

**COMPETENCIAS EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN EL CURRÍCULO DE
MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD CES BAJO LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN
PRIMARIA EN SALUD**

**Investigadoras:
MÓNICA ISAZA GÓMEZ
MILENA MEDINA MÚNERA**

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE POSGRADOS EN SALUD PÚBLICA
EDUCACIÓN SUPERIOR CES
EDUCACIÓN MÉDICA
MEDELLÍN
2012**

**COMPETENCIAS EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN EL CURRÍCULO DE
MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD CES BAJO LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN
PRIMARIA EN SALUD**

**Investigadoras
MÓNICA ISAZA GÓMEZ
MILENA MEDINA MÚNERA**

**Asesora:
PAULA CATALINA VÁSQUEZ MARÍN**

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE POSGRADOS EN SALUD PÚBLICA
ESPECIALIZACIÓN EN PROMOCIÓN Y COMUNICACIÓN EN SALUD
MEDELLÍN
2012**

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
RESUMEN	7
FICHA TÉCNICA	8
1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	9
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
1.2. JUSTIFICACIÓN	10
1.2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	11
2. MARCO TEÓRICO	12
2.1. ALMA - ATA	12
2.1.1. La atención primaria de salud.	14
2.1.2. Atención Primaria en Salud (APS).	17
2.1.3. Objetivos.	17
2.1.4. Valores y principios que define la APS.	18
2.2. APS RENOVADA	19
2.2.1. La calidad de la formación: una búsqueda constante.	23
2.2.2. La necesidad de procesos de evaluación y acreditación.	27
2.2.3. Orientaciones internacionales de acreditación de carreras de medicina.	28
2.2.4. La acreditación en Estados Unidos y Canadá.	31
2.2.5. Perfil y competencias del egresado.	36
2.2.6. Contenidos curriculares	39
2.3. LOS CRITERIOS Y LOS ACUERDOS DE LA RED IBEROAMERICANA DE ACREDITACIÓN DE LA CALIDAD DE LA EDUCACIÓN SUPERIOR (RIACES)	41
2.3.1. El perfil fundamental del médico definido por RIACES.	43
2.3.2. Estructura básica de los currículos.	45
2.3.3. Características específicas.	46

2.3.4. Infraestructura física y logística.	47
2.3.5. Resultados del proceso de formación e impacto de la carrera.	48
2.3.6. Propósitos de la acreditación.	49
2.3.7. Metodología.	49
2.3.8. Definición de las normas.	50
2.3.9. Aplicación de las normas.	50
2.3.10. Beneficios de la acreditación.	51
2.3.11. Financiamiento.	51
2.3.12. Avances y dificultades de la acreditación.	51
2.3.13. Desafíos a enfrentar.	52
2.3.14. Programa docente asistencial en APS para el pregrado en Medicina.	52
2.4. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)	63
2.5. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS)	63
2.6. CURRÍCULO	64
2.6.1. Formación de un Currículo.	65
2.6.2. Currículo de medicina de la Universidad del CES Medellín . Colombia.	66
2.7. COMPETENCIAS	67
2.7.1. Competencias en medicina.	67
2.7.2. Definición de competencias para los equipos de APS.	68
3. OBJETIVOS	77
3.1. OBJETIVO GENERAL	77
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	77
4. APROXIMACIÓN METODOLÓGICA	78
4.1. DEFINICIÓN DEL MÉTODO	78
4.2. TIPO DE ESTUDIO	78
4.3. POBLACIÓN DE REFERENCIA	78
4.4. POBLACIÓN DE ESTUDIO	78
5. RESULTADOS	79
6. CONCLUSIONES	88
7. RECOMENDACIONES PARA LA FORMACIÓN DE PREGRADO	91

7.1. GENERALES	91
7.2. DOCENTES	91
7.3. ESTUDIANTES	92
BIBLIOGRAFÍA	94
ANEXOS	101

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
ANEXO A. ENCUESTA A LOS DOCENTES	102
ANEXO B. ENCUESTA A LOS ESTUDIANTES	104

RESUMEN

A través de la historia, el área de la salud ha sufrido diversos cambios que han generado un sistema fraccionado, llevando al individuo a sentirse como un conjunto de partes, cuando en realidad es un todo, un ser integral. Por este motivo, es fundamental establecer un currículo de medicina que garantice, desde los docentes hacia los estudiantes, y desde éstos hacia sus pacientes y la sociedad en general, integrar cada segmento: biológico, social, económico, político, cultural, psicológico y ambiental, para promover la salud y prevenir la enfermedad desde la aplicación de la Estrategia de Atención Primaria en Salud, la cual tiene dentro de sus objetivos, mejorar las condiciones de vida del individuo, la familia y la comunidad, asegurando la satisfacción de sus necesidades y por ende, su bienestar.

Palabras claves: APS, OPS, Alma Ata, Currículo de medicina, Competencias en medicina, Profesional de Salud, docente, estudiante.

1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Desde la Conferencia de Alma Ata en 1978, donde la OMS planteó la atención de salud de manera equitativa, multisectorial, con cobertura universal y con participación de toda la población, se viene implementando en diversas regiones la prestación de los servicios bajo la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) para lograr los planteamientos ya mencionados y la satisfacción de las necesidades fundamentales desde el sector salud, convirtiéndose éste en el primer contacto de la población con el sistema de salud (1).

Para el logro de los objetivos ha sido necesario contar con un sistema que permita desarrollar la estrategia a través de recursos físicos, tecnológicos, económicos y humanos, siendo estos últimos clave esencial para obtener resultados óptimos, por lo que se hace indispensable una adecuada y completa formación desde la academia, a través del acompañamiento a los profesionales para lograr el desarrollo de las competencias que les permitirán prestar un servicio que cubra las expectativas de la población objeto de atención, a través de un currículo que permita este aprendizaje, capacitando al estudiante para un correcto desempeño a través de un enfoque bio . psico . social a nivel individual, familiar y comunitario, el trabajo en equipo, el conocimiento y la capacidad de aprendizaje y análisis de la situación de salud actual de la región y con amplio poder de resolución.

Igualmente, es importante lograr que el médico o profesional desarrolle actividades de promoción y prevención y se relacione con el individuo evitando el progreso de una enfermedad o educando en la conservación de la salud por

medio del acompañamiento, la correcta transmisión de la información y la evaluación y seguimiento no sólo a los individuos sino a su labor, permitiendo una retroalimentación y un mejoramiento constante a través de la observación, la autoevaluación y la autocrítica.

Por todo lo anterior la Academia debe hacer énfasis, durante el proceso de formación del estudiante, en la obtención de un profesional íntegro para la sociedad y de esta manera lograr el mejoramiento de los indicadores de salud y la calidad de vida tanto del docente, del mismo estudiante y la comunidad.

La OPS/OMS estableció en la Conferencia Sanitaria Panamericana del 2007 que:

- Un 80% de las instituciones de las ciencias de la salud integran en su enseñanza el modelo de APS y su aplicación para las necesidades de la comunidad.
- Igualmente un 80% de estas academias forman estudiantes de poblaciones especiales para adaptar en sus comunidades la práctica de la APS (2).

1.2. JUSTIFICACIÓN

Las Universidades están obligadas a cumplir los lineamientos de OPS/OMS frente a la formación del recurso humano en salud en lo referente a la Atención Primaria en salud.

En el caso de la formación del estudiante del programa de Medicina de la Universidad CES se buscará establecer como se ha integrado a su currículo la estrategia APS con el propósito de identificar las falencias y fortalezas y proponer

medidas de mejoramiento o de actualización de dicho programa para responder a las necesidades de la población general.

1.2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son y cómo contribuyen las competencias del médico formado en la Universidad CES para la ejecución y puesta en marcha de la estrategia de Atención Primaria en Salud?

2. MARCO TEÓRICO

De acuerdo a la investigación realizada, desarrollaremos en los siguientes párrafos una revisión teórica acerca de la aplicación de la estrategia en Atención Primaria en Salud en la formación de pregrado de medicina, tanto a nivel local como internacional.

2.1. ALMA - ATA

Conferencia internacional sobre la atención primaria en salud el 12 de septiembre de 1978 promovido por una salud pública, considerada ~~la~~ **salud para todos**+genera una necesidad urgente de todos los gobiernos del personal de la salud, la comunidad, hospitales y de desarrollo y de la comunidad mundial para proteger y promover la salud de los pueblos del mundo, hace la siguiente declaración: (3)

I

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente de la ausencia de la enfermedad, es un derecho humano fundamental, es un objetivo social importante en todo el mundo, interviniendo los sectores sociales y económicos, además del de la salud.

II

La grave desigualdad existente en el estado de salud da la población, especialmente entre los países en desarrollo y los desarrollados, así como dentro de cada país, es política, social y económicamente inaceptable y, por tanto, motivo de preocupación común para todos los países.

III

El desarrollo económico y social, basado en un Nuevo Orden Económico Internacional, es de importancia fundamental para lograr el grado máximo de salud para todos y para reducir el foso que separa, en el plano de la salud, a los países en desarrollo de los países desarrollados. La promoción y protección de la salud del pueblo es indispensable para un desarrollo económico y social sostenido y contribuye a mejorar la calidad de la vida y a alcanzar la paz mundial.

IV

El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud.

V

Los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos, obligación que sólo puede cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas. Uno de los principales objetivos sociales de los gobiernos, de las organizaciones internacionales e de la comunidad mundial entere en el curso de los próximos decenios debe ser el de que todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. La atención primaria de salud es la clave para alcanzar esa meta como parte del desarrollo conforme al espíritu de la justicia social.

VI

La atención primaria de salud es 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 autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte

integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

VII

2.1.1. La atención primaria de salud.

1. es a la vez un reflejo y una consecuencia de las condiciones económicas y de las características socioculturales y políticas del país y de sus comunidades, y se basa en la aplicación de los resultados pertinentes de las investigaciones sociales, biomédicas y sobre servicios de salud y en la experiencia acumulada en materia de salud pública;
2. se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver esos problemas;
3. comprende, cuando menos, las siguientes actividades: la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes; la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; la asistencia materno-infantil, con inclusión de la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes; y el suministro de medicamentos esenciales;

4. entraña la participación, además del sector sanitario, de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario, en particular la agricultura, la zootecnia, la alimentación, la industria, la educación, la vivienda, las obras públicas, las comunicaciones y otros sectores y exige los esfuerzos coordinados de todos esos sectores;

5. exige y fomenta en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles, y con tal fin desarrolla mediante la educación apropiada la capacidad de las comunidades para participar;

6. debe estar asistida por sistemas de envío de casos integrados, funcionales y que se apoyen mutuamente, a fin de llegar al mejoramiento progresivo de la atención sanitaria completa para todos, dando prioridad a los más necesitados;

7. se basa, tanto en el plano local como en el de referencia y consulta de casos, en personal de salud, con inclusión según proceda, de médicos, enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadores de la comunidad, así como de personas que practican la medicina tradicional, en la medida que se necesiten, con el adiestramiento debido en lo social y en lo técnico, para trabajar como un equipo de salud y atender las necesidades de salud expresadas de la comunidad.

VIII

Todos los gobiernos deben formular políticas, estrategias y planes de acción nacionales, con objeto de iniciar y mantener la atención primaria de salud como parte de un sistema nacional de salud completo y en coordinación con otros

sectores. Para ello, será preciso ejercer la voluntad política para movilizar los recursos del país y utilizar racionalmente los recursos externos disponibles.

IX

Todos los países deben cooperar, con espíritu de solidaridad y de servicio, a fin de garantizar la atención primaria de salud para todo el pueblo, ya que el logro de la salud por el pueblo de un país interesa y beneficia directamente a todos los demás países. En este contexto, el informe conjunto OMS/UNICEF sobre atención primaria de salud constituye una base sólida para impulsar el desarrollo y la aplicación de la atención primaria de salud en todo el mundo.

X

Es posible alcanzar un nivel aceptable de salud para toda la humanidad en el año 2000 mediante una utilización mejor y más completa de los recursos mundiales, de los cuales una parte considerable se destina en la actualidad a armamento y conflictos militares. Una verdadera política de independencia, paz, distensión y desarme podría y debería liberar recursos adicionales que muy bien podrían emplearse para fines pacíficos y en particular para acelerar el desarrollo social y económico asignando una proporción adecuada a la atención primaria de salud en tanto que elemento esencial de dicho desarrollo.

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud exhorta a la urgente y eficaz acción nacional e internacional a fin de impulsar y poner en práctica la atención primaria de salud en el mundo entero y particularmente en los países en desarrollo, con un espíritu de cooperación técnica y conforme al Nuevo Orden Económico Internacional. La Conferencia insta a los gobiernos, a la OMS y al UNICEF y a otras organizaciones internacionales, así como a los organismos internacionales, así como a los organismos multilaterales y bilaterales, a las organizaciones no gubernamentales, a los organismos de financiación, a todo el personal de salud y al conjunto de la comunidad mundial, a que apoyen en el

plano nacional e internacional el compromiso de promover la atención primaria de salud y de dedicarle mayor apoyo técnico y financiero, sobre todo en países en desarrollo. La Conferencia exhorta a todas las entidades antedichas a que colaboren el establecimiento, el desarrollo y el mantenimiento de la atención primaria de salud de conformidad con el espíritu y la letra de la presente Declaración+.

2.1.2. Atención Primaria en Salud (APS). Debido a la asamblea de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Junta Ejecutiva del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y respondiendo a la invitación del Gobierno de la Unión Soviética, la conferencia internacional a la Atención Primaria en Salud se celebró el 6 al 12 de septiembre de 1978 en Alma . Ata, capital de la República Socialista Soviética de Kazakstán.

2.1.3. Objetivos.

I. Promover el concepto de la atención primaria de salud en todos los países.

II. Intercambiar experiencias e informaciones acerca de la organización de la atención primaria de la salud en el marco de sistemas y servicios nacionales de salud completos;

III. Evaluar la situación actual de la salud y de la asistencia sanitaria en todo el mundo por cuanto guardan relación y puede ser y pueden ser mejoradas con la atención primaria en la salud;

IV. Definir los principios de la atención primaria de salud así como los medios operativos que permitan superar los problemas prácticos que plantea el desarrollo de la atención primaria en salud.

V. Definir la función de los gobiernos y de las organizaciones nacionales e internacionales en la cooperación técnica y la ayuda técnica y la ayuda para el desarrollo de la atención primaria de salud.

VI. Formular recomendaciones para el desarrollo de la atención primaria en salud (4).

2.1.4. Valores y principios que define la APS.

Según la APS Renovada, se entienden los valores como principios sociales, metas o estándares mantenidos o aceptados por un individuo, clase o sociedad. Los valores son esenciales para fijar prioridades y para evaluar si los planes sociales satisfacen las necesidades y expectativas de la población. La Política Distrital de Salud y su enfoque promocional de calidad de vida y salud, se edifican con los mismos valores formulados por la APS Renovada:

- **Derecho a la salud, equidad y solidaridad:** La Secretaría adoptó para el desarrollo y la evaluación de la estrategia, los principios internacionalmente definidos para la misma, relacionados con la asistencia sanitaria:
- **Accesibilidad,** es facilitar la provisión de servicios de salud, cuando las necesidades de la población así lo requieran.
- **Integralidad,** es la articulación de intervenciones educativas, de comunicación, de protección, de promoción, de prevención de enfermedades, de atención y de rehabilitación.
- **Continuidad,** es el seguimiento de los procesos de atención en el tiempo hasta su superación completa, según la necesidad de cada caso, en las redes de servicios sectoriales y sociales disponibles.

- **Longitudinalidad o vínculo**, es la permanencia en el tiempo de la relación entre las personas, los equipos de atención y los servicios de salud.
- **Participación social**, ejercicio a través del cual la comunidad, las organizaciones sociales y otras instituciones, aportan en la identificación e intervención de la situación de salud ya sea en procesos de planeación o en la promoción y consolidación de factores protectores de la salud (5).

2.2. APS RENOVADA

El concepto de APS renovada, es definido por la OPS en 2005 como la transformación de los sistemas de salud, de modo que puedan hacer de la APS su fundamento. La reorientación de los Sistemas de Salud con un enfoque de la APS demanda reajustar los servicios de salud hacia la promoción y la prevención; ajuste que debe ser conseguido por medio de la asignación de funciones apropiadas a cada nivel de gobierno; de la integración de los servicios de salud pública y de atención personal; del desarrollo de una orientación hacia las familias y las comunidades; y de la creación de un marco institucional que incentive la mejoría de la calidad de los servicios. La realización plena del potencial de la APS requiere, adicionalmente, de una concentración especial en el papel de los recursos humanos, en el desarrollo de estrategias para gestionar el cambio y en la alineación de la cooperación internacional con el enfoque de la APS.+(6).

La APS tiene más de 30 años de existencia desde la celebración de la Conferencia de Alma Ata. Con motivo de su 25º aniversario y a solicitud de los Países Miembros, la OPS decidió examinar los valores y principios que inspiraron esta declaración, así como las experiencias desarrolladas por los países, han de formular sus futuras orientaciones estratégicas y programáticas en este tema.

Las diversas reuniones y consultas a los países dan como fruto el documento de posición de la OPS sobre la Renovación de la atención primaria de salud en las Américas. La idea de este documento es servir de referencia a los países que pretenden fortalecer sus sistemas y servicios de salud, acercando la atención de la salud a las personas que viven en áreas urbanas y rurales y considerando los valores, principios y elementos esenciales que deben estar presentes en un enfoque de APS renovada.

Un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre Atención Primaria de Salud, incluido el fortalecimiento de los sistemas de salud, plantea que las autoridades sanitarias de muchos países son conscientes de que el avance hacia la obtención de mejores resultados sanitarios (incluidos, entre otros, los Objetivos de Desarrollo del Milenio - OMS-) es demasiado lento y desigual. Saben que el funcionamiento de los sistemas de salud frustra las expectativas y que falta preparación para responder a las dificultades y demandas. No pasan inadvertidas las posibilidades que encierra la atención primaria de salud para introducir un sentido más claro de dirección y unidad en sistemas sanitarios fragmentados y segmentados y para proporcionar el marco de referencia que ayude a integrar la salud en todo tipo de políticas+ (7).

Dos informes publicados en 2008 han venido a refrendar esta idea. El informe de la comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (8) daba fe de una creciente desigualdad en los resultados sanitarios entre los países y dentro de ellos, e impulsaba a los gobiernos a hacer de la equidad un objetivo explícito de las políticas gubernamentales en todos los sectores. En su análisis de las causas sociales, económicas y políticas que subyacen a los problemas de salud y de los métodos a priori más indicados para aportar soluciones, la Comisión ofrece poderosos argumentos para prestar un renovado interés a la atención primaria de salud y aboga por ello.

El Informe sobre la salud en el mundo 2008 (9) cuyo título es Atención Primaria de la Salud, más necesaria que nunca, expresa que con independencia del nivel de ingresos del país en cuestión, los principios de la atención primaria de salud encierran un potencial inigualado para deparar mejores resultados sanitarios, lograr mayores niveles de equidad sanitaria y responder a las exigencias de la sociedad. En el informe se delimitan los principales ámbitos en los que conviene introducir cambios políticos para lograr que los sistemas sanitarios estén basados en los valores y principios de la atención primaria de salud. El informe es categórico cuando explica que los sistemas de salud están evolucionando en direcciones que contribuyen poco a la equidad y la justicia social y no obtienen los mejores resultados sanitarios posibles por los recursos invertidos, existiendo tres tendencias particularmente preocupantes: los sistemas de salud demasiado centrados en una oferta restringida de atención curativa especializada; los sistemas de salud que, por aplicar un enfoque de mando y control a la lucha contra las enfermedades, centrándose en resultados a corto plazo, provocan una fragmentación de la prestación de servicios, y los sistemas de salud que basan la gobernanza en la no intervención, lo que permite que prospere la atención de carácter comercial no regulada.

El mismo informe señala que la atención primaria requiere equipos de profesionales sanitarios: médicos, personal de enfermería y personal auxiliar con aptitudes sociales y conocimientos biomédicos concretos y especializados; es inaceptable que en los países de ingresos bajos la atención primaria sea sinónimo de atención prestada por personal no profesional con escasos conocimientos técnicos a los pobres de zonas rurales que no pueden permitirse nada mejor+(10).

Este mismo documento señala que para alinear los sistemas de salud sobre la base de los valores que guían la APS harán falta políticas ambiciosas en materia de recursos humanos. El desarrollo pleno de la APS requiere prestar especial atención al papel de los recursos humanos y a su formación en los valores,

principios y elementos señalados en el documento de posición de la OPS y también a la regulación de su formación a partir de mecanismos como los de la evaluación y acreditación.

Además de la OMS y la OPS, iniciativas mundiales en pro de la salud, donantes e instancias de la sociedad civil comparten la misma insatisfacción. De ahí que, entre las partes interesadas de todo el mundo existe la convicción de que los sistemas sanitarios deben funcionar más eficazmente, y basarse para ello en los valores de la atención primaria de salud.

Así, la red internacional Towards Unity for Health hace un llamado a todas las instituciones de salud, para que avancen en el alcance de una mayor responsabilidad social en la formación de los futuros profesionales, así como en sus programas de investigación y servicio; para que sean orientados hacia las necesidades locales de las diferentes comunidades, integrando y enfatizando los principios de la APS en los currículos, y asegurándose de que sus estudiantes tengan adecuado entrenamiento en escenarios de APS+(11).

Interesa señalar algunos valores, principios y componentes de la APS renovada que se vinculan directamente con la formación de médicos. Todos ellos sirven de orientación para la redefinición del perfil de médico que se debe formar para acompañar el desarrollo de los sistemas y servicios de salud, indicando al mismo tiempo, las nuevas competencias que esta formación debe garantizar.

Sobre la base de las definiciones esbozadas en el documento de posición, se han realizado dos publicaciones de esta misma serie que rescatan cada uno de los aspectos.

La primera publicación se refiere a la composición de los equipos de salud y las competencias que se requieren desarrollar en función de los valores, principios y elementos de la APS (12).

En la segunda publicación, se define del perfil del médico para la APS considerado como:

Í 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-psicosocial ambientalista, con la Atención Primaria de Salud como estrategia y eje transversal de su formación (13).

También se avanzó en la identificación de las siguientes competencias básicas que el egresado de medicina debe ser capaz de demostrar con este enfoque: 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, y generar su propia capacidad de auto aprendizaje.

2.2.1. La calidad de la formación: una búsqueda constante.

- **La noción de calidad y los antecedentes fundamentales de su búsqueda en la formación médica.**

Como cualquier concepto científico, el término de ~~la~~ calidad y las diferentes definiciones que sobre él se han formulado, están conectadas con marcos

conceptuales o epistemológicos, que condicionan el significado que diferentes sujetos otorgan a un mismo término. La calidad no constituye un tema nuevo ni de consenso unánime en el campo de la formación de los profesionales.

Sin embargo, existen ya algunos estudios (14) que intentan hacer agrupaciones en bloque sobre las distintas definiciones de calidad. La calidad de la educación depende de una serie de factores. Los aspectos de mayor coincidencia en la mayoría de las propuestas de búsqueda de calidad, como influyentes en la calidad educativa, son el profesorado, los alumnos, el currículo, la organización y gestión del centro educativo, el proceso de enseñanza-aprendizaje, y los recursos.

Además de los múltiples estudios existentes sobre el tema de calidad, los ministros de educación, convocados por la UNESCO (15) en 2003 señalaron que la calidad se ha convertido en un concepto dinámico que debe adaptarse constantemente a un mundo cuyas sociedades están atravesando una profunda transformación social y económica. Las antiguas nociones de calidad ya no son suficientes. A pesar de los diferentes contextos, hay muchos elementos comunes en la búsqueda de una educación de calidad que dote a todas las personas, mujeres y hombres, de capacidad de ser miembros de plena participación en sus comunidades y también ciudadanos del mundo.

Por otra parte, la Red Iberoamericana para la Acreditación de la Calidad de la Educación Superior (RIACES) (16) define la calidad como el grado en el que un conjunto de rasgos diferenciadores inherentes a la educación superior cumplen con una necesidad o expectativa establecida.

La RIACES sostiene además que no hay un acuerdo universal sobre lo que es calidad, pero cada vez se mide más con dos aspectos: (a) formación de las personas que terminan el programa, y (b) capacidad de la institución para producir

cambios que mejoren esa formación · y la planificación de ese cambio· así como la operacionalización de estrategias para el cambio institucional+.

Asimismo, consideran que la educación no es meramente adquisición de conocimientos, sino también de herramientas, educación multicultural, uso de tecnologías, pensamiento crítico y capacidad de aprender (después de haber obtenido el título) temas nuevos. Los objetivos que se miden en las personas que terminan la carrera no son solamente su formación en las materias centrales, sino su conocimiento en materias periféricas, su motivación para investigar e innovar, y los objetivos de servicio a la comunidad. Resulta además importante para la Red, medir la capacidad de participación de la población (Familias, estudiantes y personal) en el proceso de acreditación y evaluar hasta qué punto la institución y el programa de estudios responde a los problemas reales de la sociedad y a las iniciativas de la población.

Las discusiones sobre el tema de calidad y el trabajo de evaluación de los programas de medicina en América Latina se han centrado históricamente en propuestas y acciones de transformación curricular que señalaron la importancia e indicaron la necesidad de la actualización de los contenidos y la incorporación de los nuevos conocimientos, la integración entre ciclos clínicos y básicos, la inclusión del estudio de las ciencias sociales y los determinantes sociales y económicos en los currículos, la incorporación de la medicina preventiva y comunitaria, el conocimiento de las formas de control del ejercicio profesional y el compromiso de la universidad con la salud de la población.

De alguna manera, la calidad ha estado asociada a propósitos que incorporan una determinada visión acerca de lo que hay que alcanzar con la formación de un profesional de la medicina.

Existen valiosos antecedentes de evaluación de la formación o de análisis curricular de las carreras o escuelas de medicina y de posicionamientos relativos al perfil de médicos que se deberían formar, que representan hitos históricos en la educación médica, tales como:

- El Informe Flexner (17) exponente de un paradigma cientificista, citado como antecedente relevante por el peso prescriptivo que ha tenido en la definición de las propuestas curriculares.
- El modelo de enseñanza integrado desarrollado por la Escuela de Medicina de la Universidad Western Reserve y el de la Universidad de Stanford, con repercusiones subsecuentes en América Latina.
- La primera Conferencia de Facultades Latinoamericanas de Medicina (UDUAL, México, 1957) (18), en la cual se declaró como objetivo de la educación médica proporcionar al estudiante conocimientos científicos y humanísticos necesarios para una comprensión integral del hombre en sus relaciones humanas y con el medio ambiente, y,
- El estudio del médico y sociólogo Juan César García elaborado desde el paradigma crítico en los años sesenta y que fundamenta la inclusión de las ciencias sociales en los currículos.
- Los principios básicos para el desarrollo de la educación médica en América Latina y el Caribe+, publicado por la OPS y donde se abogaba por colocar al alumno en mayor contacto con la realidad y estimularlo a participar en el análisis y solución de los problemas y la idea del aprendizaje integrado;
- Los aportes de la medicina social en los programas de enseñanza de la medicina y las experiencias novedosas de algunas universidades en el continente;

- El Informe FEPAFEM- OPS-OMS, sobre 230 carreras de medicina de América Latina presentado en la Conferencia de Edimburgo y las recomendaciones emanadas de la misma, especialmente aquellas relativas a la responsabilidad social o accountability;
- Los avances en el mundo de los nuevos programas de formación enfocados en el aprendizaje basado en problemas (problem solving), y el apoyo de la Asociación Médica Americana a este enfoque en el documento Médicos para el siglo XXI;
- La recomendación de la Asamblea General de la OMS de 1995 en la que se aboga por esfuerzos conjuntos entre autoridades de salud y escuelas de medicina para aplicar nuevas formas de prácticas profesionales y condiciones de trabajo que permitan a los profesionales identificar las necesidades de salud, las respuestas a dichas necesidades a fin de aumentar la calidad, relevancia, eficiencia y equidad de la atención de salud.
- Los estándares globales y los requisitos mínimos globales publicados por la Federación Mundial para la Educación Médica que buscan crear mecanismos para la mejora de la calidad de la educación médica a lo largo del continuum de la educación médica. (19)

2.2.2. La necesidad de procesos de evaluación y acreditación.

Los procesos ocurridos en el mundo en las últimas dos décadas, relacionados con la globalización de la economía, el intercambio comercial entre países, los cambios demográficos, ambientales y climáticos, el desarrollo tecnológico, entre otros, han producido cambios en las condiciones de salud de las personas, que han requerido reformulaciones en los sistemas y servicios de atención de la salud y en la formación de los profesionales de la salud.

También en el campo de la educación universitaria se han propiciado políticas y programas organizados alrededor del tema de la CALIDAD de la formación y su ACREDITACIÓN, considerándose hoy en día una necesidad indiscutible.

2.2.3. Orientaciones internacionales de acreditación de carreras de medicina.

(20)

Los estándares y recomendaciones de la Federación Mundial de Educación Médica (WFME)

La Federación Mundial de Educación Médica (WFME) propuso los Estándares Internacionales en Educación Médica, con el objeto de orientar y mejorar la educación médica. A través de estos estándares la Federación ha estado invitando a los educadores médicos e instituciones de todo el mundo, organizaciones y autoridades comprometidos con la educación médica básica, a discutir y comentar sobre el conjunto de normas propuestas y el resultado de implementar dichas normas como herramientas en contribución a las escuelas médicas.

El documento define un conjunto de normas internacionales en la educación médica básica (de grado), estructuradas de acuerdo a nueve áreas con un total de criterios.

Las normas están especificadas para cada criterio, usando dos niveles: el primer conjunto define las líneas básicas o requerimientos mínimos o esenciales a las escuelas médicas y el segundo conjunto se ocupa de la dimensión de calidad de desarrollo de las escuelas de medicina y de sus programas educativos.

El uso de dicha categorización de normas significa que las escuelas de medicina en distintas etapas de desarrollo y de distintas tradiciones educativas, culturales y

socioeconómicas, pueden utilizarlas a un nivel apropiado para ellas. Las normas no deberían conducir a la uniformidad pero sí contribuir al cambio.

Las normas de la WFME, también recomendadas por la Organización Mundial de la Salud y la Asociación Médica Mundial, tienen tres intenciones principales:

- Estimular a las escuelas de medicina a formular sus propios planes para cambiar y para el mejoramiento de acuerdo con las recomendaciones internacionales;
- Establecer un sistema nacional y/o internacional de asesoramiento y acreditación de las escuelas de medicina para asegurar un mínimo de calidad en los programas de las escuelas de medicina, y,
- Salvaguardar la práctica en medicina y su creciente internacionalización, a través de normas internacionales de educación médica bien definidas.

El documento plantea como directrices que:

- La calidad de los programas de las escuelas de medicina deberá enfatizar el mejoramiento y proveer dirección para llevar adelante los contenidos centrales del currículum médico que consisten en la teoría y práctica fundamental de la medicina, específicamente biomedicina básica, ciencias del comportamiento y sociales, habilidades clínicas generales, habilidades de decisión clínica, habilidades de comunicación y ética médica, y,
- Ubicar la educación médica sobre la base de normas internacionales compartidas facilitará profundamente el intercambio de estudiantes de medicina y la aceptación de médicos en otros países.

En el año 2004, la WHO y la WFME crearon un grupo de trabajo para la elaboración de los lineamientos para la acreditación de la educación médica de grado, los cuales fueron publicados en el 2005. Los fundamentos principales de ambos organismos acerca de los lineamientos para la acreditación de la educación médica son:

- El uso de estándares específicos
- El empeño por crear transparencia de los sistemas de acreditación, y
- El compromiso de los socios relevantes en dichos procesos.

Los lineamientos también incluyen recomendaciones concernientes al sistema de acreditación tales como:

- Requerimientos fundamentales
- Marco legal
- Estructura organizacional
- Estándares o criterios que serán utilizados
- Necesidad de anuncio público sobre las decisiones y beneficios de la acreditación.

Los elementos principales considerados para llevar adelante el proceso de acreditación incluyen:

- Auto-evaluación de las escuelas de medicina;
- Evaluación externa basada en el reporte de la auto-evaluación y con visita a la escuela;
- Reporte final del grupo evaluador externo conteniendo recomendaciones relacionadas con la decisión sobre la acreditación, y,
- Decisión sobre la acreditación.

Un reporte final de evaluación sería elaborado por el grupo revisor externo, tomando en consideración el análisis y las recomendaciones de la institución educativa, formuladas en el reporte preliminar.

La conducción de un proceso de acreditación de acuerdo a los lineamientos de la WHO/ WFME podría conducir con el tiempo a un reconocimiento internacional de la institución y de sus programas educativos. En el futuro, se pretende que la información de los resultados de los procesos de acreditación esté incluida en una base de datos de profesiones de la salud.

El documento sobre lineamientos de acreditación citado también pone en claro que el desarrollo de estos procesos de acreditación dependerá en gran parte de los recursos financieros de las instituciones involucradas+.

2.2.4. La acreditación en Estados Unidos y Canadá.

El proceso de evaluación de carreras de grado tanto en Canadá como en EEUU es llevado a cabo por agencias específicas de las disciplinas. El *Liaison Committee on Medical Education* (LCME) es la autoridad reconocida en los EEUU y el *Committee on Accreditation of Canadian Medical Schools* (CACMS) en Canadá para acreditar los programas que otorgan el título de médico. De esta manera, las propias asociaciones médicas de ambos países son las que realizan la evaluación desde una asociación que reúne representantes de los colegios profesionales y las facultades de medicina de los dos países, con presidencia rotativa.

La acreditación realizada por el Comité de Enlace sobre Educación Médica (LCME) es necesaria para que las escuelas reciban fondos federales para la educación médica y participen de programas de préstamos federales. La mayoría de las juntas estatales de licenciatura requieren que las escuelas de medicina de

EEUU estén acreditadas por la LCME, como condición para obtener la licencia de sus graduados.

Hoy día, la acreditación en EEUU es un proceso al cual las instituciones acceden a través de una evaluación extensiva de pares de acuerdo con la aceptación de los estándares de calidad educativa que se encuentran contenidos en el documento (21)

Los estándares que deben satisfacer las carreras para ser acreditadas están agrupados en las siguientes dimensiones:

- Objetivos
- Gobierno
- Administración: general, ubicación geográfica de los programas;
- Programa educacional: duración, diseño y control, contenidos, evaluación de los logros estudiantiles, seguimiento académico;

- Estudiantes: admisión, becas y ayudas financieras, bienestar estudiantil, servicios estudiantiles de salud, y,

- Recursos para el programa educacional: finanzas, instalaciones, cuerpo académico, biblioteca, instalaciones para la enseñanza clínica.

Los estándares se presentan organizados en tres grupos: los *debe* .88 estándares. , diferenciándolos de los *debería* .82 estándares. y los *puede* .10 estándares. . Esta clasificación actúa como una ponderación al señalar el peso diferente que los componentes de cada estándar deben merecer.

Los estándares son revisados cada cuatro años a través de consultas a estudiantes, profesores, autoridades de salud, administradores de hospitales y autoridades universitarias.

Para facilitar el trabajo de los comités se ha creado una versión narrativa para algunos estándares seleccionados, indicando:

- Las fuentes a las que se puede recurrir para formular los juicios evaluativos.
- La situación de la carrera con relación a la evaluación y acreditación institucional que corresponde a otras agencias y al Departamento Nacional de Educación.
- Qué se entiende por coherencia y coordinación del curriculum
- Cómo evaluar el seguimiento real del desarrollo del plan de estudios
- Qué elementos considerar en la formación pedagógica de los profesores.

El término de la acreditación plena es de ocho años. Un año antes del vencimiento de la acreditación se requiere a la carrera una actualización de la base de datos y una autoevaluación que organice la visita del comité de pares. Durante el término de la acreditación la Comisión evaluadora puede requerir informes de avance o realizar cortas visitas sobre temas específicos.

La *acreditación provisoria* corresponde a las carreras que habiendo o no obtenido en alguna oportunidad la acreditación plena no cumplen satisfactoriamente con las condiciones previstas por los estándares pero pueden superar estas dificultades parciales en un tiempo que la Comisión considera adecuado para no suspender la acreditación del programa. La acreditación provisional corresponde a las carreras que no han concluido su ciclo de dictado y deben presentar informes y base de datos anualmente.

Existe una cuarta situación de renuncia a la acreditación inmediata o a término, situación que debe ser comunicada por el programa a los estudiantes que

participan de él y a los candidatos. La Comisión de Acreditación comunica esta situación también al Departamento de Educación para que determine, junto con los responsables del programa, cómo serán resguardados los derechos de los alumnos.

La publicación de los informes de acreditación que resultan de los plenarios de la Comisión queda a criterio de las carreras evaluadas. Sólo aparece en la página Web de la Comisión la situación de la carrera y las fechas de las próximas visitas.

La Comisión de Acreditación CACMS-LCME ha diseñado los siguientes instrumentos para que las instituciones formalicen sus presentaciones:

- La organización de la información en las bases de datos
- La autoevaluación que debe presentar la carrera
- La autoevaluación que deben presentar los estudiantes
- Autoevaluaciones; una de los estudiantes de cada año

Una guía para los pares denominada *cómo redactar un informe de evaluación*, que tiene dos modalidades: una para el informe derivado de un proceso de acreditación plena y otra para los informes de visita parciales:

- Una publicación que incluye los estándares en su versión completa y en su versión narrativa.
- Un *borrador* de ponderación de los estándares.

Aunque los informes de acreditación no se hacen públicos en su texto completo, los datos de las bases que entregan las universidades a las agencias acreditadoras son sistematizados y actualizados periódicamente.

La Asociación de Facultades de Medicina de Canadá tiene una oficina de investigación e información que sistematiza la información relacionada con la investigación médica, datos de alumnos y residentes, profesores y candidatos, desde 1986.

La Asociación de Médicos de Canadá y Estados Unidos publica en su periódico mensual trabajos personales de sus miembros con análisis de los procesos de educación médica y de evaluación.

El Colegio de Médicos de Canadá ha organizado una base de datos denominada CAPER con los datos de las carreras de posgrado. La misma se actualiza a través de encuestas anuales a los programas y tiene un acceso restringido porque se vende a investigadores y asociaciones con interés en la medicina.

Como resultado del uso de esta base se han publicado diversos estudios, uno de los cuales establece un *ranking* a las carreras de medicina según criterios propios desagregados en variables que reciben una ponderación numérica. Esta publicación es de gran circulación y se complementa con la información disponible de la publicación institucional de cada universidad.

La Comisión de Acreditación CACMS-LCME ha acreditado 131 programas en EEUU y 17. Todos los que se dictan . en Canadá.

Un dato a considerar en Canadá es la articulación entre las escuelas de medicina, el sistema nacional de salud y las comisiones evaluadoras, cuya actuación no es obligatoria, aunque la necesidad e importancia de la evaluación es unánimemente reconocida y las tres instancias trabajan no sólo en la definición de los perfiles que resultarán del cumplimiento de los estándares para los programas de grado y de cada especialidad, sino también en la asignación de recursos y la regulación del sistema para la distribución geográfica de los profesionales formados. Las

comisiones de acreditación explican esta articulación consensuada por el carácter público de las instituciones involucradas y la responsabilidad de los gobiernos provinciales en la formación de profesionales y la salud pública.

Con esta triple articulación, sumada a los exámenes centralizados y únicos que los alumnos deben rendir antes de ingresar al grado y a las residencias, en Canadá existen, al menos, tres modelos de diseños curriculares o propuestas de formación orientados en:

- Enfoques de Medicina basada en la evidencia y la investigación como estructurantes del plan . Universidad de Calgary.
- Práctica y la investigación clínica- ateneos y casos clínicos -Universidad Mc Gill.
- Aprendizaje basado en problemas, especialmente en las facultades de la zona francesa Universidad Mc Master, Sherbrooke y Laval.

Las otras carreras combinan con mayor o menor coherencia algunas de estas orientaciones y proponen organización de contenidos por sistemas o líneas más tradicionales de ciclos y disciplinas.

2.2.5. Perfil y competencias del egresado.

El perfil del egresado debe guardar concordancia con las definiciones institucionales y es de dominio público. A través de la definición del Perfil del Egresado se identifican los conocimientos, capacidades, habilidades, actitudes y competencias prioritarias de la formación de la carrera. Dicho perfil se expresa en los procesos enseñanza-aprendizaje y en los objetivos que ha definido cada carrera.

El propósito u objetivo de la Carrera de Medicina será lograr un profesional médico general que tenga incorporados en su quehacer los principios de la ética, visión humanística, sentido de responsabilidad y compromiso social, que esté preparado para detectar y responder a las necesidades de la sociedad y que tenga actitudes, conocimientos, y habilidades para el desarrollo de las siguientes competencias:

- Contribuir a la conservación de la vida y del medio ambiente en el ámbito de la salud promoviendo estilos de vida saludables.
- Asumir una conducta ética frente al paciente, el equipo de salud y la comunidad, respetando la dignidad y privacidad de las personas.
- Reconocer y respetar la diversidad de costumbres, etnias, creencias e ideas de las personas.
- Respetar las normas legales que regulan la práctica profesional.
- Actuar en la protección y promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y rehabilitación de las personas.
- Diagnosticar y tratar correctamente las enfermedades del ser humano en todas las fases de su desarrollo, teniendo en cuenta criterios de prevalencia y potencial mórbido.
- Reconocer, derivar y/o referir adecuada y oportunamente pacientes portadores de problemas, que están fuera del alcance de su competencia.
- Valorar el uso de la anamnesis y el examen físico y psíquico como elementos fundamentales de la práctica médica.

- Realizar procedimientos clínicos y quirúrgicos indispensables en la atención inicial de las urgencias y emergencias.
- Resolver problemas en diferentes niveles de atención de salud, con énfasis en la estrategia de atención primaria.
- Considerar las relaciones de costo-beneficio y riesgo-beneficio en las decisiones de todos los procedimientos médicos.
- Abordar los múltiples aspectos de la relación médico-paciente, desarrollando la capacidad, sensibilidad y pertinencia en la relación con el paciente, sus familiares y el equipo de salud.
- Desarrollar habilidades de comunicación oral, escrita y verbal con el paciente, su familia, el equipo de salud y el entorno, en la(s) lengua(s) que corresponda en el ámbito de su práctica.
- Constituir y trabajar en equipos de salud multiprofesionales e intersectoriales reconociendo las competencias y compartiendo las responsabilidades con los demás integrantes.
- Interpretar, intervenir y contribuir, en el marco de su competencia, para mejorar la realidad social.
- Desarrollar actividades educativas en el área de la salud.
- Aplicar los principios básicos de administración y gestión de programas de salud.
- Autoformarse y autoevaluarse durante toda su vida profesional.

- Emplear el razonamiento crítico en la interpretación de la información, en la identificación del origen y resolución de los problemas de la práctica médica.
- Utilizar metodología científica en la práctica profesional.
- Abordar críticamente la dinámica del mercado de trabajo, las políticas y la legislación vigente en materia de salud.
- Uso de al menos dos idiomas (uno de ellos el inglés científico-técnico) en el nivel de comprensión del idioma escrito.
- Uso de las computadoras y de los recursos afines de la informática.
- Estar dispuesto para participar en la producción de conocimientos en el ámbito de su práctica.
- Evaluar y conocer la realidad sanitaria de su medio y adecuar sus acciones a la misma gestionando con el paciente las soluciones a los problemas planteados.

2.2.6. Contenidos curriculares

Los contenidos curriculares contemplarán los aspectos éticos, científicos, técnicos y psicosociales indispensables para la práctica profesional.

En la selección de los contenidos, se tendrá en cuenta también el enfoque epidemiológico en la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la atención de las personas y la rehabilitación de los enfermos. Debe considerarse un adecuado equilibrio entre los aspectos individuales y colectivos y entre los curativos y preventivos.

Los contenidos curriculares, que se presentan a continuación deberían estar integrados en forma vertical y horizontal:

- Bases moleculares y celulares de los procesos normales y patológicos.
- La estructura y función de los tejidos, órganos, sistemas y aparatos.
- Procesos morfo-funcionales propios de los seres humanos . gestación, crecimiento, desarrollo, envejecimiento y muerte. .

- Determinantes biológicos, ambientales, socio-culturales, psicológicos, éticos y legales, a nivel individual y colectivo del proceso salud-enfermedad.

- El proceso de salud enfermedad en la población en sus aspectos determinantes, en su ocurrencia y las acciones de intervención.

- Propedéutica médica, historia clínica integral: anamnesis, examen físico,

- conocimiento fisiopatológico de signos y síntomas; clínica: elaboración diagnóstica, diagnóstico diferencial, propuesta y conducta terapéutica, pronóstico y evolución de las enfermedades en todas las etapas del ciclo biológico, considerando criterios de prevalencia y potencial mórbido.

- Urgencias y emergencias.
- Diagnóstico temprano, recuperación y rehabilitación.
- Promoción de la salud y de estilos de vida saludables.
- Aspectos médico-legales relacionados con la práctica profesional.

Los diferentes países que participan del MERCOSUR educativo (22). Han combinado sus procesos nacionales de acreditación de diferentes maneras para evitar reiteración y superposición de acciones que podrían tender a burocratizar los procesos y disminuir su impacto en la calidad. Algunos han ideado y aplicado

mecanismos de homologación de los procesos o resultados y otros han conformado comités de pares que realizaron un doble trabajo aplicando las normas nacionales y regionales en dictámenes diferentes o integrados.

2.3. LOS CRITERIOS Y LOS ACUERDOS DE LA RED IBEROAMERICANA DE ACREDITACIÓN DE LA CALIDAD DE LA EDUCACIÓN SUPERIOR (RIACES)

RIACES, como red iberoamericana para la acreditación de la calidad de la educación superior, está conformada por los organismos subregionales de evaluación de la calidad de cada país reconocidos en los respectivos gobiernos, las oficinas gubernamentales relativas a la acreditación y los organismos internacionales que se dedican a la educación superior y actúan en la región iberoamericana. Está organizada con una presidencia rotativa y un secretariado que administra la oficina técnica.

La internacionalización de la educación superior en los espacios regionales así como la transnacionalización de la oferta universitaria y la necesidad de dar cuenta de la garantía pública de la calidad, ha llevado a RIACES a la organización de una experiencia de acreditación regional de carreras de grado universitarias que, a la vez que aprovecha lo realizado por el MEXA-ARCU-SUR, agrega particularidades que avanzan en la combinación acreditación nacional/acreditación regional sin duplicar procesos y permite a las instituciones obtener, renovar o mejorar su condición de acreditadas.

Se respeta y aprovechan las acciones de autoevaluación realizadas y se hace participar de los juicios de evaluación externa o visita de Comités de Pares, a los expertos de toda la Región.

Con el fin de definir los criterios de acreditación de las titulaciones de agronomía, medicina e ingeniería para la Región Iberoamericana, se realizaron en 2006 y

2007 talleres denominados de *Armonización de criterios*, en Quito y Buenos Aires respectivamente.

Esa denominación respondió a la idea de considerar no sólo los criterios de_ nidos por el MERCOSUR sino los definidos por cada país integrante de la Red para sus procesos nacionales.

Como resultado de estos talleres, donde se expusieron los criterios y procedimientos de las agencias nacionales participantes para la evaluación y acreditación de carreras de grado en sus respectivos países, así como la experiencia MEXA, se acordaron los perfiles de egreso y criterios regionales para la acreditación de carreras de estas titulaciones, denominados en adelante *Documentos de Criterios Armonizados* y se acordó la realización de una experiencia de acreditación regional en base a los siguientes acuerdos (23) Las carreras de grado de medicina deberán formalizar su decisión de participar en la experiencia, presentar un **Informe de Autoevaluación** considerando el cumplimiento de los criterios armonizados RIACES cuyo formato, como el de la guía de pares, se basa en los documentos nacionales de los países participantes;

- Los comités para la evaluación externa quedarán compuestos por expertos de las titulaciones medicina y agronomía que hayan participado en los talleres de armonización regional RIACES.
- Participan de esta primera experiencia regional carreras de las titulaciones de medicina y agronomía, una de cada titulación por país miembro de RIACES, que lo solicite voluntariamente a través de la agencia nacional. Las agencias recibirán el informe de autoevaluación de parte de las carreras participantes y lo enviarán a los integrantes de los comités de pares.

- Las guías que utilizan los pares, se elaboraron sobre la base de los documentos nacionales de los países participantes y del MERCOSUR desde la coordinación técnica de la experiencia. Estas guías son de uso obligatorio para los comités ya que organizan la emisión de juicios profundos y homogéneos sobre el cumplimiento de criterios y facilitan de ese modo la equivalencia de los dictámenes. Se envían a las agencias participantes para que éstas las pongan a disposición de los pares una vez constituidos los comités.

- El formato del informe solicitado a los pares y el del dictamen de acreditación debe ser consensuado entre las agencias participantes afin de homogeneizar el alcance de la acreditación y la información al público, y cuando los pares hayan realizado la visita y tengan listos sus informes de evaluación en el formato de la guía, lo enviarán a la agencia correspondiente que lo remitirá al comité directivo de RIACES. Este habrá organizado la actuación de un grupo compuesto por tres directivos o técnicos de RIACES o agencias nacionales, nominados por la comisión directiva para realizar un control interno o consistencia de procedimientos sobre los aspectos técnicos evaluativos aplicados en cada evaluación, con el propósito de asesorar a las agencias nacionales en nombre de la Red.

2.3.1. El perfil fundamental del médico definido por RIACES.

El perfil del médico definido por RIACES incluye las siguientes orientaciones para que los egresados tengan capacidad como:

- Generalista, con sólidos fundamentos científí_ co-técnicos, y con formación ética y humanista.
- Con la Atención Primaria de Salud como estrategia y eje de la formación médica.

- Con capacidad de reconocer las diferencias entre situaciones médicas que puedan asumir; aquellas que deban derivar y las que obligatoriamente deban resolver y con énfasis en la solución de urgencias no derivable.
- Con conocimiento amplio y de aplicación en las diferentes realidades epidemiológicas y culturales en las que ejerza su servicio.
- Con formación en la atención integral del paciente, la familia y la comunidad, en los ámbitos de la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación; con un enfoque bio-psico-social-ambientalista.
- Con capacidad de reconocer y respetar la dignidad y privacidad de las personas y la diversidad de costumbres, etnias, ideas y saberes sobre el proceso salud-enfermedad.
- Con capacidad para identificar e intervenir sobre los diferentes factores que integran la problemática del fenómeno salud-enfermedad (biológicos, psicológicos, sociales y económicos).
- Con capacidad de considerar las relaciones de riesgo-beneficio y costo-beneficio en las decisiones respecto a todos los procedimientos médicos a prescribirse, tanto de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación; basándose en evidencias científicas comprobables.
- Con actitudes de comunicación para el paciente, la familia y la comunidad. Ser capaz de establecer comunicación verbal, no verbal y escrita con los pacientes, familiares, comunidad y el equipo de salud; y ser capaz de desarrollar actividades educativas.
- Con habilidades técnico científicas comprobables.

- Formado en pensamiento crítico, con capacidad de ejecutar o participar en proyectos de investigación, y de continuar y actualizar permanentemente su formación a través de postgrados o formación continua.
- Con capacidad para aplicar conocimientos básicos de administración y gestión en servicios y programas de salud.
- Con conocimientos y aptitudes para contribuir a la conservación de la vida y el medio ambiente en el ámbito de la salud y promover estilos de vida saludable, individuales y colectivos.
- Ser capaz de trabajar en equipos de salud, multidisciplinarios y multiprofesionales.
- Con criterios para abordar críticamente la dinámica del mercado de trabajo, y para aplicar las políticas, y la legislación vigente en materia de salud, tanto en materia de salud pública como del ejercicio profesional.
- Con actitudes que procuren su propia salud física y mental.

2.3.2. Estructura básica de los currículos.

De la misma manera como se identifica el perfil del médico deseado, RIACES señala las características generales que deberán contemplar los currículos:

- Basados en la búsqueda de la armonía entre la ciencia, la técnica, los valores éticos y humanísticos y el arte clínico.
- Con énfasis en prevención y promoción de la salud.

- Proceso de enseñanza-aprendizaje centrado en el alumno, en el aprendizaje pertinente y relevante, y con inclusión de actividades tendentes a la generación de conocimientos y tecnologías; con participación activa del estudiante en su propia formación, análisis de casos y en proyectos de investigación definidos a partir de la realidad epidemiológica de la localidad, la región o el país.
- Con escenarios de formación práctica tanto hospitalarios como en centros de atención primaria de salud y comunidades, debidamente evaluados y valorados.
- Con integración vertical y transversal de los contenidos vinculados estrictamente al perfil de egreso declarado.

2.3.3. Características específicas.

- Contenidos verticales: formación básica, conocimientos pre-clínicos; conocimientos clínicos.
- Internado o práctica final obligatoria. El internado debe centrarse, fundamentalmente, en las cuatro áreas principales: medicina interna, cirugía, gineco-obstetricia y pediatría incluyendo, en cada una de ellas, medicina ambulatoria y urgencias, y un ciclo de actividades comunitarias, de APS, o de salud familiar.
- Contenidos transversales (ejes integradores) aseguran instancias específicas o espacios, los cuales tienen como objetivo la integración de asignaturas que dan sentido a la formación. Como mínimo deberían considerarse los siguientes contenidos:
 - Formación ética y humanística (desarrollo humano).

- Formación de pensamiento crítico y de investigación.
 - Estrategias de Atención Primaria de Salud.
 - Epidemiología.
 - Salud pública (familiar, comunitaria y colectiva).
 - Comunicación.
 - Inglés técnico y de tecnologías de información y comunicación en los diferentes procesos académicos.
-
- Aspectos legales de la práctica médica.
-
- Aspectos ligados al reconocimiento y respeto a la diversidad de costumbres, etnias, ideas y saberes sobre el proceso salud/enfermedad. Se acuerda como duración mínima de la carrera un total de 5.500 horas reloj+ presenciales, distribuidas en seis años; incluyendo las horas de teoría, práctica, internado o práctica final obligatoria, pero excluyendo las horas destinadas a exámenes o pruebas.

2.3.4. Infraestructura física y logística.

Los diferentes procesos académicos deben disponer de centros académicos y de práctica en cantidad y calidad suficientes (hospitales, escuelas y servicios ambulatorios de atención primaria y secundaria); los cuales deben tener normas y ser periódicamente evaluados.

Los centros de práctica para los estudiantes deben poseer algún tipo de certificación oficial para la docencia.

2.3.5. Resultados del proceso de formación e impacto de la carrera.

RIACES ha señalado los resultados siguientes que espera obtener con las evaluaciones de impacto de los procesos formativos:

- Existencia de mecanismos de monitoreo de los procesos académicos: tasas de retención, de aprobación, de titulación, tiempo de egreso.
- Capacidad de absorción de los graduados por parte del sistema de salud, público y privado, e incorporación de los mismos a actividades académicas y de la comunidad científica.
- Influencia de los graduados en la generación de mejoras en el sistema de salud.
- Los programas de investigación y de extensión guardan relación con la problemática del entorno.
- Los resultados de esta evaluación de impacto son considerados para la revisión curricular.

Dado que RIACES es una red de agencias y no una agencia evaluadora internacional la acreditación como decisión administrativa corresponde a la agencia del país, siendo de cumplimiento acordado la aplicación de los criterios armonizados y la presencia de pares de otros países en los comités de evaluación.

Como consecuencia de estas experiencias, resultó acreditada una carrera de medicina en Perú, otra en Colombia y una más en Ecuador con la participación de comités compuestos por representantes de ocho países. Más allá de lo

aparentemente reducido del número de carreras acreditadas, se destaca que a través de esta actividad de RIACES se ha iniciado e impulsado la acreditación de carreras de grado en países con actividades incipientes en estas etapas o no iniciadas como Ecuador y Perú que toman ahora los instrumentos y procedimientos acordados regionalmente como normas nacionales.

También se destaca que los países participantes son los tres de América del Sur que no están orgánicamente incluidos en el Sistema ARCU-SUR pero que han avanzado con esta experiencia en la adopción de mecanismos, procedimientos y documentos comunes o complementarios de manera de ampliar el impacto de las acciones de acreditación y de reconocimiento recíproco en la región del Sur.

2.3.6. Propósitos de la acreditación.

Entre los propósitos de las acciones de evaluación y acreditación, tanto de las agencias como de los programas y carreras, se señalaron los siguientes:

- Dar fe pública de la calidad de los programas.
- Certificar y asegurar la calidad de la formación.
- Elevar la calidad de los programas.
- Legitimar los procesos de acreditación.

2.3.7. Metodología.

Se observa la similitud de los procedimientos que han definido las agencias y comisiones de acreditación para los procesos en los diferentes países:

- Autoevaluación
- Visitas externas de comités de pares
- Planes de mejora.

2.3.8. Definición de las normas.

Las normas para la acreditación, también denominadas alternativamente estándares o criterios para la acreditación, son definidas por:

- Asociaciones de decanos o de facultades y escuelas de medicina.
- Comisiones consultivas o de asesores de las agencias.
- Guías de buenas prácticas como la desarrollada por la red mundial de agencias denominada *Internacional Network Quality Assurance in Higher Education (INQAAHE)*, y Según los resultados de la encuesta, no está suficientemente desarrollada todavía la relación de trabajo de las agencias con los ministerios de salud, para definir aspectos puntuales como la definición del perfil del médico que necesitan los países para encarar las necesidades de salud en las acciones sanitarias de los países.

2.3.9. Aplicación de las normas.

Las agencias o comisiones ministeriales encargadas de la legislación para llevar adelante los procesos de acreditación y aplicar la normativa pueden ser:

- Una sola agencia gubernamental que define procedimientos e instrumentos para cada disciplina - Argentina, Paraguay, Brasil, Chile, hasta la ley del 2007.
- Agencias por cada rama o disciplina autorizadas por los procedimientos que define cada país - México, Chile.

2.3.10. Beneficios de la acreditación.

Los beneficios de la acreditación para la formación de los médicos que se señalaron fueron los siguientes:

- Reconocimiento público de la calidad.
- Extensión a otros programas institucionales.
- Utilización de los servicios de salud para fines educativos, sólo en el caso de que los programas estuviesen acreditados.

- Algunos ministerios de educación como los de Argentina y Chile, subsidian los planes que presentan las carreras para lograr la mejora.

- Becas gubernamentales.
- Prioridad para las políticas públicas
- Asignación de puntaje adicional a los egresados.

2.3.11. Financiamiento.

En la mayor parte de los países, la acreditación se realiza con fondos gubernamentales y en algunos casos está a cargo de las instituciones universitarias.

2.3.12. Avances y dificultades de la acreditación.

La información volcada en las encuestas y sintetizada aquí revela un notable avance en las acciones de acreditación en los países encuestados, dado el corto plazo transcurrido desde el inicio y el trabajo que demanda la instalación y el reconocimiento de su necesidad y legitimidad.

Este reconocimiento no impide señalar que se han detectado también algunas dificultades tales como:

- Procedimientos demasiado minuciosos
- Muchas variables e indicadores para considerar
- Base de datos insuficientes o no disponibles.
- Falta de programas de fomento, demoras, y altos costos.

2.3.13. Desafíos a enfrentar.

El análisis de las dificultades y los avances permite señalar algunos desafíos para la continuidad y profundización de las acciones. Ellos son:

- Mejorar la efectividad y eficiencia del sistema.
- Relacionar la acreditación o reválida de los títulos para el ejercicio profesional en otro país; evaluar el impacto de la acreditación.
- Realizar encuentros regionales, internacionales e interinstitucionales que permita comparar las experiencias.
- Sistematizar la información disponible y compartir la que se convenga.
- Validar nuevos estándares para la acreditación.
- Disminuir el protagonismo de los hospitales como únicos centros docentes de práctica.

2.3.14. Programa docente asistencial en APS para el pregrado en Medicina.

La exposición extra-muros hospitalarios de los alumnos de medicina debería, idealmente, ocurrir en un programa docente-asistencial con integración horizontal y vertical (Conill 2007) de los distintos niveles opuntos del sistema de salud, con base territorial claramente definida. Esta configuración ideal debería partir de la creación de distritos docente-asistenciales caracterizados por un área geográfica

definida, cuya población podría estar adscrita territorialmente a una red de distintos servicios de APS, integrados horizontalmente a la red intersectorial local de servicios públicos y comunitarios. Esa red de servicios de APS tendría como soporte asistencial una red de servicios de nivel secundario (soporte diagnóstico, centros de rehabilitación, centros médicos de especialidades focales, entre otros) y un hospital de nivel secundario/terciario, configurando un sistema local de salud que posibilitaría el acceso universal e integral a la población adscrita al distrito asistencial. A fin de configurar este distrito como un distrito docente-asistencial sería necesario que la o las Facultades de Enfermería y Medicina se integrasen a la asistencia en sus distintos puntos o niveles, con presencia de alumnos y docentes en toda la red asistencial, tanto de nivel primario, como secundario y terciario, además de las actividades extra-muros en los equipamientos comunitarios o en la red intersectorial. La integración posibilitaría al alumno una visión del sistema como un todo, comprendiendo el flujo que los usuarios realizan para atender sus necesidades en salud. Los propios alumnos serían como un anillo en la cadena de intervenciones necesarias para mejorar la integración entre los distintos niveles asistenciales. De esta forma, se posibilitaría la interacción activa del alumno con la población y con los profesionales de salud de forma continua desde el comienzo del proceso de formación, favoreciendo al alumno el trabajo sobre problemas reales, asumiendo responsabilidades crecientes como agente prestador de cuidados, compatibles siempre con su grado progresivo de autonomía. En este escenario, el tutor, un profesional médico del sistema de servicios de salud, juega un papel muy importante como enlace en el desarrollo del razonamiento clínico de los estudiantes a través de diversas estrategias de enseñanza (Trejo-Mejía 2002). Los tutores deben ser profesionales de la red asistencial calificados y dispuestos a participar del proceso de enseñanza de pregrado, lo que demanda tiempo y compromiso.

Para tornar efectivas las relaciones entre la enseñanza y la práctica asistencial de los servicios sanitarios (Campos 2005) es necesario que haya una contratación

clara de responsabilidades con la red pública de servicios sanitarios (proyectos de integración, contratos, convenios, etc.). Sin embargo, esta situación no es uniforme entre los países de América Latina. La creación de la infraestructura básica para la enseñanza en APS necesita inversión ya que los locales donde actualmente trabajan los equipos no están necesariamente preparados para recibir un grupo de alumnos, aunque este sea pequeño. Es importante que las universidades, en conjunto con los Ministerios y las Secretarías Provinciales/Municipales de Salud y Educación, elaboren proyectos para adaptar estos espacios para la enseñanza. Otras medidas de valor para el establecimiento de esta cooperación universidad-red pública de servicios asistenciales en salud son (Campos 2005):

- Asociación estrecha entre el profesorado universitario, la gestión local y los equipos de salud (reuniones, discusiones, planificación conjunta, etc.) en todos los locales donde ocurran las prácticas. Además del contrato general con el gestor municipal, es importante que cada docente universitario con sus alumnos realicen un contrato verbal . explicitación del proyecto de enseñanza y asunción de compromisos compartidos - con el dirigente local y con el equipo junto al cual las prácticas tendrán lugar.
- Diseño de prácticas que valoricen el contacto horizontal propiciando la construcción de vínculos, tanto con el usuario/población como con los equipos, favoreciendo la construcción de una identidad profesional apta para este tipo de trabajo.
- Elaboración de una red de cooperación entre hospital universitario y red de APS, respetando las directrices de regionalización existentes, y el rol de coordinación de la APS frente a la red de servicios.

- Montaje de dispositivos de desarrollo docente con apoyo institucional, objetivando la educación continúa de los docentes universitarios y de los tutores de la red asistencial, por medio de discusión de temas teóricos, casos clínicos y problemas originados en la propia experiencia de los alumnos y en otras experiencias análogas. Estas discusiones y actividades, idealmente, deberían promover la integración vertical entre distintos niveles asistenciales y distintos docentes implicados en las más variadas especialidades médicas focales y de medicina familiar, así como entre docentes y alumnos de otras profesiones del área de salud, como la de enfermería.
- Definición de un grupo docente compuesto por profesores universitarios y tutores, profesionales de la red de servicios de salud, con formación, especialización, en Medicina de Familia.
- Apoyar a los docentes, profesores universitarios y tutores, y alumnos para que la red de APS se constituya en un campo de investigación y producción de conocimiento, siempre que sea posible y conveniente, implicando múltiples profesionales de la red de servicios de salud local.

De las consideraciones anteriores emerge el formato ideal de la integración docente asistencial. En esta propuesta de integración, las escuelas de medicina estarían plenamente integradas con la asistencia universal e integral de la población, con base en servicios de atención primaria de salud que deberían presentar las siguientes características (Campos 1999):

1) En relación a los escenarios de aprendizaje:

Servicios de APS propios o conveniados junto al gestor de salud del municipio / provincia completamente integrados a la red de APS, con soporte de nivel secundario y terciario, incluyendo la posibilidad de hospitalización de los usuarios,

a partir de las unidades de APS. Desarrollo de mecanismos institucionales de referencia y contra-referencia entre la red de atención, bajo coordinación de los servicios de atención primaria. Amplia participación clínica y comunitaria del alumno, siempre con orientación de los profesores, docentes universitarios o tutores, en Unidades de APS adaptadas y adecuadas a la enseñanza.

Actividades extra-muros en centros comunitarios, escuelas y otros equipos sociales a lo largo de toda la carrera, con grados crecientes de complejidad, con foco principal en los determinantes socioeconómicos del proceso salud-enfermedad. Durante los primeros años de graduación, se proponen actividades extramuros multiprofesionales con experiencias de integración horizontal enfatizando la problemática biopsicosocial del proceso salud-enfermedad, con participación de docentes universitarios de las áreas básicas y clínicas.

2) En relación al currículo:

Currículo integrado, sin disciplinas aisladas, con los contenidos organizados en módulos, sin la precedencia cronológica del ciclo básico. Los temas deben ser abordados de modo que las áreas básicas funcionen como base efectiva y de referencia para la búsqueda de los conocimientos para la solución de problemas clínicos reales y para el enfrentamiento intersectorial de los determinantes del proceso salud-enfermedad.

El área de conocimiento de medicina de familia y las actividades de APS deben ser incluidos de forma longitudinal en la enseñanza de grado desde el inicio del curso, con énfasis en la práctica clínica en APS desde el primer contacto con la red asistencial, a fin de cautivar el interés clínico del alumno. En México, las modalidades educativas incorporadas a los planes de estudio que se relacionan con los contenidos de la medicina de familia son materia obligatoria en el pregrado con 25.8% de la carga horaria; materia de libre elección en el pregrado con 6.5%

de la carga horaria; incorporación del internado rotatorio en medicina familiar en el pregrado con 45.2% de la carga horaria del internado (Ortega 2002). Las escuelas universitarias deberían definir las oportunidades de aprendizaje de acuerdo con la importancia de los factores determinantes de la salud. Para ello, desarrollarían una fuerte interacción con los servicios de salud y servicios sociales o comunitarios, enfocando articuladamente aspectos relativos a la promoción de la salud, prevención y curación de enfermedades.

3) En relación a la orientación de los alumnos:

Aprendizaje activo con orientación tutorial continúa, desarrollándose en múltiples escenarios y utilizando múltiples fuentes de conocimiento, como bibliotecas, comunidad, laboratorios de simulación, servicios de procesamiento de informaciones de salud, etc. Evaluación formativa y sumativa de todos los aspectos de la formación del estudiante: conocimientos, actitudes y habilidades. Procesos de sensibilización y capacitación de los docentes en la enseñanza de la atención primaria deben ser desarrollados en las universidades alcanzando tanto a los profesores universitarios, como a los profesionales . tutores - de la red de atención primaria que actúan en la supervisión de los alumnos, dado que las deficiencias en la supervisión han sido señaladas como problemas centrales en la integración docente asistencial (Pinto 2007, Goic 2003). Los atributos de un buen tutor de medicina de familia y comunidad comprenden: buenas habilidades de comunicación interpersonal, credibilidad profesional, sólida base de conocimiento clínico, capacidad de compromiso mutuo, capacidad de acercamiento y mantenimiento de la relación profesor-alumno aún fuera de la escuela. El tutor debe ser amigable, buen modelo de médico, tener auto-confianza, ser clínicamente hábil, entusiasta, mostrar respeto hacia los demás y ser promotor del aprendizaje autodirigido (Trejo-Mejía 2002).

4) En relación a la investigación académica:

Las escuelas médicas que, además de las investigaciones en la temática biológica, de atención hospitalaria y de desarrollo de tecnología de alta densidad, desarrollan investigaciones en el área de conocimiento de la APS, contribuyen para que sea posible la toma de decisiones con base en información relevante y el establecimiento de mejores prácticas tanto relacionadas a la enseñanza, como con la oferta de atención sanitaria universal e integral a la población.

i) El Formato del Internado en Medicina de Familia

En los primeros años de la carrera universitaria, las prácticas formativas en la red de APS se dirigirían para el campo clínico de la medicina de familia y para los conceptos y actividades del área de salud pública relacionadas a la APS. A partir del cuarto año y en el internado, sin embargo, se recomienda un mayor énfasis en las prácticas clínicas en la red de APS. La enseñanza de la medicina familiar depende de la práctica clínica que acontece en los centros de APS. En esta situación es importante que los profesores de medicina de familia se acerquen a los servicios de atención primaria de la red asistencial, buscando articular la enseñanza práctica con la lógica de funcionamiento del modelo de atención de la red de APS; operando con agentes de salud, haciendo discusión de casos en equipo interdisciplinar, visita domiciliaria, educación en salud, elaboración de proyectos terapéuticos integrados y de proyectos de intervención colectiva sobre la población, el territorio y los determinantes sociales del proceso salud-enfermedad.

El formato de internado más adecuado parece ser el que contiene actividades prácticas en los servicios de APS que tengan médicos de familia como tutores y en el cual el alumno pueda vivenciar, en turno integral durante 8 a 12 semanas, todas las actividades desarrolladas como consultas, visitas domiciliares,

actividades de educación en salud y contacto con el equipo multiprofesional, con mayor énfasis en las actividades clínicas. El internado debe ser integrado como obligatorio en la currícula tanto como los internados de otras grandes áreas de la medicina (pediatría, ginecología, obstetricia, clínica médica y cirugía general). Es importante que el internado, además de las actividades prácticas, tenga también discusiones de temas relacionados con la APS de forma científica (discusión de casos clínicos, seminarios) para reforzar la base teórica sobre esta área del conocimiento, pero ocupando pequeña carga horaria frente a las actividades prácticas.

ii) Existencia de Departamentos de Medicina de Familia

Como afirma Tomás Pantoja (2003), durante los últimos 50 años la Medicina Familiar y Comunitaria se ha establecido no sólo como una parte fundamental de muchos sistemas de salud - por ser la especialidad médica caracterizada por la integralidad y por ser la ideal para la configuración de equipos de APS - sino también como una disciplina académica con currículo propio y como áreas de conocimiento con el desarrollo de investigaciones y de publicaciones periódicas. El proceso de desarrollo y reconocimiento de esta disciplina ha estado íntimamente ligado al ejercicio profesional de los médicos de familia en los sistemas de salud, a partir del cual se ha avanzado en la teorización y posterior institucionalización en las entidades académicas (Tomás Pantoja 2003).

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 (Anderson 2004). 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 (Polo 1995). 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 (Ortega 2002). La conclusión a que llegan Haq y colaboradores (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. La existencia de recursos financieros gubernamentales para el desarrollo de estos departamentos y de los cambios curriculares en la enseñanza médica que favorezcan la formación de profesionales preparados para responder a las necesidades de las comunidades y del sistema de salud de cada país, colaborarían fuertemente en el aumento del número de estudiantes que eligen la especialidad de medicina de familia (Rosenblatt 1993).

iii) Tutorías: cómo atraer profesionales de la red para realizar tutorías en medicina de familia

Según Ostergaard (2003), 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 (Ostergaard 2003). El tutor debe servir como modelo en su actividad clínica, como definido en el apartado anterior, en el trato con los pacientes, en su actitud ética ante la medicina y la tecnología y hacia sus propios colegas (Trejo-Mejía 2002). Los profesionales de la red asistencial deben ser

estimulados a participar del proceso de entrenamiento de los alumnos. Para alcanzar este fin, se necesitan algunas adaptaciones en la dinámica de trabajo y una definición clara de las tareas de enseñanza que deben ser agregadas a la rutina asistencial.

Diferentes formas de incentivo pueden ser propuestas para los profesionales de la red que desarrollen actividades de enseñanza tutorial. Algunos estudios demuestran que se necesita dedicar cerca de 73 minutos por día de trabajo del profesional asistencial, el tutor, a cada alumno. Esto genera una reducción en el número de consultas ofrecidas a la población por día de trabajo (Doyle GA 1997). Una diferenciación en la carga horaria de consultas y/o reducción en la relación médico/población adscrita, pueden proporcionar los momentos adecuados para la enseñanza y constituyen una forma de incentivar a los profesionales de la red asistencial en APS a la adhesión a este proceso. Otra forma de incentivo es ofertar a los tutores oportunidades de participación en actividades de educación continua y capacitaciones para la función de tutoría. Así como ofrecer posibilidades de participación en eventos científicos que sirvan como práctica de actualización científica en medicina de familia y atención primaria, propiciando el intercambio de ideas, proyectos y experiencias de buenas prácticas. Se abre, también, la posibilidad para que estas actividades sean valoradas en la revalidación/certificación del diploma de especialidad en medicina familiar en los países que ya poseen este sistema.

Además, los gobiernos y las instituciones de enseñanza deben crear incentivos, individuales e institucionales, para la participación en el programa de tutoría: creación de convenios entre la Universidad y las Unidades de APS y/o Municipio; acreditación de los establecimientos de salud como unidades de docencia; reconocimiento formal de los profesionales que coordinen u orienten las actividades prácticas; ofrecimiento de equipamientos para la práctica clínica

individual y colectiva; y, por último, pero fundamental, la oferta de becas o gratificaciones financieras para los tutores implicados.

iv) Incentivos Necesarios para la Reorientación Curricular en Medicina hacia la Medicina de Familia y la Atención Primaria de Salud

En las 3 Cumbres Ibero-americanas de Medicina de Familia, realizadas en Sevilla, 2002, Santiago de Chile, 2005, y Fortaleza, 2006, se identificaron varias propuestas para auxiliar en el desarrollo de la graduación médica:

- La constitución de un Task Force Iberoamericano para el desarrollo de la Medicina Familiar académica es un instrumento esencial para profundizar los cambios de orientación, organización y contenidos de los currículos de las Facultades de Medicina.
- La necesidad de 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 de 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 y Comunitaria 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 de 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. (24)

2.4. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)

La OMS es la autoridad directiva y coordinadora de la acción sanitaria en el sistema de las Naciones Unidas.

Es la responsable de desempeñar una función de liderazgo en los asuntos sanitarios mundiales, configurar la agenda de las investigaciones en salud, establecer normas, articular opciones de política basadas en la evidencia, prestar apoyo técnico a los países y vigilar las tendencias sanitarias mundiales.

En el siglo XXI, la salud es una responsabilidad compartida, que exige el acceso equitativo a la atención sanitaria y la defensa colectiva frente a amenazas transnacionales+(25).

2.5. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS)

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) es un organismo internacional de salud pública con 100 años de experiencia dedicados a mejorar la salud y las condiciones de vida de los pueblos de las Américas. Goza de reconocimiento internacional como parte del Sistema de las Naciones Unidas, y actúa como Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. Dentro del Sistema Interamericano, es el organismo especializado en salud.

La OPS promueve la estrategia de atención primaria de la salud como una manera de extender los servicios de salud a la comunidad y aumentar la eficiencia en el uso de los escasos recursos. Colabora con los países en la lucha contra enfermedades que han reaparecido, tales como el cólera, el dengue y la tuberculosis, y enfermedades nuevas como la epidemia del sida que se está propagando. Para ello presta cooperación técnica que incluye actividades educativas y de apoyo a la comunicación social, al tiempo que promueve el trabajo con organizaciones no gubernamentales y respalda los programas de prevención de enfermedades transmisibles. La Organización también participa en la prevención de enfermedades crónicas como la diabetes y el cáncer, que afectan cada vez más a la población de los países en desarrollo en las Américas.

En sus esfuerzos por mejorar la salud, la OPS orienta sus actividades hacia los grupos más vulnerables, incluidos las madres y los niños, los trabajadores, los pobres, los ancianos, y los refugiados y personas desplazadas. Su interés se concentra en los temas relacionados con la equidad para quienes carecen de recursos para acceder a la atención de salud, y en un enfoque panamericano que fomenta el trabajo conjunto de los países sobre asuntos comunes+(26).

2.6. CURRÍCULO

Se refiere al conjunto de competencias básicas, objetivos, contenidos, criterios metodológicos y de evaluación que los estudiantes deben alcanzar en un determinado nivel educativo.

De modo general, el curriculum responde a las preguntas ¿qué enseñar?, ¿cómo enseñar?, ¿cuándo enseñar? y ¿qué, cómo y cuándo evaluar? El currículo, en el sentido educativo, es el diseño que permite planificar las actividades académicas+(27).

2.6.1. Formación de un Currículo.

La Oficina Internacional de Educación (OIE) hace hincapié en el rol fundamental de los procesos de desarrollo curricular de alta calidad como una manera de fomentar y mejorar la excelencia, relevancia y equidad de la educación.

Dada la complejidad del mundo cambiante de hoy en día, los enfoques contemporáneos del desarrollo curricular exceden por lejos la comprensión tradicional de los currículos como meros planes de estudio o listados con contenidos preescritos. De hecho, comúnmente se acepta la idea de que, para fomentar el aprendizaje de manera efectiva, el contenido, las estructuras y los métodos educativos necesitan ser permanentemente ajustados a los cambios que se generan en la ciencia, tecnología, cultura, economía y vida social.

Las autoridades de Educación Nacional de todo el mundo se interesan cada vez más en el desafío de mejorar la calidad de los resultados de aprendizaje a través de reformas curriculares, y los currículos deben responder a las nuevas demandas mediante la provisión de habilidades y la construcción de competencias relevantes tanto para las necesidades locales como para las globales. Pese a las diferencias existentes entre los enfoques, las autoridades suelen buscar nuevas soluciones para mejorar la calidad de los resultados de aprendizaje sobre la base de ofertas curriculares que contemplen diversidad de criterios.

Debido al incremento en el acceso a comparaciones internacionales en educación, los países también se encuentran interesados en mejorar sus sistemas educativos y sus currículos, adoptando como referencia "buenas" prácticas y políticas, así como "estándares" internacionales para alcanzar los desafíos y las oportunidades que plantea la sociedad del conocimiento y un mundo cada vez más interdependiente. En general, existe una necesidad de incrementar los

intercambios de experiencias, aprendiendo tanto de los éxitos como de los fracasos, y sacando provecho de las experiencias y tradiciones locales.

Entre estos desafíos, la OIE ha identificado ciertas necesidades específicas y relevantes en los procesos actuales de desarrollo curricular tales como las soluciones para luchar contra la pobreza y la exclusión social, promoviendo la cohesión social o la educación para el desarrollo sustentable+(28).

2.6.2. Currículo de medicina de la Universidad del CES Medellín Ë Colombia.

Durante la última década se han generado numerosos cambios en el sistema de atención en salud, debido a la demanda de los diferentes actores del sector, puesto que existe una población con envejecimiento progresivo, las enfermedades crónicas están en aumento, la asistencia y cuidados domiciliarios toman mayor auge, llevando a la necesidad de ofrecer servicios de mayor calidad, con un equipo interdisciplinario altamente calificado que desarrolle una adecuada relación con el usuario, un abordaje psicosocial enfatizado en las necesidades individuales y colectivas y así lograr una óptima atención.

Todos estos aspectos han justificado la necesidad de aplicar en los diferentes currículos de medicina la educación en Atención Primaria en Salud. Así mismo, %a experiencia de otros países durante los últimos veinte años nos permite deshacer algunos de los %mitos+ que se relacionan con la educación médica de pregrado en la APS. Así:

- La enseñanza en la comunidad no es más cara que en los hospitales.
- En AP se pueden aprender, no sólo habilidades de comunicación, prevención o promoción de la salud, sino habilidades clínicas, tanto de anamnesis como de exploración clínica. Muchas de las habilidades son adquiridas con igual éxito tanto en el hospital como en AP. Otras son más fácilment adquiridas en alguno de los dos ámbitos.

· En aquellos países donde, como en los EE.UU., existe un interés institucional en fomentar la elección de especialidades ~~de~~ generalistas+ entre los estudiantes que acceden a los programas de especialización de postgrado, la AP en el pregrado se ha revelado como un medio idóneo de lograr ese objetivo institucional. En EE.UU. existen, al menos, cuatro iniciativas de ámbito nacional (*Generalist Curriculum Project de la Health Resources and Services Administration; Generalist Physician Initiative Robert Wood Johnson Foundation, Pew Charitable Trusts y WK Kellogs Foundation*) que proporcionan recursos para desarrollar currículos universitarios basados en C-B.T.

1. · La AP no sólo es útil para alumnos que deben o desean ser médicos de familia. También ha demostrado su utilidad para contribuir en la formación de otros especialistas médicos (pediatras, cirujanos, psiquiatras, etc.), así como en la de otras profesiones sanitarias, como odontólogos o enfermeras+ (29)

Abrir hipervínculo, para ver el archivo adjunto.

[PENSUM 2010.pdf](#)

2.7. COMPETENCIAS

2.7.1. Competencias en medicina.

Las competencias profesionales de los médicos generales son un tema central dentro de la educación médica debido a que son la base para el desarrollo de planes de estudio vigentes en varias universidades y que contribuyen a la inminente globalización de esta profesión, lo que obliga a que los estándares y los requerimientos de los médicos deban ser similares en todo el mundo. El proceso de formación de los médicos es largo y complejo. En su parte medular, implica la asimilación por parte del estudiante de conocimientos científicos, habilidades,

actitudes y valores. Además del adiestramiento multidisciplinario requerido y de las competencias clínicas, la formación debe contemplar ciertas estrategias, bajo la guía y supervisión de un conjunto de profesores experimentados para que el estudiante adquiriera, de manera progresiva, la capacidad de solucionar problemas de forma independiente de acuerdo con los perfiles de licenciado y profesional para un desempeño exitoso en la sociedad contemporánea+(30).

El profesional de medicina debe ser formado para enfrentar los problemas de salud del Ciclo Vital (embarazo, nacimiento, infancia, adolescencia, edad adulta y tercera edad), para enfrentar los problemas de salud generales de los pacientes en la Atención Primaria de la Salud, de igual manera debe poseer un enorme potencial de acción para comprender la diversidad del ser humano, la capacidad para observar e imaginar y así mismo poder curar y la facultad para orientar y acompañar a los individuos y colectivos a través de la enseñanza de nuevas actitudes y comportamientos (31).

2.7.2. Definición de competencias para los equipos de APS.

¿Por qué las competencias?

Los cambios sistémicos realizados en los servicios de salud han implicado profundas transformaciones en los modelos y prácticas de gestión y en los modelos de atención que necesariamente modificaron el panorama laboral.

Desde el punto de vista de los requerimientos de desempeño, en los diversos niveles de decisión y atención, se han generado nuevas competencias.

Uno de los elementos definitorios de una perspectiva de la educación permanente es la orientación programática hacia y desde el trabajo cotidiano, la programación

desde la realidad laboral de la atención de la salud y la orientación a la mejora del desempeño utilizando como mediación el enfoque de competencias laborales.

Las competencias constituyen en la actualidad una conceptualización y un modo de operar en la gestión de recursos humanos que permite una mejor articulación entre gestión, trabajo y educación.

Las competencias tienen que ver en este caso con una combinación integrada de conocimientos, habilidades y actitudes conducentes a un desempeño adecuado y oportuno en diversos contextos. (32)

Concepto de competencias. La definición de competencias se considera un requisito indispensable para lograr el mejor desempeño del trabajo en los diferentes contextos laborales. (33)

Del análisis de la bibliografía consultada se desprende que las competencias son características (conocimientos, habilidades y actitudes) de las personas, que se ponen de manifiesto cuando ejecutan una tarea o realizan un trabajo y están relacionadas con el desempeño exitoso en una actividad, laboral o de otra índole. (34) (35) (36) (37) (38) (39) (40) (41) (42)

El desempeño exitoso y las buenas prácticas son comportamientos observables si se actúa con competencia, para lo que es necesario tener conocimientos (saber), habilidad para poner en práctica los conocimientos (saber hacer), estar motivado y tener actitud (querer hacer) y disponer de los medios y recursos necesarios (poder hacer).

Clasificación de las competencias:

“ Genéricas

“ Específicas

“ Humanísticas

Competencias genéricas. Su existencia es fundamental para el adecuado cumplimiento o desarrollo de las tareas del equipo, son **comunes y compartidas** a todos los miembros del equipo y son las que permiten que los profesionales se adapten a nuevas condiciones de trabajo, se mantengan actualizados y superen los problemas que deben enfrentar en sus respectivos puestos de trabajo. (43) (44) (45) (46)

Dentro de las competencias genéricas abordaremos: la comunicación, el manejo de la información, la gestión de los recursos y la salud pública.

COMUNICACIÓN. La comunicación es considerada la principal herramienta en el trabajo de los integrantes del equipo de APS tanto para la correcta relación con los pacientes, como para interactuar con la comunidad, los niveles políticos y gerenciales, entre niveles de atención y entre los propios miembros del equipo.

La comunicación habitual en el primer nivel de atención, se produce en la consulta donde se atienden personas con problemas de salud poco definidos, en estadios precoces de su historia natural, por lo que debe existir una capacidad de razonamiento adecuado para distinguir aquellas situaciones más complejas de gravedad, elaborando una orientación diagnóstica más concreta, a partir de una queja muy indefinida.

La comunicación eficaz es esencial para realizar una prestación de servicios de salud de alta calidad porque mejoran:

Actuar

- Conocimientos
- Habilidades

- Saber
- Actitudes Querer Poder Recursos disponibles

Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud:

- “ La satisfacción del individuo.
- “ Su comprensión
- “ Su adherencia terapéutica
- “ La comunicación es un mecanismo para interactuar con la comunidad, además facilita la participación comunitaria
- “ Resolución de conflictos entre los miembros del equipo
- “ Los resultados de salud en términos generales de la asistencia.

En otros aspectos, la comunicación entre los miembros del equipo y el individuo es un elemento que ayuda al alcance del desempeño.

MANEJO DE LA INFORMACIÓN. Los sistemas de información de salud responden a la necesidad de establecer un sistema de evaluación del estado de salud de la población y de las actividades de promoción, prevención y de asistencia sanitaria. (47) La OMS en 1973 lo definió como un mecanismo para la recogida, procesamiento, análisis y transmisión de la información que se requiere para la organización y el funcionamiento de los servicios sanitarios y también para la investigación y la docencia. (48)

Utilidad de la información en APS:

- “ Atención clínica individual/de grupos
- “ Planificación
- “ Gestión de centros y servicios
- “ Evaluación y control de la calidad
- “ Formación
- “ Investigación

“ Requerimientos legales

La información necesaria se puede clasificar en tres tipos, clínico, epidemiológico y administrativa.

Información Clínica. Para que la información permita identificar grupos de riesgos y facilite la toma de decisiones clínicas se requieren algunos documentos básicos: la historia clínica, el registro de morbilidad y las hojas de consulta. Esto no significa que sean los únicos, ya que existen otros que también se utilizan con frecuencia en la APS y que complementan de alguna forma los anteriores (hojas de interconsultas-derivación al nivel secundario de atención, atención domiciliaria, utilización de pruebas diagnósticas, entre otras). (49) El manejo de información requiere ciertas habilidades, como la de conocer los sistemas de información de salud, y más específicamente el manejo de registros e indicadores ya sea para la toma de decisiones o para investigación. (50)

Información epidemiológica. Existen cuatro aplicaciones fundamentales de la Epidemiología en APS: (a) analizar la situación de salud de la comunidad, (b) investigar los factores de riesgo de una enfermedad, (c) evaluar la efectividad de las intervenciones sanitarias y (d) evaluar la utilidad de las pruebas diagnósticas. (51) (52)

El Análisis de la Situación de Salud (ASIS) se cataloga como la primera actividad que debe realizar el equipo de APS en la comunidad, con el objetivo de medir el estado salud de su población, identificar los problemas de salud y cuales son los grupos de población más afectado para posteriormente plantear un plan de acción que permita actuar según prioridades. (53)

Información administrativa. La información administrativa esta relacionada con la planificación, el suministro de los servicios de salud, la evaluación de los servicios respecto a las poblaciones a los que van dirigidos y el conocimiento

básico en que descansa la mejora de la provisión sanitaria. Las funciones administrativas tradicionales requieren de la obtención y transferencia de información para seguir la evolución de los procesos de prestación de los servicios de salud. (54)

GESTIÓN DE RECURSOS. La gestión de recursos tiene que ver con las habilidades para poder hacer una evaluación del problema específico que los equipos enfrentan y poder determinar de forma racional cuales son los recursos que se van a necesitar para proporcionar la respuesta adecuada, incluyendo recursos del primer nivel, de otros niveles de salud o incluso de otros sectores, como puede ser por ejemplo el social. Se determinan a partir del ASIS y la priorización de problemas.

SALUD PÚBLICA Y SUS FUNCIONES ESENCIALES. La salud pública es el componente de los sistemas de salud que persigue mejorar, proteger o mantener la salud de las poblaciones. Para fortalecer la salud pública se debe profundizar en la coherencia de sus objetivos, así como apoyarse en un conjunto de profesionales que demuestren una suficiencia en el ejercicio de las competencias necesarias para la realización de las funciones esenciales de salud pública (FESP). (55)

Funciones esenciales de Salud Pública:

1. Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud.
2. Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños a la salud pública.
3. Promoción de la salud.
4. Participación de los ciudadanos en la salud.
5. Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en materia de salud pública.

6. Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en materia de salud pública.
7. Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios.
8. Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública.
9. Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos.
10. Investigación en salud pública.
11. Reducción de impacto de las emergencias y desastres en salud

Las FESP son las competencias preeminentes de la Autoridad Sanitaria nacional (ASN) en materia de salud pública.

Los equipos de APS son parte de la ASN en los niveles locales, por lo que deben de tener conocimientos sobre el contenido de las FESP, asumir la responsabilidad en la conducción la prevención y promoción, garantizando el acceso, la calidad y orientación de los servicios de salud individuales y colectivos. (56). La identificación de las competencias, requieren de un marco referencial dado por una clasificación, que permita de manera funcional dar el paso de las FESP a las competencias, una clasificación propuesta:

Competencia básica. Es aquella que proporciona la comprensión fundamental de lo que es y para qué es la salud pública. Deben dominarla todos los trabajadores de la salud pública.

Competencia Transversal. Es la que aporta conocimientos generales y específicos, aptitudes y destrezas en áreas que permitan el desempeño de una o más funciones. Deben dominarla varias categorías de profesionales y técnicos de la salud pública, según la responsabilidad de cada uno.

Competencia crítica. Es la que proporciona conocimientos técnicos, aptitudes y destrezas necesarias para desempeñarse en el cumplimiento de una función esencial, programa o área determinada de aplicación. Se estructura a partir de las dos categorías anteriores. Deben dominarla determinados equipos de trabajo, responsables de determinada función esencial. El desempeño satisfactorio de una o más funciones esenciales se basa en el dominio de la combinación de las tres categorías de competencias. (56)

Competencias específicas. Las competencias específicas son propias de las funciones que debe realizar una unidad organizativa como los equipos de APS, ligadas a los procesos y aportaciones individuales y colectivas dependientes de los conocimientos y habilidades. Son inherentes a cada profesión y predominan los aspectos técnicos. (57) (58)

Competencia humanística. La competencia humanística se refiere al conjunto de valores éticos que se forman en el profesional para el uso y aplicación de los conocimientos adquiridos. Esta relacionada con el ejercicio profesional y su responsabilidad social ante la comunidad (ética profesional). (59)

Matriz de competencias para los equipos de APS. La renovación de la APS propone como mecanismo fundamental para la reorientación de los Sistemas de Salud que estos estén basados en la APS, fundamentados en valores, guiados por unos principios propios y conformados por un conjunto de elementos esenciales. Los valores esenciales del Sistema de Salud deben de ser reflejo de los valores de la sociedad en general como son:

- “ El derecho al nivel de salud más alto posible
- “ La equidad en salud.
- “ La solidaridad.

Estos valores son los que deben de determinar las motivaciones y aptitudes que deben de ser propias de los equipos de APS y que son necesarias junto con los conocimientos y habilidades para lograr un desempeño exitoso.

Los elementos se entrelazan entre si formando parte de todos los niveles de atención y gerenciales del Sistema de Salud. Estos elementos, definidos en el documento de posición de la OPS sobre la renovación de la APS, han supuesto el punto de partida en la elaboración de la matriz de competencias para los equipos de APS.

“ Para cada uno de los elementos se ha identificado la función más sustancial a desarrollar por los equipos.

“ Para cada función se han definido competencias (conocimientos y habilidades) específicas que permitan el mejor desempeño en el ejercicio de la función.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Identificar las competencias que deben desarrollar los estudiantes de medicina de la Universidad CES durante su recorrido curricular que respondan a las exigencias de formación planteadas en la estrategia APS, con el fin de proponer alternativas que impacten en su mejor formación.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir como la estrategia de la APS como componente fundamental en la Educación para la Salud se integra al modelo pedagógico del CES.
- Analizar debilidades y fortalezas del currículo del programa de Medicina del CES con relación a la estrategia de la APS.
- Desarrollar recomendaciones para iniciar procesos de cambio en la formación de los profesionales de medicina del CES.

4. APROXIMACIÓN METODOLÓGICA

4.1. DEFINICIÓN DEL MÉTODO

Por medio de una descripción cualitativa, luego de la revisión documental y de entrevistas con los docentes y estudiantes del programa, se proporcionarán recomendaciones acerca de la integración que tiene el currículo del programa de Medicina del CES con la estrategia de APS y la formación de sus profesionales.

4.2. TIPO DE ESTUDIO

Sistematización de la experiencia del análisis del currículo del programa de Medicina de la Universidad CES.

4.3. POBLACIÓN DE REFERENCIA

Encuestas a los estudiantes y docentes de 9 y 10 semestre del programa de Medicina.

Currículo de Medicina.

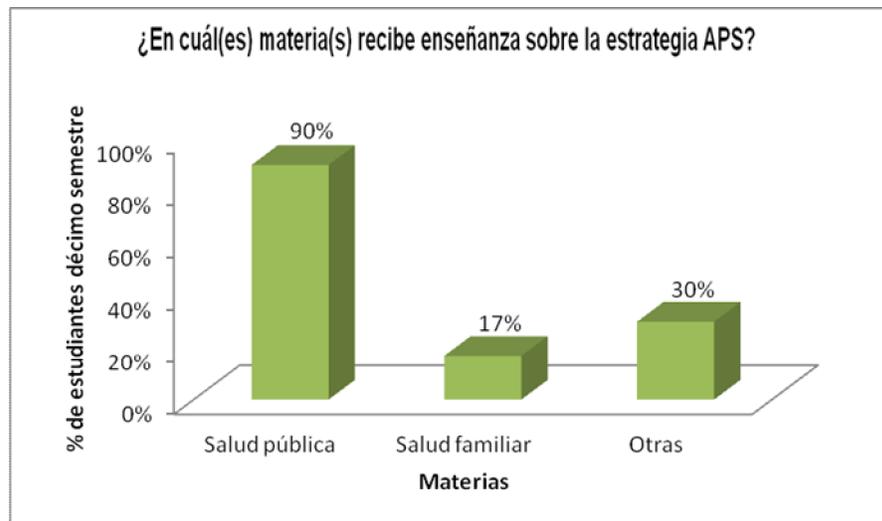
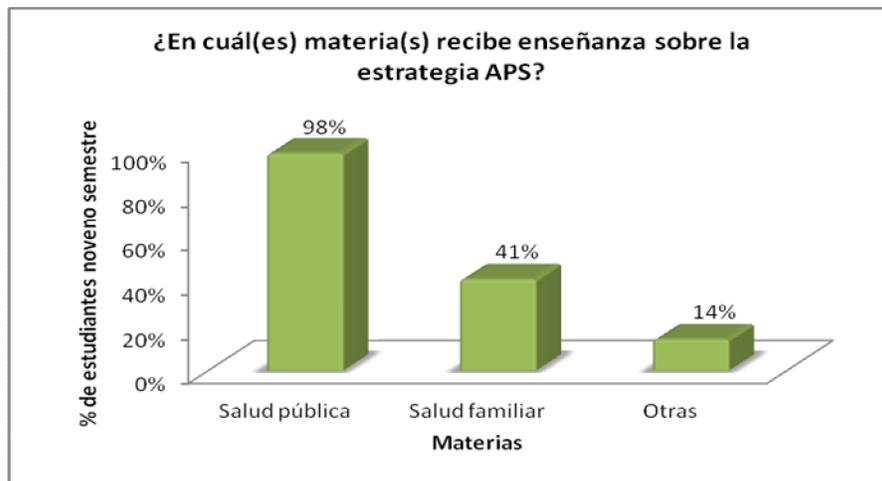
Información documental acerca del plan de estudios de medicina del CES.

4.4. POBLACIÓN DE ESTUDIO

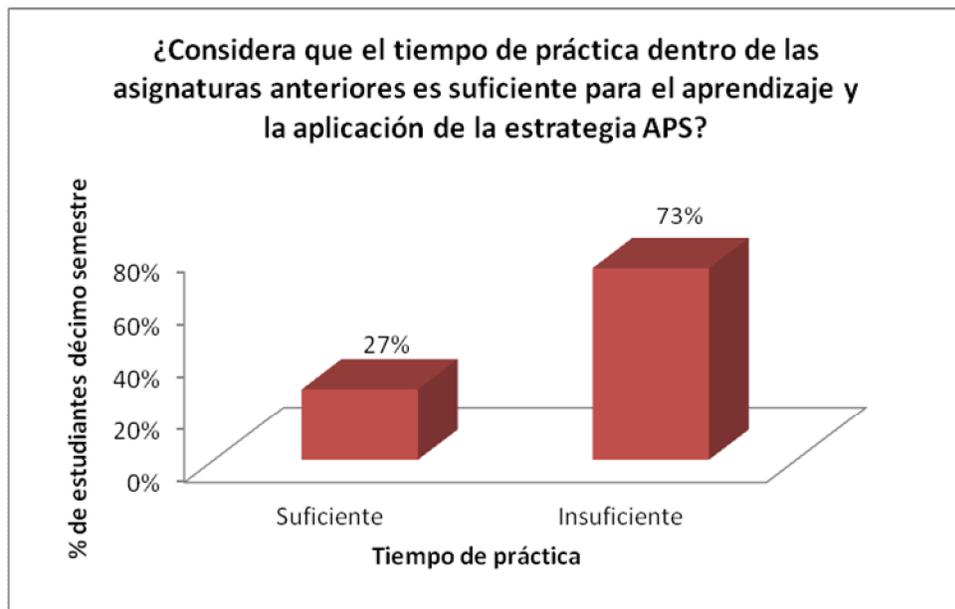
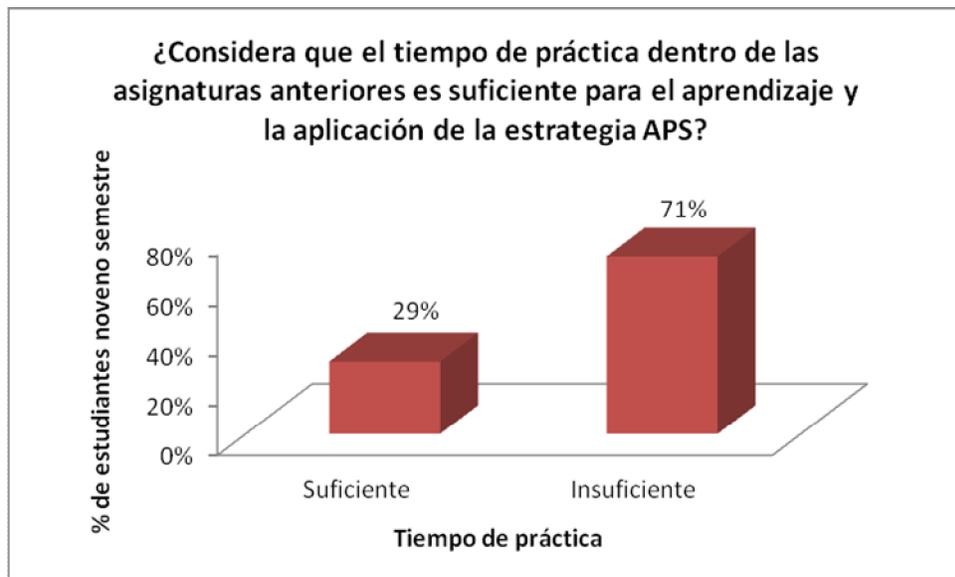
Currículo de Medicina de la Universidad del CES

5. RESULTADOS

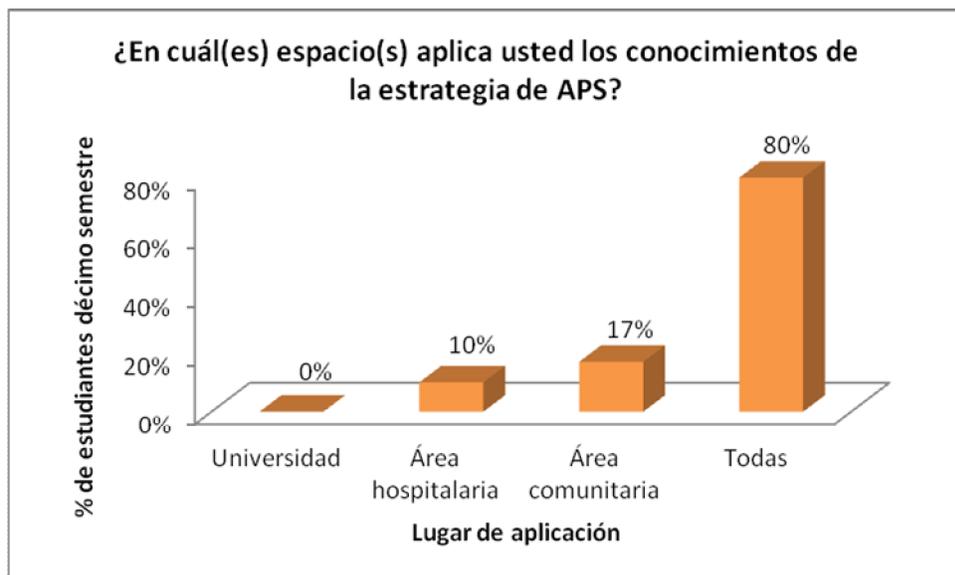
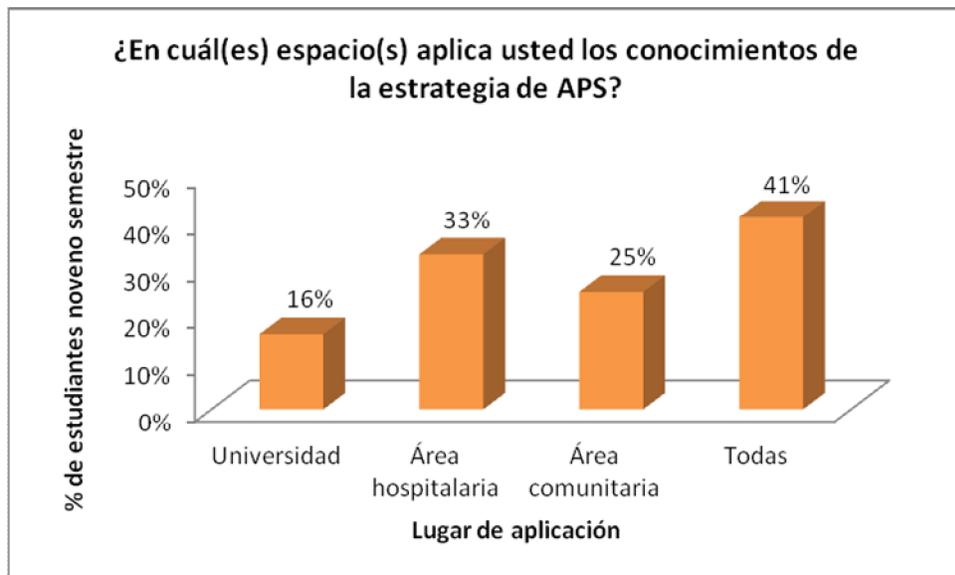
En el estudio se aplicaron 81 encuestas en total, donde 51 pertenecen a estudiantes de noveno semestre y 30 a estudiantes de décimo semestre, obteniendo los siguientes resultados:



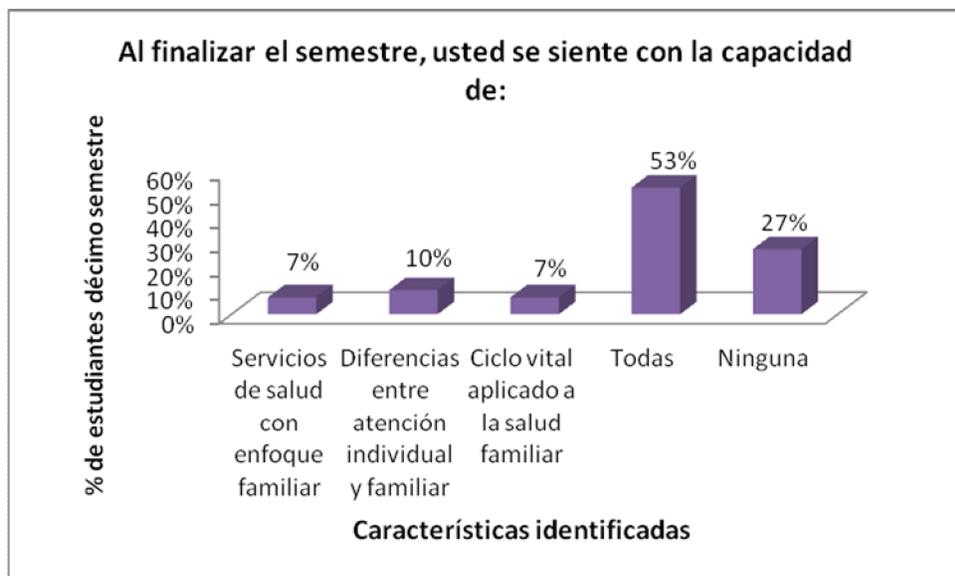
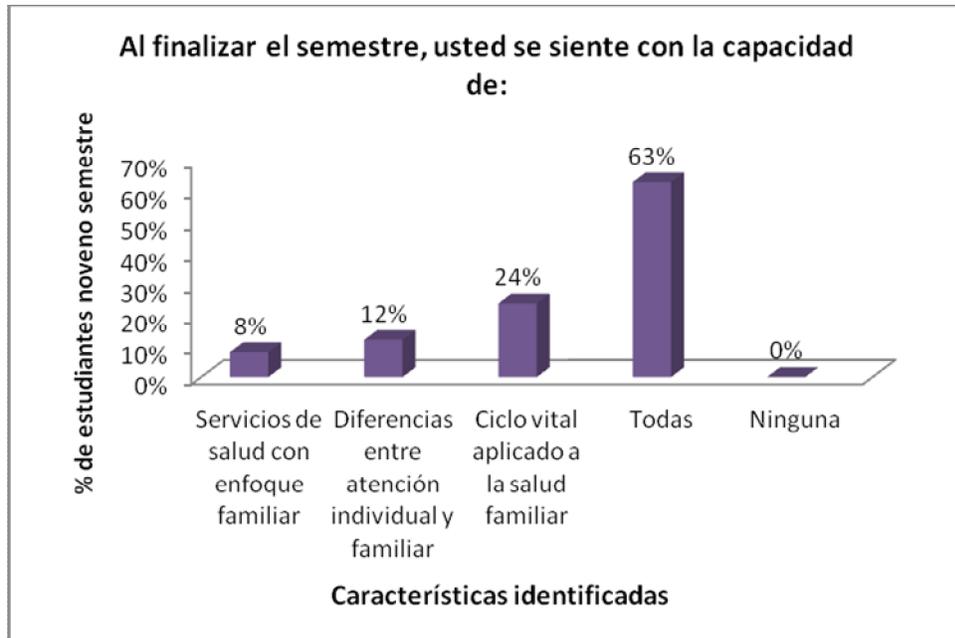
Se puede observar el alto porcentaje (98% y 90%) de estudiantes de noveno y décimo semestres respectivamente, que respondieron haber recibido conocimientos sobre la estrategia APS en la materia Salud Pública respecto a Salud Familiar (41% y 17%).



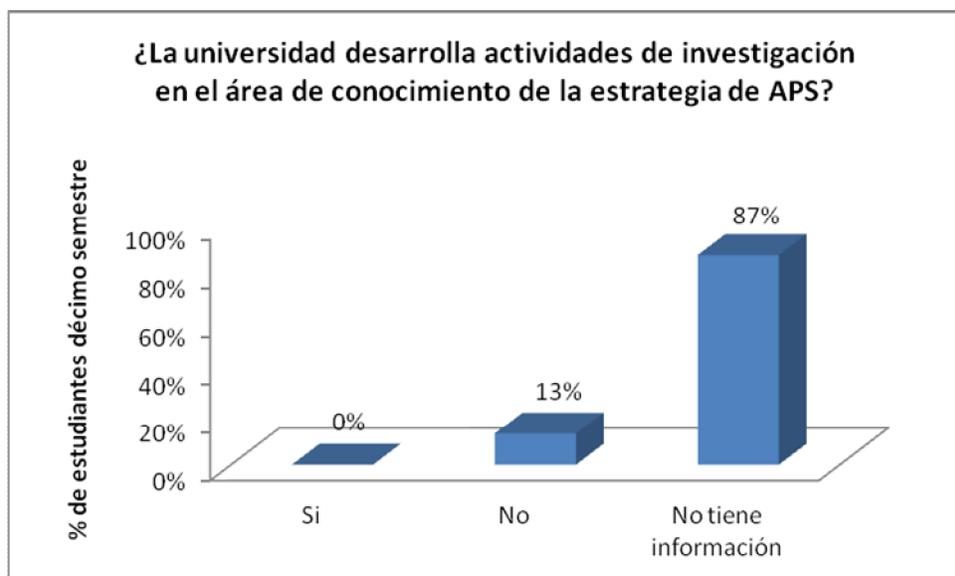
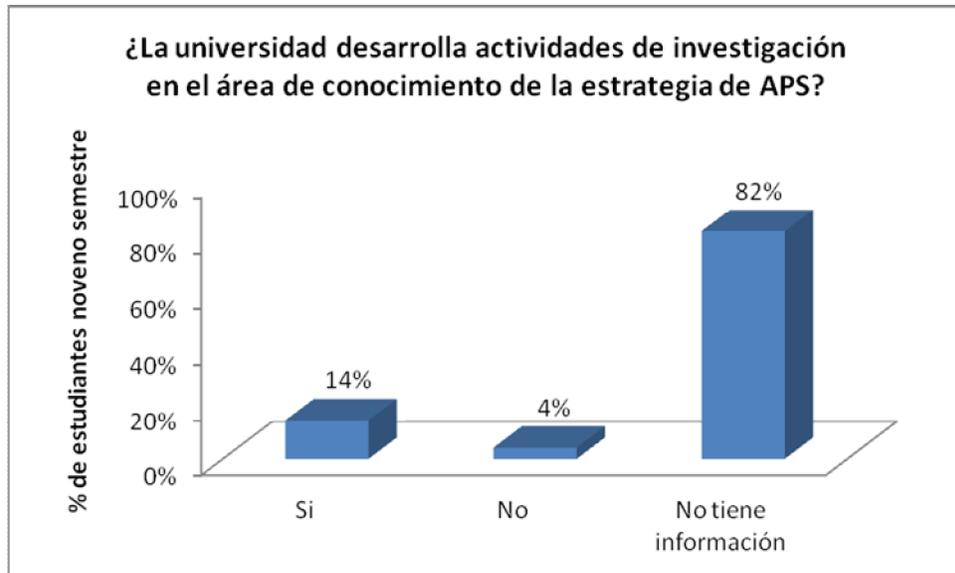
Con lo relacionado al tiempo de práctica para el aprendizaje y aplicación de la estrategia de APS, los estudiantes de noveno y décimo semestre lo consideran insuficiente, resultando un porcentaje de 71% y 73% y sólo un 29% y 27% respectivamente consideraron suficiente el tiempo de aplicación.



Se encuentra que los estudiantes consideran los diversos espacios de conocimiento (Universidad, área hospitalaria, área comunitaria) aptos para aplicar la estrategia APS, llamando la atención en los estudiantes de noveno semestre, el bajo porcentaje (25%) respecto con el área comunitaria, aún siendo ésta, el espacio más apropiado para su aplicación.

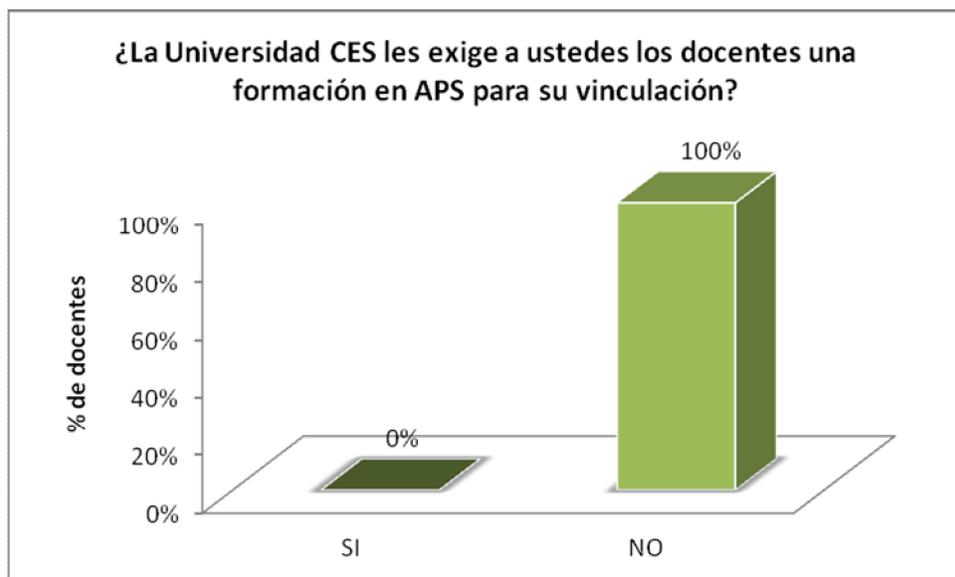


Cabe resaltar que al finalizar el semestre, los estudiantes de noveno se sienten con diversas capacidades para aplicar la estrategia de APS (63%) respecto a los estudiantes de décimo semestre, quienes se sienten igualmente con capacidades (53%), contrastando con un 27% de estudiantes que manifiestan no tener las capacidades anteriormente descritas, al finalizar su período de estudio.

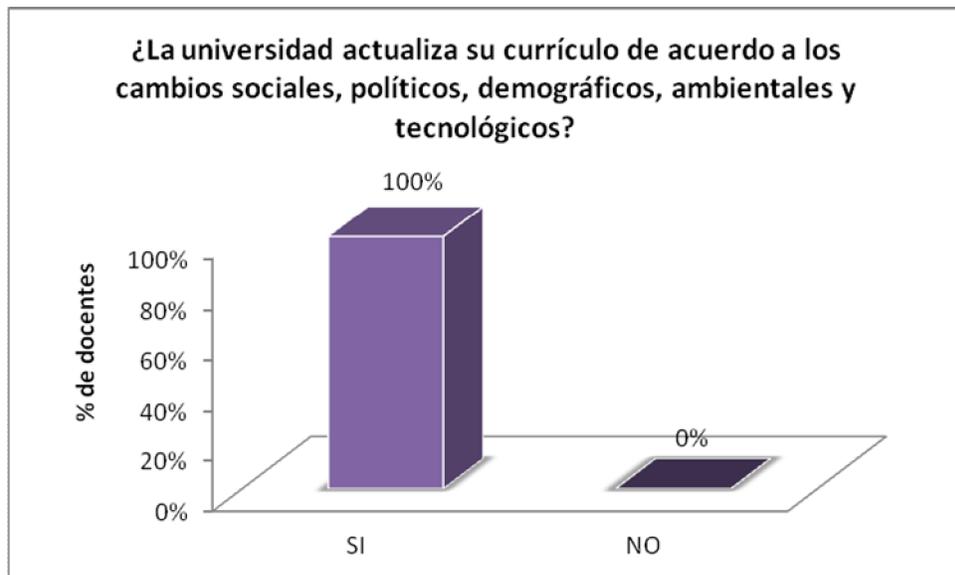


De acuerdo a lo obtenido en esta pregunta, vemos que un gran porcentaje de los estudiantes (82% de noveno semestre y 87% de décimo semestre) no tienen información sobre investigaciones que desarrolla la universidad acerca de la estrategia de APS.

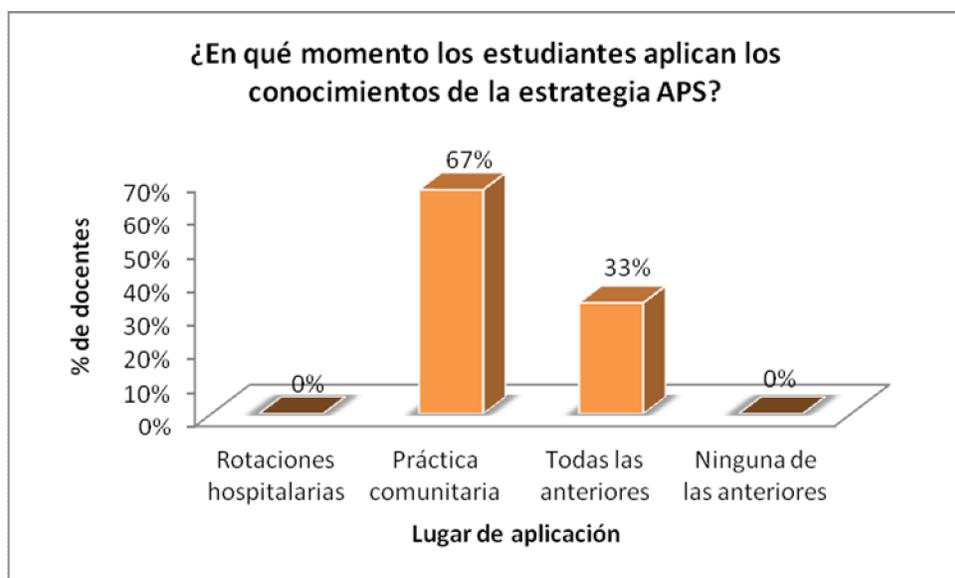
Respecto a los docentes, se realizaron y analizaron 3 encuestas diligenciadas, obteniendo los siguientes resultados:



Obtenemos un 100% de respuestas donde no hay una formación específica en la Estrategia de APS exigida por la Universidad a los docentes vinculados.

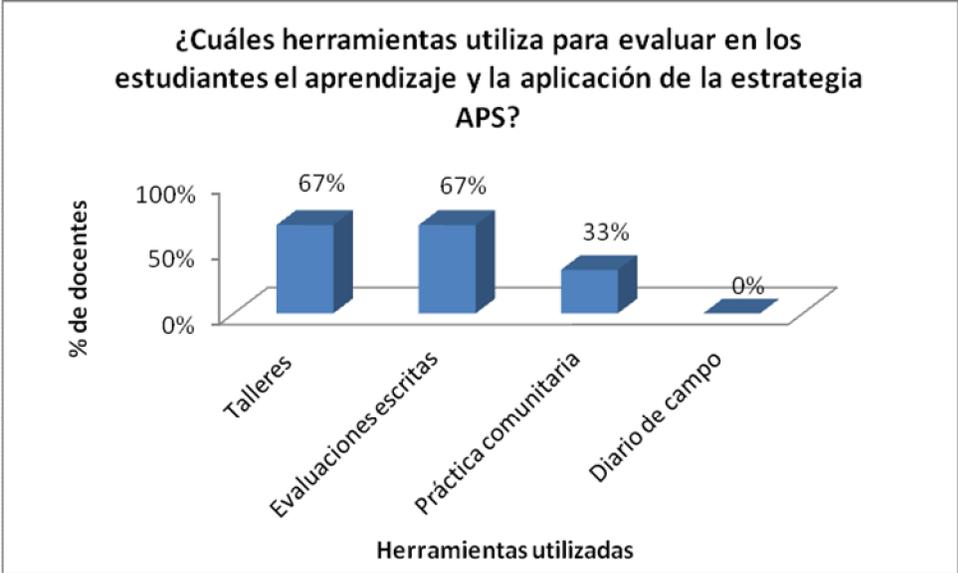


De acuerdo a las respuestas de los docentes, la Universidad actualiza su currículo de acuerdo a los diversos cambios en la sociedad.

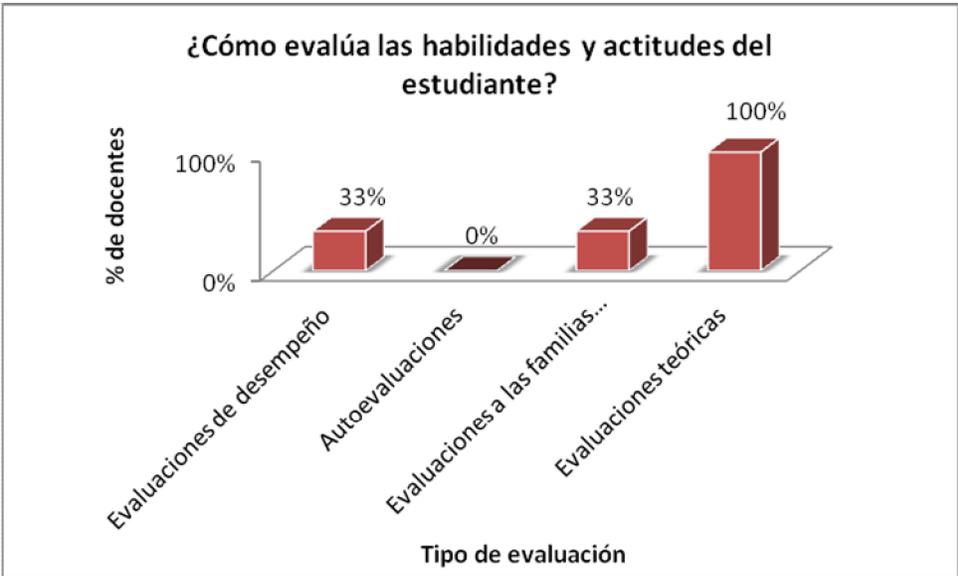


Los docentes refieren que el espacio donde los estudiantes más aplican los conocimientos de la estrategia de APS es en la práctica comunitaria con un 67%

frente a un 33% que refieren que la aplicación de los conocimientos se da tanto en la práctica comunitaria como en las rotaciones hospitalarias.



Sólo un 33% de los docentes utiliza la práctica comunitaria como herramienta para evaluar en los estudiantes el aprendizaje y la aplicación de la estrategia de APS, mientras que un 67% utilizan evaluaciones escritas y talleres.



Las evaluaciones teóricas son utilizadas en un 100% por los docentes para evaluar las habilidades y actitudes de los estudiantes, mientras que las evaluaciones de desempeño y las evaluaciones a las familias tratadas obtuvieron un 33%.

6. CONCLUSIONES

- Según las asignaturas, los temas deben ser abordados de modo que las áreas básicas funcionen como base efectiva y de referencia para la búsqueda de los conocimientos para la solución de problemas clínicos reales y para el enfrentamiento intersectorial de los determinantes del proceso salud enfermedad. El área de conocimiento de medicina de familia y las actividades de APS deben ser incluidos de forma longitudinal en la enseñanza de grado desde el inicio del curso, con énfasis en la práctica clínica en APS desde el primer contacto con la red asistencial, a fin de cautivar el interés clínico del alumno. Con base en lo anterior, encontramos que los estudiantes encuestados perciben que la materia de Salud Familiar no es una asignatura que aporte altos conocimientos en el tema de APS, cuando su desarrollo debería generar una respuesta contraria, puesto que, de la mano de Salud Pública, brindan el mayor conocimiento sobre esta estrategia. Cabe resaltar la inquietud: ¿Si son Salud Pública y Salud Familiar las materias donde el tema de la estrategia de APS se desarrolla en su plenitud, cuál o cuáles serían éstas para que los estudiantes se apropien de ella?
- De acuerdo al análisis realizado al currículo de medicina de la Universidad CES y a las encuestas realizadas a los estudiantes de los semestres noveno y décimo encontramos que es insuficiente el tiempo dedicado a adquirir y llevar a la práctica la estrategia de APS puesto que de acuerdo a la revisión de diversos currículos en el mundo encontramos que para la aplicación de la estrategia se requiere incorporar al pensum la enseñanza de competencias básicas compuestas por 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 interdisciplinar 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.

- Lo anterior nos remite a la aplicación de esquemas de planeación académica en los cuales subyacen concepciones del aprendizaje y de la enseñanza, que fragmentan el conocimiento y lo abordan de tal manera, que prácticamente lo aíslan de las condiciones reales (60) y donde la aplicación de la estrategia de APS debe ser en los diferentes ámbitos de la sociedad, no solo en el área hospitalaria, sino también en el área comunitaria, igualmente percibida por los estudiantes como un área sin mayor énfasis que las demás donde desarrollan su práctica. De acuerdo a ello, ¿no debería ser éste el espacio ideal para llevar a cabo la aplicación de la estrategia de APS?

- Los docentes y estudiantes deben estar informados y tener la oportunidad de desarrollar investigaciones con la universidad en la estrategia de APS, puesto que es una característica en la formación de profesionales de medicina %apoyar a los docentes, profesores universitarios y tutores, y alumnos para que la red de APS se constituya en un campo de investigación y producción de conocimiento, siempre que sea posible y conveniente, implicando múltiples profesionales de la red de servicios de salud local+ para así generar mejores prácticas tanto a nivel de la enseñanza como de la atención en salud.

- Es interesante encontrar que los estudiantes consideran muy poco el área comunitaria como el espacio fundamental para la aplicación de la estrategia de APS, o quizá como un espacio aislado de las demás áreas de práctica (hospital y universidad) mientras que los docentes la encuentran como la base para su desarrollo, es por ello que esa red de servicios de APS tendría como soporte asistencial una red de servicios de nivel secundario (soporte diagnóstico, centros de rehabilitación, centros médicos de especialidades focales, entre otros) y un

hospital de nivel secundario/terciario, configurando un sistema local de salud que posibilitaría el acceso universal e integral a la población adscrita al distrito asistencial. A fin de configurar este distrito como un distrito docente asistencial sería necesario que la o las Facultades de Medicina se integrasen a la asistencia en sus distintos puntos o niveles, con presencia de alumnos y docentes en toda la red asistencial, tanto de nivel primario, como secundario y terciario, además de las actividades extra-muros en los equipamientos comunitarios o en la red intersectorial. La integración posibilitaría al alumno una visión del sistema como un todo, comprendiendo el flujo que los usuarios realizan para atender sus necesidades en salud. Los propios alumnos serían como un anillo en la cadena de intervenciones necesarias para mejorar la integración entre los distintos niveles asistenciales.

- El proceso de enseñanza-aprendizaje debe estar basado no solo en las evaluaciones escritas y desarrollo de talleres, sino también en la discusión de temas teóricos, casos clínicos y problemas originados en la propia experiencia de los alumnos y en otras experiencias análogas. Estas discusiones y actividades, idealmente, deberían promover la integración vertical entre distintos niveles asistenciales y distintos docentes implicados en las más variadas especialidades médicas focales y de medicina familiar, así como entre docentes y alumnos de otras profesiones del área de salud, como la de enfermería+.

7. RECOMENDACIONES PARA LA FORMACIÓN DE PREGRADO

7.1. GENERALES

Es importante estar actualizados con el marco legal vigente para llevar a cabo estrategias que permitan dar cumplimiento a ello. (Ley 1438/2011, Reforma a la Salud).

La institución debe generar espacios de aprendizaje tanto a nivel clínico como comunitario para abordar de forma integral la salud y la enfermedad del paciente, como: consultas domiciliarias, actividades en grupo, participación en espacios de control social, entre otros.

7.2. DOCENTES

Los docentes del pregrado de medicina deben poseer conocimientos, habilidades y actitudes en la APS para brindar al estudiante herramientas que permitan integrar el área clínica con la comunitaria. Se recomienda:

- Realizar rotaciones con los estudiantes junto a médicos de familia en Centros de Salud.
- Implementar la enseñanza ~~tradicional~~ de una disciplina académica de APS, y no sólo ser parte de un contenido temático, por medio de asignaturas, seminarios, talleres, aumentando su intensidad horaria.
- Obtener un conocimiento individual de los pacientes en su entorno familiar, vivienda, entorno social, para promover un contacto temprano entre el

estudiante y los pacientes (no hospitalizados, no simulados) desde los primeros cursos. La AP puede aportar pacientes no hospitalizados y con hallazgos clínicos estables para la enseñanza de habilidades clínicas de materias especializadas, como auscultación de soplos en valvulopatías reumáticas, exploración de pacientes hipertensos, diabéticos, etc.+ (61)

- Brindar enseñanza con un equipo interdisciplinario (medicina, enfermería, nutrición, rehabilitación, odontología, trabajo social, psicología, antropología, administración) que permita un intercambio de saberes desde la experiencia.
- Enseñar técnicas de comunicación individual y colectiva para brindar una adecuada orientación familiar y consejería.
- Entre las habilidades más importantes que el docente debe transmitir al estudiante encontramos: el abordaje del paciente y su familia, debe ser capaz de escuchar, observar, examinar e interpretar la información que le proporcionan y al mismo tiempo comunicar los resultados y consejos en una relación diagnóstica, terapéutica o de prestación de apoyo; tomar decisiones en diferentes entornos.
- Ofrecer otras alternativas de formación profundizando en investigaciones estudiantiles y proyectos de intervención comunitaria, evitando el aprendizaje basado en la adquisición pasiva de conocimientos al utilizar, casi exclusivamente, clases magistrales y una enseñanza centrada en el profesor y en el hospital.

7.3. ESTUDIANTES

Los estudiantes durante su formación deben adquirir conocimientos, habilidades y actitudes tanto de la teoría como de la práctica, a través de un modelo integral con un enfoque global, humanizado y especializado.

Se recomienda:

- Realizar prácticas de campo con familias reales que permitan aplicar los conocimientos adquiridos en la teoría por medio de visitas domiciliarias o visitas a centros de salud o comunitarios.
- Realizar entrevistas familiares donde existan crisis relacionadas o no con el ciclo vital de sus integrantes.
- Evaluar con las familias los resultados encontrados durante la intervención.
- Establecer una adecuada relación médico . individuo . familia aplicando acciones de promoción y prevención desde el individuo sano y no solo desde el paciente hospitalizado.
- Identificar roles, funciones familiares, normas, reglas que permitan evaluar los sistemas de interacción y comunicación familiar, utilizando un adecuado modelo sistémico al abordar las familias.
- Tener compromiso individual con el propio proceso profesional continuo.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Giraldo, Alvaro Franco.** Atención Primaria en Salud (APS): ¿De regreso al pasado? Medellín : s.n., 2009.
2. **OPS.** Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. La Formación en Medicina Orientada hacia la Atención Primaria de Salud. Washington D.C. : OPS, 2008. ISBN 9789275329382.
3. **Salud, Atención Primaria de.** whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf. whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf. [En línea] [Citado el: 05 de 07 de 2011.] libdoc.who.int.. ISBN 92 4 354135 8..
4. Atención Primaria de Salud. [En línea] [Citado el: 05 de Julio de 2011.] whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf. ISBN 92 4 354135 8.
5. **Secretaría Distrital de Salud.** [www.saludcapital.gov.co/documents/Atencion%20Primaria%20en%20Salud%20%20\(APS\)%20para%20garantizar%20el%20Derecho%20a%20la%20salud.pdf](http://www.saludcapital.gov.co/documents/Atencion%20Primaria%20en%20Salud%20%20(APS)%20para%20garantizar%20el%20Derecho%20a%20la%20salud.pdf). [www.saludcapital.gov.co/documents/Atencion%20Primaria%20en%20Salud%20%20\(APS\)%20para%20garantizar%20el%20Derecho%20a%20la%20salud.pdf](http://www.saludcapital.gov.co/documents/Atencion%20Primaria%20en%20Salud%20%20(APS)%20para%20garantizar%20el%20Derecho%20a%20la%20salud.pdf). [En línea] [Citado el: 28 de Junio de 2011.] www.saludcapital.gov.co.
6. **Salud, Organización Panamericana de la.** Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. s.l. : OPS, 2005.
7. Consejo Ejecutivo EB 124/8 124a Reunión. **OMS.** s.l. : OMS, 2008. pág. 2.

8. Subsanan las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Buenos Aires, Argentina : Ediciones Journal S.A., 2008. ISBN 978 92 4 356370.
9. Informe sobre la Salud en el mundo 2008. La Atención Primaria de Salud, más necesaria que nunca. **OMS**. Ginebra : OMS, 2008. ISBN 978 92 4 4356373 2.
10. **OMS**. The World Health Report 2008. Primary Health Care, now more than ever. Geneva : OMS, 2008.
11. **Health, The Network Towards Unity for**. Declaración por la Atención Primaria. Bogotá : s.n., 2008.
12. **Nebot, C. y Rosales, C**. Sistemas de salud basadas en la Atención Primaria de Salud. Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS. Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Washington D.C. : OPS/OMS. 1.
13. **Borrell, R, Godue, C y García, M**. La formación de medicina orientada hacia la Atención Primaria de Salud. Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Washington D.C. : OPS/OMS, 2008. Vol. 2.
14. **Cano García, Elena**. Evaluación de calidad educativa. Madrid : La Muralla S.A., 1998. págs. 63 - 64.
15. **UNESCO**. Final Report, Meeting of Higher Education Partners. Paris : s.n., 2003.
16. [En línea] <http://www.riaces.net/glosarioc.html>.

17. **Flexner, A.** Medical Education in the United States and Canada. A Report of the Carnegie Foundations on the Advancement of the Teaching. Boston : s.n.
18. Declaración de México sobre Educación médica en América Latina. Conclusiones de la Primera Conferencia de Facultades Latinoamericanas de Medicina. **Latina, Unión de Universidades de América.** México : s.n., 1957.
19. Educación Médica. **World Federation of Medical Education.** 2, 2004, Vol. 7.
20. **OPS.** Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas Nº3. La Acreditación de programas de formación en la medicina y la orientación hacia la APS. Washington D.C. : OPS, 2010. ISBN 978 92 75 33107 1.
21. **OMS.** [En línea] 2011. [Citado el: 27 de Junio de 2011.] www.who.int/about/es/.
22. **OPS.** [En línea] 2011. [Citado el: 27 de Junio de 2011.] http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=92&Itemid=177.
23. [http://es.wikipedia.org/wiki/carr%C3%ADculo_\(educaci%C3%B3n\)](http://es.wikipedia.org/wiki/carr%C3%ADculo_(educaci%C3%B3n)). [En línea] [Citado el: 27 de Junio de 2011.] www.wikipedia.org.
24. **UNESCO.** http://www.ibe.unesco.org/fileadmin/user_upload/COPs/Pages_documents/Resource_Packs/TTCD/TTCDInicio.html. [En línea] [Citado el: 27 de Junio de 2011.] www.ibe.unesco.org.

25. http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1575-18132008000300008&script=sci_arttext. [En línea] [Citado el: 27 de Junio de 2011.] <http://scielo.isciii.es>.
26. Conferencia: Talento humano para sistemas de salud basados en APS: perfiles, formación y competencias. **Morales, Estela Cristina Luna**. Medellín : Facultad Nacional de Salud Pública, 2009.
27. Functions and structure of a Medical School. Liaison Committee on Medical Education Education. Rules of procedure. July,2009.
28. Functions and structure of a Medical School. Rules of procedure. **Liaison Committee on Medical Education**. . July 2009.
29. IES: Institución de Educación Superiro; ANA: Agencia Nacional de Acreditación.
30. RIACES. Programa CNA-RIACES para la Acreditación Internacional (Regional) de Programas de Pregrado, Bogota. Noviembre dl 2008.
31. **RIACES**. Programa CNA-RIACES para la Acreditación Internacional (Regional) de Programas de Pregrado. Bogotá. : s.n., Noviembre del 2008.
32. La formación de profesionales de salud para la APS y Salud Familiar y Comunitaria en América Latina y Europa. Actividad incluida en la Línea del Intercambio: III. 2-1.08. Calificación de los Recursos Humanos necesarios para la prestación de servicios en sistemas de salud organizados en torno a la APS-2088. Septiembre de 2009.
33. Hablemos de docencia. 5, s.l. : Medifam, Mayo de 2001., Vol. 11. 11:283.

34. **Irigoin, M, Vargas F.** Competencia laboral: Manual de conceptos, métodos y aplicaciones en el sector de la salud. Montevideo : CINTERFOR, 2002. Pág, 3, 13-14..
35. Competences at Work; Johnn Wiley and sons. **McClelland, DC (1993) Introduction in Spencer L.M. y S.M.** New York : s.n., 2000.
36. Gestión del desempeño basado en competencias. Guía para gerentes. Serie PLATEX para ejecutores de programa de salud. **OPS/OMS.** 42,
37. **Rodriguez Trujillo, N.** Selección efectiva del personal basada en competencias: ¿Que son las competencias? Universidad Central de Venezuela. s.l. : CINTERFOR/OIT, 2002.
38. **Boyatzis, R. The Competent Manager. N.Y. Wiley and sons.** <http://www.amazon.com/gr/product>. [En línea] 1982.
39. . . <http://amazon.com/gp/product/>. [En línea] 047109031X/103-4757586-5095858?v=glance&n=283155.
40. Kuenzer, Acacia Z. (2002) op.cit., p. 8. <http://www.senac.br/informativo/BTS/291/boltec291b.htm>. [En línea]
41. **Villabí JR, Aboal XL, González-Alonso J.** Los servicios de salud pública: progresos y problemas prioritarios.
42. **salud., SESPAS 2002. Valencia: Escuela Valenciana de Estudios para la.** <http://www.sespas.es/infor.htm>. [En línea] 2002: 545-64.

43. Hacia un modelo de cooperación y armonización e el campo de la salud publica en España. Rev. Esp. Salud Pública. **JM., Martin Moreno.** 637-43, 2002, Vol. 76.
44. Atención primaria y salud Pública: la oportunidad para superar el desencuentro. **López Santiago, A, Martin Moreno, JM.** s.l. : Rev. Esp. Salud Pública, 2004, Vols. 1.Ene-Feb. 78:1-3.
45. Competencias en la formación y competencias en la gestión del talento humano. Convergencias y desafíos. **Vargas Zuñiga, F.** s.l. : CINTERFOT/PIT., Agosto 2002.
46. **Vargas Hernández, JG.** Las competencias en el nuevo paradigma de .
47. . Las competencias en el nuevo paradigma de la globalización. 2000.
48. Aplicación de modelo de competencias esperiencias en algunas empresas chilenas. **R., Fernandez I. & Baeza.** Chile : s.n., 2001.
49. Atención primaria: Concepto, Evaluación y Política. **Starti Eld, B.** New York : Oxford University Press, 1992.
50. Selección efectiva del personal basada en competencias: ¿Qué son las competencias? **Rodriguez Trujillo, N.** s.l. : Universidad Central de Venezuela. CINTERFOT/PIT, 2002.
51. **Martin Zurro, A. Cano Pérez, JF.** Atención primaria, conceptos, organización y práctica clínica. Barcelona España : s.n., 1994. Tercera edición.

52. Ley 44/2005, del programa de formación de medicina familiar y comunitaria. **estado, Boletín oficial del.** 105, s.l. : BOE, Marzo 3 de 2005.
53. Ley 16/2003, de cohesión y calidad del sistema nacional de salud. **estado, Boletín oficial del.** 128, s.l. : BOE, 29 de mayo de 2003.
54. **Martin Zurro, A. Cano Pérez, JF.** Atención primaria, conceptos, organización y practica clínica. Barcelona España : s.n., 1994. Tercera Edición.
55. Atención primaria y responsabilidades de Salud Pública en seis países de Europa y América del Norte: Un estudio piloto. **Starfi Eld, B. et al.Rev. Es. Salud Púb.** 1, 2004.
56. **Segura, A, Larizgoitia. I., Benavides, F.G., Gómez, L.** La profesión de salud publica y el debate de las competencias profesionales. Barcelona España : Separtamento de Salud Publica de la UNiversidad de Barcelona, 2003.
57. **OPS.** Fortalecimiento institucional para el dessempeño de las funciones de salud pública. Washington DC : s.n., 2002.
58. **A., Argüelles.** Competencia laboral y educaicón basada en normas de competencia. México : Limusa Noriega, 1999.

ANEXOS

ANEXO A. ENCUESTA A LOS DOCENTES

Fecha:

Nombre de la Institución:

Para lograr dar un sentido holístico a la salud y en especial, a la formación de especialistas de la salud, se requiere una estructura ordenada que cumpla una serie de condiciones como ser fácil de análisis e interpretación, el hecho de conformar intelectualmente a la mayoría y fundamentalmente que nos permita poder ubicar dentro de la propuesta las áreas que merecen modificaciones específicas destinadas a producir cambios positivos y al mismo tiempo dar cabida a nuevos proyectos y actividades programadas para poder obtener el máximo de eficiencia en las tareas que implica un currículo de enseñanza integral de salud.

Por todo lo anterior, nuestra investigación tiene como objetivo el hallazgo de las fortalezas y debilidades, así como también, dar algunas recomendaciones dentro del currículo de medicina de la Universidad del CES respecto a la aplicación de la Atención Primaria en Salud en las áreas relacionadas con el tema y la percepción desde los docentes y alumnos y así, contribuir a una mejor educación dentro del contexto social, político, cultural y económico desde la Universidad para la sociedad.

1. ¿La Universidad CES les exige a ustedes los docentes una formación en APS para su vinculación?

a. Si

b. No

2. Los procesos ocurridos en el mundo han generado cambios demográficos, ambientales, tecnológicos, políticos y sociales, entre otros, que influyen en las condiciones de salud de la población. La Universidad actualiza su currículo de acuerdo a estos cambios?

a. Si

b. No

c. No tiene información

3. ¿En qué momento los estudiantes aplican los conocimientos de la estrategia APS?
- a. Rotaciones hospitalarias
 - b. Práctica comunitaria
 - c. Todas las anteriores
 - d. Ninguna de las anteriores
4. ¿Cuáles herramientas utiliza para evaluar en los estudiantes el aprendizaje y la aplicación de la estrategia de APS?
- a. Talleres
 - b. Evaluaciones escritas
 - c. Práctica comunitaria
 - d. Diario de campo
5. ¿Cómo evalúa las habilidades y actitudes del estudiante?
- a. Evaluaciones de desempeño
 - b. Autoevaluaciones
 - c. Evaluaciones a las familias tratadas
 - d. Evaluaciones teóricas

¡GRACIAS!

ANEXO B. ENCUESTA A LOS ESTUDIANTES

Fecha:

Semestre:

Para lograr dar un sentido holístico a la salud y en especial, a la formación de especialistas de la salud, se requiere una estructura ordenada que cumpla una serie de condiciones como ser fácil de análisis e interpretación, el hecho de conformar intelectualmente a la mayoría y fundamentalmente que nos permita poder ubicar dentro de la propuesta las áreas que merecen modificaciones específicas destinadas a producir cambios positivos y al mismo tiempo dar cabida a nuevos proyectos y actividades programadas para poder obtener el máximo de eficiencia en las tareas que implica un currículo de enseñanza integral de salud.

Por todo lo anterior, nuestra investigación tiene como objetivo el hallazgo de las fortalezas y debilidades, así como también, dar algunas recomendaciones dentro del currículo de medicina de la Universidad del CES respecto a la aplicación de la Atención Primaria en Salud en las áreas relacionadas con el tema y la percepción desde los docentes y alumnos y así, contribuir a una mejor educación dentro del contexto social, político, cultural y económico desde la Universidad para la sociedad.

1. En cuál(es) materia(s) recibe enseñanza sobre la estrategia de Atención Primaria en Salud?

a. Salud pública

b. Salud familiar

c. Otra

¿Cuál? _____

2. Considera que el tiempo de práctica dentro de las asignaturas anteriores es suficiente para el aprendizaje y aplicación de la estrategia APS?

a. Si

b. No

3. En cuál(es) espacio(s) aplica usted los conocimientos de la estrategia de APS?

- a. Universidad (Socialización de casos)
- b. Área hospitalaria
- c. Área comunitaria
- d. Todas las anteriores

4. Al finalizar su semestre, usted se siente con la capacidad de:

- a. Identificar las características de la prestación de Servicios de Salud con enfoque familiar.
- b. Reconocer las diferencias conceptuales y operativas de la atención en salud con enfoque familiar y la atención individualista.
- c. Conocer las características del ciclo vital, sus problemáticas y su relación con la salud de la familia.
- d. Todas las anteriores
- e. Ninguna de las anteriores

5. La universidad desarrolla actividades de investigación en el área de conocimiento de la estrategia de APS?

- a. Si
- b. No
- c. No tiene información

¡GRACIAS!