

Aproximación histórico tendencial de la superación profesional del residente en la Atención Primaria de Salud

Approach historical tendential of the professional superation of the residing in one the Primary Attention of Health

Yon Luis Trujillo Pérez.^{1*}<https://orcid.org/0000-0002-0415-3907>

Silvia Colunga Santos.²<https://orcid.org/0000-0002-7446-9886>

Mayelín Soler Herrera.²<https://orcid.org/0000-0001-6710-6967>

Lourdes de la Caridad Cabrera Reyes.²<https://orcid.org/0000-0002-9103-1683>

¹Hospital Universitario Amalia Simoni. Camagüey, Cuba.

²Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey, Camagüey, Cuba.

*Autor para la correspondencia: yonluis270583@gmail.com

RESUMEN

La superación profesional del residente de Medicina General Integral articula saberes científicos con prácticas comunitarias; pero la prevención de las Hepatitis Virales Crónicas no se integra sistemáticamente al proceso formativo, limitando la respuesta del primer nivel de atención. El objetivo es exponer las tendencias históricas de esta superación para la prevención de dichas infecciones. La investigación es cualitativa con enfoque histórico, mediante revisión documental entre 2021-2025 de programas de estudio, resoluciones



ministeriales y anuarios estadísticos. Los resultados revelan un tránsito de concepciones ofertistas hacia formas participativas, una incorporación asistemática de saberes y una evolución de vías de superación desarticuladas de las demandas comunitarias. Estos hallazgos coinciden con estudios latinoamericanos que abogan por una formación basada en aprendizajes desde la comunidad. Persisten limitaciones teóricas, metodológicas y prácticas que fundamentan la necesidad de una estrategia de superación profesional contextualizada.

Palabras clave: análisis histórico tendencial; superación profesional; residente de Medicina General Integral; hepatitis virales crónicas.

ABSTRACT

The professional development of Comprehensive General Medicine residents integrates scientific knowledge with community-based practices; however, the prevention of chronic viral hepatitis is not systematically incorporated into the training process, thereby limiting the response of the primary healthcare level. The objective is to outline the historical trends in this professional development regarding the prevention of these infections. This qualitative study employs a historical approach, involving a documentary review—conducted between 2021 and 2025—of curricula, ministerial resolutions, and statistical yearbooks. The results reveal a shift from supply-driven concepts toward participatory models, an unsystematic incorporation of knowledge, and an evolution of training pathways that are disconnected from community needs. These findings align with Latin American studies advocating for training based on community-derived learning. Theoretical, methodological, and practical limitations persist, underscoring the need for a contextualized professional development strategy.

Keywords: historical trend analysis; professional development; General Comprehensive Medicine resident; chronic viral hepatitis.

Recibido: 09/04/2026

Aprobado: 09/09/2026



INTRODUCCIÓN

La superación profesional en la educación médica constituye una vía esencial para el desarrollo de conocimientos y habilidades que permitan un desempeño óptimo de las funciones docente-metodológicas. Sus fundamentos metodológicos sustentan el diseño, la ejecución y la evaluación de programas de superación, en correspondencia con las demandas sociales y el desarrollo educacional. Este proceso se instaura como eje del proceso de enseñanza-aprendizaje en la educación superior y exige una actualización permanente, en tanto la práctica médica evoluciona con rapidez y plantea nuevos desafíos a los profesionales del sector.

Sandrino-Sánchez, Hernández-Rodríguez, Pérez-Martín, Ordoñez-Álvarez, Valdés-Rocubert y Hernández-Bravo⁽¹⁾ expresan que la educación superior cubana, a partir de los cambios ocurridos desde la década de los 90, insiste en la calidad de la formación integral de los profesionales de la salud. Para ello, tal proceso debe asumir un papel cada vez más protagónico ante los retos que enfrenta la humanidad.

La superación profesional se convierte entonces en una herramienta estratégica para responder a las exigencias del sistema sanitario y a las necesidades de la población, en especial en el primer nivel de atención, donde el residente de Medicina General Integral asume la responsabilidad de velar por la salud de las familias y las comunidades.

Las bases metodológicas constituyen los sustentos teóricos esenciales para el perfeccionamiento de la preparación en la Atención Primaria de Salud. Delgado-Rifá y Martínez-Rubio⁽²⁾ destacan que la ciencia, la tecnología y la sociedad evolucionan con rapidez, lo cual implica, según Solís-Cartas,⁽³⁾ transformaciones en el proceso de superación profesional del residente de Medicina General Integral. No obstante, este autor reconoce la exigencia de su perfeccionamiento constante, en especial a partir del uso de las tecnologías de la información y las comunicaciones, que abren nuevas posibilidades para el aprendizaje en red y el acceso a fuentes actualizadas de conocimiento.

Mirabal-Martínez, Paradela-Marrero, Nazco-Zorrilla, Cuesta-Martínez, Rivero-Calzadilla y Vieyto-Vigoa⁽⁴⁾ aluden a que las condiciones presentes en la formación médica exigen un



trabajo óptimo de las instituciones para garantizar la calidad en la preparación de sus profesionales. El propósito es lograr una preparación integral en los actores de la Atención Primaria de Salud y, en particular, en el residente de Medicina General Integral. Resulta necesario acometer transformaciones que reclaman cambios en la labor que estos desempeñan en la comunidad, pues asumen roles diversos dentro del sistema de salud, desde la atención asistencial hasta la labor educativa y la investigación.

La implementación de la superación profesional para la prevención de las Hepatitis Virales Crónicas en el primer nivel de atención, según Rojas Peláez, Trujillo Pérez, Reyes Escobar, y Bembibre Mozo⁽⁵⁾ se erige como un avance en materia de actualización y consolidación de conocimientos. Este accionar debe contar con actividades teórico-prácticas que potencien el desarrollo de habilidades para minimizar las complicaciones de estas enfermedades. El fin es identificar y reducir los grupos de riesgo expuestos a su contagio, mediante un abordaje integral desde la comunidad que combine la pesquisa activa, la educación sanitaria y el seguimiento de los casos diagnosticados.

Rojas-Peláez, San-José-Maceo, Hernández-Rodríguez, Don-Quirós, Smith-López y Trujillo-Pérez⁽⁶⁾ apuntan que el primer nivel de atención reúne características que lo convierten en el sitio idóneo para este tipo de estrategias. La elevada demanda asistencial, el creciente número de pacientes con Hepatitis Virales Crónicas, el manejo inadecuado de grupos vulnerables y la posibilidad de combinar acciones educativas con asistenciales son algunas de las vías que favorecen una mejor atención en la comunidad. Estas condiciones justifican la pertinencia del presente estudio, que busca ofrecer un análisis integral de la evolución de la superación profesional en este ámbito.

El estudio de la superación profesional del residente de Medicina General Integral adquiere una relevancia particular para las humanidades médicas, en tanto la formación de este especialista trasciende lo técnico y se adentra en el terreno de los valores, las actitudes y el compromiso social.

La tríada educación-promoción-prevención, que constituye el rasgo identitario de la medicina familiar cubana, no puede comprenderse cabalmente sin atender a la dimensión humanista



que la sustenta: la capacidad del profesional para establecer vínculos significativos con la comunidad, interpretar sus prácticas culturales y construir, desde el diálogo, estrategias de cuidado que respeten la diversidad de contextos y trayectorias de vida.

A pesar de los avances en la formación de este especialista, la prevención de las Hepatitis Virales Crónicas no ha logrado integrarse de manera sistemática en su proceso de superación. Datos del Anuario Estadístico de Salud⁽⁷⁾ revelan una incidencia creciente de estas enfermedades en el país, lo cual contrasta con la escasa presencia de contenidos específicos en los programas de estudio de la especialidad. Esta brecha entre el perfil epidemiológico y la formación del residente constituye una situación problemática que demanda un análisis detenido de su evolución histórica, a fin de identificar las tendencias que explican su persistencia y orientar futuras intervenciones.

Los antecedentes investigativos sobre la superación profesional en la Atención Primaria de Salud se han centrado en áreas como la fibrilación auricular, la diabetes mellitus, la farmacovigilancia y la atención al adulto mayor, como documentan Sandrino-Sánchez et al.,⁽¹⁾ Martí-Martínez, Hidalgo-Mederos, Figueredo-Mesa, Valcárcel-Izquierdo, Martínez-Pérez,⁽⁸⁾ Santos-Muñoz, Ortega-Suárez, del-Puerto-Horta, García-Milian, Águila-Hernández, Sánchez-Pérez,⁽⁹⁾ y Delgado-Rifá y Martínez-Rubio.⁽²⁾ Sin embargo, son escasos los estudios que aborden de manera específica la preparación del residente para la prevención de enfermedades infecciosas de curso crónico, y más limitados aún aquellos que lo hagan desde una perspectiva histórica que permita revelar las contradicciones internas del proceso formativo.

Por lo anterior, el presente texto tiene como objetivo exponer los resultados del análisis histórico tendencial de la superación profesional del residente de Medicina General Integral para la prevención de las Hepatitis Virales Crónicas en el contexto cubano, derivado de una investigación desarrollada entre enero de 2021 y diciembre de 2025, en el marco del programa de formación profesional para la atención de enfermedades infecciosas de curso crónico.



DESARROLLO

Fundamentos metodológicos del estudio histórico-tendencial

La Educación Superior en Cuba concede un valor prioritario a la superación profesional de sus egresados y la asume como un proceso continuo que se inicia en el pregrado y se prolonga de forma permanente e integral en el posgrado. Para la preparación sistemática del Médico General Integral, se ponen en práctica estrategias formativas en las que intervienen actores institucionales y miembros de la comunidad, lo cual garantiza la construcción de un adecuado modo de actuación profesional. Esta concepción reconoce que el aprendizaje no concluye con la obtención del título, sino que se extiende a lo largo de toda la vida laboral.

Se realizó una investigación cualitativa con enfoque histórico, sustentada en la revisión documental y el método cronológico. Se emplearon, además, los métodos histórico-lógico, análisis-síntesis e inductivo-deductivo para el estudio de la evolución de la superación profesional en la Atención Primaria de Salud. Los documentos analizados incluyeron los programas de formación de la especialidad en sus versiones de 1985, 1990, 2004 y 2018, las resoluciones ministeriales que regulan el posgrado, el Programa Nacional de Prevención y Tratamiento de las Hepatitis Virales Crónicas y los Anuarios Estadísticos de Salud.

El análisis histórico-tendencial, según López-Espinoza y Hernández-Meléndrez⁽¹⁰⁾ exige superar la mera descripción cronológica para revelar las contradicciones internas que explican el movimiento del objeto de estudio. Desde esta perspectiva, no basta con enunciar lo que cambió entre una etapa y otra; se requiere identificar las fuerzas que impulsaron ese cambio y las insuficiencias que persisten como expresión de contradicciones no resueltas. Este presupuesto metodológico orientó la definición de los tres indicadores que guían el presente estudio.

Para el estudio y la caracterización de las etapas se definieron tres indicadores: a) concepciones teóricas y metodológicas predominantes en la superación profesional del residente para la prevención de las Hepatitis Virales Crónicas; b) saberes del residente sobre la prevención de estas enfermedades; y c) vías de superación profesional utilizadas. Estos



indicadores permitieron establecer los hitos histórico-pedagógicos, delimitar las etapas y determinar las tendencias del proceso, en diálogo con los referentes teóricos y normativos consultados.

El procedimiento de análisis documental incluyó tres fases. En la primera, se identificaron y recopilaron las fuentes documentales, aplicando como criterios de inclusión los documentos normativos y curriculares de la especialidad, así como los textos científicos que abordan la superación profesional en la Atención Primaria de Salud. En la segunda fase, se sistematizó la información según los tres indicadores definidos y se organizó cronológicamente. En la tercera, se establecieron los hitos, se delimitaron las etapas y se formularon las tendencias mediante el contraste de los hallazgos con la literatura nacional e internacional.

La medicina familiar, según Candelaria Brito, Ferro González, Gutiérrez Gutiérrez, Alonso Ayala⁽¹¹⁾ tiene sus orígenes en la medicina general, que surgió y tomó auge desde el siglo XIX hasta las primeras décadas del XX. Es la única especialidad médica que no ha surgido del progreso de las ciencias médicas y tecnológicas, sino de la necesidad de atender problemas sociales urgentes, tanto de las comunidades como del Estado. Este origen social marca su identidad y su vocación comunitaria, rasgos que la distinguen de otras especialidades y que la conectan con las humanidades médicas.

Rodríguez Puga, Dueñas Rodríguez, Pérez Díaz y McDonald Ruano⁽¹²⁾ precisan que el análisis de la evolución histórica permite revelar el movimiento general del desarrollo del objeto y del campo de estudio, con un enfoque generalizador. En el caso de la especialidad de Medicina General Integral, diversos estudios de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud certifican que sus antecedentes se remontan a la década de los años 60 del siglo XX, en Canadá, Gran Bretaña y Estados Unidos, donde surgió como respuesta a la fragmentación de la atención médica y a la despersonalización de los servicios.

Martínez Sariol, Travieso Ramos, Buquet Borges, Vergara Vera, Viacaba Palacios y Martínez Ramírez⁽¹³⁾ señalan que en Cuba esta especialidad inicia en 1984, con la implementación del Programa del Médico y Enfermera de la Familia, eje principal del sistema de salud y premisa básica del enfoque social de la medicina. El programa se instauró a partir de una concepción



integral de la formación en el pregrado y el posgrado, y se consolidó con un reajuste de su diseño curricular en 2011. Este origen marca una ruptura con los modelos tradicionales de formación médica, al situar la comunidad como escenario principal del aprendizaje.

Los antecedentes históricos que dieron lugar a transformaciones en la Atención Primaria de Salud incluyen tres momentos. Primero, en 1963 se instauró el policlínico integral, que brindaba asistencia médica en vínculo directo con la comunidad y la atención en el terreno de auxiliares de Enfermería y trabajadoras sociales, con lo cual se inició la práctica de una medicina integral, preventiva y curativa. Segundo, en 1970 surgió el policlínico comunitario, que incorporó especialistas del segundo nivel de atención y elaboró programas de atención integral al niño, la mujer y el adulto, lo cual redujo la mortalidad infantil y favoreció el desarrollo de la vigilancia epidemiológica. Tercero, desde 1980 surgió la atención comunitaria como modelo integrador, dirigido a coordinar el cuidado de la salud de las personas y las familias en la comunidad, lo que determinó el surgimiento del Programa del Médico y Enfermera de la Familia en 1984.

En la génesis y desarrollo de la especialidad de Medicina General Integral se identifican tres hitos histórico-pedagógicos: a) inicio en 1984 del Programa del Médico y la Enfermera de la Familia, con la consabida especialidad; b) consolidación en 1990 del proceso de formación con intencionalidad preventiva y énfasis en la búsqueda de soluciones desde lo epidemiológico y el diagnóstico de salud; y c) instauración en 2011 del nuevo programa, que desarrolla el concepto de policlínico universitario y permite la formación de pregrado y posgrado en los policlínicos acreditados como instituciones docentes.

Para la descripción del desarrollo diacrónico del proceso se conciben tres etapas: primera (1984-1989): organización de la formación del residente de Medicina General Integral; segunda (1990-2010): fortalecimiento de la formación con la concreción de acciones de superación; tercera (2011 hasta la actualidad): inclusión del policlínico universitario como escenario formativo, a partir de la superación profesional permanente por la vía de la actividad posgraduada.



Primera etapa (1984-1989): Organización de la formación del residente de Medicina General Integral

El perfeccionamiento del enfoque social de la medicina cubana se ha favorecido con la instauración de la especialidad de Medicina General Integral en el país. Las transformaciones en el Sistema Nacional de Salud, en correspondencia con la situación económica, social y comunitaria, así como las necesidades internacionales, resultan determinantes en la formación de estos profesionales. La creación de la especialidad en 1985 representó un cambio de paradigma respecto a los modelos de formación médica precedentes, al colocar la prevención y la comunidad en el centro de la práctica profesional.

Martí-Martínez et al.⁽⁸⁾ afirman que la creación del Ministerio de Educación Superior en 1976 propició el funcionamiento del sistema de superación profesional como un proceso de formación continua. Sin embargo, tal suceso no repercutió en el nivel primario de salud, pues el modelo de posgrado utilizado fue el ofertista, cuyo contenido se generaba en las universidades y no en el contexto de su aplicación. De este modo, se instauró una brecha entre la producción del conocimiento y las necesidades reales de la Atención Primaria de Salud, brecha que acompañaría al proceso formativo durante toda esta etapa.

En 1984, bajo la idea del Consejo de Estado y de Ministros, Fidel Castro Ruz creó el Programa del Médico y la Enfermera de la Familia, que dio origen en 1985 a la especialidad de Medicina General Integral, desde una concepción integral de la formación de pregrado y posgrado, con un perfil de salida dirigido al funcionamiento de este nivel de atención.⁽¹¹⁾ Esta especialidad, sin antecedentes en el país, conllevó al perfeccionamiento del enfoque social de la medicina, premisa básica del Sistema Nacional de Salud desde su creación, y determinó el rasgo identitario de su concepción y funcionamiento.

El rasgo identitario de la especialidad lo constituye la tríada educación-promoción-prevención en salud. Candelaria Brito et al.⁽¹¹⁾ sitúan el origen de la medicina familiar en necesidades sociales y no en avances tecnológicos; Martí-Martínez et al.,⁽⁸⁾ en cambio, enfatizan que el modelo de posgrado ofertista limitó la pertinencia de la superación en el nivel primario. Ambas lecturas, antes que excluirse, revelan dos caras de un mismo problema: una especialidad



concebida desde lo social, pero implementada con herramientas pedagógicas que no favorecían la transformación del contexto comunitario. Esta tensión entre lo declarado y lo ejecutado marcaría la evolución posterior del proceso formativo.

La Medicina General Integral se asumió como concepto asociado a la idea del médico de la familia. Este presupuesto determinó el acercamiento entre el profesional de la salud y la población del área de salud en su vínculo directo con la comunidad y los sucesos generadores de salud o enfermedad. El primer programa de estudio contaba con tres años de duración: el primero se dedicaba a la familiarización, al considerar que durante la etapa de estudiante solo se realizaban algunas rotaciones por escasos servicios en los policlínicos; los dos restantes se dedicaban al aprendizaje de las especialidades básicas.⁽¹¹⁾

El objetivo era convertir al Médico General Integral en un especialista con conocimientos generales de Pediatría, Ginecología y Medicina Interna que permitieran un modo de actuación preventivo. No obstante, en la dinámica cotidiana de la comunidad se produjeron situaciones que derivaron en estados insatisfactorios de salud en la población. La intención preventiva no alcanzaba el resultado esperado, pues los contenidos de estas especialidades no se contextualizaban hacia el escenario comunitario ni se integraban entre sí, lo cual limitaba la capacidad del residente para abordar los problemas de salud en su complejidad.

Guerra-López y Rojas-Angel-Bello⁽¹⁴⁾ concuerdan en que el plan temático solo incluía la denominación del tema, la forma de organización de la enseñanza y un listado de procederes. Predominaban los seminarios y conferencias y, aunque se insistía en la atención al individuo, esta carecía de integralidad. No se sistematizaba el manejo de los factores de riesgos ni de los grupos vulnerables y no se resaltaba el valor de lo educativo-preventivo ante las enfermedades transmisibles, lo cual constituyó una limitación estructural del diseño curricular inicial, que arrastraría consecuencias en las décadas siguientes.

Crespo Machin, Hidalgo Mederos, Valcárcel Izquierdo y Panol Quintana⁽¹⁵⁾ ofrecen una lectura complementaria al señalar que los planes de estudio de 1985 y 2018 demostraron que quedaron atrás los esquemas clásicos de diseño curricular, pues el proceso formativo se centró en la atención de la salud y la enfermedad. Desde esta perspectiva, el plan de 1985 representó



un avance al basarse en la promoción de salud y la prevención de enfermedades, con énfasis en la atención ambulatoria y la dispensarización. Sin embargo, la distancia entre el diseño declarado y la práctica formativa persistió, pues la superación profesional no logró traducir esos principios en acciones concretas que impactaran en la prevención de enfermedades infecciosas de curso crónico.

Las disposiciones del Sistema Nacional de Salud conducían a la obligatoriedad del cumplimiento de programas establecidos desde lo institucional central, en detrimento de la observación de las consecuencias de las prácticas culturales de la comunidad. Las Hepatitis Virales Crónicas en grupos vulnerables incluían a reclusos o a personas que regresaban al país procedentes de zonas endémicas, los cuales se convertían en focos de transmisión sin que ocurriera un proceso efectivo de prevención en la familia y en el área de salud. Esta situación evidenciaba la desconexión entre las políticas centralizadas y las realidades locales.

Abundaron los propósitos declarativos, pero no se gestionaron acciones efectivas para contener el problema. El Anuario Estadístico de Salud⁽⁷⁾ ofrece elementos probatorios del creciente número de casos de Hepatitis Virales Crónicas en el país y en las provincias durante las primeras décadas de los años 2000. Este dato, contrastado con la ausencia de contenidos específicos sobre estas enfermedades en el programa de 1985, revela una desarticulación entre el perfil epidemiológico y la formación del residente, desarticulación que las etapas posteriores intentarían resolver con resultados diversos.

El modelo del especialista de ese momento es asumido por Santos-Muñoz et al.⁽⁹⁾ como dimensional, dirigido a los ámbitos social, ocupacional y profesional. En lo social se establecieron los componentes de la personalidad que debía desarrollar y consolidar el especialista; en lo ocupacional se reflejaba su lugar en el universo de trabajo del Sistema Nacional de Salud; y en lo profesional se definían las funciones, los conocimientos, las habilidades y los valores que determinaban la competencia. Con ello se enunciaba la esencia de la promoción de salud, como entramado complejo de decisiones, acciones y saberes.

Para el cumplimiento de las dimensiones se plantearon tres perfiles: la formación comunista, la calificación ocupacional y la formación profesional. Una debilidad de este programa



formativo fue no establecer los procedimientos que sirven para desarrollar estas cualidades en los especialistas, así como no integrar lo individual, lo familiar y lo social en el análisis de los problemas de salud. De este modo, la formación carecía de herramientas metodológicas para abordar la complejidad del proceso salud-enfermedad en la comunidad, y dejaba al residente sin los recursos necesarios para una práctica preventiva efectiva.

Respecto a las vías de superación, en sus inicios los cursos tenían como propósito una formación especializada emergente, dirigida a resolver las demandas impuestas por enfermedades de carácter endémico, causadas por décadas de abandono gubernamental en materia de políticas de salud. La superación profesional se centró más en la cultura curativa que en la preventiva. Se privilegió el papel del profesor y se minimizó el rol activo del residente en el proceso formativo, lo cual reforzó una dinámica pasiva de aprendizaje que no preparaba para la identificación ni el manejo de los factores de riesgo comunitarios.

Santos-Muñoz et al.⁽⁹⁾ apuntan que los cursos de posgrado se desarrollaban bajo la dirección técnico-metodológica de la Escuela Nacional del Ministerio de Salud Pública y sus enfoques no diferían de los del pregrado. El enciclopedismo, el empleo de métodos de aprendizaje rígidos, la carencia de recursos infotecnológicos y el diseño de cursos con una fuerte carga academicista trajeron como consecuencia la formación de un profesional con limitaciones culturales para desempeñarse en la comunidad, pues prevaleció el pensamiento secundarista en la atención, lo cual dificultaba la comprensión de los determinantes sociales de la salud.

El proceso formativo de posgrado careció de un vínculo sólido entre los planes de superación y las necesidades formativas. Aunque en otros sectores ya se implementaban políticas de evaluación del desempeño profesional, en el de la salud prevaleció la dispersión y la pobre consideración de las demandas de la práctica. La superación profesional de los residentes de Medicina General Integral tenía una orientación cognitivo-academicista, centrada en la preparación de un profesional capacitado para ejecutar la atención en salud en diferentes contextos de actuación,⁽⁹⁾ pero no para transformar esos contextos desde una perspectiva preventiva.



En síntesis, esta etapa revela una contradicción fundacional. Desde las concepciones teóricas, se declaraba un enfoque preventivo sustentado en la tríada educación-promoción-prevención; sin embargo, los saberes del residente sobre prevención de Hepatitis Virales Crónicas eran prácticamente inexistentes en el currículo, y las vías de superación respondían a un modelo ofertista y academicista que no preparaba para identificar ni manejar los factores de riesgo comunitarios. Esta brecha entre lo declarativo y lo formativo sentó las bases de las insuficiencias que las etapas posteriores intentarían resolver, aunque con limitaciones que aún persisten.

Segunda etapa (1990-2010): Fortalecimiento de la formación del residente de Medicina General Integral, que implicó la concreción de acciones de superación

En la década de los 90, Cuba enfrentó los efectos del derrumbe del campo socialista, lo que provocó consecuencias en la economía y en todas las esferas de la sociedad. La salud pública no escapó de tales acontecimientos. Bravo-Hernández, Elias-Armas y Elias-Sierra⁽¹⁶⁾ refieren que durante esta etapa no se promovieron encuentros entre los médicos y enfermeras de la familia que contribuyeran a solucionar los problemas derivados de la puesta en marcha del programa que en la década anterior destacó como novedad del proceso formativo. La crisis económica impuso restricciones que limitaron las posibilidades de perfeccionar el sistema de superación.

Se generalizó y consolidó el estilo de evaluar el trabajo desde el cumplimiento de metas que, muchas veces, nada dicen de la calidad o de su repercusión en el nivel de salud de la población. Surge la enfermera encuestadora para la detección de las Infecciones de Transmisión Sexual a nivel de policlínico, figura que, lejos de resolver la situación, aún hoy debe asumir el control y la descripción de la situación de salud. Esta responsabilidad no determina los resultados en la contención de la proliferación de estas entidades nosológicas en la comunidad, evento en el que la labor preventiva del Médico General Integral no se inmiscuye con efectividad.

Rojas Peláez et al.⁽⁵⁾ y González Lastre M, Rodríguez Herrera y Martín Alonso⁽¹⁷⁾ describen las funciones de la enfermera encuestadora y el predominio de los grupos de riesgo, pero no llegan a un análisis explicativo causal que determine las limitaciones de este accionar en el policlínico



y la comunidad. La presencia de las Hepatitis Virales Crónicas se circunscribe a hallazgos que en múltiples casos no determinan la presencia real de la enfermedad, y no siempre las formas de transmisión se identifican de manera adecuada. Esto compite con las insuficiencias del Médico General Integral en el dominio de los saberes inherentes al diagnóstico y a las buenas prácticas ante un caso de sospecha.

González Betancourt y García Baró⁽¹⁸⁾ destacan que en 1990 se realizó la segunda revisión del programa de formación, que se reorganizó de dos a tres años y adoptó el sistema modular, con objetivos, conocimientos y habilidades. Se declararon los principios científicos pedagógicos, la atención tutelar del profesor, la profundización de los conocimientos y la inclusión de la solución de problemas clínicos con la aplicación del método científico en sus aspectos clínico, epidemiológico y de diagnóstico de salud. Se enfatizó en la utilización de los métodos productivos de enseñanza aprendizaje, el estudio individual y la educación en el trabajo.

En este rediseño, lo concerniente a las hepatitis virales se redujo a la presentación aguda de la enfermedad y se mantuvo la carencia del tratamiento de las crónicas. La segunda versión del programa tenía un enfoque integral y multidisciplinario, con lo cual se eliminan los cursos especiales complementarios. Linares Sosa, Borges Oquendo, Hernández Sosa, Domínguez González⁽¹⁹⁾ esbozan que se modificó el modelo del egresado y se determinaron dos perfiles: el político-ideológico, relacionado con la concepción científica del mundo y el sistema de actitudes y valores, y el profesional, en el que se introdujo la relación de obligaciones funcionales. Se eliminó el perfil ocupacional.

En el periodo se presentaron problemas en el orden operativo, magnificados por el contexto económico, pero fue una etapa de ruptura, pues al intentar desconocerlos, estos persistieron y se incrementaron, al igual que la insatisfacción de los médicos de familia. No obstante, destaca que no se paralizó la formación de la especialización. La tensión entre la voluntad de perfeccionar el programa y las condiciones materiales para hacerlo marcó el desarrollo de esta etapa y reveló la complejidad de implementar cambios curriculares en contextos de restricción económica.



González Lastre et al.⁽¹⁷⁾ y González Betancourt y García Baró⁽¹⁸⁾ reseñan que en 1994 inició un perfeccionamiento en el sistema de salud. En junio se realizó el Primer Congreso Nacional de Medicina Familiar y surgió la Sociedad Cubana de Medicina Familiar. En 1995 se efectuó el Primer Encuentro Nacional de debate sobre Medicina Familiar, del cual se originó un banco de problemas con sus respectivas propuestas de soluciones. Se optimizaron instrumentos para el nivel primario y se corrigió la carpeta metodológica que contenía sus principales procesos.

La tercera versión del programa (1999-2000) mantuvo la formación en tres años y el sistema modular, eliminó el sistema de habilidades, reorganizó el contenido e integró los módulos. Se incluyeron las acciones de promoción, prevención y rehabilitación específicas de cada enfermedad, así como los módulos de Metodología de la investigación, Urgencias médicas y Medicina natural y tradicional. La cuarta versión (2004) redujo el tiempo de formación a dos años y prescindió del año de familiarización, con lo cual iniciaba con un médico general básico, con seis años de formación de pregrado y un perfil profesional orientado hacia la Atención Primaria de Salud.

Ramos Hernández, Vega Veranes, Casas Gross, Miranda Vázquez y Alonso Ayala⁽²⁰⁾ expresan que entre 2002 y 2009 se puso en marcha el proyecto Revolución, concebido por el Ministerio de Salud Pública, lo cual constituyó un avance en cuanto a la accesibilidad y calidad de los servicios médicos. Este proyecto no solo incluyó la reparación de instituciones o la modernización de los servicios, sino que contempló la capacitación del personal. Se mejoró la accesibilidad con la apertura de servicios en los policlínicos, hasta entonces disponibles solo en hospitales: ecografía, áreas de rehabilitación integral, servicios de endoscopia, optometría, estomatología, medicina tradicional y natural, y bibliotecas informatizadas.

En la planificación y ejecución de cursos de superación prevalecía la orientación preventiva de enfermedades, pero no se estimulaba el tratamiento de contenidos sociológicos para el logro de la calidad de vida de diferentes grupos comunitarios. Lo académico superaba lo pragmático; se defendía la importancia del saber colectivo, pero las vías seguían detenidas en lo estipulado por el manual académico. Las nuevas tecnologías de la información y las comunicaciones se introdujeron en el posgrado, así como cursos de especialización, maestrías



y doctorados, pero estas modalidades no favorecían la consideración de las necesidades específicas de los residentes.

Plain Pazos, Carmona Pentón, Núñez Escobar, Pérez de Alejo Plain, Roque Pérez⁽²¹⁾ encuentran coincidencias en que en 2004 se instauró el proceso de universalización de la educación médica superior, con marcado énfasis en la función asistencial en las comunidades. Sin embargo, los cursos y diplomados adolecían de una perspectiva integral que desarrollara la integración del accionar médico-enfermera con los agentes comunitarios para mejorar la calidad de vida de los diferentes grupos poblacionales y, en particular, de aquellos con riesgos de enfermar por la infección de virus hepatotropos de curso crónico.

En síntesis, la segunda etapa evidencia un fortalecimiento de las concepciones teóricas, que transitan hacia un enfoque preventivo más explícito y hacia la incorporación de métodos productivos de enseñanza. No obstante, los saberes del residente sobre Hepatitis Virales Crónicas permanecieron reducidos a la presentación aguda de la enfermedad, sin un abordaje sistemático de la cronicidad. Las vías de superación se diversificaron con la introducción de tecnologías y diplomados, pero mantuvieron un sesgo academicista y no lograron articularse con las demandas concretas de la prevención comunitaria.

Tercera etapa (2011 hasta la actualidad): Inclusión del policlínico universitario como escenario en la formación del residente de Medicina General Integral

En 2010 se produjo una transformación en el Sistema Nacional de Salud, consistente en reorganizar, compactar y regionalizar los servicios para un uso más eficiente de los recursos y garantizar su sostenibilidad. Se confirmó que la formación de especialistas en Medicina General Integral seguiría siendo la base del sistema.^(4,21) En 2011 se editó un nuevo Programa del Médico y la Enfermera de la Familia, que desarrolló el concepto de policlínico universitario, con formación de pregrado y posgrado en instituciones acreditadas como docentes.

En esta etapa se derogó la Resolución No.132/2004, que regulaba el proceso formativo de posgrado, y se implementó el Reglamento de la Educación de Posgrado mediante la Resolución No.140/2019 del Ministerio de Educación Superior. Este reglamento contiene el Manual para la Gestión del Posgrado,⁽²²⁾ que orienta a directivos, profesores, tutores y



estudiantes sobre los procedimientos inherentes a los diferentes escenarios profesionales de actuación. Con ello se buscó dotar de mayor organicidad al sistema de superación profesional y alinear la formación con las demandas del sistema sanitario.

En los programas de Medicina General Integral se daban los primeros pasos para el tratamiento de la prevención, tanto de enfermedades crónicas como infectocontagiosas. Sin embargo, aún no se concebía un enfoque integrador de la enseñanza de tales contenidos para alcanzar un sistema de influencias educativas desde lo formativo en pos de la prevención y de la calidad de vida de los grupos pesquisa de las Hepatitis Virales Crónicas. Los residentes no lograban sistematizar conocimientos ni habilidades profesionales para este fin específico, lo cual limitaba su capacidad para generar valores y una nueva actitud ante el saber.

Acosta-Bolaños, Bolaños-Ruiz y Almeida-Campos⁽²³⁾ destacan que el policlínico universitario constituye el proceso más revolucionario de los últimos años y, de acuerdo con el principio de la educación en el trabajo, caracteriza la escuela de medicina cubana. Los estudiantes comienzan en el policlínico y el consultorio desde el primer día; la adquisición de conocimientos y habilidades se produce en el espacio donde se prestan los servicios. Desde el policlínico se completa la formación por el resto de los niveles y unidades del sistema, lo cual refuerza el vínculo entre la teoría y la práctica.

La modificación más reciente data de junio de 2024. La Resolución 10, de 29 de enero de ese año, dispuso la aprobación del plan de estudios y programa de la nueva especialidad, que en lo adelante se denomina Medicina Familiar. En su segundo por cuanto expresa que, tras evaluar el resultado de expertos académicos en la revisión comparativa del programa de estudio con programas de universidades de otros países, se consideró oportuno atemperar la denominación legal con el desempeño profesional, que es la atención médica integral de las personas, desde la familia y la comunidad.⁽²⁴⁾

Cada una de las versiones del programa de formación del Médico General Integral ha tenido elementos significativos que las caracterizan. La última versión, de 2018, contiene las obligaciones funcionales e incluye las de atención médica integral, docente, educativa, investigativa, administrativa y las especiales inherentes a la actuación en situaciones



excepcionales, como los desastres. El perfil político-ideológico reorganiza el contenido de los módulos de nutrición y del adulto mayor, instituye cursos de Electrocardiografía y Genética Médica, especifica los conocimientos y define 61 habilidades.

El modelo formativo del especialista se nutre de la preparación recibida en la formación inicial y de la formación posgraduada mediante la enseñanza modular y cursos con temas específicos. Según Linares Sosa et al.⁽¹⁹⁾ y Acosta-Bolaños et al.,⁽²³⁾ en el proceso formativo del posgrado se fusiona el modelo formativo con el sanitario, con las premisas de promoción, prevención, curación y rehabilitación, y la educación en el trabajo como principio rector de la educación médica cubana. Esta fusión favorece la adquisición de habilidades y competencias en el propio escenario de actuación profesional.

Entre los apremios sociales se constata el incremento de las tasas de hepatitis de curso crónico a nivel nacional. Como respuesta, se estableció el Programa Nacional de Prevención y Tratamiento de las Hepatitis Virales Crónicas,⁽²⁵⁾ vigente hasta hoy, que tiene como principal responsable al Médico General Integral para su ejecución en la atención primaria. El análisis diacrónico permite comprender que la fusión de este programa con el de Infecciones de Transmisión Sexual, si bien respondió a una lógica administrativa, generó un retroceso en la visibilidad epidemiológica de las hepatitis crónicas y, con ello, una desjerarquización de estos contenidos en la superación del residente.

El Programa no explicita los pasos metodológicos para realizar el proceso preventivo, lo cual obliga al profesional a adquirir otros saberes en función de dominar el contenido de la entrevista clínica diagnóstica inicial que le permita evaluar síntomas y signos de hepatopatía crónica, así como los factores protectores con que cuenta cada paciente para asegurar la supervivencia ante riesgos de enfermar. Resulta imprescindible que el Médico General Integral aprenda a contrastar la sintomatología y la información reportada por el paciente o sus familiares con las herramientas de apoyo al diagnóstico, como la identificación del riesgo real o potencial para contraer la enfermedad.

La Organización Mundial de la Salud⁽²⁶⁾ insiste en que la atención primaria debe constituir el eje de las estrategias de prevención y tratamiento de las hepatitis virales crónicas, y



recomienda la integración de estos contenidos en los programas de formación de los profesionales sanitarios del primer nivel. El contraste con la realidad cubana revela una paradoja: aunque el sistema de salud declara la atención primaria como su pilar, el Programa Nacional de Hepatitis Virales Crónicas no ha logrado permear de manera sistemática la superación del residente, quien debería ser su principal ejecutor en la comunidad.

La tercera etapa muestra avances en las concepciones teórico-metodológicas, con la incorporación del policlínico universitario, la educación en el trabajo como principio rector y formas participativas como el taller. Sin embargo, los saberes del residente sobre Hepatitis Virales Crónicas se incorporan de manera asistemática y dispersa, sin alcanzar el estatus de prioridad formativa. Las vías de superación, aunque más diversas, aún no se articulan con las demandas específicas de la prevención comunitaria de estas infecciones, lo cual revela una tendencia a la subordinación de estos contenidos a otras urgencias programáticas.

En síntesis, el análisis histórico-tendencial realizado revela tres movimientos que caracterizan la superación profesional del residente de Medicina General Integral para la prevención de las Hepatitis Virales Crónicas. Tres tendencias que, vistas en su conjunto, dibujan el mapa de un desafío aún pendiente: formar al médico familiar que la comunidad necesita y el sistema de salud reclama.

En primer lugar, las concepciones teórico-metodológicas transitaban de un modelo ofertista y academicista, centrado en la cultura curativa, hacia formas más participativas que enfatizan la educación en el trabajo y el policlínico universitario como escenario formativo. Este hallazgo coincide con lo documentado por Mirabal-Martínez et al.⁽⁴⁾ y Acosta-Bolaños et al.,⁽²³⁾ quienes reconocen el valor del principio de educación en el trabajo como eje de la formación médica cubana. Sin embargo, persiste una desarticulación entre los niveles primario y secundario de atención, lo cual limita la concreción de un enfoque preventivo integral. La comunicación entre ambos niveles, necesaria para el seguimiento de pacientes con enfermedades crónicas, no encuentra correlato en los programas de superación analizados.

En segundo lugar, los saberes del residente sobre la prevención de las Hepatitis Virales Crónicas pasaron de una ausencia casi total en el currículo inicial a una incorporación



asistemática y dispersa en los programas posteriores. Este comportamiento coincide con lo señalado por Rojas Peláez et al.,⁽⁵⁾ quienes advierten que estas enfermedades no han alcanzado el estatus de prioridad formativa, en contraste con otras patologías que cuentan con programas nacionales de observación permanente. La comparación con las directrices de la Organización Mundial de la Salud⁽²⁶⁾ acentúa esta carencia, pues el organismo internacional recomienda que la atención primaria sea el eje de las estrategias formativas para el manejo de las hepatitis virales, lo cual implica dotar al personal de este nivel de los conocimientos y las herramientas necesarias para la prevención, el diagnóstico precoz y el seguimiento de los casos.

En tercer lugar, las vías de superación profesional evolucionaron de cursos esporádicos de orientación cognitivo-academicista hacia modalidades más diversas como el diplomado, la maestría y el taller. No obstante, la fusión del Programa de Hepatitis Virales Crónicas con el de Infecciones de Transmisión Sexual —documentada en el Programa Nacional vigente⁽²⁵⁾— diluyó la especificidad de estos contenidos y redujo su visibilidad en las acciones de superación. Se redujo así, en lo teórico, en lo metodológico y en especial en la percepción de la enfermedad en profesionales y pacientes, la aparición de las hepatitis crónicas en su relación con las infecciones de transmisión sexual, cuando se sabe que, si bien ello es causa, no es la única razón para el contagio.

Esta situación contrasta con experiencias latinoamericanas documentadas por Díaz-Véliz y Sanabria-Rodríguez,⁽²⁷⁾ quienes reportan modelos de formación continua basados en el análisis de necesidades de aprendizaje identificadas en la propia comunidad, con participación activa de los residentes en la detección de problemas prioritarios. La experiencia cubana, aunque comparte el enfoque comunitario como principio, aún no ha logrado trasladar ese potencial al diseño de acciones de superación específicas para la prevención de las Hepatitis Virales Crónicas.

La convergencia de estos hallazgos con la literatura consultada permite afirmar que las limitaciones identificadas no responden a coyunturas aisladas, sino que expresan una tendencia histórica: la subordinación de los contenidos de prevención de las Hepatitis Virales



Crónicas a otras urgencias programáticas, sin que el diseño curricular del residente haya logrado revertir esta inercia. Reconocer esta tendencia constituye un paso indispensable para fundamentar cualquier propuesta de intervención en el ámbito de la superación profesional, pues solo comprendiendo la trayectoria de estas carencias se podrá diseñar una estrategia que las enfrente de manera integral.

La evolución del proceso formativo revela que la medicina familiar cubana ha estado atravesada por una tensión irresuelta entre el enfoque social declarado y las herramientas pedagógicas empleadas. La tríada educación-promoción-prevención, rasgo identitario de la especialidad, no siempre encontró correspondencia en los programas de superación, los cuales privilegiaron una orientación curativa y academicista que relegó la prevención a un plano secundario.

La fusión del programa de hepatitis con el de infecciones de transmisión sexual, aunque respondió a una lógica administrativa, produjo un efecto no deseado: diluyó la especificidad de un problema de salud que, por su curso crónico e impacto comunitario, requiere un abordaje diferenciado. Este hallazgo interpela tanto a diseñadores curriculares como a responsables de la superación en el primer nivel de atención.

Las humanidades médicas ofrecen un marco propicio para abordar esta problemática, pues permiten entender que la prevención no se agota en conocimientos técnicos, sino que involucra la capacidad del residente para establecer vínculos con la comunidad y construir, desde el diálogo, estrategias de cuidado que trasciendan lo prescriptivo. La formación de un profesional comprometido con su entorno exige integrar lo científico con lo humano.

CONCLUSIONES

El análisis histórico-tendencial ha permitido cumplir el objetivo de exponer las tendencias de la superación profesional del residente de Medicina General Integral para la prevención de las Hepatitis Virales Crónicas. El enfoque documental posibilitó caracterizar la evolución del



proceso formativo, identificando sus principales hitos, tensiones y transformaciones en el período estudiado.

Los hallazgos revelan un tránsito de concepciones ofertistas hacia formas participativas, aunque persiste una incorporación asistemática de saberes y una desarticulación de las vías de superación respecto a las demandas comunitarias. Estas limitaciones teóricas, metodológicas y prácticas restringen la efectividad del primer nivel de atención ante las Hepatitis Virales Crónicas.

Se recomienda diseñar una estrategia de superación profesional que integre la prevención de las Hepatitis Virales Crónicas como contenido transversal en la formación del residente. Esta debe articular lo teórico, metodológico y práctico en función de las demandas reales de la comunidad, honrando los principios que dieron origen a la medicina familiar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sandrino-Sánchez M, Hernández-Rodríguez IM, Pérez-Martín MM, Ordoñez-Álvarez LY, Valdés-Rocubert LE, Hernández-Bravo BC. Estrategia de superación profesional sobre fibrilación auricular contextualizada en la Atención Primaria de Salud. Rev Cien Med Pinar [Internet]. 2021 [citado 16/03/2026];25(5).
Disponible en: <https://www.revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/5157>
2. Delgado-Rifá E, Martínez-Rubio B. Fundamentos teóricos que sustentan la superación profesional del médico de familia en el manejo del adulto mayor con fractura de cadera. Rev Cien Med Pinar [Internet]. 2023 [citado 16/03/2026]; 27:5973.
Disponible en: <https://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/5973>
3. Solís-Cartas U. Coronavirus y enfermedades reumáticas, suposiciones, mitos y realidades. Rev Cub Reumatol [Internet]. 2020 [citado 16/03/2026];22(2).



Disponible en: <http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/791>

4. Mirabal-Martínez G, Paradela-Marrero Y, Nazco-Zorrilla A, Cuesta-Martínez DC, Rivero-Calzadilla YM, Vieyto-Vigoa Y. Curso de superación profesional en terapia transfusional para residentes en Medicina General Integral. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2024 [citado 11/01/2025];28(1).

Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942024000100022&lng=es

5. Rojas Peláez Y, Trujillo Pérez YL, Reyes Escobar AD, Bembibre Mozo D. Algunas consideraciones sobre las hepatitis virales crónicas como problema de salud. MEDISAN [Internet]. 2021 [citado 11/01/2025];25(4).

Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192021000400965&lng=es

6. Rojas-Peláez Y, San-José-Maceo Z, Hernández-Rodríguez M, Don-Quirós EA, Smith-López E, Trujillo-Pérez YL. El HeberNasvac®, una opción en el tratamiento de la hepatitis B crónica. AMC [Internet]. 2022 [citado 05/04/2024];37(1): e3594.

Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552022000100072&lng=es&tlng=pt

7. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2020 [Internet]. La Habana: Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud; 2021 [citado 10/10/2022].

Disponible en: <https://files.sld.cu/bvscuba/files/2021/08/Anuario-Estadistico-Espa%C3%B1ol-2020-Definitivo.pdf>

8. Martí-Martínez GA, Hidalgo-Mederos R, Figueredo-Mesa Y, Valcárcel-Izquierdo N, Martínez-Pérez R. Estrategia de superación en la atención a pacientes con Diabetes Mellitus tipo II. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2023 [citado 11/01/2025];27(4).



Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942023000500015&lng=es

9. Santos-Muñoz L, Ortega-Suárez JD, del-Puerto-Horta M, García-Milian AJ, Águila-Hernández T, Sánchez-Pérez DB. La farmacovigilancia en ancianos en la formación de posgrado del médico de la familia. Rev Med Electrón [Internet]. 2024 [citado 11/01/2025];46(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242024000100121&lng=es
10. López-Espinoza JA, Hernández-Meléndrez E. El análisis histórico-tendencial: método para estudios de procesos formativos en ciencias médicas. Educ Med Super [Internet]. 2022 [citado 16/03/2026];36(3): e3542. Disponible en: <https://ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/3542>
11. Candelaria Brito JC, Ferro González B, Gutiérrez Gutiérrez C, Alonso Ayala O. Caracterización del desempeño profesional del médico de familia en nefrogeriatria en Consolación del Sur. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2022 [citado 11/01/2025];38(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252022000200015&lng=es
12. Rodríguez Puga R, Dueñas Rodríguez Y, Pérez Díaz Y, McDonald Ruano RD. Diagnóstico de la superación profesional en el personal de enfermería del Hospital Pediátrico de Camagüey. REMS [Internet]. 2023 [citado 11/01/2025];37(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412023000100014&lng=es
13. Martínez Sariol E, Travieso Ramos N, Buquet Borges K, Vergara Vera I, Viacaba Palacios M, Martínez Ramírez I. Estrategia de superación para desarrollar competencias



en la atención de enfermería al neonato crítico. Educ Med Super [Internet]. 2020 [citado 11/01/2025];34(3).

Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412020000300003&lng=es

14. Guerra-López W, Rojas-Angel-Bello RT. La superación profesional de los tutores de alumnos ayudantes de la carrera de Estomatología. Rev Med Electrón [Internet]. 2024 [citado 11/01/2025];46.

Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242024000100052&lng=es

15. Crespo Machin A, Hidalgo Mederos R, Valcárcel Izquierdo N, Panol Quintana M. Mejoramiento del desempeño profesional del Equipo Multidisciplinario de Salud en Rehabilitación Respiratoria en cardiopatías congénitas. REMS [Internet]. 2024 [citado 11/01/2025];38.

Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412024000100029&lng=es

16. Bravo-Hernández N, Elias-Armas KS, Elias-Sierra R. La preparación del médico general para la atención al paciente con urgencias médicas. AMC [Internet]. 2021 [citado 11/01/2025];25(2).

Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552021000200007&lng=es

17. González Lastre M, Rodríguez Herrera E, Martín Alonso IE. A propósito del artículo "Necesidades sentidas de preparación profesoral para la gestión del proceso docente". EDUMECENTRO [Internet]. 2024 [citado 11/01/2025];16(4).

Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742024000100010&lng=es



18. González Betancourt E, García Baró Y. Mejoramiento del desempeño del especialista en Medicina General Integral en la atención médica integral al trabajador. Educ Med Super [Internet]. 2022 [citado 11/01/2025];36(1).
Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412022000100011&lng=es
19. Linares Sosa EY, Borges Oquendo LC, Hernández Sosa MA, Domínguez González W. Caracterización del desempeño en Histología Humana del especialista en formación de anatomía patológica. REMS [Internet]. 2024 [citado 11/01/2025];38.
Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412024000100009&lng=es
20. Ramos Hernández L, Vega Veranes F, Casas Gross SM, Miranda Vázquez A, Alonso Ayala O. La actualización sobre el uso racional de medicamentos en el proceso de superación del médico general integral en Cuba: aspectos históricos. MEDISAN [Internet]. 2021 [citado 10/07/2022];25(5). Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192021000501244&lng=es
21. Plain Pazos A, Carmona Pentón B, Núñez Escobar M, Pérez de Alejo Plain R, Roque Pérez L. Análisis del programa de Farmacología Clínica en el plan de estudio E para la carrera de Medicina. MEDISAN [Internet]. 2023 [citado 11/01/2025];27(4).
Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192023000400010&lng=es
22. Ministerio de Educación Superior. Manual para la Gestión del Posgrado. Instrucción No. 01/2020 [instrucción]. La Habana: MES; 2020.



23. Acosta-Bolaños L, Bolaños-Ruiz O, Almeida-Campos S. Motivación y satisfacción laboral de los residentes de Cirugía General. Rev Med Electrón [Internet]. 2024 [citado 11/01/2025];46(5). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242024000100027&lng=es
24. Ministerio de Salud Pública. Resolución 10/2024, de 29 de enero, por la que se aprueba el plan de estudios y programa de la especialidad de Medicina Familiar [resolución]. Gaceta Oficial Ordinaria [Internet]. 2024 [citado 11/01/2025]. Disponible en: <http://www.gacetaoficial.gob.cu>
25. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Prevención y Tratamiento de las Hepatitis Virales Crónicas. Información al 31 de diciembre de 2019 [Internet]. La Habana: MINSAP; 2020 [citado 10/10/2022]. Disponible en: <http://files.sld.cu/bvscuba/files/2020/05/Programa-Electr%C3%B3nicoEspa%C3%B1ol-2019-ed-2020.pdf>
26. World Health Organization. Guidelines for the prevention, care and treatment of persons with chronic hepatitis B infection [Internet]. Geneva: WHO; 2022 [cited 16/03/2026]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240051157>
27. Díaz-Véliz G, Sanabria-Rodríguez L. Estrategias de formación continua en atención primaria: experiencias en América Latina. Rev Panam Salud Pública [Internet]. 2023 [citado 16/03/2026];47: e45. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.45>

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no presentan conflictos de intereses respecto a este texto.

Contribución de los autores

Centro para el Desarrollo de las Ciencias Sociales y Humanísticas en Salud
Bajo licencia Creative Commons



Conceptualización: Trujillo Pérez, Cabrera Reyes, Colunga Santos, Soler Herrera.

Curación de datos: Trujillo Pérez, Cabrera Reyes, Colunga Santos, Soler Herrera.

Análisis formal: Trujillo Pérez, Cabrera Reyes, Colunga Santos, Soler Herrera.

Adquisición de fondos:

Investigación: Trujillo Pérez, Cabrera Reyes, Colunga Santos, Soler Herrera.

Metodología: Trujillo Pérez, Cabrera Reyes, Colunga Santos, Soler Herrera.

Administración del Proyecto: Trujillo Pérez.

Recursos: Trujillo Pérez.

Software: No aplica.

Supervisión: Trujillo Pérez, Cabrera Reyes, Colunga Santos, Soler Herrera.

Validación-verificación Trujillo Pérez, Cabrera Reyes, Colunga Santos, Soler Herrera.

Visualización: Trujillo Pérez, Cabrera Reyes, Colunga Santos, Soler Herrera.

Redacción: Trujillo Pérez, Cabrera Reyes, Colunga Santos, Soler Herrera.

Redacción-revisión-y edición: Trujillo Pérez, Cabrera Reyes, Colunga Santos, Soler Herrera.

