

Tendencias históricas de la superación profesional del especialista en Medicina Familiar

10 Historical trends of the professional improvement of the Specialist in Family Medicine

José Salvador Pérez-Martínez*

✉ j3823608@gmail.com

 <https://orcid.org/0009-0008-0089-4274>

Reinaldo Pablo García-Pérez**

✉ rey.say@infomed.sld.cu

 <https://orcid.org/0000-0002-7451-8713>

Nilcia Jiménez-Centeno***

✉ nilciajimenez3@gmail.com

 <https://orcid.org/0009-0006-2492-1367>

*Hospital Provincial General Docente Roberto Rodríguez Fernández, Cuba.

**Facultad de Ciencias Médicas Dr. José Assef Yara. Ciego de Ávila, Cuba.

***Facultad de Ciencias Médicas. Morón, Cuba.

Resumen

La superación profesional constituye un resultado práctico demandado en la investigación educativa. Esta investigación tuvo como objetivo analizar, mediante una revisión documental, las tendencias históricas del desarrollo del proceso de superación profesional del especialista en Medicina Familiar para la atención al adulto con dispepsia. Se realizó una investigación exploratoria entre septiembre de 2022 y junio de 2024. Se utilizaron los métodos teóricos: histórico-lógico, analítico-sintético e inductivo-deductivo. Se utilizaron bases de datos como Redalyc, Redined, Scopus y Scielo. El punto de inflexión tendencial fue 1988 a partir de la primera versión del programa de especialización. Las etapas reveladas transitaron desde los inicios de la superación profesional (1987-2002), su extensión para el diagnóstico gastroscópico en el primer nivel de atención (2002-2019) hasta un retorno a la superación profesional para la atención a las enfermedades digestivas (2019-2025). Se concluyó en un desbalance entre



ellas a pesar de sus nexos interdisciplinarios e interculturales.

Palabras clave: tendencias históricas, superación profesional, dispepsia, especialista en medicina familiar

Abstract

Professional improvement is a sought-after practical outcome in educational research. This research aimed to analyze, through a documentary review, the historical trends in the development of the professional improvement process for specialists in Family Medicine in the care of adults with dyspepsia. An exploratory study was conducted between September 2022 and June 2024. The following theoretical methods were used: historical-logical, analytical-synthetic, and inductive-deductive. Databases such as Redalyc, Redined, Scopus, and Scielo were used. The turning point was 1988, with the first version of the specialization program. The stages revealed ranged from the beginning of professional development (1987-2002), its extension to gastroscopic diagnosis at the primary care level (2002-2019), to a return to professional development for the care of digestive diseases (2019-2025). The result was an imbalance between them despite their interdisciplinary and intercultural links.

Keywords: historical trends, professional improvement, dyspepsia, specialist in family medicine

Introducción

El especialista en Medicina Familiar resulta un profesional idóneo para satisfacer las necesidades de asistencia médica integral, en tres niveles de atención, y reconocer los factores que pueden influir negativamente en los pacientes aquejados de dispepsia. Esta es una expresión clínica utilizada por los profesionales de la salud para expresar una constelación de síntomas digestivos altos. (Castellanos & Rodríguez 2012) Al respecto, una unificación de criterios entre el primer y el segundo nivel de atención de salud en pos de una mejora en el manejo de los pacientes dispépticos es necesaria y factible de lograr por los especialistas en Medicina Familiar y en Gastroenterología. (Assef & Porro, 2007)

En este sentido, la superación profesional es la forma de organización del posgrado más empleada, porque responde a las necesidades del profesional de la salud en relación con su

entorno social; y de esta forma, certificar su preparación. (Ramos Hernández et al., 2022). Aunque hay muchos referentes de esta que relacionan el primer y el segundo nivel de atención, no abundan formas de superación derivadas de especialistas en Gastroenterología dirigida a los especialistas en Medicina Familiar sobre atención médica integral al paciente con dispepsia.

La Medicina Familiar es la única especialidad médica que no ha surgido del progreso de las ciencias médicas y tecnológicas, sino por la presión de atender imperiosas necesidades sociales tanto de las comunidades como del estado. Garantiza un servicio de salud eficiente y humano, de alta calidad científico-técnica y a un costo sostenible. Cuba tiene buena parte de su sistema de salud basado en médicos de familia con énfasis en la atención comunitaria basada en la gratuidad y jerarquización de niveles de atención, enfoque epidemiológico y aproximación equitativa a la población. (Carlos & Marquez, 2023)

En los planes de estudio de las especialidades se considera en la caracterización del graduado, que este está obligado a incrementar su nivel de preparación a través de cualquier figura del posgrado. (Ministerio de Salud Pública, 2015) Las tendencias actuales se encaminan a procesos más adaptados a las metodologías docentes, más efectivos y eficientes para integrar elementos que ayuden al aprendizaje. Estas capacidades científicas deben ser el resultado de un proceso de estudio socializado, sistemático, profundo, actualizado, transdisciplinario y crítico; para evaluar y legitimar el conocimiento. (López Espinosa, et al., 2019)

La presente investigación se realiza con el objetivo de analizar las tendencias históricas del proceso de superación profesional del especialista en Medicina Familiar, en torno al diseño del contenido de atención médica integral al adulto con dispepsia. Durante la revisión documental se utilizaron bases de datos como REDALYC, REDINED, SCOPUS y SCIELO por la confiabilidad y la validez de la información que brindan. Se tomaron referentes clásicos y de actualidad para conformar un resultado integral y coherente con el objeto investigado.

Se realizó una investigación pedagógica exploratoria entre septiembre de 2022 y junio de 2024. Se asumió un abordaje en paralelo de las perspectivas cuantitativas y cualitativas de la investigación educacional y social en la educación médica, desde la dialéctica materialista como método general de la ciencia. Los métodos teóricos: histórico-lógico, analítico-sintético e inductivo-deductivo propiciaron una profundización en la naturaleza metodológica intrínseca

de las tendencias históricas del proceso de superación profesional del especialista en Medicina Familiar. Los mismos facilitaron el conocimiento de la evolución y el desarrollo del objeto. Esto permitió 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 o programas de estudio, teorías y modelos emergidos desde la salud pública como ciencia. Dichas técnicas han sustentado el soporte epistemológico y metodológico desde el inicio de la superación profesional del especialista en Medicina Familiar para la atención a las enfermedades digestivas hasta el momento. Fueron analizados los hechos pedagógicos que, a partir de 1988, impactaron en esta forma de educación de posgrado y de ellos los que manifestaron cambios notables.

Para caracterizar este caso fue imprescindible realizar una referencia a algunos de los antecedentes de este proceso. Fue necesario analizar su evolución, corroborar avances y enfoques que han predominado. Se constataron debilidades y fortalezas en su diseño en respuesta a las necesidades y contextos existentes. En tal sentido, se tuvieron en cuenta los siguientes indicadores de análisis:

1. La concepción del diseño de la superación profesional en correspondencia con las particularidades de la atención médica integral al paciente adulto con dispepsia,
2. La determinación de las necesidades de aprendizaje para el diseño de la superación profesional en los niveles de atención a la salud y
3. La estructuración del contenido de dispepsia para su integración al aplicar los procedimientos del método clínico en la atención médica integral al adulto.

Posteriormente, se precisaron los puntos de inflexión tendencial y los hitos históricos-pedagógicos en las diferentes etapas identificadas que impactaron en la realidad pedagógica y provocaron puntos de viraje en la trayectoria del objeto investigado. La investigación cumplió con los aspectos establecidos por la Asociación Médica Mundial en la II Declaración de Helsinki.

Desarrollo

En este contexto, se estableció un análisis de las tendencias históricas del proceso de superación profesional del especialista en Medicina Familiar, en torno al diseño del contenido de atención médica integral al adulto con dispepsia en el cual se identificaron tres etapas:

Primera etapa (1988-2002). Inicio de la superación profesional del especialista en Medicina Familiar para la atención a las enfermedades digestivas

El punto de inflexión inicial tendencial se ubica a partir de 1988 cuando se estableció una reformulación estratégica con respecto a la educación permanente. Su objetivo central era determinar las bases de la reorientación en torno al perfeccionamiento del personal. De ahí surgieron documentos como el "Proyecto de desarrollo hasta el año 2000 de la Educación Permanente del Médico, la Enfermera de la Familia y otros trabajadores de la Atención Primaria". (Ceballos Arrieta et al., 1993) En la concepción del diseño de la superación profesional durante este periodo, el contenido de la dispepsia no se declaraba de forma evidente en los programas y se incluía disperso e impreciso dentro de las enfermedades digestivas. Durante este período, en el primer nivel de atención, las referencias que más se aproximan a este padecimiento se asocian al dolor epigástrico y son muy escasas. (Rodríguez García, 1994) El término dispepsia era poco tratado en las publicaciones nacionales.

Respecto a la determinación de las necesidades de aprendizaje y a las actividades de superación específicas, estas se concentraban en el segundo o el tercer nivel de atención. (Proveyer Derich et al., 2003) . Eran destinadas, sobre todo, a los especialistas en Gastroenterología; quienes eran los únicos facultados para realizar la gastroscopia en el niño y el adulto. (González-Carbajal Pascual & Martínez Leyva, 2009)

En esta primera etapa, escasos profesionales del primer nivel de atención accedían al cuarto nivel educativo. Este hecho se debe a que no se promovía suficientemente la motivación hacia el perfeccionamiento ni se tomaban en cuenta las necesidades de aprendizaje. La superación profesional se llevaba a cabo en los institutos superiores de ciencias médicas, con escasa o nula incorporación de las nuevas tecnologías y aplicación de diseños inflexibles y superestructurados. (Cáceres Diéguez & Cruz Baranda, 2010)

En el año 1990 se estableció la segunda versión del programa de formación del especialista en

Medicina Familiar, se mantuvo el tiempo de formación en tres años, el diseño del programa adoptó el sistema modular. Cada módulo contenía el objetivo, las habilidades específicas y los conocimientos integrados. Como hilo conductor se estableció el enfoque integral y multidisciplinario, que hizo posible la eliminación de cursos especiales complementarios. Las formas de organización de la enseñanza incorporaron tres actividades académicas: la Discusión de Problemas de Salud, el Intercambio Semanal y el Taller. Se distingue en este programa, la introducción de la atención tutelar de los profesores. Las estancias hospitalarias se redujeron a cuatro semanas a tiempo completo y se introdujeron las rotaciones por centros de la Comunidad. La evaluación mantuvo los ejercicios de promoción y graduación con ejercicios teóricos de forma oral y un ejercicio práctico condicional para el oral, que se desarrollaba en instituciones diferentes a la de pertenencia del especialista en formación. Se incorporó la evaluación mensual. (Ministerio de Salud Pública de Cuba, 1990)

Las profundas afectaciones socioeconómicas de los 90 experimentadas en el país influyeron notablemente. A pesar de entrar en vigor resoluciones ministeriales que establecían nuevas formas de implementación para la educación de posgrado, no se evidenció la participación activa de los profesionales de la salud. A lo que se atribuyó falta de motivación, interés o prioridad en general. En 1991 comenzó a regir la Resolución Ministerial No.97 sobre la educación continuada según el reglamento de la Comisión Nacional de Evaluación de la Competencia y el Desempeño para los profesionales del Sistema Nacional de Salud, pero no devino un verdadero estímulo para su ejecución. (Cáceres Diéguez & Cruz Baranda, 2010)

Entre 1993 y 1999 se introdujeron otras formas de posgrado académico como planes de investigación, talleres nacionales y cursos. En 1996 se aprobó un plan de acción para el incremento de la calidad del capital humano con un desempeño según el momento y se incluyó el diplomado en el sistema educacional. Aunque no se materializó la importancia que merece la superación de los profesionales actuantes en el primer nivel de atención. (Cáceres Diéguez & Cruz Baranda, 2010)

En el período 1999-2000 se editó la tercera versión que mantiene una duración de tres años. Las acciones de promoción, prevención y rehabilitación se incluyeron de forma específica en cada enfermedad. Además, se estableció el sistema modular con los objetivos, pero se eliminó el

sistema de habilidades. Se reorganizó el contenido, integrando todos los módulos relacionados entre sí en el área correspondiente. Se introdujeron y actualizaron módulos y contenidos y se desecharon otros. Se eliminó la actividad de intercambio semanal y la formación en centros de la comunidad. En lo evaluativo, desde 1996, se transformó el ejercicio teórico oral en examen estatal de forma escrita a nivel nacional. También se descentralizó su confección a las provincias. El modelo del egresado era el mismo declarado en el programa de 1990. (Ministerio de Salud Pública de Cuba, 2000)

En síntesis, las tendencias en este período de 15 años, caracterizado por un tránsito de tres versiones del programa formativo del especialista con tres años de duración, revelan:

- Que en su concepción en el diseño de la superación profesional, la dispepsia como contenido se incluía disperso y sin precisar dentro de las enfermedades digestivas, y aunque se proyectaba un enfoque integral, se circunscribió a lo curativo con el diagnóstico del enfermo en el hospital, en detrimento de lo promocional, preventivo y rehabilitatorio.
- Que la determinación de las necesidades de aprendizaje era insuficiente y se concentraba en el nivel secundario de atención de salud como una prioridad casi exclusiva para los especialistas en Gastroenterología.
- Que la estructuración del contenido de dispepsia para su integración al aplicar el método clínico en la atención médica integral al adulto, solo se restringió para el diagnóstico temprano y tratamiento oportuno de las afecciones digestivas, sin delimitación como síndrome englobador para una mejor atención especializada.

Segunda etapa (2003-2018). Extensión de la superación profesional del especialista en Medicina Familiar para el diagnóstico gastroscópico en el primer nivel de atención

El hito histórico pedagógico que demarca el inicio de la segunda etapa fue el diseño en 2003 del primer curso nacional de endoscopia digestiva superior en el primer nivel de atención de salud. Este hecho se desarrolló, en respuesta a la apertura de los servicios de endoscopia digestiva superior en los policlínicos de todo el país como directiva política de gobierno en el “Proyecto Revolución”. Así se llevaba al primer nivel de atención la mayor cantidad posible de procedimientos diagnósticos. (Instituto Nacional de Gastroenterología, 2003) En esta etapa es importante tener en cuenta la superación en el propio territorio nacional y en los países

donde Cuba brindó apoyo solidario. Se brindó superación en contenidos relacionados con la dispepsia, sin embargo, no a través del síndrome sino de las enfermedades causantes por separado. (Bustamante Alfonso & Bujardón Mendoza, 2019).

La concepción del diseño de la superación profesional en este periodo, se transformó en función de hacer un uso adecuado de la endoscopia digestiva superior como recurso diagnóstico en el primer nivel de atención. Con una proyección en el uso de la endoscopia digestiva superior, se inició el diseño de la superación profesional con una intencionalidad al contenido dispepsia como síndrome, que cubrió gran parte de las necesidades de aprendizaje de las enfermedades causantes de dispepsia. Sin embargo, continuó el predominio hacia el aspecto curativo que incluía el diagnóstico del enfermo en el contexto comunitario, en detrimento de lo promocional, preventivo y rehabilitatorio. (González-Carbajal Pascual & Martínez Leyva, 2009)

El primer curso nacional de endoscopia digestiva superior en el primer nivel de atención se diseñó por el grupo nacional de gastroenterología con 20 horas de duración. Su objetivo general se dirigió a desarrollar habilidades en los procedimientos endoscópicos del tracto digestivo superior. La estructuración del contenido dispepsia para su integración al aplicar el método clínico en la atención médica integral al adulto fue exhaustivo al incluir los temas siguientes: 1. El método clínico, aplicación en el diagnóstico gastroenterológico; 2. Principios básicos y técnica de la endoscopia superior diagnóstica; 3. Interpretación de los informes endoscópicos; 4. Dispepsia funcional; 5. Enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) y Hernia hiatal; 6. Gastritis aguda y crónica y 7. Enfermedad ulcerosa gastroduodenal. Emerge por vez primera, en los temas 4, 5, 6 y 7, el contenido dispepsia en el diseño de la superación profesional del especialista en Medicina Familiar. Con el título de Dispepsia funcional se incluyó en el sistema de conocimientos del programa su concepto, clasificación, factores de riesgo, elementos fisiopatológicos, cuadro clínico y tratamiento farmacológico. (Instituto Nacional de Gastroenterología, 2003).

En 2004 se diseña e implementa para desarrollar en la República Bolivariana de Venezuela el entrenamiento en endoscopia digestiva diagnóstica del tractus digestivo superior con 253 horas lectivas (3 meses) para los especialistas en Medicina Familiar graduados en Cuba del curso de endoscopia digestiva superior en el primer nivel de atención. Su objetivo fue continuar

la adquisición de las habilidades en la realización del procedimiento de endoscopia superior diagnóstica en los centros de diagnóstico integral para la atención a la población excluida. (González-Carbajal Pascual & Martínez Leyva, 2009)

En el año 2004 se reformó nuevamente el programa de formación del especialista en Medicina Familiar con la cuarta versión y se reduce el tiempo a dos años. En el 2006 se implementaron las normas y procedimientos para la gestión de posgrado con la instrucción 001/2006 como anexo a la Resolución 32 de 2004 con el reglamento de posgrado. Ambos fueron emitidos por el Ministerio de Educación Superior y establecieron un marco referencial para estructurar y organizar la superación profesional de los profesionales en la educación superior y dentro de ellos, los profesionales de la salud. Estas regulaciones se complementaron para el perfeccionamiento de las ediciones posteriores del curso de endoscopia digestiva superior en el primer nivel de atención para los especialistas en Medicina Familiar.

Muchos especialistas en Medicina Familiar que egresaron del curso, adiestramiento y diplomado de endoscopia digestiva diagnóstica del tracto digestivo superior terminaron siendo cantera para formarse como especialistas en Gastroenterología. (Instituto Superior de Ciencias Médicas, 2003) Aunque perfectible, es innegable que producto de esta superación, se desarrollaron competencias profesionales que fueron aprovechadas por los especialistas en Medicina Familiar en su posterior residencia en Gastroenterología. Esta fue cursada en su mayor parte en Centros Médicos de Diagnóstico Integral (CMDI) en la República Bolivariana de Venezuela y muchas veces continuada en Cuba, una vez concluida la misión. (del Valle Llufrío et al., 2023)

En síntesis, las tendencias en este fructífero período de 16 años, distintivo por el tránsito de la cuarta versión del programa formativo del especialista con dos años de duración y por la connotación de la dispepsia como contenido en su superación con una prioridad nacional e internacional, revelan:

- Que en su concepción el diseño de la superación profesional se transformó para hacer un uso adecuado de la endoscopia digestiva superior como recurso diagnóstico y para el diagnóstico endoscópico en el adulto realizado por el especialista en Medicina Familiar adiestrado y aunque se proyectaba un enfoque integral, continuó un predominio a lo curativo que incluía el diagnóstico del enfermo en el contexto comunitario, en detrimento

de lo promocional, preventivo y rehabilitatorio.

- Que la determinación de las necesidades de aprendizaje con intencionalidad al contenido dispepsia como síndrome desde el primer nivel de atención, cubrieron gran parte de las enfermedades digestivas causantes de dispepsia.
- Que la estructuración del contenido dispepsia para su integración al aplicar el método clínico en la atención médica integral al adulto, fue exhaustiva y pormenorizada en los temas incluidos en todas las versiones del curso de superación que enfatizaron en el método clínico y en la delimitación del contenido dispepsia como síndrome, su clasificación y las enfermedades digestivas que lo producen para una mejor atención especializada.

Tercera etapa (2019-2025). Retorno a la superación profesional para la atención a las enfermedades digestivas

El hito histórico pedagógico en la tercera etapa es el retorno a la etapa inicial al dejar de ser una prioridad la superación profesional del especialista en Medicina Familiar para cubrir los servicios gastroscópicos en Venezuela. En este año también inició la articulación de la implementación de las dos regulaciones metodológicas principales del MES: la Resolución No. 140 del 2019 (Reglamento de la Educación de posgrado de la República de Cuba, 2019) y el nuevo Manual para la Gestión del Posgrado en 2020. (Manual para la gestión de posgrado, 2020)

A partir del 2018 se implementó la quinta versión del programa de formación del especialista en Medicina Familiar, que retoma los tres años. Los autores consideran que este nuevo programa cumple con el modelo del profesional del Especialista de Primer Grado en Medicina Familiar que se pretende formar con una elevada concepción científica del mundo y en función de las crecientes necesidades de salud del pueblo. Este contribuye a desarrollar un proceso docente-educativo de superior calidad que el anterior. El incremento de las horas de estancias hospitalarias a cinco semanas a tiempo completo favorece el cumplimiento de las habilidades relacionadas con la atención a enfermedades infrecuentes en el primer nivel de atención. El contenido se plantea bajo el sistema de cursos, concretándose en siete áreas, objetivos generales y por años, además de competencias y habilidades. Cada área se divide en cursos y

a su vez cada uno se fragmenta en unidades temáticas. Se definieron 33 cursos, de ellos 29 corresponden a la función de atención médica, uno a la de dirección, uno a la investigativa, una a la docente y uno a la función especial. (Ministerio de Salud Pública de Cuba, 2023).

La implementación del Modelo de Medicina Familiar se sustentó para que el Médico y la Enfermera de la Familia se desempeñaran con éxito en la ejecución de acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades y el enfermo en su contexto familiar y social. Todo esto estuvo sustentado en el trabajo intersectorial y comunitario. Los contenidos de Gastroenterología se incluyen en el segundo año, con una duración de tres semanas. La forma de organización docente principal es la educación en el trabajo. Se incluyen, enfocadas en este caso como dolor abdominal recurrente, las siguientes causas de dispepsia: úlcera péptica y duodenal, colecistopatías crónicas, tumores abdominales y cáncer de vías digestivas; pero no a partir de su manifestación clínica principal que es la dispepsia. (Ministerio de Salud Pública de Cuba, 2023)

La reunión del grupo básico de trabajo se declara como el espacio ideal para el análisis del desarrollo de los programas de superación profesoral. Esta situación coincide con la implementación de la quinta y más reciente versión del programa de formación del especialista en Medicina Familiar. Se concibe que todo profesional se encuentra bajo un programa de superación y actualización continuas. (Prieto Peña et al., 2022)

Aunque hay muchos especialistas en Medicina Familiar egresados del curso, adiestramiento y diplomado de endoscopia digestiva diagnóstica del tracto digestivo superior, la concepción del diseño de la superación profesional retorna a la situación anterior. En la misma el contenido dispepsia, en los escasos cursos de superación que se diseñaron, no se declaraba de forma evidente y se mantiene disperso dentro de las enfermedades digestivas. Su enfoque, aunque se proyecta hacia la promoción, prevención y curación individual en interacción con lo familiar y comunitario, adolece de la rehabilitación y del diagnóstico temprano de los síntomas de alarma en el paciente con dispepsia.

En síntesis, las tendencias en este corto período de seis años, revelan:

- Que la concepción del diseño de la superación profesional regresa a la situación anterior,

donde el contenido dispepsia no se declara de forma evidente y se mantiene disperso dentro de las enfermedades digestivas con un enfoque que, aunque se proyecta hacia lo promocional, preventivo y curativo individual en interacción con lo familiar y comunitario; adolece de lo rehabilitatorio y del énfasis en el diagnóstico temprano de los síntomas de alarma,

- Que en la determinación de las necesidades de aprendizaje se declina en la intencionalidad de la etapa anterior y se torna insuficiente y
- Que en la estructuración del contenido dispepsia para su integración al aplicar el método clínico en la atención médica integral al adulto, se regresa a la indefinición del contenido de dispepsia con los procedimientos para el diagnóstico y el tratamiento de determinadas enfermedades digestivas.

Lo antes revelado, evidencia que en la determinación de las necesidades y por tanto, el diseño de la superación profesional, aunque se implementan nuevas regulaciones metodológicas de posgrado y una nueva versión en el programa de formación del especialista, se retorna al contenido de las enfermedades digestivas sin tener en cuenta la especificidad de la dispepsia y esto reduce el espectro para la atención al enfermo, que se proyecta hacia lo promocional, preventivo y curativo individual con limitaciones en lo rehabilitatorio y en el diagnóstico temprano de los síntomas de alarma de la dispepsia.

Conclusiones

Lo anterior permite revelar que en esta periodización el comportamiento histórico-tendencial del objeto y el campo de esta investigación, ha transitado desde una concepción del diseño de la superación profesional donde el contenido dispepsia estuvo implícito y disperso dentro de las enfermedades digestivas con el diagnóstico y enfoque curativo casi circunscripto al contexto hospitalario. Este transitó por una prioridad política con extensión nacional e internacional para el uso de la endoscopia digestiva superior y para que este proceder lo realizaran los especialistas de Medicina Familiar en el primer nivel de atención pero aún limitado a lo curativo. En un momento dejó de ser una prioridad y se retornó a la situación inicial con un enfoque promocional, preventivo y curativo, que adolece de lo rehabilitatorio y sin intencionalidad hacia el diagnóstico temprano de los síntomas de alarma en el paciente

con dispepsia.

Recorre desde una deficiente determinación de las necesidades de aprendizaje por su primacía entre gastroenterólogos del contexto hospitalario que transitó por un auge con preponderancia del contexto comunitario que cubrió gran parte de la dispepsia y las enfermedades digestivas causantes. Posteriormente vuelve a ser deficiente porque dejó de ser una prioridad.

Atraviesa por una estructuración del contenido dispepsia delimitado solo al diagnóstico y al tratamiento de las afecciones digestivas, sin una delimitación como síndrome que las engloba para una mejor atención especializada, hasta una exhaustividad donde en todas las versiones de superación se enfatizó en el método clínico y en la delimitación del contenido dispepsia como síndrome. Posteriormente regresó a una indefinición como contenido, al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades digestivas.

En general, las tendencias históricas evidencian un desbalance entre las tres etapas identificadas dado a que en la segunda por una prioridad política llegó a su máximo auge donde se cubrieron todas las necesidades de aprendizaje para el diseño. Luego dejó de serlo y en la actualidad se retorna a una etapa donde la dispepsia vuelve a diluirse dentro de las enfermedades digestivas que la producen. Aunque desde la formación del especialista se proyecta un enfoque integral para la atención médica, la dispepsia continúa sin estructurarse como contenido específico. Por eso subyacen limitaciones en la atención médica integral del enfermo con dispepsia y la detección temprana de sus signos de alarma para influir en su morbilidad desde la actuación especializada en el primer nivel de atención.

Referencias bibliográficas

- Assef, J. A. C., & Porro, L. L. S. (2007). Dispepsia: Necesidad de una guía de práctica clínica para su evaluación en la atención primaria de salud. *Mediciego*, 13(1). <http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/2815>
- Bustamante Alfonso, L., & Bujardón Mendoza, A. (2019). La superación profesional de médicos integrales comunitarios venezolanos en Anzoátegui. *Humanidades Médicas*, 19(2), 389-404.
- Cáceres Diéguez, A., & Cruz Baranda, S. S. (2010). Evolución histórica de la Atención

- Primaria de Salud y su repercusión en la superación profesional. *MEDISAN*, 14(9), 0-0.
- Carlos, R., & Marquez, M. (2023, abril 1). LA MEDICINA FAMILIAR EN CUBA Y EL MUNDO. *conabreus2023*. conabreus2023. <https://apscfg.sld.cu/index.php/apscgf/conabreus2023/paper/view/95>
- Ceballos Arrieta, J. J., Hatim Ricardo, A., Ardanza Zulueta, P., Alvarez Blanco, A. S., & Corvisón Cuenca, F. (1993). El perfeccionamiento y la educación permanente de los recursos humanos de salud. *Educación Médica y Salud (OPS)*, 264-276.
- del Valle Llufrió, P., del Huerto Marimón, M. E., & Díaz Díaz, A. A. (2023). Propuesta de competencias profesionales específicas para la formación de los especialistas en gastroenterología. *Educación Médica Superior*, 37(1). http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21412023000100015&script=sci_arttext&tlng=en
- González-Carbajal Pascual, M., & Martínez Leyva, L. (2009). La endoscopia en el tratamiento de la dispepsia no complicada: Entre verdades y sombras. *Revista Cubana de Medicina*, 48(1), 0-0.
- Instituto Nacional de Gastroenterología. (2003). *Curso de Capacitación en Endoscopia Digestiva a la Atención Primaria de Salud*.
- Instituto Superior de Ciencias Médicas, Ii. N. de G. (2003). *Diplomado en Endoscopia Digestiva Diagnóstica del Tracto Digestivo Superior*.
- López Espinosa, G. J., Lemus Lago, E. R., Valcárcel Izquierdo, N., Torres Manresa, O. M., López Espinosa, G. J., Lemus Lago, E. R., Valcárcel Izquierdo, N., & Torres Manresa, O. M. (2019). La superación profesional en salud como modalidad de la educación de posgrado. *EDUMECENTRO*, 11(1), 202-217.
- Manual para la gestión de posgrado, Pub. L. No. 1 (2020).
- Ministerio de Salud Pública. (2015). *Plan de Estudio y Programa de la Asignatura de Gastroenterología*.
- Ministerio de Salud Pública de Cuba. (1990). *Plan de Estudios de la Residencia de Medicina*

General Integral. Segunda versión.

Ministerio de Salud Pública de Cuba. (2000). *Plan de Estudios de la Residencia de Medicina General Integral. Tercera versión.*

Ministerio de Salud Pública de Cuba. (2023). *Programa del médico y la enfermera de la familia.* <http://www.bvscuba.sld.cu/libro/programa-del-medico-y-la-enfermera-de-la-familia-2da-ed/>

Prieto Peña, A. I., González Sánchez, A., Hernández Rabelo, Y., Prieto Peña, A. I., González Sánchez, A., & Hernández Rabelo, Y. (2022). El rol del tutor en la formación del especialista de Medicina General Integral. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 38(1). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-21252022000100018&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Proveyer Derich, S., Rodríguez Morales, I., & Ortiz Reyes, R. M. (2003). Ensayos clínicos y buenas prácticas clínicas: Una encuesta a especialistas del Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. *Revista Cubana de Medicina*, 42(4), 0-0.

Ramos Hernández, L., Miranda Vázquez, A., Alonso Ayala, O., Álvarez Escalante, L., Miranda Vázquez, J. M., Ramos Hernández, L., Miranda Vázquez, A., Alonso Ayala, O., Álvarez Escalante, L., & Miranda Vázquez, J. M. (2022). Superación profesional sobre uso racional de medicamentos dirigida a los médicos generales integrales. *EDUMECENTRO*, 14. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2077-28742022000100069&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Reglamento de la Educación de posgrado de la República de Cuba, Pub. L. No. 140 (2019). <https://www.instituciones.sld.cu/ucmh/files/20192/01/RM-132-04-Reglamento-de-la-Educ-de-Posgrado.pdf>

Rodríguez García, R. (1994). *Eficacia de la técnica de medicina tradicional y natural* (2). Psychological Inquiry. https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=Eficacia+de+la+t%C3%A9cnica+de+medicina+tradicional+y+natural&btnG=#d=gs_cit&t=1749154048230&u=%2Fscholar%3Fq%3Dinfo%3A6voLFNxsGXcJ%3Ascholar.google.com%2F%26output%3Dcite%26scirp%3D0%26hl%3Des