



SERIE

La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas

No. 2

La Formación en Medicina Orientada hacia la
Atención Primaria de Salud



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

SERIE

La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas

No.2

La Formación en Medicina Orientada hacia la Atención Primaria de Salud



Área de Sistemas y Servicios de Salud
Proyecto de Desarrollo de Recursos Humanos para la Salud

Biblioteca OPS - Catalogación en la fuente
Organización Panamericana de la Salud
La Formación en Medicina Orientada hacia la Atención Primaria de Salud
(Serie la Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. No. 2)
Washington D.C: OPS, c 2008. 71 págs.
ISBN 978 92 75 32938 2

I. Título II. Serie

1. ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD - recursos humanos
2. EDUCACIÓN MÉDICA - normas
3. FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS
4. COMITÉ DE PROFESIONALES - normas
5. CAPACITACIÓN - métodos
6. AMÉRICAS

NLM W84.6

Esta publicación fue realizada por los Dres. Rosa María Borrell y Charles Godue de la OPS/OMS y del consultor de OPS para estos temas de Educación Médica, Dr. Marcelo García Dieguez, tomando en consideración los aportes de la reunión de Belo Horizonte de julio del 2008, realizada especialmente para la discusión de este tema.

ISBN 978 92 75 32938 2

© Organización Panamericana de la Salud, 2008

La Organización Panamericana de la Salud dará consideración muy favorable a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones. Las solicitudes y las peticiones de información deberán dirigirse al Proyecto de Desarrollo de Recursos Humanos, Área de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Washington, D.C., Estados Unidos de América, que tendrá sumo gusto en proporcionar la información más reciente sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpressiones y traducciones ya disponibles.

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones del Protocolo 2 de la Convención Universal de Derechos del Autor. Reservados todos los derechos.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan, en las publicaciones de la OPS, letra inicial mayúscula.

Índice

1. Introducción	1
1.1. ¿Por qué esta propuesta ahora?	1
1.2. El punto de partida: la renovación de la Atención Primaria de Salud	3
1.3. Los desafíos y metas en el desarrollo de los Recursos Humanos de Salud	6
1.4. Las distintas miradas de la formación médica en relación al modelo de Atención Primaria de Salud	9
2. Antecedentes de la educación médica con enfoque de Atención Primaria de Salud	19
2.1. Enfoques educacionales	19
2.2. Elección de Atención Primaria como orientación	22
3. Consulta con algunas escuelas de medicina del continente: debates fundamentales	25
3.1. Síntesis de los cuestionarios	27
3.2. Conceptos centrales de las presentaciones	32
3.3. Discusión en grupos y recomendaciones generales	37
4. Propuesta de trabajo	49
Anexo I. Cuestionario	53
Anexo II. Síntesis de las ponencias	57
Anexo III. Lista de participantes	69



1. INTRODUCCIÓN

1.1. ¿POR QUÉ ESTA PROPUESTA AHORA?

El propósito de esta publicación es contribuir con los Estados Miembros y las escuelas de medicina a buscar caminos conjuntos que permitan fortalecer las capacidades de los futuros médicos para comprender mejor su papel frente a las necesidades crecientes de la gente y contribuir con el desarrollo de los sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud.

El lanzamiento de la renovación de la Atención Primaria de Salud responde en gran parte a que muchos países de la Región de las Américas están atravesando por una situación de exclusión social de salud: 230 millones de habitantes (46%) no cuentan con seguro de salud; 125 millones (25%) no tienen acceso permanente a servicios básicos de salud, 120 millones por razones económicas y 107 millones por razones geográficas; 17% de los nacimientos se efectúan sin atención de personal de salud calificado; 680,000 niños no completan su programa de vacunación DPT3 y 152 millones viven sin acceso a agua potable y saneamiento básico¹.

Es por esta situación que la *Agenda de Salud para las Américas*²—formulada y aprobada por todos los Ministros de Salud de las Américas—establece un compromiso conjunto entre todos los países de la Región a fin de dar respuesta, a lo largo de la próxima década, a las necesidades de salud de la población, rescatando principios y valores de derechos humanos, universalidad, accesibilidad e inclusión, equidad de salud y participación social.

Esta Agenda plantea diez áreas de acción necesarias para superar dicha situación evidenciada que van desde: el fortalecimiento de la autoridad sanitaria, el abordaje de los determinantes sociales de la salud, el aprovechamiento de los

¹ OIT/OPS. Panorama de la exclusión de la protección social en salud en América Latina y el Caribe. Reunión regional tripartita de la OIT con la colaboración de la OPS. México; 1999.

² OPS/OMS. Agenda de Salud para las Américas 2008-2017. Washington, DC: OPS; 2007.



conocimientos, la ciencia y la tecnología, el fortalecimiento de la solidaridad y la seguridad sanitaria, la disminución de las inequidades, la reducción de riesgos y carga de enfermedad, el aumento de la protección social, el acceso a los servicios de salud de calidad, el fortalecimiento de la gestión y el desarrollo de las personas que trabajan por la salud.

Es en este marco general donde convergen dos estrategias prioritarias: la implementación de la renovación de la Atención Primaria de Salud (APS) y el cumplimiento de los desafíos y metas para el desarrollo de los recursos humanos para la salud.

Tomando como base los retos planteados tanto en la *Agenda de Salud* como en las dos estrategias mencionadas, el Proyecto de Desarrollo de los Recursos Humanos para la Salud del Área de Sistemas y Servicios de Salud de la OPS, propone iniciar un esfuerzo conjunto con los países de la Región que permita redefinir la formación de los médicos en la Región, buscando una educación basada en la comunidad, con una orientación generalista, con contenidos de salud pública y salud familiar y comunitaria y fundamentalmente con un enfoque de atención primaria de salud, que permita al egresado el desarrollo de sólidas competencias técnicas y sociales, un pensamiento interdisciplinario y un comportamiento ético.

Se busca a través de este documento sentar las bases de discusión para encontrar caminos comunes para esa redefinición. Es necesario establecer objetivos y plantearse interrogantes en ese camino que permita que la formación de médicos se articule con el resto de las políticas para cambiar la realidad que se señalaba al comienzo.

En esa búsqueda se pretende alcanzar los siguientes objetivos particulares:

- Analizar en profundidad la situación de la formación de los médicos a través de la reflexión entre los países.
- Discutir y compartir experiencias de buenas prácticas que muestren avances, logros y dificultades en la construcción de nuevos esfuerzos de formación de médicos basados en APS.
- Generar una red de intercambio entre los países que permita el fortalecimiento de los procesos de cambio.
- Establecer estrategias de trabajo y documentos que contribuyan con los países a encontrar caminos adecuados para el cambio.



1.2. EL PUNTO DE PARTIDA: LA RENOVACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

La atención primaria de salud fue definida hace 30 años por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación”.³

Desde entonces, el mundo ha cambiado considerablemente, persistiendo las grandes inequidades, debilidades e inconsistencias en algunos de los enfoques de la APS, que ameritan reinterpretarla en base a las enseñanzas de las últimas tres décadas. El análisis de los determinantes de la salud y su influencia en el desarrollo humano, así como las necesarias transformaciones de los sistemas de salud, han llevado al consenso respecto a que la **APS sigue siendo la principal y más efectiva estrategia** para promover la salud y alcanzar el más alto nivel de salud posible para cada persona.

Reconociendo que la APS es una herramienta que fortalece la capacidad de la sociedad para reducir las inequidades de salud, en septiembre de 2003, durante el 44 Consejo Directivo⁴, la OPS/OMS aprobó la Resolución CD44.R6 invitando a los Estados Miembros a adoptar una serie de recomendaciones para fortalecer la APS. La misma resolución pide a la OPS/OMS tener en cuenta: los principios de la APS en todos los programas, en especial, los relacionados con los objetivos del milenio; se evalúen diferentes sistemas basados en la APS y se identifiquen y disemine información sobre las buenas prácticas; se apoye a los países a mejorar la formación de los trabajadores de la salud; se apoyen los modelos de APS desarrollados a nivel local; se celebren los 25 años de Alma-Ata y; se organice una consulta regional para definir las orientaciones estratégicas y programáticas en APS.

Tanto la OPS/OMS como la propia OMS reconocen que los valores que 30 años atrás sirvieron como fundamentos para la meta de *Salud para todos* y la propia estrategia de APS son todavía válidos, y muchos de los problemas que

³ OMS. Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978.

⁴ OPS/OMS. Resolución Consejo Directivo CD44. R6. Washington, DC; 2003.



llevaron a su desarrollo están todavía presentes⁵ y que “los países todavía consideran la APS como una piedra angular en políticas de salud”⁶.

El documento de posición sobre la *Renovación de la APS* plantea que el propósito de la renovación es “revitalizar la capacidad de todos los países de organizar una estrategia coordinada, efectiva y sostenible que permita resolver los problemas de salud existentes; afrontar los nuevos desafíos de la salud y mejorar la equidad. El objetivo último de un esfuerzo de esta naturaleza es lograr mejoras sostenibles de salud para toda la población”⁷.

Se plantea que la renovación de la APS debe ser parte integral del desarrollo de los sistemas de salud, conformados por un conjunto de elementos estructurales y funcionales esenciales que garanticen la cobertura y el acceso universal a los servicios, de manera tal que promuevan la equidad. Estos sistemas deben prestar atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo, poniendo énfasis en la prevención y promoción y garantizando el primer contacto del usuario con el sistema, tomando a las familias y comunidades como base para la planificación y la acción.

Los valores, principios y elementos esenciales de un sistema de salud basados en APS pueden observarse en la siguiente figura.

⁵ Pan American Health Organization. Health in the Americas (Vols I and II). Washington, DC: PAHO; 2002.

⁶ OMS. Asamblea Mundial de la Salud, 2003.

⁷ OPS/OMS. La renovación de la Atención Primaria en Salud en las Américas. Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Washington, DC; 2007.



Figura 1



Entre los elementos esenciales de un sistema de salud basado en APS están **los recursos humanos**, quienes deben poseer los conocimientos y habilidades adecuados, además de observar las normas éticas y tratar a las personas con dignidad y respeto. Esta renovación requiere que los países generen condiciones para el desarrollo de los recursos humanos, que ponga énfasis en la calidad y el mejoramiento continuo, el desarrollo de competencias apropiadas para la APS, el desarrollo de equipos multidisciplinarios, y la promoción de la investigación, entre otras.

Los recursos humanos “son el componente esencial de los sistemas de salud, pero están inadecuadamente preparados para trabajar en contextos basados en APS. Los complejos problemas que se observan en cuanto al personal de salud deben ser abordados a través de políticas de largo plazo, sostenibles e integrales, orientados no solamente a la superación de los tradicionales desajustes entre educación y servicios, sino también a resolver problemas de la migración, el

pluriempleo/desempleo, de la carrera funcionaria y del logro de la competencia laboral”.⁸

Es por esto que se diseñó una línea de trabajo para la definición de las competencias de los equipos de salud⁹, que permitiera orientar a los países en la preparación del personal de salud que requieren los sistemas de salud basados en la APS, considerando que:

- La cobertura universal requerirá un volumen adecuado de profesionales capacitados en atención primaria.
- Los recursos humanos deben planificarse de acuerdo a las necesidades de la población.
- La capacitación de los recursos humanos debe responder a las necesidades de salud y hacerse de forma permanente.
- Deben caracterizarse las capacidades del personal (perfil y competencias) que permitan su ajuste a una labor específica.
- Deben desarrollarse políticas y mecanismos que garanticen las condiciones adecuadas de trabajo y el mejor desempeño del personal de salud.

1.3. LOS DESAFÍOS Y METAS EN EL DESARROLLO DE LOS RECURSOS HUMANOS DE SALUD

Paralelamente a este proceso de renovación de la APS, el Área de Sistemas y Servicios de Salud, a través de sus proyectos en recursos humanos, ha generado un proceso de debate y búsqueda de consensos sobre los grandes desafíos¹⁰ que en materia de recursos humanos de salud tienen los países de las Américas, que concluye con una propuesta de carácter regional con el “Llamado a la Acción

⁸ Mirta Roses. Conferencia de clausura de la Reunión de Buenos Aires 30/15 en: Hacia un cuidado integral de la salud para la equidad: De Alma Ata a la Declaración del Milenio. Ministerio de Salud, Argentina; 2007.

⁹ OPS/OMS. Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud. Enfoque de Competencias: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS. Unidad de Servicios de Salud. Washington, DC; 2006.

¹⁰ OPS/OMS. Consulta Regional de Recursos Humanos en el Sector de la Salud: Retos fundamentales en: <http://observatoriorh.org>.



de Toronto”¹¹, señalando que los países deberán formular los planes de acción para una década orientados a:

- Definir políticas y planes para la adecuación de la fuerza de trabajo a los cambios previstos en los sistemas de salud y desarrollar la capacidad institucional para ponerlos en práctica y revisarlos periódicamente.
- Colocar las personas adecuadas en los lugares adecuados, consiguiendo una distribución equitativa de los profesionales de salud en las diferentes regiones y de acuerdo con diferentes necesidades de salud de la población.
- Regular los desplazamientos y migraciones de los trabajadores de salud de manera que permitan garantizar atención a la salud para toda la población.
- Generar relaciones laborales entre los trabajadores y las organizaciones de salud que promueva ambientes de trabajo saludables y permitan el compromiso con la misión institucional de garantizar buenos servicios de salud para toda la población.
- Crear mecanismos de cooperación entre las instituciones educativas y de servicios de salud para que sea posible adaptar la educación de los profesionales sanitarios a un modelo universal y equitativo de prestación de atención de buena calidad que satisfaga las necesidades de salud de toda la población.

Es en este marco de grandes desafíos y del avance de los países en la construcción de los planes decenales¹² que los Países Miembros se comprometen en la Conferencia Sanitaria Panamericana del 2007¹³ a llevar adelante el cumplimiento de 20 metas en materia de recursos humanos para la salud para el período 2007-2015.

¹¹ Llamado a la acción de Toronto, *Hacia una década de recursos humanos para la salud en las Américas*, OPS, Salud Canadá y el Ministerio de Salud de Ontario y *Long Term Care*. Toronto, Canadá; octubre de 2005.

¹² *Planes decenales de recursos humanos en salud: hacia una visión común*. VIII Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos para la Salud, OPS y el Ministerio de Salud de Perú, Lima; noviembre de 2006.

¹³ OPS/OMS. Metas regionales en materia de Recursos Humanos para la Salud 2007-2015 en: 27.a Conferencia Sanitaria Panamericana; 59.a sesión del Comité Regional. (CSP27/10). Washington, DC; 2007.



En relación al quinto desafío, relacionado con la educación de los profesionales de la salud, se propusieron las siguientes metas:

Meta 17: El 80% de las escuelas de ciencias de la salud habrán reorientado su formación hacia la APS y las necesidades de la salud comunitaria y habrán incorporado estrategias para la formación interprofesional.

Meta 18: El 80% de las escuelas de ciencias de la salud habrán adoptado programas específicos para atraer y formar a estudiantes de poblaciones sub-atendidas, haciendo hincapié, cuando corresponda, en las comunidades o poblaciones indígenas.

Meta 19: Las tasas de abandono de las escuelas de medicina y enfermería no pasarán del 20%.

Meta 20: El 70% de las escuelas de ciencias de la salud y de las escuelas de salud pública estarán acreditadas por una entidad reconocida.

Estas metas reflejan en parte los problemas fundamentales de la formación en medicina en los países de la Región tales como: la falta de compromiso social de muchas escuelas con la atención a la salud de la población; el alto costo de la salud reflejado en la elevada proporción de médicos especializados vs. generales/salud familiar; los escasos conocimientos y habilidades por parte de los egresados para el manejo de la APS; el énfasis en un modelo biologicista; la centralización de la práctica del aprendizaje en los hospitales; la ausencia de un enfoque de promoción de la salud y prevención de la enfermedad a nivel individual, familiar y comunitario desde el inicio de la formación, así como la carencia de una formación integral desde las perspectivas técnicas y humanistas.

Las metas aprobadas por la Conferencia Sanitaria Panamericana ameritan un compromiso social por parte de las instituciones formadoras como de los servicios de salud y a la vez un esfuerzo especial, sistemático, con voluntades firmes para encarar un proceso de cambio que permita superar los problemas descritos. En el marco de las políticas públicas y de la rectoría de los sectores de salud y educación es necesario emprender un camino conjunto en cada uno de los países que conlleven a la:

- Instauración de políticas que fomenten la atracción de estudiantes hacia la APS.



- Adopción de políticas que incentiven la permanencia en APS de los profesionales bien formados, en lugares estratégicos.
- Adopción de políticas que garanticen la sostenibilidad y permanencia de los recursos humanos (estudiantes, académicos, gobiernos locales) en la práctica de la APS.
- Necesidad de poner en marcha mecanismos que permitan asegurar los niveles de conocimientos exigidos en APS.
- La definición de acuerdos y acompañamiento de los ministerios de salud a estos procesos de cambios.

1.4. LAS DISTINTAS MIRADAS DE LA FORMACIÓN MÉDICA EN RELACIÓN AL MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Un repaso de experiencias y publicaciones nos permitirá extraer el aprendizaje de más de 30 años de trabajo en la búsqueda de consolidar la APS a través del pregrado.

Los aportes que en décadas anteriores a la declaración de Alma Ata hicieron Juan César García y Jorge Andrade^{14, 15} permitieron no sólo caracterizar la situación de la educación médica en América Latina, sino también establecer planteamientos y debates importantes acerca de una nueva conceptualización de la misma. Estos planteamientos destacaron la importancia de las ciencias sociales para el conocimiento de la salud y la enfermedad, que permitirían esclarecer los factores psico-socio-culturales que influyen tanto en la producción como en la propagación de la enfermedad en la población.

La consigna asumida por el Programa de Recursos Humanos de la OPS fue la de definir el médico que cada país necesita, “buscando la reorientación de la formación para atender a la comunidad y en particular mejorar la comprensión de

¹⁴ García JC. Paradigmas para la enseñanza de las ciencias sociales en las escuelas de medicina. En: García JC, OPS/OMS. Pensamiento social en salud en América Latina. Washington, DC: Interamericana SA; 1994.

¹⁵ Andrade J. Marco conceptual de la educación médica en América Latina. Washington: OPS/OMS, Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 28, 1979.



los determinantes sociales y económicos que influyen en la formación y la práctica profesional.”¹⁶

Una prouesta que cobró relevancia en el continente a partir de 1976 para acercar la formación de los médicos hacia la comunidad es la relacionada con la “integración-docente-asistencial”. Con estos procesos y a la vez estrategia educativa, se intentó buscar aproximaciones sucesivas entre la formación, el servicio y la investigación, fundamentalmente a nivel local.

Con este concepto se entiende el proceso de creciente articulación entre instituciones de educación y de servicios de salud, para mejorar la atención de salud, orientar la producción de conocimientos y la formación de personal, tomando como base el perfil epidemiológico en un determinado contexto poblacional y regionalizado, que permita la continuidad del proceso educacional (proceso de educación permanente) que nazca en el trabajo y sea capaz de transformarlo.¹⁷

En un principio, los propósitos fundamentales de esta estrategia buscaban acercar la educación a la práctica con el objeto de mejorar la salud de la población, mejorar el proceso de enseñanza-aprendizaje, garantizar una práctica social adecuada a las necesidades reales de la población y lograr la participación de la comunidad en forma activa y conciente a las causas que originan los problemas de salud. A esta idea se le agregó como criterio “la participación temprana y equilibrada del alumno en todos los niveles de atención, en una región de salud, con predominio de las actividades de atención primaria.”¹⁸

Sobre este criterio se desarrollaron proyectos y se prestó cooperación técnica a las escuelas para orientarlas en la búsqueda de una base epidemiológica y poblacional para la planificación curricular y estructural. El ámbito de integración considerado por los países incluyó desde el primer nivel de atención al último, con acciones preventivas, promocionales, curativas y de rehabilitación.

Una de las conclusiones principales de estas experiencias es que tanto la decisión política de gobiernos como la de las universidades fueron fundamentales para el desarrollo de las comisiones de integración docente-asistencial y las propuestas de integración conjunta.

¹⁶ Ferreira JR. Entrevista escrita realizada en 2007.

¹⁷ Vidal Layseca C. Apuntes de una vida dedicada a la gente. Lima: SINCO Editores, 2004.

¹⁸ Ferreira JR. Misión del hospital a la luz de las nuevas tendencias de la educación médica. *Edu. Med. Salud* 10 (2):104-151, 1979.

Desde una perspectiva de política educativa, el análisis prospectivo¹⁹ realizado por OPS entre los años 1986 y 1988 al 80% de las escuelas de la Región de las Américas, rescata los grandes problemas comunes y permite plantear en la conferencia mundial de educación médica celebrada en Edimburgo “la obligación que las facultades y escuelas de medicina definan y asuman un nuevo contrato social que legitime su razón de ser frente a la sociedad.”²⁰

La propia declaración de Edimburgo de 1993²¹, señalaba como acción la necesidad de “*formular políticas basadas en las realidades epidemiológicas y financieras del país poniendo atención en la elevación del estatus del médico de atención primaria*”.

El aporte de las facultades y escuelas de medicina

La preocupación de las entidades relacionadas a la formación de profesionales de la salud se ha evidenciado a lo largo de las últimas décadas en la toma de posición y en proyectos de cambio, búsqueda de alternativas y desarrollo de diferentes experiencias y resultados diversos. Todas estas acciones han tenido diferentes actores e iniciativas. Resulta clave repasarlas antes de reflexionar hacia el futuro.

Diversas experiencias muestran que es posible ir a un equilibrio tendiente a formar una fuerza laboral en ciencias de salud que facilite el desarrollo de un modelo de APS. Una revisión sistemática reciente sintetizó que la experiencia temprana en la comunidad ayuda a los estudiantes de medicina a aprender y a desarrollar las actitudes apropiadas hacia sus estudios y hacia la práctica futura; a su vez, orienta el currículo médico hacia las necesidades de la sociedad.²² Por otra parte, experiencias publicadas desde Sudán hasta EUA muestran que la asociación de la universidad con los gobiernos y la comunidad puede significar una mejoría de las condiciones de salud de la población; este no es un concepto nuevo ya que estas publicaciones tienen más de 20 años²³. Se destacan las siguientes experiencias:

¹⁹ Ferreira JR, et al. El análisis prospectivo de la educación médica en América Latina. *Edu. Med. Salud* 1988; 22(3):242-272.

²⁰ OPS/OMS-FEPAFEM. Los cambios de la profesión médica y su influencia sobre la educación médica. Edimburgo, Escocia: OPS/OMS; 1993.

²¹ Cumbre Mundial de Educación Médica. Declaración Edimburgo, 1993. *Rev. Cubana de Educación Médica Superior* 2000;14(3)270-83.

²² Littlewood S, Ypinazar V, Margolis S, Scherpbie A et al. Early practical experience and the social responsiveness of clinical education: systematic review. *BMJ* 2005; 331: 387-391.

²³ Connor E, Mullan F. (Ed) *Community Oriented Primary Care: New Directions for Health Services Delivery* Washington DC, National Academy of Sciences, 1983.



- En Norteamérica, son varias las experiencias llevadas a cabo tanto en EUA como en Canadá. En 1993, la Escuela de Medicina de Rockford de la Universidad de Illinois implementó un Programa de Educación Médica Rural (RMED) con el objeto de producir médicos de familia para la región rural de Illinois. Sus características salientes son la selección de los estudiantes buscando afinidad con la práctica rural, la orientación comunitaria en la formación y la preceptoría rural en la que los estudiantes se ponen en contacto con el medio de práctica profesional²⁴.
- La Universidad de Nuevo México, a principio de los ochenta, implementó un nuevo programa fuertemente orientado a la comunidad y que promovía la integración curricular, manteniendo el programa anterior como alternativa para los estudiantes. Los estudios comparativos entre ambos programas los llevaron a suspender el programa tradicional²⁵.
- El proyecto de demostración denominado “*Undergraduate Medical Education for the 21st Century (UME-21)*” ha promovido la exposición de los estudiantes a una integración curricular de todas las disciplinas relevantes para la atención primaria en el tercer año del ciclo de rotaciones clínicas. De estos proyectos, se destacan los de la Escuela de Medicina de Dartmouth, la Universidad de Pittsburgh y la Universidad de Wisconsin. Todos ellos han incorporado un estrecho contacto de estudiantes con médicos de atención primaria en la búsqueda del efecto que el modelo de rol puede ejercer sobre el estudiante²⁶.
- En Canadá, la experiencia de la Universidad de Sherbrooke permitió demostrar que la transición desde un modelo tradicional a uno orientado en la comunidad se asocia con una significativa mejoría de los cuidados preventivos y una mayor continuidad de atención, así como en la mejoría de los indicadores de rendimiento diagnóstico. Para

²⁴ Stearns HJ, Stearns MA, Glasser M, Londo RA. Illinois RMED: A Comprehensive Program to Improve the Supply of Rural Family Physicians. *Fam Med*, 2000;32(1):17-21.

²⁵ Kaufman A, Mennin S, Waterman R, Duban S, Hansbarger C, Silverblatt H, Obenshain SS, Kantrowitz M, Becker T, Samet J, et al. The New Mexico experiment: educational innovation and institutional change. *Acad Med*. 1989;64(6):285-94.

²⁶ Pipas CF, Peltier DA, Fall LH, Olson AL, Mahoney JF, Skochelak SE, Gjerde CL Collaborating to Integrate Curriculum in Primary Care. *Medical Education: Successes and Challenges From Three US Medical Schools*. *Fam Med* 2004;36(January suppl):S126-S132.

este análisis se tomaron como referencia las bases de datos de salud provincial de 4 a 7 años de práctica²⁷.

- En Inglaterra, a partir del documento del *General Medical Council* “*Tomorrow’s Doctors*”, los currículos más modernos se han desarrollado en torno a programas basados en la comunidad y el aprendizaje basado en problemas. Estos modelos incluyen una mayor preocupación por los problemas de la gente y otorga bases epidemiológicas para la práctica. Estos modelos permiten un balance más adecuado entre la formación hospitalaria, con una integración dinámica de la APS con base comunitaria en un modelo de atención holística. Siguiendo estas directrices, los estudiantes tienen desde el comienzo una aproximación a la práctica del médico de familia/médico general y una mayor responsabilidad en el seguimiento longitudinal familiar para terminar en la práctica de la medicina familiar en los últimos años. Este modelo educacional responde a la existencia en este país de una práctica de servicios de salud que tiene como eje y fuente de entrada los servicios de salud de la familia.

Las orientaciones de las políticas de salud

En la Región de América Latina son de destacar las iniciativas de Cuba y Brasil, con un alto compromiso gubernamental en el desarrollo de la APS, considerando el pregrado como la fuente natural de profesionales y por tanto promoviendo currículos acorde con esta necesidad de fuerza de trabajo.

- El modelo de atención en el sistema de salud de Cuba se ha basado en la APS desde la década de 1960. Tanto la formación de pregrado como la de postgrado ha estado orientada a la formación de un sólido cuerpo profesional orientado a la atención primaria. Desde 1984, se inició de forma experimental el trabajo del médico de la familia. Al concluir seis años de estudios universitarios egresa un médico de perfil amplio, un médico general básico que comienza a trabajar por uno ó dos años; transcurrido este tiempo, comienza a formarse mediante un régimen de residencia, como un especialista en medicina general integral, manteniendo su responsabilidad por la atención a la salud de

²⁷ Tamblin R, Abrahamowicz MD, Dauphinee MD, Girard N, Bartlett G, Grand’Maison P, Brailovsky C. Effect of a community oriented problem based learning curriculum on quality of primary care delivered by graduates: historical cohort comparison study. *BMJ* 2005;331;1002.

la población a él asignada²⁸. A partir de 2003, se implementa un cambio importante afianzando el concepto y la estrategia de la APS y descentralizando la formación en los escenarios de trabajo, especialmente los policlínicos, donde los alumnos son recibidos por el claustro del policlínico, quienes ejercen la función de tutoría. El modelo está basado en el concepto de aprender haciendo y sobre la base de la educación virtual.

- En Brasil, en el 2002, los Ministerios de Salud y Educación lanzaron el programa PROMED para reorientar la educación médica y conseguir exponer a los estudiantes a un patrón de práctica más relevante²⁹. En un comienzo, veinte escuelas de medicina en forma voluntaria recibieron apoyo económico para hacer una prueba piloto. El 60% tuvo éxito logrando establece una alianza con los servicios locales de salud, aumentando las oportunidades de aprendizaje de los estudiantes en todos los niveles de atención de la salud. En el año 2005, un nuevo programa, el *PRO-SAÚDE* (Pro-Salud) agregó la formación de enfermeras y odontólogos. Estos programas tienen como distintivo señalar la importancia de que los gobiernos muestren su determinación sobre el modelo sanitario que sostienen. En este esquema, las escuelas que se suman a los proyectos deben proponer una estrategia caracterizada por una reorientación curricular (énfasis en determinantes sociales de la salud), diversificación de la práctica (prioridad a la APS) y aprendizaje activo. Bajo este esquema se presentaron 180 proyectos de los que 93 comenzaron a implementarse.

Por otro lado, conjuntamente con algunos gobiernos y escuelas de medicina, los proyectos desarrollados con el apoyo de la Fundación WK Kellogg denominados “Una Nueva Iniciativa en la Educación de los Profesores de Salud (UNI)” permitieron realizar ensayos a partir de 1992 en la búsqueda de integración entre entidades formadoras y servicios con un aporte de la comunidad en diferentes países de la Región. Veintitres programas UNI en 11 países fueron financiados por esta Fundación con la meta principal de encaminar la educación de profesionales de la salud hacia los cuidados primarios, afec-

²⁸ Jardines Mendes JB, Aneiros-Riba R, Salas-Perea RS. Cuba: Recursos Humanos en la Atención Primaria de Salud y su Estrategia de Desarrollo. *Educ Med Salud*; 1993, 27:145-159.

²⁹ Campos FE, Ferreira JR, Feuerweker L, Sena RP, Batista Campos JJ, Cordeiro H, Cordoni Jr. L. Caminhos para Aproximar a Formação de Profissionais de Saúde das Necessidades de Atensão Básica. *Revista Brasileira de Educação Médica*; 2001, 25: 53–59.

tando cambios en los currículos, en los sistemas de salud a nivel local, y en la participación de la comunidad en cuestiones de salud. Estos programas, desarrollados en contextos muy variados, permitieron demostrar que es posible conseguir alianzas entre la comunidad, las entidades formadoras y los servicios de salud en la búsqueda de un profesional con un perfil orientado a las necesidades de la gente³⁰.

Para Latinoamérica, “UNI rescató el sentido de que es posible modificar positivamente la educación de profesionales de salud y que la construcción de ‘parcerías’ entre la universidad, los servicios de salud y la comunidad, más que una estrategia para lograr un fin específico, mostró nuevos caminos para reconstruir las relaciones entre las universidades y su entorno”.³¹

Las orientaciones sugeridas desde las organizaciones profesionales

Simultáneamente, con el desarrollo de estas experiencias, diversas entidades han considerado la necesidad de introducir nuevas orientaciones para la definición de los perfiles educacionales. De esta forma, tanto en la formulación de estándares, como en la producción de documentos de posición, o recomendaciones se detectan conceptos que promueven la formación de un médico más orientado a la APS. Estos documentos coinciden en señalar la necesidad de tener en cuenta contenidos que están más allá de lo meramente asistencial como la epidemiología y las ciencias sociales, así como la introducción de diferentes ámbitos de práctica con especial detalle a los comunitarios y familiares. En esta línea:

- Los estándares de la *World Federation Medical Education (WFME)* y *Task Force* para la Definición de Estándares Internacionales para la Educación Médica de Pregrado señalan que “la facultad de medicina debe garantizar un número adecuado de pacientes e instalaciones suficientes para la formación clínica en hospitales, incluidos los servicios ambulatorios, dispensarios, ámbitos de atención primaria, centros de atención sanitaria y otros ámbitos comunitarios para la población de alumnos”³².

³⁰ Almeida M, Feuerwerker L, Llanos CM. (Ed). La Educación de los Profesionales de la Salud en Latinoamérica. Teoría y Práctica de un Movimiento de Cambio. Buenos Aires; 1999.

³¹ Tancredi FB. Prólogo del libro La Educación de los Profesionales de la Salud en Latinoamérica. Teoría y Práctica de un Movimiento de Cambio. Buenos Aires; 1999.

³² WFME Task Force para la Definición de Estándares Internacionales para la Educación Médica de Pregrado. Med Edu; 2000; 34: 665-675.

- El *Institute for International Medical Education (IIME)*, en su propuesta de requerimientos mínimos esenciales, especifica los conocimientos, habilidades y actitudes profesionales que los estudiantes deben contar a la hora de la graduación y pone especial énfasis en el dominio de salud colectiva y sistemas de salud³³.
- La *Network Towards Unity for Health*³⁴ ha presentado un documento de posición que señala que los atributos de una institución académica y de atención de la salud orientados a la atención primaria se caracterizan por:
 - El currículo de pregrado y el número de posiciones de formación de postgrado reflejan un balance entre atención primaria y especialistas consistentes con las necesidades locales, regionales y nacionales.
 - Una parte sustancial de la experiencia de entrenamiento de los estudiantes tiene lugar bajo un modelo de mentoría con profesionales de la atención primaria jugando su modelo de rol.
 - La investigación en atención primaria es un componente vital del esfuerzo de la institución.
 - Los estudiantes están expuestos a modelos interdisciplinarios de cuidado de salud, investigación y educación en atención primaria.

En el ámbito regional de las Américas también han comenzado a surgir voces institucionales que plantean la necesidad de una reorientación curricular. Si bien en proceso germinal hay algunos ejemplos que merecen desatacarse:

- La “*Propuesta de reforma curricular para la formación del médico*”, presentada por la Academia de Medicina de Colombia, en el marco de la XVI Reunión de la Asociación Latinoamericana de Academias Nacionales de Medicina (ALANAM) 2006, señala la necesidad de “incorporación de asignaturas relacionadas con las ciencias sociales, gerencia y administración; estudio obligatorio de un segundo

³³ Institute for International Medical Education Global Minimum Essential Requirements Accesible en: <http://www.iime.org/gmer.htm>. Acceso 15 de mayo del 2008.

³⁴ Kaufman A (Ed). Position Paper Primary Care. Accesible en: http://www.the-networktufh.org/publications_resources/positioncontent.asp?id=5&t=Position+Papers. Acceso 15 de mayo del 2008.

idioma y promoción del conocimiento de la realidad sociopolítica y legislativa del país”. Esta propuesta nos señala con claridad la integración como un punto de partida necesario para prácticas interdisciplinarias e interprofesionales que resultan claves en la implementación de modelos de APS, pero al hacer explícita la necesidad de incorporar saberes para el conocimiento social y de la realidad da un paso hacia una visión renovada de las competencias de los profesionales, ampliando la visión de la realidad que estos deben tener.

- El *Proyecto ALFA Tuning* – América Latina, del que participaron 181 universidades de Latinoamérica, siguiendo un modelo generado por la Unión Europea, trabajó con el objeto de elaborar una propuesta de competencias clave para los egresados de varias carreras profesionales. El trabajo plantea algunos puntos que pueden considerarse centrales para un programa con orientación a la APS. Dentro de la especificación de la “capacidad para trabajar efectivamente en los sistemas de salud” el detalle señala que esto compete a la “capacidad para participar efectiva y activamente dentro del equipo de salud y en la comunidad” (competencia 58)³⁵.
- El *Proyecto 6x4 UEALC*, tal como se define en sus publicaciones³⁶, parte de “la necesidad de estrechar la cooperación y facilitar la movilidad entre los sistemas de educación superior en América Latina a fin de promover la transformación de estos últimos, y responde al propósito principal de la Declaración de la Conferencia Ministerial de los países de la Unión Europea, de América Latina y el Caribe sobre la Enseñanza Superior (París, noviembre de 2000), que es la construcción de un espacio común de educación superior UEALC”. Los aspectos clave del proyecto, que propone una análisis en cuatro ejes, fueron el desarrollo de un acercamiento a la evaluación y reconocimiento de los resultados del aprendizaje, expresados en términos de competencias, el fortalecimiento de la pertinencia y de los vínculos de la educación superior y la investigación con la sociedad en el marco de la colaboración entre países y regiones. En el capítulo dedicado a la medicina (una de las seis áreas analizadas) se destacan una serie de

³⁵ Informe Final del Proyecto Tuning América Latina: Reflexiones y perspectivas de la Educación Superior en América Latina. Bilbao España Imprenta Universidad de Deusto, 2007.

³⁶ Proyecto 6x4 UEALC. Resumen ejecutivo 2004-2007. Disponible en: <http://www.6x4uealc.org/site2008/>.

competencias claramente ligadas a la APS (promoción y prevención de la salud). Es de destacarse que se explicita también una forma de evaluar que pone relevancia en la demostración de conocimientos y habilidades.

Otras instituciones (*World Organization of Family Doctors*, WONCA; en colaboración con *Global Health through Education, Training and Service*, GHETS; la *Network: Towards Unity for Health*, TUFH; y el *European Forum for Primary Care*, EFPC), en forma simultánea con estas estrategias de la OPS/OMS, han lanzando la llamada “15 para el 2015” que promueve que instituciones como el Banco Mundial y el Global Fund motoricen que el 15% del presupuesto de los programas verticales orientados a la enfermedad se inviertan en fortalecer sistemas de salud local bien coordinados e integrados y que este porcentaje se incremente con el tiempo³⁷.

³⁷ Strengthening primary care: addressing the disparity between vertical and horizontal investment. *British Journal of General Practice*; 2008:4.

2. ANTECEDENTES DE LA EDUCACIÓN MÉDICA CON ENFOQUE DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

2.1. ENFOQUES EDUCACIONALES

Se han planteado varias estrategias globales y a su vez combinaciones de metodologías educacionales. Si bien la tendencia inicial fue incrementar cursos orientados a aportar conocimientos que podrían resultar útiles para avanzar en un enfoque de atención primaria, el camino no es incrementar el número de cursos y clases sino reorientarlos, considerando el aprendizaje a la resolución de problemas y el desarrollo de competencias profesionales que demandan la sociedad y el sistema sanitario basado en APS.

El modelo de la *Atención Primaria Orientada a la Comunidad*, tal como fuera definido por Sidney Kark y Joseph Abramson, en 1982, agregaron a los postulados de la APS del *Institute of Medicine* (atención accesible, detallada, coordinada, continua y responsable) el foco comunitario y la aplicación de métodos epidemiológicos al cuidado clínico de pacientes individuales³⁸. Esta modalidad con más de 30 años de implementación no constituye una propuesta revolucionaria, pero otorgó un marco teórico para su implementación en diferentes contextos. Se entiende por ella los cuidados de salud que se brindan tomando responsabilidad por una población definida. Se basa en un proceso que comienza con el diagnóstico de situación, luego la identificación de prioridades para finalmente proponer soluciones. Se presenta central para ello la incorporación de competencias epidemiológicas y de las ciencias del comportamiento. En este sentido hay muchas experiencias en los modelos educacionales centrados en la co-

³⁸ Community Oriented Primary Care: New Directions for Health Services Delivery. Washington DC, Insitute of Medicine; 1983.



munidad tal como fueran categorizado por Magzoub y col³⁹ a partir de 31 programas en funcionamiento. Ellos definen un programa de educación basado en la comunidad como aquel que se lleva a cabo en el contexto comunitario durante todo el currículo, y los clasifican en los primariamente orientados a la asistencia de grupos poblacionales específicos, los orientados a la investigación comunitaria o sólo al entrenamiento de estudiantes. La clasificación prevé a su vez un análisis de las actividades predominantes durante el curso.

La introducción de la *medicina familiar* como estrategia de APS se ha promovido en varias escuelas de medicina en conjunto con las asociaciones de medicina familiar. La historia de esta modalidad tiene mucho tiempo pero siempre ha tenido mayor desarrollo en el postgrado. Recién en el 2000 se desarrolla un estudio que identifica las dificultades para la introducción de la medicina familiar en las facultades de medicina.

En noviembre de 1994 se realizó la conferencia conjunta de la OMS-WONCA en London, Ontario Canadá, que elaboró un documento de trabajo titulado “Hacer que la Práctica Médica y la Educación Médica sean más adecuadas a las necesidades de la gente: La contribución del Médico de Familia” con 21 recomendaciones que implican grandes cambios en los sistemas de salud. Abarcan desde la financiación y asignación de los recursos a la capacitación y la formación de los médicos. Con esta base, en Buenos Aires, en 1996, se llevo a cabo la Conferencia Regional de Líderes y Expertos de las Américas “La Medicina Familiar en la reforma de los Servicios de Salud” que propuso la Declaración de Buenos Aires⁴⁰ que señala que “la enseñanza de medicina familiar debe adecuarse a necesidades de servicio, las universidades deben tener una participación más activa y responsable en la formación de los recursos relacionados con la medicina familiar tanto en pregrado como en postgrado”.

En 2002, en Sevilla, tuvo lugar la I Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar que señaló que para corregir el atraso en que se encuentran las escuelas de medicina de los países iberoamericanos en lo que respecta a la introducción de la medicina familiar en el currículo de grado es necesario un gran esfuerzo y la

³⁹ Magzoub ME, Schmidt A. Taxonomy of Community-based Medical Education. Acad. Med. 2000;75:699–707.

⁴⁰ La Medicina Familiar en la reforma de los Servicios de Salud” (CIMF/OPS/WONCA, Buenos Aires, 1996). Accesible en: <http://www.fundacionaequus.com.ar/biblioteca/declaracion-de-buenos-aires.pdf>. Acceso 14 de mayo del 2008.



adopción de estrategias adecuadas a la situación de cada país pero que deberían tener como denominadores comunes los siguiente enunciados:⁴¹

- Es necesario formular alianzas estratégicas para acelerar la incorporación de la medicina de familia y la atención primaria a las enseñanzas teóricas y prácticas de los currículos de pregrado en los países iberoamericanos.
- Hay que movilizar voluntades y garantizar recursos, en cada país para la puesta en marcha de experiencias curriculares innovadoras en la enseñanza de la medicina de familia y la atención primaria en el pregrado con clara y temprana articulación con los servicios de salud.
- La formación de profesores y líderes docentes en medicina familiar es esencial para avanzar en los objetivos propuestos. El establecimiento de programas de colaboración e intercambio internacionales en este campo es una estrategia primordial.
- Es preciso alcanzar un desarrollo adecuado de la medicina de familia y la atención primaria dentro de las estructuras académicas de facultades y escuelas de medicina iberoamericanas. En cada país, se deberán diseñar estrategias nacionales que permitan la introducción de la disciplina de medicina de familia en el currículo de pregrado.
- La constitución de una *Task Force* Iberoamericana para el desarrollo de la medicina familiar académica es un instrumento esencial para profundizar en los cambios de orientación, organización y contenidos de los currículos de las facultades de medicina.
- Resulta importante que este grupo de trabajo asuma el encargo concreto y específico de operativizar las recomendaciones del documento elaborado en esta Cumbre, así como profundizar en el conocimiento y análisis evolutivo de la situación real de la medicina familiar en las universidades iberoamericanas.

Finalmente, es de señalar una propuesta reciente de la *Commonwealth Fund*⁴² que promueve la Iniciativa de Atención Primaria Centrada en el Paciente (*Patient-Centered Primary Care Initiative*). Está alineada con las recomenda-

⁴¹ Comprometidos con la Salud de la Población. Rev Cubana Educ Med Super; 2003;17(1):67-72.

⁴² Commonwealth Fund. Patient-Centered Primary Care Initiative. Accessible in: <http://www.commonwealthfund.org>.

ciones del *Institute of Medicine* para la reformulación de la calidad en educación médica. Esta iniciativa busca promover los cuidados de salud que el paciente necesita, en el momento que los necesita y del modo que los quiere. Se centra en cuidados de salud basados en la evidencia pero condicionados por los valores de los pacientes. Este modelo busca proteger el desarrollo de la formación médica tradicional orientada al médico, basada en principios paternalistas y reorientarla hacia la satisfacción de las necesidades expectativas del paciente y de la comunidad servida.

No se han desarrollados estudios que permitan concluir cual es el enfoque con mejores resultados, pero un análisis reflexivo debería tener como marco de referencia que para cumplir las metas propuestas se requiere un médico que no solo tenga habilidades para la práctica en el primer nivel de atención médica, sino que vea la APS como un concepto integral, que incluye acciones comunitarias y que requiere necesariamente un enfoque interdisciplinario e interprofesional; por lo tanto, necesariamente integrado a un equipo de trabajo. El gran interrogante es como trasladar estas intenciones a efectivas acciones en nuestro contexto.

2.2. ELECCIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA COMO ORIENTACIÓN

Un aspecto a considerar además de las características de la formación de los estudiantes es la influencia de las escuelas de medicina en la elección de un enfoque orientado hacia la atención primaria. No es posible al considerar una estrategia para promover el desarrollo de recursos humanos orientados a la APS abstraerse de que, más allá de las numerosas influencias que pueden condicionar la elección de los estudiantes, aún hay un estigma en los estudiantes en torno a dedicar su carrera a la atención primaria⁴³.

Las escuelas de medicina deben considerar algunos aspectos si se desea mejorar la elección de atención primaria como enfoque al momento de egresar. Los aspectos que diferentes estudios han señalado con mayor frecuencia son los modelos de selección de estudiantes, el aumento de la exposición en atención primaria y el impacto de los formadores como modelos de rol.

⁴³ Hogg R, Spriggs B, Cook V. Do medical students want a career in general practice? A rich mix of influences! *Educ Prim Care*; 2008, 19:54-64.

Resultan de interés los resultados de la investigación de Bland y Meurer⁴⁴. Estas investigadoras revisaron la literatura desde 1987 a 1993 y a partir de 73 artículos de alta calidad detectaron que en general, los estudiantes con mayor interés en atención primaria son aquellos con una formación secundaria de visión más amplia, que no tienen padres médicos, cuyas perspectivas de ingreso económico no son elevadas y los que muestran actitudes con interés por el prójimo. La misma investigación también demostró que influyeron positivamente a las experiencias durante el cursado que les permitieron dar seguimiento longitudinal de pacientes y rotaciones en medicina familiar más prolongadas. También la cultura de la institución formadora fue de gran influencia y el modelo de rol de los docentes relacionados a atención primaria. La importancia de la misión, visión y valores en cuanto a la cultura institucional pueden ser la explicación para que ésta influencia cultural fuera más clara en las instituciones de origen público.

Como se ha visto en otras investigaciones, las expectativas del estudiante al ingreso constituyen un fuerte determinante de sus futuras elecciones.⁴⁵ Las actitudes de compasión social, valores y percepción subjetiva de las necesidades de la gente, son un fuerte predictor de la posterior selección de los estudiantes de una carrera en atención primaria.⁴⁶

Hoy, la mayoría de los métodos de selección se basan en pruebas de conocimientos previos más orientadas a la reducción del número de ingresantes que la selección de los candidatos adecuados para cada programa.⁴⁷ Acorde a las evidencias, los modelos de selección de estudiantes deberían contemplar estrategias que permitan identificar características y expectativas orientadas a la atención primaria.

Durante el curso de los estudios, el contacto con los docentes tiene varios efectos sobre los estudiantes, puede ser una herramienta útil para el aprendizaje de comportamientos como futuros profesionales y para la transferencia de actitudes humanistas para con los pacientes⁴⁸, pero es un aspecto poco considerado a

⁴⁴ Bland CJ, Meurer LN, Maldonado G. Determinants of primary care speciality choice; a non-statistical meta-analysis of the literature. *Acad Med*; 1995, 70: 620-4.

⁴⁵ Soethout MBM, ten Cate TJ, van der Wal G. Factors associated with the nature timing and stability of the specialty career choices of recently graduated doctors in European countries. *Med Educ Online* [serial online] 2004;9:24. Available at: <http://www.med-ed-online.org>.

⁴⁶ Borges NJ, Jones BJ. Medical Students' Personal Qualities and Values as Correlates of Primary Care Interest Online Submission. Paper prepared for the Annual Meeting of the Association for Medical Education in Europe (Edinburgh, Scotland, Sep 2004 - ERIC Document ED490522).

⁴⁷ Sigal V. El sistema de admisión a la universidad en la Argentina - 1998. Accesible en: <http://www.iesalc.unesco.org.ve/>.

⁴⁸ Kutob RK, Senf JH, Campos-Outcalt D. The Diverse Functions of Role Models Across Primary Care Specialties. *Fam Med* 2006;38(4):244-51.

la hora de analizar y planificar los currículos. Algunos autores arriesgan a decir que la falta de atención al modelo de rol de los docentes es el factor clave por el cual una reforma significativa de la formación profesional puede convertirse en una reforma sin cambio real, donde sólo se modifica el currículo pero no la experiencia de los actores clave como son los docentes y estudiantes⁴⁹. Este modelo de rol se ha demostrado como un factor clave para la elección de los estudiantes de una formación basada en APS.^{50,51}

⁴⁹ Kenny NP, Mann KV, MacLeod H. Role Modeling in Physicians' Professional Formation: Reconsidering an Essential but Untapped Educational Strategy. *Acad Med.* 2003;78:1203–1210.

⁵⁰ Henderson MC, Hunt DK, Williams JW. General internists influence students to choose primary care careers: The power of role modeling *American journal of medicine* 1996; 101: 648-653.

⁵¹ Wright S, Wong A, Newil C. The impact of role models on medical students. *JGIM* 1997; 12:53-56.

3. CONSULTA CON ALGUNAS ESCUELAS DE MEDICINA DEL CONTINENTE: DEBATES FUNDAMENTALES

Como punto de partida para impulsar una línea de trabajo relacionada con la formación de médicos focalizada en la APS, se realizó un sondeo en América Latina a través de las Representaciones de la OPS de país para identificar las experiencias de las universidades que trabajan con esta modalidad.

Una vez identificadas, se eligieron algunas de estas escuelas por países, a las que se sumaron los Centros Colaboradores de Educación Médica de la OMS radicados en las Américas y se las convocó a completar un cues-

PREGUNTAS PARA LA REFLEXIÓN

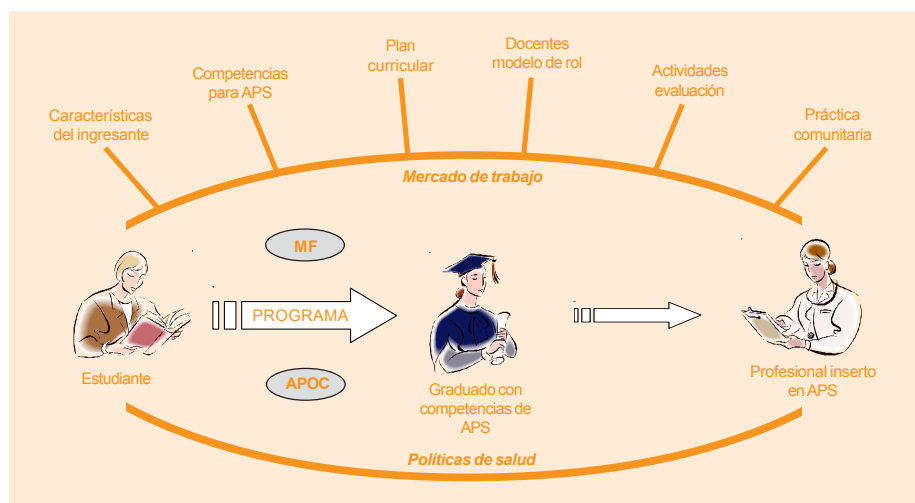
- ✓ ¿Cómo avanzar en una relación entre las instituciones formadoras y los servicios que permita definir de manera conjunta la formación con orientación en APS?
- ✓ ¿Cómo construir orientaciones o una política conjunta que orienten a las instituciones académicas a avanzar hacia un nuevo perfil médico?
- ✓ ¿Es posible construir una nueva visión curricular orientada hacia la APS? ¿Cuáles serían las orientaciones teóricas y prácticas principales a considerar?
- ✓ ¿Cómo avanzar en el perfeccionamiento docente que conlleve al desarrollo de las nuevas propuestas?
- ✓ ¿Es posible la selección de espacios de práctica fuera de los hospitales y establecimiento de los acuerdos necesarios con los servicios de salud?
- ✓ ¿Cuáles métodos de selección habría que considerar para seleccionar estudiantes orientados a aspectos humanísticos?
- ✓ ¿Son imprescindibles docentes en el campo de la APS que sirvan de modelo a los estudiantes?
- ✓ ¿Cómo promover la exposición de las prácticas de APS desde temprano en la formación?
- ✓ ¿Qué y como utilizar metodologías que promuevan el aprendizaje activo?
- ✓ ¿Qué elementos resultan facilitadores para promover el debate y el cambio en las instituciones de salud?
- ✓ ¿Qué barreras esperamos encontrar para el cambio a favor de promover una orientación a APS?

tionario (anexo I) y a participar de una reunión para analizar sus experiencias, avances y dificultades relacionadas a la formación de médicos con orientación en atención primaria de la salud. Esta reunión se llevo a cabo en Belo Horizonte, Brasil, entre el 21 y el 24 de julio del 2008.

A partir de las experiencias y evidencias recolectadas de la bibliografía, se colocaron preguntas (listadas en el recuadro de la página anterior) para generar la reflexión y sobre todo para facilitar el debate.

Durante la reunión, diferentes expertos de las escuelas de medicina y centros colaboradores realizaron sus aportes y se organizaron mesas de debates sobre los puntos clave de esta problemática, orientados a generar estrategias futuras. Entre ellos se consideró si la formación de pregrado lograba el éxito en la orientación a la atención primaria de los profesionales formados, y estos graduados contribuían a aumentar la masa de recursos humanos de APS durante su etapa productiva profesional. Por ello se consideraron como factores relacionados **la forma de selección, el plan curricular, las actividades programadas, la formación de formadores y su acción como modelos de rol, la cantidad y calidad de las prácticas comunitarias y la relación con los servicios y las políticas de salud** (figura 2).

Figura 2. Marco de Análisis



Nota: MF, Medicina familiar; APOC, Atención primaria orientada a la comunidad.

3.1. SÍNTESIS DE LOS CUESTIONARIOS

Se recibieron cuestionarios de las siguientes universidades:

- Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana (Cuba)
- Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra (República Dominicana)
- Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco (México)
- Universidad Autónoma Tomas Frías (Bolivia)
- Universidad de Cuenca (Ecuador)
- Universidad de la República Oriental del Uruguay (Uruguay)
- Universidad de La Sabana (Colombia)
- Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua León (UNAN-León) (Nicaragua)
- Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco (Perú)
- Universidad Nacional de Tucumán (Argentina)
- Universidad Nacional del Sur (Argentina)
- Université de Sherbrooke (Canada)
- University of New Mexico Health Sciences Center (Estados Unidos de Norteamérica)

El primer punto en llamar nuestra atención es que más allá de la influencia que puede haber tenido el momento de creación de cada una de las unidades académicas, todas denominan a la unidad formadora de médicos “Facultad o Escuela o Departamentos de Medicina” y no se ha introducido el término “salud” en la denominación de las unidades académicas.

A continuación se detallan los aspectos recolectados considerados más relevantes en forma sintética dado el carácter descriptivo de la información solicitada.

Sobre los planes de estudio

En forma explícita o no, todos los perfiles de egresados, referidos por las universidades, proponen formar un médico general con habilidades aplicables a la atención primaria. De éstas se destacan las relacionadas al trabajo comunitario, las actividades de promoción y prevención de la salud tanto a nivel colectivo como individual sin descartar la asistencia basada en la mejor evidencia disponible.

Los planes en América del Norte son de cuatro años en tanto que en Latinoamérica el promedio es de seis años y medio.

Desde el punto de vista de los planes educacionales se observa una fuerte tendencia a abandonar los modelos de currículos disciplinares. Se organizan preferentemente en forma integrada, en muchos casos utilizando la integración de tipo espiral. Asimismo la mayoría prevé un ciclo clínico que comporta rotaciones extendidas en escenarios ambulatorios, rural, o de medicina familiar.

En cuanto a la metodología educacional empleada, si bien las proporciones de los diferentes tipos de actividades varían entre las universidades, hay una clara tendencia a abandonar el modelo basado en clases, para pasar a modelos de trabajo en pequeño grupo, priorizar el tiempo de autoestudio, es decir traslado a un modelo centrado en el estudiante.

Sobre la relación con los servicios

Las universidades manifestaron que existe una tendencia por parte de los gobiernos a colocar la APS en la agenda política de salud como estrategia fundamental de organización de los nuevos sistemas de salud. Esto se desarrolla con grados muy diversos, que van desde la adopción de políticas y normativas para el desarrollo de un sistema universal de salud basado en la atención primaria hasta la elaboración de propuestas para favorecer la APS a través de programas específicos.

En cuanto a la relación con las escuelas de medicina, se observan también diferentes modelos desde la completa coordinación de los servicios de salud con la formación de médicos hasta la afiliación para permitir el paso de los estudiantes por espacios de práctica a través de convenios con diversos grados de complementación. En algunos casos, se incorporan a estos acuerdos otras instituciones promoviendo una colaboración intersectorial (entidades comunitarias, sindicatos, alcaldías/municipalidad, trabajadores de salud, educación). La participación de entidades no gubernamentales relacionada a los cuidados de la salud también ha sido considerada en algunas instituciones.

Respecto de los estudiantes

Se observaron grandes diferencias entre las escuelas de América Latina y de América del Norte en cuanto al número de estudiantes y la mortalidad académica. Las escuelas del norte tienen en general menor número de estudiantes y una mayor proporción de egresados. Por el contrario, las de América Latina, con excepción de la Universidad Nacional del Sur de Argentina y de San Antonio Abad del Cuzco en Perú, tienen un gran número de estudiantes que varían entre 800 y más de 6000. La deserción de estudiantes de la mayoría de las universidades de América Latina es alta, con cifras que varían entre el 20 y el 60%.

Los mecanismos de selección son muy diversos y se refirieron los siguientes:

- Promedio de la etapa previa de educación.
- Entrevista.
- Evaluación de conocimientos biológicos (mayoritaria).
- Evaluación de habilidades cognitivas.
- Evaluación de características predictoras de adaptación a la modalidad curricular o preferencia por APS.

Respecto de los docentes

La relación docente-alumno es muy variable entre las escuelas.

La distribución por áreas muestra, en algunos casos, escasa presencia de docentes de las áreas sociales, concentrándose el mayor número de ellos en las áreas clínicas y en las especialidades.

La capacitación docente en aspectos relativos a la educación tiene dos modelos:

- Postgrados en forma de maestrías o diplomados en educación (mayoritario).
- Capacitaciones focalizadas en habilidades para el trabajo grupal y la interacción docente-alumno en pequeños grupos o individual.

Sobre la evaluación

La mitad de las escuelas o facultades tiene evaluación al final de la formación para evaluar las competencias adquiridas por los alumnos; el resto sigue priorizando evaluación de contenidos. Pocos países tienen instalados procedimientos y procesos de acreditación a nivel nacional que implica autoevaluaciones, seguimiento de estándares y evaluaciones externas o de pares.

No se visualiza claramente la presencia de las habilidades de APS entre las competencias o contenidos evaluados. En general, se las evalúa en conjunto con habilidades clínicas.

Se detecta una clara intención de realizar evaluaciones de proceso y de niveles superiores de competencia superando la clásica evaluación de conocimiento: se presentan diversos ejemplos de evaluación en entrenamiento y habilidades. En síntesis, se ha introducido la evaluación formativa y el uso de múltiples instrumentos de evaluación.

Sobre las metodologías educacionales utilizadas

Las metodologías son variadas y se pueden encontrar diferentes combinaciones de las siguientes:

- Clases.
- Tutorías a pequeños grupos.
- Trabajos de investigación.
- Aprendizaje basado en proyectos.
- Entrenamiento de habilidades.
- Trabajo de campo.
- Estudios de casos.
- Clubes de revistas.
- Aprendizaje al pie del paciente.

Es de destacar que varias de las universidades presentes refirieron la introducción de la metodología de “aprendizaje basado en problemas” en grados variables, encontrándose ejemplos de currículos organizados completamente sobre la base de esta metodología.

Sobre las actividades para el desarrollo de habilidades relacionadas a la APS

Tanto la actividad práctica como la exposición comunitaria con indicaciones precisas sobre la estrategia de la APS tienden a ser progresivas, en menor grado en los primeros años, siendo completa sobre el final de la carrera.

Como forma de efectivizar este contacto con las prácticas de APS se consideran estancias prolongadas en servicios de APS o medicina familiar en el ciclo clínico o en el internado.

Las universidades que refieren uso de aprendizaje basado en problemas señalan la inclusión de contenidos relativos a APS en la formulación de los problemas.

Mecanismos facilitadores o limitantes para el desarrollo de los currículos con enfoque de APS

El cuestionario preguntaba sobre los mecanismos facilitadores y limitantes identificados en el proceso de reorientación hacia la APS de la formación de pregrado, así como las necesidades que dichas escuelas tienen en el momento actual para el desarrollo de la misma. La síntesis de lo referido se detalla a continuación:

FACILITADORES	LIMITANTES	NECESIDADES
<ul style="list-style-type: none"> ▫ Política de Estado sobre Sistemas de Salud focalizados en la APS. ▫ Autoridades universitarias comprometidas con los cambios. ▫ Apoyo de organismos internacionales. ▫ Integración curricular. ▫ Planes de formación que prevean docencia directa de médicos generales. ▫ Multiplicación de escenarios formativos. ▫ Demostración de impacto positivo sobre la salud a partir de la estrategia de APS. ▫ Implementación de residencias de medicina familiar. 	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Falta de políticas de Estado para asumir a los profesionales formados en APS. ▫ Insuficiente financiamiento disponible para el cambio. ▫ Escasa motivación de los docentes. ▫ Desconocimiento de los docentes sobre las estrategias de salud basadas en APS. ▫ Tradición de educación hospitalaria. ▫ Insuficiente experiencia docente de los profesionales que trabajan APS. ▫ Baja calidad en prestadores de primer nivel de atención. ▫ Imagen negativa de la medicina general en la población. ▫ Resistencia de los pares académicos evaluadores a modelos descentralizados. ▫ Gran influencia de la medicina privada, las especialidades y la fragmentación de la carrera en áreas. ▫ Carácter individualista en el estudiantado. 	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Promover políticas de Estado en APS. ▫ Lograr articulación y coordinación entre las instituciones formadoras de recursos y las políticas estatales en área de salud y sus programas. ▫ Capacitar en educación médica a los profesionales de los servicios de APS que se involucren en la docencia. ▫ Aumentar recursos materiales y humanos en la APS. ▫ Abrir la universidad a la comunidad. ▫ Favorecer el contacto temprano de los estudiantes con la práctica comunitaria. ▫ Evaluar de manera sistemática los resultados. ▫ Desarrollar investigación con enfoque de APS. ▫ Dar visibilidad a los resultados de experiencias exitosas de escuelas orientadas a APS.

3.2. CONCEPTOS CENTRALES DE LAS PRESENTACIONES

En los tres días de reunión se organizaron paneles temáticos invitándose a las universidades a presentar sus experiencias en algunos de los paneles de acuerdo a los antecedentes de desarrollo en cada temática. Los paneles fueron los siguientes:

- El perfil y las competencias de los médicos con un enfoque de APS.
- La relación universidad/escuela y gobierno/servicios de salud.

- La construcción del currículo, los aspectos relativos a la APS renovada y los espacios de práctica fuera de los hospitales.
- La formación de los formadores para el fortalecimiento de la visión en APS.
- La selección de los estudiantes, sus características previas y la incorporación al mercado laboral.
- La función de los Centros Colaboradores de la OMS/OPS y la colaboración entre los países de América Latina.

Luego de cada panel se debatió tanto sobre lo presentado como sobre la temática en cuestión. De las presentaciones y los debates se pueden sintetizar algunos conceptos fundamentales relacionados con:

- Involucramiento del Estado.
- Construcción curricular.
- Cambio de los escenarios de aprendizaje.
- Necesidad de evaluación de las experiencias.
- Capacitación docente orientada a la APS.
- Alineamiento de la selección de estudiantes con las necesidades de profesionales.

Involucramiento del Estado

Fue clara la necesidad expresada por los panelistas de relacionar la formación a los servicios, en especial los de índole pública. Es evidente que en la medida que los gobiernos incorporan una visión unificada de los sistemas de salud y toman la rectoría del proceso se facilita la aproximación con las entidades formadoras. Se debe entender que la salud es una construcción política, que excede el marco de lo curativo y que debe analizarse con una amplia visión a los determinantes de salud de la población, por lo tanto los resultados de salud son influenciados solo en forma parcial por las acciones en el sector salud y por la formación de profesionales.

Si el Estado determina con firmeza una reorientación de los sistemas de salud y estos están basados en APS, como es el caso de Cuba y Brasil, este cambio en las políticas lleva a la necesidad de modificar los planes de educación de los profesionales de salud.

Los procesos de cambio se aceleran si las necesidades se establecen con claridad, con la participación comunitaria y la rectoría gubernamental. Estas necesidades de salud son las que deben determinar el perfil y el número de profesionales necesarios.

Las universidades pueden hacer grandes esfuerzos en la transformación de su orientación curricular, pero, si las políticas no son orientadas en este sentido, estos esfuerzos serán poco evidentes. Se puede formar un profesional con orientación en APS pero si el contexto es desfavorable estos recursos pudieran perderse al reorientarse a otras áreas de práctica o especialidades.

La universidad a su vez, puede hacer un aporte a las necesidades del Estado para extender la APS. Estos aportes se relacionan con la necesidad de apoyar la reconversión de profesionales a la APS y el aprendizaje continuo. Asimismo, puede significar dotar de herramientas de investigación a esos profesionales para contribuir al conocimiento de su propia práctica. Las universidades pueden aportar conocimiento y manejos de medios educativos no convencionales. Todo esto requiere de ellas incorporar a su misión el servir a la comunidad en la que están insertas; significa un cambio en la visión de la universidad. En síntesis, esta relación debe tener un sentido de bilateralidad e intercambio.

Construcción curricular

La participantes señalaron los cambios en el desarrollo curricular producidos en los últimos años, cambios impulsados por la necesidad de adecuar el perfil del egresado que se pretende formar y su adaptación a la realidad social. Las nuevas propuestas curriculares se orientan por competencias en contraste con el clásico diseño orientado por contenido de conocimientos.

Para ello se ha avanzado en incorporar contenidos que en la mayoría de los casos no estaban presentes en los programas de estudios y que son necesarios para formar un profesional orientado a la APS. En esta línea se incluyen las bases epidemiológicas y sociales de los determinantes de la salud, las herramientas de la salud pública y la bioética.

La forma en que estos contenidos han sido incorporados es variable. En muchos casos llevó al replanteamiento global del currículo y a la búsqueda de modelos integrales, borrando las fronteras disciplinares. En otros casos, con el agregado de nuevos cursos o modificación de los existentes. Se observó una tendencia a considerar la necesidad de ejes de APS que atraviesen todo el esquema curricular.

También esta reforma curricular ha llevado a introducir un pasaje más temprano por áreas de práctica en APS sin esperar a los ciclos clínicos, incorporando para ello una visión comunitaria.

Cambio de los escenarios de aprendizaje

Se ha colocado gran énfasis en incorporar nuevos escenarios de aprendizaje. Estos escenarios se reflejan curricularmente en rotaciones extendidas por servicios asistenciales orientados a la APS y como prácticas finales.

Estos nuevos escenarios, que deben ser adecuadamente acreditados en términos de su calidad, permiten que se exploren no solo los aspectos asistenciales ambulatorios, sino que se produzca un verdadero intercambio con la comunidad para identificar necesidades, priorizar problemas y formular planes preventivos y de promoción que involucran al estudiante como un actor clave que aprende en la interacción y en la reflexión sobre sus acciones.

Este cambio de escenarios solo será posible si además se introducen las metodologías educacionales correctas, que promuevan el desarrollo de un profesional independiente pero a la vez capaz de interactuar efectivamente en un equipo, capaz de reflexionar sobre su práctica y de hacer una apreciación crítica de la realidad. Por ello es clave promover la construcción colectiva del aprendizaje con metodologías centradas en el estudiante, basadas en un aprendizaje experiencial.

En este punto, se observaron diferencias en la intervención de los docentes. Mientras algunas propuestas proponen un modelo de construcción a partir de las carencias detectadas, guiadas por los docentes, otros sostienen la importancia del profesor experto guiando los contenidos curriculares. Estas diferencias se correlacionan con el grado de integración curricular señalada; a mayor integración menos centrado en el rol docente. Estas diferencias también se reflejaban en forma paralela con el grado de participación previsto para los profesionales de los servicios utilizados como escenarios de aprendizaje.

Necesidad de evaluación de las experiencias

También se hizo hincapié en las presentaciones la necesidad de acompañar todos estos cambios y políticas con una estricta metodología de evaluación de sus resultados. El desafío que aquí se impone es el de definir los indicadores para esos resultados.

Es sencillo analizar los resultados educacionales inmediatos como el conocimiento adquirido o aun la demostración de aplicación de estos conocimientos,

pero los verdaderos resultados a considerar deberían ser la retención de profesionales formados que permanecen en carreras profesionales ligadas a la APS. Más aún, el resultado a considerar debería ser la mejoría en la salud de la población, lo que aumenta la validez de la evaluación y de la propuesta pero hace compleja su implementación.

Desde esta perspectiva, las instituciones deben contar con instrumentos de autoevaluación sobre el desarrollo curricular y las buenas prácticas educativas que les permitan visualizar su acercamiento y construcción de un perfil de formación basado en la APS.

En términos de la evaluación individual de los estudiantes se propuso promover la autoevaluación y la evaluación formativa, así como el uso de evaluación de rendimiento de las competencias, con el consiguiente abandono de las evaluaciones limitadas al conocimiento factual.

Capacitación docente orientada a APS

La mayoría de las presentaciones señalaron la necesidad de preocuparse por los recursos docentes. En este sentido, la realidad indica que los docentes de las universidades no están preparados para el aprendizaje en ambientes comunitarios y tienen poco manejo de las herramientas necesarias para la APS renovada, y los docentes más capacitados en estas competencias provienen de la salud pública con escasa formación en los aspectos de la atención individual.

Por otra parte, los profesionales afectados a las tareas de APS, que trabajan en las áreas programáticas a las que concurren los estudiantes, están poco preparados en las habilidades educacionales necesarias para contribuir a un aprendizaje efectivo de los estudiantes.

Esto determina la necesidad de tres tipos de acciones; a) capacitar a los docentes universitarios en conocimiento y habilidades necesarias para la APS, b) producir una complementación interdisciplinaria y c) fomentar la formación docente de los profesionales de APS.

Todo esto debe enmarcarse en un proceso de selección y acreditación de los escenarios y generar propuestas par a la capacitación y certificación de los potenciales docentes.

Alineamiento de la selección de estudiantes con las necesidades de profesionales

Varios de los ponentes, en especial aquellos en cuyas escuelas estaban muy preocupadas por el déficit regional o nacional de profesionales competentes en APS, plantearon como un problema clave el retener el recurso humano formado en APS luego de terminado el pregrado.

Con ese objetivo, se han propuesto modelos de selección de estudiantes que incluyen el análisis de las características de los estudiantes, utilizando instrumentos adecuados y validados para seleccionar los estudiantes en base a aptitudes predictoras del desarrollo efectivo como futuros profesionales de APS.

También se propuso seleccionar los estudiantes tomando como base el lugar de origen y establecer estrategias de radicación y permanencia. Estas propuestas requieren modelos curriculares flexibles con base en los lugares donde los futuros profesionales se podrían insertar. Esto cambia el modelo de selección por un modelo de reclutamiento.

3.3. DISCUSIÓN EN GRUPOS Y RECOMENDACIONES GENERALES

Para los debates del taller, se definieron cuatro espacios de reflexión alrededor de preguntas clave que se señalan en el siguiente cuadro y que se relatan como recomendaciones generales a tomar en cuenta en los distintos aspectos que conlleva la planificación educacional:

Trabajo grupal 1

Aspectos centrales del nuevo perfil y las competencias de un médico con enfoque de APS.

- ¿Cómo se define el perfil de profesionales orientados a APS?
- ¿Cuáles son las competencias básicas generales de un médico orientado a la APS?

Trabajo grupal 2

- Aspectos teóricos y prácticos a considerar en la formación con enfoque de APS.

- Compromisos necesarios entre la Universidad/Escuela y Gobierno/Servicios de Salud.
- El mercado de trabajo.

Trabajo grupal 3

- Aspectos fundamentales en la formación de formadores para la construcción de un currículo basado en APS.
- Características de la selección de los estudiantes y facilidades para su incorporación al mercado laboral.

Trabajo grupal 4

- 1-Desafíos y necesidades de las Universidades para avanzar en el enfoque de formación basado en APS.
- 2-Posibles líneas de trabajo en red y de manera colaborativa.
- 3-Estrategias para influir en la Región de las Américas con el enfoque de APS.

Definición del perfil del médico orientado hacia la APS

Tomando en consideración los planteamientos de la APS renovada y considerando la estructura de los sistemas de salud en cada uno de los países, los grupos de trabajo definieron el siguiente perfil del médico orientado hacia la APS:

Que el egresado sea un médico general, en condiciones de prestar atención médica integral al ser humano, en su entorno familiar y social, mediante acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, con un enfoque bio-psico-social-ambientalista, con la Atención Primaria de Salud como estrategia y eje transversal de su formación.

El médico con formación en APS deberá ser una persona con sensibilidad social, y comportamiento ético, capacidad de liderazgo, trabajo en equipo y autoaprendizaje, poseedora de competencias que le permitan con la más alta calidad posible, influir en el bienestar de las comunidades y participar en el mantenimiento y recuperación de la salud de individuos, familias y comunidades.

Será capaz de desarrollar acciones de carácter investigativo, docente (educación y autoeducación) y administrativas, establecer comunicación interpersonal, con los pacientes, las familias y la población, aplicar el método científico, así como buscar y asimilar críticamente la información científica.

Toda su actuación profesional estará impregnada de un alto sentido ético, vocación de servicio, solidaridad humana, consagración a la preservación de la salud y calidad de vida de nuestro pueblo y otros pueblos necesitados del mundo (vocación internacionalista).

En síntesis, el perfil del médico y del equipo de salud para a APS deben contar con una visión holística e humanística del ser humano en un contexto socio-ambiental.

Además de estas precisiones, en la discusión en plenaria se plateó la necesidad de avanzar sobre las diferencias conceptuales entre los perfiles de médico comunitario, médico familiar y médico orientado hacia la APS, superando la cuestión terminológica para concentrarse en las competencias necesarias para el desarrollo de la APS.

Competencias generales básicas

Las coincidencias en cuanto a las competencias llevaron a considerar que el egresado debe ser capaz de demostrar la capacidad de:

- Adecuar su práctica profesional a la definición del sistema de salud de su país y de acuerdo al contexto donde trabaja para prevenir y resolver problemas de salud.
- Establecer relaciones de respeto y confianza para dialogar y negociar con los ciudadanos/comunidad, equipos/comunidades y otros sectores, respetando la diversidad cultural.
- Comprender el ciclo vital.
- Trabajar en equipo y desarrollar liderazgo con el resto del equipo de salud y la comunidad.
- Manejar las incertidumbres y los cambios.
- Generar su propia capacidad de autoaprendizaje y autoconocimiento.

Aspectos teóricos y prácticos a considerar en la formación con enfoque de APS

El listado de aspectos teóricos y prácticos presentado por los diferentes grupos es largo, destacándose las siguientes coincidencias:

- Identificación de factores de riesgo y grupos vulnerables:
 - Diagnóstico familiar, e intervención a nivel familiar.
 - Control de salud del recién nacido, del niño, del adolescente, adulto y adulto mayor sano.
- Epidemiología (indicadores socio-demográficos):
 - Epidemiología cuantitativa e investigación cualitativa.
 - Diagnóstico comunitario y planificación local participativa.
 - Vigilancia epidemiológica. Enfermedades de notificación obligatoria. Estudios de brote.
 - Herramientas para la medicina basada en la evidencia.
- Conocimiento para manejar las patologías prevalentes. Especial énfasis en el primer nivel de atención y problemas prevalentes en el primer nivel:
 - Adicciones.
 - Violencia.
- Antropológicos/sociológicos (territorialización; orígenes étnicos; trabajo en equipo):
 - Salud ocupacional.
 - Educación para la salud y educación popular.
 - Participación comunitaria.
 - Trabajo en redes.
- Políticos/administrativos: legislación; gestión; organización; planeamiento; evaluación; sistemas de salud relacionado al contexto de práctica:
 - Organización del sistema.
 - Herramientas para el manejo social de recursos de salud.
 - Gestión en el primer nivel de atención.
- Comunicación:
 - Relación médico paciente.
 - Trabajo en equipo.

- Comunidad (promoción y estrategias de prevención).
- Comunicación para educación continua (informática).
- Ética y profesionalismo.

De las **prácticas fundamentales** para estimular el aprendizaje se detallan:

- Hacer el diagnóstico de situación de salud del área de responsabilidad sanitaria: registro y manejo de datos estadísticos, epidemiológicos, socioeconómicos y del sistema de salud, uso de software básico, armado de una sala de situación.
- Desarrollar una investigación socio sanitaria: registro y manejo de datos estadísticos, epidemiológicos y socioeconómicos; uso de software; metodología de la investigación científica, funcionamiento del sistema de vigilancia epidemiológica local.
- Atención de casos en áreas de atención primaria: manejo diagnóstico y terapéutico de los problemas de salud del área.
- Formular y ejecutar programas locales de salud a nivel familiar o comunitario: conocimientos sobre el proceso salud enfermedad, del sistema de salud, de las organizaciones barriales y comunitarias, redes sociales, herramientas de promoción de salud y prevención de enfermedad a todos sus niveles, incluyendo educación para la salud y gestión ambiental; epidemiología social.
- Educarse en forma continua, en el servicio de salud: organizando y participando en presentaciones de casos clínicos y comunitarios, formulando informes de avance y de finalización de los proyectos y programas de investigación y acción que se ejecutan.

Para la organización curricular y la implementación de estas actividades se establece la necesidad de que los planificadores puedan contestar las siguientes preguntas:

- *¿Dónde?*

La respuesta a esta interrogante puede ser a través de policlínicos, redes de servicios de APS, redes sociales (círculos de tercera edad, organizaciones barriales, etc.) y escuelas:

- *¿Quiénes serán los docentes?*

Necesariamente debe involucrarse a los médicos de los sistemas de salud local con formación familiar y comunitaria.

- *¿Cómo se planteará el aprendizaje?*

Se propuso un abordaje progresivo que va desde la observación a la gestión médica, pasando por intervenciones sanitarias antes de la intervención medicalizada, siempre bajo supervisión del docente.

Compromisos necesarios entre la universidad/escuela y gobierno/servicios de salud

El grupo consideró la importancia de los acuerdos entre ambas partes como forma de dar sustentabilidad a los proyectos de cambios que lleven a la formación de médicos orientados a la APS. Estos acuerdos deberían considerar los siguientes aspectos relevantes para el logro de los resultados esperados:

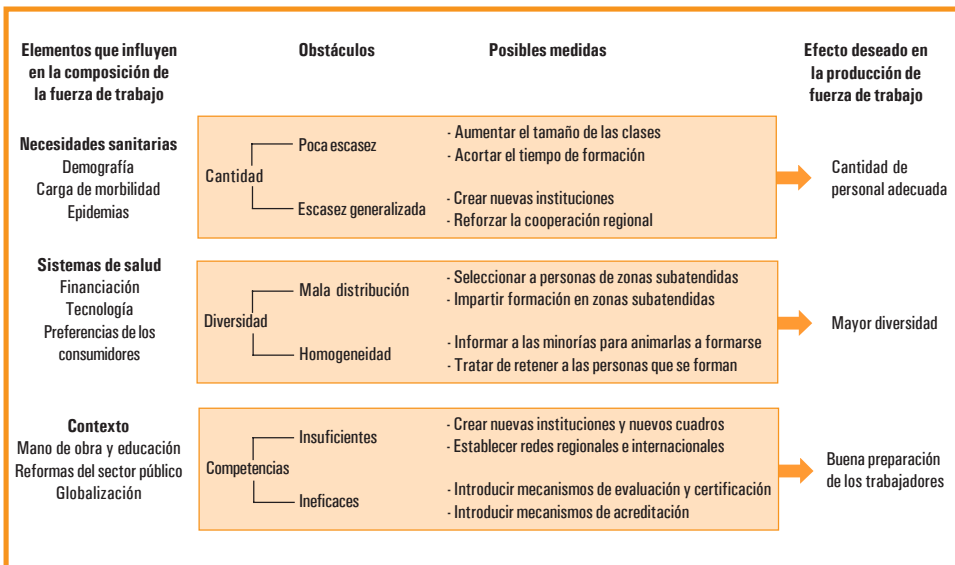
- Promover un diálogo con la rectoría del sector salud para discutir la necesidad de formar médicos con visión de APS como una forma eficiente de invertir los recursos y aumentar la cobertura de salud.
- Formación de un consorcio de escuelas de una determinada área de salud para alcanzar acuerdos puntuales con los prestadores de servicio y el gobierno.
- Realizar abogacía en la sociedad sobre la importancia de la APS.
- Se deben fortalecer los convenios entre la academia y los servicios para garantizar la adherencia a los compromisos internacionales.
- Realizar acuerdos más amplios que los formales del servicio, incluyendo acuerdos con otras estructuras de la comunidad y establecer compromisos incorporando a las corporaciones (sindicatos, asociaciones, etc.).
- Potenciar actores claves, capaces de ejercer liderazgo en la toma de decisiones, tanto dentro de la academia, como en los servicios.
- Capacitar a los potenciales docentes en los propios servicios con una nueva visión de la APS.
- Construir una cultura de evaluación permanente, para garantizar la calidad formativa, tomando como punto de partida el cumplimiento de los compromisos, la satisfacción de lo que se va alcanzando y los insumos del propio proceso.

- Conquistar espacios de medios, aprovechando la tendencia actual de destacar la salud como valor mayor (calidad de vida). Se resaltó la importancia de que las escuelas no debe sustituir las obligaciones de las estructuras de los servicios de atención bajo ninguna forma.

El mercado de trabajo médico

En principio, los recursos humanos en salud deberían estar determinados por los requerimientos de la prestación de servicios adecuados a las necesidades de salud de la población. Ante las necesidades de cambio de los Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud y tal como planteo el Informe Mundial de Salud⁵², mantener un equilibrio razonable entre la cantidad, la diversidad y las competencias de la fuerza laboral sanitaria requiere comprender muy bien las fuerzas impulsoras y los obstáculos que inciden en los sistemas sanitarios y educativos, así como en los mercados laborales. El conocimiento de esos factores, aunque no sea absoluto, puede servir de guía para la formulación de políticas y la adopción de posibles medidas relacionadas con la formación y la contratación. El siguiente gráfico, presentado en el informe citado, muestra los elementos que incluyen en la composición de la fuerza de trabajo, los diferentes obstáculos, las posibles medidas y el efecto deseado en la producción de la fuerza de trabajo:

Figura 2. Obstáculos para producir una combinación adecuada de personal sanitario



Fuente: Organización Mundial de la Salud. *Colaboremos por la Salud. Informe sobre la salud en el mundo - 2006* (pág. 42).

⁵² Informe Mundial de la Salud. Ginebra, 2006.

Aspectos fundamentales en la formación de formadores para la construcción de un currículo basado en APS

Se plantearon los siguientes puntos clave:

- Determinar las necesidades de docentes pues no hay un camino homogéneo para todas las instituciones.
- Identificar a los docentes necesarios para los lugares específicos de trabajo en APS.
- Identificar personas con compromiso para la APS renovada.
- Asegurar la comprensión de la estrategia de renovación de la APS.
- Evaluar las necesidades de los docentes a formar.
- Incorporar estrategias de trabajo con la comunidad y su participación en la APS en la formación de los docentes.
- Garantizar la comprensión de la formación centrada en el estudiante y el manejo de habilidades y herramientas que permitan una devolución efectiva y un buen flujo de comunicación horizontal.
- Generar espacios de discusión dentro de la institución que permitan:
 - El intercambio hacia el interior de la escuela.
 - La valorización de la labor docente.
 - Reflexionar sobre los cambios de roles y la horizontalización de la participación docente en la construcción curricular.
 - La participación en foros y redes de debate sobre formación en APS para el intercambio y enriquecimiento de experiencias.

Características de la selección de los estudiantes y facilidades para su incorporación al mercado laboral

Respecto de la selección de estudiantes, se resaltó que no debe confundirse con los mecanismos de limitación de número o cupos que puedan establecer las instituciones. El reclutamiento de personas adecuadas para un determinado perfil de programa es diferente de la selección de postulantes que eligen un programa. Por lo tanto, el dilema es si éstos procesos deben ser pasivos o activos en cuanto a la búsqueda de estudiantes en las áreas necesitadas de profesionales.

El centro de atención para la elaboración de métodos de selección debería ser el interés de los estudiantes para promover y desarrollar la APS. Si se considera la retención de egresados trabajando en APS como una meta, el proceso de selección debería considerar:

- Expectativas de los ingresantes y su posición sobre la salud y bienestar humano.
- Características de personalidad que se orienten al servicio.
- Lugar de procedencia.
- Habilidades de comunicación.
- Habilidades para el trabajo grupal y en equipo.
- Comunidades con necesidad de desarrollo de APS.

Para una completa consideración de la perspectiva comunitaria, los comités de selección deberían pensar en la inclusión de personas representativas de la comunidad a la que servirán los egresados.

Política e incentivos que garanticen la incorporación al mercado laboral del egresado (retención)

Es necesario involucrar al Estado desde el principio de los procesos de cambio, fundamentalmente por su rol en la definición y liderazgo de las políticas de salud. Los gobiernos deben ser coherentes con el propósito de valorar la implementación de la APS renovada ejerciendo su papel de rectoría tanto en las instituciones públicas como privadas.

Se debe procurar armonizar las características de la demanda de profesionales a las demandas de salud de la población, para que la oferta de profesionales tenga la garantía de que sus egresados van a salir a un entorno favorable; este análisis de necesidades debe hacerse a futuro considerando el tiempo que insume la formación de profesionales.

Es necesario que el proceso se lleve delante de manera armónica para acordar resultados esperados, necesidades e identificación de progresos, así como su forma de evaluación.

El compromiso de los gobiernos debe incluir la promoción y apoyos sustantivos a estos profesionales a fin de articularlos al sistema de salud y modificar las representaciones culturales adversas que la gente tiene sobre estos profe-

sionales. La definición de una mejor escala salarial es imprescindible para la retención de éstos profesionales, especialmente si serán ubicados en zonas alejadas.

Garantizar posibilidades de educación continua para quienes se comprometan a trabajar con este perfil profesional será imprescindible y podría ser parte de las labores de extensión y educación de posgrado de las propias instituciones académicas.

Desafíos y necesidades de las universidades para avanzar en el enfoque de formación basado en APS

Los desafíos identificados que deben enfrentar las universidades comienzan por acordar la definición operativa de APS, y la comprensión de la filosofía que está detrás de ella. Superada esta etapa, las instancias académicas conjuntamente con las autoridades de salud deben:

- Desarrollar liderazgo de manera conjunta y en los espacios correspondientes.
- Lograr acuerdos precisos en aspectos conceptuales básicos, número de estudiantes requeridos, espacios geográficos prioritarios.
- Desarrollar una política de integración-acción en los servicios que permita una reorganización y regionalización de los servicios tomando en consideración la localización de las universidades.
- Promover propuestas de investigación y desarrollo que faciliten la adquisición de recursos para el cambio.
- Acordar con instituciones de la comunidad para su participación en el proceso educativo y establecer mecanismos de intersectorialidad de las prácticas.
- Desarrollar modelos de selección de estudiantes especiales para lugares prioritarios que requieran de intervenciones innovadoras.
- Desarrollar modelos de selección y capacitación de docentes.
- Planificar las evaluaciones de los programas y definir los cambios esperados.
- Trabajar en el empoderamiento del sistema universitario para liderar el proceso de transformación conducente a la implementación de la APS en conjunto con las instituciones del Estado.

- Trabajar a lo interno de las instituciones educativas para facilitar la comprensión del nuevo modelo que se pretende desarrollar y de la visión interdisciplinaria que se precisa construir.
- Identificar nuevas tecnologías educacionales, entre ellas las virtuales.
- Contar con asistencia técnica para la implementación, mejoramiento y reorientación de los programas.

Posibles líneas de trabajo en red y de manera colaborativa

Como forma de seguir adelante en el desarrollo y fortalecimiento de los lazos de trabajo y apoyo el grupo planteó:

- Desarrollar una base de datos de escuelas (definición de un instrumento de recolección de datos y un modo de recolección de información).
- Compartir y diseminar recursos para el desarrollo y mejoramiento de los procesos de cambio.
- Promover la investigación (desarrollo de experiencias multicéntricas para asegurar la búsqueda conjunta de fondos).
- Analizar y discutir algunas de las experiencias existentes para fomentar su diseminación.
- Apoyo técnico, enlace y coordinación de la OPS para poder incidir coherentemente en la toma de decisiones del poder político y apoyar la formulación de políticas que favorezcan la implementación de la APS en beneficio de la población.
- Celebrar eventos periódicos de intercambio de experiencias, que favorezcan el fortalecimiento de las escuelas orientadas hacia APS.
- Empezar un proyecto colaborativo multicéntrico tomando elementos de lo analizado en la reunión: un proyecto concreto puede ser el trabajo sobre el proceso evaluativo, estructurándolo en un propuesta que pueda ser sometida para su financiamiento.
- Ampliar el sondeo efectuado por la OPS a otras instituciones.

Estrategias para influir en la Región de las Américas con el enfoque de APS

Enviar una síntesis de lo discutido en este evento (un resumen ejecutivo de una página) tanto a los gobiernos (a través de la OPS) como a otras escuelas de medicina e instituciones representativas.

4. PROPUESTA DE TRABAJO

Como corolario de este análisis y de los debates sostenidos entre los convocados al evento se proponen las siguientes acciones:

1. Realizar un análisis de situación y de tendencias de la educación médica en los países de la Región con una atención particular a los procesos de transformación de la formación hacia la atención primaria de salud. El estudio, además de generar una línea de base para dimensionar la magnitud de una eventual iniciativa regional, permitirá apreciar los factores de promoción o resistencia al cambio, internos y externos a las instituciones educativas e identificar y caracterizar las experiencias innovadoras existentes.
 - Generar información sobre las escuelas de medicina de la Región, tanto públicas como privadas, *off shore* u otras categorías que permitan contar con un panorama general de sus enfoques educativos y sus dimensiones de prácticas. Para ello se utilizará la base de datos de la OMS sobre escuelas de medicina y se definirá un instrumento de recolección de la información y un modo de recopilación y análisis de la misma.
 - Disponer de un análisis que permita contrastar las tendencias en materia de educación médica con las orientaciones de políticas de salud en los países;
2. Generar una capacidad técnica para promover, orientar y asesorar procesos institucionales de cambio de la educación médica hacia la APS sobre la base del conocimiento y de la mejor evidencia disponible. Esta capacidad técnica se desarrollara a partir de la conformación de una red de aprendizaje constituida por instituciones académicas con interés y experiencias innovadoras de formación de pregrado orientada a la APS que incluya Centros Colaboradores de la OPS/OMS y escuelas/facultades de medicina y ciencias de la salud con el objeto de:
 - Identificar y caracterizar buenas prácticas.

- Desarrollar y compartir conceptos, estrategias de cambio, metodologías de intervención y evaluación, instrumentos y procesos útiles a la transformación de la educación médica hacia la APS.
 - Dar difusión a las actividades de las escuelas y las estrategias de desarrollo de la enseñanza basada en APS.
 - Generar un espacio de diálogo virtual a través de una “comunidad de práctica” utilizando las herramientas disponibles en la OPS, especialmente el Campus Virtual de Salud Pública.
 - Coordinar reuniones periódicas para intercambiar experiencias y evaluar el progreso de la iniciativa.
 - Generar y apoyar técnicamente proyectos de investigación evaluativa de experiencias de cambio.
 - Diseñar y poner en práctica un curso virtual de formación de formadores utilizando el Campus Virtual de Salud Pública de la OPS.
 - Búsqueda conjunta de financiamiento para proyectos comunes e intercambio de formadores y estudiantes.
3. Realizar un estudio sobre las políticas públicas, estrategias, sistemas de incentivos y de asesoría, tanto del sector salud como del sector educación, que generan un entorno favorable al cambio de las instituciones de formación en ciencias médicas.
4. Desarrollar una iniciativa regional que promueva una acción concertada e integrada entre autoridades de salud y de educación superior, agencias de acreditación y instituciones formadoras en ciencias de la salud para reorientar la educación médica hacia las necesidades de salud de la población y la atención primaria de salud. Apoyo técnico, enlace y coordinación de la OPS para poder incidir coherentemente en la toma de decisiones del poder político para apoyar la formulación de políticas que favorezcan la implementación de la APS en beneficio de la población:
- Celebrar eventos periódicos de intercambio de experiencias, que favorezcan el fortalecimiento de las escuelas orientadas hacia APS.
 - Promover y generar debates virtuales y presenciales entre las escuelas/facultades y autoridades de salud a fin de llegar a acuerdos sobre al formación orientada hacia la APS.

- Abogar con la autoridades de salud sobre la necesidad del cambio y el apoyo requerido desde los espacios públicos.
- Mantener un intercambio sobre avances y bibliografía disponible acerca de la APS y la educación médica.
- Promoción de encuentros ente las autoridades académicas y autoridades de salud.

ANEXO I. CUESTIONARIO

Escuelas de medicina orientadas a la APS

<i>Cuestionario general</i>	
UNIVERSIDAD:	
FACULTAD:	
CARRERA:	
FECHA DE ESTABLECIMIENTO DE LA CARRERA:	
CIUDAD:	
PAÍS:	
APELLIDO Y NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL LLENADO DE LA ENCUESTA:	
TELÉFONO:	
CORREO ELECTRÓNICO:	

<i>Respecto al plan de estudios</i>	
DURACIÓN DE LA CARRERA (EN AÑOS):	
PERFIL DEL EGRESADO:	
DESCRIPCIÓN GENERAL DEL TIPO CURRICULAR EN TÉRMINOS DE:	
A. ORGANIZACIÓN (CICLOS, ETC.):	
B. INTEGRACIÓN (DISCIPLINAS, MÓDULOS, UNIDADES, ETC.):	
C. MÉTODOS DE ENSEÑANZA-APRENDIZAJE:	
EN LA MEDIDA DE LO POSIBLE, SEÑALE LAS COMPETENCIAS RELATIVAS A LA APS QUE SE INCORPORAN EN EL CURRÍCULO	

Acuerdos con servicios de salud y área de gobierno	
¿EXISTE EN EL PAÍS UNA POLÍTICA ORIENTADA A LA FORMACIÓN DE RECURSOS EN APS?:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
SI ES AFIRMATIVA, EXPLIQUE EN QUE CONSISTE:	
¿QUÉ TIPOS DE ACUERDOS TIENE SU ESCUELA CON LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICOS? (DETALLE EN QUÉ CONSISTEN):	
¿QUÉ TIPOS DE ACUERDOS TIENE SU ESCUELA CON LOS SERVICIOS DE SALUD PRIVADOS Y DE LA SEGURIDAD SOCIAL (DETALLE EN QUÉ CONSISTEN):	

Respecto a los estudiantes	
¿CUÁL ES EL PROMEDIO DE EDAD DE LOS ESTUDIANTES?:	
¿CUÁL ES EL NÚMERO DE ESTUDIANTES EN SU ESCUELA DE MEDICINA?:	
¿CUÁL ES EL NÚMERO DE ESTUDIANTES QUE INGRESAN ANUALMENTE? (PROMEDIO DE LOS ÚLTIMOS 3 AÑOS):	
¿CUÁL ES EL NÚMERO DE EGRESADOS ANUALES? (PROMEDIO DE LOS ÚLTIMOS 3 AÑOS):	
¿CUÁL ES EL DESGRANAMIENTO DE ESTUDIANTES DURANTE LA CARRERA? (RELACIÓN ENTRE LOS ESTUDIANTES QUE INGRESAN Y LOS QUE ABANDONAN SUS ESTUDIOS EN UNA COHORTE)	
¿SU ESCUELA TIENE MÉTODO DE SELECCIÓN DE ESTUDIANTES?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
DESCRIBA SINTÉTICAMENTE EL PROCESO Y LOS INSTRUMENTOS DE SELECCIÓN	

Docentes	
¿CUÁL ES EL NÚMERO DE DOCENTES EN SU ESCUELA DE MEDICINA? (DATO AL 30 DE ABRIL DEL 2008):	
¿CUÁL ES EL NÚMERO DE DOCENTES IMPLICADOS EN:	
A. CIENCIAS BÁSICAS? (BIOLÓGICAS):	
B. CIENCIAS SOCIALES Y EPIDEMIOLOGÍA?:	
C. ÁREAS CLÍNICAS (HOSPITALARIAS):	
D. ÁREAS DE APS	
¿CUENTA SU ESCUELA CON UN DEPARTAMENTO/ÁREA/UNIDAD/ COMISIÓN DE EDUCACIÓN MÉDICA/CAPACITACIÓN DOCENTE?	
¿SU ESCUELA TIENE ALGÚN PROGRAMA DE FORMACIÓN DOCENTE CONTINUA? SI ES AFIRMATIVA, EXPLIQUE EN QUÉ CONSISTE:	

Respecto a la metodología de evaluación	
MENCIONE EL ENFOQUE Y TIPOS DE EVALUACIÓN UTILIZADOS EN SU ESCUELA:	
¿CUÁL ES EL MECANISMO POR EL CUAL LOS ESTUDIANTES OBTIENEN LA CALIFICACIÓN EN LAS DISTINTAS DISCIPLINAS/ CURSOS/UNIDADES/MÓDULOS? (SI EXISTEN VARIOS MECANISMOS, DESCRIBIRLOS):	
¿SU ESCUELA CONTEMPLA UNA EVALUACIÓN GLOBAL DE LOS ESTUDIANTES AL FINALIZAR LA CARRERA?:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
SI CONTESTÓ AFIRMATIVAMENTE LA PREGUNTA ANTERIOR, ¿CÓMO ES ESTA EVALUACIÓN GLOBAL?:	

Actividades prácticas/experienciales

SEÑALE LA PROPORCIÓN DE ACTIVIDAD PRÁCTICA POR CADA AÑO DE LA CARRERA:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

¿CUÁL ES LA PROPORCIÓN DE HORAS MENSUALES DEDICADAS A LA ATENCIÓN PRIMARIA POR CADA AÑO DE CARRERA?:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

Metodología educacional/actividades

ENUMERAR LOS TIPOS DE ACTIVIDADES PEDAGÓGICAS UTILIZADOS EN SU ESCUELA (POR EJEMPLO: CLASES, TUTORÍAS, TRABAJOS PRÁCTICOS, INVESTIGACIONES, TRABAJO EN TERRENO, ESTUDIOS DE CASO, ETC.):

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.

DESCRIBA CON MÁS DETALLE LAS ACTIVIDADES ORIENTADAS A LA APS:

Facilitadores

¿CUÁLES FUERON LAS PRINCIPALES VENTAJAS O FACILITADORES REFERENTES A LA INCLUSIÓN DE ESTRATEGIAS ORIENTADAS A LA APS EN SU ESCUELA?:

Limitantes

¿CUÁLES FUERON LAS PRINCIPALES DESVENTAJAS U OBSTÁCULOS REFERENTES A LA INCLUSIÓN DE ESTRATEGIAS ORIENTADAS A LA APS EN SU ESCUELA?:

Necesidades

¿CUÁLES SERÍAN LOS TEMAS Y PUNTOS A TRABAJAR Y REFORZAR EN ESTOS MOMENTOS?:

ANEXO II. SÍNTESIS DE LAS PONENCIAS

Reunión Formación de Médicos con Orientación en Atención Primaria de Salud Belo Horizonte, MG – Brasil - 21 al 24 de Julio del 2008

El primer día se presentaron una serie de experiencias brasileñas de formación de profesionales y capacitación de agentes comunitarios con orientación en atención primaria para aumentar la fuerza de trabajo.

La primera presentación estuvo a cargo del Prof. **Dr. Francisco Campos**, Secretario de Gestión de Trabajo y de Educación de Salud del Ministerio de Salud de Brasil, sobre las “Políticas brasileñas inductoras para la construcción de los currículos enfocados hacia la APS y los estímulos para la enseñanza en diferentes escenarios de práctica”.



En primer lugar presentó el marco normativo y la relación entre los principios constitucionales y el Sistema Único de Salud establecido en 1988. El nudo de este sistema es la estrategia de Salud Familiar, apoyado sobre el Trabajador de Salud Comunitaria. Estos son 220,000 trabajadores en todo el país, reclutados en las comunidades locales y contratados por el sistema federal. La importancia de estos trabajadores es mantener los lazos culturales con la comunidad. Una de las dificultades es el diferente nivel educacional de estos agentes, lo que demanda una gran flexibilidad para su entrenamiento y posterior supervisión. En la actualidad, el Ministerio de Salud está entrenando 180,000 agentes comunitarios de salud. El entrenamiento de los auxiliares de enfermería es una preocupación im-

portante para el Ministerio, por ello desarrolla una iniciativa llamada PROFAE. El programa ha sido liderado por 319 escuelas técnicas que constituyen una red de 200 escuelas de enfermería de todo el país. Esta iniciativa rompe con la dicotomía trabajo-aprendizaje y está siendo trasladada a otras áreas técnicas como farmacia, cuidados domiciliarios, etc.

El programa *Pro Saude* tiene como propósito promover mejoría en los cursos de pregrado de medicina, enfermería, odontología. Se presentaron 270 proyectos de los que fueron seleccionados 90, lo que significa que más de 39.000 estudiantes están participando de proyectos innovadores. Los programas promueven el uso de escenarios comunitarios y de atención sanitaria ambulatoria. Se busca que enfatizen más la promoción de la salud que los aspectos curativos. Para los futuros graduados, el Ministerio de Salud financia becas de residencia en medicina familiar.

En forma de un semáforo se analizan los escenarios prácticos, el modelo teórico de salud y el modelo educacional. Del rojo al verde se indican el avance o atrasos de los programas educacionales orientación hacia la atención primaria.

Se presentaron con detalle las siguientes experiencias brasileñas:

Experiencia: ÁGORA

El Programa Ágora consiste en un curso de especialización en atención básica de salud de la familia con modalidad de educación a distancia, organizado por Nescon/UFMG. Una de las características del programa es su flexibilidad ya que posee un núcleo obligatorio y una serie de cursos optativos sobre los cuales el profesional puede elegir de acuerdo a su interés. Su organización respeta claramente el desarrollo individual y permite potenciar las capacidades de cada uno. El sistema de instrucción se basa en casos, se provee material impreso pero también en CD ROM e Internet, teniendo siempre disponible una biblioteca virtual: [www.nescon.medicina.ufmg.br/agora](http://www.nescon.medicina.ufmg.br/ agora).



Experiencia: UNASUS y TELESAÚDE

Se trata de un curso de especialización en salud familiar para 52.000 profesionales y capacitación en gestión para 100.000 trabajadores de la salud basado en comunicación a distancia.

Se propone una estrategia de trabajo conjunto de las instituciones académicas con los servicios de salud para responder a las necesidades de formación de profesionales. Este modelo de universidad abierta es un sistema de aprendizaje en servicio que se vale de la herramienta Telesaude. Esta red une hospitales universitarios y centros académicos con los servicios de atención primaria, especialmente los de zonas rurales alejadas, permitiendo un doble flujo. Por un lado, permite acercar una segunda opinión médica evitando el aislamiento de los profesionales de APS y por otro promueve la educación permanente al personal de los servicios de salud.

En síntesis, la experiencia brasileña muestra, en primer lugar, la relevancia de contar con determinación del Estado a través del SUS y el compromiso de la Universidad en formar los futuros profesionales, pero también en acompañar los cambios inmediatos en el sistema de salud y los requerimientos de nuevas competencias tanto para los prestadores como para los educadores.

El **Dr. Charles Godue** (OPS, Washington, D.C.) presentó “Las Metas Regionales de Recursos Humanos, la Renovación de la Atención Primaria de Salud y la Formación de Médicos con Enfoque de APS”. Partiendo de los principios de Salud para Todos y Renovación de la Atención Primaria de Salud, presentó los conceptos de la Llamada para la Acción y las Metas Regionales de Recursos Humanos para la Salud 2007-2015.



Se destacó como un punto clave para el debate en la reunión la *Meta 17* referida a: “El 80% de las escuelas de ciencias de la salud habrán reorientado su formación hacia la atención primaria de salud y las necesidades de la salud comunitaria, y habrán incorporado estrategias para la formación interprofesional”.

El **Dr. Renato Tasca (OPS, Brasil)** se concentró en la renovación de la atención primaria de salud. Sintetizó que la propuesta de renovación consiste en la transformación de los sistemas de salud, de modo que la APS desempeñe en ellos un papel central. Explicó luego el marco conceptual del documento de OPS que trata de ir desde los valores a los principios y por último a los elementos esenciales siguiendo desde adentro hacia fuera los círculos concéntricos.



PANEL 1:

El perfil y las competencias de los médicos con un enfoque de Atención Primaria de Salud

Se presentó la experiencia de la **Universidad de Sherbrooke (Canadá)**. Esta Universidad tiene una historia de 30 años de trabajo en reforma curricular. Desde 1966 la currícula es integrada, organizada por sistemas y está basada en ABP desde la década de 1980. Es decir, ha primado un modelo de integración entendiéndola bajo tres aspectos:



- el aprendizaje teórico y el práctico
- las ciencias básicas y clínicas
- la salud pública

El programa se caracteriza básicamente por enfocarse a las competencias, con énfasis en el comportamiento profesional, con el soporte de un programa de

desarrollo de recursos humanos y la incorporación significativa de docentes procedentes de la medicina familiar.

El aspecto a resaltar es la relación con instituciones afiliadas que han permitido formar estudiantes en estos lugares, aumentando la cantidad y variedad de práctica, logrando mayor retención de los egresados en estas áreas. Esta estrategia permite un mayor conocimiento de las necesidades de la comunidad que deberán servir al egresar.

La presentación de la **Universidad de Tucumán (Argentina)**, mostró las recientes modificaciones hechas al currículo en el cual se agregaron como ejes longitudinales la bioética, salud mental, salud pública, emergentología y metodología de la investigación. Mostró los resultados de una larga experiencia en un practicanato final a la carrera



de medicina. Esta “Práctica Final Obligatoria configura una instancia tutorial en la formación del médico, en donde el énfasis en el aprendizaje, la acreditación de los espacios de estudio-trabajo, la organización de actividades en torno a núcleos de actividades y la evaluación de desempeño, aparecen como los elementos fundamentales para asegurar las competencias de los futuros egresados”. Se expuso también la correlación entre el modelo de salud individual y colectiva.

Se destaca la introducción de cursos en los primeros años de la carrera con algún grado de integración horizontal.

PANEL 2:

La relación universidad/escuela y gobierno/servicios de salud

La presentación de la **Universidad de Illinois Rockford (EUA)**, trajo la discusión del tema de la educación y la preparación de médicos para la practica rural. De comienzo impactaron las cifras, ya que el número de condados rurales totales de EUA duplica a los metropolitanos (20% de la población). La demanda de profesionales es creciente. Como respuesta se presentaron las iniciativas de la

Universidad de Illinois con sede en Rockford. De éstas son de destacar RMED (*Rural Medical Education Program*) que propone un método particular de educación de profesionales basado en la permanencia en el lugar de origen y es sustentado por el EXPORT Project (*Excellence in Partnerships for Community Outreach,*



Research on Health Disparities and Training) que logra una buena alianza con servicios comunitarios. Los estudiantes son seleccionados teniendo en cuenta su lugar de origen y las necesidades médicas regionales. El RMED curriculum es suplementario y dura cuatro años con un bloque de cuatro meses de inmersión. Provee oportunidades únicas para entrenamiento y una mejor preparación para los cuidados primarios a nivel rural. A su vez, el desarrollo de un internado de verano promueve la tarea interdisciplinaria.

La presentación de la **Universidad Nacional de la República (Uruguay)**, se refirió a la propuesta de un nuevo plan de estudios, que ha sido aprobado por el Claustro y el Consejo de la Facultad (diciembre 2007 - marzo 2008).

Para la implementación se creó el Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria. También se estableció una cooperación activa con los servicios de salud compartiendo los profesionales como recursos docentes. Con este objeto se creó un consorcio denominado Instituto de Atención Primaria, que permite la articulación entre todas las instituciones y actores involucrados asignando en forma clara responsabilidades en la toma de decisiones.



La presentación de la **Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, León, (Nicaragua)** se centró sobre la reforma curricular reciente que llevo a un ordenamiento y secuenciación de módulos en la búsqueda de una articulación entre módulos, y entre habilidades, prácticas comunitarias y clínicas e investigación.



Mostró la introducción de las prácticas comunitarias en otros escenarios fuera de los centros de Salud Urbanos de León, donde la práctica lleva varios años. La práctica clínica comunitaria persigue la integración docencia/servicio/comunidad y el abordaje integral del proceso salud-enfermedad, para mejorar la salud de la comunidad. Tienen como fundamento básico el principio pedagógico de aprender haciendo.

Se espera que los estudiantes de sexto año al finalizar la rotación de prácticas clínicas comunitarias adquieran habilidades básicas para manejar de manera integral los componentes priorizados del MINSA tales como la promoción, prevención de salud, diagnóstico precoz, tratamiento y rehabilitación oportuna. El impacto de la acción de los estudiantes sobre la población es significativo e inmediato como pudo observarse de la mejora de las tasas de vacunación en algunas poblaciones. Surge aquí con claridad la importancia de fortalecer los lazos de la Universidad con los servicios, en especial los dependientes del Ministerio y de las municipalidades.

De la presentación de la **Universidad de Cuenca (Ecuador)** se destaca la coyuntura actual con un modelo de cambio a nivel Ministerial y la preocupación de impulsar cambios en la educación. Se propone pasar de un modelo centrado en la atención de la enfermedad a uno centrado en la promoción de la salud. En

DIFERENCIAS DE MODELOS DE ATENCIÓN		
COMPARACIÓN DE:	MODELO DE ATENCIÓN ACTUAL	MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD
Propósito	Atender a la enfermedad	Contribuir a la salud, desarrollo humano, calidad de vida.
Estrategia	Curación	Promoción, prevención, curación y rehabilitación; procesos educativos en ambas vías
Objeto de atención	Individuo	Individuo, familia y comunidad
Enfoque	Biológico	Biológico, psicológico, social y cultural
Modelo	Vertical, desarticulado	Horizontal, sistémico

TOMADO DEL MEF

un país con 25 escuelas de medicina y 13 millones de habitantes, es un desafío capacitar a los docentes en nuevos modelos de aprendizaje y atención ambulatoria, promover la autoevaluación y evaluación externa de las carreras del área de la salud, buscar coordinación entre las universidades y el sistema de salud e impulsar acuerdos nacionales, regionales y locales en la formación de recursos humanos. También consideró el rol clave de la Universidad en fomentar la investigación en atención primaria desde el inicio de las carreras y promover el trabajo en equipo intra-institucional, inter-institucional e inter-sectorial.

PANEL 3:

La construcción del currículo, los aspectos relativos a la APS renovada y los espacios de práctica fuera de los hospitales

El relato de la **Universidad de Ciencias Médicas de la Habana (República de Cuba)** sintetizó las características de la formación médica en Cuba. Puntualizó que la Medicina General Integral (denominación que han elegido para evitar las controversias sobre medicina rural, familiar, general, etc.) es la disciplina integradora. El cambio funda-



mental que ha sufrido la formación médica en el último tiempo es el traslado de la formación básica al escenario de trabajo, abandonando el aula universitaria. Se aprende haciendo con un sistema tutorial personalizado con una mentoría a cargo del médico general del lugar donde el estudiante es asignado.

Esta modalidad pretende partir del concepto de la esencialidad y de la integración del conocimiento; por lo tanto las llamadas ciencias básicas son exploradas a partir de casos de la realidad. Al estar el estudiante en este ambiente se promueve el desarrollo del trabajo en equipo y la pertinencia del currículo según el lugar. Esto no significa que los docentes de la Universidad estén ajenos, por el contrario, ellos son encargados de preparar todos los materiales de apoyo que los estudiantes utilizan. Entre estos predominan los materiales *multimedia* como, conferencias orientadoras en video, desarrollo de la simulación, etc. Simultáneamente, se promueve la investigación científica como línea curricular. Otros aspec-

tos a destacar son la búsqueda de “titulaciones intermedias” que den estímulo al estudiante. Este proceso como forma de validarlo, ha tenido una evaluación de calidad mostrando que ha sido efectiva sin pérdida de calidad educacional.

La **Universidad de la Sabana (Colombia)** realizó una presentación de la educación médica en Colombia destacando que hay solo nueve instituciones acreditadas. Los puntos fundamentales de la reforma curricular fueron el entorno como escenario de aprendizaje, el aprendizaje basado en proyectos y la utilización de nuevas tecnologías. Se señala la importancia de promover la investigación en atención primaria de la salud para darle visibilidad a las actividades de los profesionales involucrados en docencia provenientes de la APS.



PANEL 4:

La formación de los formadores para el fortalecimiento de la visión en APS

La presentación de la **Universidad Nacional del Sur de Bahía Blanca (Argentina)** se centró en la importancia de integrar la formación en atención primaria con un currículo donde diferentes disciplinas en forma conjunta aportan para el aprendizaje del estudiante y la relevancia del trabajo interdisciplinario en la planificación para que esto se refleje luego en el aprendizaje conceptual de los estudiantes.



También se puso énfasis en la necesidad de educar a los docentes en modelos educativos innovadores y en el tipo de docente que fomenta el autoaprendizaje. En relación a la formación de los docentes se señaló la necesidad de que todos los docentes que participan del programa conozcan las bases educativas y los métodos empleados. Asimismo, que tengan oportunidad de recibir entrenamiento en habilidades claves como la devolución efectiva.

La presentación de la **Universidad Pontificia Católica Madre y Maestra (República Dominicana)** mostró la evolución del estudiante en su paso a la educación permanente. En cuanto a la formación docente se planteó que esta debe partir de las experiencias y saberes de los docentes, que se debe promover la construcción de competencias docentes mediante aprendizajes significativos. Para ello, el plan de capacitación de los docentes debe estar basado en preguntas generadoras y promover el uso de la escritura con visión reflexiva y epistémica. Pero más allá de la formación de estas capacidades, se insistió en la necesidad de una formación continua y en la necesidad de acreditar profesionales y programas.



PANEL 5:

La selección de los estudiantes, sus características previas y la incorporación al mercado laboral

En la presentación de la **Universidad del Cusco (Perú)** se resaltó las dificultades derivadas de la falta de un modelo de selección adecuado y las experiencias de los estudiantes en tareas poco tradicionales ligadas a un abordaje más comunitario, con consideración de la problemática indígena. Destacó el cambio operado en el último tiempo en

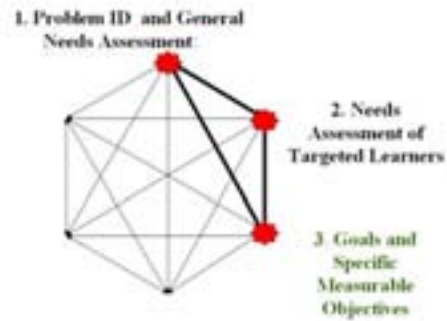


el que la sociedad es la que comienza a demandar de las entidades formadoras un perfil de egresado acorde a sus necesidades y por tanto las Universidades tienen la obligación de estar atentas a esto.

Otras dos presentaciones que merecen destacarse

El Dr. Ara Tekian, (Universidad de Illinois, Chicago, EUA) se concentró en dos aspectos claves: el desarrollo curricular y un modelo de análisis de fuerzas para lograr evaluar los problemas y buscar soluciones durante los procesos de reforma curricular.

Partió de un modelo en seis pasos para el desarrollo curricular que toma como punto de partida la evaluación general de necesidades, siguiendo con la evaluación de necesidades de los estudiantes, los objetivos en términos medibles, la selección de las estrategias educacionales.



Sobre la evaluación de necesidades señaló la necesidad de establecer a quién afecta (pacientes, profesionales, sociedad) sobre que se producen los efectos (calidad de vida, costos, etc.) y cual es la importancia tanto cualitativa como cuantitativa de esos efectos. Para esta evaluación es necesaria la revisión de la información disponible publicada en diferentes formas, el uso de expertos y consultores y en ocasiones es necesario recolectar nueva información.

El análisis de las necesidades de los estudiantes debe estar relacionado al entrenamiento previo, las deficiencias percibidas, los recursos con los que cuentan. Esta información se puede obtener por discusiones informales, entrevistas, cuestionarios, observaciones directas, cuestionarios, etc.

Para elaborar los objetivos es necesario relacionarlos con las necesidades de los estudiantes (el paso previo de la rueda de desarrollo curricular propuesto) la correlación con las necesidades de la sociedad son ineludibles. Esto hace que en este modelo circular, aparentemente unidireccional, aparezcan líneas de unión entre todos sus pasos interrelacionado todas las etapas.

Esto puede determinar desafíos y punto de tensión. Para su análisis se propone el uso de la técnica de gerenciamiento de Análisis de Campo de Fuerza,

ideada por Kurt Lewin, un pionero en el campo de las ciencias sociales para el diagnóstico de situaciones. Esta herramienta es útil cuando analizamos las variables involucradas en el planeamiento e implementación de un programa de cambio.



El sustrato para el análisis es asumir que en cualquier situación hay fuerzas facilitadores y fuerzas limitantes

Una vez hecho el análisis debe planificarse las acciones para reducir las fuerzas opositoras.

La **Prof. Jadete Barbosa Lampert** de *La Comissão de Avaliação das Escolas Médicas de la Associação Brasileira de Educação Médica* presentó el Proyecto de Evaluación de Tendencias de Cambio en los cursos de grado de las Escuelas Médicas Brasileñas.



Los objetivos del proyecto son promover y acompañar los cambios en las escuelas médicas para adaptarse a las directrices curriculares de acuerdo a las propuestas del SUS, a través de incentivar y apoyar el desarrollo de un proceso de evaluación de cada escuela.

Para ello se desarrolla un modelo teórico de indicadores que se integran en las cinco dimensiones con los que se elabora un gráfico radiado. Las dimensiones son: mundo del trabajo, el proyecto pedagógico, el desenvolvimiento docente, los escenarios de práctica y el abordaje pedagógico. Cada dimensión es considerada en tres niveles de acuerdo al grado de cambio que ha sufrido. Este modelo ha sido validado y parte de los resultados también fueron presentados.

ANEXO III.

LISTA DE PARTICIPANTES

Seminario Latinoamericano de Educación Médica Belo Horizonte, Brazil, 21 al 24 de Julio del 2008

ARGENTINA

Marcelo García Dieguez

Universidad Nacional del Sur de Bahía Blanca

Demetrio Mateo Martínez

Universidad de Tucumán

BRASIL

Francisco Campos

Secretario de Gestión de Trabajo y Educación de Salud del Ministerio de Salud de Brasil

Francisco Pena

Universidad Federal de Minas Gerais

André Cabral

Curso FM - Universidad Federal Minas Gerais

Edison Correa

NESCON

Sigisfredo Luis Brenelli

Ministerio de Salud

Gerardo Cury

Universidad Federal de Minas Gerais

Isabel Cristina de Oliveira Netto

Universidad Federal de Río Grande, RS

Jadete Barbosa

ABEM

María Elizabeth Kleba

Universidad Comunitaria Regional de Chapecó

María Neile Torres de Araújo

UFC

Marivand Maia Pinto

SGTES - Ministerio de Salud

CANADÁ

Rejen Hebert

Universidad de Sherbrooke, Quebec

COLOMBIA

Francisco Lemus

Universidad de la Sabana

CUBA

Jorge González

Universidad de la Habana

ECUADOR

José Bustamante

Universidad de Cuenca

EUA

Ara Tekian

University of Illinois at Chicago

Michael Glasser

University of Illinois at Rockford

Matt Hunsaker

University of Illinois at Rockford

NICARAGUA

Rodolfo Peña

Universidad Nacional de León

PERÚ

Oscar Valiente Castillo

Universidad de Cuzco

REPÚBLICA DOMINICANA

Fernando Rojas

Universidad Católica Madre y Maestra

URUGUAY

Julio Vignolo

Universidad Nacional de la República

OPS/OMS

Charles Godue

OPS/WDC

Rosa María Borrell

OPSWDC

Hugo Mercer

OMS

Renato Tasca

PWR-BRA





www.lachealthsys.org/



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud