



Educación médica: ¿Hacia dónde ir?

Relato de un diálogo virtual exitoso en el portal del Observatorio de Recursos Humanos de Salud de la OPS/OMS (www.observatoriorh.org)

Dra. Rosa María Borrell

1- Introducción:

El presente documento es una síntesis de un “*Diálogo Virtual*” desarrollado en el portal del Observatorio de Recursos Humanos en Salud, coordinado por el Proyecto de Recursos Humanos para la Salud, del Área de Servicios de Salud basados en la Atención Primaria de la Salud de OPS, el día 14 de septiembre. Este diálogo fue continuado a través de un foro asincrónico con una duración de una semana.

El propósito del diálogo fue “generar un intercambio entre Escuelas y Facultades de Medicina de la Región de las Américas para analizar su misión y visión en la formación de médicos orientados hacia la Atención Primaria de la Salud y discutir los ejes fundamentales del cambio”. Los objetivos convocantes fueron los siguientes:

- Analizar los nuevos enfoques curriculares y las distintas estrategias adoptadas por un conjunto de escuelas/facultades de Medicina de América Latina, Canadá y USA que incorporan la APS como parte de su misión social.
- Reflexionar sobre las experiencias en marcha con los servicios y autoridades de salud para la incorporación de alumnos y docentes en la red de servicios de salud y particularmente en los espacios de aprendizaje de la APS.
- Discutir sobre la inserción de la APS a lo largo del currículo.
- Analizar problemas y dificultades; avances y logros alcanzados en la incorporación de la APS en los programas de formación.
- Identificar estrategias para potenciar estos esfuerzos.

Como metodología trazada para llevar adelante el *Diálogo*, se convocó a un grupo de escuelas/facultades que están trabajando con un enfoque educativo orientado a la APS y las comunidades o que están en proceso de revisión de sus enfoques y metodologías de trabajo, quienes desarrollaron un video y una presentación en *power point*, los cuales fueron subidos al portal del Observatorio para que una amplia audiencia pudiera analizar con anterioridad los materiales subidos. Se convocaron a todas las escuelas/facultades de medicina de América latina de las que se obtuvieron los nombres de sus decanos y sus respectivos mails.

Además de estas presentaciones, los participantes contaron con una **bibliografía básica** de OPS que respalda el enfoque hacia la APS y enlaces a páginas web con contenidos y trabajos y redes particulares trabajando en APS.

El *Diálogo* constó de **dos etapas**:

- **Una sincrónica** a través de una sesión vía el sistema Blackboard instalado en el portal, donde se realizaron 4 presentaciones y un debate acerca de los ejes centrales presentados por los expositores. Esta sesión tuvo una duración de dos horas y media y se contó con 90 conexiones de distintos países, muchos de ellas con un número importante de docentes reunidos alrededor de dicha conexión y presididos por su decano.
- **Otra asincrónica**, con una duración de una semana, donde los participantes se comunicaron a través de un foro virtual para continuar de manera escrita el tema del debate: **¿Porqué orientar los currículos hacia la APS y las comunidades y cuáles elementos y estrategias educativas habría que considerar?**.

2- Las presentaciones previas:

Catorce facultades/escuelas fueron invitadas a participar como expositores de sus experiencias a través de videos y de presentaciones que los complementaron: ellas fueron las Facultades de Medicina de Tucumán y la Matanza en Argentina; las de la Frontera y la de Chile en Chile; la Facultad de Medicina de la Universidad de la República de Uruguay; la Federal de Londrina, Brasil; la Facultad de Medicina de Cuenca, Ecuador; la San Martín de Colombia; la de León, Nicaragua; la Rafael Landívar de Guatemala, así como experiencias en USA como las de New México, la Universidad de Rockford, Illinois, (que además son centros colaboradores de OMS en Educación Médica) y la Universidad de Morehouse en Georgia. De Canadá contamos con la experiencia de Sherbrooke, quien también es un centro colaborador de OMS en Educación Médica.

En las presentaciones se recopilaron y explicaron la visión y misión institucional, las razones para cambiar su currículo, la organización curricular que han articulado, los acuerdos y convenios realizados con los ministerios de salud y otros socios indispensables, especialmente las comunidades. Además, muchos presentaron las dificultades y desafíos constantes y los retos que han ido identificando durante su proceso de construcción del nuevo proyecto curricular.

La mayoría de estas presentaciones tuvieron como denominadores comunes la descripción del contexto donde se insertan las facultades/escuelas, con problemáticas sociales diferentes, donde los determinantes sociales de la salud juegan un papel importante en las condiciones de salud de las personas. En función de este contexto, estas facultades/escuelas han definido una **nueva misión de la formación de médicos** que tiene que ver con:

- “Servir al desarrollo de la sociedad y la mejor forma de hacerlo es a través de la APS”.
- “Debe estar implícito en todo el currículo y en todos los niveles de la organización de los servicios”.
- “La Responsabilidad Social, asociada al compromiso con la APS. *Con APS en vez de hacia la APS*”.
- “Formar médicos considerando las necesidades de salud de la población e impactar positivamente en su salud. No basta la excelencia técnica, se busca transmitir e impactar al país con la misma”.
- “Formar con un componente valórico de responsabilidad social y de abrir las cortinas de las paredes de la Facultad a la realidad de la vida; comprometida con el desarrollo local, ético y multicultural”.
- “Formar médicos con propuestas para mejorar la calidad de vida y la elaboración de políticas públicas”.
- “Compromiso con el estado de NM-USA en relación a la salud de la población, considerando los determinantes sociales de la salud para entender mejor los problemas de salud”.
- “Misión destinada a servir a la población; médicos como agentes de transformación y pertinente con los perfiles epidemiológicos y de vida de los guatemaltecos”.
- “Transformación y desarrollo de la sociedad mediante la generación y transferencia de conocimiento y la formación integral de profesionales de calidad en un contexto de procesos de integración y unidad regional a nivel centroamericano, en particular, Latinoamericano y del Caribe en general”.
- “Dar respuesta a la comunidad; debe ser profesional y ciudadano y como sujeto de aprendizaje debe tener perfeccionamiento continuo”.
- “Promover la salud de las comunidades rurales a través de la asociación entre educación, servicios, investigación y políticas. Busca admitir y preparar estudiantes de medicina del estado de Illinois, quienes al término de su residencia médica funcionarán como médicos de atención primaria en el área rural”.
- “Modelo en el cual los egresados sean coparticipes y responsables de otorgar respuestas efectivas, oportunas y eficientes a las necesidades de salud de las personas y familias, además de contribuir a mejorar el ambiente donde trabaja, vive y se desarrolla la población. Lograr el desarrollo del capital humano comprometido con la política sanitaria, que encuentre su razón de ser dentro del sistema, alcanzando el respeto de sus derechos como trabajador e individuo, para que dé lo mejor de sí, ofreciendo siempre un nuevo valor de calidad en el cuidado de salud de la comunidad. Tiene una definición de la APS”.
- “La misión pone el énfasis en la atención primaria, el cuidado de poblaciones sub-atendidas, la salud de las minorías y la diversidad de la fuerza de trabajo en salud”.

Algunas facultades, como la Nacional de Tucumán, Argentina, definieron la razones para cambiar el currículo, asociadas a la noción de bien común, justicia social e igualdad de oportunidades; la aceptación de la APS como única estrategia para superar inequidades socio sanitarias; la consideración de los seres humanos como sujetos de derechos y la necesidad de trabajar una visión holística, más amplia del médico generalista.

Otras facultades como la de Cuenca, Ecuador, retomaron en su presentación el **nuevo perfil del médico**, que busca “capacitarlo para la tomar decisiones, mejorar la salud de la población, identificar riesgos de la comunidad, identificar y tomar medidas de prevención y promoción; realizar investigación cuali-cuantitativa y responder de manera integral a la salud”. La Facultad de Medicina Rafael Landívar de Guatemala, de carácter privada, define el perfil del egreso “ligado a la atención clínica individual y familiar, con prevención de enfermedades y promoción de la salud, investigación y administración y gerencia como ejes prioritarios”. La Facultad de Medicina de Londrina, Brasil, pretende que el médico “sea capaz de atender las demandas de salud de la comunidad, con entendimiento de APS y búsqueda activa de conocimientos, formado para el trabajo interdisciplinario y con otros profesionales”.

La **Misión y el Perfil** son elementos complementarios, en tanto el primero define el compromiso de la facultad/escuela con la sociedad y espacio geográfico-poblacional en el cual está inserto y el perfil está más acotado a la orientación general y específica de lo que se pretende generar en el médico egresado, los valores y principios que deberían obtener a lo largo de su formación, la visión acerca de los problemas de salud -enfermedad y socio sanitario del contexto local e internacional, así como los posibles perfiles ocupacionales o espacios de trabajo a los que podrá tener acceso en su vida profesional.

Tanto los videos como las presentaciones enfocaron con mucho detalles la **orientación curricular** sobre la cual han venido trabajando las facultades/escuelas y a donde han llegado hasta el momento en el proceso de concertación interna y externa. A continuación se rescatan algunos puntos importantes, unos que fueron planteados desde un marco más general y otros más específicos:

- En la Facultad de la Matanza se intenta romper con las dicotomías entre lo preventivo versus lo curativo y establecer una visión holística. Establecer una organización curricular sin asignaturas específicas, sobre la base de experiencias precoces desde el primer año en centros de salud, el desarrollo teórico dinámico e inductivo, la discusión en grupos pequeños, la metodología del Aprendizaje Basado en Problemas (ABP), focalizada en el estudiante como centro aprendizaje, con reducción de clases magistrales, y con escenarios específicos orientado hacia la práctica de laboratorio de habilidades clínicas y de morfo-fisiología.
- La estructura curricular de la Facultad de Tucumán, presenta en el 1er año, trabajo de campo para conocer los determinantes sociales en distintos espacios: escuelas, centros, casas. En 2do año se focaliza en el análisis situación de salud; el tercero hace énfasis en la epidemiología y en reconocimiento de un brote epidemiológico; el 4to facilita que los estudiantes se involucren con la red de los servicios de salud y sus prácticas; el 5to en la práctica de la promoción de la salud y programación local, así como en la

integración de conceptos y prácticas de APS, fuera del claustro universitario y el 6to año, los estudiantes trabajan en hospitales referenciales, con mayor peso en el plano asistencial y APS. Se realizan rotación de 10 semanas por centros de salud; 6 meses en hospitales rurales con 5 núcleos de actividades, con un mapa conceptual que toman como referencia: análisis de situación, desarrollo de investigación epidemiológica, atención médica, programas locales de salud, educación para la salud, capacitación en servicios (ateneos).

- La Facultad de medicina de Sherbrooke de la Provincia de Québec, Canadá, pone el énfasis del perfil en la responsabilidad social, las necesidades de la población, la visión del médico generalista, la prevención y promoción y el aprendizaje contextualizado basado en la comunidad. Dos años de la carrera están dedicados a la Medicina Familiar, con una organización de 8/10 estudiantes por profesor, con pasantías organizadas en 48 semanas de rotación, 16 semanas electivas, con sesiones de aprendizaje de razonamiento clínico y aplicación de los OSCE para evaluación de habilidades clínicas y un examen final. Contemplan además una pasantía en el red de servicios y la inmersión clínica en 1er y 2do año en clínica de APS durante 2 semanas, pasantías de 8 semanas en Medicina Familiar, 4 semanas en Salud Pública, 20 semanas en especialidades generales y la APS está en todo el programa.
- La Facultad de Medicina de la Universidad de Chile busca fortalecer todas las miradas, clínico, general, especialidad, investigación, gestión y salud pública. A través de la innovación curricular que pretende recoger las nuevas formas de enseñar y aprender, la formación más integrada de la medicina, la integración de las ciencias básicas, pre-clínicas y clínicas, la epidemiología, las enfermedades crónicas, la genética, geriatría, ciencias sociales. Para esto vincula a los estudiantes desde los primeros años en ambientes sociales y mirando los determinantes sociales de la salud, realiza los contactos con las comunidades y los centros de salud, los centros de habilidades clínicas para la simulación, utiliza una metodología diversa, con mayor uso de tecnología virtual, forma sus propios docentes, apoyándolos en múltiples componentes de habilidades didácticas, de comunicación, liderazgo y resolución de conflictos. Se utiliza un modelo de acompañamiento docente para trabajar sus fortalezas y debilidades.
- En la Facultad de la Frontera de Temuco, Chile, la organización curricular se organiza a través de líneas articuladoras interdisciplinarias: desastres y emergencias, clínica asistencial, salud y medio ambiente, deporte, cultura, desarrollo productivo y todo el ciclo vital de la persona. Se realiza una “inmersión” de los estudiantes en las comunas en múltiples espacios: consultorios, clínicas, escuelas, casas, rondas médicas. También se ofrece un programa especial (PIRI) que produce un modelo de trabajo, es un laboratorio de la comunidad, donde el estudiante aprende a trabajar en equipo. La metodología utilizada centrada en el estudiante es la del aprendizaje basado en problemas (ABP), con la investigación básica y aplicada en problemas relevantes de salud.

- En la facultad de Cuenca, Ecuador, la propuesta curricular está centrada en la función social, en la que se vinculan los tres ejes de docencia, investigación y asistencia a lo colectivo, con una visión humanista de la medicina, fundamentada en valores. Es una carrera de 6 años; los 2 primeros con materias básicas, en el 3ro entran a la preclínica, propedéutica y metodología diagnóstica; en el 4to se presentan los contenidos clínicos y las especialidades e integran cada uno de los ejes APS en las distintas asignaturas. El peso de las prácticas se realiza en el nivel primario y secundario siendo la APS el eje básico de atención. El proceso aprendizaje está centrado en estudiantes y los docentes como facilitadores; se realizan cursos de nivelación para estudiantes, se ofrecen programas de educación continua para tratar problemas de salud.
- La Universidad de New México de USA, viene haciendo un esfuerzo sostenido para integrar la medicina y salud pública, a través de un modelo de capacitación multidisciplinaria, basado en el compromiso con la comunidad, en la equidad en salud, en la exposición temprana a la clínica, en la inmersión en la comunidad, y ofreciendo cursos de Salud Pública integrados en 4 años. Esta facultad ha establecido fuertes conexiones de innovación educativa conjuntamente con la innovación en servicios, considerando la importancia de los programa *PIPELINE* o de abogacía para atraer jóvenes de poblaciones sub-tendidas interesados en los estudios de medicina; el 3% de sus alumnos vienen de este tipo de poblaciones. El programa contempla el seguimiento de los estudios médicos con una residencia Medicina Familiar, con 1 año en Albuquerque, y el 2do. y 3er. año en los “sitios-pueblos”. También tiene incorporado en la carrera una rotación rural. Valoran el aprendizaje obtenido de otras experiencias alrededor del mundo, de sus éxitos y fracasos.
- La Facultad de Medicina Rafael Landívar de Guatemala tiene un programa de 6 años y 6 meses, con una metodología centrada en estudiante y en la resolución de problemas, basado en comunidad y con integración disciplinaria y prácticas electivas. Desde el 1er. al 3er. año se ofrecen las ciencias básicas en el campus universitario, con intervención temprana de los estudiantes en la comunitaria, con programas de salud pública, organizados de manera longitudinal y funcionando como médicos de APS en los centros de salud, que constituyen el punto de referencia en esta etapa. En dicha práctica desarrollan habilidades en APS. De 4to. a 6to. van a centros hospitalarios de referencia tanto privados como públicos y hacen rotaciones por las especialidades. También realizan rotaciones electivas en el país y en el extranjero. El internado se desarrolla una fase en un hospital y otra en 3 comunidades donde conviven con un orientador, donde siguen de cerca personas en su casa. La fortaleza de este programa de formación de médicos está en la capacidad que desarrollan los alumnos para la resolución de problemas. Terminan sus años de estudio con un trabajo de tesis que defienden ante los comités de tesis.
- La facultad de Medicina de León, Nicaragua, inició en 2000 un cambio curricular con enfoque constructivista y las metodologías combinadas de Aprendizaje Basado en Problemas (ABP) y el Aprendizaje Basado en la Comunidad (ABC), donde desarrollan conocimientos y habilidades, siendo los alumnos el centro del aprendizaje. Este programa contempla módulos diseñados no linealmente de 6 a 9 semanas, con

rotaciones en unidades primarias y rurales, con pase de visitas y reuniones de seguimiento. Los primeros 3 años realizan prácticas en la comunidad de León; en el 5to. y 6to. año realizan rotaciones de APS fuera del municipio, en zonas rurales. La APS se desarrolla fundamentalmente en unidades de salud primarias, con énfasis en prevención y promoción, en distintos espacios y con práctica casa a casa, en colegios, y con programas centrales como la vacunación, la búsqueda de pacientes, la atención de la mujer, parto y puerperio, la atención integral a la niñez y recién nacido y atención a las crónicas.

- La organización curricular de la Facultad Federal de Londrina, de Sao Paulo, Brasil, ha pasado por varios cambios a lo largo de sus 40 años de existencia. Ahora trabajan con una metodología activa de enseñanza – aprendizaje, basada en la metodología basada en problemas y orientado a la comunidad. Los primeros 4 años están diseñados con módulos temáticos interdisciplinarios, módulos de habilidades clínicas y actitudinales y módulos de práctica de integración docencia-servicios-comunidad, aumentando el grado de dificultad, su contacto con la comunidad, el grado de atención en APS y la entrada en el nivel secundario de salud. El cambio metodológico fue un avance, especialmente por la integración disciplinar. En los dos últimos años desarrollan el internado médico y el hospital universitario está conectado académicamente tanto con la investigación como con la extensión a la comunidad.
- La Universidad de la República, de Uruguay presenta una experiencia de innovación curricular con la APS inserta en el currículo, donde se privilegia el espacio comunitario con la inserción precoz del alumno en el primer nivel de atención y una comunidad determinada. Está organizado en 3 ciclos: en el Trienio 1 se incluyen lo básico, clínico y comunitario; en el Trienio 2 la Clínica médica integral y en el Trienio 3 se desarrolla un año pre-profesional. En el ciclo de internado se evalúan las habilidades clínicas, siendo éste un ejercicio supervisado. En cada uno de los trienios hay un ciclo introductorio del proceso de salud-enfermedad y sus determinantes y la salud pública y comunitaria. El nuevo plan de estudio incorpora el conocimiento de la bioética a lo largo de la carrera. Hay una intencionalidad de profesionalizar aspectos de la comunicación a lo largo de la carrera. Existen dos unidades de metodología científica que ofrecen bases para la investigación. El nuevo currículo hace énfasis en el sujeto de aprendizaje, para lo cual ha capacitado grupos de docentes para una acción tutorial universitaria y docentes con acción tutorial en las comunidades. Se ha incorporado una herramienta que flexibiliza el currículo a partir del “crédito”, con posibilidad de adaptarse a los intereses del estudiante a través de cursos optativos, electivos. Este programa tiene un título intermedio: finalizado el 4to año se ofrece un título de *“técnico en prevención de enfermedades y promoción de la salud”* y su ámbito laboral es fundamentalmente la salud pública.
- La Facultad de Medicina de Rockford, Illinois, USA, viene trabajando en programas de formación de médicos y de educación sanitaria con el propósito de prestar servicios de salud en zonas rurales. Su foco de atención se centra en la identificación y reclutamiento temprano de estudiantes que tendrán mayores probabilidades de aspirar a las carreras médicas y de la salud en zonas rurales. En términos generales,

los 4 componentes clave de los programas de educación de profesiones de salud son: reclutamiento; el programa de estudios; apoyo; y evaluación. El programa realiza Giras de Exposición del sur y del norte para los distintos estudiantes; programa de estudios adicionales para Profesionales de Salud rural; preceptoría de 16-18 semanas en la comunidad rural y otros más. El primer año estudian “asuntos de salud rurales (como la situación de la agricultura, los riesgos a la salud, la biotecnología)”, los recursos de la comunidad, el liderazgo y aptitudes de negociación rurales. El segundo, se centran en los conceptos centrales de medicamento de atención primaria y farmacia, enfoques de equipo de recursos de la comunidad a la atención de salud y temas basados en la práctica. Los contenidos del tercer año están centrados en los conceptos de medicamento/farmacia comunitaria, conceptos centrales de medicamentos, programa de estudios M3 y práctica rural. El cuarto año, entran más al desarrollo de aptitudes clínicas en los entornos rurales, estudio de la estructura de la comunidad y la ejecución de un proyecto en las comunidades rurales.

- La Facultad de Medicina de Morehouse en Georgia, USA, inicia el primer año de la carrera con un curso de salud de la comunidad que tiene tres metas: la primera es preparar al estudiante para trabajar con la diversidad y comunidades sub-atendidas; la segunda, demostrar un enfoque de integración entre salud pública y atención primaria y; la tercera, proporcionar a los estudiantes de habilidades para evaluar, analizar y abordar los problemas de salud de la comunidad.
- La Universidad de San Martín, en Sabaneta, Colombia, ha avanzado hacia la enseñanza de la medicina es un proceso activo, adaptando la teoría constructivista al aprendizaje de la medicina, considerando los problemas de salud de la comunidad y nuevos escenarios de práctica. Ha incorporado el enfoque familiar y comunitario como estrategias metodológicas para la visión ecosistémica de la salud. Pone de relieve la importancia de todas las edades y fases de la vida y reconoce el contexto inter-generacional en el cual viven los individuos. Reconoce la dimensión temporal de la salud y del envejecimiento, en lugar de abordar solamente episodios mórbidos por separados; personaliza y humaniza la falta de salud como parte de un proceso vital. Los fundamentos del modelo están basados en la gradualidad en el proceso, la incorporación temprana al trabajo, el desarrollo por núcleos temáticos, la utilización del enfoque de Aprendizaje Basado en Problemas (ABP), el Enfoque familiar y la visión ecosistémica. Los ambientes de aprendizaje son las aulas de clase, laboratorios, casas de familia, escenarios comunitarios, escuelas y la red de servicios de salud. La estructura curricular, organizada por semestres parte de: un primer semestre con aspectos de la vida, la salud y la familia; un segundo semestre con la familia y la comunidad, estructura; un tercer semestre con la comunidad, salud y desarrollo; cuarto semestre con determinantes del proceso salud – enfermedad y “la disfunción” y del quinto al décimo semestre, es decir el segundo ciclo, con la formación disciplinar y/o profesional.

Las 14 universidades también presentaron un aspecto muy importante para llevar adelante estos cambios, relacionado con el fortalecimiento de una red de **Socios**, y el desarrollo de **Acuerdos y Convenios**, fundamentalmente con los ministerios de salud, los servicios de

salud locales, hospitales públicos y privados, entidades escolares y grupos comunitarios, las entidades científicas y gremios, asociaciones de médicos y residentes.

Algunas **dificultades** también fueron señaladas, unas de carácter más técnico y otras relativas a los aspectos filosóficos y paradigmáticos del nuevo enfoque, tales como:

- El tema de la evaluación en la nueva perspectiva curricular;
- El entendimiento por parte de la comunidad de docentes de la facultad sobre una organización distinta y novedosa, es decir, el significado de un nuevo paradigma de la enseñanza de la medicina, los ejes temáticos y los cambios de roles del docente acompañante;
- Resistencia al cambio de un paradigma de enseñanza de la educación médica y de una nueva forma de trabajo;
- Miedo a la pérdida del “poder médico” del docente;
- El problema de implementación de una práctica de la educación médica choca muchas veces con el modelo de salud del país y el modelo médico hegemónico. La APS no goza de la credibilidad suficiente y en muchos círculos se considera “de baja calidad”, “orientada a resolver problemas de los pobres”.

Las Universidades participantes en el *Diálogo Virtual* han venido contribuyendo a este debate a nivel de sus provincias y países y también a nivel internacional, impulsando la reflexión, mostrando resultado y el esfuerzo de organización de un nuevo currículo que de cuenta de la responsabilidad social y la generación de un médico con una visión social de la salud.

Los **desafíos y retos** planteados por las Universidades participantes son de carácter interno e externas y de manera constante. Se requiere de evaluaciones permanentes y de investigaciones que muestren los resultados de la nueva formación de los médicos, los ajustes al nuevo currículo, la formación de los docentes y la inserción de los estudiantes en la red de los sistemas de salud. Se presenta como retos:

- invertir en nuevos socios además del sector salud y los servicios de salud;
- crear un modelo de servicios integral en los que se incluyan una diversidad de espacios de aprendizaje y práctica, además de los centros de salud y los hospitales y;
- conectar las innovaciones colaborativas con el desarrollo de la economía local y de las comunidades en la que se insertan las facultades.

3- El Diálogo Virtual

La agenda del Diálogo Virtual de Educación Médica se desarrolló en un espacio sincrónico vía el sistema Blackboard, dentro del Observatorio de Recursos Humanos en Salud, partiendo con un saludo y bienvenida por parte de la Dra. Rosa María Borrell y la apertura a las presentaciones de:

1. Un movimiento formado por las facultades de medicina públicas de la Rep. Argentina, (*Foro Argentino de Facultades públicas de Medicina*) las que se han unido para

armar una estrategia de fortalecimiento de la Educación Médica conjuntamente con el Ministerio de Salud de la Nación y los ministerios provinciales de salud donde se encuentran algunas de las escuelas;

2. Otro movimiento formado en USA (*Beyond Flexner: Social Mission of Medical Education*) por un conjunto de facultades/escuelas del país que consideran que la educación médica necesita un cambio y lo están haciendo a lo interno de sus facultades y también conjuntamente con los centros de salud comunitarios de los Estados correspondientes donde se ubica geográficamente cada escuela o facultad;
3. Dos experiencias novedosas, una del sur, de la Universidad de la Frontera, en Temuco, Chile y otra de Centroamérica, la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua en León.

A partir de estas presentaciones se abrió una sesión de preguntas y reflexiones y una vez terminada esta sesión interactiva, se inició un foro virtual asincrónico con una semana de duración en la misma plataforma del Observatorio, donde se profundizaron algunos temas y se compartieron preocupaciones y avances de otras escuelas en sus procesos de cambio.

En las palabras de apertura por parte de OPS, se señaló que:

“El programa de Desarrollo de RH para la Salud de OPS cuenta con un largo trayecto de cooperación técnica y metodológica en el campo de la Educación Médica, desde la época en que los países sólo tenían una facultad de medicina de carácter público. La OPS contribuyó por más de 30 años con una revista especializada sobre educación médica, con dos centros de tecnología educacional para la salud y con múltiples reuniones latinoamericanas y continentales que generaron una buena reflexión sobre la educación médica del momento.

Las orientaciones para la formación del médico, que la OPS ha realizado históricamente, ha estado siempre enfocada a la búsqueda de una concepción del médico orientado hacia la salud de las personas, a la búsqueda de la equidad en salud y el humanismo médico y por tanto la necesidad de que las facultades y escuelas de medicina, definan y asuman contratos sociales que legitimen su razón de ser frente a la sociedad.

El mundo cambió, y cambiaron también las ciencias de la educación, los medios de comunicación y de acceso a la información científica, la organización de los servicios y por supuesto el avance de las propias ciencias médicas. Dentro de ese cambio, los países han crecido y las escuelas de medicina se han multiplicado en todos nuestros países. Con el tiempo, han surgido novedosos mecanismos de enseñar y aprender y orientaciones diversas que dan cuenta de nuevos paradigmas que asumen un mayor compromiso social por parte de muchas escuelas. Sin embargo, tenemos un rezago importante en un número elevado de escuelas/facultades, muchas de ellas siguen enquistadas en las orientaciones de la clásica medicina de antaño, aquellas que promulgaba Abraham Flexner a principios del siglo pasado, cuyo enfoque está centrado en los aspectos biológicos y en el poco entendimiento de los problemas de salud y enfermedad que padecen nuestros ciudadanos, particularmente aquellos de menores recursos y además siguen promoviendo la fragmentación y segmentación del conocimiento.

Una oportunidad que nos ofrece este cambio mundial, es poder compartir a través de un medio virtual como el de esta plataforma, como avanzan algunas escuelas de medicina en una nueva misión, en un nuevo rumbo, en una mayor responsabilidad con una formación de médicos distinta a la clásica formación separada de la realidad social.

El portal del Observatorio de RR ha sido concebido como un espacio de trabajo virtual para

que, en este caso concreto, las escuelas y facultades de medicina, los ministerios de salud, se apropien de él y generen mecanismos de intercambio y discusión, se facilite la comunicación entre ellos, se comparta información y se constituyan grupos de trabajo alrededor de temas clave para mejorar los enfoques y la calidad de la educación médica de la Región.

La estrategia de la Atención Primaria de la Salud constituye el eje central de la discusión y la transformación en muchos programas de Ciencias de la Salud. La APS renovada, constituye el horizonte sobre el cual muchos de los países de la Región están haciendo esfuerzos sustanciales para superar las inequidades en salud. Los ministerios de salud jamás podrán cambiar la práctica de atención si la educación de los profesionales de la salud no cambia sus paradigmas. De igual manera, la Educación Médica no podrá cambiar sus orientaciones y sus prácticas si no cuenta con una estrecha relación y acuerdos con los organismos rectores de la salud, con una agenda de trabajo conjunta, con un mismo propósito que es la salud de las comunidades y con una permanente y sistemática interacción con los distintos servicios de salud.

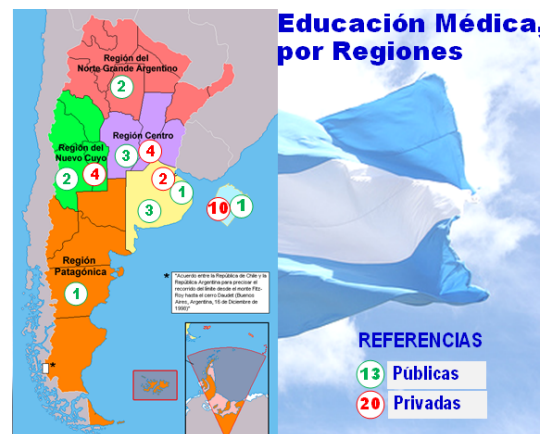
Este es el primer diálogo virtual con el tema de la Educación Médica, por esta razón es de carácter general. Los temas no se agotan en este primer diálogo y por lo tanto, se espera tener otros foros más adelante donde podamos compartir otras experiencias y discutir temas puntuales que requieran de un debate específico y de profundidad sobre algún tema que se elija de acuerdo a los intereses de todos los participantes.

Estos diálogos pretenden fundamentalmente compartir algunas experiencias novedosas, pero también, abrir la discusión sobre aspectos relevantes, sobre dudas, preguntas, objetos de trabajos no resueltos, generar la reflexión sobre múltiples aspectos de la educación médica, muchos de ellos bien complejos, que nos permitan abrir nuevos caminos y nuevas esperanzas. Este primer diálogo está orientado a **discutir porqué orientar los currículos hacia la APS y las comunidades y cuáles elementos curriculares, modalidades y estrategias educativas habría que considerar.**

3.1-Presentaciones del Diálogo Virtual

3.1.1-Los decanos de 13 facultades públicas de Argentina constituyeron en abril del 2011 el **Foro Argentino de Facultades y escuelas públicas de Medicina.** La presentación de la experiencia la realizó el Dr. Mateo Martínez, decano de la Facultad Nacional de Tucumán, con un previo saludo del Dr. Profesor Emérito Alfredo Buzzi, decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. El Foro propone:

- Aportar ideas y proyectos, efectuar recomendaciones y propuestas en el campo de la Educación Médica, como por ejemplo: los programas de los Ministerios de Salud y educación, los estándares y procesos de acreditación que lleva adelante CONEAU, entre otras cuestiones de interés para las carreras de medicina;
- Promover acciones de intercambio académico y científico de docentes e investigadores pertenecientes a las partes;
- Desarrollar programas de intercambio



estudiantil que permitan compartir situaciones de aprendizaje en distintos ámbitos académicos y geográficos;

- Adoptar medidas que permitan compartir recursos educativos de generación propia y base de datos bibliográficos;
- Integrar una red académico- asistencial como aporte solidario a la salud de poblaciones sub-atendidas del continente, adoptando entre otras medidas, la generación de guías académicas de diagnóstico y tratamiento de enfermedades regionales prevalentes, así como dar soporte con expertos propios a alternativas de segunda opinión médica a distancia.

El **Foro** propone contribuir con la generación de un contexto político e institucional, congruente con el fortalecimiento del poder de rectoría del Estado por sobre la lógica de mercado, y procura coadyuvar a morigerar la deuda que la educación superior tiene, en Argentina, con la sociedad de la cual se nutre.

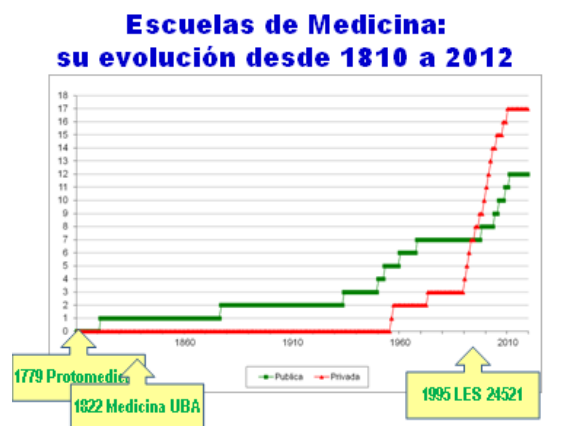
Como actor político busca contribuir a fortalecer la Rectoría, Regulación y Control; mejorar la prestación de Servicios Educativos; promover una nueva ley de educación superior; apoyar el fortalecimiento de la CONEAU; defender el concepto de la acreditación como responsabilidad pública; atender la emergencia en enfermería y; contribuir a mejorar prestación de servicios de salud.

Las acciones del **Foro** se han enmarcado en:

- Ronda de entrevistas con actores calificados en Educación;
- Reuniones en todas las escuelas médicas del país;
- Organización jurídica del Foro;
- Abordaje de problemas emergentes;
- Emprendimientos conjuntos;
- Organización de encuentros académicos;
- Organización para revisión de estándares

El **Foro** describe algunas certezas e incertidumbres alrededor de los posibles cambios en el rol del Estado, la distribución de las escuelas médicas, el refuerzo de una cultura de autoevaluación, la búsqueda de congruencia del graduado con la calidad y número de médicos que Argentina necesita, la promoción de estudios de eficiencia, los acuerdos en seguimiento del graduado, ayudar a transparentar el sistema educativo, disminuir el riesgo de emisión de títulos poco confiables, demandar la unificación de criterios nacionales, entre otros.

El consenso obtenido en el primer congreso realizado en Córdoba en junio de este año, que buscaba definir “el médico que el país necesita”, concluyó que “este Congreso del Foro, no “cierra” ningún debate, sino que abre puertas, tiende puentes, libera trabas, enciende llamas, marca rumbos, señala destinos. Todos los expositores, todos los



participantes, todas las visiones, han hecho hincapié en la necesidad de trabajar juntos, de integrar y equilibrar”.

En el mismo se expresó la necesidad de trabajar en un proceso de mejora continua en la formación del médico, reforzando las siguientes características:

- Que trabaje basado en la estrategia de Atención Primaria de la Salud, que es mucho más que primer nivel de atención;
- Que entienda todo el proceso de salud-enfermedad-atención, preocupado por el control del daño, pero también por la prevención, capaz de asistir al individuo y a la comunidad, y con una visión sistémica de los problemas;
- Que comprenda el ciclo de vida de las personas, las etapas vitales como estructurantes de la formación y del cuidado, integrando visiones sobre el género, la identidad sexual y la multiculturalidad; Que sea hábil para la escucha y la palabra, preocupado por mejorar la vida, y no solo prolongarla;
- Respetuoso de los derechos del medio ambiente y la sociedad, pero que atienda los nuevos problemas de salud la nación;
- Capaz de desempeñarse en ambientes de alta incertidumbre, improvisando, e integrando equipos de salud, evitando el “tribalismo” profesional;
- Capaz de investigar, aplicar, indagar, aprender continuamente en servicio, negociar situaciones, y liderar procesos como un servicio a su comunidad, con miradas interdisciplinarias, para promover el cambio social;
- Que conozca y comprenda su propio contexto laboral, el ambiente y las condiciones de trabajo en que se van a desempeñar, para equilibrar las libertades individuales y con el bienestar colectivo.

3.1.2- Pedro Greer Jr., MD, FACP, FACG, *Chair, Department of Humanities, Health, and Society, FIU- Herbert Wertheim College of Medicine, Florida International University*, presentó el movimiento “Beyond Flexner: Social mission in Medical Education” encabezado por 17 universidades de USA y una de Canadá.

Actualmente existe un fuerte movimiento en algunas universidades de diferentes estados de USA y Canadá para la transformación de la Educación Médica¹, que rompe en gran parte con el modelo tradicional biologista y centrado en la enfermedad. Este movimiento busca ir más allá de las propuestas elaboradas por Flexner hace un siglo, rompiendo con un ícono del pensamiento médico, que

Beyond Flexner

beyond
FLEXNER
Social Mission in Medical Education

Conferencia en Tulsa, Oklahoma
15 al 17 de mayo de 2012
USA

Patrocinada por:

- The W.K Kellogg Foundation
- The George Kaiser Family Foundation,
- The George Washington University,
- The University of Oklahoma School of Community Medicine
- The University of Tulsa

Representaciones de:

17 Facultades de medicina
USA y 1 de Canadá

12 Asociaciones,
Centros e instituciones
de Salud, Fundaciones

¹ Ver: Godue C y Borrell R. Ideas principales de la conferencia Beyond Flexner: Misión Social de la Educación Médica. Informe de la reunión de Tulsa, Oklahoma, USA, del 15 al 17 de mayo de 2012

ha estado enquistado tanto en la cultura de la educación médica como en la misma práctica y la organización de los servicios.

La definición más importante de la propuesta es la adopción por parte de estas escuelas que forman parte de este movimiento, de una misión y un compromiso social con la salud de las comunidades en las cuales se insertan y particularmente con el acceso a la atención de los más necesitados, es decir, aquellos que no disponen de seguros de salud ni de personal calificado para su atención.

La mayoría de ellas ha asumido un conjunto de retos para contribuir con sus propias comunidades a alcanzar un nivel de salud decente. Por todos es sabido que el sistema de salud de este país ha vivido en crisis por más de 6 décadas, por el alto costo de los servicios de atención, el número elevado de personas sin seguro de salud (32 millones actualmente) y la incapacidad del sistema político bipartidista de acordar una reforma que de cuenta ante todo de estos grandes problemas.

En este movimiento, las escuelas asumen un compromiso social con una población rural, urbana y sub-atendida en un espacio geográfico, que por las características del territorio nacional es amplio, donde están ubicados los distintos centros comunitarios de salud de cada estado, en los cuales se cumplen la formula idealmente concebida de aprender mientras se brinda un servicio, desde los primeros años de la carrera, en compañía de mentores supervisores de esa práctica de aprendizaje en los servicios y por un tiempo continuado donde el alumno se identifica con dicha comunidad, genera afectos, realiza investigación y comprende los elementos que determinan ciertas patologías y comportamientos. La experiencia clínica adquirida en estas localidades permite a los alumnos adquirir otros elementos culturales, sociales y clínicos muy distintos de los que podrían adquirir en un hospital de cualquier nivel y las evaluaciones muestran el nivel de satisfacción y compromisos de los alumnos.

El movimiento está consciente y comprometido con disminuir la escasez de los médicos en zonas rurales y sub- atendidas para lo cual trabajan con una serie de proyectos (*pipeline*) para atraer poblaciones de jóvenes para el estudio de la medicina y con inclinación hacia el trabajo comunitario. Este trabajo de atracción lo inician con estudiantes de término de la escuela secundaria, quienes también tienen alguna inserción en el trabajo comunitario.

El compromiso social pasa por otras decisiones importantes y novedosas en la estructura y contenido de los currículos, en los que se cambian las prioridades de la enseñanza en función de las necesidades de salud y de atención de las comunidades, incorporando además los determinantes sociales como orientaciones fundamentales de los procesos de salud-enfermedad. De esta manera se rompe con el esquema de enseñanza basado en la enfermedad,

El Movimiento de la Misión Social de la Educación Médica

Modalidades a considerar para el nuevo compromiso social	
1-Misión	5-Estructura y contenidos del currículo
2-Admisión	6-La experiencia clínica comunitaria
3-Matricula	7-Compromisos del post grado
4-Pipeline	8-Los educadores



con la segmentación de las disciplinas y el programa tradicional propuesto por Flexner. En algunas de las escuelas pudimos observar que los nombres de los departamentos se adecuan al nuevo modelo y a la nueva visión que se tiene del futuro médico.

Las grandes propuestas de cambio de este movimiento están centradas en la atención primaria y la medicina familiar y la propuesta de educación médica del pregrado va acompañada en la mayoría de los casos de ofertas de residencias en medicina familiar como un continuo de la práctica comunitaria, con la misma visión y el mismo compromiso.

Este movimiento, si bien está lejos de revertir todas las escuelas de medicina del país, por tratarse de la tierra del Dr. Flexner, representa un movimiento novedoso y atrevido, que está generando algunas olas en medio de discusiones encendidas sobre la reforma del sistema de salud, con discusiones paralelas de empresas de trabajadores de la salud que están tomando acciones decisivas para comprar paquetes de atención con enfoques de atención primaria y salud familiar.

La crisis del sistema, los costos de atención, las grandes inequidades del sistema de salud y la deshumanización de la atención son elementos que de manera significativa están influenciando a algunas escuelas a buscar nuevos parámetros de compromiso social para la formación del nuevo médico.

El Dr. Greer terminó su presentación haciendo una propuesta: *“la fuerza está en el número de Facultades y escuelas que trabajan con esta orientación y sugiero que vía la Organización Panamericana de la Salud se forme una organización de Facultades/Escuelas de Medicina que tengan este interés social para avanzar múltiples aspectos”*. También ofreció su Universidad o cualquier otra para iniciar las discusiones en función de esta propuesta.

3.1.3- El tercer expositor del *Diálogo on line* fue el Dr. Eduardo Hebel, decano de la Facultad de Medicina, de la Universidad de la Frontera, de Temuco, Chile, quien presentó la experiencia de dicha facultad señalando que la misión de la Universidad es: “La Facultad de Medicina de la Universidad de La Frontera define y funda su Misión en una concepción integral de la Salud como un componente esencial del bienestar de las personas y de la sociedad. Lo hace en el contexto de una Universidad estatal, pluralista y socialmente responsable. Cumple múltiples funciones entre las que se destacan las de docencia, investigación, extensión y gestión. Contribuye así, al desarrollo de la Región de La Araucanía y del país con calidad, innovación, participación y respeto a la diversidad”. De igual manera, han definido un nuevo perfil del médico que desean formar:

- El médico cirujano titulado de la Universidad de La Frontera, recibirá una sólida formación moral y ética, deberá demostrar respeto por la vida y deberá desempeñarse responsablemente en su quehacer profesional;
- Adquirirá una formación científica integral, **para desempeñarse eficientemente, especialmente en la atención primaria;**

- Deberá ser capaz de participar en actividades de educación de la población sana, diagnosticar los problemas de salud que el paciente o la comunidad presentan, realizar procedimientos técnicos básicos de diagnóstico, tratamiento y prevención y rehabilitación de los pacientes;
- Deberá demostrar la flexibilidad necesaria para adaptarse a diferentes situaciones, condiciones de liderazgo y capacidad de trabajo en equipo;
- Deberá ser permeable a los cambios, y flexible para adaptarse a las innovaciones, poseer hábitos de estudio que le permitan perfeccionarse permanentemente como también tener la capacidad de desempeñarse profesionalmente en distintos ámbitos como son hospitales, establecimientos de atención ambulatoria; en la comunidad, para actividades destinadas al fomento y protección de la salud.

Las prácticas de APS en números de semanas pueden verse en el cuadro contiguo. Las mismas se realizan en:

- Consultorios municipalizados
- Consultorios del Servicio de Salud
- Centros de Atención Primaria y Familiares
- Hospitales Periféricos
- Consultorios y hospitales Interculturales

Prácticas Profesionales Controladas		
Número de semanas dedicadas a la APS		
(Internados)		
■ Pediatría	(16sem.)	4sem. APS
■ Cirugía	(16sem.)	4sem. APS
■ Medicina Interna	(16sem.)	4sem. APS
■ Obstetricia y Gin.	(16sem.)	4sem. APS
■ Internado Rural	1 mes	
■ Subespecialidades	(16sem.)	4sem. APS

Respecto a los contenidos APS, se encuentran insertos en las siguientes asignaturas, niveles y métodos: módulos de Gestión y Administración, Medicina Interna, Medicina Familiar en Medicina Interna y en Pediatría, en Ginecología y Pediatría, en Salud Pública, en neurología, Salud Mental y en otras especialidades

El Dr. Hebel también habló del *PROGRAMA INTERNADO RURAL (P I R I)* conducido por el Departamento de Salud Pública Facultad de Medicina, que ha tenido como propósito “la creación de un modelo docente asistencial en atención primaria en salud que sirva como territorio comunitario para prácticas de internado rural interdisciplinario y que, tomando como eje articulador al subsistema de salud, genere desarrollo local”.

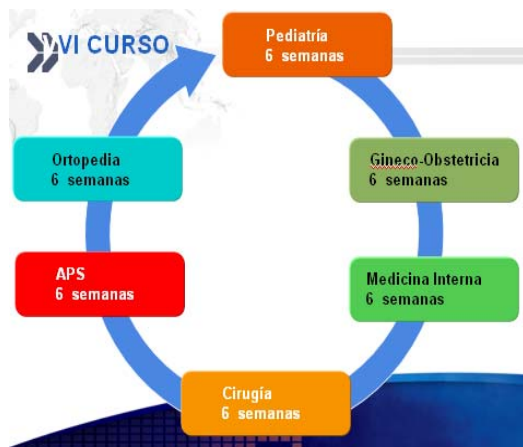
Las estrategias para la instalación y desarrollo del PIRI han buscado la inserción de los estudiantes y profesores respetando culturas locales, la formación de equipos interdisciplinarios, el enfoque territorial con la comuna como ámbito geográfico, la construcción participativa de necesidades y propuestas de la comunidad, la búsqueda de un equilibrio de lo asistencial y lo preventivo, privilegiar la alianza entre salud y educación, recuperar el “Saber popular” y las distintas expresiones del Arte como medio de comunicación y aprendizaje y, considerar a la Familia como unidad básica de trabajo.

También presentó el programa de formación de médicos especialistas en la atención primaria en el sistema público de atención de salud de Chile, el cual tiene por objetivo: “formar médicos en las especialidades de: Medicina Interna, Pediatría, Obstetricia- Ginecología, Psiquiatría de Adultos y de Niños, Neurología de Adultos, y en el futuro de otras especialidades necesarias en el primer nivel de atención, para que en el transcurso de su participación en el Programa contribuyan a mejorar la resolutivez de los establecimientos del nivel primario de atención, fortaleciendo además la interacción entre los componentes del Sistema Público de Atención y la vinculación social de las Facultades de Medicina y de los hospitales con la comunidad”. Sus objetivos específicos son:

- Contribuir a mejorar el estado de salud y la calidad técnica de la atención integral de salud de la población beneficiaria de los establecimientos del nivel primario donde se desempeñan los médicos especialistas en formación (EEF).
- Contribuir en la capacitación del equipo de salud del establecimiento y a través de ello mejorar su capacidad resolutivez y la satisfacción de su población beneficiaria con la atención recibida.
- Contribuir al desarrollo de estudios e investigaciones clínicas, epidemiológicas y operacionales del establecimiento respectivo, con el fin de mejorar el conocimiento acerca del estado de salud de su población y de la atención que se les está otorgando.
- Contribuir al fortalecimiento de la interacción en red entre los distintos componentes del Sistema Público de Atención de Salud.



3.1.4- El Dr. Armando Matute, decano de la Facultad de Ciencias Médicas, de la Universidad Nacional Autónoma de León (UNAN), Nicaragua, presentó la experiencia que desde hace algunos años están desarrollando.



La misión de la Universidad es contribuir a la transformación y desarrollo de la sociedad, mediante la generación y transferencia de conocimiento y la formación integral de profesionales de calidad en un contexto de procesos de integración y unidad regional a nivel centroamericano, en particular, Latinoamericano y del Caribe en general.

La organización curricular de la carrera de Medicina está fundamentada en: la planificación de la enseñanza por competencias; centrada en el estudiante; en el aprendizaje basado en problemas de salud y de la comunidad (ABP y ABC);

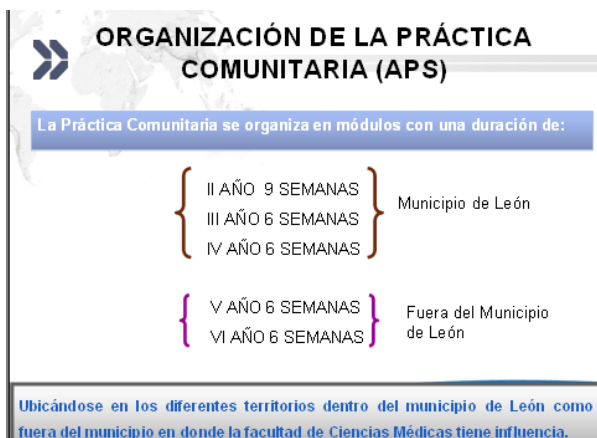
en el trabajo en grupos pequeños; en la integración a los servicios desde los primeros años de la carrera y organizada de manera flexible.

La unidad organizativa académica y administrativa básica de la concepción del Plan de Estudios es el *Módulo*, que integran las diferentes disciplinas, tomando como eje central, la solución de problemas prácticos, como por ejemplo el “*Sistema Respiratorio*”.

Los módulos permiten abordar los problemas de salud relevantes de manera interdisciplinaria, posibilitando que el estudiante se apropie y construya los conocimientos, habilidades y actitudes definidas en el perfil académico.

El currículo está estructurado sobre la teoría del enfoque pedagógico constructivista con una visión integradora.

Frente a los retos actuales y en concordancia con el modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOS AFC), la Facultad de Ciencias Médicas se ha comprometido a profundizar, mejorar y reorganizar su currículo, desarrollando la estrategia de APS en los diferentes escenarios comunitarios.



La Práctica Comunitaria es un proceso integrador en el que las tres partes UNAN/León, el Ministerio de Salud y la red comunitaria establecen relaciones de gestión y negociación, a través de la cual la población en general aprovecha el servicio institucional, conoce mejores formas de cuidar la salud de la familia y tiene una comunicación directa en la demanda de sus necesidades de salud.

Con estos acuerdos, el Ministerio de Salud, logra ampliar la cobertura de prestación de servicios y además establece una estrategia de prevención de enfermedades como el mejor servicio de salud y la Facultad modifica y eleva la formación profesional académica de sus estudiantes.

Como logros académicos se enumeran: la aplicación de los conocimientos teóricos, la mejora de las habilidades psicomotoras clínicas, el conocimiento del funcionamiento de las unidades de salud, la relación médico-paciente, el criterio médico en la resolución de los problemas de salud, la aplicación de criterios de referencia, el apropiado manejo de pacientes según las normas y protocolo del Ministerio de Salud, la capacidad de trabajar en equipo y el mejoramiento de las relaciones interpersonales.

Como logros institucionales del Ministerio de Salud se plantean: el aumento de las coberturas de los servicios de salud, la disminución del tiempo de espera de los usuarios para recibir atención médica en las unidades de salud, el fortalecimiento del nuevo modelo de atención y

la mejora de la calidad de atención a la población atendida por las unidades de salud con presencia de la *brigada médica*.

Los logros más significativos son los obtenidos por la propia comunidad, particularmente aquella que tiene dificultades de acceso a los servicios, ahora con atención permanente, con fomento de capacidades en los diferentes niveles comunitarios mediante educación continua y promoción de la salud a través de diversas técnicas educativas utilizando los medios locales de comunicación.

3.2-Debate

Durante una semana, los participantes reflexionaron y aportaron ideas sobre varios temas relacionados entre si como: la misión de las facultades, el perfil del nuevo médico, las competencias, el currículo y la APS, la relación Educación- Servicios, la gestión de la educación, la acreditación, el enfoque pedagógico y la formación de los docentes y el mercado médico. Para fines de este informe se han extraído sólo aquellas que generaron un mayor debate como: la misión, el perfil del médico, el currículo y la APS y la relación Educación-Servicios.

En relación a la **misión** de las facultades de medicina se argumentó lo siguiente:

- “Tenemos claro las bondades de la atención primaria como estrategia para abordar la problemática del sector y mejorar las condiciones de nuestra comunidades en salud?. Como formadoras como debemos replantear nuestros procesos formativos, manteniendo la calidad pero ratificando nuestro compromiso con la sociedad en la cual estamos inmersos y que debemos ir mas allá de ser simplemente formadoras?”.
- “Las universidades (al menos en Colombia) el papel de conciencia critica de la sociedad, hemos perdido protagonismo en el análisis y evaluación de las nuevas tendencias, hemos dejado en manos de otros ese papel o nos dedicamos simplemente a investigar o formar el recurso humano y.., debemos participar en el análisis y evaluación de los nuevos avances, proponer nuevas construcciones de futuro donde se propicie un desarrollo pleno en este caso del sector salud. Ya no nos atrevemos a crear utopías, o ha hacer contribuciones que transformen la realidad de nuestras zonas de influencia”.
- “Las universidades y los programas de salud debemos replantear nuestra misión, que interesante sería hablar de programas que forman recursos humanos que con sus conocimientos, destrezas y habilidades contribuyen a transformar las condiciones de salud y de vida de una comunidad o su zona de influencia, el como, queda en manos de cada proyecto de formación con sus propias estrategias y realidades. Esto necesariamente nos debe modificar nuestros planes de estudio, nuestro aporte como docentes y las competencias que debe reunir cada egresado”.
- “Considero que uno de los grandes desafíos es formar personas/estudiantes/profesionales y trabajadores de la salud a partir de los elementos,

componentes, procesos y principios de la salud pública y la atención primaria de la salud para desempeñarse en sistemas de salud que no están estructurados bajo esta estrategia”.

Sobre el **perfil** del médico se hicieron los siguientes aportes:

- “Retomando nuestro mundo como Facultades de Salud o Medicina, debemos estar atentos a nuestras condiciones epidemiológicas y demográficas y hacer a nuestros estudiantes y egresados coparticipes de las necesidades y respuestas que requieren nuestras comunidades. Nuestro egresado y estudiante debe encontrar su razón de ser en el sistema de salud en el cual esta inmerso, debe dar lo mejor de si al cuidado de la salud del individuo y el colectivo social”.
- “Nuestras realidades iberoamericanas son bastante parecidas, estamos viviendo por lo menos en nuestro país un cambio del modelo de atención biológica hacia una medicina social en la cual el profesional de la salud debe no solo saber atender la enfermedad sino conocer los problemas sociales que aquejan a esa población y participar en la prevención de los mismos, esto es lo que exige hoy la atención, sin embargo seguimos formando médicos que piensan en la especialización y no en la problemática de la sociedad, por lo tanto la Universidad debe dar un giro total en la formación de sus profesionales para lograr un médico preparado no solo para la atención sino para liderar los cambios sociales que amerita la sociedad, pero para ello la Universidad debe cambiar la forma de enseñar de sus docentes puesto que ellos todavía piensan en la medicina biológica y solo en el individuo enfermo y no en la comunidad y la epidemiología de sus problemas”.
- “Cuál es el perfil del Médico que debemos formar en las Universidades?, sin lugar a dudas el que necesitan nuestros países, por lo tanto la Universidad debe ser partícipe de los problemas de salud por los cuales la población se atiende en las unidades médicas especialmente los servicios públicos: y eso no ha estado sucediendo porque la Universidad está relacionada muy cercanamente con la práctica hospitalaria, dejando la atención de la comunidad a los primeros niveles sin la debida interrelación en los años superiores. El perfil del médico debe estar direccionado hacia un profesional con formación holística para atención integral del paciente, enfatizarse en la prevención y promoción de la salud, considerando que existen otros espacios fuera del ámbito hospitalario que tienen mucho que ver con la salud/enfermedad, con competencias desarrolladas en comunicación, liderazgo y con un profundo sentido de la ética. Nuestras Universidades deben desarrollar procesos de renovación de conceptos en los docentes para impulsar un cambio hacia un perfil del profesional que hoy necesita formar”.
- “Hemos dejado en manos de otros ese papel o nos dedicamos simplemente a investigar o formar el recurso humano y, debemos participar en el análisis y evaluación de los nuevos avances, proponer nuevas construcciones de futuro donde se propicie un desarrollo pleno en este caso del sector salud”.

En relación al **currículo y la APS**, los participantes consideraron lo siguiente:

- “Los nuevos enfoques de hacia donde debe ir la educación médica debe reconsiderar cual es el objeto de estudio de la medicina o del proceso formativo, más allá del proceso salud enfermedad o la enfermedad, una consideración como el proceso vital humano como objeto de estudio, en mas amplia, mas integral, reivindica el abordaje integral, interdisciplinario o el escenario. La Atención primaria en salud nos ofrece un panorama mas amplio, coherente con un nuevo modelo formativo y de mayor arraigo para el profesional generalista y la realidad de nuestra practica médica. Hay que desmitificar esa visión anterior que es Medicina de mala calidad o para poblaciones marginadas”.
- “Tal vez sea innecesario pero en un aspecto puntual y si se quiere periférico soy conciente que el término APS resulta bastante polisémico y que puede utilizarse en formas muy diferentes. Sin embargo sugiero ir acordando progresivamente que saquemos a la APS de la ubicación en algún lugar (rotaciones por APS) o por algún nivel del sistema de salud (me parece mejor denominar rotaciones por el primer nivel).Al pensarla como una estrategia, una agenda viva y dinámica de reforma del sector salud, la APS se puede pensar en función de las repercusiones de un sistema de salud que hace eje en las comunidades y en el primer nivel y reorienta desde allí el funcionamiento de los hospitales y de la alta complejidad. En un giro cultural casi Copernicano la educación médica puede contribuir, y mucho, a consolidar un cambio que es organizativo pero simultánea y fundamentalmente cultural”.
- “Creo que es necesario romper con el modelo *asignaturista*, basado en el desarrollo de los departamentos y en su forma de abordar unidisciplinaria del objeto de estudio de la medicina, en este orden de ideas se debe propiciar la interacción en los planes de estudio, diseñar estrategias integradoras de los contenidos del plan de estudios. Creo en el desarrollo de APS articulado en el quehacer del estudiante, no como un contenido o una materia del plan de estudios. En parte considero que esta visión *asignaturista* o centrada en el contenido como tal impide el desarrollo de la APS”.
- “Agradezco mucho la oportunidad y los conceptos y experiencias compartidas por todos, tuve oportunidad de participar en una mesa de trabajo sobre la reincorporación de la APS en los estudios de ciencias de la salud en Perú y pude ser testigo de que en la realidad particular de las universidades más tradicionales de mi país, el modelo universitario existente dificulta mucho la renovación de los currículos de manera tal que las evaluaciones, reformas y actualizaciones curriculares dejen de ser simplemente un cambio y recolocación de créditos y horas académicas de un curso a otro o de un año a otro, sin modificar la sustancia real, de un modelo centrado en el profesor y la institución a un modelo centrado en el alumno y con reconocimiento de la responsabilidad social que tienen las facultades de ciencias de la salud con la sociedad”.
- “Resulta imperioso, que en las propuestas curriculares de la formación de grado y posgrado (básicamente, los sistemas de capacitación en servicio: residencias y concurrencias), desarrollar dispositivos de aprendizaje que planteen y reflexionen

sobre la tensión existente entre lo que debería ser y lo que sucede realmente. Aquí se plantea la responsabilidad y posición que puede ir de la reproducción absoluta del modelo de atención imperante a la acción transformadora. Por lo que la apuesta sería que modelo formador y modelo de atención vayan medianamente en sintonía pero sabemos que podrían darse cambios en uno solo de los modelos sin registrar cambios en el otro; dado que el campo de la salud es un campo de disputa y tensión permanente de actores de los más diversos. Es en este sentido que me planteo... no habría que sumar al juego a más estructuras de gobierno, además de las clásicas y necesarias estructuras de salud y educación (por ejemplo, trabajo, desarrollo social o sectores que impacten sobre las políticas sociales)?”.

- “Tomando como base las especificidades de las enfermedades crónicas la organización de la atención primaria requiere revisar sus formas de abordaje y gestión; por consiguiente la formación de los trabajadores de la salud y los estudiantes tienen que desarrollar competencias específicas de cuidado individual, familiar y comunitaria a través del funcionamiento de redes y de equipos de trabajo. Requiere además conocer otras cuestiones, que a priori parecen alejadas a la práctica médica, como por ejemplo, los componentes ambientales, la gestión intersectorial, las metodologías participativas de construcción de conocimiento, etc. Por lo que consideramos que la categoría de cuidado puede resultar útil para repensar las prácticas de salud pero también para pensarla como organizadora de las mismas”.
- “Muchas palabras han tenido acuerdo de uso en nuestros ámbitos y campos y una de ellas es “equipo: equipo de trabajo, trabajar en equipo”. Muchos aprendizajes y modos de hacer se desarrollan a través de prácticas concretas en donde la vivencia, la reflexión y la producción se realizan antes, durante y después del proceso. Algo que no puede hacerse es aprender teóricamente a trabajar en equipo. A trabajar en equipo(s) se aprende trabajando en equipo(s). De esta manera los estudiantes tienen que probar y atravesar estos formatos y dispositivos de trabajo para llegar al campo de trabajo futuro con herramientas probadas y con una modalidad experimentada. Posiblemente la realidad nos proponga trabajar en simultaneidad de equipos de trabajo, desarrollando funciones de las más diversas; algunas relacionadas con nuestras competencias nucleares y otras más amplias y generales”.

Sobre la **relación de la educación con los servicios** se hicieron los siguientes aportes:

- “Creo que es una responsabilidad de todas las instituciones formadoras del talento humano, en este caso Medicina, forma profesionales en salud con vinculación a la comunidad, es un compromiso con la esencia de la medicina y la educación superior en nuestros países, el trabajo con comunidad no tiene distinción del origen de la Institución, sea pública o privada”.
- “Es fundamental involucrar la academia en la red de servicios y en los espacios de APS, creo que para esto sería interesante la experiencia que desarrollaron los proyectos UNI con el apoyo de la Fundación Kellogg, creo en el desarrollo armónico y articulado de servicios de salud, academia y comunidad, manteniendo los objetivos

misionales se pueden desarrollar propuestas conjuntas, al fin y al cabo el servicio de salud será mañana el empleador y el ente rector del sistema de salud, la comunidad no es solo objeto es protagonista en el proceso de salud. Estoy seguro que si el estudiante y por ende el docente se involucra en el quehacer del servicio, el estudiante se apropiara del modelo que mañana vivirá en su practica, se le facilitara el aprendizaje (aprender haciendo). Los docentes y el proceso formativo serán más acordes con el modelo de práctica”.

- “Los problemas y las dificultades son muchas, desde el papel que debe jugar el estado como ente rector, los ministerios de salud deben estimular el desarrollo de planes de estudio (respetando la llamada autonomía universitaria) con núcleos básicos de formación afines a las políticas públicas, no podemos seguir académicos y estado/servicios cada uno por su lado”.

4- Conclusiones y seguimiento:

Este foro virtual ha mostrado una riqueza de experiencias novedosas de la formación de médicos por parte de universidades de América Latina, USA y Canadá; seguramente ha abierto expectativas a otras facultades de medicina para seguir avanzando en los cambios requeridos en la educación médica, aprendiendo de la creatividad de otros, de las preguntas que se han planteado y de las soluciones que han ido desarrollando. Sin dudas, este diálogo ha generado nuevos contactos entre instituciones y personas de distintos países y ámbitos de trabajo y ha contribuido con un espacio lleno de información para seguir abriendo caminos y construyendo nuevos pasos en la transformación de los perfiles de médicos que necesita el continente.

En este diálogo no se agotan todas las preguntas complejas que tienen la educación médica y los servicios de salud para atender con equidad a la población de cada país. Se propuso una pregunta muy amplia de inicio: **porqué orientar los currículos hacia la APS y las comunidades y cuáles elementos curriculares, modalidades y estrategias educativas habría que considerar.**

Por la complejidad del tema, el mismo no se agotó en su totalidad. Hay muchos puntos para seguir debatiendo y reflexionando tanto en los aspectos conceptuales, los metodológicos, así como aspectos propios de la educación y el consenso entre los docentes, como los relativos a la administración universitaria y su complejidad para establecer un nuevo modelo educativo.

Se espera que a través de la Página del Observatorio podamos seguir con este tipo de encuentros y además, compartir nuevas experiencias, documentos científicos y técnicos, informes de encuentros, así como artículos de interés sobre todos los temas de la educación médica.

Aprovechamos este cierre para agradecer nuevamente a las facultades de medicina que participaron con sus experiencias, a los expositores del *diálogo on line* y a todos los participantes que de manera entusiasta hicieron su aportes y reflexiones en el *foro asincrónico*.