

Atención primaria en los estudios médicos de pregrado

Dr. Antonio Clemente Heimerdinger¹, Ada Vedilei T.², Mario Patiño T.³,
Mariano Fernández S.⁴, Saúl Peña A.⁵

RESUMEN

La atención de salud debe ser ambulatoria, y la hospitalización solo cuando sea indispensable, la causa son la urbanización y el aumento de la expectativa de vida. La tendencia comienza en 1945 en Inglaterra, la Declaración de Alma Ata en 1978 de OMS. En Latino América 1975 y en Venezuela en 1979. Se creó la Especialidad Médica MEDICINA FAMILIAR, el primer posgrado fue en el Centro Ambulatorio de Caricuao del IVSS por Carmen Cedraro de Carpio y Rafael Anselmi 1982. La OPS dirigió la ejecución y el desarrollo. Describimos la estructura curricular Medicina Familiar. En 16 países estudiados hay docencia de APS en pregrado. Hoy debe haber un Médico General-Familiar por cada 500 familias o 2 500 personas. Necesitamos 12 000 médicos con posgrado en Medicina Familiar. Son las conclusiones y recomendaciones: 1. La Atención Primaria de Salud (APS) es el eje en la conservación de la salud, la prevención y el tratamiento. 2. La APS debe junto con la Historia Médica Electrónica ser enseñada en el Pregrado de la Facultad Medicina. 3. Creen la OPS y la OMS, que debe ser desempeñada por los Municipios junto con la Educación Preescolar artículo 178 aparte 5 de la Constitución Nacional. 4. La Academia Nacional de Medicina de Venezuela debe participarlo a: 1. Las Facultades y Escuelas de Medicina, 2. Sociedades Científicas de la Especialidades Médicas, y 3. Autoridades Gremiales Colegios de Médicos y Federación Médica.

Palabras clave: Atención médica en Ambulatorios, Medicina Familiar a nivel Municipal.

SUMMARY

The center of health care must be ambulatory and hospitalization used when is essential. The urbanization and the increase of life expectancy reinforce the idea. Return to General Physician 1945 in England. The Declaration of Alma Ata in 1978 WHO. Health for all in the year 2000. In Latin America 1975 Venezuela in 1979. The family medicine medical specialty was created, the first postgraduate program in Venezuela was in the outpatient center of Caricuao of the IVSS's by Carmen Cedraro de Carpio and Rafael Anselmi 1982. The PAS was the leader in implementation and development for the public welfare. We describe curricular structure of the postgraduate in family medicine. In 16 countries all there are APS teaching in undergraduate. Should be a General-Familiar doctor 500 families or 2 500 people. Venezuela need 12 000 physicians in family medicine. The conclusions and recommendations: 1. The APS is the base in the conservation of the health, in the prevention and treatment of diseases. 2. The APS must together with the electronic medical history should be taught to the undergraduates. 3. Following the thinking of the PAHO and the WHO should be played by the municipalities along with preschool education as the a-side says 5 of article 178 of the existing National Constitution. 4. These three principles, the National Academy of Medicine of Venezuela must do so in the knowledge of: 1. Faculties and Schools of Medicine, 2. Scientific Societies of the Medical Specialties, and 3. Authorities Union Colleges of Physicians and Venezuelan Medical Federation.

Key words: Medical Care in Ambulatory, Municipal Family Medicine

¹ Individuo de Número, Sillón XXXVI. Academia Nacional de Medicina.

² Médico Familiar, Director Ejecutivo FEPAFEM.

³ Coordinador Comisión de Currículo Facultad de Medicina UCV.

⁴ Coordinador de Investigación en Facultad de Medicina, UCV.

⁵ Sociedad Venezolana de Salud Pública.

INTRODUCCIÓN

Dr. Antonio Clemente Heimerdinger

La Atención Médica está hoy centrada en la atención ambulatoria y no en los hospitales. Dos factores lo han condicionado: el aumento del conocimiento y la modificación en la conducta de los seres humanos, con una marcada tendencia hacia la urbanización, que ha influido en la modificación de la pirámide de población con una disminución de los nacimientos y un aumento en la expectativa de vida (1-3).

1. Historia

1.1 Universal

1945. En Inglaterra debido a la crisis económica de la postguerra, el financiamiento de los hospitales era muy deficiente, decidieron darles a los médicos generales el consejo de atender los pacientes en sus casas. El análisis de los indicadores generales registraron una mejoría y surgió la pregunta de si el sistema que se venía practicando basado en especialistas (Flexner) y hospitales era lo mejor (4-8).

1955. Nace el experimento Navajo-Cornell en Estados Unidos y el Plan A 36 del Profesor José Laguna en la UNAM de México. Comienza la reflexión de lo que era el Médico de Cabecera, consultante y consejero en los hogares, en los tiempos pasados y se comienza a configurar el criterio del Médico de Familia como una especialidad con un programa de postgrado, patrocinado y controlado por las Facultades y Escuelas de Medicina, y se desarrolla el concepto de certificación y recertificación, tan vigente en los momentos actuales (9-11).

1978. La OMS celebró una reunión en Alma-Ata con el objeto de estudiar el tema de la Atención Primaria de Salud (APS) con el lema de “Salud Para todos en el año 2000” del Director de la Organización Mundial de la Salud el danés Dr. Halfdan Mahler, y surge la Declaración de Alma Ata, pilar fundamental para el ordenamiento en la Atención Médica.

1986. Uno de las ideas de mayor importancia en la evolución de la APS, es la Promoción de la Salud (PS), 1986, de la Primera Conferencia

Mundial sobre la Promoción de la Salud, realizada en Ottawa, Canadá.

1.2 Latinoamérica

Las actividades de Médicos de Familia se inicia entre 1975-85 en los siguientes países: México, Panamá, Venezuela, Chile, Colombia y Argentina.

1.2.1 Atención Primaria de la Salud en las Américas

Con motivo del 25 aniversario de la Declaración de Alma-Ata (1978) y múltiples resoluciones de la OMS y de la OPS en el 132 Consejo Ejecutivo OMS y el 44 Consejo Directivo de la OPS resuelve:

Pedir a los Estados Miembros:

1. Asegurar los recursos para la APS y que su implementación reduzca las inequidades en salud,
2. Renovar la decisión para el desarrollo de recursos humanos necesarios para cubrir la APS a largo plazo,
3. Destacar la APS como mecanismo para orientar la Atención Médica adaptando la promoción de la salud,
4. Darle soporte a las comunidades para obtener su participación activa en APS.

Pedirle al Director de la Oficina:

1. En todas las actividades y programas de cooperación tomar en cuenta los principios de APS en relación con las metas de desarrollo del Milenio.
2. Evaluar los resultados de los diferentes sistemas de APS e identificar y diseminar las observaciones y los mejores resultados para mejorar la aplicación de las Políticas de Salud.
3. Continuar la asistencia a los países en el entrenamiento de los trabajadores de la salud dándole prioridad a la APS.
4. Prestar especial atención al desarrollo local (municipios y parroquias) en APS para definir modelos flexibles y adaptables en cada comunidad.
5. Promover y organizar eventos en los cuales se destaquen los resultados de las Políticas de Salud en APS y sus resultados

en 25 años de experiencia en las Américas. Esto debiera durar un año organizando discusiones, conmemoraciones nacionales, foros subregionales, etc.

6. Organizar una consulta regional para definir las estrategias futuras y las bases programáticas de la APS.

1.2.2 Atención Primaria de Salud. (OPS)

En mayo del 2004 se formó un grupo de trabajo sobre la Atención Primaria de Salud (APS), como asesor de la Oficina Panamericana de Salud (OPS) con miras a seguir los objetivos en salud planteados por las Naciones Unidas para el III milenio. Este grupo estuvo formado por 23 miembros: 12 de la OMS-OPS y 11 expertos de la Región fueron representado 21 países. Desde junio del 2004 se celebraron tres reuniones preparatorias, y se elaboraron tres documentos que terminó con este último que citamos.

En el 46 Consejo Directivo de la Oficina Panamericana de la Salud celebrado en Washington entre el 26 al 30 de septiembre del 2005 se aprobó el documento final sobre: **“La renovación de la atención primaria de salud en las Américas: Orientación estratégica y programática para la Organización Panamericana de la Salud”**.

1.2.3 Venezuela

1948. Leopoldo García Maldonado en San Cristóbal habla del Médico que Venezuela necesita y la misma pregunta surge en el II Seminario de Educación Médica celebrado en Caraballeda 1962.

1979. En 1979 se presenta a los Directores del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social el primer programa de Medicina General/Familiar. Poco a poco se estructuró un sistema, basado en especialistas en Medicina Familiar.

1980. Se inicia la formación de médicos generales en ejercicio.

1981. En julio con 6 cupos comienza el Internado dirigido en Medicina Familiar, que tuvo 6 horas diarias 4 de las cuales eran en una consulta de Atención Inmediata en el Hospital Miguel Pérez Carreño del IVSS, y 2 horas en los ambulatorios: Armando Castillo Plaza en Antímano, y Julio Iribarren Borges en Catia.

Posteriormente en 1982 se creó el Posgrado de Medicina Familiar.

1982. Comienza el Primer Posgrado de Medicina Familiar en el Ambulatorio de Caricuao IVSS, coordinado por la Drs. Carmen Cedraro de Carpio, y Rafael Anselmi y apoyada por la Dirección de Docencia e Investigación del IVSS (12).

1983. Se establecen las Normas de Clasificación de los Establecimientos de Atención Médica del Sub-Sector Público, al introducir la figura del Médico Familiar para brindar atención médica integral en aquellos establecimientos del Nivel Primario de Atención. Asimismo, en Gaceta Oficial N° 44 de fecha 08 de Diciembre del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social crea el Programa de Medicina Familiar, entendida como: “La Prestación de Servicios de Atención Integral a la salud de la familia y la comunidad”.

1990. Por Resolución del Consejo Directivo del IVSS N° 12, se acordó que en todos los Centros Ambulatorios de esa institución se establezca el Servicio de Medicina Familiar para la atención de los asegurados. Desde ese momento todo ambulatorio del IVSS cuanta con al menos un médico familiar.

1.2.4 Posgrados en Medicina Familiar

La discusión estuvo centrada en si la Medicina Familiar debería ir en el pregrado o en el posgrado, esta discusión tuvo diferentes opiniones y poco a poco fueron abriéndose cursos de posgrado de Medicina Familiar.

1982. Con ocho residentes de primer año, teniendo como sede el Centro Ambulatorio de Caricuao y con pasantías en los departamentos de: Cirugía, Medicina, Ginecobstetricia y Pediatría en el Hospital “Miguel Pérez Carreño”. En los años siguientes, se fueron anexando otros centros ambulatorios y hospitales para las rotaciones de los residentes. En 1997 se aumenta a 3 años de duración la formación de estos residentes de postgrados. En el 2005 por decisión de Consejo Directivo del IVSS, este posgrado cambia de sede, para el Centro Ambulatorio Dr. Armando Castillo Plaza, de Antímano.

Cuenta este Posgrado con una distribución docente, asistencial y de investigación basada en tres cuatrimestres por año, de 16 semanas

cada uno, y un promedio de 32 horas docentes por semana, en términos de porcentaje son: 80 prácticas, 18 teóricas y 2 teórico-prácticas. Las asignaturas consisten en tres categorías: docentes, habilidades o prácticas e investigación. Con un total de: 56 Asignaturas, 938 temas, horas semana 283 y créditos 148.

Cada una de ellas con: objetivos específicos, un contenido de temas por materia, un procedimiento de evaluación y la bibliografía. Es de hacer notar que en este curso hay hojas especiales para evaluar algunos aspectos como: auto y co-evaluación, responsabilidad, relaciones personales, consulta tutorial, historias médicas, fichas bibliográficas, casos clínicos, etc.

En abril de se da inicio al curso de posgrado de Medicina Familiar, de la Universidad del Zulia (LUZ), con un convenio LUZ/MSAS, con 4 Becas y sede en el Hospital General del Sur, de la ciudad de **Maracaibo**. Con el liderazgo del Dr. Pedro Iturbe. Este posgrado desde sus inicios hasta la fecha tiene una duración de 2 años y cuenta con el apoyo de la Fundación Venezolana para el Desarrollo de la Medicina Familiar en Venezuela (FUNVEMEFA).

En **Mérida**, la tercera residencia universitaria de posgrado en el país, con 12 becas del MSAS, con sede en el Centro Ambulatorio Venezuela. Para adiestrar a los Médicos que fungirían como tutores, fueron enviados a Puerto Rico y México un grupo de Médicos Generales para el entrenamiento correspondiente. El posgrado de la ULA se inicia con una duración de 2 años hasta el año 1989, cuando se eleva a 3 años, incluyendo en su formación el Curso Medio de Salud Pública. Desde 1985 la especialidad de Medicina Familiar fue aprobada y reconocida por el Consejo Universitario de la Universidad de los Andes (ULA), pero solo en el año 1999 es que fue acreditada como especialidad por el Consejo Nacional de Universidades (CNU).

1988. Se crea el Posgrado en Medicina Familiar en la Universidad de Oriente UDO, simultáneamente en **Bolívar** y **Anzoátegui**, en noviembre, con cuatro semestres y 55 créditos.

En mayo de, inicia actividades el posgrado de Medicina Familiar en la ciudad de **Barquisimeto**, con sede el Centro Ambulatorio, del IVSS, “Dr. Rafael Vicente Andrade”, ubicado en la zona

norte de la ciudad, Barrio Unión. Su duración al principio era de 2 años, hasta 1997, cuando se aumenta a 3 años. En 10 de diciembre 1998 se logra el reconocimiento por la Universidad Centro Occidental Lisandro Alvarado, UCLA,

1990. Abre sus puertas un nuevo posgrado de Medicina Familiar en la Capital de la República, adscrito a la antigua **Gobernación del Distrito Federal**. Actual Alcaldía Metropolitana y con sede en el Ambulatorio Leonardo Ruiz Pineda, tipo II, de San Agustín del Sur. Este posgrado se inicia con 4 becas para residentes de Medicina Familiar y una duración de tres años y está aprobado por la Comisión de Atención Médica del Colegio de Médicos del Distrito Federal en 1991. La Dirección está a cargo de la Dra. Carmen Cedraro de Carpio y la Coordinadora María de los Ángeles Baleiro Joris. El título que se otorga es el de Especialista en Medicina Familiar, el cupo actual es de cinco Residentes por año presupuestados por la Alcaldía y dos extra financiados. Los requisitos de ingreso entre otros son: tener título de Médico Venezolano, un año de graduado, el cumplimiento del artículos 4 y 8 de la Ley de Ejercicio de la Medicina (1982) y una entrevista de evaluación. La preselección se basa en: calificaciones de pregrado 70 %, prueba de conocimientos 20 % y credenciales presentadas 10 % (13,14).

Se crea en la Universidad Experimental Francisco de Miranda, **Coro, Estado Falcón**, el Posgrado de Medicina Familiar, en el Anexo Van Grieken.

1991. Se crea en la Universidad Experimental del **Táchira**, el Posgrado de Medicina Familiar con un programa de 58 créditos.

Inicia al posgrado de Medicina Familiar, adscrito al Centro Ambulatorio “Dr. Luís Guada Lacau”, del IVSS, contando con el aval de la **Universidad de Carabobo** hasta el año 1995, cuando egresa su cuarta cohorte de especialistas. Desde 1998 se reinicia la residencia pero sin el aval universitario.

1996. En marzo se da inicio a otra residencia de posgrado, en esta oportunidad con sede en la ciudad de **San Juan de los Morros**, con aval de la Universidad Rómulo Gallegos de Guárico. Este posgrado se inicia con una duración de 2 años que luego se aumentan a 3 años. Desde hace

2 años este posgrado deja de funcionar como laboratorio de formación de Médicos de Familia. El 28 de junio de 1999 el Consejo Nacional de Universidades lo aprueba.

Hoy se acepta que debe haber un Médico General-Familiar por cada 500 familias o 2 500 personas. Venezuela tiene 335 Municipios y aproximadamente 30 millones de habitantes por lo tanto necesitamos 12 000 Médicos con posgrado en Medicina Familiar, el total de Médicos Familiares es hoy menor de 2 000. Tenemos estudios publicados donde se presentan el número de médicos necesarios en cada Municipio.

1.2.5 Requisitos de ingreso al Posgrado de Medicina Familiar

Título de Médico Venezolano otorgado por una Universidad Venezolana 2. Tener un año de graduado 3. Ser venezolano por nacimiento o naturalización o extranjero residente. 4. Cumplir con los artículos 4 y 8 de la Ley de Ejercicio de la Medicina. 5. No estar sometido a sanción disciplinaria. 6. Presentación de una carpeta con la documentación exigida. 7. Los candidatos serán evaluados según un procedimiento aceptado por el Colegio de Médicos. 8. Entrevista estructurada

y un test psicotécnico. 9. La evaluación se hace por medio de un baremo de la Secretaría de Salud a través de la Dirección de Docencia e Investigación de la Alcaldía de Caracas, aprobado por el Colegio de Médicos (15).

1.2.5.1 Estructura curricular.

La duración del curso es de tres años cada uno dividido en tres cuatrimestres. En cada uno de ellos hay asignaturas a cursar: prácticas, teóricas y la combinación de ambas. Cada una tiene un determinado número de temas, tiempo asignado y son medidas en unidades/crédito. Un crédito, según el Reglamento de la UCV equivale a 16 horas de clases teóricas o 32 de teórico prácticas, en un cuatrimestre. Hemos usado como modelo los dos cursos que hay en la ciudad de Caracas el del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales en el Ambulatorio de Caricuao y el de la Alcaldía de Caracas, en el Ambulatorio Leonardo Ruiz Pineda en San Agustín del Sur. Presentamos los cuadros de las materias de cada cuatrimestre en el cual enumeramos: 1. El número de temas, 2. El método docente: T teórico, TP teórico-práctico y P práctico, 3. El número de horas por semana y 4. El número de unidades créditos (15,16).

Primer año. Primer cuatrimestre.

Asignaturas	Nº Temas	Método	Horas Semana	Unidades créditos
1. Introducción a Medicina Familiar	33	TP	3	1,5
2. Sistema Médico Familiar	43	T	3	3
I. Atención Primaria de Salud	5	T		
II. Historia de la Medicina Familiar	9	T		
III. Equipo de Salud en M. Familiar	2	T		
V. Funciones intramuros	22	T		
VI. Funciones extramuros	5	T		
3. Ciencias Básicas I	7	T	1	1
4. Consulta supervisada I	12	P	4	2
5. Medicina Comunitaria I	5	P	3	1,5
6. Guardias		P	6	3
7. Casos, fichas, revisiones		TP	3	1,5
Total	100		23	13

FORO: ATENCIÓN PRIMARIA PREGRADO

Primer año. Segundo cuatrimestre

Asignaturas	Nº	Método	Horas	Créditos
1. Funcionalidad familiar	74	T	2	2
I. Instrumentos de evaluación	10	T		
II. Crisis y disfunciones familiares	13	T		
III. Situaciones familiares especiales	51	T		
2. Grupos y sistemas	43	T	2	2
I. Grupo	21	T		
II. Liderazgo	5	T		
III. Sistemas	12	T		
3. Pediatría I	11	T	1	1
4. Ciencias de la Conducta I	6	TP	2	1,5
5. Ciencias Básicas II	6	T	3	3
6. Consulta supervisada II		P	4	2
7. Medicina Comunitaria II		P	3	1,5
8. Guardias		P	6	3
9. Casos, fichas, revisiones		TP	3	1,5
Total	143		26	17,5

Primer año Tercer cuatrimestre

Asignaturas	Nº	Método	Horas	Créditos
1. Origen y evolución de la familia	37	T	3	3
I. Origen y evolución	14	T		
II. Instituciones sociales	5	T		
III. Fundamento jurídico	15	T		
2. Seguridad Social	26	T	1	1
I. Concepto y doctrina de la Seguridad Social	15	T		
II. La Seguridad Social en Venezuela	11	T		
3. Pediatría II	14	T	2	2
4. Medicina Interna Consulta	13	P	5	2,5
5. Hospitalización	11	P	5	2,5
5. Consulta Supervisada III	11	P	4	2
6. Medicina Comunitaria III	6	P	3	1,5
7. Guardias		P	6	3
8. Casos, fichas, revisiones		TP	3	1,5
Total	118		31	19

Segundo año Primer cuatrimestre

Asignaturas	Nº	Método	Horas	Créditos
1. Metodología de la investigación	14	T	2	2
I. Investigación Científica generalidades	6	T		
II. Técnicas de investigación documental	4	T		
III. Etapas del proceso de investigación	4	T		
2. Consulta tutorial Medicina Familiar	11	P	10	5
Psiquiatría infantil	9	P	5	2,5
3. Consulta supervisada IV	11	P	5	2,5
4. Medicina Comunitaria IV	6	P	1	
5. Guardias		P	6	3
6. Casos, fichas, revisiones	3		1,5	
Total	51		34	14

Segundo año. Segundo cuatrimestre

Asignaturas	Nº	Método	Horas	Créditos
1. Orientación Familiar	59	T	2	2
I. Objetivos de la orientación	8	T		
II. Análisis individual	16	T		
III. Modelos de terapia familiar	35	T		
2. Obstetricia	7	P	5	2,5
3. Ginecología	13	P	5	2,5
4. Planificación familiar	6	P	5	2,5
5. Consulta Supervisada V	11	P	5	2,5
6. Medicina comunitaria V	6	P	3	1,5
7. Guardias		P	3	1,5
8. Casos, fichas, revisiones		TP	3	1,5
Total	102		31	13

Segundo año Tercer cuatrimestre

Asignaturas	Nº	Método	Horas	Créditos
	Temas			
1. Docencia I	28	T	1	1
I. Aprendizaje y teorías	6	T		
II. Diseño instruccional	22	T		
2. Ortopedia	10	P	5	2,5
3. Traumatología	9	P	5	2,5
4. Oftalmología	10	P	5	2,5
5. Consulta supervisada VI	11	P	5	2,5
6. Medicina Comunitaria VI	6	P	6	3
8. Fichas, casos, revisiones		P	3	1,5
Total	75		33	15,5

Tercer año. Primer cuatrimestre.

Asignaturas	Nº	Método	Horas	Créditos
1. Curso medio de Salud Pública Básico	77	TP	34	17
I. Administración General	17	TP		
II. Administración Sanitaria	18	TP		
III. Educación para la Salud	11	TP		
IV. Epidemiología	10	TP		
V. Estadística	25	TP		
VI. Higiene de alimentos y Saneamiento Ambiental	16	TP		
VII. Nutrición	5	TP		
VIII. Planificación de Salud	12	TP		
Diversificado	15	TP		
I. Administración de presupuesto control	11	TP		
II. Administración de programas de salud	14	TP		
III. Administración de recursos humanos	15	TP		
2. Guardias		P	6	3
Total	21		34	20

Tercer año Segundo cuatrimestre

Asignatura	Nº	Método	Horas	Créditos
1. Docencia II	46	T	1	1
I. Manejo de clase	12	T		
II. Trabajo grupal	34	T		
2. Medicina comunitaria VII	7	P	20	10
3. Guardias		P	6	3
4. Fichas, casos, revisiones		P	3	1,5
Total	53		30	15,5

Tercer año Tercer cuatrimestre

Asignaturas	Nº	Método	Horas	Créditos
1. Orientación familiar II	68	T	2	2
I. Desarrollo de potencial humano	37	T		
II. Técnicas psicoterapéuticas	31	T		
2. Medicina Comunitaria III	7	P	20	10
3. Guardias		P	6	3
4. Casos, fichas y revisiones		TP	3	1,5
Total	75		31	16,5

1.2.5.1.1 Resumen de los tres años.

Elaboramos un cuadro donde está el resumen de cada año y de cada cuatrimestre, el total es: 56 asignaturas, 938 temas, 283 horas por semana docentes y de práctica y 148 créditos.

			Asignaturas	Nº Temas	Horas Semana	Créditos Unidades
Primer Año	1	cuatrimestre	7	100	23	13
	2	“	9	143	26	13
	3	“	8	118	31	19
			24	361	90	45
Segundo	1	“	6	51	34	17
	2	“	8	102	31	17
	3	“	8	75	33	16
			22	228	98	50
Tercer	1	“	2	221	34	20
	2	“	4	53	30	16
	3	“	4	75	31	17
			10	349	95	53
Total			56	938	283	148

2. Docencia Clínica de Medicina Familiar como Atención Primaria en Pregrado.

En las últimas décadas la medicina familiar/general se ha convertido en una disciplina clínica y académica, con el objetivo de proporcionar completa atención de calidad, y para contribuir a la investigación médica y la educación como una

disciplina de atención primaria con un potencial para la contribución en educación médica, ella ha desempeñado un papel importante en la tendencia de las últimas décadas para orientar los planes de estudios de las Facultades de Medicina hacia los servicios de salud comunitarios junto a los tradicionales basados en los hospitales. Con el aumento de las múltiples condiciones crónicas

y el envejecimiento en la sociedad se reconoce los papeles complementarios del hospital y atención primaria, las recomendaciones actuales aconsejan la exposición de los estudiantes de medicina a la atención primaria y la Medicina Familiar. Hicimos el estudio por la red de 16 de 196 países el 8 %, que consideramos los más importantes, con el fin de tener una visión global, siguiendo el esquema general utilizando para analizar las Academias en el mundo y que lo estamos usando con el mismo propósito en las Universidades (17-24).

Asia

2.1 China

Todas las escuelas médicas 128 en China contestaron el cuestionario recibido. Fue elaborado solo para las escuelas de China. La tasa de respuesta fue del 100 %. Crecimiento de las unidades de medicina familiar en pregrado en las últimas dos décadas desde que se introdujo el primer curso de medicina familiar en una escuela de medicina en 1992, fue nulo hasta 1995. El número ha aumentado lentamente desde 1995 hasta 1996 con un crecimiento de dos y uno respectivamente. Entre 1997 y 2008, un total de 55 escuelas de medicina comenzaron a incluir la medicina familiar como parte del plan de estudios de pregrado, con una tasa de crecimiento promedio de 13,75 escuelas cada 3 años. Este crecimiento fue 16 en 2000-2002, 14 en 2003-2005 y 14 en 2006-2008. Las diferentes regiones de China son muy diferentes en niveles de desarrollo económico y servicios médicos. Como el desarrollo económico tiene un fuerte impacto en el nivel educativo, se clasifican las regiones en: muy subdesarrolladas (PIB per cápita inferior a \$3000), las regiones subdesarrolladas (PIB per cápita de \$ 3000 a \$5000) y relativamente desarrolladas con PIB \$ 5000 (25).

2.2 India

El Consejo Médico de la India se ha fijado objetivos apropiados y pertinentes para capacitar a cada estudiante de medicina en un médico básico para el país. Aunque prevé que estos médicos básicos funcionarían como médicos de primer nivel, para satisfacer las necesidades de salud de la India en el nivel de atención primaria y secundaria, el sitio de formación y el contexto de la enseñanza

clínica no parecen capacitar a los estudiantes a convertirse en un médico básico. El documento escrito por la Junta de Gobernadores del Consejo Médico de India (2015) sugiere reformas en la educación médica como exposición clínica al comienzo y la integración de los principios de la medicina de familia y formación clínica en el nivel de atención secundaria. Formación en Medicina Familiar en la Facultad de Medicina de Familia personal capacitado podría añadir este ingrediente de entrenamiento que falta en el médico básico. Este artículo analiza el papel de la medicina de familia en la formación médica de pregrado. También proponemos los objetivos de esta formación y la estructura del proceso de capacitación e implementación (26).

África

2.3 Kenia

El desarrollo de los médicos con un interés en atención primaria y medicina familiar en la región africana debe comenzar durante la formación de pregrado. En los últimos años, se ha prestado atención al desarrollo de la formación de posgrado en medicina familiar pero se ha prestado poca atención a la formación de pregrado. Este artículo informa sobre la red PRIMAFAMED (Educación de la Medicina Familiar y Atención Primaria) en una reunión celebrada en Nairobi del 21 al 24 de mayo de 2016. En esta reunión los delegados presentaron y discutieron el estado actual de la formación pregrado en 18 universidades de la región y compartieron ideas sobre cómo implementar con éxito la formación pregrado. Este artículo informa sobre la justificación de la información presentada, el proceso seguido y las conclusiones de la Conferencia (27).

Norte América

2.4 Canadá

La Atención Primaria Salud de 1980 y 1990, reforma de salud primaria en Canadá fue caracterizada por falsos comienzos, múltiples pequeños proyectos piloto en el 2001. En la década de 1990, lidiando con las consecuencias fiscales de la recesión, la atención médica primaria y la falta de infraestructura de tecnología de la información, administración, personal y mejora de la calidad. Durante este período, estuvieron

en la periferia del sistema, en lugar de ser su núcleo. Canadá comenzó lento con relación otros países de altos ingresos en muchos indicadores de acceso y la calidad de la atención primaria. La renovación de salud primaria exige importantes inversiones en infraestructura (locales adecuados y de personal, sistemas de gestión de información y herramientas y facilitar apoyo a la coordinación de la atención y la mejora de la calidad) y la transformación del sistema (Hutchinson 2008; Hutchinson, Abelson y Lavis 2001).

En 2003 el Primer Ministro salud acuerda una inversión federal de \$ 16 billones en el fondo la reforma de salud, que fue dirigido a la atención primaria de salud, cuidado del hogar y cobertura catastrófica. En su reunión del 16 de septiembre de 2004 sobre el futuro de la salud, se estableció una meta de 50 por ciento de los canadienses tener acceso a equipos multidisciplinarios de atención médica primarios en 2011, y acordaron “acelerar el desarrollo e implementación del expediente electrónico de salud”. El programa de reforma de atención primaria se dio más impulso por las conclusiones y recomendaciones de dos exámenes nacionales de la salud (Comisión sobre el futuro de la salud en Canadá 2002, y Comité permanente del Senado sobre asuntos sociales, ciencia y tecnología 2002) (28).

2.5 Estados Unidos

En todas Escuelas de Medicina deberán requerir a sus estudiantes médicos a la experiencia de formación en valores que ofrecen atención primaria. El Comité concluyó que las experiencias útiles, cruciales, educativas pueden tener lugar en consultorios de los médicos, en centros de salud comunitarios y en otros sitios de la comunidad fuera del hospital. También juzgó que dicha exposición y las prácticas de atención primaria debe ser relativamente intensas; es decir, una rotación corta ocasional en varios sitios es probable que proporcionan una experiencia adecuada (29).

Este capítulo con respecto a estudiantes y residentes en formación deben entenderse como atención ambulatoria de atención primaria. Una “rotación” en un entorno ambulatorio es equivalente a la experiencia con la atención primaria. Sustituyendo la atención ambulatoria a la hospitalización en el pregrado o posgrado no necesariamente dará la experiencia en atención

primaria a los alumnos. Muchos procedimientos que una vez se realizaron en un ambiente de hospitalización se realizan ahora en oficinas o centros de cirugía ambulatoria.

La educación médica universitaria en sitios como los que los médicos esperan que en la práctica en el futuro tiene varios beneficios. 1. Ampliar su conocimiento de los objetivos y procesos de la atención primaria, mejorando las habilidades requeridas en la atención primaria y elevar la sensibilidad de los alumnos hacia elementos básicos, tales como la prevención. 2. Puede afectar las opciones que los estudiantes hacen sobre sus carreras, especialmente si se encuentran en esos sitios, modelos que son competentes y entusiastas acerca de su trabajo. 3. Hay resistencia de los residentes en entrenamiento médico a las rotaciones clínicas fuera del campus o fuera del hospital, dada la ausencia de cualquier experiencia de pregrado anterior en entornos comunitarios, ambulatorios. Dicha formación en el pregrado puede reducir dicha resistencia.

En 1992, la Asociación Americana de Colegios Médicos (AAMC) elaboró un informe recomendado como un objetivo nacional, que la mayoría los estudiantes de medicina se comprometan a hacer carreras de generalistas y que todas las escuelas hagan esfuerzos apropiados para alcanzar esta meta a la brevedad. Muchas escuelas ahora incluyen atención primaria o ambulatoria como parte de sus pasantías clínicas. En base a Medicina Familiar, Medicina Interna y Pediatría se llevan a cabo en consultorios de médicos, centros de salud comunitarios y las prácticas de grupo.

Según un Informe ulterior AAMC (1994), las respuestas al cuestionario de grado de medicina 1993 encontraron 36 % de los estudiantes de tercer año y 49 % de los estudiantes de cuarto año tuvo una pasantía de atención primaria, y 57 % de estos encuestados de tercer y cuarto año había tomado la pasantía como un curso requerido.

Sur América

2.6 Argentina

Como muchos otros países en América Latina, Argentina ha desarrollado un sistema de salud universal e invertido en la atención primaria en la última década 2007. Según Eduardo Bustos

Villar, Viceministro de salud en Argentina, “acceso a los sistemas de salud debe ser justo, equitativo y basado en atención primaria”. Los proveedores de atención primaria son un componente fundamental en la estrategia global de Argentina para brindar salud para todos. Como parte de este enfoque, las escuelas de medicina argentinas alientan a los estudiantes para perseguir una carrera en la atención primaria de salud, mientras que solo una quinta parte de los estudiantes de medicina de Estados Unidos eligen esta especialidad. Programar y ganar la penetración en la red de atención primaria de la Argentina y cómo se realizan los objetivos esbozados en la declaración de 1978 Alma Atta.

Atender a los proveedores de salud primarios, el primer punto de acceso en el sistema de salud, en clínicas, centros comunitarios de salud y hospitales es prioritario en la ciudad de la Universidad de Córdoba, la segunda ciudad más grande en Argentina. Con la experiencia en el trato ven el estilo de relación del paciente y proveedor en América Latina, una relación y comunicación de estilo central ha mejorado los resultados en la salud. Durante las consultas se obtiene la información acerca de bajos ingresos y poblaciones de pacientes inmigrantes que no tienen acceso a un seguro privado. Participar en la educación del paciente, prevención de enfermedades y diagnóstico y tratamiento de enfermedades agudas y crónicas. Ayudar a médicos locales tomar signos vitales, realizar exámenes físicos y grabar historias de pacientes (30).

2.7 Brasil

Un análisis histórico de las políticas de Brasil en atención primaria de salud, con énfasis en la estrategia de salud de la familia (FHS) y el programa de Más Médicos (PMM). Se realizaron estudios de documentos y datos secundarios oficiales y la bibliografía que se ha producido sobre este tema. Se encontró que atención primaria de salud se ha establecido y consolidado con éxito como una opción en la atención médica para una gran parte de la población de Brasil. Sin embargo, ha habido obstáculos estructurales, que tienden a comprometer la efectividad y la sostenibilidad de esta política. Se identificó que estos obstáculos se presentan principalmente en financiamiento insuficiente y

de formas ineficientes de planificación y gestión. El programa de Más Médicos ha ampliado la cobertura de la atención y hace más equitativa la distribución de los médicos de salud primarias aunque no ha resuelto los problemas estructurales del sistema público.

La estrategia para la implementación de la atención primaria de salud en el Sistema Único de Salud (SUS) puede clasificarse como un ‘método inductivo’, en la que se hacen esfuerzos para crear demanda de nuevos programas a través de estímulo financiero y propaganda sobre el mérito de la salud de la nueva propuesta. No hubo ninguna planificación sistémica: la programación de fondos ocurrió como y cuando el número estimado de municipios interesados se unió al programa.

La regla operativa básica creada en 1996 gobierna el financiamiento de la atención primaria de salud en Brasil. Estas normas crean el cuidado básico y los fondos transferidos por el gobierno federal a los municipios, una cantidad per capita equivalente al número de habitantes en el **municipio**, por lo que este proceso deben garantizar ‘ayuda’ para la salud en atención primaria. Las mismas reglas crean el incentivo para programas de salud de la familia y agentes de salud comunitarios, enlazan a nueva financiación a una decisión por el municipio para unir estos dos programas.

El programa de Más Médicos (PMM), comenzó en 2013, es una continuación de los esfuerzos para consolidar el programa nacional de salud primaria, y también tenía elementos que rompieron con esta tradición. El primer cambio cualitativo de la PMM fue la mayor interferencia por el Ministerio de Salud de atención primaria de salud, una competencia casi exclusiva del municipio. El PMM ha sido y está siendo puesto en marcha en articulación con los **municipios**, pero el protagonismo a nivel federal es mayor en varias dimensiones. Para este programa, por último, el Ministerio de Salud llevó a cabo planificación nacional, asumiendo la responsabilidad de la ejecución de una gran parte de las acciones definidas en el plan (31).

2.8 Chile

En 1979, el SNS fue sustituido por 27 servicios autónomos de salud liderado por el Ministerio

de Salud, mientras que la administración de consultorios de atención primaria fue trasladada a las Alcaldías. Sin embargo, las normas de salud se hacen a nivel central. La educación superior también se amplió y se descentralizó. Actualmente hay 60 universidades y 17 escuelas de medicina, comparadas con ocho y seis, respectivamente, en 1981. El número de estudiantes en educación superior aumentó en un 370% en 20 años. En la actualidad, el sistema de salud chileno es un sistema predominante público con un gran y considerable sistema privado. Sesenta y dos por ciento de la población está cubierta por seguro, de salud pública mientras que el 27% está cubierto por un seguro privado.

Entre los ejes de acción se encuentra participar en la formación de pregrado de la carrera de Medicina y en la de especialidad de Medicina General Familiar. Su misión es desarrollar el conocimiento a través de la atención primaria de salud, salud familiar y medicina familiar, en el ejercicio de la docencia de pregrado, posgrado, investigación y extensión basados en la excelencia. Además de la formación de estudiantes, se realiza perfeccionamiento y asesorías a instituciones gubernamentales y no gubernamentales, municipales, organismos comunitarios y equipos de la red de salud, contribuyendo así a mejorar la calidad de vida de las personas.

El proceso de Reforma Sanitaria iniciado en Chile en 2005 plantea como su eje central la Atención Primaria de Salud (APS), considerando un modelo de salud familiar y redes asistenciales integradas. Dicha centralidad no se ha concretado en el país ni en la mayoría de los países de América. Estudios de la Organización Panamericana (32,33).

2.9 Colombia

La Dirección de la OPS afirmó que la APS es una ventana de oportunidad que se abre para abordar el crítico del recurso humano para lo que se requiere el compromiso de las instituciones formadoras, tanto en la etapa de pregrado como de posgrado, así como de las Instituciones Prestadoras de Servicios con los profesionales que se desempeñan funciones administrativas y técnicas en la actualidad 2004.

Cabe señalar que, la Ley 1438 de enero de 2011 abre posibilidades para una re-orientación del modelo de organización de servicios de salud en Colombia, estableciendo la necesidad de avanzar en la conformación de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) basadas en la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS). Dado que es esencial e imprescindible contar con recurso humano formado y capacitado en los valores y principios APS. Los recursos humanos también deben estar permanentemente capacitados, desarrollando nuevas competencias para poder ser agentes inteligentes del sistema. Entre las ventajas de la APS están mejores resultados de salud en la población, mayor equidad en el nivel de salud y en el acceso a los servicios; mejor eficiencia global del sistema, menores costos y una mayor satisfacción de los usuarios con los servicios de salud. La formación de especialistas en Atención Primaria (Salud Familiar, Medicina General o similares), también la malla curricular de pregrado, además, la formación los docentes que asumirán este desafío de capacitación y formación. Esta iniciativa, encabezada por OPS/OMS y el Ministerio de la Protección Social permitirá avanzar en el desarrollo de un modelo de atención que mejore el acceso, la calidad y la eficiencia del sistema de salud en Colombia (34,35).

2.10 Costa Rica

En 1987, las autoridades sanitarias de Costa Rica iniciaron un programa de formación en Medicina Familiar y Comunitaria y ayudados por el Departamento de Medicina Familiar en la Universidad Mc Gill. Los autores describen el sistema de salud en Costa Rica y el fondo del proyecto. El diseño, implementación y avance del proyecto hasta la fecha se discuten. También se discuten los problemas relacionados con este tipo de proyecto y su futuro. El objetivo principal del proyecto es para ayudar en la creación de un Departamento Académico autosuficiente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hay dos objetivos específicos: 1. Establecer un cuerpo de médicos con formación en medicina familiar y comunitaria y 2. Establecer un cuerpo de profesores de medicina familiar y comunitaria. Fue el primer objetivo que se logrará mediante la enseñanza de los residentes y por la creación

e implementación de un proceso de certificación de elegibilidad de práctica comunitaria el vínculo entre las dos corrientes sería un examen de certificación similar a la del Colegio de Médicos de Familia de Canadá. Ocho médicos hicieron el Posgrado en Medicina Familiar en Canadá (36,37).

2.11 México

El nivel primario de atención del Sistema Nacional de Salud está conformado por clínicas donde predomina la atención ambulatoria 1975. Ochenta por ciento de las condiciones médicas de los pacientes son manejadas y solo un porcentaje muy pequeño se refiere a los hospitales de atención secundaria y terciaria. Los motivos de consulta médica muestran una amplia gama de etiologías, lo que implica tener que diagnosticar y tratar variedades insospechadas de condiciones sobre una base diaria. Médicos generales y médicos de familia ven pacientes, con un calendario saturado; por ejemplo, no es inusual para ellos tener hasta 30 citas diarias en un turno de 8 horas. Su tiempo está enteramente dedicado a las actividades de salud, que no deja espacio para actividades académicas o de investigación. A veces, también se carecen de oportunidades educativas para fomentar la enseñanza y el cuidado de los estudiantes. La Atención Primaria está limitada por la excesiva burocratización resultante de la eficacia de criterios administrativos impuestos por las autoridades del sistema.

El fortalecimiento académico de la atención primaria para responder a las necesidades educativas de estudiantes de pregrado no es inmediata, requiere una transición, un profesor con formación y planificación que tengan en cuenta las normas del sistema y cada clínica en particular. También se necesitan recursos económicos para rediseñar la organización de clínicas de atención primaria, por reasignación de horarios del personal de salud y funciones, con el fin de fomentar entornos clínicos, donde estudiantes universitarios desarrollan actividades confiables para ellos ejercer su profesión como médicos generales en aprendizaje. Hay mucho que hacer, y la responsabilidad de la comunidad médica incluye la formación de profesionales competentes capaces de afrontar el reto de otorgar excelentes servicios a la población (38).

Europa

2.12 Alemania

Durante sus estudios para convertirse en profesionales de la medicina, todos los estudiantes están obligados a familiarizarse con diversos aspectos de la atención primaria 2004. El objetivo es proporcionar a todos los estudiantes con una formación de alta calidad que asegure la mejor cooperación posible en todos los sectores del sistema médico. Atención primaria comprende el uso primario del servicio médico por un conjunto sin filtrar pacientes así como la continua atención de los pacientes, incluyendo el cuidado en la casa.

Este documento de posición fue desarrollado junto con representantes de la Sociedad Alemana de profesores Universitarios de Práctica General (GHA), la Sociedad Alemana de Pediatría General ambulatoria (DGAAP), la Sociedad Alemana de Medicina General y Medicina Familiar (DEGAM) y la Sociedad Alemana de Medicina Interna (DGIM).

Incluye recomendaciones para la enseñanza en el campo de la atención primaria en cuatro diferentes tipos de pasantías como experiencia de trabajo preclínico ("*Hospitation*"), 4 semanas prácticas clínicas de carácter informal ("*Famulatur*") y cursos de 2 semanas de entrenamiento clínico estructurado y evaluado ("*Blockpraktikum*") así como una amplia base 4 meses clínica electiva en el último año (conocido como un año práctica "PJ").

Las recomendaciones abarcan estructura y criterios de prácticas en diferentes actividades generales del proceso. Recomendaciones de tiempo dedicado a la enseñanza en la escuela, en los campos de: medicina general, pediatría, numerosas áreas transversales y otros campos clínicos, y el entrenamiento de habilidades clínicas (39).

2.13 España

El objetivo del estudio fue determinar el conocimiento de los estudiantes de medicina y las actitudes hacia la medicina de familia antes y después de terminar un curso en atención primaria 2004. Antes y después de un curso en atención primaria, a 81 estudiantes de medicina se les pidió responder a un cuestionario anónimo,

compuesto por 34 ítems que miden las actitudes y conocimientos acerca de la atención primaria que utiliza una escala de respuesta Likert de 5 puntos. Resultados: Cuarenta y cuatro (44,3 %) estudiantes completó los cuestionarios pre curso y post curso. Antes del curso, 38,6 % miró favorablemente a la especialidad de medicina familiar. Después del curso, el porcentaje aumentó al 70,4 %. Sin embargo, solo el 11,4 % considerado inicialmente la medicina familiar como primera opción de carrera, y su actitud no cambió después del curso. Después de terminar el curso, los estudiantes mostraron una mejora en sus conocimientos y actitudes hacia la medicina de familia y atención primaria.

Dada la limitada experiencia de la enseñanza de pregrado en la atención de salud primaria (APS) y la falta de contacto entre diferentes centros, se procuró identificar los contenidos mínimos de un programa de estudios potenciales. Hemos hecho una distinción entre los elementos de conocimiento necesarios y las habilidades que los estudiantes tendrían que desarrollar. Se realizó un estudio Delphi, que fue longitudinal, prospectivo y observacional. Se definieron tres grupos de expertos entre los grupos con experiencia en la enseñanza de la APS. 20 profesores asociados a nivel de pregrado, conectado a centros de salud; 20 maestros de APS posgrados y 7 universidades con profesores involucrados con la enseñanza de salud pública, preventiva y la medicina comunitaria. La tasa de respuesta de los tres cuestionarios fue alrededor del 60 %. Hubo un alto nivel de acuerdo. De los elementos del **conocimiento** que tuvieron el nivel más alto, observamos: la **relación médico-paciente**, la promoción de salud y educación, programas integrados de salud, prevención de la enfermedad y atención de grupos de riesgo. De las **habilidades**, refirió a la entrevista clínica, la construcción de una historia clínica a nivel de APS, la detección de riesgos y el examen físico. Los elementos más valiosos del conocimiento son los relacionados con la concepción de salud, y la promoción y prevención general. Las habilidades altamente anotado son las relativas a la relación médico-paciente. Priorizaron a las cuestiones relativas a la persona sobre las relativas a la familia y la comunidad. Hay un alto nivel de acuerdo que la adquisición de los conocimientos teóricos necesarios debe ir acompañada de la capacidad

de ponerlos en práctica (40).

2.14 Francia

Los últimos 10 años han sido un período de reforma significativa dentro de la atención de la salud y los sistemas de educación en Francia. Estos artículos examinan el currículo médico francés, la selección de los estudiantes, licencia y educación médica continua y analiza los retos en la actualidad de las Facultades de Medicina Francesas 2016.

El plan de estudios médicos en Francia ha habido algunos métodos innovadores, tales como aprendizaje basado en problemas, enseñanza basada en competencias y la evaluación de desempeño. Sin embargo, la enseñanza didáctica tradicional de la medicina científica y el modelo de aprendizaje siguen siendo dominantes. Francia utiliza un método único de selección, que es objeto de mucho debate. Después de un año general, estudiantes de medicina están sujetos a un examen de selección que permite solamente una pequeña cantidad para continuar estudios (41-43).

2.15 Inglaterra

Todas las de escuelas médicas británicas 32 fueron invitadas a ofrecer por correo sus prácticas de enseñanza de pregrado en Atención Primaria. Estas fueron clasificadas por la distancia en kilómetros y tiempos de viaje en coche y transporte público entre cada escuela de medicina y sus prácticas de enseñanza que se estimaron mediante el transporte. Todas las de escuelas médicas británicas 32 respondieron; la distancia media máximo entre una escuela y una enseñanza práctica era 28 km 41 minutos en coche y a 1 hora en transporte público. Todas las prácticas de enseñanza accesibles por transporte público en una escuela del 90 – 99 %.

Todas las escuelas médicas británicas utilizan atención primaria para ofrecer sus cursos de pregrado. Sin embargo no hay ningún plan de estudios pregrado nacional para atención primaria y se cree que los objetivos de aprendizaje de la enseñanza de la atención primaria varían considerablemente entre las escuelas.

Crean firmemente que los alumnos deben recibir una parte importante de su educación en la comunidad, por muchas razones: para

aprender sobre salud y enfermedad de individuos y poblaciones en el contexto de sus familias y comunidades, para entender la historia natural de enfermedad común menor y mayor, para ver cómo los niveles primario y secundario de atención se relacionan entre sí en los servicios de salud, el diagnóstico, gestión y organización características de la práctica general y a buscar en el “escaparate” para una posible oportunidad de carrera. Contamos con la dedicación de nuestra red de maestros comunitarios, que, con nuestro excelente equipo administrativo y académico, dan una educación de primera clase y experiencia (44-46).

Oceanía

2.16 Australia

En Australia el objetivo de la equidad global en salud requiere que la formación de profesionales de salud ajustarse mejor a las necesidades de las comunidades que sirven. De hecho están impulsando la educación médica en comunidades aisladas por factores como la carencia de mano de obra, pedagogía de la educación, práctica médica y las necesidades de investigación. La Educación Médica Rural y Remota (RRME) 1997 sucede en hospitales rurales y prácticas generales rurales, por sí solos o en combinación, generalmente para períodos de cuatro a cuarenta semanas. Un programa eficaz de RRME coincide con el contexto de la comunidad y del servicio de salud local. Su implementación refleja la capacidad local para proporcionar oportunidades de aprendizaje, facilita la colaboración de todos los participantes y capitaliza la creatividad local en la enseñanza. Barreras de implementación provienen de la gestión del cambio, cultura profesional y asignación de recursos. Mezcla de enfoques de aprendizaje tanto como permitir que la tecnología y la cultura local, es central para lograr los resultados y el desarrollo profesional de los maestros médicos locales de aprendizaje. Mezcla de enfoques de aprendizaje tanto como permitir que la tecnología y la cultura local, es central para lograr los resultados y el desarrollo profesional de los maestros médicos locales de aprendizaje. RRME aprovecha el ambiente de aprendizaje rico de las comunidades que los estudiantes rápidamente logran competencia y confianza en una atención primaria generalista.

Más programas con un enfoque integrado (Generalista) basado en el paradigma de aprendizaje de inmersión aparecen acertados en la devolución de seguimiento de graduados para la práctica rural y una carrera con una calidad de vida. Profesionales de la salud deben ser entrenados para satisfacer las necesidades. ¿Qué es rural y remota? Hay variación regional e internacional en las definiciones de ruralidad y de lejanía. En los países desarrollados la proporción rural de la población oscila entre aproximadamente 15 a 45 %. Muchos países definen rural como “en o más allá de la franja de las zonas urbanas” (Statistics Canada 2001) y Couper ha propuesto una definición incluyendo características de los servicios de salud locales una definición de las **zonas rurales** son aquellas fuera de los centros metropolitanos donde no hay acceso a la atención especializada, intensiva y alta tecnología, y donde se carecen de recursos tanto humanos como materiales (47).

Todos los países consultados tienen APS en pregrado, los métodos y el tiempo varían.

3. Observaciones entre la oferta y demanda del personal de salud.

El número creciente de personas con múltiples enfermedades crónicas, el envejecimiento de la población y el aumento de la expectativa de vida, junto a los avances tecnológicos y los nuevos enfoques de financiación y ha alterado la manera de cuidar la salud por los proveedores y el acceso por los usuarios del servicio. Los cambios de patrones de enfermedad, en combinación con el aumento de fragilidad en la vejez, en particular, requieren que los servicios de salud transformen del modelo tradicional de atención, con su énfasis en la enfermedad aguda, episódica, hacia uno centrado en las necesidades de pacientes y basada en asociaciones entre pacientes y proveedores que trabajan para optimizar los resultados. El creciente reconocimiento de esta necesidad está causando muchos países explorar nuevas estrategias y enfoques para la atención médica. Esto tiene implicaciones importantes para el personal de salud.

En la última década, la OCDE, evaluando sus recursos humanos para el proyecto de cuidado de la salud (2002 – 2006); la Organización Mundial de la salud (OMS); y la Comisión Europea han llevado a cabo o financiados por trabajo,

el desarrollo de la fuerza laboral de salud, con frecuencia, aunque no exclusivamente, con un enfoque en cuestiones de oferta y demanda, así como la división del trabajo o habilidad combinada.

Médicos del seguro de salud (Kassenärztliche Bundesvereinigung, KBV), a partir de potencial relevancia para el contexto alemán, y que incluye Inglaterra, **los países bajos, Noruega, Suecia, Suiza y los Estados Unidos**. La selección de los países y una revisión preliminar de la literatura disponible y nuestro trabajo precedente, exploraron los indicadores de resultado para medir la calidad en la educación y la formación de profesionales de la salud, y añadir a: **Australia, Bélgica y Nueva Zelanda** a la gama potencial de países a considerar.

La **educación** y la **formación** son vistas como componentes básicos está descrito en libro verde de la Comisión Europea en la fuerza de trabajo Europea para el desarrollo de la fuerza de trabajo y garantizar el abastecimiento futuro de la salud (43).

3.1 La fuerza de trabajo médica en Alemania

Alemania se enfrenta a una serie de retos en la prestación de asistencia sanitaria personal. Entre estos hay dos temas centrales de preocupación. Uno se relaciona con el exceso de oferta de médicos en y alrededor de áreas metropolitanas densamente pobladas y la escasez en rurales y económicamente débiles, en particular en la parte oriental del país. Un segundo desafío refiere a la provisión de nuevos médicos en algunas especialidades, como medicina general.

Para enfrentar estos desafíos, la reforma de salud de 2012 ha puesto en marcha una serie de medidas que buscan alentar a los médicos a establecer prácticas en las áreas donde hay una

escasez en el sector de atención ambulatoria. Estos incluyen incentivos financieros, mayores oportunidades para establecer un segundo trabajo y delegar algunas tareas médicas a las iniciativas de asociaciones de los médicos regionales para apoyar el establecimiento de un ejercicio profesional (39).

3.2 Objetivos del estudio

Este informe fue elaborado para ayudar al desarrollo de la educación médica y entrenamiento en Alemania. Específicamente, se buscó entender cómo otros países están **reformando su educación médica y los sistemas de formación** con el fin de mejor satisfacer las necesidades de los cambios del entorno profesional de la salud y los enfoques que se utilizan; y cómo otros países **resuelven la escasez de médicos en ejercicio en atención primaria o ambulatoria a través de la reforma de la educación y sistemas de formación** (8).

Para hacer frente a estas dos preguntas generales, hubo un especial interés en la identificación de un mejor ejercicio médico y lecciones potencialmente transferibles para Alemania. Para resolver estas preguntas en general y específicamente dirigido a: describir los componentes fundamentales de la **educación y formación**, incluida la formación posgrado de médicos en tres países: Francia, los países bajos y el Reino Unido (Inglaterra), con Alemania incluido para la comparación y con un enfoque particular en la educación 'típica' y los caminos de formación para la práctica general.

3.3 Obtención de información

La obtención de los datos implicó, en primer lugar, una revisión de la literatura publicada identificados de la base de datos bibliográfica

País	Docencia Pregrado MG	Financiamiento salud % PIB	Pér cápita (\$PPP) 2014	Médico General
Alemania	2 años	11,3	4 617	11 años
Francia	6 meses Opcional	11,7	4 260	9 años
Inglaterra	12 a 36 meses	9,4	3 495	9 a 11 años
Holanda	1 año 1 día semana	12,4	5 484	9 años

Pub Med; la Word Wide Web, usando el motor de búsqueda Google Scholar; y de los organismos gubernamentales y no gubernamentales y las organizaciones con competencias en el área de formación en los países bajo revisión médica. Las búsquedas de Pub Med utilizan combinaciones de los siguientes términos: Medicina de práctica general/general/familia prácticas/medicina familiar/GP', educación médica/médica formación/entrenamiento de la escuela y el nombre del país.

El ingreso del MG es inferior al de los especialistas en general. El número de años es pre y posgrado entre estos países varía poco.

4. Municipios saludables

Mientras fue Ministro de Sanidad y Asistencia Social José F. Oletta se desarrolló esta actividad con mucho cuidado y éxito (48-52).

5. Conclusiones y Recomendaciones

1. La Atención Primaria de Salud (APS) es el eje del Sistema de Seguridad Social y Salud en conservación de la misma y la prevención y tratamiento de las enfermedades.
2. La APS debe junto con la Historia Médica Electrónica (HME) debe ser enseñada en el Pregrado de las Escuelas de Medicina.
3. Siguiendo el pensamiento de la Oficina Sanitaria Panamericana (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) debe ser desempeñada por los Municipios junto con la Educación Preescolar como lo dice el aparte 5 del artículo 178 de la Constitución Nacional vigente.
4. Estos tres principios la Academia Nacional de Medicina de Venezuela debe hacerlo del conocimiento de: 1. Facultades y Escuelas de Medicina, 2. Sociedades Científicas de las Especialidades Médicas, y 3. Autoridades Gremiales Colegios de Médicos y Federación Médica Venezolana.

5. Referencias

1. La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. 2007 ISBN92 75 32699. Consultado en Septiembre 2017
2. Organización Mundial de la Salud. Tomado de la 132

Sesión del Comité Ejecutivo 23.6.03 y del 44 Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud 22.09.03. Consultado en Septiembre 2017

3. Cueto, Marcos. The Origins of Primary Health Care and Selective Primary Health Care. 1980. Mahler Speeches/Lectures. Box 1, WHO Library. Geneve
4. Atención Primaria de Salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS, 6-12 de Septiembre de 1978. Ginebra. Organización Mundial de la Salud 19. Consultado en Septiembre 2017
5. Gayman, J.P. Family Practice: Foundation of changing Health care. 1980 Appleton-Century-Crofts. New York. EUA.
6. WHO | the Ottawa Charter for Health Promotion www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/ Consultado en Septiembre 2017
7. Flexner A. Medical Education in the United States and Canada. New York, NY; Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. 1910. Consultado en Septiembre 2017
8. Beck AH. The Flexner Report and the Standardization of Medical Education JAMA. 2004;29:2139-2140.
9. 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. ISBN 978 92 75 32938 2. Consultado en Septiembre 2017
10. Clemente H, A, Cedraró de Carpio C. Bases Conceptuales de la Atención Primaria de Salud. Primer Foro de Salud Pública de la Academia Nacional de Medicina. Valencia. Estado Carabobo 27 al 29 de Abril del 2001. Consultado en Septiembre 2017
11. Vedilei, A. Historia de la Medicina Familiar en Venezuela 1974-2005. SOVEMEFA, 2006. ISBN 6420066105094. Consultado en Septiembre 2017
12. Clemente H, A. Anselmi R. 1982. Programa de Residencia Universitaria de Posgrado en Medicina /General Familiar. Dirección de Docencia e Investigación. Instituto Venezolano de los Seguros Sociales. Caracas. Venezuela. Consultado en Septiembre 2017
13. Cedraró de Carpio C. Censo operacional, instrumento para el diagnóstico de las condiciones de salud en San Agustín del Sur. Enero 2005. Consultado en Septiembre 2017
14. Bloom S B, Bertram B, Mesia K D. 1964. Taxonomy of Educational Objectives (The Affective Domain, and the Cognitive Domain) New York. David McKay. Consultado en Septiembre 2017.
15. Millis Commission. The Graduate Education of Physicians. The Report of the Citizen Commission on Graduate Medical Education. Chicago AMA, 1966.

- Consultado en Septiembre 2017.
16. Clemente H A, Vadilei A, Brandt C, Baleiro M, Solórzano M, Atencio C, et al. Simposio de Medicina Familiar. Congreso Centenario de la Academia Nacional de Medicina. 2004. Consultado en Septiembre 2017.
 17. Federación Médica Venezolana. El Médico Venezolano: desempleo y desarrollo profesional. Cooperativismo y otras alternativas. XLIV Reunión Ordinaria de la Asamblea. Valencia Estado Carabobo 15 al 20 de octubre de 1989. Autores: Clemente H. A. Gásperi. O. Barboza M. N. Bracho S. N. Centeno, M. Díaz L. et al. Consultado en Septiembre 2017.
 18. Clemente H. A. Atención Médica de Calidad Gac. Med. Caracas 1997;105(4):525-528.
 19. Plan de estudios experimental de medicina general (Plan A-36) hist.library.paho.org/Spanish/EMS/39524.pdf. Consultado en Septiembre 2017.
 20. El plan A-36. - Redalyc www.redalyc.org/pdf/132/13205906.pdf. Consultado en Septiembre 2017.
 21. Clemente H A. Atención Primaria de Salud. Iberoamérica, gestión y evaluación. Academia Nacional de Medicina Venezuela – acamedve2005@yahoo.com Vedilei T. Ada E. Directora del Proyecto Global de Venezuela Federación Panamericana de Facultades y Escuelas de Medicina Venezuela - pgcvenezuela@globecpd.org. ALANAM. México 2009. Consultado en Septiembre 2017.
 22. Clemente HA. Atención Primaria de Salud. Medicina Familiar. 2007 PP. 313-322. Cap. 14. Colección Razetti Tomo IV.
 23. Eralda T, Nele R M, Kristin H, Roy R. Impact of family medicine clerkships in undergraduate medical education: A systematic review (Family Practice Students FPs) 2012 BMJ Publishing Group from an electronic file supplied by the author(s) and has not been edited for content. Consultado en Septiembre 2017.
 24. ACroft, DCarruthers, EJustice Undergraduate teaching in the outpatient clinic: Can we do better? 30.05.12 <http://dx.doi.org/10.3109/0142159X.2012.689035>. Consultado en Septiembre 2017.
 25. Aimin G. Development of undergraduate family medicine teaching in China J. Gen. Pract. 2011 Apr 1; 61(585): 304–305.
 26. Prince R.H. Christopher J. Family Medicine in Undergraduate Medical Education in India. Family Med Prim Care. Family Medicine in Undergraduate Medical Education in India 2014 Oct-Dec; 3(4): 300–304. Consultado en Septiembre 2017.
 27. Besigye I, Mash R, Essuman A, Flinkenflögel M. Conference report: Undergraduate family medicine and primary care training in Sub-Saharan Africa: Reflections of the PRIMAFAMED network J Prim Health Care Fam. Med. 2017;9(1):1351.
 28. Hutchison B, Levesque JF, Strumpf E, Coyle N. Primary Health Care in Canada: Systems in Motion. Milbank Q. 2011 Jun; 89(2): 256–288.
 29. Donaldson M, Kathleen Y, Lohr A, Neal A. Vanselow. Institute of Medicine (US) Committee on the Future of Primary Care; Editors: Washington (DC): National Academies Press (US); 1996. Consultado en Septiembre 2017.
 30. Argentina. Primary Care & Social Medicine | Child Family Health International <https://www.cfhi.org/primary-care-social-medicine>. Consultado en Septiembre 2017.
 31. Primary care in Brazil, and the Mais Médicos (More Doctors) Program... www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413...script=sci_arttext... Consultado en Septiembre 2017.
 32. Departamento de Atención Primaria y Salud Familiar - Universidad de Chile... www.uchile.cl/portal/...de.../departamento-de-atencion-primaria-y-salud-familiar Consultado en Septiembre 2017.
 33. Parada-Lezcano M, Romero S, Moraga C. Educación Médica para la Atención Primaria de Salud: visión de los docentes y estudiantes. Rev Med Chile. 2016;144:1059-1066.
 34. La Formación en Medicina Orientada hacia la Atención Primaria en Colombia. www2.paho.org/hq/dmdocuments/.../APS-Formacion_Medicina_Orientada_APS.pdf. Consultado en Septiembre 2017.
 35. La Atención Primaria en Salud como eje de formación en Colombia www.udea.edu.co/.../fY7NCsIWEISfpseQWMSfYykiJ4URHORJV1a5KtJhUf37Tgw... Consultado en septiembre 2017.
 36. Costa Rica. Atención Primaria de Salud en Costa Rica: by David Avendano on Prezi <https://prezi.com/-jyhprhgucak/atencion-primaria-de-salud-en-costa-rica>. Consultado en Septiembre 2017.
 37. Centre universitaire de santé Mc Gill - Traduction espagnole – Linguee www.linguee.fr/francais-espagnol/.../centre+universitaire+de+santé+mcgill.html. Costa Rica. Consultado en Septiembre 2017.
 38. Hamui-Sutton L, Halabe-Cherem J. The Academization of primary care. Faculty of Medicine, UNAM, México; Gac. Med. Mex. 2016. 152-53.
 39. Huenges B, Gulich M, Böhme K, Fehr F, Streitlein-Böhme I, Rüttermann V, et al. Undergraduate Primary Care in Germany (GMA) GMS Z Med Ausbild. 2014; 31(3):
 40. Gil VF, Quirce F, Simón Talero M, Orozco D, Uris J, Merino J. Medicine at the primary care level

- (optional undergraduate subject at the University of Alicante): 2 years of experience. Española. Atención Primaria. 1993 Jul-Aug; 12(3):152-4.
41. Segouin Ch, Jouquan J, Hodges B, Bréchat P, David S, Maillard D, et al. First published: 20 Country reports: medical education in France February 2007 DOI: 10.1111/j.1365-2929.2007.02690.x Christophe Segouin, Lariboisière Hospital, Rue Ambroise Paré, Paris 75010, France. -mail: christophesegouin@hotmail.com/ Consultado en Septiembre 2017.
 42. Best practice: Medical training from a... - RAND Corporation France
www.rand.org/content/dam/rand/pubs/research_reports/RR600/.../RAND_RR622.pdf
Consultado en Septiembre 2017.
 43. Clemente H A, Puigbó J. Beaujon O, Aoun C, Díaz A, Marsiglia I. et al. Plan de Seguridad Social y Salud Universal para Venezuela 2015. Consultado en Septiembre 2017.
 44. Medical undergraduate primary care teaching across the UK - NCBI
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27625067. Consultado en Septiembre 2017.
 45. Medical undergraduate primary care teaching across the UK: What is...
https://www.researchgate.net/.../308121259_Medical_undergradu. Consultado en Septiembre 2017.
 46. Howie J, Hannay D, Stevenson J. The Mackenzie report: general practice in the medical schools of the UK. Brit. Med. J. 1986; 292: 1567.1571.10.1136/bmj. 292.6535. 1567 [Cross ruff], [PubMed], [Web of Science ®] [Google Scholar].
 47. Best Education (Teacher Training) Courses in Australia l Good...
https://gooduniversities.com.au/best-education-teacher-training-c. Consultado en Septiembre 2017.
 48. Málaga H, Manzanilla L, Toba Dárriba M. Proyecto Municipios hacia la salud: Experiencia Venezolana. OPS.OMS. MSAS. 1996. Consultado en Septiembre 2017.
 49. Mandl J, Toba Dárriba M, Reyes F. Municipios hacia la salud.
Experiencia Venezolana. Tomo II. Red Venezolana de Municipios hacia la salud. OPS.MSAS, 1999. Consultado en Septiembre 2017.
 50. Posgrado De Medicina Familiar by Mirna Guerrero on Prezi
https://prezi.com/cl9agy6oqaan/postgrado-de-medicina-familiar/ Consultado en Septiembre 2017.
 51. Especialización en Medicina Familiar - Posgrado UNET - Universidad...postgrado.unet.edu.ve/documentos/mfamiliar.pdf. Consultado en Septiembre 2017.
 52. Atención Primaria de Salud en Suramérica. ISAGS. Instituto Suramericano de Gobierno en Salud. UNASUR Abril 2016. Consultado en Septiembre 2017.

Papel del Médico Familiar

Dra. Ada Vedilei

La Atención Primaria de Salud (APS), conforme la Organización Panamericana de Salud (OPS), debe constituir la base de los sistemas nacionales de salud por ser la mejor estrategia para producir mejoras sostenibles y una mayor equidad en el estado de salud de la población. Dicha recomendación se sustenta en el momento actual sobre sólidas evidencias científicas.

Partiendo de las necesidades en salud reales de la población, la APS es una estrategia capaz de optimizar la salud de los individuos y comunidades con equidad, ampliando el acceso

y disminuyendo las desigualdades evitables en el estado de salud de la población (1-5).

Para enfrentar este desafío es imprescindible que la formación de pregrado en medicina se adapte a la nueva realidad de los sistemas de salud basados en la APS. Es necesario formar en el pregrado profesionales, que reconozcan la importancia de la APS para la organización del sistema sanitario y que posean algunas de las competencias más importantes para el trabajo en APS. Entre esas competencias básicas se encuentran el cuidado integral y continuo

centrado en la persona, la identificación y el cuidado apropiado de los problemas clínicos más frecuentes, el énfasis en la promoción de la salud, en la prevención de enfermedades y en el trabajo interdisciplinario e intersectorial dirigido a los determinantes socioeconómicos del proceso salud-enfermedad, el desarrollo de una comprensión y de un abordaje biopsicosocial del proceso salud-enfermedad, y la identificación de intervenciones sobre las necesidades sanitarias y demandas de la comunidad. Para ello, se necesita la integración docente-asistencial en distritos sanitarios donde los servicios de salud y los centros formadores compartan responsabilidades tanto asistenciales como pedagógicas.

Los estudiantes de pregrado deberán contar con profesores y tutores especializados en medicina de familia y comunidad que sirvan como modelo profesional. Esto debe ocurrir precozmente en asignaturas obligatorias, con integración de los contenidos del ciclo básico, posibilitando al alumno el contacto con la práctica asistencial en APS desde el comienzo de la carrera, con énfasis en el aprendizaje clínico, sin descuidar los contenidos de salud pública dirigidos al enfrentamiento de los determinantes sociales y económicos del proceso salud enfermedad. Estas asignaturas deben ser complementadas por la creación o fortalecimiento del internado obligatorio en medicina de familia, con una carga horaria mínima de 8 semanas.

En este internado, el alumno de pregrado hará una inmersión en APS, acompañado de tutores – profesionales de la APS que serán sus modelos de formación. La existencia de departamentos de medicina de familia y comunidad son imprescindibles para potenciar estructuralmente estos cambios.

Según orientación de la Organización Mundial de Salud en conjunto con la Asociación Mundial de Médicos de Familia (WONCA), implantar Departamentos o Unidades de Medicina de Familia en instituciones universitarias provee las condiciones necesarias para la inclusión de la disciplina en el espacio académico, favoreciendo la organización de los recursos necesarios para articular la tríada: enseñanza, cuidado al paciente y programas de investigación (6). Al involucrar un número adecuado de médicos de familia como profesores se crean las condiciones

para capacitar los estudiantes a respecto de una elección informada acerca de su futura especialización (7,8). Las escuelas y facultades de Medicina son las responsables por cubrir tales necesidades y la creación de Departamentos de Medicina de Familia ha sido la respuesta a dichas políticas (9). La conclusión a que llegan Haq y col. (1996) es que el establecimiento de Departamentos Académicos de Medicina de Familia en las Facultades de Medicina es de vital importancia para la realización de una accesible, efectiva y amplia atención primaria de salud (10).

Según Ostergaard (11), en esta época de grandes avances tecnológicos y de cambios en los enfoques de la medicina no podemos dejar de lado la función tutorial como elemento esencial en el proceso de formación de los médicos actuales. La función tutorial en medicina de familia debe ser realizada por profesionales médicos de la red de APS, con especialización en medicina de familia, y entrenados para ejercer esta función docente. La presencia de profesionales legitimados en medicina de familia, tanto académica como clínicamente, es absolutamente esencial para que los estudiantes de medicina la consideren como especialidad y decidan realizar su residencia médica en medicina de familia.

La enseñanza de pregrado en medicina está centrada en los hospitales, a pesar del estudio de Green y col. (2001) que demostró que las enfermedades ocurren mayoritariamente fuera del ambiente hospitalario. En la mayor parte de las escuelas médicas de América Latina, los hospitales continúan siendo el ámbito privilegiado para el entrenamiento práctico de los estudiantes (12-15).

Por otro lado, los movimientos actuales de reorganización de la práctica médica indican una tendencia progresiva a la des-hospitalización y ambulatorización de los cuidados (altas precoces, cirugía mayor ambulatoria, traslado de tecnología a medio ambulatorio y atención primaria...), ya que gran parte de las prácticas asistenciales se pueden desarrollar con calidad, de manera más eficiente y con menores costos en los ambulatorios, en la comunidad y en los domicilios (Rede Unida 1998). Los escenarios de enseñanza, por consiguiente, deben ser diversificados, agregándose a este proceso, además de las unidades y centros de atención

primaria de salud, las estructuras comunitarias características de cada región, como escuelas, centros comunitarios, comedores, órganos de participación social del sistema de salud, entre otros. El cambio de escenarios aumentará la experiencia de los alumnos frente a las enfermedades prevalentes de la población en oposición a los casos más raros de los hospitales universitarios (16,17).

Este hecho posibilitará a los alumnos el contacto con una distribución epidemiológica de las enfermedades más próxima de la realidad de la atención primaria de salud, insertada dentro del contexto sanitario de cada sistema de salud.

REFERENCIAS

1. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *The Milbank Quarterly*. 2005;83(3):457-502.
2. Starfield B. ¿Es la Atención Primaria esencial? *Lancet*. 1994;344:1129-1133.
3. Starfield B. Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Barcelona: Masson; 2001.
4. Starfield B. Primary Care: Concept, evaluation and policy. 1992; Oxford Univ. Pr.
5. Starfield, B. Implications of Evidence on the Contributions of Primary Care to Medical Education. *STMF Messenger Online*. 2008. 8-6-08.
6. World Organization of Family Doctors. The contribution of family medicine to improving health systems: A guidebook from the world organization of family doctors. 2013; 2nd Ed, Radcliffe Publishing Ltd.
7. WONCA CIMF: I Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar. Declaración de Sevilla. "Comprometidos con la salud de la población". 2002;(2)12:111-121.
8. WONCA-OMS. Haciendo el ejercicio médico y la formación médica más adecuados a las necesidades de la población. La contribución del médico de familia. Barcelona: sem. FYC, 1996.
9. Fernández MA, Arias L, Brand C, Irigoyen A, Roo J. Hacia el fortalecimiento de la Medicina Familiar y la Atención Primaria en los sistemas de salud: IV Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar. Asunción, Paraguay 2011 Archivos en Medicina Familiar, vol. 14, núm. 4, octubre-diciembre, 2012;14(4):93-112.
10. Harzheim E, Casado V, Bonal P. La formación de profesionales de salud para la APS y Salud Familiar y Comunitaria en América Latina y Europa. Septiembre 2009.
11. Ostergaard J. <https://www.healthgrades.com/physician/dr-john-ostergaard-xb6c6>. Consultado en septiembre 2017.
12. Turkeshe E, Michels N, Remmen R. Impacto de las rotaciones clínicas de medicina familiar en la educación médica de pregrado: una revisión sistemática. *BMJ abierto* 2015; 5: e008265 doi: 10.1136 / bmjopen-2015-008.265. Consultado en Septiembre 2017.
13. Otero A. The inclusion of family medicine in medical education in Spain. *Medicina, Ribeirão Preto*, 2001;34:200-201.
14. Krztoń-Królewiecka A, Švab I, Oleszczyk M, Seifert B, Smithson W, Windak A. The development of academic family medicine in central and eastern Europe since 1990; *BMC Fam Pract* 2013; 14:1–10. doi:10.1186/1471-2296-14-37. Consultado en septiembre 2017.
15. Bonal P, Gil V, Martín A, Pinto A. La Medicina de familia como área de conocimiento. *Atención Primaria*. 1999;23:151-174.
16. Mulet T. Medicina de Familia ¿próxima estación? *Atención primaria*. 2001;28(6):367-370.
17. Suarez, M. Razón de ser y ventajas de la medicina familiar: realizaciones y retos en Bolivia. *Rev Méd La Paz*. 2011;17:2.

El currículo como instrumento de política educativa para la APS.

Dr. Mario J. Patiño Torres MD, PhD, FAC

Propósito

Implementar un proceso institucional y colaborativo para transitar de la declaración

de Principios contenida en el Perfil de Egreso de la Escuela de Medicina Luis Razetti UCV:

“El egresado de la Escuela será un médico que trabajará en la red de Atención Primaria de Salud (APS), con las competencias necesarias para la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades, su tratamiento y la rehabilitación, en el contexto individual, familiar, comunitario y ambiental...”, a la formación de un médico que efectivamente cumpla con tales funciones.

Referentes y fundamentos

El proceso está guiado por los principios del Plan estratégico UCV 2007, que en materia curricular establece el rediseño de los currículos por competencia profesional con criterios de flexibilidad e interdisciplinariedad para favorecer la formación integral del estudiante. Así como, por las orientaciones de la Comisión Nacional de Currículum de año 2013. Teniendo como fundamentos el Modelo Socio-Cognitivo como teoría educativa y de diseño curricular, y la Educación Basada en la Competencia Profesional como modelo educativo.

Propuesta metodológica

El proceso se inicia con una pregunta: ¿Cuál es el Perfil de Competencia del profesional que se quiere formar en la Escuela? Perfil, que es la descripción detallada en término de Habilidades/ Destrezas y Actitudes, del desempeño del médico que egresamos para trabajaren APS. Un egresado con una formación integral e interdisciplinaria, que “comprende” la salud y la enfermedad, el arte de la medicina, al paciente, al entorno y también se comprende a sí mismos como profesional y como persona. Competencias que se desarrollarán a través de un Plan de Estudios no organizado por disciplinas, sino con criterio de integración en seis (6) áreas: 1. La comprensión del organismo normal y del ciclo vital; 2. La comprensión de los procesos patológicos; 3. La comprensión de las enfermedades en la población y los sistemas de salud; 4. La comprensión de los aspectos humanísticos de la medicina; 5. La comprensión de los procesos del diagnóstico; 6. La comprensión de las diferentes aproximaciones al tratamiento.

CONCLUSIONES

El diseño e implementación de un nuevo currículo por competencia profesional, integrado, flexible e interdisciplinario, para formar médicos

generales preparados para la APS, es un proceso fundamental para dar el paso entre lo conceptual y lo operativo. Proceso que requiere de la formación y compromiso de los miembros de la Comunidad Académica, así como, de un cambio de postura y la participación activa de las autoridades, sin la cual no será posible la implementación de los cambios.

REFERENCIAS

1. Patiño M, Miguel V, Uzcátegui Z, Pérez-González J, Medero N, Insignares J, et al. Propuesta para la transformación curricular en la Escuela de Medicina “Luis Razetti” de la Universidad Central de Venezuela. *Rev Fac Med.* 2008;31(1):13-18.
2. Patiño M. Educación Médica en Venezuela: Visión diacrónica. *Medicina Interna (Caracas)* 2017;33(4):216-223.
3. Patiño M, Miguel V, Uzcátegui Z, Pérez González J, Medero N, Insignares J, et al. El currículo en la educación médica: Diseño de un currículo por competencia, integrado e interdisciplinario. *Rev Fac Med.* 2013;36(1):25-33.
4. Patiño M. Análisis diacrónico de la educación médica como disciplina: Desde el informe Flexner. *Medicina Interna (Caracas).* 2007;23(2):98-107.
5. Patiño M. Modelo Socio-Cognitivo: Teoría educativa y de diseño curricular. *Medicina Interna (Caracas).* 2006;22(1):17-40.
6. Patiño M. Pérez-González J. Educación Médica: Uso del Modelo Socio-Cognitivo para el diseño de un currículo por competencia. *Medicina Interna (Caracas).* 2010;26 (1):16-26.
7. Vera E. Proceso de elaboración de competencias del perfil del médico egresado de la Escuela de Medicina “José María Vargas”. *Medicina Interna (Caracas).* 2011;27(1):28-33.
8. Pérez-González J. Patiño M. Un currículo integrado basado en la competencia. *Medicina Interna (Caracas).* 2011;27(2):96-104.
9. Patiño M, Pérez-González J, Vera E. El currículo de la educación médica en Venezuela - Tendencias y Realidades: El Currículo por Competencia. *Medicina Interna (Caracas)* 2013;29(1):17-33.
10. Patiño M. Educación Médica y Globalidad. *Medicina Interna (Caracas).* 2008;24(3):143-147.
11. Patiño M. Lineamientos generales para la educación médica basada en la competencia profesional. *Docencia Universitaria.* 2014;15(1):3.

De la Atención Primaria de Salud a la promoción de la salud. Hacia la salud personal y la calidad de vida.

Dr. Mariano Fernández Silano.

La Atención Primaria de Salud (APS) fue conocida a partir de la Conferencia de Alma Ata en 1978, como: "...la asistencia sanitaria esencial o integral accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. **Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad**". Como se ha podido apreciar en estos casi 40 años la APS se ha convertido en un conjunto de procesos, estrategias, enfoques y principios que con gran amplitud rigen los sistemas de atención a los enfermos, de recuperación de la salud y otros procesos y estrategias denominadas de manera genérica como Sistemas de atención de salud.

La APS adoptó una posición más holística sobre el modelo biologicista y de atención a la enfermedad imperante hasta el momento, esta estrategia está siendo prestada en diferentes niveles de complejidad dentro de los sistemas de salud y desde las programas de atención. Los procesos y planes de la APS incluyen también la llamada gobernanza del sistema, es decir los procesos administrativos y de gestión de los sistemas.

Pero por otra parte, la APS ha sido responsable de un gran movimiento teórico y de investigación en el área de la salud, a pesar de las diferentes maneras de implementar la estrategia que se presentaron en el mundo, es innegable su penetración en el ámbito médico y de salud pública.

Uno de los productos más destacados de la evolución de la APS, es la **Promoción de la Salud (PS)**, dada a conocer en 1986, en una declaratoria o carta en la Primera Conferencia Mundial sobre la Promoción de la Salud, realizada en Ottawa, Canadá, donde se concibe la **PS como el**

conjunto de políticas, estrategias y acciones que permiten que las personas tengan un mayor control de su propia salud para mejorarla. Abarca una amplia gama de intervenciones sociales, económicas y ambientales destinadas a beneficiar, promover y proteger la salud y la calidad de vida individual y colectiva mediante la prevención y solución de las causas primordiales de los problemas de salud, no centrándose únicamente en el tratamiento y la curación. Esto incluye el compromiso de los estados en facilitar los medios y recursos para el logro de la salud de sus conciudadanos.

Otro de los elementos distintivos de la PS es propuesta de repensar el concepto de salud desde una perspectiva saludable, considerándola por encima del daño o enfermedad y descartando el antagonismo salud enfermedad.

Los ámbitos de acción son: 1. Elaboración de políticas públicas saludables, 2. Creación de ambientes favorables a la salud, 3. Reforzamiento de la acción comunitaria, 4. Desarrollo de aptitudes personales hacia la salud, y 5. La reorientación de los servicios sanitarios.

REFERENCIAS

1. De Vincezi A, Tudesco F. La educación como proceso de mejoramiento de la calidad de vida de los individuos y de la comunidad. Universidad Abierta Interamericana. Revista Iberoamericana de Educación. 2000 n. ° 49/7.
2. Eriksson M, Lindstrom B. Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: A systematic review. J Epidemiol Community Health. 2005;59:460-466.
3. Hernán M, Morgan A, Mena A. Formación en saluto génesis y activos de salud. Escuela Andaluza de Salud Pública. 2013:15-24.
4. Juárez F. El concepto de salud: Una explicación sobre

- su unicidad, multiplicidad y los modelos de salud. *International Journal of Psychological Research*. 2011;4(1):70-79.
5. Lindstrom B, Eriksson M. Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development. *Health Promot. Int.* (2006); 21(3):238-44.
 6. Lindstrom B, Eriksson M. Guía del autoestopista salutogénico. Camino salutogénico hacia la promoción de la salud. Girona: 2011; Documenta Universitaria.
 7. Lindstrom B, Eriksson M. Contextualizar Salutogénesis y Antonovsky en el desarrollo de la salud pública. Centro de Investigación Folkhälsan, Programa de Promoción de la Salud. 2013; Helsinki, Finlandia.
 8. OPS/OMS. Promoción de la Salud: Una antología. Publicación Científica N° 557. Washington, D.C. 1996; 235-312.
 9. Rodríguez A. De la Enfermología a la Salutogénesis: Conceptos teóricos en la búsqueda de la salud como derecho universal. *Rev Méd Universidad de Costa Rica*. 2015;9(2).

Red Comunal en el diseño curricular de Pregrado.

Dr. Saúl Peña A.

Debido a la profundidad del tema y su apertura para el debate en la enseñanza médica se partirá de cuatro preguntas generadoras para el desarrollo de este ensayo: ¿Qué tuvimos ¿ Que tenemos? ¿Qué necesitamos? ¿Qué proponemos? ¿Que tuvimos?

El Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, creado en el año 1936, desarrolló desde el 1962, el Programa de Medicina Simplificada, dirigido a proporcionar a la población rural dispersa, atención de salud en forma permanente continua, accesible y eficiente, dentro del marco de un sistema regionalizado de servicios de salud. ...En cuanto a la APS, se considera que hubo un importante problema semántico de inicio, ya que el “*Primary Health Care*” del inglés fue traducido como “Atención Primaria de Salud” cambiando el término “cuidado” por “atención”, y utilizando el confuso “primario”, que según algunos debió haber sido “integral”. En artículo publicado por Tejada (2003) quien fuera el coordinador de la reunión de Alma Ata y sub director general de la OMS señala que el término “Cuidado integral de la salud” expresa mejor el sentido primigenio de la reunión de Alma Ata. Hoy 38 años después de Alma Ata, es y seguirá siendo una estrategia para alcanzar un nivel de Salud que nos permita llevar una vida Social y Económicamente productiva en el marco del buen vivir (1-3).

¿Qué tenemos?

La participación ciudadana y su espacio han

poco explorados desde la perspectiva formativa. La Atención Primaria en Salud (APS) como la atención ambulatoria el primer nivel de atención en salud, se corresponde con el espacio ideal para un acercamiento a la población por el profesional de salud, y también es una oportunidad para las profesiones vinculadas directamente con programas de salud, así como para otras que puedan aportar sus activos académicos y disciplinares (4,5).

¿Qué necesitamos?

Retomando la primera interrogante, necesitamos:

1. Formación basada en competencias sanitarias,
2. Servicios centrados en prácticas integradoras
3. Compromiso con la demanda poblacional (cobertura-accesibilidad),
4. Aprendizaje Basado en Evidencias,
5. Formación generalista esencial,
6. Atención ambulatoria domiciliaria (6,7).

¿Qué proponemos?

El ambulatorio espacio de formación académica y de institucionalidad sanitaria. Dentro de este orden de ideas, cuando se menciona APS, Red ambulatoria y atención en el 1er nivel, se estaría relacionando tres componentes de la atención en salud y parte integrante del SPNS. Se quiere con ello significar que a medida que las necesidades aumentan para la población y los sistemas de salud incrementan su complejidad, la

formación de profesionales en salud pública y carreras de medicina se convierte en un objeto de crecientes demandas y expectativas. También surgen nuevas interrogantes. ¿Cuál es la formación en salud pública idónea? ¿Cuál es el papel de las universidades en la atención en el Primer nivel? (8,9).

REFERENCIAS

1. Sarsfield B. Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud
<https://cursos.campusvirtualsp.org/mod/resource/view.php?id>. Consultado en Octubre 2017.
2. Starfield B. ¿Es la Atención Primaria esencial? Lancet. 1994;344:1129-1133.
3. Andrade Jorge. APS en la Enseñanza de Pregrado. 1er nivel de atención en salud y su importancia en la formación de estudios de pregrado. Situación actual. Consultado en Octubre 2017.
4. Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública, (2001). La calidad de la educación en salud pública: un desafío impostergable. Santiago de Chile. Consultado en octubre 2017.
5. Frenk J. (1986). Un Modelo Conceptual para la Investigación en Salud Pública. Academia Nacional de Medicina. México. Consultado en octubre 2017.
6. Instituto de Altos Estudios en Salud Pública (2016). Sistema Público Nacional de Salud XXIII Consultado en Octubre 2017.
7. Instituto de Altos Estudios en Salud Pública, (2007). Retos de la Investigación en Salud Pública Hoy. ISBN 978-980-6778-21-4, Maracay. Jornadas Científicas. Maracay.
8. Organización Panamericana de la Salud OPS (1986). Educación Médica y Salud. Volumen 20 N° 4. ISSN 0013-1091. Washington DC 20, No. 4. ISSN 0013-1091. Washintong DC
9. Peña S. Red Comunal en el Diseño Curricular de Pregrado. Conferencia UCV 2017. Facultad de Medicina.
10. Gaceta Oficial 40.723 de fecha 13 de agosto de 2015.