

Formación profesional del especialista en Medicina General Integral y su competencia para prevenir el suicidio.

Professional Training of the Specialist in Comprehensive General Medicine and its competence to prevent suicide.

Rita Irma González Sábado¹, Alberto Martínez Cárdenas², Rafael Claudio Izaguirre Remón³.

¹Lic en Psicología. MSc. Medicina Bioenergética y Natural. Profesora e Investigadora Auxiliar. FCMG Celia Sánchez Manduley. Granma. Cuba. Email: riar@infomed.sld.cu, <http://orcid.org/0000-0002-6336-1271>,

²Lic en Psicología. MSc. Longevidad Satisfactoria. Profesor Auxiliar e Investigador Agregado. Policlínico Dra. Francisca Rivero Arocha. Granma. Cuba, <http://orcid.org/0000-0002-1639-6148>,

³DrC Pedagógicas. Profesor e Investigador Titular de Historia. UDG. Campus Blas Roca Calderius. Granma. Cuba, <http://orcid.org/0000-0001-6295-3374>.

Correspondencia: riar@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: Una de las especialidades de posgrado que más ha impactado en el sistema nacional de salud es la Medicina General Integral (MGI) sustentada en el enfoque social de la medicina. Objetivo: determinar las tendencias históricas del proceso de formación profesional del especialista en MGI y su competencia educativo-preventiva del intento de suicidio en la Atención Primaria de Salud. Método: Se realizó una revisión bibliográfica a través de una amplia búsqueda del tema para lo cual se utilizaron textos propios de la especialidad de MGI y Pedagogía en fuentes de información tales como: libros, revistas, boletines, catálogos y bases de datos como pubmed y scopus. Desarrollo: A pesar del desarrollo alcanzado por la especialidad aún es insuficiente la preparación de ese capital humano como verdadero promotor de salud, porque no ha sido estructurado pensando en tales idoneidades y subyacen debilidades en su actuar preventivo donde la especialización de modos de actuación para prevenir el intento de suicidio como daño a la salud que se ubica en vínculo indisoluble con la práctica asistencial de este galeno. Conclusión: El tratamiento de los indicadores en las etapas permite revelar las principales tendencias históricas del proceso de formación profesional del especialista en MGI y su influencia en el desarrollo de la competencia educativo-preventiva del intento de suicidio.

Palabras clave: formación profesional, prevención, suicidio, atención primaria de salud.

ABSTRACT

Introduction: One of the postgraduate specialties that has had the greatest impact on the national health system is Comprehensive General Medicine (MGI) based on the social approach of medicine. Objective: to determine the historical trends of the professional training process of the specialist in MGI and their educational-preventive competence of the suicide attempt in Primary Health Care. Method: A bibliographic review was carried out through a wide search of the topic for which texts of the specialty of MGI and Pedagogy were used in information sources such as: books, magazines, newsletters, catalogs and databases such as pubmed and scopus. Development: Despite the development achieved by the specialty, the preparation of this human capital as a true health promoter is still insufficient, because it has not been structured thinking about such suitability and weaknesses underlie its preventive action where the specialization of modes of action to prevent the suicide attempt as damage to health is located in an indissoluble link with the medical practice of this doctor. Conclusion: The treatment of the indicators in the stages allows revealing the main historical trends of the professional training process of the specialist in FGM and its influence on the development of the educational-preventive competence of the suicide attempt.

Keywords: professional training, prevention, suicide, primary health care.

INTRODUCCIÓN

El estudio de la evolución histórica del proceso de formación profesional del especialista en MGI no puede abstraerse de los antecedentes en el mundo y en Cuba para la formación de este profesional, así cabe señalar que la formación de posgrado en medicina familiar, de familia o comunitaria comenzó a desarrollarse en los continentes europeo (Gran Bretaña) y americano (Canadá y Estados Unidos de Norteamérica) a finales de la década de los 60, por la imperiosidad de transformar la práctica médica existente hasta entonces en una prestación de servicios de salud menos fragmentada y más integral a la persona desde el punto de vista biopsicosocial, a la familia como unidad de atención y a la comunidad como escenario principal de las acciones sanitarias refiere Álvarez ⁽¹⁾.

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

No fue hasta 1978, en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, celebrada en Alma Ata (Declaración 1978)³, que se marcó el inicio de un nuevo paradigma para mejorar la salud colectiva, se estableció una concepción de salud más integral y amplió e instauró el concepto de atención primaria como una estructura, que al ser adoptada por los estados

miembros de la Organización Mundial de la Salud, constituyó desde entonces la principal estrategia de trabajo en la comunidad y Cuba asumió tales retos.

El análisis de las principales políticas y prácticas que desde el Ministerio de Salud y la Educación Superior inciden en el proceso de formación profesional en las ciencias médicas de acuerdo con el paradigma socio-médico vigente en Cuba se asume como criterio en la presente investigación, lo cual posibilita incidir en el proceso de desarrollo de la competencia educativo-preventiva en el control del intento de suicidio desde la superación profesional.

Como indicadores en este análisis se consideran necesarios:

- Modelo formativo del especialista en MGI (formación inicial y educación posgraduada) y su influencia en la formación de la prevención del intento de suicidio.
- Preparación educativa y orientativa del especialista en MGI para la prevención del intento de suicidio.
- Uso de las herramientas de trabajo de la dispensarización y el Análisis de la Situación de Salud para prevenir y controlar el intento de suicidio.

La investigación tiene como **objetivo** determinar las tendencias históricas del proceso de formación profesional del especialista en MGI y su competencia educativo-preventiva del intento de suicidio en la Atención Primaria de Salud.

MÉTODO

Se realizó una revisión bibliográfica a través de una amplia búsqueda del tema para lo cual se utilizaron textos propios de la especialidad de MGI y Pedagogía en fuentes de información tales como: libros, revistas, boletines, catálogos y bases de datos como pubmed y scopus.

DESARROLLO

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

- **I Etapa (1983-2003):** Establecimiento de las premisas para la formación del especialista en MGI y bases para la formación de la competencia educativo-preventiva hacia el intento de suicidio.

- **II Etapa (2004-2021):** Perfeccionamiento de la formación del especialista en MGI y consolidación de la formación de la competencia educativo-preventiva para el control del intento de suicidio en el especialista en MGI en el contexto de la APS.

En 1959 se inició una nueva etapa en la salud pública y en la educación médica universitaria, un aspecto importante fue en 1960 reconstruir el actual Ministerio de Salud Pública (MINSAP) para crear un sistema único, estatal y nacional de salud, que definiera las políticas de trabajo en cada nivel atencional. En 1962, se proclamó la Ley de Reforma de la Enseñanza Superior, que brindó a los futuros profesionales de la salud la orientación social con un enfoque humanista como requería el país⁽⁴⁾, de esta forma se rompe con el modelo flexeriano de formación biologicista y curativo para pasar a un modelo socio-médico⁽⁵⁾.

I Etapa (1983-2003)

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

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

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

Para definir el modelo de médico que debe egresar de la Educación Médica Superior (EMS), como graduado a desempeñarse en los servicios médicos de la Atención Primaria de Salud, la dirección de la Revolución designa al médico de familia, e incorpora la especialidad en MGI. Sobre esta base se define que el médico que egresa de la EMS es el médico general, con el calificativo de "básico" para diferenciarlo del médico general integral con nivel de especialista. Ambos tienen funciones similares y manejan los mismos problemas de salud, pero con diferente grado de profundidad Ilizástigui ⁽⁵⁾.

A criterio de los autores el modelo formativo del especialista en MGI se nutre de la preparación que recibe este galeno en su formación inicial a través de asignaturas claves que incorporan contenidos básicos para su desempeño en la APS así como de la formación posgraduada como

residente de la especialidad a través de la enseñanza modular y/o cursos, con temas específicos que favorecen la formación de la prevención de enfermedades y/o daños a la salud entre ellos el intento de suicidio.

En el proceso formativo del profesional tanto en el pregrado como en el posgrado se fusionó el modelo formativo con el modelo sanitario (promoción, prevención, curación y rehabilitación) y la educación en el trabajo; en tanto se reconoce que más que una forma de enseñanza, es el principio rector de la educación médica cubana⁽⁶⁾; que además de método también es una forma principal de enseñanza para aprender la medicina constituyéndose en el principio rector de la educación médica cubana⁽⁷⁾, favoreciendo la adquisición de habilidades y competencias.

La formación del médico en Cuba es un continuum desde pregrado hasta posgrado porque la formación del capital humano se corresponde con las necesidades del Sistema Nacional de Salud, con hincapié en el fortalecimiento de la medicina comunitaria, que tiene como principio básico el predominio del enfoque preventivo en la atención médica y en la participación activa de la población en la identificación y solución de sus propios problemas.

En el curriculum de formación de pregrado hay asignaturas que han favorecido esta formación, inicialmente con un débil tratamiento dada la poca experiencia en el diseño del curriculum que respondiera a los problemas de la atención primaria, en el Plan de estudio 1985-1986 iniciaron los sucesivos perfeccionamientos, aquí se impartía la asignatura Sociedad y Salud además se introduce MGI⁽⁸⁾. Aunque se abordaba de forma muy superficial las características del contexto de la APS con una visión general de la Medicina como ciencia sociobiológica, con una perspectiva aproximativa para perfeccionar el quehacer de la medicina preventiva, se introducen contenidos que abren el diapasón para la comprensión del contexto comunitario.

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

En el año 1985, se estableció el primer programa formativo de la especialidad que contemplaba una duración de los procesos formativos de tres años, desplazándose gradualmente el foco de la formación hacia la promoción de salud y la prevención de la enfermedad, y se pone el énfasis en la atención ambulatoria y en la dispensarización⁽⁹⁾.

En la década del 80 la atención al intento de suicidio en el nivel primario la hacía mayormente el psicólogo y el médico de familia fue integrándose pero aún sin aplicar un enfoque preventivo, sin

identificar los principales factores de riesgo individual y/o familiar que favorecen la ocurrencia de este daño a la salud, influenciado en la débil existencia de una política ministerial en el seguimiento a estos casos porque no se reconocía como problema de salud y las investigaciones era muy escasas y poco socializadas; pero las estadísticas iban mostrando un crecimiento por décadas en 1970 (11,8) en 1980 (21,4) y 1990 (20,2) por 100000 habitantes, véase el informe de salud del MINSAP 1992 ⁽¹⁰⁾.

En el año 1990 se establece la segunda versión del programa de formación del especialista en Medicina General Integral, con un tiempo de duración de tres años, el diseño del programa adoptó el sistema modular. Como hilo conductor del programa se estableció el enfoque integral y multidisciplinario y el modelo del egresado tenía dos perfiles: político-ideológico y profesional ⁽¹¹⁾. A juicio de los autores otra de las modificaciones estuvo en la declaración de los principios científico - pedagógicos como reguladores del proceso docente - educativo donde los procesos formativos se sustentan en el principio de la actividad (aprender haciendo) y la comunicación (relación profesor-educando y educando-paciente-familia), las actividades formativas están ejecutadas en el propio escenario de trabajo (la comunidad) y se intenciona el enfoque integral a los problemas de salud.

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

No obstante, en el proceso formativo del estudiante de Medicina como afirma Pupo⁽¹²⁾ en las habilidades del médico a formar, se menciona la "Promoción y prevención" de forma general, más bien son herramientas para la prevención de enfermedades y no para incidir en los daños a la salud lo que limita alcanzar de forma eficiente las competencias del médico para transformar los estilos de vida y la salud de la población; en tal sentido se logra visibilizar debilidades formativas que repercuten en el graduado.

Una especial atención es la necesidad de garantizar la formación humanística de los profesionales de la salud, en correspondencia con los objetivos declarados en el perfil y con énfasis en la formación moral ⁽¹³⁾, los programas curriculares favorecen este objetivo. Un aspecto garante para una relación médico-paciente debe privilegiar el humanismo, la solidaridad, la tolerancia, la confidencialidad que favorezca el intercambio con pacientes y familias en las distintas formas de

educación en el trabajo para lograr una prevención de enfermedades y/o daños más efectiva, especialmente si se trata de intervenir en aspectos tan sensibles como el intento de suicidio.

En el 1999-2000 se edita la tercera versión del programa de la especialidad de MGI, que mantiene la formación en tres años, así como el sistema modular con los objetivos correspondientes⁽¹⁴⁾, las acciones de promoción, prevención y rehabilitación se incluyen de forma específica en cada enfermedad, pero no hacen referencia específica a los daños a la salud donde se incluye el intento de suicidio.

Queda evidenciado que la formación inicial y la formación posgraduada del MGI tuvo en esta etapa un perfeccionamiento gradual apegado a las políticas del Sistema de Salud y a las exigencias de actividades en el entorno educativo comunitario, con énfasis en un aprendizaje basado en la solución de los principales problemas del área de salud por este profesional, su posicionamiento como ente transformador fue creciendo relacionado con las enfermedades y los daños a la salud; a partir de la formación de competencias diagnósticas, terapéuticas y comunicativas que fortalecieron su gestión⁽¹⁵⁾.

La preparación educativa y orientativa de la gestión de salud del MGI está sustentada en los programas nacionales y los documentos que desde el MINSAP han sido puesto en vigor para enriquecer sus conocimientos y guiar o conducir su labor con más calidad, lo cual permite al mismo tiempo que la estrategia del sistema de salud primario se vaya organizando progresivamente.

Se destacan entre muchos otros programas el Materno Infantil, el Programa de Trabajo del médico y enfermera de la familia y el de Prevención y Control de la Conducta Suicida, por interés de esta investigación centramos el análisis en los dos últimos programas.

El primer programa de trabajo para el Médico y la Enfermera de la Familia, el Policlínico y el Hospital integró en un solo sistema acciones que respondían a las ideas que guiaron en su implementación al nuevo modelo de atención⁽¹⁶⁾. En el mismo se listan las actividades de prevención que debe cumplir el Equipo Básico de Salud (EBS) para la atención de las enfermedades y los daños a la salud, específicamente dentro de las actividades de prevención en la 2.17 refiere identificar y modificar conductas y situaciones que puedan propiciar intentos de suicidio, quedando solo en la enunciación de forma general sin orientar como proceder a nivel del área de salud para lograrlo, es evidente que aún es débil este programa para educar en una auténtica interpretación y ejecución de las acciones (que no se detallan) encaminadas a la prevención del intento de suicidio.

Con posterioridad y atendiendo al incremento de las tasas de intento de suicidio a nivel nacional se estableció como política de salud la atención diferenciada de estos pacientes con el surgimiento del Programa nacional de prevención y control de la conducta suicida⁽¹⁷⁾, ejecutado en la atención primaria que tiene como principal responsable al MGI, el cual necesitaba ser preparado para un mejor desempeño a tenor con lo indicado en este programa.

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

Sin embargo se reconoce también que el programa nacional tiene carencias porque no está explicitado qué hacer en cada momento por el médico a través de un algoritmo lógico, integrando elementos del diagnóstico de salud mental con el uso de escalas, guías, test, que ayuden a identificar cuál es el riesgo real o potencial en un paciente de cometer un intento y cómo orientar a la familia, lo que limita el saber, el saber hacer y el actuar creativamente ante cada caso o paciente de riesgo por el MGI, además no contempla los factores protectores de cada sujeto en los que se puede apoyar el MGI para evitar el intento y sobre esta base se asume que se limitan las competencias específicas para este particular, estudios de Pérez ^(18,19, 20,21,22) enfocado en lograr una educación suicidológica en el médico de familia así como Guibert ⁽²³⁾ y González ^(24,25) respaldan este análisis.

Nótese que hay evidencias que alertan de la necesidad de continuar empoderando al MGI en las herramientas para un mejor uso de las acciones de promoción y prevención del suicidio, desde esta época comienza a vislumbrarse un crecimiento en las estadísticas sanitarias, por tal motivo el MINSAP establece en uno de sus documentos la Planificación Estratégica y Dirección por Objetivos, propósitos y directrices del Ministerio de Salud Pública (1995-2000)⁽²⁶⁾ evaluar la calidad de la gestión de salud a nivel primario, entre sus propósitos reducir a 18 por 100 000 habitantes la tasa de suicidio para el año 2000 en el país, y se trazó toda una estrategia para potenciar el uso del programa nacional de prevención y de estimular investigaciones que afloraran el comportamiento real del problema, sin embargo estos indicadores no fueron cumplidos por las insuficiencias en los modos de actuación del MGI.

Otro documento metodológico que regía la política de salud primaria en Cuba y orienta el trabajo preventivo estaba contenido en la Carpeta Metodológica de Atención Primaria de Salud y Medicina Familiar ⁽²⁷⁾, todos los capítulos se refieren a la atención médica integral, entre ellos el 14 y el 16 contienen la Dispensarización y el Análisis de la Situación de Salud. De igual forma es oportuno comentar que este documento surtió poco efecto en el trabajo del EBS porque su introducción y ejecución fue muy breve.

El desarrollo de actividades básicas como la dispensarización y el ASIS con participación comunitaria e intersectorial, representan desde el inicio singularidades del modelo de medicina familiar cubano, facilitan acciones de promoción de salud, prevención de enfermedades y otros

daños a la salud y de rehabilitación que garantizan el cumplimiento del objetivo principal del programa ⁽²⁷⁾.

A juicio de los autores estas herramientas claves bien utilizadas potencian el trabajo preventivo, la dispensarización permite evaluar e intervenir sobre la situación de salud de las personas y familias y el ASIS es el proceso mediante el cual se estudia la situación de salud de una comunidad para identificar sus principales problemas y definir estrategias de intervención para mejorar su estado de salud, la forma en que se han puesto en práctica ambas herramientas limita su verdadero carácter científico, en especial para la atención específica al intento de suicidio.

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

Como es sabido la dispensarización clasifica a los pacientes en: supuestamente sano (grupo I), con riesgo (grupo II), enfermo (grupo III) y con secuelas y/o discapacidad (grupo IV). En tal sentido en el grupo dispensarizacional II se refiere a riesgos como el tabaquismo, el sedentarismo, el consumo anormal de bebidas alcohólicas, el uso inadecuado de medicamentos o drogas de abuso, los riesgos sociales de adquirir enfermedades de transmisión sexual por conducta inadecuada, el riesgo preconcepcional, riesgo de accidentes y el intento de suicidio, este último declarado como problema de salud no controlado en algunos territorios de la nación como Granma.

La atención a la conducta suicida debe manejarla el médico de familia en el grupo II si se trata de individuos con riesgo para realizar un intento y al paciente que realizó un intento de suicidio para hacer un seguimiento oportuno y evitar la repetición del acto, pero aún en este momento persistía una débil orientación del trabajo preventivo para influir en los individuos y/o familias de riesgo.

Por su parte el Análisis de la Situación de Salud reconocida como la herramienta más importante del Equipo Básico de Salud para resolver los problemas médicos en el primer nivel de atención, fue llamado en sus inicios Diagnóstico de la situación de salud.

En un estudio realizado de conjunto OPS/OMS referido por Martínez⁽²⁸⁾ reconocieron la pertinencia y utilización de esta herramienta en los servicios a través del desempeño del médico de la familia pero con un margen de ser perfectibles algunos aspectos que no favorecían el verdadero enfoque salubrista y clínico epidemiológico que provocara un cambio en el estado de salud de las poblaciones a partir de potenciar la salud y corregir los riesgos; de lo cual se infiere que los factores de riesgo relacionados con el potencial suicida tampoco fueran adecuadamente modificados por el EBS con el uso de esta herramienta.

Por consiguiente, a partir de las debilidades que afloran se avizora la necesidad de replantear estrategias formativas para este particular.

- Se revelan las siguientes regularidades:
- La formación inicial y la formación de posgrado se dan en unidad siguiendo la propia lógica de la praxis profesional, favoreciendo la actualización de saberes a tenor con las exigencias de la medicina familiar y su enfoque preventivo hacia los problemas de salud entre ellos el intento de suicidio.
- Se subraya el papel educativo y orientativo de los programas nacionales y los documentos metodológicos rectores en el trabajo del especialista en MGI que incluían indicadores y propósitos que permitían comprender el limitado alcance de su gestión de salud y la necesidad de modificarla en pos de la prevención del intento de suicidio.
- Se resalta la utilidad de las herramientas claves de la Dispensarización y el ASIS en el trabajo del MGI con la necesidad de superar su aplicación meramente instrumental al aprovechamiento de sus potencialidades para la transformación de problemas de salud como el intento de suicidio.

II Etapa (2004- 2021):

Las bases de las versiones del programa de formación de los especialistas en MGI, se basan en las ideas expresadas por el compañero Fidel, al plantear: "...este especialista debe responder a las exigencias del desarrollo económico social actual y prospectivo de la sociedad, a las nuevas y siempre crecientes necesidades materiales y espirituales del pueblo" Castro Ruz ⁽²⁹⁾.

La cuarta versión del programa de formación, surge en el año 2004 como Plan de Estudios y Programa de Medicina General Integral en respuesta a necesidades establecidas por el sistema de salud y a las exigencias mundiales, se reduce el tiempo de formación a dos años, con los mismos principios de la estrategia docente refieren Díaz ⁽³⁰⁾, García ⁽³¹⁾; como aspecto esencial se **introduce el módulo de promoción de salud y prevención de enfermedades y/o daños a la salud** en tanto, por primera vez hay una formación intencionada que facilita la adquisición de saberes educativo-preventivo en el MGI lo que constituye un hito porque perfecciona el proceso de enseñanza-aprendizaje y favorece introducir en los modos de actuación del MGI acciones promocionales y preventivas a los daños a la salud entre ellos el intento de suicidio.

En el escenario cubano, la indagación identifica investigaciones en relación con la formación del especialista de Medicina General Integral de Alemañy⁽³²⁾ que concluyó que en la práctica, el modelo del especialista se corresponde con lo planteado teóricamente, con mejores resultados en el perfil político ideológico que en el perfil profesional e identificó que en el perfil profesional la mayor concordancia está en la función de atención médica integral pero se reconoce que hay deficiencias al nivel de las acciones de promoción y prevención de salud.

La Educación Médica Superior en Cuba está erigida sobre bases científicas, de modo que lo teórico y lo práctico coexisten en estrecho vínculo, lo que sustenta el constante perfeccionamiento

de los planes de estudios buscando egresar un médico cada vez mejor preparado y capaz de transformar su objeto con plena conciencia de los problemas a los que se enfrenta, en ese camino se realizaron transformaciones curriculares en el curso 2006-2007 como parte de un proceso de reingeniería, se perfecciona la asignatura MGI y se amplían los contenidos enfocados a la APS a partir de la MGI-II y MGI-III que favorece la consolidación de saberes educativo-preventivo.

En el curso 2010-2011 aparecen las asignaturas en primer año segundo semestre de Promoción de salud y en 2do año segundo semestre Prevención en salud y se designó como Disciplina principal integradora a la MGI que agrupa todas las asignaturas de la carrera que participan en la formación de los modos de actuación profesional facilitando la formación integral y humanista del futuro galeno según Miralles ⁽³³⁾.

Sin embargo en el programa de la asignatura Prevención en salud los contenidos se direccionan a la prevención de enfermedades, hay un amplio tratamiento a los niveles de prevención primordial, primario, secundario y terciario pero se relega el tratamiento a los daños a la salud, solo se dedica una actividad a los accidentes pero no se aborda el intento de suicidio, en tal sentido se considera que las carencias formativas no permiten garantizar el egreso de un galeno capaz de incidir y transformar el intento de suicidio que emerge como problema de salud, por tanto son insuficiencias del médico general básico al insertarse en la comunidad y debieran ser resueltas en su formación posgraduada.

Para responder a los problemas y necesidades en cada contexto histórico y social todas las versiones del programa de la especialidad en MGI en Cuba desarrollados hasta la fecha han experimentado transformaciones curriculares, direccionados a perfeccionar la gestión del médico, destinada a la promoción de salud y la prevención de enfermedades en lo fundamental, es por ello que en el curso 2018-2019 se inicia la 5ta versión del programa de especialización.

En esta versión el tiempo de duración de la especialidad es de tres años, la forma de organización docente principal sigue siendo la educación en el trabajo. El contenido del programa está planteado bajo el sistema de cursos con aprendizaje en la labor asistencial y no módulos, concretándose en siete áreas, objetivos generales y por años, se incluyen por primera vez las **competencias del MGI**⁽³⁴⁾.

A pesar de que el último programa de formación, menciona las competencias que se han de tener, éste no está diseñado con toda la estructura metodológica necesaria para evaluar las competencias; así algunos educadores cubanos han mencionado que el sistema de evaluación de residentes de Medicina General Integral no ofrece las orientaciones necesarias para establecer las relaciones entre los conocimientos, las habilidades y valores de cada competencia profesional que se va a desarrollar en esta formación ⁽³⁵⁾ y evaluarlas en la tarjeta de seguimiento mensual resulta complicado ⁽³⁶⁾.

Amén de las insuficiencias que aún persisten en el enfoque por competencia aplicado al proceso formativo del especialista en MGI, se avizora un paso de avance desde las estrategias curriculares

en este último programa de especialización posgraduada al declarar las competencias más generales que sustentan el desempeño del MGI y en particular los temas del programa enfocados a la prevención del intento de suicidio forman parte del Área I y Área IV.

Para la implementación de la 5ta versión del Programa de formación del MGI se requirió hacer un estudio en cada provincia de los principales problemas identificados que afectan el Programa del Médico y la Enfermera de la Familia y permitan su perfeccionamiento, la Dirección Provincial de Salud en Granma⁽³⁷⁾ detectó entre otros: deficiencias en la calidad del proceso de dispensarización, se priorizan las acciones de salud para las Arbovirosis y el Programa de Atención Materno Infantil en detrimento de las acciones para modificar otros problemas de salud, deficiente calidad del Análisis de la Situación Salud y no utilización como herramienta de trabajo, insuficientes acciones de promoción de salud y prevención de enfermedades y/o daños.

Se considera que resulta incuestionable el valor que tiene para el especialista en MGI la lógica formativa de los contenidos de promoción y prevención en pregrado y posgrado con distinto nivel de profundidad; como alude Bonal⁽³⁸⁾ favorece sus modos de actuación; aspecto con un alto valor sobre el sentido personalizado en la ejecución de tareas concretas relacionadas con el objeto de trabajo y en opinión de la autora permite direccionar la intervención contextualizada a problemas de salud como el intento de suicidio.

En el análisis sostenido hasta aquí se vislumbra como el SNS privilegia la atención a la comunidad y las necesidades de la población, para desarrollar con efectividad un trabajo dirigido a la disminución y control de los factores de riesgo más importantes que afectan la salud de la población y para lograrlo continúa perfeccionado los programas nacionales que existen y emergen nuevas proyecciones de trabajo.

En este orden de idea se retoma para el análisis el Programa nacional de prevención y control de la conducta suicida que se ha reactualizado en varias ocasiones buscando su mejor implementación; el cual se favorece con la integralidad en la atención multidisciplinaria para apoyar el trabajo del médico y enfermera de la familia a partir de fortalecer el ESM conformado por (psiquiatra, psicólogo, trabajador social, enfermera), piedra angular en la APS especializándose en las acciones pertinentes para promover estilos de vida saludable, preventiva, educativa y de rehabilitación⁽³⁹⁾.

En Cuba el Programa Nacional de Prevención y control de la conducta suicida, es reevaluado periódicamente, con el propósito de identificar aciertos y desaciertos, para hacerlo más útil y dinámico ratifica Aguilar⁽⁴⁰⁾. La implementación del mismo con un enfoque comunitario, ha tenido sus logros; sin embargo, todavía subsisten problemas relacionados con la actividad de seguimiento, pronóstico y evaluación como formas del control de su dinámica que involucran el papel del MGI enfocado a lograr la adecuada identificación de los individuos y grupos de riesgo para prevenir el intento de suicidio, así varios estudios Rodríguez⁽⁴¹⁾, Aguilar⁽⁴²⁾, Pérez⁽⁴³⁾ lo respaldan.

En las evidencias socializadas de algunos estudios Pérez ⁽⁴⁴⁾, Maroto ⁽⁴⁵⁾, Goñi ⁽⁴⁶⁾, apuntan a insuficiencias en el reconocimiento y manejo integral de este comportamiento autolesivo a nivel comunitario, para que pueda evitarse el primer intento y la consiguiente repetición con marcado predominio del suicidio para los hombres y el intento para las mujeres y en cuanto a la estratificación provincial de la mortalidad en adolescentes de 10 -19 años Granma resultó ser la tercera en la categoría de muy alto riesgo a decir del estudio de Corona ⁽⁴⁷⁾.

Sin embargo Aguilar ⁽⁴⁰⁾ asegura que la implementación de las acciones de educación comunitaria mejoraron la ejecución del Programa Nacional de Prevención y control a la conducta suicida con la integración de la participación comunitaria y la intersectorialidad; este investigador encontró una vía para alcanzar resultados ventajosos en la localidad donde realizó el estudio, demostrando que al MGI hay que acompañarlo y empoderarlo de opciones para su mejor desempeño.

Las conductas suicidas suelen ser predecibles y, obviamente, prevenibles, pero, para poderlas prevenir, el facultativo (MGI) que está en contacto con los pacientes debe conocer los factores de riesgo de dichas conductas y la forma de llegar al sujeto que demanda su atención, pero ha sido evidenciado que este profesional está reflejando necesidades de superación; como explica Pérez⁽⁴³⁾ una necesidad de formación surge cuando una función o tarea requerida no se realiza (o no se podría realizar), con la calidad necesaria, porque quienes deben efectuarla no disponen de ciertos saberes (conocimientos, habilidades o actitudes) requeridos para su ejecución en dicho nivel.

Por su parte en el Programa de trabajo del Médico y Enfermera de la Familia en el año 2011 como una versión renovada del anterior programa insistimos en que se ampliaron algunas acciones y orientaciones para las enfermedades y grupos priorizados pero se mantiene en el aspecto 2.27, detectar y realizar acciones para evitar intentos suicidas y suicidio sin pormenorizar cuáles ni como ejecutarlas a nivel comunitario por el EBS por ejemplo: se debía propiciar como proceder desde identificar los factores de riesgo individuales y familiares hasta evaluar las señales y el riesgo real y potencial de realizar un IS a través de aplicar convenientemente los instrumentos (guías, escalas, test) aportados por investigadores cubanos, para evitar fragmentar el conocimiento porque ni el programa de trabajo ni el programa nacional de prevención y control del suicidio garantizan unicidad en su abordaje.

Cabe mencionar como otro de los documentos orientativos de la actividad asistencial del MGI las Proyecciones de la Salud Pública en Cuba 2015⁽⁴⁸⁾ que señala como una prioridad, la estrategia de fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud (APS), con adecuación de los objetivos y funciones de la Medicina Familiar; denota que se continúa trabajando para lograr mejores indicadores de salud.

El documento anterior referencia los años de vida potencialmente perdidos por suicidio de 3 a 4 en el grupo de 1-74 años, el incremento de casos por intento por encima de 9 años que crece con la edad y establece en el Propósito 32: Disminuir la mortalidad ajustada por suicidio en la

población general y como meta para el 2015 lograr 10.8 x 100000 habitantes, con pesar se obtuvo una tasa de 14.13 x 100000 habitantes con predominio para el sexo masculino y Granma es de las provincias que más aporta a estas estadísticas.

A partir del 2016 se establecieron los Objetivos y retos de trabajo del MINSAPen el año 2019⁽⁴⁹⁾ establece como prioridades el fortalecimiento de las acciones integrales, con énfasis en la Atención Primaria de Salud y el Programa del Médico y la Enfermera de la Familia, hasta la fecha tiene cinco objetivos generales y en el No.1 aparece incrementar el estado de salud de la población y su satisfacción con los servicios, el criterio de medida es lograr la calidad de la dispensarización; de lo cual se desprende que está dirigido a velar por el cumplimiento de la atención y seguimiento de individuos según la enfermedad y/o daño a la salud para promover el enfoque de las determinantes sociales de salud (DSS) e intervenir en los riesgos, enfermedades y daños a la salud ⁽⁵⁰⁾; para afrontar tales retos el especialista en MGI debe contar con las habilidades que le permitan cumplir con la dispensarización y alcanzar sus objetivos.

Para considerar que una persona está dispensarizada se deben haber cumplido los requisitos de tener reflejados en la historia de salud familiar e individual, sus datos socio-demográficos y los inherentes a su estado de salud, que se le haya practicado una evaluación integral por el EBS y como consecuencia esté clasificado atendiendo a los grupos de dispensarización establecidos, en el último año el seguimiento se realizará con la periodicidad que se requiere, de acuerdo con sus características individuales, sin embargo para el caso del IS tiene sus especificidades no siempre bien manejadas.

El seguimiento de todo paciente de riesgo exige tres controles mínimo al año que puede ser dos consultas y un terreno pero en el paciente con intento de suicidio no basta con este seguimiento por lo que debe hacerse teniendo en cuenta el Programa nacional de prevención y control de la conducta suicida, aspecto que no está bien delimitado en las indicaciones de ninguno de los documentos que orientan el trabajo del MGI y tiende a fragmentar el conocimiento y desorientar al médico en los modos de actuación hacia la prevención del intento de suicidio, la no homogeneidad se constata en la praxis en las deficiencias de la dispensarización y sus controles reflejados en la historia clínica individual e historia de salud familiar.

Así Sarracent ⁽⁵¹⁾ reporta algunas dificultades en la calidad de las historias clínicas individuales, familiares y en las tarjetas de enfermedad de declaración obligatoria (EDO), resaltando la necesidad de capacitar al personal médico de Atención Primaria de Salud para la aplicación de instrumentos de evaluación del riesgo suicida y potenciar el programa nacional; autores como Pérez ⁽²²⁾, Guibert ⁽²³⁾, González^(27, 52) han creado y validado instrumentos para facilitar la evaluación según grupos de edades más vulnerables.

Siendo recurrente con el análisis de los documentos claves para el MGI retomamos el valor del ASIS revitalizado recientemente, se le considera como proceder científico profesional que traduce de forma íntegra el modo de actuación del médico general integral en el desempeño de sus

funciones en la APS, Martínez ⁽²⁸⁾. Su aplicación resulta muy ventajosa pues puede orientar las actividades de salud hacia objetivos específicos y reales, valorar la utilidad, investigar (enfoque clínico-epidemiológico y social), facilitar la promoción de salud y la prevención (indicadores positivos de salud) con tendencia a su transformación refiere Águila ⁽⁵³⁾.

A criterio de los autores del presente trabajo, a pesar de los aportes que tiene este nuevo documento que orienta al MGI como trabajar a partir de las determinantes sociales de salud y el análisis causal de los problemas no siempre se aprovecha y en el Componente 2. Descripción del daño en salud, donde se debe realizar el análisis de la morbilidad y la mortalidad atendiendo a los riesgos entraría el intento y/o suicidio, se carece aún de una sólida visión educativo-preventiva, limitado análisis con verdadero enfoque salubrista para no solo manejar el indicador negativo en términos de tasa y casi nunca se incluye en el plan de acción de este documento el seguimiento de la problemática del IS aunque exista una tendencia negativa a nivel del área de salud, evidencias que alertan de las carencias que tiene el MGI para aprovechar las potencialidades del ASIS.

La sistematización realizada por los autores permiten afirmar que el MGI es un profesional que tiene potencialidades para poner en práctica en su gestión asistencial pero necesita ser guiado para desarrollar competencias específicas que modifiquen su desempeño profesional limitado para identificar y modificar conductas de riesgo que favorecen el intento de suicidio atemperado a los problemas de la comunidad en la que realiza su accionar, enfocado a la relación individuo-familia-contexto, solo de esta forma será consecuente con el modelo de la medicina preventiva.

Se identifican como regularidades en la segunda etapa las siguientes:

- La contribución de la disciplina integradora MGI al desarrollo de un aprendizaje de los contenidos de promoción y prevención, haciendo uso del empleo de la educación en el trabajo y la formación por competencias posgraduada del MGI fomentan la visión educativo-preventiva hacia el intento de suicidio.
- La actualización de los programas nacionales y los documentos rectores vislumbra algunas deficiencias en el enfoque integral al intento de suicidio pero al mismo tiempo posibilita visibilizar nuevos modos de potenciar los programas estratégicos para influir en este problema de salud.
- Las herramientas de la dispensarización y el ASIS se revitalizan dando cuenta de que su uso con un enfoque preventivo más que curativo permite la especialización de modos de actuación para prevenir el intento de suicidio como daño a la salud que trascienda en un mejor desempeño del MGI a través de la superación profesional como espacio idóneo.

CONCLUSIONES

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

- Desde un modelo curativo-asistencial a la formación de un especialista de nuevo tipo para un modo de actuación que privilegia el enfoque promocional-preventivo como eje esencial en su desempeño profesional no obstante subsisten deficiencias en el abordaje integral de problemas de salud como el intento de suicidio.
- Débil implementación de los programas nacionales y documentos rectores que orientan el trabajo asistencial hacia un replanteo de un uso estratégico que permite visibilizar cambios positivos en el abordaje a los problemas de salud sin embargo el desempeño del MGI aún no propicia modificar el intento de suicidio como problema en la APS.
- Desde un uso limitado de las herramientas de la dispensarización y el ASIS a un redimensionamiento de sus potencialidades con gran valor como experiencia educativa para perfeccionar la gestión de salud de este profesional no obstante existe una carencia de estrategias pedagógicas que garanticen este logro por lo que el desarrollo de una competencia educativo-preventiva para el control del intento de suicidio emerge como una necesidad en la superación profesional del MGI.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Álvarez Sintés R. Formación académica en la especialidad de Medicina General Integral. En Medicina General Integral. Vol.1. Salud y Medicina. Parte 12. Docencia, investigación e información en la Atención Primaria de Salud. La Habana: ECIMED, 2008 p.643-51.
2. Cáceres, Diéguez A. Superación Profesional de Posgrado en la Atención Primaria de Salud. Una Estrategia Didáctica para la modificación de comportamientos y conductas a favor de los estilos de vida saludables. (Tesis Doctoral). Universidad Ciencias Pedagógicas "Frank País García", Santiago de Cuba, Cuba, 2008.
3. Declaración de Alma- Ata. En: Alma- Ata. Atención Primaria de Salud. Informe de la Conferencia internacional sobre Atención Primaria de Salud; septiembre 6-12 de 1978; Alma- Ata, URSS. Ginebra. Organización Mundial de la Salud; 1978. Pp. 3-4. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/dd/pin.AlmaAta.declaración.html>.
4. Delgado Correa W. La Reforma de la enseñanza Superior en Cuba y su carácter fundacional en las ciencias médicas. MEDISAN[Internet]. 2012 abr [citado 2021 Sep 29];v. 16, n.4, p. 638-643. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012000400019&Ing=es&nrm=iso>

5. Ilizástigui F, Douglas R. "La formación del médico general básico en Cuba". Educ. Méd. Salud.[Internet]1993[citado 2021 Sep 29];27(2),189-205. Disponible en:<http://files.sld.cu/sccs/files/2010/07/la-formacion-del-mgb-ilizastigui.pdf>)
6. Salas Perea RS, Salas Mainegra A. Modelo formativo del médico cubano. Bases teóricas y metodológicas. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2017. Disponible en:http://www.bvs.sld.cu/libros_texto/modelo_formativo_medico_cubano/cap_7.pdf
7. Fernández Sacasas JA. (2013). El principio rector de la Educación Médica cubana Un reconocimiento a la doctrina pedagógica planteada por el profesor Fidel Ilizástigui Dupuy. Educación Médica Superior. [Internet]2013 [citado 2021 Sep 29];27(2), 239-248. Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412013000200011&lng=es&tlng=es
8. Miralles Aguilera E A, Taureau Díaz N, Fernández Sacasas JA, Pernas Gómez M. Cronología de los mapas curriculares en la carrera de Medicina. Educación Médica Superior.[Internet]. 2015 [citado 2021 Sep 29]; 29(1):93-107. Disponible en: <http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/443/231>
9. Salas Perea Ramón S. La calidad en el desarrollo profesional: avances y desafíos. Educ Med Super [Internet]. 2000 Ago [citado 2021 Sep 29] ; 14(2): 136-147. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412000000200003&lng=es.
10. Ministerio de Salud Pública. Informe de salud del MINSAP.La situación de salud en Cuba para la década de los 90. La Habana, 1992. Disponible en:<https://www.paho.org/cub/dmdocuments/Situacion%20Salud%20en%20Cuba%2090.pdf>
11. Barcos Pina I, Pupo Ávila NL, Álvarez Síntes R, Reinoso Medrano T. Correspondencia de programas de especialización en Medicina General Integral, Cuba y Salud familiar de Brasil. III Congreso de Medicina Familiar. Salud Pública y Atención. Cuba, 2020. Disponible en:<http://medicinafamiliar2020.sld.cu/index.php/medfamiliar/2019/paper/viewPaper/252>
12. Pupo Ávila N L, Hechavarría Toledo S. La promoción de salud en el plan de estudio de la carrera de Medicina en Cuba. Educación Médica Superior[Internet]. 2012 [citado 2021 Sep 29]; 26(4), 576-586. Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412012000400010&lng=es&tlng=es
13. Pernas Gómez Ma, Arencibia Flores L, Ortíz García M. El plan de estudio para la formación del médico general básico en Cuba: Experiencias de su aplicación. Educación Médica Superior[Internet]. 2001 [citado 2021 Sep 29];15(1), 9-21. Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412001000100002&lng=es&tlng=es

14. Ministerio de Salud Pública. Plan de Estudios de la Residencia de MGI. Tercera versión. La Habana, 2000.
15. Vela Valdés J, Salas Perea S, Quintana Galende ML, Pujals Victoria N, González Pérez J, Díaz Hernández L, ... Vidal Ledo MJ. Formación del capital humano para la salud en Cuba. Informe Especial. Panam Salud Pública. [Internet] 2018 [citado 2021 Sep 29]; 42. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.33>
16. Alemañy Pérez E, Díaz-Perera Fernández G. Medicina familiar en Cuba. Medwave [Internet] 2013 [citado 10 Ene 2020], 13 (3):e5634. Disponible en: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Enfoques/SaludFamiliar/5634>.
17. Riera Betancourt C, Alonso Betancourt O, Masid Oramas E. Conducta suicida y su prevención. MINSAP, 1989.
18. Pérez Barrero SA. Epidemiología de la conducta suicida en Bayamo, Granma. Rev. cuba. med. gen. integr [Internet]. 1990 [citado 2021 Sep 29]; 10(2): 109-13. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-149826>
19. Pérez, Barrero S, Reytor Solé F. El suicidio y su atención por el médico de la familia. Rev Cubana de Med Gen Integral [Internet] 1997 [citado 2021 Sep 29]; 7 (4): 319. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251995000400001&lng=es.
20. Pérez Barrero SA. El suicidio, comportamiento y prevención. Editorial Oriente, 1997.
21. Pérez Barrero SA. Lo que UD debiera saber sobre...suicidio. Editorial Imagen Gráfica SA de CV. México. DF, 1999.
22. Pérez Barrero SA. Psicoterapia del comportamiento suicida. Fundamentos. Editorial del Hospital Psiquiátrico de La Habana, 2000.
23. Guibert Reyes W, Del Cueto de Inastrilla ER. Factores psicosociales de riesgo de la conducta suicida. Rev Cubana Med Gen Integr. [Internet] 2003 [citado 2021 Sep 29]; 19 (5). Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252003000500004&lng=es.
24. González Sábado RI, Martínez Cárdenas A, García Jerez S, Izaguirre Remón RC, Núñez Bentancourt FL, Yero Quesada Y. Conocimientos sobre prevención del intento de suicidio en Medicina y médicos de familia. EDUMECENTRO. [Internet] 2019 [citado 2021 Sep 29]; 11(1), 27-41. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742019000100027&lng=es
25. González Sábado RI, Martínez Cárdenas A. Competencia y desempeño del médico de familia en la prevención de la conducta suicida a nivel comunitario. MULTIMED. [Internet] 2020 [citado 2021 Sep 29]; 24(5). Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/aticle/view/2024>

26. Ministerio de Salud Pública. Planificación Estratégica y la Dirección por Objetivos. La Habana, 2004.
27. González Sábado RI, Martínez Cárdenas A, Izaguirre Remón RC. Resultados de una escala para evaluar riesgo suicida en adultos mayores en el nivel primario. Artículo original. Revista tecnología de la salud. [Internet] 2018 [citado 2021 Sep 29];9(1). Disponible en: <http://www.revtecnología.sld.cu>
28. Martínez Calvo S. Higiene y Epidemiología. Análisis de la situación de salud. Una nueva mirada. Tercera edición. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2020.
29. Castro Ruz F. Ciencia, Tecnología y Sociedad, 1988-1990. La Habana: Editora Política, 1991 p. 19.
- 30.30. Díaz Díaz AA, Valcárcel Izquierdo N. La formación del especialista en Medicina General Integral (MGI) y su evaluación, 2012. Disponible en: <http://www.cubaeduca.cu/media/www.cubaeduca.cu/medias/evaluador/diciembre2012.pdf>
31. García Castellanos TC. Modelo de Evaluación de Impacto de la especialidad en Enfermería Comunitaria. (Tesis doctoral). Instituto Superior Pedagógico "Enrique José Varona. La Habana, 2016.
32. Alemañy Pérez E, Díaz Perera Fernández G. Medicina familiar en Cuba. Medwave. [Internet] 2013 [citado 2021 Sep 29]; 13 (3): e5634 Disponible en: doi: 10.5867/medwave.2013.03.5634
33. Miralles Aguilera E A, Taureaux Díaz N, Fernández Sacasas JA., Pernas Gómez M. Cronología de los mapas curriculares en la carrera de Medicina. Educación Médica Superior.[Internet] 2015 [citado 2021 Sep 29]; 29(1):93-107. Disponible en: <http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/443/231>
34. Ministerio de Salud Pública. Plan de Estudio y Programa de Medicina General Integral. Quinta versión. La Habana: MINSAP; 2018.
35. Ramos Hernández R, Díaz Díaz A A, Valcárcel Izquierdo N, Ramírez Hernández BM. Las competencias profesionales específicas en la formación de los especialistas en Medicina General Integral. Educ Med Super [Internet]. 2018 Mar [citado 2021 Sep 29] ; 32(1): 130-140. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412018000100013&lng=es.
36. Bonal Ruiz R, Marzan Delis M, González García R. (2020) Actividades profesionales confiables en medicina familiar, necesidad de su implementación. Congreso de Medicina Familiar. Cuba. Disponible en: <http://medicinafamiliar2020.sld.cu/index.php/medfamiliar/2019/paper/viewPaper/212>
37. Plan de medidas para el perfeccionamiento del programa del médico y enfermera de la familia. Dirección Provincial de Salud Granma, 2018. Documento impreso.

38. Bonal-Ruiz R, Marzán-Delis M, Garbey-Acosta A. Identificación de competencias en promoción de salud en médicos de familia de Cuba Estudio cualitativo. Aten Fam [Internet]. 2017 [citado 29 Sep 2021]; 24 (1). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=70089#>
39. MINSAP- OMS. Informe de evaluación del Sistema de Salud Mental en Cuba a partir del instrumento de evaluación para sistemas de salud mental de la OMS, Cuba 2011. Disponible en: http://www.who.int/mental-health/datos_probatorios/WHO-AIMS/en/index.html
40. Aguilar Hernández I. Educación comunitaria para la prevención del intento suicida. Nueva Paz, 2008-2015. Tesis en opción al Título de Doctor en Ciencias de la Salud. Disponible en: <http://tesis.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=679>
41. Rodríguez Almaguer A, Mok Olmo Y, Cuervo Bello L, Rodríguez Arias OD. Prevención del suicidio en adolescentes de un área de salud de Santiago de Cuba. MEDISAN [Internet]. 2013 [citado 29 Sep 2021]; 17(1):101. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/262470484_Prevencion_del_suicidio
42. Aguilar Hernández I. Intersectorialidad y suicidio. Revista de Ciencias Médicas La Habana [Internet]. 2013 [citado 2021 Sep 29]; 19(3). Disponible en: <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/rt/prnterFriendly/616/htmlgh>
43. Pérez Abreu S. Necesidades educativas del personal de salud, docente y familiares que atienden a escolares con intento suicida en Santa Clara. Tesis en opción al Título de Máster en Psicopedagogía. [Internet]. 2019 [citado 29 Sep 2021]. Disponible en: www.dspace.uclv.edu.cu
44. Pérez Martínez V.T. Necesidades de aprendizaje del especialista de Medicina General Integral, acerca de la conducta suicida. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2011 [citado 29 Sep 2021], 27(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000400004
45. Maroto Vargas A. Revisión de la investigación sobre suicidio en Costa Rica (1998-2013): Principales hallazgos. Rev Ciencias Sociales. [Internet]. 2016 [citado 29 Sep 2021]. 154: 149-158 / (IV). Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/153/15351156010/>
46. Goñi Sarriés A. Prevención, evaluación y abordaje de la conducta suicida en atención primaria. Salud Navarra. Formación continuada. Práctica clínica. [Internet]. 2018 [citado 29 Sep 2021]. Disponible en: <http://formacionsalud.navarra.es/.../ops.php?...exportacion...%20EVALUACIÓN%20Y%20,pdf>
47. Corona Miranda B, Alfonso Sagué K, Prado Rodríguez RF, Hernández Sánchez M, Gámez Sánchez D, Cárdenas Soto T. Caracterización epidemiológica del intento suicida en Cuba entre 2015 y 2018. Arch. Hosp. Univ. "Gen. Calixto García" [Internet]. 2020 [citado 29

- Sep 2021], 8(3):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revcaxito.sld.cu/index.php/ahcg/article/view/550>
48. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadística de Salud. Anuario estadístico de salud, 2015. La Habana: Ministerio de Salud Pública. Disponible en: https://salud.msp.gob.cu/wp-content/Anuario/anuario_2015.pdf
49. Portal Miranda JÁ, Corratgé Delgado H, Vidal Ledo MJ. Objetivos, retos y prioridades del MINSAP, 2019. INFODIR [Internet]. 2019 [citado 1 Oct 2021];(29):[aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://www.revinfodir.sld.cu/index.php/infodir/article/view/590>
50. Linares Pérez N. Aplicación de los enfoques de salud de la población y los determinantes sociales en Cuba. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2015 Mar [citado 2021 Oct 06]; 41(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000100009&lng=es.
51. Sarracent Sarracent A. Factores de riesgo para el suicidio consumado en La Habana. Tesis Doctoral, 2014. Disponible en: <http://www.eduniv.cu/items/show/39286>
52. González Sábado R, Martínez Cárdenas A, Izaguirre Remón R. Validez y confiabilidad de la Escala ENARS para evaluar actitud de riesgo suicida. RM [revista en Internet]. 2012 [citado 1 Oct 2021];, 16(3):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/569>
53. Águila-Rodríguez N, Bravo-Polanco E, Delgado-Acosta H, Montenegro-Calderón T, Herrera-Fragoso L, Centeno-Díaz A. Algunas reflexiones sobre el análisis de la situación de salud. Medisur [revista en Internet]. 2019 [citado 2021 Oct 1]; 17(3) : [a p r o x . 1 1 p .] . D i s p o n i b l e e n : <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/4326>