades que impliquen la participación y cooperación entre el equipo de salud y los actores sociales, con acciones educativas y administrativas, así como su evaluación.

Calificación

Excelente: muestran coherencia en las valoraciones realizadas en las cuatro subcategorías.

Bien: muestran coherencia en las valoraciones realizadas en los cuatro aspectos evaluados, pero evidencian problemas en la ordenación de las prioridades o una incoordinación en la integración de los objetivos transformadores o una incorrecta valoración de las causas que incidieron en la insuficiente participación de los actores sociales en el ASIS anterior o una deficiente planificación de actividades educativas y/o administrativas en el plan de ejecución.

Regular: muestran coherencia en las valoraciones realizadas en los cuatro aspectos evaluados, pero evidencian un insuficiente desmembramiento causal de los problemas priorizados o cuando coinciden dos de las siguientes dificultades: problemas en la ordenación de las prioridades, incoordinación en la integración de los objetivos transformadores, incorrecta valoración de las causas que incidieron en la insuficiente participación de los actores sociales en el ASIS anterior y deficiente planificación de actividades educativas y/o administrativas en el plan de ejecución.

Mal: muestran coherencia en las valoraciones en los cuatro aspectos evaluados, pero evidencian un desmembramiento causal deficiente o incoherencia en las valoraciones en más de dos aspectos.

Instructivo para la calificación del informe integrando las categorías propuestas

Calificación

Tabla de decisiones

Excelente

Si obtiene Excelente en las cuatro categorías de análisis evaluadas
Si obtiene Excelente en tres y Bien en la restante

El informe final evidencia una sobresaliente coherencia teórico-metodológica

Bien	Si obtiene Excelente en dos categorías y Bien en las dos restantes
	Si obtiene Excelente en una y Bien en las tres restantes
	Si obtiene Excelente en tres y Regular o Mal* en la restante
	Si obtiene Excelente en dos, Bien y Mal* en una
	Si obtiene Excelente en una, Bien en dos y Regular en la restante
	Si obtiene Bien en las cuatro categorías
	Si obtiene Bien en tres y Regular en la restante
	Nota aclaratoria: * se acepta el Mal en cualquier categoría excepto en la estructura del informe que invalida el aprobado por más de dos errores ortográficos
El informe final evidencia una adecuada coherencia teórico-metodológica	
Regular	Si obtiene Excelente en una categoría, dos Bien y Mal en la restante
	Si obtiene Excelente en una, Bien en una y Regular en la restante
	Si obtiene Excelente en dos y Regular en las dos restantes
	Si obtiene Excelente en una y Regular en las tres restantes
	Si obtiene Bien en dos y Regular en las dos restantes
	Si obtiene Bien en una y Regular en las tres restantes
	Si obtiene Bien en una, Regular en dos y Mal* en la restante
	Si obtiene Regular en las cuatro categorías
Si obtiene Regular en tres y Mal* en la restante	
Si obtiene Regular en tres y Mal* en la restante	
Nota aclaratoria: * se acepta el Mal en cualquier categoría excepto en la estructura del informe que invalida el aprobado por más de dos errores ortográficos	
El informe final evidencia una poco adecuada coherencia teórico-metodológica	
Mal	Si obtiene Excelente en dos y Mal en las dos restantes
	Si obtiene Excelente en una y Mal en las tres restantes
	Si obtiene Bien en dos y Mal en las dos restantes
	Si obtiene Bien en una y Mal en las tres restantes
	Si obtiene Regular en tres y Mal en la categoría: Estructura del informe final
	Si obtiene Regular en dos y Mal en las dos restantes
	Si obtiene Regular en una y Mal en las tres restantes
Si obtiene Mal en las cuatro categorías	
El informe final evidencia una inadecuada coherencia teórico-metodológica	

Tabla 1. Frecuencia relativa de la calificación final de los informes. Curso académico 2013-2014.

Curso académico	Calificación final (%)			
	Excelente	Bien	Regular	Mal
2013-2014	0,00	28,00	44,00	28,00

Tabla 2. Frecuencia relativa de la calificación según categorías de análisis. Curso 2013-2014.

Estructura del informe	Calificación según categoría de análisis (%)															
	Definición objetivos				Capacidad descriptiva				Capacidad analítica							
	E*	B*	R*	M*	E	B	R	M	E	B	R	M	E	B	R	M
	5,00	23,00	61,00	11,00	0,00	28,00	39,00	33,00	5,00	42,00	25,00	28,00	6,00	25,00	38,00	31,00

E*: Excelente, B*: Bien, R*: Regular, M*: Mal

Anexo 7. Guía de observación para la calificación de la defensa oral e instructivo para la evaluación integrada del examen final práctico

Objetivos: evaluar el nivel de aplicación del ASIS en la intervención comunitaria, mostrado en los conocimientos, habilidades, valores y valoraciones, apropiados por el estudiante, al defender de forma oral el informe en el examen práctico e integrar la calificación con la obtenida en el informe para evaluar el examen final práctico de la asignatura Salud Pública.

Tipo de observación: participativa, externa, abierta, directa y estructurada.

Universo de estudio: los 21 exámenes prácticos finales orales realizados a los 64 estudiantes de los tres grupos planificados en el Policlínico Docente “Belkis Sotomayor” durante el curso 2013-2014.

Categorías de observación:

- **Nivel de apropiación cultural investigativa.** Criterios evaluativos que se proponen: dominio teórico y metodológico del contenido del ASIS y de las técnicas cuanti-cualitativas en la intervención comunitaria, que sustenta la capacidad indagativa, argumentativa e innovativa. Según los indicadores:

- Comprensión de la proyección sociomédica mediadora: es la expresión del dominio teórico y metodológico que muestra el estudiante al identificar, caracterizar y proyectar la función mediadora social al investigar la situación de salud de forma integrada con los actores sociales.
- Interpretación etnomédica investigativa: es la explicitación con dominio teórico y metodológico del ciclo dialéctico co-transformador en espiral ascendente del ASIS en la intervención comunitaria, cuando analizan sus ocho pasos de forma independiente con las técnicas en cada uno implícitas y lo sintetizan de forma interdependiente en el ciclo al mostrar la potencialidad de sus saberes sociomédicos con los etnomédicos que construye en el diálogo intercultural con los actores.

- **Nivel de aplicación intercultural resolutive.** Criterios evaluativos que se proponen: dominio de habilidades, valores y valoraciones, teórico-metodológicas del ASIS y las técnicas cuanti-cualitativas en la intervención comunitaria, que sustenta la capacidad: descriptiva, analítica e implicativa. Según los indicadores:

- Integración resolutive: la concreción con los actores sociales en la intervención comunitaria y la asunción integrada del ciclo dialéctico co-transformador.
- Valoración crítico-reflexiva: la emisión de juicios respecto al diálogo de saberes con el actor social, al alcance de las técnicas cualitativas y la trascendencia del ASIS en el contexto de la salud pública cubana, así como la adopción de posturas críticas respecto al enfoque positivista y la respuesta pasiva y reactiva que subyace en la práctica del ASIS.

GUÍA DE OBSERVACIÓN PARA LA PRESENTACIÓN Y DEFENSA ORAL

Criterios evaluativos (unidades de observación)	Nivel de cumplimiento		
	CC*	CI*	NC*
Nivel de apropiación cultural investigativa			
Indicador: Comprensión de la proyección sociomédica mediadora			
1. Identifica el carácter profiláctico, educativo y participativo			
2. Describe la influencia de los determinantes en la génesis de los problemas según el modelo de los campos de salud			
3. Caracteriza el Proceso de Participación/Producción Social de la Salud			
4. Identifica la función mediadora profesional que ejerce el Médico General a nivel comunitario y del ASIS como instrumento científico			
5. Define el componente ético y el compromiso co-transformador			

-
6. Identifica el saber sociomédico y el etnomédico como ejes teórico-metodológicos para formar su saber
 7. Define la importancia que cumple la función educativa en la capacitación promocional del actor social y la comunidad
 8. Identifica la relación bidimensional investigativa y resolutive del ASIS
 9. Identifica su función mediadora sobre el actor social al conducir el ASIS, así como para su movilización
 10. Identifica en el saber popular del actor social una mayor efectividad, comprensibilidad, participatividad y resolutive co-transformadora
 11. Identifica el vínculo cultural como una fuente generadora de su saber interpretativo-cotransformador
 12. Define la necesidad de confluir con los actores sociales en el espacio local como punto de encuentro para co-potenciar sus saberes
-

Evaluación: Excelente ___ Bien ___ Regular ___ Mal ___

Indicador: Interpretación etnomédica investigativa

1. Relaciona las técnicas cualitativas grupales e individuales aplicables en cada paso
 2. Describe el objetivo y la metodología específica de la técnica cualitativa aplicable en cada paso
 3. Clasifica los indicadores de salud según el evento vital y el componente que representan
 4. Identifica las fuentes de obtención de la información según el nivel administrativo y contextual donde se realice
 5. Compara el comportamiento del indicador de salud según el ASIS anterior y los objetivos estandarizados por el sector salud en la etapa
 6. Compara el valor complementario que alcanzan los indicadores de salud cualitativos y cuantitativos
 7. Declara la existencia de un problema de salud, al reconocer la brecha entre el indicador construido al compararlo con su comportamiento anterior y el estandarizado, y cuando complementó con las técnicas cualitativas
 8. Analiza los problemas de salud identificados y los jerarquiza aplicando correctamente el método de ranqueo
 9. Analiza el problema priorizado explicando sus posibles causas en el diagrama causa-efecto, profundizando en su origen
 10. Analiza el problema priorizado, explicando sus posibles soluciones en la matriz DAFO, profundizando en sus alternativas
 11. Sintetiza en la meta a largo plazo la proyección deseada según el escenario construido y los objetivos estandarizados del sector salud
 12. Sintetiza en el plan de acción, la proyección transformadora a mediano plazo, según la meta que estableció
 13. Sintetiza en el plan de ejecución, la planificación del objetivo y actividades a corto plazo; según el objetivo a mediano plazo
 14. Sintetiza en el plan de ejecución, actividades transformadoras orientadas hacia las causas explicadas que originan el problema
 15. Define en las actividades que planifica, responsabilidad a los actores sociales
-

-
16. Determina las actividades administrativas, educativas y mixtas de acuerdo a la intención planificada
 17. Sintetiza en la evaluación proyectada, el monitoreo parcial y la evaluación final según el objetivo a corto plazo que elaboró
 18. Describe el nivel de interdependencia entre los objetivos planificados, para establecer el vínculo histórico regresivo evaluativo final
 19. Identifica en las matrices incluidas en las técnicas cualitativas grupales, su potencialidad dialógica, participativa y de consenso grupal
 20. Explica la interrelación del ciclo en espiral del ASIS

Evaluación: Excelente ___ Bien ___ Regular ___ Mal ___

Nivel de aplicación intercultural resolutive

Indicador: Integración resolutive

1. Obtiene información, al construir, analizar, interpretar y organizar según componentes los indicadores cuantitativos y cualitativos
2. Identifica problemas en la situación de salud construida, al comparar indicadores cuantitativos y complementar con cualitativos
3. Establece una disposición secuencial de los problemas al aplicar la técnica de ranqueo cuando prioriza los problemas
4. Explica los problemas priorizados cuando establece las relaciones causales en la espina de pescado
5. Identifica alternativas de solución al problema explicado, dentro de las posibilidades construidas en la matriz DAFO
6. Planifica objetivos a largo, mediano y corto plazo para transformar los problemas priorizados
7. Elabora el plan de ejecución al aplicar el diagrama de Gantt a cada problema priorizado
8. Explica la evaluación del impacto transformador en la planificación realizada
9. Determina elementos comunes y establece criterios coincidentes que le permitan generalizar el ASIS hacia otros contextos
10. Sintetiza los nexos esenciales del ciclo co-transformador ASIS de forma concatenada integrando los ocho pasos

Evaluación: Excelente ___ Bien ___ Regular ___ Mal ___

Indicador: Valoración crítico-reflexiva

1. Valora la trascendencia del ASIS a partir de los principios que caracterizan la salud pública cubana
 2. Valora la importancia que adquieren las técnicas cualitativas en el proceso investigativo e interventivo globalizador del ASIS
 3. Valora la trascendencia que alcanzan los indicadores cualitativos para caracterizar la situación de salud
 4. Valora las potencialidades que se generan para el desarrollo de capacidades sanitarias transformadoras en los actores implicados
 5. Valora la importancia del diálogo con los actores sociales para desarrollar sus saberes interpretativos-transformadores
 6. Crítica las posturas pasivas y reactivas que subyacen en la práctica, estableciendo juicios alternativos de valor para mejorarla
-

-
7. Crítica la no integración del saber intercultural del actor social, estableciendo juicios alternativos de valor para alcanzarla
 8. Valora el ciclo co-transformador, como una opción para que los implicados modifiquen la teoría del ASIS vigente
 9. Crítica posturas positivistas que subvaloran lo cualitativo, estableciendo juicios alternativos de valor para superarla
 10. Crítica la posición pasiva y reactiva del Médico General ante el dilema ético-profesional que genera el carácter co-transformador del ASIS
 11. Valora la significación que alcanzan las interacciones para movilizar y comprometer al actor social
 12. Valora la significación de las técnicas cualitativas en la comprensión, explicación y solución de los problemas de salud
 13. Valora la significación de los indicadores de salud, como ejes verticales en el ASIS y su función en la recogida de la información, en la planificación y en la evaluación del impacto transformador
 14. Valora la transcendencia que alcanza la transferencia de saberes para cumplir su función educativo promocional
 15. Argumenta las bases teóricas del ASIS con criterios sólidos que demuestren los resultados presentados
 16. Fundamenta las bases sociomédicas y etnomédicas del ASIS con criterios sólidos que argumenten y sustenten los saberes que alcanzaron
-

Evaluación: Excelente ___ Bien ___ Regular ___ Mal ___

CC*: cumple correctamente, CI*: cumple incorrectamente, NC*: no cumple

Método de registro empleado: En la medida que los estudiantes defendieron el informe, los observadores apoyándose en la guía calificaron los criterios de cada indicador y al finalizar el acto de examen, definieron la calificación final según el instructivo que integra ambas evaluaciones. La calificación obtenida no repercutió en la evaluación oficial de la asignatura en los estudiantes evaluados. Para complementar la evaluación se elaboraron tres instructivos. El primero para la calificación cualitativa para cada indicador según criterios expresados en la tabla de decisiones que resume la evaluación otorgada a cada ítem: cumple correctamente, cumple incorrectamente y no cumple. El segundo resume la calificación cualitativa final de la observación de la defensa oral del informe según tabla de decisiones donde se considera la calificación cualitativa alcanzada en los cuatro indicadores que evalúa el ejercicio. El tercero describe las posibilidades de calificación cualitativa del examen en la tabla de decisiones, donde se resume las variantes posibles al integrar la calificación final del informe y su defensa oral.

1.- INSTRUCTIVO DE CALIFICACIÓN SEGÚN INDICADORES EN LOS NIVELES DE APROPIACIÓN Y APLICACIÓN

Calificación	Tabla de decisiones
Nivel de apropiación cultural investigativa	
Indicador: Comprensión de la proyección sociomédica mediadora	
Excelente	Si cumple correctamente las unidades observadas de la 1 a la 12
Bien	Si cumple correctamente 11 e incorrectamente o no cumple la restantes
Regular	Si cumple correctamente 10 a 8 e incorrectamente o no cumple las restantes
Mal	Si cumple incorrectamente no cumple 7 o más unidades de observación

Indicador: Interpretación etnomédica investigativa

Excelente	Si cumple correctamente las unidades observadas de la 1 a la 20
Bien	Si cumple correctamente 19 o 18 e incorrectamente o no cumple las restantes
Regular	Si cumple correctamente de 17 a 14 e incorrectamente o no cumple las restantes
Mal	Si cumple incorrectamente no cumple 13 o más unidades de observación

Nivel de aplicación intercultural resolutive**Indicador: Integración resolutive**

Excelente	Si cumple correctamente las unidades observadas de la 1 a la 10
Bien	Si cumple correctamente 9 e incorrectamente o no cumple la restante
Regular	Si cumple correctamente 8 o 7 e incorrectamente o no cumple las restantes
Mal	Si cumple incorrectamente no cumple 6 o más unidades de observación

Indicador: Valoración crítico-reflexiva

Excelente	Si cumple correctamente las unidades observadas de la 1 a la 16
Bien	Si cumple correctamente 14 o 13 e incorrectamente o no cumple las restantes
Regular	Si cumple correctamente 12 o 11 e incorrectamente o no cumple las restantes
Mal	Si cumple incorrectamente no cumple 10 o más unidades de observación

2.- INSTRUCTIVO DE CALIFICACIÓN INTEGRADA DE LA PRESENTACIÓN Y DEFENSA ORAL

Calificación	Tabla de decisiones
Excelente	Si obtiene Excelente en las cuatro categorías observadas Si obtiene Excelente en tres y Bien en la restante El estudiante demuestra un sobresaliente dominio teórico-metodológico del proceso
Bien	Si obtiene Excelente en dos categorías y Bien en las dos restantes Si obtiene Excelente en una y Bien en las tres restantes Si obtiene Excelente en tres y Regular o Mal en la restante Si obtiene Excelente en dos, Bien y Mal en una Si obtiene Excelente en una, Bien en dos y Regular en la restante Si obtiene Bien en las cuatro Si obtiene Bien en tres y Regular en la restante El estudiante demuestra un adecuado dominio teórico-metodológico
Regular	Si obtiene Excelente en una categoría, dos Bien y Mal en la restante Si obtiene Excelente en una, Bien en una y Regular en la restante Si obtiene Excelente en dos y Regular en las dos restantes Si obtiene Excelente en una y Regular en las tres restantes Si obtiene Bien en dos y Regular en las dos restantes Si obtiene Bien en una y Regular en las tres restante Si obtiene Bien en una, Regular en dos y Mal en la restante Si obtiene Regular en las cuatro categorías Si obtiene Regular en tres y Mal en la restante El estudiante demuestra poco dominio teórico-metodológica
Mal	Si obtiene Excelente en dos y Mal en las dos restantes

Si obtiene Excelente en una y Mal en las tres restantes
Si obtiene Bien en dos y Mal en las dos restantes
Si obtiene Bien en una y Mal en las tres restantes
Si obtiene Regular en dos y Mal en las dos restantes
Si obtiene Regular en una y Mal en las tres restantes
Si obtiene Mal en las cuatro categorías
El estudiante demuestra insuficiente dominio teórico-metodológica

3.- INSTRUCTIVO PARA LA EVALUACIÓN INTEGRADA DEL EXAMEN FINAL PRÁCTICO SEGÚN LAS CALIFICACIONES FINALES DEL INFORME Y LA DEFENSA ORAL

Calificación	Tabla de decisiones
Excelente	Si obtiene Excelente en las dos evaluaciones (informe y defensa) Si obtiene Excelente en la defensa y Bien en el informe
El estudiante muestra un sobresaliente dominio teórico-metodológico del ASIS	
Bien	Si obtiene Excelente en el informe y Bien en la defensa Si obtiene Excelente en la defensa y Regular en el informe Si obtiene Bien en las dos evaluaciones
El estudiante muestra un adecuado dominio teórico-metodológico del ASIS	
Regular	Si obtiene Bien en la defensa y Regular en el informe Si obtiene Regular en la defensa y Excelente o Bien en el informe Si obtiene Regular en las dos evaluaciones
El estudiante muestra un dominio teórico-metodológico del ASIS poco adecuado	
Mal	Si obtiene Mal en una de las dos evaluaciones Si obtiene Mal en las dos evaluaciones
El estudiante muestra un deficiente dominio teórico-metodológico del ASIS	

Tabla 1. Frecuencia relativa de la calificación final de la defensa oral. Curso académico 2013-2014.

Curso académico	Calificación final (%)			
	Excelente	Bien	Regular	Mal
2013-2014	4,00	36,00	47,00	13,00

Tabla 2. Frecuencia relativa de la calificación según categorías de observación en la defensa oral. Curso académico 2013-2014.

Comprensión	Calificación según categoría de observación (%)												Valoración			
	Interpretación				Integración											
	E*	B*	R*	M*	E	B	R	M	E	B	R	M	E	B	R	M
19,00	19,00	56,00	6,00	14,00	23,00	48,00	15,00	5,00	28,00	61,00	6,00	5,00	25,00	28,00	42,00	

E*: Excelente. B*: Bien. R*: Regular. M*: Mal

Tabla 3. Frecuencia relativa de la evaluación integrada del examen práctico según calificación del informe y la defensa oral. Curso académico 2013-2014.

Calificación integrada				Informe escrito				Defensa oral			
E*	B*	R*	M*	E	B	R	M	E	B	R	M
3,00	21,00	45,00	31,00	0,00	28,00	44,00	28,00	4,00	36,00	47,00	13,00

E*: Excelente. B*: Bien. R*: Regular. M*: Mal

Anexo 8. Ciclo co-transformador sanitarista del Análisis de la Situación de Salud en la intervención comunitaria

El ciclo co-transformador sanitarista incluye 16 encuentros dialógicos interculturales (Gráfico 6). Cada encuentro con una sucesión de actividades, sustenta el puente intercultural generador del autodesarrollo sanitarista en el estudiante, que en interacción recíproca con el actor se co-transforma en la medida que cada espiral ascendente se aleja de la situación de salud inicial construida en el afán de alcanzar la deseada. En cada encuentro se conciben la orientación, la acción, la observación y la reflexión como actividades co-transformadoras; que al integrarse generan la espiral ascendente que eleva el paso del proceso de ASIS hacia un nivel superior de co-transformación.

Cada paso del ASIS, contenido de uno o varios encuentros dialógicos, forma parte del proceso crítico globalizador; que en interfaz interdependiente con los pasos que lo determinan como un todo, interactúa en la co-transformación sanitarista al intervenir la situación de salud en una serie de ocho espirales autorreflexivas generadas en las interacciones dialógicas del estudiante con los actores; que mediadas por el profesor tutor, oponen en retrospectión reflexiva las acciones del ciclo en curso frente a las posibles acciones del subsiguiente. En las transacciones resultantes del proceso se propicia el desarrollo de las capacidades transformadoras en el estudiante, el actor y el profesor tutor, que como implicados sanitaristas co-transformados desde la educación en el trabajo, promueven la renovación de las bases teóricas que sustentan el ASIS en la intervención comunitaria.

La gráfica 6 muestra el proceso globalizador transformador en espiral ascendente, que se gestiona desde el ASIS al generar la intervención comunitaria y con ello, la capacidad sanitarista co-transformadora de los implicados.

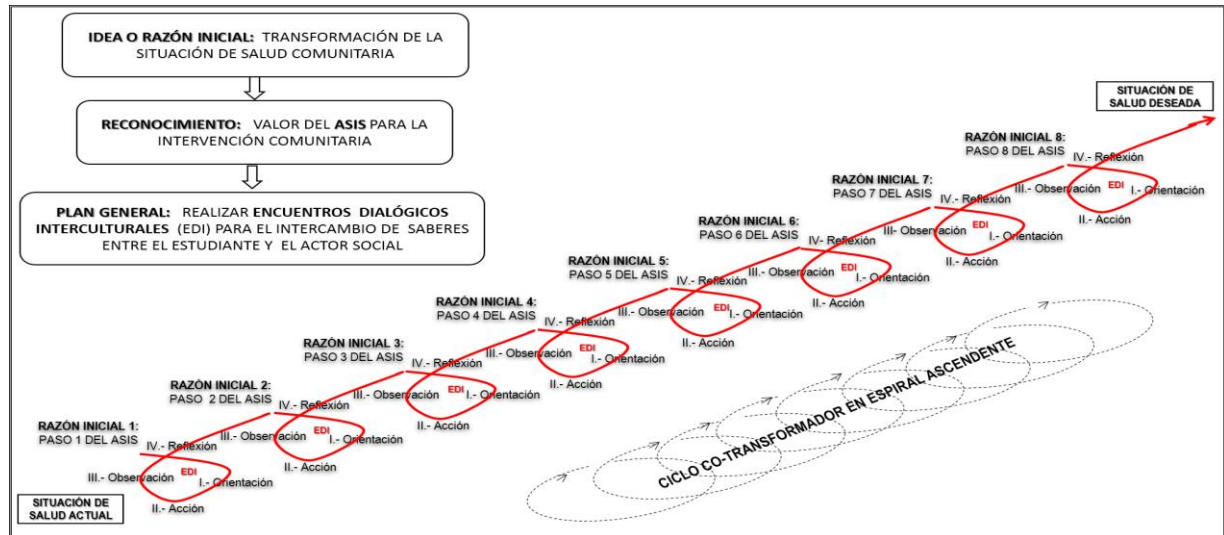


Gráfico 6. Ciclo co-transformador sanitarista del Análisis de la Situación de Salud en la intervención comunitaria

La orientación y la reflexión se generan, como momentos del proceso de la espiral, desde lo teórico entre los implicados al gestionar el proceso; lo cual trasciende desde lo sociomédico formativo particular que porta el estudiante, hasta lo etnomédico como totalidad que subyace en la comunidad y los actores que la representan como estructura social. La acción y la observación, sin embargo, se forjan en el contexto social desde la práctica en salud en las interacciones con lo teórico; así los implicados al planificar desde lo teórico y accionar en la práctica, construyen sus saberes. Al observar en la práctica real y reflexionar

desde lo teórico, los estudiante reconstruyen sus saberes interpretativo y transformadores en su mediación sanitarista co-transformadora sobre el actor social para que éste co-transfigurado medie con la comunidad en la Producción Social de la Salud.

Los **encuentros dialógicos interculturales** para desarrollar el diálogo entre los saberes sociomédicos del estudiante y los populares del actor social, se realizan en el contexto local-comunitario que corresponde con un CMF. Estos encuentros se armonizan con los temas de la asignatura y se orientan hacia sus objetivos, en correspondencia con la función de eje integrador vertical que cumple el ASIS y que conducen al estudiante a su realización para presentarlo y defenderlo como actividad evaluativa final práctica (Tabla 1). En el **folleto complementario** se estructura una guía que incluye cada encuentro según la etapa de la metodología armonizada con el paso del ASIS, la semana de desarrollo y el tema del contenido de la asignatura con el cual se integra.

Tabla 1. Estructuración según paso y etapa ejecutiva de la metodología, armonizados con la organización de la asignatura y con los encuentros dialógicos

Paso del ASIS	Semana (estancia)	Tema (asignatura)	ET (horas)	Encuentros No.	Total
Método de investigación sanitarista interactivo					
1	1	I. Salud Pública	6	3	5
	2	II. ASIS en la población	12		
2	3	III. Intervención en salud	22	2	3
	4	IV. Investigación en salud	6		
3	5	V. Ambiente y salud	8	1	1
	6	VI. Enfermedades y otros daños a la salud	16		
4	7	VII. Vigilancia en salud	10	1	1
5	8	VIII. Evaluación	16	2	2
Método de solución sanitarista interactivo					
6	9	-	1	1	1
7	10	-	24	1	1
8	11	-	1	1	1
9	12	-	6	1	1
Método de evaluación sanitarista interactivo					
-	13	-	1	1	1
Total			126	16	16

Anexo 9. Guía modificada para la realización del Análisis de Situación de Salud de la comunidad

Objetivo: adecuar la guía vigente en la asignatura Salud Pública a los requerimientos de la dinámica de la formación sanitarista interactiva del Análisis de la Situación de Salud en la intervención comunitaria.

La guía vigente en la asignatura es producto del perfeccionamiento de los anexos 1, 2 y 3 que aparecen en Reyes, M. (2005) y se entrega al iniciar la estancia con el propósito de conducir al estudiante en la realización del ASIS de la comunidad, en la cual se ubica como escenario para desarrollar la educación en el trabajo durante las nueve semanas de duración de la misma.

La comunidad objeto de investigación, coincide con el espacio geográfico que delimitado por un número de viviendas y habitantes reciben cobertura de atención médica integral de un Equipo Básico de Salud, ubicado en un CMF como unidad básica del sistema de salud cubano. Cada Equipo Básico de Salud está formado por un médico (a) y una enfermera (o) de familia.

Para la impartición de la asignatura se seleccionan los CMF acreditados para la docencia, donde el Médico de Familia sea especialista de MGI y posea la categoría docente para cumplir con el requisito como profesor tutor.

En el **folleto complementario** a esta tesis se reestructura la guía vigente y se realizan las adecuaciones necesarias que aseguren la implementación de la metodología de intervención de la situación de salud comunitaria para el proceso de enseñanza-aprendizaje de la asignatura Salud Pública; sustentada en el modelo de la dinámica de la formación sanitarista interactiva del Análisis de la Situación de Salud en la intervención comunitaria.

Principales modificaciones introducidas:

1. La guía se ordena según la secuencia de los ocho pasos, con el objetivo de concordar con el enfoque procedimental y metodológico del ASIS que aparece en la bibliografía básica.
2. Se diferencia la construcción de indicadores cuantitativos de los cualitativos, con la intención de resaltar la casi total ausencia de los últimos y lograr su integración intermetodológica durante la educación en el trabajo.
3. A la representación tabular de cada indicador cuantitativo que se requiere construir, se le incorporan nuevas columnas para diferenciar los indicadores obtenidos en el ASIS del año anterior y los nuevos elaborados; con el propósito de facilitar la aplicación del método de comparación en la identificación de problemas de salud como segundo paso.
4. Se eliminan las tasas dado a que las comunidades, objetos de investigación, nunca rebasan los 1500 habitantes y éste indicador se recomienda para poblaciones de más de 5000.
5. Los indicadores se actualizaron según los programas de salud vigentes en la práctica médica en el primer nivel de atención a la salud, con el objetivo de adecuarlos a las exigencias de los servicios de salud para alcanzar la transformación del estado de salud de la población cubana.

Anexo 10. Consentimiento informado y responsabilidad ética de los implicados

Consigna: a los implicados en la investigación.

En función de elevar la formación científica y metodológica del Médico General con relación al Análisis de la Situación de Salud, la Facultad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila desarrolla una investigación pedagógica que sustenta en la aplicación de la metodología de intervención en la situación de salud comunitaria para el proceso de enseñanza-aprendizaje de la asignatura Salud Pública, a partir del modelo de la dinámica de la formación sanitarista interactiva del Análisis de la Situación de Salud en la intervención comunitaria en la carrera de Medicina.

Dado que la investigación se desarrolla en la interacción directa de personas que participan, donde están implicados estudiantes, profesores tutores, actores sociales y otros individuos pertenecientes a la comunidad objeto de estudio, y que el tipo de datos que se pretende obtener significa manejar información sobre personas, grupos o sus contextos y circunstancias, cuyo uso inadecuado pudiera ser lesiva para las mismas; es necesario cuidar tanto los modos por los cuales se accede a ella, así como la interpretación que se hace y el uso público que se le da. Ello justifica la defensa de los preceptos éticos que a continuación se exponen, los cuales deberán preservarse siempre por encima de cualquier interés investigativo.

1. Todas las personas e instancias relevantes para el estudio deben ser consultadas y deben obtenerse los consentimientos precisos.
2. Deben obtenerse permisos para realizar observaciones en la comunidad y en los ejercicios de reflexión que se realicen con los profesores y estudiantes, y para examinar documentos existentes que fungirán como fuentes secundarias para la obtención de la información, así como los propios de la investigación que se elaboren como fuentes primarias.
3. Cuando la realización del proyecto requiera de la implicación activa de otras partes, todos los participantes deberán entonces tener oportunidad de influir en el desarrollo del mismo, así como debe respetarse el deseo de quienes no deseen hacerlo.
4. El trabajo debe permanecer visible y abierto a las sugerencias de los participantes.
5. Cualquier descripción del trabajo o del punto de vista de los participantes debe ser negociado con ellos antes de hacerse público.
6. Los estudiantes tienen los mismos derechos que los profesores tutores y los actores sociales, o cualquier otro implicado, respecto a los datos que proceden de ellos. En concreto, debe negociarse con los estudiantes las interpretaciones de los datos que procedan de ellos y obtenerse su autorización para hacer uso público de los mismos; lo cual incluye la observación y el intercambio de experiencias y saberes que genera el examen final práctico de la asignatura.
7. En los informes públicos de la investigación, debe mantenerse el anonimato de las personas que participan, así como de las instituciones implicadas, a no ser que haya deseo en contrario de los interesados y autorización para ello. En todo caso, debe mantenerse el anonimato del estudiante, el profesor tutor y los actores sociales que participen.
8. Todos los principios éticos que se establezcan deben ser conocidos previamente por los afectados y acordados con ellos, así como los términos de su uso.
9. Los resultados que se irán alcanzando, al ejecutar la metodología, generarán un fructífero intercambio de experiencias y de saberes entre los implicados. Por ello, es fundamental que una vez graduados los estudiantes, los profesores tutores en su condición de Médicos de Familias y los actores sociales, apliquen al ejecutar el Análisis de la Situación de Salud la preparación que han recibido y así contribuir a la transformación de la realidad en salud en la cual están insertos.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estudiante de Medicina.

Yo: _____, estudiante de Medicina de Quinto año, del grupo ____; que realizó la educación en el trabajo de la asignatura Salud Pública en el CMF: _____ del Policlínico Docente “Belkis Sotomayor” de Ciego de Ávila, estoy dispuesto a participar en la investigación “Dinámica de la formación sanitarista interactiva del contenido de Análisis de la Situación de Salud en la carrera de Medicina”; una vez que se me ha explicado y he comprendido la importancia de la misma para mí profesor tutor, la de los actores sociales de la comunidad y para mí formación como Médico General.

El autor principal de la investigación me garantiza que toda la información tendrá carácter confidencial, que solo se utilizará con fines investigativos y que puedo retirarme de la misma si lo considero oportuno, sin que esto conlleve medida represiva alguna contra mi persona.

Conocidos los preceptos éticos antes expuestos, me comprometo a cumplirlos y a velar porque los demás estudiantes, los profesores tutores y los actores sociales implicados, lo cumplimenten.

Autorizo que los criterios que yo exponga en los encuentros dialógicos interculturales con el investigador, los profesores tutores y los actores sociales; así como los emitidos en el ejercicio final práctico se observen, se registren y se publiquen sin dar a conocer mi nombre.

Y para que así conste firmo la presente el día ____ del mes ____ del año _____. Firma: _____

Actor social.

Yo: _____, actor social del CMF: _____, he leído y comprendido la hoja de información que me ha sido entregada acerca del estudio, he podido hacer todas las preguntas que me preocupaban sobre el mismo y he recibido respuestas satisfactorias a las mismas. Comprendo que mi participación es voluntaria y puedo retirarme cuando lo desee, sin tener que dar explicaciones y sin que repercuta en mi labor como líder con el médico y la enfermera del consultorio.

Conocidos los preceptos éticos antes expuestos, me comprometo a cumplirlos y autorizo que los criterios que yo exponga en los encuentros dialógicos con el profesor tutor, los estudiantes y otros actores sociales, se registren y se publiquen sin dar a conocer mi nombre.

Y para que así conste firmo la presente el día ____ del mes ____ del año _____. Firma: _____

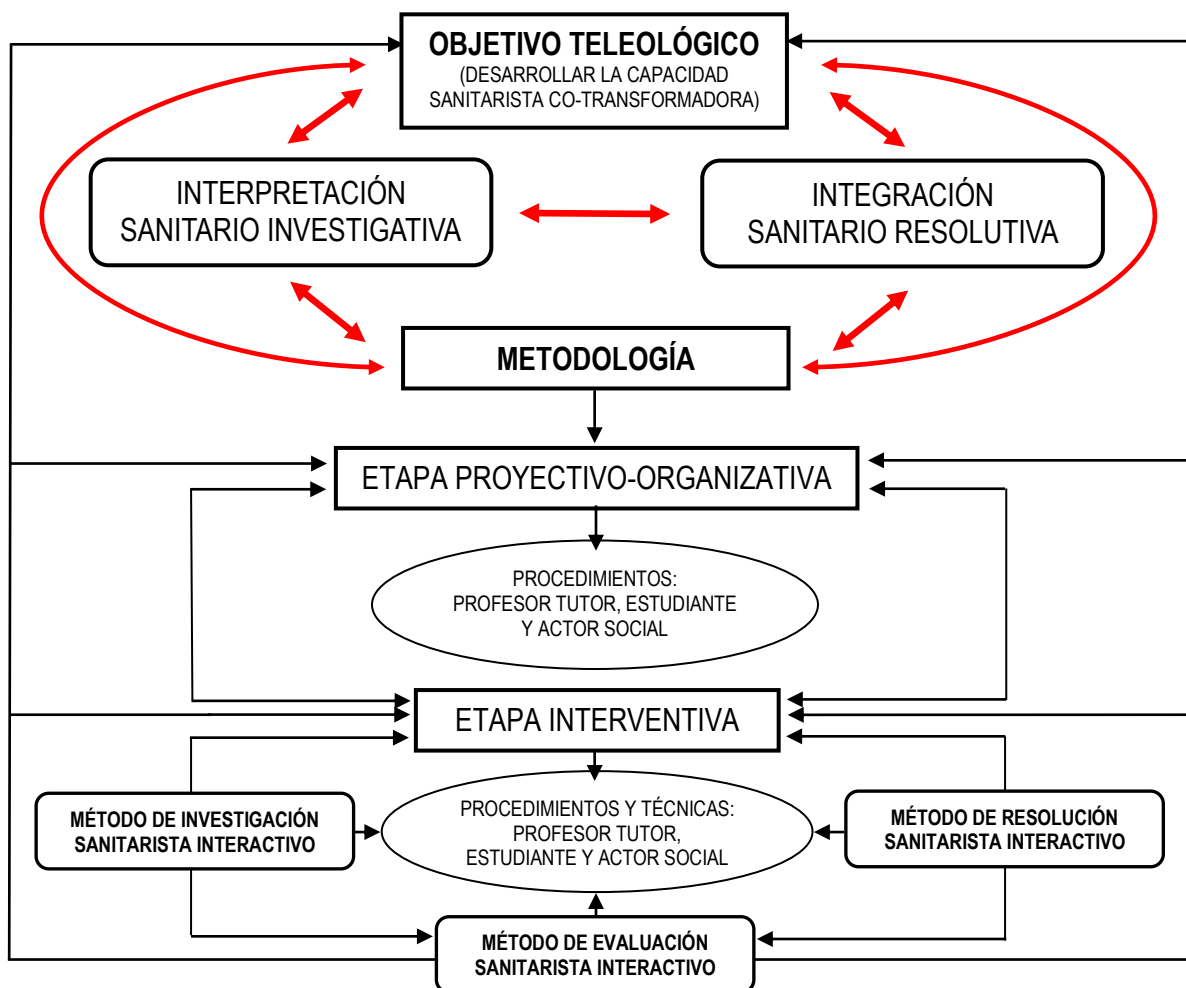
Profesor tutor.

Yo: _____, Médico de Familia del CMF: _____, en mi condición de profesor tutor de la asignatura Salud Pública, declaro que he recibido toda la información y la preparación con relación a la investigación. Comprendo que mi participación es voluntaria y puedo retirarme cuando lo desee, sin tener que dar explicaciones y sin que ello repercuta en mi evaluación como profesor y como Médico de Familia. Me comprometo a aceptar la salida de la investigación de alguno de los actores sociales que por su voluntad o por cuestiones de otra índole lo hagan.

Conocidos los preceptos éticos antes expuestos, me comprometo a cumplirlos y a velar porque los estudiantes y actores sociales los cumplan, y autorizo que los criterios que yo exponga en los encuentros dialógicos con los estudiantes y actores sociales, se registren y se publiquen sin dar a conocer mi nombre, así como las circunstancias referidas al contexto de la investigación.

Y para que así conste firmo la presente el día ____ del mes ____ del año _____. Firma: _____

Anexo 11. Representación gráfica de la metodología de intervención en la situación de salud comunitaria para el proceso de enseñanza-aprendizaje de la asignatura Salud Pública



Anexo 12. Encuesta para determinar el coeficiente de competencia del experto

Objetivo: determinar el nivel de competencia de los candidatos a expertos para valorar la pertinencia del modelo de la dinámica de la formación sanitarista interactiva del Análisis de la Situación de Salud (ASIS) y la metodología de intervención en la situación de salud comunitaria para el proceso de enseñanza-aprendizaje de la asignatura Salud Pública.

Consigna. Estimado profesor (a): por la experiencia como profesor en la educación superior o en la educación médica superior, le solicitamos su colaboración para valorar la pertinencia del modelo de la dinámica de la formación sanitarista interactiva del ASIS y la metodología de intervención en la situación de salud comunitaria para el proceso de enseñanza-aprendizaje de la asignatura Salud Pública, conducentes a al desarrollo de la capacidad sanitarista co-transformadora en el estudiante de Medicina.

Por tal motivo le solicitamos que nos brinde la siguiente información.

1. Datos Generales del experto.

Grado científico: _____

Categoría docente: _____

Formación profesional: _____

Experiencia en la Educación Superior o Médica Superior (años): _____

2. Cuestionario.

1. En la tabla que aparece a continuación se le propone una escala del 1 al 10, que va en orden ascendente del desconocimiento al conocimiento profundo. Marque la cuadrícula que considere se corresponde con el grado de conocimiento que posee sobre el tema: "Dinámica de la formación sanitarista interactiva del Análisis de la Situación de Salud en la intervención comunitaria"

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

2. Marque con una cruz las fuentes que usted considera que han influido en su conocimiento sobre el tema, en un grado alto, medio o bajo.

Fuentes de argumentación	Grado de influencia de cada una de las fuentes en sus criterios		
	A (Alto)	M (Medio)	B (Bajo)
Análisis teóricos realizados (A.T.)			
Experiencia como profesional (E. O.)			
Trabajos de autores nacionales (A. N.)			
Trabajos de autores extranjeros (A. E.)			
Sus propios conocimientos sobre el estado del problema de investigación (P. C.)			
Su intuición (I.)			

Gracias por su colaboración.

Anexo 13. Resultados del proceso de selección de los expertos

Tabla 1. Competencia de los posibles expertos.

Especialistas	Ka	Kc	$K = \frac{Kc + Ka}{2}$	Clasificación	Expertos
			K = -----		
1	1	0,8	0,90	Competencia Alta	x
2	1	0,9	0,95	Competencia Alta	x
3	1	0,7	0,85	Competencia Alta	x
4	0,9	0,9	0,90	Competencia Alta	x
5	1	0,9	0,95	Competencia Alta	x
6	0,9	0,7	0,80	Competencia Alta	x
7	1	0,9	0,95	Competencia Alta	x
8	0,9	0,8	0,85	Competencia Alta	x
9	0,9	0,9	0,90	Competencia Alta	x
10	1	0,7	0,85	Competencia Alta	x
11	1	0,9	0,95	Competencia Alta	x
12	0,9	0,8	0,85	Competencia Alta	x
13	1	0,9	0,95	Competencia Alta	x
14	1	0,8	0,90	Competencia Alta	x
15	0,9	0,8	0,85	Competencia Alta	x
16	1	0,7	0,85	Competencia Alta	x
17	1	0,9	0,95	Competencia Alta	x
18	1	0,8	0,90	Competencia Alta	x
19	1	0,9	0,95	Competencia Alta	x
20	1	0,7	0,85	Competencia Alta	x
21	1	0,9	0,95	Competencia Alta	x
22	0,9	0,8	0,85	Competencia Alta	x
23	1	0,9	0,95	Competencia Alta	x
24	1	0,8	0,90	Competencia Alta	x
25	1	0,7	0,85	Competencia Alta	x
26	0,4	0,5	0,45	Competencia Baja	

Tabla 2. Distribución de los expertos atendiendo a su grado científico, categoría docente, formación profesional y experiencia docente en la Educación Superior o Médica Superior

Categorías de análisis		Casos (%)	Categorías de análisis		Casos (%)
Grado Científico	Ninguno	1 (4)	Formación Profesional	Médico MGI	15 (60)
	Máster	14 (40)		Médico Epidemiólogo	2 (8)
	Doctor	10 (56)		Psicólogo	2 (8)
Categoría Docente	Asistente	4 (16)	Experiencia Docente	Pedagogo	6 (24)
	Auxiliar	11 (44)		Menos de 10 años	1 (4)
	Titular	10 (40)		De 10 a 19 años	4 (16)
				Más de 20 años	20 (80)

Anexo 14. Encuesta aplicada a los expertos seleccionados (primera ronda de consulta)

Objetivo: valorar la pertinencia del modelo de la dinámica de la formación sanitarista interactiva del ASIS y la metodología de intervención en la situación de salud comunitaria para el proceso de enseñanza-aprendizaje de la asignatura Salud Pública.

Consigna. Estimado profesor(a): ha sido Usted seleccionado como experto para colaborar en la investigación “Dinámica de la formación sanitarista interactiva del contenido del ASIS en la intervención comunitaria”. Con el objetivo de conocer la factibilidad y viabilidad de la aplicación del modelo de la dinámica de la formación sanitarista interactiva del ASIS y de la metodología de intervención en la situación de salud comunitaria para el proceso de enseñanza-aprendizaje de la asignatura Salud Pública, necesitamos que evalúe y nos emita sus criterios respecto los aspectos que relacionamos a continuación:

Cuestionario:

1. Necesidad de un modelo para la dinámica de la formación sanitarista interactiva del ASIS en la intervención comunitaria en la asignatura Salud Pública.
2. Novedad del modelo de la dinámica de la formación sanitarista interactiva del ASIS en la intervención comunitaria en la carrera de Medicina.
3. Nivel de respaldo epistemológico de los sustentos teóricos del modelo para revelar las categorías y relaciones esenciales en la dinámica de la formación sanitarista interactiva del ASIS en la intervención comunitaria.
4. Grado en qué el modelo responde o se adecua a las exigencias del proceso de enseñanza-aprendizaje de la asignatura Salud Pública en la carrera de Medicina.
5. Nivel en qué el modelo contribuye a propiciar un acercamiento hacia la intervención comunitaria, sustentado en su condición de instrumento científico mediador en la Producción Social de la Salud.
6. Nivel de argumentación de las relaciones que emergen del modelo.
7. Grado en qué la construcción de la sistematización interventivo-resolutiva de problemas de salud contribuye a la construcción de un cuerpo teórico y metodológico en el proceso investigativo-interventivo globalizador del ASIS.
8. Determinación del eje sistematizador como relación esencial que condiciona el movimiento y transformación del proceso.
9. Claridad del propósito que tiene la metodología de intervención en la situación de salud comunitaria para el proceso de enseñanza-aprendizaje de la asignatura Salud Pública.
10. Correspondencia del modelo de la dinámica de la formación sanitarista interactiva del ASIS con la metodología de intervención en la situación de salud comunitaria para el proceso de enseñanza-aprendizaje de la asignatura Salud Pública.
11. Posibilidades de aplicación de la metodología a las exigencias de la educación en el trabajo de la asignatura Salud Pública.
12. En qué medida responde la metodología a las exigencias contextuales actuales de la práctica profesional del Médico General.

13. En qué medida la estructuración en etapas y en un sistema de métodos, procedimientos y técnicas, responde la metodología al desarrollo de la capacidad sanitarista co-transformadora en el estudiante.
14. En qué medida la fundamentación y las recomendaciones para su implementación responden al objetivo de la metodología.
15. En qué medida los procedimientos que forman parte del método de investigación sanitarista interactivo contribuyen al desarrollo de la capacidad sanitarista co-transformadora.
16. En qué medida los procedimientos que forman parte del método de resolución sanitarista interactivo contribuyen al desarrollo de la capacidad sanitarista co-transformadora.
17. En qué medida los procedimientos que forman parte del método de evaluación sanitarista interactivo, los niveles de logros y las fuentes que lo sustentan, contribuyen en la evaluación de la metodología.
18. En qué medida contribuye la metodología, al desarrollo de la capacidad sanitarista co-transformadora en el estudiante de Medicina.

Observaciones generales: _____

Anexo 15. Encuesta aplicada a los expertos seleccionados (segunda y tercera ronda de consulta)

Objetivo: valorar la pertinencia del modelo de la dinámica de la formación sanitarista interactiva del ASIS y la metodología de intervención en la situación de salud comunitaria para el proceso de enseñanza-aprendizaje de la asignatura Salud Pública (segunda y tercera ronda de consultas).

Consigna. Estimado profesor (a): le solicitamos nos colabore con el análisis de los documentos que se adjuntan y nos responda las interrogantes planteadas, las cuales están en función de evaluar la novedad, relación y posibilidades de aplicación del aporte teórico y práctico de la investigación.

Por favor, en cada interrogante circule la opción que considere indique su grado de acuerdo o desacuerdo. Emplee para ello las siguientes categorías:

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
---------------------	--------------------------	-----------------	----------------------	--------------------

Cuestionario para la obtención de los criterios valorativos sobre el modelo y la metodología.

1. Necesidad de un modelo para la dinámica del ASIS en la intervención comunitaria en la asignatura Salud Pública.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
---------------------	--------------------------	-----------------	----------------------	--------------------

2. Novedad del modelo de la dinámica de la formación sanitarista interactiva del ASIS en la intervención comunitaria en la carrera de Medicina.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
---------------------	--------------------------	-----------------	----------------------	--------------------

3. Nivel de respaldo epistemológico de los sustentos teóricos del modelo para revelar las categorías y relaciones esenciales en la dinámica de la formación sanitarista interactiva del ASIS en la intervención comunitaria.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
---------------------	--------------------------	-----------------	----------------------	--------------------

4. Grado en qué el modelo responde o se adecua a las exigencias del proceso de enseñanza-aprendizaje de la asignatura Salud Pública en la carrera de Medicina.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
---------------------	--------------------------	-----------------	----------------------	--------------------

5. Nivel en qué el modelo contribuye a propiciar un acercamiento hacia la intervención comunitaria, sustentado en su condición de instrumento científico mediador en la Producción Social de la Salud.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
---------------------	--------------------------	-----------------	----------------------	--------------------

6. Nivel de argumentación de las relaciones que emergen del modelo.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
---------------------	--------------------------	-----------------	----------------------	--------------------

7. Grado en qué la construcción de la sistematización interventivo-resolutiva de problemas de salud contribuye a la construcción de un cuerpo teórico y metodológico en el proceso investigativo-interventivo globalizador del ASIS.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
---------------------	--------------------------	-----------------	----------------------	--------------------

8. Determinación del eje sistematizador como relación esencial que condiciona el movimiento y transformación del proceso.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
---------------------	--------------------------	-----------------	----------------------	--------------------

9. Claridad del propósito que tiene la metodología de intervención en la situación de salud comunitaria para el proceso de enseñanza-aprendizaje de la asignatura Salud Pública.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
---------------------	--------------------------	-----------------	----------------------	--------------------

10. Correspondencia del modelo de la dinámica de la formación sanitarista interactiva del ASIS con la metodología de intervención en la situación de salud comunitaria para el proceso de enseñanza-aprendizaje de la asignatura Salud Pública.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
---------------------	--------------------------	-----------------	----------------------	--------------------

11. Posibilidades de aplicación de la metodología a las exigencias de la educación en el trabajo de la asignatura Salud Pública.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
---------------------	--------------------------	-----------------	----------------------	--------------------

12. En qué medida responde la metodología a las exigencias contextuales actuales de la práctica profesional del Médico General.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
---------------------	--------------------------	-----------------	----------------------	--------------------

13. En qué medida la estructuración en etapas y en un sistema de métodos, procedimientos y técnicas, responde la metodología al desarrollo de la capacidad sanitarista co-transformadora en el estudiante.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
14. En qué medida la fundamentación y las recomendaciones para su implementación responden al objetivo de la metodología.				
Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
15. En qué medida los procedimientos que forman parte del método de investigación sanitarista interactivo contribuyen al desarrollo de la capacidad sanitarista co-transformadora.				
Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
16. En qué medida los procedimientos que forman parte del método de resolución sanitarista interactivo contribuyen al desarrollo de la capacidad sanitarista co-transformadora.				
Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
17. En qué medida los procedimientos que forman parte del método de evaluación sanitarista interactivo, los niveles de logros y las fuentes que lo sustentan, contribuyen en la evaluación de la metodología.				
Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
18. En qué medida contribuye la metodología, al desarrollo de la capacidad sanitarista co-transformadora en el estudiante de Medicina.				
Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)

Observaciones generales: _____

Anexo 16. Confiabilidad de la encuesta aplicada a los expertos en la segunda consulta

Tabla 1. Resultados de las respuestas ofrecidas por los expertos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1	5	4	5	5	5	5	5	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5
2	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
3	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
4	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5
5	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	5	5	4	5	5	5	5	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5
7	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
8	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
9	5	5	4	5	5	5	5	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5
10	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
11	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
12	5	4	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5
13	5	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
14	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
15	4	5	5	5	5	5	5	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5
16	5	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
17	4	5	5	5	4	5	5	5	3	5	4	4	5	5	5	5	5	5
18	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
19	5	4	5	4	5	5	5	5	4	5	4	4	5	5	5	5	5	5
20	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
21	5	4	4	4	5	4	4	5	3	5	5	4	5	5	5	5	5	5
22	5	4	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
23	5	5	5	5	5	5	5	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5
24	5	5	5	4	4	5	5	4	4	4	4	5	5	5	4	4	4	4
25	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5

Estadísticos de fiabilidad de la segunda consulta

Modelo		Metodología	
Alpha de Cronbach	N	Alpha de Cronbach	N
0,683	8	0,876	10

Estadísticos de contraste de la segunda consulta

Modelo		Metodología	
N	8	N	10
W de Kendall ^a	,310	W de Kendall ^a	,472
Chi-cuadrado	59,600	Chi-cuadrado	113,235
gl	24	gl	24
Sig.Asintót.	,000	Sig.Asintót.	,000

a. Coeficiente de concordancia de Kendal

Anexo 17. Confiabilidad de la encuesta aplicada a los expertos en la tercera consulta

Tabla 1. Resultados de las respuestas ofrecidas por los expertos en la tercera consulta

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
2	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
3	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
7	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
8	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
9	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
10	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
11	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
12	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
13	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
14	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
15	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
16	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
17	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4	4	5	5	5	5	5	5
18	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5
19	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4	5	5	5	5	5	5	5
20	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
21	5	4	4	5	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
22	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
23	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
24	5	5	5	4	4	5	5	4	4	4	4	4	5	5	4	4	4	4
25	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5

Resultados de la tercera ronda de consultas a los expertos (modelo).

Frecuencias absolutas de las evaluaciones

Ítems	Nivel				
	MA	BA	A	PA	NA
1	24	1	0	0	0
2	23	2	0	0	0
3	23	2	0	0	0
4	24	1	0	0	0
5	24	1	0	0	0
6	24	1	0	0	0
7	24	1	0	0	0
8	24	1	0	0	0

Frecuencias acumuladas absolutas

Ítems	Nivel				
	MA	BA	A	PA	NA
1	24	25	25	25	25
2	23	25	25	25	25
3	23	25	25	25	25
4	24	25	25	25	25
5	24	25	25	25	25
6	24	25	25	25	25
7	24	25	25	25	25
8	24	25	25	25	25

Frecuencias acumuladas relativas de las evaluaciones

Ítems	Nivel				
	MA	BA	A	PA	NA
1	0,9600	1,000	1,000	1,000	1,000
2	0,9200	1,000	1,000	1,000	1,000
3	0,9200	1,000	1,000	1,000	1,000
4	0,9600	1,000	1,000	1,000	1,000
5	0,9600	1,000	1,000	1,000	1,000
6	0,9600	1,000	1,000	1,000	1,000
7	0,9600	1,000	1,000	1,000	1,000
8	0,9600	1,000	1,000	1,000	1,000

Puntos de corte

Ítems	MA	BA	A	PA	Suma	Promedio	N-P	Niveles
1	1,7507	3,7190	3,7190	3,7190	12,9077	3,2269	-0,0216	MA
2	1,4051	3,7190	3,7190	3,7190	12,5621	3,1405	0,0648	MA
3	1,4051	3,7190	3,7190	3,7190	12,5621	3,1405	0,0648	MA
4	1,7507	3,7190	3,7190	3,7190	12,9077	3,2269	-0,0216	MA
5	1,7507	3,7190	3,7190	3,7190	12,9077	3,2269	-0,0216	MA
6	1,7507	3,7190	3,7190	3,7190	12,9077	3,2269	-0,0216	MA
7	1,7507	3,7190	3,7190	3,7190	12,9077	3,2269	-0,0216	MA
8	1,7507	3,7190	3,7190	3,7190	12,9077	3,2269	-0,0216	MA
Suma	13,3143	29,7521	29,7521	29,7521	102,5707			
Puntos de corte	1,6643	3,7190	3,7190	3,7190				N= 3,2053

Resultados de la tercera ronda de consultas a los expertos (metodología).

Frecuencias absolutas de las evaluaciones

Ítems	Nivel				
	MA	BA	A	PA	NA
9	22	3	0	0	0
10	24	1	0	0	0
11	22	3	0	0	0
12	22	3	0	0	0
13	25	0	0	0	0
14	25	0	0	0	0
15	24	1	0	0	0
16	24	1	0	0	0
17	24	1	0	0	0
18	24	1	0	0	0

Frecuencias acumuladas absolutas de las evaluaciones

Ítems	Nivel				
	MA	BA	A	PA	NA
9	22	25	25	25	25
10	24	25	25	25	25
11	22	25	25	25	25
12	22	25	25	25	25
13	25	25	25	25	25
14	25	25	25	25	25
15	24	25	25	25	25
16	24	25	25	25	25
17	24	25	25	25	25
18	24	25	25	25	25

Frecuencias acumuladas relativas

Ítems	Nivel				
	MA	BA	A	PA	NA
9	0,8800	1,000	1,000	1,000	1,000
10	0,9600	1,000	1,000	1,000	1,000
11	0,8800	1,000	1,000	1,000	1,000
12	0,8800	1,000	1,000	1,000	1,000
13	0,9999	1,000	1,000	1,000	1,000
14	0,9999	1,000	1,000	1,000	1,000
15	0,9600	1,000	1,000	1,000	1,000
16	0,9600	1,000	1,000	1,000	1,000
17	0,9600	1,000	1,000	1,000	1,000
18	0,9600	1,000	1,000	1,000	1,000

Puntos de corte

Ítems	MA	BA	A	PA	Suma	Promedio	N-P	Niveles
9	1,1750	3,7190	3,7190	3,7190	12,3320	3,0830	1,0197	MA
10	1,7507	3,7190	3,7190	3,7190	12,9077	3,2269	0,8758	MA
11	1,1750	3,7190	3,7190	3,7190	12,3320	3,0830	1,0197	MA
12	1,1750	3,7190	3,7190	3,7190	12,3320	3,0830	1,0197	MA
13	3,7190	3,7190	3,7190	3,7190	14,8761	3,7190	0,3837	MA
14	3,7190	3,7190	3,7190	3,7190	14,8761	3,7190	0,3837	MA
15	1,7507	3,7190	3,7190	3,7190	12,9077	3,2269	0,8758	MA
16	1,7507	3,7190	3,7190	3,7190	12,9077	3,2269	0,8758	MA
17	1,7507	3,7190	3,7190	3,7190	12,9077	3,2269	0,8758	MA
18	1,7507	3,7190	3,7190	3,7190	12,9077	3,2269	0,8758	MA
Suma	19,7164	29,7521	29,7521	29,7521	131,2869			
Puntos de corte	1,9716	3,7190	3,7190	3,7190				N= 4,1027

Estadísticos de fiabilidad de la tercera consulta

Modelo		Metodología	
Alpha de Cronbach	N	Alpha de Cronbach	N
0,728	8	0,893	10

Estadísticos de contraste de la tercera consulta

Modelo		Metodología	
N	8	N	10
W de Kendall ^a	,344	W de Kendall ^a	,509
Chi-cuadrado	66,102	Chi-cuadrado	122,250
gl	24	gl	24
Sig.Asintót.	,000	Sig.Asintót.	,000

a. Coeficiente de concordancia de Kendal

Anexo 18. Guía para la calificación del informe final de Análisis de la Situación de Salud luego de aplicada la metodología

Objetivo: evaluar de forma comparativa la calidad de los informes del ASIS entregados por los equipos de estudiantes al finalizar la asignatura Salud Pública en los cursos académicos 2013-2014 y 2014-2015, para complementar los criterios evaluativos en el examen práctico que tributan al nivel de apropiación del ASIS como patrón de logro.

Universo de estudio: Los 22 informes del ASIS entregados por los equipos estudiantiles como condición previa para presentarse al examen final práctico, de los tres grupos planificados en el Policlínico “Belkis Sotomayor” en el curso académico 2014-2015.

Guía de calificación del informe final según equipos estudiantiles

Curso académico	Calificación integrada				Calificación según categoría de análisis																
					Estructura del informe final				Definición de los objetivos				Capacidad descriptiva				Capacidad analítica				
	E*	B*	R*	M*	E	B	R	M	E	B	R	M	E	B	R	M	E	B	R	M	
2013-2014																					
2014-2015																					

E*: Excelente. B*: Bien. R*: Regular. M*: Mal

Comentario: se asumen los criterios evaluativos, la descripción de las categorías, subcategorías de análisis y el instructivo para la calificación del informe escrito, como elementos elaborados que forman parte de la tesis en su anexo 6; excepto que se utiliza la guía modificada entregada al estudiante al realizar el ASIS (Anexo 9).

Tabla 1. Frecuencia relativa de la calificación final de los informes del ASIS. Cursos académicos 2013-2014 y 2014-2015.

Curso académico	Calificación final (%)			
	Excelente	Bien	Regular	Mal
2013-2014	0,00	28,00	44,00	28,00
2014-2015	72,00	14,00	14,00	0,00

Tabla 2. Frecuencia relativa de la calificación de las categorías de análisis en los informes del ASIS según cursos académicos 2013-2014 y 2014-2015.

Curso	Categoría de análisis (%)															
	Estructura del informe				Definición de los objetivos				Capacidad descriptiva				Capacidad analítica			
	E*	B*	R*	M*	E	B	R	M	E	B	R	M	E	B	R	M
2013-2014	5,00	23,00	61,00	11,00	0,00	28,00	39,00	33,00	5,00	42,00	25,00	28,00	6,00	25,00	38,00	31,00
2014-2015	52,00	28,00	20,00	0,00	75,00	11,00	14,00	0,00	69,00	20,00	11,00	0,00	68,00	18,00	14,00	0,00

E*: Excelente. B*: Bien. R*: Regular. M*: Mal

Anexo 19. Guía de observación para la calificación de la defensa oral e instructivo para la evaluación integrada del examen final práctico luego de aplicada la metodología

Objetivos: evaluar el nivel de aplicación del ASIS en la intervención comunitaria, mostrado en los conocimientos, habilidades, valores y valoraciones, apropiados por el estudiante luego de aplicar la metodología, al defender el informe en el examen práctico e integrar la calificación con la obtenida en el informe final para evaluar el examen final práctico de la asignatura Salud Pública.

Tipo de observación: Participativa, externa, abierta, directa y estructurada.

Universo de estudio: los 22 exámenes prácticos finales orales realizados a los 65 estudiantes de los tres grupos planificados en el Policlínico Docente “Belkis Sotomayor” durante el curso 2014-2015.

Comentario: se asumen las categorías de observación, los criterios evaluativos, los indicadores, la guía de observación, el método de registro y los tres instructivos para completar la evaluación, como elementos elaborados que forman parte de la tesis en su anexo 7; excepto que se utiliza la guía modificada entregada al estudiante para realizar el ASIS (Anexo 9).

Tabla 1. Frecuencia relativa de la calificación final de la defensa oral. Cursos académicos 2013-2014 y 2014-2015.

Curso académico	Calificación final (%)			
	Excelente	Bien	Regular	Mal
2013-2014	4,00	36,00	47,00	13,00
2014-2015	82,00	12,00	6,00	0,00

Tabla 2. Frecuencia relativa de la calificación según categorías de observación en la defensa oral. Cursos académicos 2013-2014 y 2014-2015.

Curso	Categorías de observación															
	Comprensión				Interpretación				Integración				Valoración			
	E*	B*	R*	M*	E	B	R	M	E	B	R	M	E	B	R	M
2013-2014	19,00	19,00	56,00	6,00	14,00	23,00	48,00	15,00	5,00	28,00	61,00	6,00	5,00	25,00	28,00	42,00
2014-2015	62,00	29,00	6,00	3,00	69,00	23,00	6,00	2,00	65,00	26,00	8,00	2,00	62,00	25,00	11,00	3,00

E*: Excelente. B*: Bien. R*: Regular. M*: Mal

Tabla 3. Frecuencia relativa de la evaluación integrada del examen práctico según calificación del informe y la defensa oral. Cursos académicos 2013-2014 y 2014-2015.

Curso	Calificación integrada				Calificación informe escrito				Calificación defensa oral			
	E*	B*	R*	M*	E	B	R	M	E	B	R	M
2013-2014	3,00	21,00	45,00	31,00	0,00	28,00	44,00	28,00	4,00	36,00	47,00	13,00
2014-2015	78,00	16,00	6,00	0,00	72,00	14,00	14,00	0,00	82,00	12,00	6,00	0,00

E*: Excelente. B*: Bien. R*: Regular. M*: Mal

Anexo 20. Resultado final de la evaluación comparativa del examen final práctico de Análisis de la Situación de Salud entre los cursos académicos 2013-2014 y 2014-2015

Tabla 1. Frecuencia absoluta de la calificación de los informes escritos según cursos académicos 2013-2014 y 2014-2015.

Curso académico	Total	Calificación final			
		Excelente	Bien	Regular	Mal
2013-2014	64	0	18	28	18
2014-2015	65	47	9	9	0

Prueba no paramétrica de Mann-Whitney: informe escrito

Rangos			
Evaluación informe	N	Rango promedio	Suma de rangos
Curso académico 2013-2014	64	35,91	2298,00
Curso académico 2014-2015	65	93,65	6087,00
Total	129		

Estadísticos de contraste ^a

Evaluación informe	
U de Mann-Whitney	218,000
W de Wilcoxon	2298,000
Z	-9,194
Sig. asintót. (bilateral)	,000

a. Variable de agrupación: evaluación informe escrito

Tabla 2. Frecuencia absoluta de la calificación de la defensa oral según cursos académicos 2013-2014 y 2014-2015.

Curso académico	Total	Calificación final			
		Excelente	Bien	Regular	Mal
2013-2014	64	3	23	30	8
2014-2015	65	53	8	4	0

Prueba no paramétrica de Mann-Whitney: defensa oral

Rangos			
Evaluación defense oral	N	Rango promedio	Suma de rangos
Curso académico 2013-2014	64	38,12	2439,50
Curso académico 2014-2015	65	91,47	5945,00
Total	129		

Estadísticos de contraste ^a	
Evaluación defensa oral	
U de Mann-Whitney	359,500
W de Wilcoxon	2439,500
Z	-8,611
Sig. asintót. (bilateral)	,000

a. Variable de agrupación: evaluación defensa oral

Tabla 3. Frecuencia absoluta de la evaluación integrada del examen final práctico según cursos académicos 2013-2014 y 2014-2015.

Curso académico	Total	Calificación final			
		Excelente	Bien	Regular	Mal
2013-2014	64	2	13	29	20
2014-2015	65	51	10	4	0

Prueba no paramétrica de Mann-Whitney: evaluación integrada

Evaluación integrada	Rangos		
	N	Rango promedio	Suma de rangos
Curso académico 2013-2014	64	39,47	2334,00
Curso académico 2014-2015	65	93,09	6051,00
Total	129		

Estadísticos de contraste ^a	
Evaluación integrada	
U de Mann-Whitney	254,000
W de Wilcoxon	2334,000
Z	-9,044
Sig. asintót. (bilateral)	,000

a. Variable de agrupación: evaluación integrada

Anexo 21. Encuesta de autoevaluación al estudiante

Objetivo: evaluar el nivel de posicionamiento actitudinal del estudiante de Medicina como mediador sanitario interpretativo y co-transformador, al finalizar el proceso de enseñanza-aprendizaje de la asignatura Salud Pública y realizar el Análisis de la Situación de Salud (ASIS) en la intervención comunitaria.

Categoría de análisis. Nivel de posicionamiento crítico proyectivo mediador sanitario: es la actitud sanitaria proyectiva autovalorada por el propio estudiante, que expresa el nivel de preparación integral para asumir la condición de intérprete co-transformador mediador sanitario; a partir del nivel de conocimientos, habilidades, valores y valoraciones, adquiridos al ejecutar el ASIS en la actividad de educación en el trabajo; que propició el desarrollo de su capacidad sanitaria co-transformadora.

Criterios evaluativos: El primer cuadro resume la **puntuación según los tres indicadores** propuestos, las dimensiones que incluyen, las preguntas del cuestionario que lo evalúan y su descripción.

Indicador	Dimensión	Pregunta	Descripción
Proyección sanitaria socio-individual (saber convivir)	Personal	1-3	Autovaloración proyectiva individual y social del estudiante, respecto a su saber convivir en solidaridad, colaboración, tolerancia conciliadora ante los conflictos, el trabajo en equipos, en las relaciones interpersonales y la capacidad social mediadora con los actores al ejecutar el ASIS
	Social	4-10	
Asunción cognitiva sanitaria de la práctica en salud (saber y saber hacer)	Cognitiva-conceptual	11-15	Autoevaluación proyectiva del estudiante, respecto a su saber sanitario conceptual y su saber hacer sanitario procedimental sobre el ASIS en la práctica en salud
	Cognitiva-procedimental	16-22	
Disposición y compromiso sanitario ético-social (saber ser)	Actitudinal	23-28	Autoevaluación proyectiva respecto a su saber ser sanitario respecto al compromiso y responsabilidad frente a la sociedad, en su condición de mediador sanitario

Calificación según rango de puntuación por indicadores

Nivel de posicionamiento	Puntos	Mal Menos 70%	Regular 70-84%	Bien 85-94%	Excelente 95-100%
Proyección sanitaria socio-individual (saber convivir)	50	Menos 35	35-42	43-46	47-50
Asunción cognitiva sanitaria de la práctica (saber y saber hacer)	60	Menos 42	42-50	51-56	57-60
Disposición y compromiso sanitario ético-social (saber ser)	30	Menos 21	21-24	25-27	28-30

El segundo cuadro resume la **calificación según rango de puntuación en la escala de actitudes**, adaptada y enriquecida por el autor de esta tesis a partir de la escala de Rokeach, citado por McKernan (2008) y de esta forma medir el nivel de posicionamiento. La encuesta se sustentó en 28 interrogantes, cada ítem se codifica de 1 (mínimo) a 5 (máximo), de forma tal que cada estudiante pudo puntuar en la escala construida entre 28 y 140 frecuencias. La sumatoria de los ítems que puntó cada uno de los 65

estudiantes, sustentaron la construcción de los rangos de la calificación cuantitativa y cualitativa.

Calificación según puntuación total de cada estudiante en la escala de actitud

Nivel de posicionamiento	Rango de puntuación
Mal (Menos 70%)	Menos 98
Regular (70-84%)	98-118
Bueno (85-94%)	119-132
Excelente (95-100%)	133-140

Consigna. Estimado estudiante: lea de manera cuidadosa las siguientes interrogantes y exprese su valoración, marcando con una X en la escala 1 (mínima o deficiente) a la 5 (máximo o excelente), la opción que considere indique el nivel de preparación que Usted alcanzó para asumir la realización del ASIS al intervenir la situación de salud comunitaria.

Cuestionario

- ¿En qué medida contribuyó el proceso desarrollado en su autorrealización personal como futuro Médico General en el primer nivel de atención a la salud?

MÍNIMO	1	2	3	4	5	MÁXIMO
--------	---	---	---	---	---	--------
- ¿En qué medida Usted como estudiante contribuyó en la autorrealización colectiva de los actores sociales implicados en el proceso investigativo-resolutivo?

MÍNIMO	1	2	3	4	5	MÁXIMO
--------	---	---	---	---	---	--------
- ¿En qué nivel considera su ubicación como investigador, respecto a la posición que alcanzo el profesor tutor como investigador?

MÍNIMO	1	2	3	4	5	MÁXIMO
--------	---	---	---	---	---	--------
- ¿En qué medida contribuyó el proceso desarrollado para afianzar la colaboración y la cooperación entre el sector salud, la comunidad y los demás sectores sociales allí representados?

MÍNIMO	1	2	3	4	5	MÁXIMO
--------	---	---	---	---	---	--------
- ¿En qué medida lograste consolidar tus relaciones interpersonales con los actores sociales en los encuentros dialógicos realizados?

MÍNIMO	1	2	3	4	5	MÁXIMO
--------	---	---	---	---	---	--------
- ¿En qué medida contribuyó el proceso desarrollado a consolidar el trabajo en equipos entre los participantes?

MÍNIMO	1	2	3	4	5	MÁXIMO
--------	---	---	---	---	---	--------
- ¿En qué medida fueron solucionados los conflictos surgidos entre la diversidad de actores sociales?

MÍNIMO	1	2	3	4	5	MÁXIMO
--------	---	---	---	---	---	--------
- ¿En qué nivel sitúas la permanencia que Usted logró de los actores sociales en los 16 encuentros dialógicos realizados?

MÍNIMO	1	2	3	4	5	MÁXIMO
--------	---	---	---	---	---	--------
- ¿En qué medida consideras que contribuye el proceso a la toma de decisiones como mecanismo de participación del actor social en el proceso de Producción Social de la Salud?

MÍNIMO	1	2	3	4	5	MÁXIMO
--------	---	---	---	---	---	--------

10. ¿En qué medida Usted se considera capacitado para mediar, interpretando los actores sociales y a la vez, co-transformando la situación de salud y sus capacidades en la Producción Social de la Salud?
- | | | | | | | |
|--------|---|---|---|---|---|--------|
| MÍNIMO | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | MÁXIMO |
|--------|---|---|---|---|---|--------|
11. ¿En qué nivel de preparación teórica se autoevalúa para asumir el ASIS en la intervención comunitaria?
- | | | | | | | |
|--------|---|---|---|---|---|--------|
| MÍNIMO | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | MÁXIMO |
|--------|---|---|---|---|---|--------|
12. ¿En qué medida contribuyeron los conocimientos adquiridos en años precedentes sobre el ASIS para comprender los nuevos que recibiste en la asignatura Salud Pública?
- | | | | | | | |
|--------|---|---|---|---|---|--------|
| MÍNIMO | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | MÁXIMO |
|--------|---|---|---|---|---|--------|
13. ¿En qué medida contribuyeron las experiencias y saberes populares, aportados por los actores sociales, en la construcción de la situación de salud y en la comprensión de los problemas de salud que la caracterizan?
- | | | | | | | |
|--------|---|---|---|---|---|--------|
| MÍNIMO | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | MÁXIMO |
|--------|---|---|---|---|---|--------|
14. ¿En qué medida contribuyeron las reflexiones realizadas al finalizar cada encuentro dialógico, en tu preparación teórica respecto al ASIS en la intervención comunitaria?
- | | | | | | | |
|--------|---|---|---|---|---|--------|
| MÍNIMO | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | MÁXIMO |
|--------|---|---|---|---|---|--------|
15. ¿En qué nivel consideras que se perfecciona la teoría del ASIS cuando se reflexiona para mejorar las acciones prácticas que se desarrollaron en cada encuentro dialógico?
- | | | | | | | |
|--------|---|---|---|---|---|--------|
| MÍNIMO | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | MÁXIMO |
|--------|---|---|---|---|---|--------|
16. ¿En qué nivel de preparación metodológica te autoevalúas para ejecutar el ASIS?
- | | | | | | | |
|--------|---|---|---|---|---|--------|
| MÍNIMO | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | MÁXIMO |
|--------|---|---|---|---|---|--------|
17. ¿En qué medida contribuyeron las técnicas cualitativas en tu enriquecimiento intercultural?
- | | | | | | | |
|--------|---|---|---|---|---|--------|
| MÍNIMO | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | MÁXIMO |
|--------|---|---|---|---|---|--------|
18. ¿En qué medida consideras contribuyó la aplicación que realizaste de las técnicas grupales, en la movilización e implicación de los actores sociales en el proceso desarrollado?
- | | | | | | | |
|--------|---|---|---|---|---|--------|
| MÍNIMO | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | MÁXIMO |
|--------|---|---|---|---|---|--------|
19. ¿En qué nivel autoevaloras que contribuyeron en tu preparación científica los aportes interculturales que recibiste de los actores sociales al ejecutar el proceso del ASIS en la intervención comunitaria?
- | | | | | | | |
|--------|---|---|---|---|---|--------|
| MÍNIMO | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | MÁXIMO |
|--------|---|---|---|---|---|--------|
20. ¿En qué nivel Usted te autoevalúas para intervenir la situación de salud, en la medida que medias con los actores para interpretar, su propia interpretación de los problemas y su solución?
- | | | | | | | |
|--------|---|---|---|---|---|--------|
| MÍNIMO | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | MÁXIMO |
|--------|---|---|---|---|---|--------|
21. ¿En qué medida consideras que se desarrolló la educación en salud para capacitar a los actores sociales cuando aplicaban las técnicas cualitativas?
- | | | | | | | |
|--------|---|---|---|---|---|--------|
| MÍNIMO | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | MÁXIMO |
|--------|---|---|---|---|---|--------|
22. ¿En qué medida consideras que contribuyeron las reflexiones al finalizar cada encuentro dialógico para perfeccionar cada uno de los pasos del proceso del ASIS en la intervención comunitaria?
- | | | | | | | |
|--------|---|---|---|---|---|--------|
| MÍNIMO | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | MÁXIMO |
|--------|---|---|---|---|---|--------|
23. ¿En qué medida contribuyó el proceso desarrollado para afianzar tu compromiso social como futuro

Médico General del primer nivel de atención a la salud ante la sociedad?

MÍNIMO	1	2	3	4	5	MÁXIMO
--------	---	---	---	---	---	--------

24. ¿En qué nivel autoevalúas el comportamiento ético mostrado por los actores sociales en el proceso desarrollado?

MÍNIMO	1	2	3	4	5	MÁXIMO
--------	---	---	---	---	---	--------

25. ¿En qué nivel autoevalúas el comportamiento ético mostrado por los estudiantes del equipo en el proceso desarrollado?

MÍNIMO	1	2	3	4	5	MÁXIMO
--------	---	---	---	---	---	--------

26. ¿En qué nivel autoevalúas la responsabilidad demostrada por los actores sociales en proceso desarrollado?

MÍNIMO	1	2	3	4	5	MÁXIMO
--------	---	---	---	---	---	--------

27. ¿En qué nivel autoevalúas la responsabilidad demostrada por los estudiantes compañeros del equipo en el proceso desarrollado?

MÍNIMO	1	2	3	4	5	MÁXIMO
--------	---	---	---	---	---	--------

28. ¿En qué nivel autoevalúas la responsabilidad y el comportamiento ético mostrado por el profesor tutor en el proceso desarrollado?

MÍNIMO	1	2	3	4	5	MÁXIMO
--------	---	---	---	---	---	--------

Gracias por su cooperación.

Tabla 1. Distribución de frecuencias de las respuestas de los estudiantes según dimensiones

Nivel de posicionamiento	Excelente N (%)	Bien N (%)	Regular N (%)	Mal N (%)
Proyección sanitarista socio-individual (saber convivir)	43 (66)	9 (14)	13 (20)	0 (0)
Asunción cognitivo-sanitarista de la práctica en salud (saber y saber hacer)	44 (68)	16 (21)	4 (6)	0 (0)
Disposición y compromiso sanitarista ético-social (saber ser)	59 (91)	5 (8)	1 (1)	0 (0)

Tabla 2. Frecuencia de las respuestas estudiantiles según puntuación total en la escala de actitud

Nivel de posicionamiento	Rango de puntuación	No.	%
Excelente (95-100%)	133-140	39	60,0
Bueno (85-94%)	119-132	13	20,0
Regular (70-84%)	98-118	9	14,0
Mal (Menos 70%)	Menos de 98	4	6,0
Total		65	100.00

Anexo 22. Resultado comparativo de la calificación de la pregunta de Análisis de la Situación de Salud en el examen final teórico entre los cursos académicos 2012-2013, 2013-2014 y 2014-2015

Objetivo: comparar los resultados cuantitativos y cualitativos logrados por los estudiantes en la pregunta de ASIS del examen final escrito de la asignatura Salud Pública, en el curso académico 2014-2015 luego de la implementación de la metodología, respecto a los alcanzados en los dos cursos previos.

Universo de estudio: la totalidad de estudiantes de los tres grupos docentes que cursaron la asignatura Salud Pública en el Policlínico Docente “Belkis Sotomayor”, durante los cursos académicos 2012-2013, 2013-2014 y 2014-2015.

Tabla 1. Distribución de frecuencias en la calificación de la pregunta de ASIS en el examen final teórico según cursos académicos 2012-2013, 2013-2014 y 2014-2015.

Curso académico	Total	Calificación (puntos)			
		5 N (%)	4 N (%)	3 N (%)	2 N (%)
2012-2013	59	8 (13)	13 (22)	27 (46)	11 (19)
2013-2014	64	8 (13)	11 (17)	32 (50)	13 (20)
2014-2015	65	48 (74)	10 (15)	6 (9)	1 (2)

Prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis

Rangos			
Cursos analizados	N	Rango promedio	
Calificaciones Curso 2012-13	59	73,87	
Curso 2013-14	64	69,68	
Curso 2014-15	65	137,66	
Total	188		

Estadísticos de contraste ^{a,b}	
Calificaciones	
Chi-cuadrado	68,814
gl	2
Sig. asintót	,000

a. Prueba de Kruskal-Wallis

b. Variable de agrupación: Cursos analizados

Prueba post hoc

Calificaciones				
	Cursos analizados	N	Subconjunto para alfa = 0,5	
			1	2
HSD de Tukey ^{a,b}	Curso 2013-2014	64	3,22	
	Curso 2012-2013	59	3,31	
	Curso 2014-2015	65		4,62
	Sig.		,841	1,000
Tukey B ^{a,b}	Curso 2013-2014	64	3,22	
	Curso 2012-2013	59	3,31	
	Curso 2014-2015	65		4,62

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a. Usa el tamaño muestral de la media armónica = 62,554

b. Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.