

Análisis histórico tendencial del proceso de formación del médico cubano por la medicina familiar

Historical Trend Analysis of the Cuban Doctor Training Process Through Family Medicine

Indira Barcos Pina^{1*} <https://orcid.org/0000-0003-2328-6366>

Roberto Álvarez Sintés² <https://orcid.org/0000-0002-1942-3658>

Guillermo José López Espinosa³ <https://orcid.org/0000-0001-8699-8366>

¹Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba.

²Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. La Habana, Cuba.

³Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara. Villa Clara, Cuba.

*Autor para la correspondencia: ibarcospina@gmail.com

RESUMEN

Introducción: La formación médica debe responder al encargo social del país, sin desestimar las tendencias internacionales ni los referentes de su historia.

Objetivo: Determinar características y tendencias históricas del proceso de formación del estudiante de Medicina según el modelo cubano de medicina familiar.

Métodos: Se realizó investigación básica, fundamentada en el paradigma dialéctico con enfoque cualitativo, longitudinal, retrospectivo y descriptivo; se empleó el método histórico, revisión documental y bibliográfica. Se utilizaron los métodos analítico-sintético, inductivo-deductivo y generalización-abstracción; se analizaron 77 fuentes. Se establecieron tres etapas: 1726-1958, 1959-1983, 1984-actualidad.

Resultados: Se analizó el objeto a lo largo de su historia y se identificaron tendencias que evidenciaron la importancia de emplear propuestas teórico-prácticas para mejorar la formación en medicina familiar de los futuros médicos.

Conclusiones: La formación del médico y su dinámica parten de un modelo educativo resultante de la fusión del modelo pedagógico con el modelo sanitario, desde una concepción social, preventiva y profiláctica del Sistema Nacional de Salud; desde la vinculación de la teoría con la práctica, mediante la consolidación de la interacción a través de la educación en el trabajo en contexto comunitario, con mayores posibilidades de contextualización a las necesidades locales mediante los currículos propios y optativo/electivo; desde una dinámica formativa centrada en la disciplina principal integradora y las estrategias

curriculares, a través de las funciones de atención médica integral, docente-educativa, investigativa, administrativa y en situaciones especiales.

Palabras clave: Medicina familiar; plan de estudio; medicina; tendencias históricas.

ABSTRACT

Introduction: Medical training must respond to the country's social mandate, without disregarding international trends and historical precedents.

Objective: To determine the characteristics and historical trends of the medical student training process within the Cuban family medicine model.

Methods: Basic research was conducted, grounded in the dialectical paradigm with a qualitative, longitudinal, retrospective, and descriptive approach. The historical method was employed, and a documentary and bibliographic review was carried out. The analytical-synthetic, inductive-deductive, and generalization-abstraction methods were used; 77 sources were analyzed. Three periods were established: 1726-1958, 1959-1983, and 1984-present.

Results: An analysis of the subject was conducted throughout its history, identifying trends that demonstrated the importance of employing theoretical and practical proposals to improve family medicine training for future physicians.

Conclusions: The training of physicians and its dynamics stem from an educational model resulting from the fusion of the pedagogical and healthcare models, from a social, preventive and prophylactic conception of the National Health System; from the linking of theory with practice, through the consolidation of interaction via education in the work context of the community, with greater possibilities of contextualization to local needs through the own and optional/elective curricula; from a formative dynamic centered on the main integrating discipline and curricular strategies, through the functions of comprehensive medical care, teaching-educational, research, administrative and in special situations.

Keywords: Family medicine; curriculum; medicine; historical trends

Recibido: 08/08/2026

Aceptado: 21/08/2026

Introducción

Los sistemas sanitarios y las universidades médicas están llamados al cambio en la práctica y la educación; deben responder a las necesidades de la población con calidad en los servicios que brindan.

Lo anterior justifica la formación del recurso humano para este tipo de atención, por lo que se impone insistir más en la enseñanza de la Atención Primaria de

Salud (APS) y la medicina familiar (MF) en las facultades de medicina. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Mundial de Médicos Generales/Médicos de Familia (WONCA) se empeñan en que la práctica y la educación médica sean más adecuadas a las necesidades de las personas, familias, comunidades y medio ambiente con la contribución de los currículos de formación médica.^(1,2,3)

En América y Europa, durante el siglo XIX y principios del XX, la mayoría de los profesionales de la medicina eran médicos generales. Cada familia tenía su médico, generalmente para todos los miembros, que llegaba a ser un líder comunitario, consejero, epidemiólogo, promotor de cambios sociales, estudioso continuo e investigador. Resolvía la mayor parte de los problemas que atendía.⁽⁴⁾

En Cuba, el triunfo de la Revolución constituyó una transformación para la sociedad y, en particular, para la medicina, con el establecimiento de un modelo de atención orientado a la asistencia médica de toda la población, que garantizaba accesibilidad, universalidad y gratuidad de los servicios.^(5,6)

En la década de los años 80, el Presidente Fidel Castro Ruz reflexionó sobre los necesarios cambios en la educación médica, las ventajas del policlínico como escenario docente y la creación de una nueva especialidad: la Medicina General Integral (MGI),⁽¹⁾ hoy MF,⁽⁷⁾ dirigida a la formación de un recurso humano científicamente calificado para prestar servicios en el modelo de medicina familiar que comenzó el 4 de enero de 1984.^(7,8,9)

En 1994, se elaboró un documento de trabajo conjunto de la OMS-WONCA: "Hacer que la Práctica Médica y la Educación Médica sean más adecuadas a las necesidades de la gente: la contribución del Médico de Familia",^(2,3) que recomendó implementar la formación en MF en las modalidades de pregrado, posgrado y educación continuada.

Las tendencias de la Federación Mundial de Educación Médica (WFME), la Asociación Médica Mundial (AMM), la OMS y las conferencias mundiales de educación médica exigen que los currículos médicos respondan a las necesidades de salud de la sociedad. Existe consenso en que la mejor forma de hacerlo es a través de la APS y en todos los niveles de la organización de los servicios.^(2,3,10)

En consecuencia, en Cuba el surgimiento del médico de familia propició las bases para el desarrollo de la salud pública y de la formación de sus recursos humanos, sin desestimar las tendencias internacionales ni los referentes de su historia.

El análisis histórico permite percibir el alcance y la trascendencia de los planes de estudio y estrategias aplicados en respuesta a los perfeccionamientos del modelo del médico de familia, así como los momentos más trascendentales del desarrollo que motivaron saltos de calidad en este proceso.

Por esta razón, resulta esencial comprender los avances y limitaciones de la MGI/MF en el proceso de formación del estudiante de medicina en Cuba, para

caracterizarlo, determinar sus tendencias y proponer acciones didáctico-pedagógicas necesarias para su potenciación.

Los autores se proponen como objetivo: determinar las características y tendencias históricas del proceso de formación del estudiante de Medicina en el modelo cubano de medicina familiar.

Métodos

Se realizó una investigación enmarcada en el paradigma dialéctico que permitió analizar la formación por MGI/MF del estudiante de Medicina y su dinámica como un proceso histórico con regularidades y tendencias. Tuvo enfoque cualitativo, con la finalidad de construir sentidos a partir de los significados contenidos en documentos y materiales que abordan el proceso en estudio. Fue una investigación básica, con carácter longitudinal retrospectivo y alcance descriptivo, pues se centró en describir las características, cambios, regularidades y tendencias durante el período comprendido entre 1726 y la actualidad.

Se empleó el método histórico para comprender el carácter dialéctico de la historicidad del proceso de estudio.

Se realizó revisión documental y bibliográfica. La información se abordó mediante los métodos analítico-sintético, inductivo-deductivo y generalización-abstracción. Se analizaron 77 fuentes: planes de estudio de la carrera de medicina, libros, artículos científicos, tesis y documentos normativos.

Se consideraron los aspectos éticos, el respeto a la propiedad intelectual y se realizó posicionamiento basado en la evidencia documental.

La principal categoría de estudio fue la formación por MGI/MF del estudiante de Medicina y su dinámica. Se utilizó una propuesta de periodización, científicamente reconocida, sobre el desarrollo de los modelos de atención en Cuba,⁽¹⁾ que consideró tres etapas: antes del triunfo de la Revolución, desde 1959 a 1983 y una tercera desde 1984 hasta la actualidad.

Se estructuró cada período histórico en el criterio y los indicadores siguientes:

Criterio: presupuestos teórico-metodológicos de la praxis en MGI/MF del estudiante de Medicina.

Indicadores:

- Definición del modelo educativo de educación superior para la formación del médico.
- Concepción de la educación, la atención médica integral a individuos sanos o enfermos, familias, comunidad, aspectos sociobiológicos, ecológicos, higiene, epidemiología y administración. Promoción, prevención y profilaxis en la formación profesional y su práctica.

- Vías y formas para desarrollar la interacción del estudiante con la MGI/MF.
- Atención a las cinco funciones que debe cumplir el egresado de la carrera de Medicina.⁽¹¹⁾

Conforme al criterio y a los indicadores asumidos, constituyeron hitos: las transformaciones en la formación de los profesionales de la salud con el triunfo de la Revolución, la implementación en 1985 del llamado Nuevo Plan de Estudio de Medicina (NPEM), la municipalización de la formación médica con el Proyecto Policlínico Universitario (PPU) y la implementación de estrategias curriculares y la disciplina principal integradora (DPI).

Resultados

Previo al triunfo de la Revolución. Etapa I (1726-1958)

La formación de médicos en Cuba comenzó en 1726. Durante 234 años existió una sola Facultad de Medicina radicada en la capital; en la actualidad existen 13 Universidades con 29 Facultades y 12 Filiales de Ciencias Médicas, la Escuela Latinoamericana de Medicina y la Escuela Nacional de Salud Pública.^(12,13)

No existía la MF. Desde 1902 hasta 1958 se implementaron varios planes de estudio. Como antecedentes de inclusión de contenidos sobre esta futura especialidad en la formación del médico se puede considerar el año 1842, cuando emergieron dos asignaturas: Higiene Privada e Higiene Pública.^(11,14,15)

En cuanto a la forma de enseñanza, los datos son escasos, pero en estos más de 230 años la formación médica se distinguió por métodos pedagógicos obsoletos y solo se realizaban prácticas en los hospitales.^(15,16)

Previo al surgimiento del modelo del médico y enfermera de la familia. Etapa II (1959-1983)

A partir de 1959, con el triunfo de la Revolución, se proclamó la salud como un derecho del pueblo y deber del Estado,^(5,6) por lo que se impuso formar médicos acordes con estos principios.

Desde 1962, con la Reforma Universitaria, desapareció la asignatura de Higiene y se creó la de Medicina Preventiva, que se mantuvo hasta el curso 1970-1971.

En 1966 se incluyeron prácticas de familiarización en los policlínicos,⁽⁹⁾ lo que constituyó un aporte al iniciar el vínculo de los estudiantes con los escenarios del primer nivel de atención.

Internacionalmente, la MF como especialidad nació en la década de 1960. En 1969 se reconoció como la 20ª especialidad médica de los EE.UU. En 1971, la Academia Americana de Medicina General cambió su nombre por el de Academia Americana de Médicos de Familia.^(1,17)

En América Latina, México fue el primer país en incorporar de manera oficial la MF y en 1974 la reconoció como especialidad. A partir de 1970, la especialidad se extendió a los cinco continentes y dos años después, en 1972, se creó la WONCA.⁽¹⁾

En Cuba, durante 1981 y 1982 se realizó en todo el país un análisis de la Educación Médica Superior. También se enviaron dúos de profesores a visitar siete países considerados los más avanzados en formación médica, para analizar la formación de médicos y sus sistemas de salud.^(16,17)

El análisis anterior sirvió, junto a las demandas provenientes de la situación de salud y Educación Médica cubanas, al marco conceptual de la Educación Superior cubana y a las tendencias mundiales de la educación médica, para decidir la elaboración de un nuevo currículo para la carrera de medicina.^(9,16,17)

Modelo del médico y enfermera de la familia. Etapa III (1984- actualidad)

En 1984 cambió el modelo de atención en el Sistema Nacional de Salud (SNS); surgieron el médico y la enfermera de la familia y, en consecuencia, se decidió crear la especialidad de MGI y formar en pregrado un médico general básico (MGB), categorizado así para diferenciarlo del especialista, que, a través de su trabajo en la APS, se formara como especialista y ejerciera la profesión como médico de familia en la comunidad.^(1,7,16,18,19)

En 1985, bajo la conducción del Profesor de Mérito Fidel Ilizástigui Dupuy, se elaboró un plan de estudio no a partir de las disciplinas académicas, sino de las necesidades de salud de la población, entrelazando los contenidos de tal modo que el plan fue una sola unidad y no un cúmulo de disciplinas y asignaturas.

Uno de los componentes más importantes fue la definición de las bases teórico-metodológicas, enfocadas en la MGI. En otras palabras, un diseño orientado hacia el modelo de atención del médico de la familia.^(16,20,21) Se introdujo el trabajo por estancias y se establecieron las de Sociedad y Salud (90 horas) en primer año, MGI (168 horas) en quinto año y una rotación de MGI (441 horas) en el internado.^(11,16)

La estancia de Sociedad y Salud marcaba la entrada a los estudios médicos, inculcaba al estudiante su función como futuro médico de familia y le proporcionaba un modelo para su ejercicio profesional. La otra estancia, denominada MGI, se desarrollaba también en el nivel primario y utilizaba las instalaciones del policlínico y del consultorio médico de familia.

Los autores consideran un aporte del Profesor Ilizástigui que el diseño del Plan se hiciera a partir de los problemas de salud que el profesional debe atender y resolver en la comunidad; se identificaron los niveles de actuación. Aparece como novedad formativa en el currículo la incorporación de contenidos sociales e higiénico-epidemiológicos en estancias clínicas.

Fueron elementos novedosos: la integración y coordinación horizontal y vertical de los contenidos básicos biomédicos y sociales, clínicos e higiénico-epidemiológicos; nuevas formas de organización del proceso de enseñanza-aprendizaje: educación en el trabajo; el énfasis en los métodos productivos de enseñanza y aprendizaje; la solución de problemas clínicos y epidemiológicos; la aplicación del método científico en sus aspectos clínico, epidemiológico y de análisis de situación de salud (ASIS); y la definición de una disciplina rectora de la APS: la MGI.^(9,15,16,17)

En 1987 se creó el Programa de Atención Integral a la Familia, que un año más tarde se conocería como Programa de Trabajo del Médico y Enfermera de la Familia, el Policlínico y el Hospital (PMEF),^(20,21) aspectos que se fueron ajustando en el plan de estudios.

El establecimiento de las estancias emergió como la vía más directa para vincular a los estudiantes con los servicios y escenarios reales donde transcurre el proceso salud-enfermedad, y devino principio rector de la educación médica cubana.⁽¹⁶⁾

En el curso 1993-1994 se organizó, en el cuarto año, la asignatura Introducción a la Sanología o MGI-I, con una duración de seis semanas, que abordaba entre sus contenidos: promoción de salud, prevención de enfermedades, familia, comunidad, y el crecimiento y desarrollo en la persona sana.

La asignatura MGI-II del 5to. año, en el curso 1997-1998, incrementó su número de horas por los contenidos de la Medicina Natural y Tradicional (MNT) que se le incluyeron.

En 1996 se creó la asignatura Introducción a la Clínica para que se impartiera en el nivel primario, enfocada en el perfil del médico de familia, y desplegaba contenidos de comunicación y examen físico.

En el curso 1999-2000 se produjeron innovaciones que favorecieron a la MF:^(11,22,23) La asignatura Sociedad y Salud se sustituyó por Introducción a MGI; de esta manera la MF alcanzaba mayor espacio en el currículo. También se introdujo en 4to. año la estancia MGI-I con contenidos acerca de la salud de las personas, familias y comunidad. Además, la asignatura MGI-II en el 5to. año se reformuló hacia los problemas dominantes de salud.

Este NPEM implementó la opción pedagógica, creada por la profesora Silvia Martínez Calvo,^(24,25) cuyo eje conductor es el ASIS y constituye el sustrato metodológico para las estancias denominadas sociomédicas.

Al iniciar el curso 2003-2004 se efectuó un proceso de ajuste y reformulación del internado enfocado en desarrollar el proceso docente-educativo desde el nivel primario; se conoció como Reingeniería del Internado y se aprobó un Internado Profesionalizante.⁽¹¹⁾

En el curso 2004-2005 se desarrolló un modelo de enseñanza para la municipalización: el PPU, a través del cual el nivel primario, y especialmente el policlínico, se convirtió en el escenario docente principal; el plan de estudio no

sufrió cambios trascendentales en cuanto a contenidos y se mantuvo la malla curricular.^(11,22,23)

Se produjo un cambio en el balance entre el escenario hospitalario y el comunitario, que favoreció la incorporación de un número elevado de profesionales de la MF como docentes, quienes asumieron la responsabilidad de ser facilitadores o tutores en este modelo. El modelo tuvo entre sus objetivos generales la premisa de convertir los policlínicos y consultorios de MF en el escenario docente principal para la formación del MGB.

Recapitulando, la Medicina Familiar en 1984 impartía dos estancias (primero y quinto años) y una rotación en el internado. En 2009 impartía tres estancias (primero, cuarto y quinto años), una asignatura (segundo año) y una rotación en sexto.

En 2010 ocurrieron las transformaciones necesarias en el SNS y se actualizó el PME^F.^(21,26,27) Así, en el curso 2010-2011 se implementó un perfeccionamiento donde la MF está representada con cuatro asignaturas, una estancia y una rotación:

La asignatura Introducción a la clínica se desagregó para formar parte de las asignaturas propias de la MGI. Se coordinaron las asignaturas: Introducción a la MGI, que dejó de ser estancia, con Morfofisiología I y Morfofisiología II; Promoción de Salud con Morfofisiología III y Morfofisiología IV; Prevención en salud con Morfofisiología V y VI.

El ejercicio de evaluación final de la asignatura Metodología de la Investigación y Estadística se coordinó con la asignatura Medicina Comunitaria.

La estancia MGI-I desapareció y las estancias de Pediatría y Ginecología y Obstetricia incrementaron sus horas lectivas al encargarse de esos contenidos. Se prescindió del internado profesionalizante y quedó el Internado Rotatorio.

La MGI se declaró DPI, pero agrupó solo a las asignaturas propias de la MGI y no se elaboró programa de disciplina.⁽²²⁾

Se utilizó un nuevo concepto: Estrategias Curriculares, y se elaboraron cinco;^(9,11) aunque no se diseñaron con los requerimientos metodológicos necesarios, fueron corregidas y enriquecidas en los planes "D" y "E".

En términos del diseño curricular, los autores consideran una desventaja que en la estructuración de las unidades curriculares a impartir en los escenarios del PME^F no predominó la modalidad de estancias, conceptualizada por el Profesor Ilizástigu para la educación en el trabajo.

Resalta primer año: la estancia Introducción a MGI dejó de serlo, cambió de seis semanas con dedicación exclusiva al PME^F a 18 semanas extendidas, con igual fondo de tiempo. A criterio de los autores, perdió el propósito de su antecesora Sociedad y Salud.⁽¹⁶⁾

Además, desapareció la estancia y las horas lectivas de la MGI del cuarto año. Los contenidos y habilidades de la atención al embarazo, puerperio e infancia dejaron de enseñarse por los especialistas en MF y en los consultorios del PME^F,

escenario donde se brinda la atención médica integral con énfasis en lo promocional y preventivo a estos grupos poblacionales. Se observa cierta distancia entre esa formación ideal y los escenarios reales en que se imparte.

En el curso 2016-2017 se implementó el Plan "D". Sus principales transformaciones fueron en el plan de proceso docente y los programas de disciplinas y asignaturas.⁽¹⁷⁾ El 29 de julio de ese año inició una reingeniería curricular para la generación del Plan de estudios "E". La defensa se realizó el 26 de junio de 2019 y se aprobó su implementación en el curso 2019-2020.^(13,17)

Con el Plan "D" se imparten por la MF cinco asignaturas, una estancia y una rotación en el internado. Además, se participa en la estancia de Salud Pública en quinto año.

Al comparar el "D" con el "E" encontramos que la asignatura Introducción a la MGI gana 16 horas de guardia; Prevención en Salud pierde 50 horas; desaparece Medicina Comunitaria (76 horas); se implementa la asignatura MNT a partir de los contenidos de los tres cursos propios del Plan "D" (68 horas); desaparece la asignatura Proyecto de Investigación (se pierden 20 horas). Se reajusta la estancia MGI a 5 semanas (disminuye 8 horas) y la estancia Salud Pública pierde 74 horas.

En resumen, en el Plan "E" se imparten por la medicina familiar tres asignaturas: Introducción a la MGI, Promoción de Salud y Prevención en Salud; una estancia en quinto año y una rotación en el internado. En algunas instituciones se imparten Introducción a la Clínica y MNT; en otras las asume otro departamento. También se participa en la estancia de Salud Pública en quinto año.

Del total de horas de la carrera, el Plan "D" utiliza el PMEF como escenario formativo en 1568 horas (15,6 %). En el "E" se emplean 1284 horas.⁽¹¹⁾

Con el "E", los cambios fundamentales fueron: modificación del tiempo de algunas disciplinas, reducción del número de exámenes finales e incremento de otros tipos de evaluación final. En las asignaturas que imparte la MF, solo realiza examen final la rotación del internado.⁽¹¹⁾

Comparados con los anteriores, los planes "D" y "E" permitieron una gran flexibilidad, dada por la coexistencia de tres tipos de contenidos curriculares: básico, propio y optativo/electivo. Los dos últimos propician la vinculación con la realidad sanitaria del territorio y con las preferencias e intereses de los estudiantes.

Discusión

La universidad médica cubana es una concepción y no una edificación; existe y se desarrolla en cada uno de los lugares donde se produce el proceso docente-asistencial-investigativo. No es una universidad que se integra a los servicios de salud, sino que existe en ellos, como expresión del desarrollo alcanzado.

En Cuba, en los últimos 65 años, cada vez que cambió el modelo asistencial cambió el modelo formativo, ajustado y pertinente al modelo atencional.

En términos de diseño curricular, los autores asumen que las transformaciones en la APS, el PMEF y la creación de la Especialidad de MGI/Familiar establecieron el marco propicio para el desarrollo de los contenidos del modelo MF en pregrado.

Todos los planes de estudio analizados diseñaron estancias, asignaturas y rotaciones. Al evaluar los resultados, los autores consideran negativo que el aprendizaje de MF no se realice en estancias, ya que el Plan de Estudio con más estancias en el PMEF fue el de 1986-2009, con tres y una rotación en el sexto año. En la actualidad solo existe una estancia de MGI en el quinto año y una rotación en el internado.

Cabe resaltar que esos planes de estudio han estado diseñados con las ideas del profesor de mérito Fidel Ilizástigui Dupuy, quien conceptualizó la educación en el trabajo y estableció las estancias como la vía más directa para vincular a los estudiantes con los servicios y escenarios reales donde transcurre el proceso salud-enfermedad; ello devino principio rector de la educación médica cubana.^(9,16,17)

Los autores consideran que contar con más estancias en el primer nivel de atención contribuirá a la integración de la teoría y la práctica de la MF. Por tanto, se reconoce la necesidad de un mayor trabajo metodológico en los colectivos docentes, que articule las potencialidades de los componentes académico, laboral, investigativo y extensionista.

No se recuperaron las horas de estancia en el PMEF del cuarto año de la carrera, perdidas desde 2010. No obstante, los autores piensan que la integración docente, atencional e investigativa con la participación del especialista en MF ha favorecido el proceso formativo en el PMEF.

Los autores consideran, a partir de la revisión de los planes de estudio, que la atención teórico-metodológica a los contenidos del PMEF se ha consolidado con la inclusión de contenidos sociomédicos, el diseño de la DPI y el avance en las estrategias de carácter interdisciplinario, todos perfeccionados con los Planes "D" y "E".⁽¹¹⁾

Sin embargo, piensan que prevalecen modelos teóricos tradicionales que subvaloran estos contenidos. Por tanto, se reconoce la necesidad de continuar perfeccionando las unidades curriculares que se imparten en el primer nivel de atención e incrementar el tiempo para que el estudiante adquiera habilidades y desarrolle acciones de salud que le permitan profundizar en el programa de mayor trascendencia en la APS de Cuba: el PMEF.⁽²⁰⁾

Por último, los autores reconocen que se han hecho esfuerzos importantes para incorporar la MF al proceso de formación del médico cubano, pero la enseñanza sigue siendo predominantemente hospitalaria, y no es prudente perder horas en el PMEF.

Conclusiones

El estudio histórico-tendencial ha permitido revelar cinco tendencias históricas en el proceso de formación del médico cubano por la medicina familiar y su dinámica:

1. La formación parte de un modelo educativo sui géneris, resultante de la fusión del modelo pedagógico de educación superior con el modelo sanitario, estructurado sobre la estrategia de atención primaria de salud, que tiene como base la integración docente, atencional e investigativa.
2. El currículo parte de los problemas y necesidades de salud de la población y prevé la formación de un médico generalista, con aptitudes humanistas y un enfoque promocional y preventivo, caracterizado por competencias diagnósticas, terapéuticas y comunicativas, a través de la educación en el trabajo en los servicios y escenarios donde transcurre el proceso salud-enfermedad. Ello devino principio rector de la educación médica cubana, sobre la base de los métodos profesionales de la práctica médica. Tiene como eje la salud del individuo, la familia, la comunidad y el ambiente.
3. El proceso de formación se fundamenta en una concepción social, preventiva y profiláctica del Sistema Nacional de Salud como principio para su desarrollo, y orienta la formación de un médico que responda a los problemas sanitarios y al mejoramiento del estado de salud de la población.
4. La formación tiene como base la vinculación de la teoría con la práctica, predominantemente hospitalaria, pero con presencia en el primer nivel de atención, no estructurada en estancias, que transita hacia la interacción mediante la educación en el trabajo en el contexto comunitario y hacia un perfeccionamiento metodológico con mayores posibilidades de contextualización a las necesidades locales a través de los currículos propios y optativo/electivo.
5. El proceso educativo parte de una dinámica formativa centrada en la disciplina principal integradora y las estrategias curriculares, transita hacia la formalización de las funciones de atención médica integral, docente-educativa, investigativa, administrativa y en situaciones especiales inherentes al perfil profesional del médico.

Referencias bibliográficas

1. Álvarez SR. Medicina General Integral. El proceso de elaboración del libro. 1997-2023. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. 2025 [acceso 25/11/2025]. Disponible en: <https://www.bvscuba.sld.cu/libro/medicina-general-integral-el-proceso-de-elaboración-del-libro-1997-2023/>

2. World Health Organization, World Organization of Family Doctors (WONCA). Hacer que la práctica médica y la educación médica sean más adecuadas a las necesidades de la gente: la contribución del médico de familia. Buenos Aires: Editorial Imaginart; 1994.
3. Organización Panamericana de la Salud. Manual de monitoreo del Plan de acción sobre recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud 2018-2023. Washington, DC: OPS; 2021. DOI: <https://doi.org/10.37774/9789275323588>
4. Herrera VR, Presno MC, Torres JM, Fernández IE, Martínez DA, Machado MC. Consideraciones generales sobre la evolución de la medicina familiar y la atención primaria de salud en Cuba y otros países. Rev Cubana Med Gen Integr. 2014;30(3) [acceso 21/05/2025]. Disponible en: https://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252014000300010&script=sci_arttext
5. Quintana DB, Del Toro JJ, Álvarez SR, Carrasco MA, Cisneros ÁY, Zúñiga RM, et al. Gestión de la formación económica en planes de estudio de la carrera de Medicina en Cuba, 1959-2019. Rev Haban Cienc Méd. 2024 [acceso 31/05/2025]. Disponible en: <https://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/5627>
6. Amaro C, M.C., Sánchez S, L. La salud pública en Cuba. En: Álvarez S, Hernández C, G.V., García N, R.D., Barcos P, et al. Medicina General Integral; 4. Ed.T. I. V. 1. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. 2022. [acceso 31/05/2025] Disponible en: https://www.bvs.sld.cu/libros_texto/mgi_tomoi_vol1_4taed/indice_p.htm
7. Álvarez SR, Barcos PI. Reflexiones sobre ¿Medicina General Integral o Medicina Familiar? Rev Cubana Salud Pública. 2025;51:e33389 [acceso 09/07/2025]. Disponible en: <https://revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/33389>
8. Teja PJ. La práctica de la salud pública en Cuba (1980-1995). La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2021 [acceso 25/11/2025]. Disponible en: <https://www.bvscuba.sld.cu/libro/la-practica-de-la-salud-publica-en-cuba-1980-1995/>
9. Vela VJ. Formación de médicos para los servicios de salud en Cuba. 1959-2014. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2016. [acceso 31/05/2025] Disponible en: <https://ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/1207>
10. Ponka D, Arya N, Malboeuf V, Leung C, Wilson CR, Israel K, et al. *The contribution of family medicine and family medicine leaders to primary health care development in Americas - from Alma-Ata to Astana and beyond*. Cien Saude Colet. 2020 Mar;25(4):1215-20. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.29422019>
11. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Departamento Docente Metodológico. Dirección General de Docencia Médica. Carrera de Medicina. Compendio de

Planes de Estudio de Medicina. (1978-2019). [CD-ROM]. La Habana: MINSAP; 2024.

12. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud 2022. La Habana: MINSAP; 2023 [acceso 31/05/2025]. Disponible en: <https://bvscuba.sld.cu/anuario-estadistico-decuba/>

13. Álvarez SR. Aspectos generales del Plan E de la carrera de Medicina. En: Cañizares LO, Sarasa MN, Álvarez SR. Estudios básicos biomédicos: elementos para una mejor orientación. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2019 [acceso 25/11/2025]. Disponible en: <https://www.bvscuba.sld.cu/libro/estudios-basicos-biomedicos-elementos-para-una-mejor-orientacion/>

14. Delgado G. Desarrollo histórico de la enseñanza médica superior en Cuba desde sus orígenes hasta nuestros días. Educ Med Super. 2004;18(1) [acceso 06/07/2025]. Disponible en: https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412004000100007

15. Martínez CS. Evolución histórica de la enseñanza de la medicina preventiva en la carrera de Medicina en Cuba. En: XIV Encuentro de Latinoamericanistas Españoles: congreso internacional; 2010 Sep; Santiago de Compostela, España. Santiago de Compostela: Consejo Español de Estudios Iberoamericanos; 2010. p.135-48. [acceso 31/05/2025] Disponible en: <https://shs.hal.science/halshs-00529241>

16. Ilizástigui DF, Douglas PR. La formación del médico general básico en Cuba. Educ Med Salud. 1993;27(2):189-205.

17. Álvarez SR. Plan de estudio de Medicina: ¿nueva generación? Rev Haban Cienc Méd. 2017;16(5):680-5 [acceso 06/02/2024]. Disponible en: <https://revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/2123>

18. Álvarez SR. La residencia de la especialidad de Medicina General Integral en su aniversario 40. Rev Haban Cienc Méd. 2023;22(1):e5339 [30/11/2024]. Disponible en: <https://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/5339>

19. Vela VJ, Fernández SJA, Álvarez SR. Política de formación médica para la atención primaria de salud y el papel de la asignatura Medicina General Integral en el currículo. Educ Med Super. 2012;26(2):259-70 [acceso 07/07/2025]. Disponible en: <https://scielo.sld.cu/pdf/ems/v26n2/ems12212.pdf>

20. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Departamento de Atención Primaria de Salud. Programa del médico y la enfermera de la familia. 2. ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2023 [acceso 07/07/2025]. Disponible en: <https://www.bvscuba.sld.cu/libro/programa-del-medico-y-la-enfermera-de-la-familia-2da-ed/>

21. Álvarez SR. 40 aniversario del médico y la enfermera de la familia, la especialidad y el programa de trabajo. Rev Cubana Med Gen Integr.

- 2023;39(4):e3160 [acceso 01/07/2025]. Disponible en:
<https://revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/3160>
22. Miralles AE, Taureau DN, Fernández SJA, Pernas GM, Sierra FS, Diego CJM. Cronología de los mapas curriculares en la carrera de Medicina. Educ Med Super. 2015;29(1) [acceso 07/07/2025]. Disponible en:
<https://ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/443>
23. Sosa DRY, Sosa DJ, Fernández RCJ. Apuntes históricos y cronológicos de los planes de estudio de la educación médica en Cuba. Rev Méd Electrón. 2019;41(1) [acceso 30/06/2025]. Disponible en:
<https://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/3021>
24. Martínez CS. Calidad del proceso de enseñanza del análisis de la situación de salud en la carrera de Medicina. Rev Haban Cienc Méd. 2013;12(2): 237-48 [acceso 30/06/2025]. Disponible en:
https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2013000200011
25. Martínez CS. Opción pedagógica para el análisis de la situación de salud en pregrado. Educ Med Super. 1997;11(2):69-85 [acceso 07/07/2025]. Disponible en:
https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21411997000200001
26. Álvarez SR. Medicina General Integral en Cuba. En: Álvarez SR, Hernández CGV, García NRD, Barcos PI, Báster MJC. Medicina General Integral. 4. ed. Tomo I. Vol. 1. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2022 [acceso 07/07/2025]. Disponible en:
https://www.bvscuba.sld.cu/libros_texto/mgi_tomoi_vol1_4taed/indice_p.htm

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.