

## Tendencias históricas del Análisis de la Situación de Salud en la formación médica en Cuba

Historical tendencies concerning the Health Situation Analysis within medical training in Cuba

Reinaldo Pablo García Pérez<sup>1\*</sup> <https://orcid.org/0000-0002-7451-8713>

Adelaida María Ballbé Valdés<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0001-6027-5696>

Homero Calixto Fuentes González<sup>2</sup> <https://orcid.org/0000-0002-0705-8622>

Hipólito Peralta Benítez<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0002-8479-2804>

Natacha Rivera Michelena<sup>3†</sup> <https://orcid.org/0000-0001-5826-7304>

Alejandro Samir Fernández Alpizar<sup>4</sup> <https://orcid.org/0000-0002-5892-3671>

<sup>1</sup>Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila. Cuba.

<sup>2</sup>Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba. Cuba.

<sup>3</sup>Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Facultad “Miguel Enríquez”. La Habana, Cuba.

<sup>4</sup>Policlínico Universitario Norte. Ciego de Ávila, Cuba.

\*Autor para la correspondencia: [rey.say@infomed.sld.cu](mailto:rey.say@infomed.sld.cu)

### RESUMEN

**Introducción:** El Análisis de la Situación de Salud es un instrumento científico metodológico.

**Objetivo:** Determinar las tendencias históricas del desarrollo de la enseñanza-aprendizaje del Análisis de la Situación de Salud en la formación médica.

**Métodos:** Se realizó una investigación pedagógica en la universidad médica avileña en septiembre/2020-junio/2021. Los métodos teóricos histórico-lógico, analítico-sintético e inductivo-deductivo facilitaron el conocimiento de la evolución y el desarrollo del objeto investigado, revelar sus antecedentes, las etapas en su

devenir y sus vínculos históricos esenciales. El análisis documental y la triangulación de fuentes, como empíricos, viabilizaron el análisis crítico de la información. Los tres indicadores construidos fueron: sistematización del contenido, relación interdisciplinar en el plan de estudio y nivel de interacción intercultural estudiante-actor social en la vinculación teórico-práctica del contenido. Se cumplieron los principios éticos.

**Resultados:** El punto de inflexión tendencial fue 1970, cuando se introdujo la asignatura El Hombre y su Medio. Se identificaron cuatro etapas: aproximación (1970-1987), integración (1988-2004), consolidación en la intervención comunitaria (2005-2015) y concreción en el noveno semestre (2016-2021). Los cambios se evidenciaron en el salto cualitativo de cada indicador.

**Conclusiones:** La sucesión de reformas ha proyectado al Análisis de la Situación de Salud como un eje curricular profesional, pero persisten insuficientes nexos interdisciplinarios e interculturales para lograr la intervención comunitaria.

**Palabras clave:** diagnóstico de la situación de salud; currículo; educación de pregrado en medicina; médicos generales; salud pública; tendencias históricas.

## ABSTRACT

**Introduction:** The health situation analysis is a methodological scientific instrument.

**Objective:** To determine the historical tendencies concerning the development of the teaching-learning of the health situation analysis in medical training.

**Methods:** A pedagogical research was carried out, between September 2020 and June 2021, in the medical university of Ciego de Ávila Province, Cuba. Theoretical methods (historical-logical, analytical-synthetic and inductive-deductive) facilitated to know the evolution and development of the investigated object, revealing its antecedents, the stages of its evolution, as well as its essential historical connections. Document analysis and the triangulation of sources, as empirical methods, facilitated the critical analysis of the information. The three indicators constructed were content systematization, interdisciplinary relationship in the study plan, and level of intercultural interaction between student and a social actor in the theoretical-practical connection of the content. Ethical principles were complied with.

**Results:** As a tendency, the turning point was 1970, when a subject was introduced under the name The Man and His Environment. Four stages were identified: approximation (1970-1987), integration (1988-2004), consolidation in community

intervention (2005-2015), and concretion in the ninth semester (2016-2021). The changes were evidenced through the qualitative leap in each indicator.

**Conclusions:** The succession of reforms has projected the health situation analysis as a professional curricular axis, but insufficient interdisciplinary and intercultural connections persist, avoiding to achieve community intervention.

**Keywords:** health situation diagnosis; curriculum; undergraduate medical education; general physicians; public health; historical tendencies.

Recibido: 10/09/2021

Aceptado: 18/10/2021

## Introducción

El Análisis de la Situación de Salud (ASIS), inicialmente conocido con el término “Diagnóstico de la Situación de Salud”, emerge como un instrumento científico a partir de la epidemiología, una de las fuentes básicas que sustenta a la salud pública como ciencia, para trascender y confirmarse recientemente como la primera de sus funciones esenciales. Teniendo como punto de partida a la salud pública, deriva a la especialidad Medicina General Integral (MGI) y su plan de ejecución se singulariza como una de las actividades que la distingue como campo disciplinar profesional.

*Martínez-Calvo*,<sup>(1)</sup> en su nueva mirada al ASIS, reafirma su sólido posicionamiento como concepto y método de la salud pública, y lo cataloga como uno de sus brazos instrumentales para contribuir, en forma general, al progreso de la agenda mayor de salud global, sus aportes al desarrollo sostenible, la salud universal, la equidad en salud y los determinantes sociales de la salud; y, en forma particular, a la promoción, la evaluación del impacto de las intervenciones poblacionales y la gestión en salud.

En la asignatura Salud Pública, en el noveno semestre, el contenido de ASIS trasciende la formación del MGI como una unidad integradora curricular que no solo se limita a la preparación científica del estudiante, sino que se extiende hasta su interacción con el actor social, como factor dinamizador del proceso de enseñanza-aprendizaje. Esta asignatura culmina con la evaluación final del ASIS de una comunidad o parte de ella.<sup>(2)</sup>

El currículo constituye uno de los conceptos más potentes para analizar cómo se desarrolla la práctica y cómo se expresa dentro de un contexto educativo. Es,

además, un punto de referencia para la mejora continua de la calidad de la enseñanza, el cambio de la práctica en salud, el perfeccionamiento de los profesores y el desarrollo institucional.<sup>(3)</sup>

Los planes de estudio de medicina en Cuba se han reformado de forma vertiginosa en la segunda década del siglo XXI; tal es así que en la actualidad concommitan tres. Estos cambios iniciaron en 2010 con el perfeccionamiento al plan C, que data de 1984; luego en 2016 se introdujeron el plan D y, finalmente, en 2019, el E. *Álvarez-Sintes*<sup>(4)</sup> asevera que esto fue posible por los aportes de Ilizástigui y Douglas, quienes, adelantados a su época, implementaron en la década de los ochenta principios y bases metodológicas de la generación D y E. También, desde el diseño del D, las premisas del E se tuvieron en cuenta, según Documento Base del Ministerio de Educación Superior de 2016, para realizar su rápida reingeniería.

En el perfeccionamiento del plan C, el contenido de ASIS en la intervención de la salud comunitaria -en lo adelante “intervención comunitaria”-, adquirió un carácter de eje curricular vertical con dos niveles de integración horizontal: en la asignatura Medicina Comunitaria, en el cuarto semestre, y en Salud Pública, en el noveno. La MGI cumple la función de disciplina rectora con representatividad de sus cinco asignaturas en los tres ciclos de carrera y una rotación en el año terminal. Este resultado se sustentó en un análisis de contenido realizado con anterioridad a las asignaturas de los ejes sociomédico e investigativo.<sup>(2)</sup>

*Taureaux* y otros<sup>(5)</sup> destacan que en el plan D aparece por primera vez la Medicina General como disciplina principal integradora (DPI), con 18 asignaturas y cinco rotaciones. En el plan E se mantiene con similar presencia, pero se elimina Medicina Comunitaria y se introduce Medicina Natural y Tradicional.

La presente investigación se realiza con el objetivo de determinar las tendencias históricas del desarrollo de la enseñanza-aprendizaje del ASIS como contenido en la formación del médico general en Cuba.

## Métodos

Se realizó una investigación pedagógica exploratoria entre septiembre de 2020 y junio de 2021. Los métodos teóricos histórico-lógico, analítico-sintético e inductivo-deductivo propiciaron una profundización en la naturaleza epistémica y metodológica intrínseca del ASIS y, por tanto, facilitaron el conocimiento de la evolución y el desarrollo del objeto, y revelar sus antecedentes, etapas principales en su devenir y sus vínculos históricos esenciales.

El análisis documental y la triangulación de fuentes, como métodos empíricos, viabilizaron el análisis crítico de la información contenida en documentos normativos, planes y programas de estudio, así como en modelos y teorías emergidos desde la salud pública como ciencia. Estas últimas han sustentado el soporte epistemológico y metodológico del ASIS en el decursar del tiempo. A partir de ellas y de la teoría existente en la bibliografía relacionada con la evolución histórica de la asignatura Salud Pública y del ASIS en la intervención comunitaria,<sup>(1,3,6,7,8,9,10)</sup> se elaboraron un cuadro resumen y fichas, a partir de 1959, por los cambios vertiginosos acontecidos con la formación médica. A continuación, se situaron los hechos pedagógicos que impactaron en la formación, se seleccionaron los afines con el ASIS y, de ellos, los que ilustraron cambios notables; luego, la información se procesó cualitativamente.

Como resultado del análisis realizado, primero se definieron los tres indicadores siguientes. Estos permitieron el análisis, hacer comparaciones y describir los cambios ocurridos, e identificar transformaciones, logros e insuficiencias.

- La sistematización del contenido de ASIS en la intervención comunitaria. Se asume la definición de *Fuentes*<sup>(11)</sup> sobre la sistematización formativa como proceso a través del cual el estudiante, en aras de alcanzar un objetivo, integra y generaliza conocimientos, habilidades, valores y valoraciones, adquiridos como resultado de la relación dialéctica siempre ascendente entre el nivel de profundidad del contenido y su nivel de potencialidad intelectual para afrontarlo.
- La relación interdisciplinar en el plan de estudio. Se recurrió al concepto de relación interdisciplinar de *Rosell*,<sup>(7)</sup> referido a los vínculos que alcanza un contenido de una disciplina académica con otras de la propia carrera sin perder su individualidad. Estas concurren metódicamente para facilitar la integración de los conocimientos en el estudiante.
- El nivel de interacción intercultural del estudiante con el actor social en la vinculación teórico-práctica del contenido. Implicó analizar, según define *García-Pérez*,<sup>(2)</sup> el nivel vincular intercultural que logra alcanzar el estudiante con los actores sociales: líderes formales e informales y representantes de los sectores sociales a nivel comunitario. Esta interacción dialógica entre el saber científico del estudiante y el saber popular del actor social se produce en la educación en el trabajo en el Consultorio Médico de Familia (CMF) como escenario formativo esencial.

Luego, se precisaron el punto de inflexión tendencial como inicio del análisis histórico tendencial, los hitos históricos-pedagógicos y aquellos acontecimientos de marcada importancia que incidieron en la tendencia con nuevas características e impactos en la realidad pedagógica, lo que provocó un punto de viraje en el trayecto del objeto investigado, según preceptos de *Águila-Carralero* y *Colunga-Santos*.<sup>(12)</sup>

Una vez delimitados los hitos se demarcaron las etapas y, con posterioridad, se revelaron las tendencias históricas como síntesis de la periodización. Estas fueron la expresión del movimiento más general ocurrido desde el punto inicial de análisis hasta el final en cada etapa y en el proceso como un todo.<sup>(12)</sup>

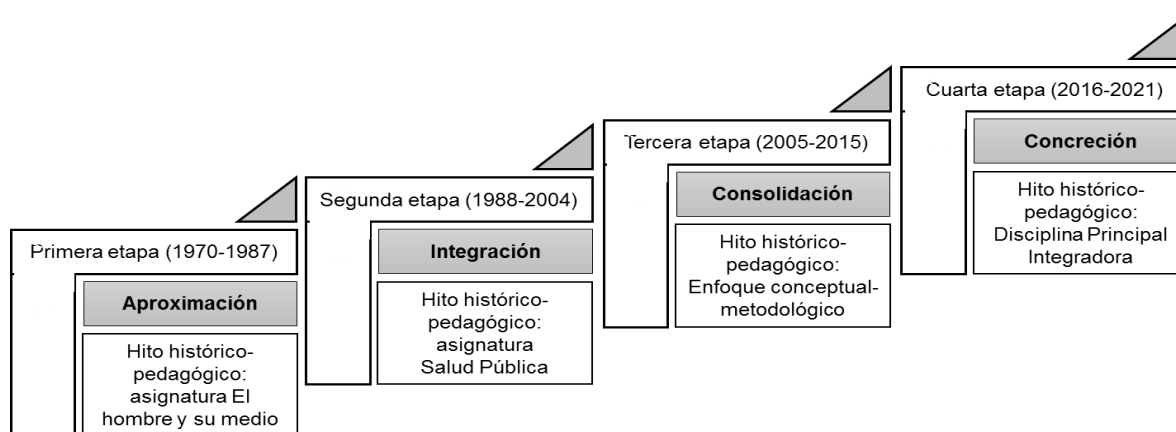
La investigación cumplió con los aspectos establecidos por la Asociación Médica Mundial en la II declaración de Helsinki. La información obtenida se preservó sin realizar omisiones ni adiciones.<sup>(13)</sup>

## Resultados

### Punto de inflexión tendencial

Se delimitó el año 1970 cuando se introdujo la asignatura El Hombre y su Medio en el plan de estudio integral de Medicina.

A partir de las transformaciones se identificaron cuatro etapas en la evolución histórica (Fig. 1).



**Fig. 1** - Etapas en la evolución histórica del ASIS en la formación médica según indicadores. Cuba (1970-2021).

### **Primera etapa (1970-1987). Aproximación al ASIS**

Con la asignatura El Hombre y su Medio se introduce la concepción social de la salud y el paradigma sociomédico formativo con la orientación profiláctica y el enfoque participativo social que caracteriza, hasta la actualidad, la práctica y la educación médicas en Cuba. La transformación de los indicadores se manifiesta del modo siguiente:

- **Sistematización del contenido:** en los tres diseños curriculares realizados en la etapa se introdujeron concepciones, categorías, modelos, aspectos conceptuales y metodológicos de carácter sociomédico que favorecieron la concepción curricular del ASIS, pero que están aún dispersos y sin singularizar en las asignaturas.
- **Relación interdisciplinar:** transitó desde un esbozo de contenido procedimental en una unidad curricular hasta emerger en un núcleo teórico que, aunque se proyectó articulado en el quinto año, quedó solo programado en los objetivos.
- **Nivel de interacción intercultural estudiante-actor social:** ascendió desde acciones de trabajo ligadas al estudio para caracterizar la situación de salud hasta la confección del ASIS en un currículo donde predominó lo teórico, y el estudiante y el actor social se mantuvieron aún distantes.

### **Segunda etapa (1988-2004). Integración del ASIS**

El contenido se fortaleció en el currículo como núcleo teórico, a partir de dos integraciones microcurriculares y, con ello, el surgimiento de la asignatura Salud Pública. La medicina familiar se desarrolló como modelo de atención y el ASIS superó su enfoque de diagnóstico. La transformación de los indicadores se expresó como aparece a continuación:

- **Sistematización del contenido:** alcanzó un nivel de integración superior, al unificar elementos dispersos e incorporar aspectos que emergieron del contexto nacional e internacional. Se incrementó la profundidad investigativo-resolutiva, la participación social, la metodología cualitativa y los elementos de educación en salud.

- Relación interdisciplinar: transitó desde un núcleo teórico disperso entre tres asignaturas: Higiene, Epidemiología, y Teoría y Administración de Salud hasta su unificación en Salud Pública, donde se consolidó como herramienta científica y, desde ella, se establecieron relaciones, pero sus vínculos verticales fueron distantes.
- Nivel de interacción intercultural estudiante-actor social: transcurrió desde una coordinación interestancias en quinto año para elaborar el ASIS de una comunidad hasta emerger en una asignatura donde el estudiante interactuaba con el actor social a través del profesor tutor en interacción colaborativa con el actor social.

### **Tercera etapa (2005-2015). Consolidación del ASIS en la intervención comunitaria**

Se introdujo el enfoque conceptual y metodológico en la asignatura Salud Pública. Con ello, el ASIS se diferenció en ocho pasos, la comparación y complementación se asumieron como métodos en la identificación de problemas, se profundizó en lo ético y participativo, y se fortalecieron las técnicas cualitativas como fuentes primarias de investigación. La transformación de los indicadores se comportó de la manera siguiente:

- Sistematización del contenido: alcanzó un nuevo estadio al reorganizarse e incrementar en profundidad en la asignatura Salud Pública en quinto año; sin embargo, otros elementos descendieron hacia los primeros años.
- Relación interdisciplinar: adquirió nueva dimensión al asentarse el ASIS como un eje curricular vertical con dos niveles de consolidación horizontal: uno en el cuarto semestre en Medicina Comunitaria y otro en el noveno en Salud Pública. Esto se logró a partir de configurarse la MGI como disciplina rectora de la carrera. Las relaciones interdisciplinarias verticales se mantuvieron, pero aún distantes.
- Nivel de interacción intercultural estudiante-actor social: alcanzó un fuerte vínculo, pero aún insuficiente para que el estudiante implicara al actor.

### **Cuarta etapa (2016-2021). Concreción del ASIS en el noveno semestre**

Se establece la Medicina General como DPI debido a las reformas curriculares D y



E, con la conformación del eje profesional de la carrera y representación de asignaturas en cada semestre y cinco rotaciones en el año terminal. La transformación de los indicadores consistió en lo siguiente:

- Sistematización del contenido: los que antes estaban reubicados en los primeros años, se concretaron solo en el noveno semestre en las asignaturas Salud Pública y MGI.
- Relación interdisciplinar: se extingue el eje curricular vertical al eliminarse el nivel de consolidación horizontal antes logrado en Medicina Comunitaria con deterioro de vínculos previos con las otras disciplinas, y emerge como un eje horizontal único relacionante entre las asignaturas antes enunciadas en el noveno semestre.
- Nivel de interacción intercultural estudiante-actor social: se concreta un fuerte vínculo en el noveno semestre, pero que resulta aún insuficiente para que el estudiante se apropie del saber necesario para interpretar al actor, mediar con él en la transformación de la situación de salud y en su educación en salud, y con ello, elevar sus capacidades transformadoras y mediadoras con la comunidad.

### **Tendencias históricas**

El análisis reveló, como elemento característico, que las transformaciones en la evolución histórica del contenido de ASIS en la intervención comunitaria se han producido mediante cambios sucesivos que lo consolidan en el eje profesional de la carrera con una integración horizontal en el noveno semestre, donde la sistematización se consolidó en un proceso de ocho pasos. Aunque se afianzó la interacción entre el estudiante y el actor, persisten insuficientes nexos interdisciplinarios e interculturales para lograr la intervención comunitaria. Estas transformaciones introdujeron reformas novedosas y progresivas que se evidencian en el salto cualitativo de cada indicador estudiado, sintetizados en la figura 2.



Fig. 2 - Tendencias históricas del contenido de ASIS en la formación médica según indicadores. Cuba (1970-2021).

## Discusión

El año 1970 inició el encuadre temporal del análisis (punto de inflexión tendencial), al implementarse el plan integral en la carrera de medicina. Este consistió en un sistema de integración interdisciplinaria horizontal y vertical, mediante el cual la enseñanza no se impartía según el modelo propio de cada asignatura, sino a través de unidades lógicas de conocimientos, con la interacción de las disciplinas indispensables en cada una de ellas.<sup>(7)</sup>

Su carácter integrador permitió que, desde las unidades didácticas, se brindaran al estudiante los aspectos globales de salud-enfermedad en un medio estudio-trabajo. Aspectos que marcaron importantes reformas curriculares, centradas en la integración y orientación al primer nivel de atención como escenario formativo.<sup>(10)</sup>

En la primera etapa, Aproximación al ASIS (1970-1987), se producen dos saltos cualitativos. El primero con la asignatura El hombre y su Medio, que propició la ubicación en el centro del discurso académico de un sistema de contenidos esenciales para solucionar los problemas de salud individuales y comunitarios.<sup>(10)</sup> Los contenidos bases de Higiene se entrelazaron con los de Psicología Médica que tributó con la concepción biopsicosocial; y Estadística, con los procedimientos descriptivos. Emergieron así los primeros elementos procedimentales que sentaron las bases del ASIS y lograron dar una visión unificada del proceso de investigación y resolución en la vinculación teórico-práctica; que, aun sustentada en un currículo

con predominio teórico, proyectaron al alumno a la comunidad para caracterizar su situación de salud y plantear acciones modificadoras.<sup>(2)</sup>

Sin embargo, en 1979 se retornó a la enseñanza por disciplinas y, con ello, hubo una regresión a la concepción inicial, cuando su incipiente contenido se dispersó en dos asignaturas: Higiene, en cuarto año y Epidemiología, en quinto. Se avanzó al sistematizar el modelo del campo de salud para analizar los problemas y determinar sus soluciones, los indicadores, la planificación estratégica, el diagnóstico educativo y el concepto de estado de salud de la población; pero coexistió desunión entre las ciencias sociales y las higiénico-epidemiológicas.<sup>(2)</sup>

El segundo salto aconteció en la década de 1980, caracterizado en primer lugar por la inclusión entre 1981-1982 de la asignatura Teoría y Administración de Salud, en quinto año, que introdujo elementos de higiene social, administración y planificación, pero sin una relación vincular con las asignaturas Epidemiología e Higiene. En segundo, por la incursión del plan C entre 1985-1986 con las estancias sociomédicas. En ellas se inició la cimentación del ASIS como respuesta al modelo de medicina familiar. Desde las orientaciones metodológicas se proyectó un acercamiento en dos núcleos curriculares: Sociedad y Salud, donde descendieron hasta el primer año la sistematización del método científico, los métodos profesionales, la solución de problemas comunitarios y la obtención de información; y las asignaturas estancias MGI-I e Higiene, en cuarto año; y Epidemiología, Teoría y Administración de Salud y MGI-II, en quinto.<sup>(2)</sup>

En MGI-II se introdujo el contenido de ASIS. Aunque la interdisciplinariedad se concibió como un estadio superior, solo alcanzó una interrelación de objetivos más que una integración de contenidos.<sup>(8)</sup> Se introdujo el enfoque al daño y al riesgo, el modelo de atención comunitaria y las técnicas educativas, y se modificó el concepto de intervención comunitaria al emerger la MGI como especialidad y el ASIS establecerse como investigación científica.<sup>(2)</sup>

En la segunda etapa, Integración del ASIS (1988-2004), en el primer momento (1988): Higiene y Epidemiología, como asignaturas independientes, se unificaron en Higiene y Epidemiología. Sus contenidos se complementaron para el perfil del egresado y se armonizaron con Teoría y Administración de Salud rediseñada como precedente, donde el ASIS adquirió la condición de eje articulador, con vínculos verticales precedentes con Filosofía Marxista-Leninista, Psicología Médica y Bioestadísticas y Computación. Sin embargo, la construcción de indicadores era incompleta.<sup>(2)</sup> La opción pedagógica de Martínez-Calvo<sup>(8)</sup> fue un vehículo integrador del ASIS en el currículo, al introducir su confección como eje orientador interestancias en quinto año: Teoría y Administración de Salud, Higiene y Epidemiología, y MGI. Este modelo aportó mayor complejidad y profundidad, e

integración de objetivos y contenidos.

Al incursionar Introducción a la Sanología (denominada MGI-I), en su tema tres para la sistematización del ASIS se introdujo la mediatización de lo social, la participación comunitaria, y el ASIS, su definición y características; en el tema cuatro, la comunidad, su organización y representantes. Desde ella se crearon vínculos con Sociedad y Salud a través de su confección en tres familias y en MGI-II, que concluyó en una comunidad atendida por un CMF.<sup>(2)</sup>

En la segunda integración (1996), Teoría y Administración de Salud e Higiene y Epidemiología se unifican en Salud Pública, donde la sistematización se redimensiona para la formación de un profesional que debía enfrentar una situación de la salud más compleja y la MGI comenzó a emerger como disciplina rectora. Esta nueva estancia se convirtió en una intradisciplina que logró la aplicación en el ASIS de los elementos teóricos y metodológicos de diferentes disciplinas. Con ello se convirtió en la que alcanzó mayor integración de este contenido.<sup>(2)</sup>

Ubicada en el noveno semestre, nivel curricular privilegiado para la integración, Salud Pública proyectó relaciones con disciplinas de años precedentes: Filosofía y Salud contribuyó con la concepción científica del proceso salud-enfermedad comunitario; Psicología Médica permanecía con relaciones limitadas, al no abordar la subjetividad ante los problemas comunitarios; e Informática Médica logró mayor integración entre la metodología investigativa y los procedimientos estadísticos. Se estableció una relación vertical distante con Introducción a la MGI, devenido en 1999 en Sociedad y Salud. MGI-II aseguró su continuidad y un nivel de entrada a la confección del plan de ejecución como paso del proceso de ASIS.<sup>(2)</sup>

En Salud Pública se sistematizaron indicadores cuantitativos y cualitativos, y la concertación y negociación con los actores sociales. El nivel de interacción intercultural con ellos se estableció desde las regulaciones, al reorientar el proceso a la comunidad con el estudiante compenetrado con el equipo básico de salud. Desde el contexto internacional se introdujo la tríada: problema, factores condicionantes y respuesta social, y se elevó la operacionalización del plan de ejecución. La promoción de salud se orientó a fomentar capacidades en la comunidad para participar en la producción de su salud. Desde el contexto nacional, se fortaleció la descentralización, la participación social y el consejo de salud.<sup>(2)</sup>

En la tercera etapa, Consolidación del ASIS en la intervención comunitaria (2005-2015), se realizaron tres versiones de reingeniería en el diseño de la disciplina MGI. En 2006 se trabajó en las primicias de la DPI y se definió que sus asignaturas fueran aquellas con educación en el trabajo.<sup>(5)</sup> En su versión C se concibió un nuevo

enfoque en MGI-IV, en el cuarto semestre, al reubicar contenidos de ASIS dispersos en los primeros semestres. Ello en función de lograr una mejor preparación del alumno para realizar el ASIS y de trasladar contenidos requeridos en la intervención comunitaria procedentes de MGI-II, ubicada en quinto año. De este modo, el ASIS quedó estructurado en el cuarto semestre en MGI-IV tema IV: El ASIS y la intervención comunitaria. Aunque descendió en el nivel curricular, aún adolecía de una concreción sistematizadora para la intervención comunitaria.<sup>(2)</sup>

En 2010, con el plan C perfeccionado, la MGI, en su condición de disciplina rectora, reestructuró y renovó la terminología de sus asignaturas. El dominio teórico y metodológico del ASIS en Salud Pública con variadas técnicas cuantitativas resultó esencial para los procedimientos metodológicos concatenados requeridos en su aplicación. En el primer nivel de consolidación horizontal, en Medicina Comunitaria (antes MGI-IV) se logró una vinculación con Metodología de la Investigación y Estadística al consolidar su orientación científico e investigativa y la elaboración de indicadores, pero con predominio de los cuantitativos; y en el segundo, cuando el eje sistematizador se retomó en Salud Pública y se alcanzaron niveles superiores de integración, al desarrollar todo el proceso de ASIS, concatenado con MGI con el monitoreo y evaluación del plan de ejecución.<sup>(2)</sup>

En la cuarta etapa, Concreción del ASIS en el noveno semestre (2016-2021), a pesar de establecerse la Medicina General como DPI, el contenido de ASIS que había descendido hacia los primeros semestres se eliminaron al excluirse de Introducción a la MGI en la generación D, y prescindirse de ellos, al extinguirse Medicina Comunitaria en la E. No obstante, las relaciones a conservarse entre las interdisciplinarias verticales distantes y las intradisciplinarias quedaron sin explicitarse entre las asignaturas de los tres primeros semestres.<sup>(2)</sup>

En el plan E el ASIS quedó declarado dentro de los cinco contenidos básicos de la DPI y su realización con la comunidad se proyectó entre las destrezas de diagnóstico oportuno que formaban parte de las habilidades específicas de la profesión. Desde su sistema de evaluación entre sus asignaturas se intencionó el acercamiento progresivo y escalonado siguiente: Introducción a la MGI con una revisión bibliográfica de un estilo de vida o un problema de salud; Promoción de salud con una caracterización de los estilos de vida en la comunidad y propuestas de técnicas educativas para favorecer cambios; Prevención en salud con una pesquisa de factores de riesgo en la comunidad; y Salud Pública con la realización de un ASIS de una comunidad y MGI, con la elaboración de su plan de ejecución.<sup>(14)</sup>

Esta integración objetiva ascendente en la evaluación del contenido de ASIS entre asignaturas de la DPI, según Willis (citado por Harden),<sup>(15)</sup> indujo a un enfoque de enseñanza correlacionado. Sin embargo, según este último autor, lograr una

integración objetiva depende de la experiencia de los profesores implicados. Se requiere, por tanto, del trabajo metodológico que realicen los sujetos intervinientes, los cuales, apoyados en la Didáctica, alcancen óptimos resultados, al jerarquizar la labor educativa desde la instrucción para satisfacer los objetivos.<sup>(16)</sup>

Para formar un egresado con cualidades personales y habilidades profesionales que le permitan desempeñarse adecuadamente, se requiere de currículos que sienten bases para favorecer un incremento continuo de la calidad y la eficacia formativa.<sup>(4)</sup> Demanda también de la calidad de la educación en el trabajo con nuevos estilos de actuación, relaciones interpersonales y valores en íntima interrelación con la comunidad donde se forma el estudiante.<sup>(17)</sup>

Dado el sustento del ASIS en las ciencias sociales, su enseñanza requiere de diversos aspectos que marcan particularidades en su didáctica por la propia naturaleza del saber del que se ocupan. Según *Romero-Ramudo*,<sup>(18)</sup> entre ellas están la unidad indisoluble entre teoría y práctica con énfasis en asumir la sociedad como referente y marco de acción en el aprendizaje social; el papel del sujeto en las transformaciones sociales; la necesaria contextualización de la información; y las relaciones comunicativas entre estudiantes, profesores y comunidad, caracterizadas por el interaprendizaje, el debate y los nexos sociales.

Este análisis tendencial se delimitó hasta finalizar el curso 2020-2021, momento en el cual solo se desarrollaba el plan E en primero y segundo años, y no se habían recibido los programas de las asignaturas de la DPI en los siguientes. Lo anterior constituyó una limitación de la presente investigación.

En conclusión, se ha determinado que en la formación del médico cubano el ASIS posee como característica esencial una sucesión de reformas que lo han proyectado hacia el eje curricular profesional. Se delimitó como punto de inflexión tendencial el año 1970, cuando se introdujo la asignatura *El Hombre y su Medio*. Se determinaron cuatro etapas: en la primera, su aproximación; en la segunda, su integración; en la tercera, su consolidación en la intervención comunitaria; y en la cuarta, su concreción en el noveno semestre. Los cambios se evidenciaron en el salto cualitativo de cada indicador, dado por una sistematización que lo consolidó en un proceso de ocho pasos. Aunque se afianzó la interacción estudiante-actor social, persistieron insuficientes nexos interdisciplinarios e interculturales para lograr la intervención comunitaria desde la educación en el trabajo.

El aporte de la investigación radica en que, al describir los elementos característicos, se especifican sus cambios, logros e insuficiencias y, con ello, sus carencias epistemológico-metodológicas para sustentar nuevas contribuciones que enriquezcan la teoría pedagógica que sobre el ASIS subyacen en la educación

médica cubana.

## Referencias bibliográficas

1. Martínez-Calvo S. (2020). Análisis de la situación de salud. Una nueva mirada. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2020 [acceso 23/03/2020]. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/libros/analisis\\_situacion\\_salud\\_3ra.ed/analisis\\_situacion\\_salud.pdf](http://www.bvs.sld.cu/libros/analisis_situacion_salud_3ra.ed/analisis_situacion_salud.pdf)
2. García-Pérez RP. Dinámica de la formación estadística del profesional de medicina. Sancti Spíritus: Universidad de Ciencias Médicas de Sancti Spíritus; 2016 [acceso 23/03/2020]. Disponible en: <http://tesis.sld.cu/index.php?P=DownloadFile&Id=808>
3. Salas-Perea RS, Salas-Mainegra A. Modelo formativo del médico cubano. Bases teóricas y metodológicas. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2017 [acceso 12/05/2019]. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/libros\\_texto/modelo\\_formativo\\_medico\\_cubano/modelo\\_formativo.pdf](http://www.bvs.sld.cu/libros_texto/modelo_formativo_medico_cubano/modelo_formativo.pdf)
4. Álvarez-Sintes R. Plan de estudio de medicina: ¿nueva generación? Rev haban cienc méd. 2017 [acceso 12/05/2019];16(5):680-5. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/download/2123/1913>
5. Taureaux-Díaz N, Miralles-Aguilera EA, Pernas-Gómez M, Diego-Cobelo JM, Blanco-Azpiazú MA, Oramas-González R. El perfeccionamiento de la disciplina principal integradora en el plan de estudio de la carrera de Medicina. Rev haban cienc méd. 2017 [acceso 12/05/2019];16(1):70-81. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/download/1682/1764>
6. Ilizástigui-Dupuy F, Douglas-Pedroso R. La formación del médico general básico en Cuba. Educ Med Salud. 1993 [acceso 12/05/2019];27(2):189-205. Disponible en: <http://files.sld.cu/sccs/files/2010/07/la-formacion-del-mgb-ilizastigui.pdf>
7. Rosell-Puig W. La enseñanza integrada en las ciencias médicas. Rev Cubana Educ Méd Sup. 1998 [acceso 12/05/2019];12(2):45-8. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ems/v12n2/ems02298.pdf>
8. Martínez-Calvo S. Opción pedagógica para el análisis de la situación de salud en pregrado. Educ Méd Super. 1997 [acceso 12/05/2019];11(2):69-85. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21411997000200001&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21411997000200001&lng=es)

9. Ramos-Domínguez BN. Enfoque conceptual y de procedimiento para el diagnóstico o análisis de la situación de salud. *Educ Méd Super*. 2006 [acceso 12/05/2019];32(2):164-70. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v32n2/spu11206.pdf>
10. Vela-Valdés J. Formación de médicos para los servicios de salud en Cuba 1959-2014. La Habana: Universidad de Ciencias Médicas de La Habana; 2016 [acceso 12/05/2019]. Disponible en: <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/download/1008/876>
11. Fuentes-González HC. Pedagogía y didáctica de la educación superior. Santiago de Cuba: Universidad de Oriente; 2009 [acceso 12/05/2019]. Disponible en: [https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/34047183/P\\_E\\_S\\_09\\_-with-cover-page-v2.pdf?Expires=1634053593&Signature=P7jZgoA9wqFHEKpiB8tOcvBn4PNuZ9EzFnnz5i3K1h5-c0MJqWES1Niolvn6Gz0HyWokTGXVL4B1DDbvxsx-OJu2VK6WTSpW7oIJQutYtap4MLZJ1JfaZlPpT9mRM5YyVNQHwp-ZEmxOViLXY9qt-oOwPX3mZ8OyAKxOYGCNnYPtha5dlLOPV~OTfjGfmo-i2JltWdrVgv-yvzhTdly693RvWtR6a4UdgdVbi0bhPms00TUkHLbty-gHzMGPSRIUxW1yeNDQtmIQ-Hb4WmvjiAVtsfc7uDfjonvnB8W8h63wA1zVcqfLVft5Yl1dR2VToTJUBwzPPKYAbZ1dChbSJA\\_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA](https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/34047183/P_E_S_09_-with-cover-page-v2.pdf?Expires=1634053593&Signature=P7jZgoA9wqFHEKpiB8tOcvBn4PNuZ9EzFnnz5i3K1h5-c0MJqWES1Niolvn6Gz0HyWokTGXVL4B1DDbvxsx-OJu2VK6WTSpW7oIJQutYtap4MLZJ1JfaZlPpT9mRM5YyVNQHwp-ZEmxOViLXY9qt-oOwPX3mZ8OyAKxOYGCNnYPtha5dlLOPV~OTfjGfmo-i2JltWdrVgv-yvzhTdly693RvWtR6a4UdgdVbi0bhPms00TUkHLbty-gHzMGPSRIUxW1yeNDQtmIQ-Hb4WmvjiAVtsfc7uDfjonvnB8W8h63wA1zVcqfLVft5Yl1dR2VToTJUBwzPPKYAbZ1dChbSJA_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA)
12. Águila-Carralero A, Colunga-Santos S. Análisis histórico tendencial: un desafío para los doctorandos en ciencias pedagógicas. *Transformación*. 2018 [acceso 12/05/2019];14(1):10-9. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/trf/v14n1/trf01118.pdf>
13. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Ratificada en la 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil; 2013 Oct. p. 4 [acceso 30/01/2016]. Disponible en: <https://declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos.pdf>
14. Ministerio de Educación Superior. Plan de estudio E de la carrera Medicina. Informe ejecutivo. La Habana: Ministerio de Educación Superior; 2019.
15. Harden RM. The integration ladder: a tool for curriculum planning and evaluation. *Med Educ*. 2000 [acceso 12/05/2019];34:551-7. Disponible en: <https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.596.8986&rep=rep1&type=pdf>
16. Ministerio de Educación Superior. Reglamento de trabajo docente y metodológico de la Educación Superior. Resolución No. 2/2018. Gaceta Oficial de la República de Cuba No. 25 del 21 de junio de 2018. La Habana: MES; 2018.



17. Valcárcel-Izquierdo N, Díaz-Díaz AA. Epistemología de las ciencias de la educación médica: sistematización cubana. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2021 [acceso 12/05/2019]. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/libros/epistemologia\\_ciencias\\_educacion\\_medica/epistemologia\\_ciencias\\_educacion.pdf](http://bvs.sld.cu/libros/epistemologia_ciencias_educacion_medica/epistemologia_ciencias_educacion.pdf)

18. Romero-Ramudo ME. Las ciencias sociales y su enseñanza-aprendizaje. En: Lolo-Valdés O, Rodríguez-Campos D. Didáctica de las ciencias sociales. 1 ed. La Habana: Editorial Universitaria Félix Varela; 2019. p. 21-59.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

### Contribución de los autores

*Conceptualización:* Reinaldo Pablo García Pérez.

*Curación de datos:* Reinaldo Pablo García Pérez.

*Análisis formal:* Reinaldo Pablo García Pérez.

*Investigación:* Reinaldo Pablo García Pérez.

*Metodología:* Reinaldo Pablo García Pérez.

*Adquisición de los fondos:* Reinaldo Pablo García Pérez.

*Administración del proyecto:* Reinaldo Pablo García Pérez.

*Supervisión:* Reinaldo Pablo García Pérez, Adelaida María Ballbé Valdés e Hipólito Peralta Benítez.

*Validación:* Reinaldo Pablo García Pérez, Adelaida María Ballbé Valdés, Homero Calixto Fuentes González, Hipólito Peralta Benítez y Natacha Rivera Michelena.

*Visualización:* Reinaldo Pablo García Pérez, Adelaida María Ballbé Valdés, Homero Calixto Fuentes González, Hipólito Peralta Benítez y Natacha Rivera Michelena.

*Redacción-borrador original:* Reinaldo Pablo García Pérez, Adelaida María Ballbé Valdés, Hipólito Peralta Benítez y Alejandro Samir Fernández Alpizar.

*Redacción-revisión-edición:* Reinaldo Pablo García Pérez, Adelaida María Ballbé Valdés, Homero Calixto Fuentes González, Hipólito Peralta Benítez, Natacha Rivera Michelena y Alejandro Samir Fernández Alpizar.