



La misión social de la educación médica para alcanzar la equidad en salud

*Manaus, Brasil
10-12 de septiembre del 2014*



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud

OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**

La misión social de la educación médica para alcanzar la equidad en salud

Informe de la reunión

Manaus, Brasil

Relatores:

Fernando Menezes
Rosa María Borrell



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud

OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**



Tabla de contenidos

Introducción	5
Apertura y orientaciones para la reunión	7
Beyond Flexner: un movimiento que avanza en Estados Unidos de América	9
La función de las facultades de medicina para mejorar la salud de todos.....	9
<i>University of New Mexico</i>	<i>9</i>
La visión del Ministerio de Salud de Brasil	13
<i>Secretaría de Gestión del Trabajo y de la Educación en Salud</i>	<i>13</i>
La visión del Ministerio de Educación de Brasil	15
<i>Residencia Médica (CNRM) del Ministerio de Educación.....</i>	<i>15</i>
La misión social de la educación médica: principales modalidades de cambio y experiencias de países	17
<i>Morehouse School of Medicine, Estados Unidos de América</i>	<i>17</i>
<i>Universidad de la Matanza, Argentina</i>	<i>18</i>
<i>Universidad Nacional de Brasilia, Brasil</i>	<i>19</i>
Requisitos docentes y asistenciales indispensables de los centros comunitarios de salud del primer nivel de atención	21
<i>Universidad Nacional de San Antonio Abad de Cusco, Perú</i>	<i>21</i>
<i>University of New Mexico, Estados Unidos de América</i>	<i>22</i>
<i>Northern Ontario School of Medicine, Canadá</i>	<i>23</i>
Experiencias exitosas de enseñanza y aprendizaje en centros asistenciales comunitarios del primer nivel de atención	25
<i>Universidad de la Frontera, Chile</i>	<i>25</i>
<i>Universidad Federal de Rio Grande del Norte, Brasil</i>	<i>26</i>
<i>Programa de Educación por el Trabajo para la Salud-Redes de Atención a la Salud, Brasil.....</i>	<i>27</i>
Recursos Humanos de Salud: de las miradas nacionales al contexto global	29

Conclusiones de los trabajos de grupo	31
<i>Grupo 1. Conceptos, indicadores y sugerencias a ser tenidas en consideración para la instrucción sobre el avance de la misión social de las escuelas de medicina</i>	<i>31</i>
<i>Grupo 2. Requisitos indispensables para los procesos de enseñanza y aprendizaje de los centros comunitarios en el nivel de atención primaria</i>	<i>33</i>
<i>Grupo 3. Recomendaciones pedagógicas para el aprendizaje en centros y espacios comunitarios a nivel de atención primaria</i>	<i>34</i>
Comentarios, consideraciones y recomendaciones de los grupos.....	37
Recomendaciones generales de la reunión.....	39
<i>Sobre la Misión Social de la Educación Médica.....</i>	<i>39</i>
<i>Sobre la relación Educación/Salud</i>	<i>39</i>
<i>Sobre el desarrollo curricular.....</i>	<i>39</i>
<i>Sobre estrategias compartidas entre las escuelas/facultades de la región de las Américas</i>	<i>40</i>
<i>Sobre el papel de la Organización Panamericana de la Salud</i>	<i>40</i>
Referencias	41
Anexo I. Lista de participantes	43
Anexo II. Agenda desarrollada.....	47



Introducción

En las últimas décadas, la Organización Panamericana de Salud (OPS) ha participado activamente en la construcción y apoyo de iniciativas, estrategias y políticas importantes para el desarrollo de todos los sectores de la salud. Afortunada y paralelamente, la región de las Américas experimenta un período de consolidación democrática e inclusión social sin precedentes. Sin embargo, incluso con un crecimiento económico notable, las desigualdades persisten.

La inequidad resultante y sus impactos pueden ser contrastados tanto con indicadores económicos, 40% de la población de América Latina y del Caribe reciben menos de 15% de la renta total (1), como con indicadores de salud relacionados a la desigualdad y a la pobreza. En esta coyuntura dinámica, se han generado nuevos perfiles epidemiológicos, en los cuales coexisten e interactúan causas y efectos de los determinantes sociales de salud.

En esta realidad, el desafío de asegurar vidas saludables y promover el bienestar para todos en todas las edades (2) tiene, en la garantía del acceso universal a la salud y de la cobertura universal de salud, una estrategia regional fundamental. La adopción de esta estrategia por los países de la Región implica establecer prioridades específicas para cada país dentro de un conjunto de acciones intersectoriales. En el centro de estas prioridades comunes, emerge el tema de los recursos humanos para la salud (RHS).

Para este tema específico de Recursos Humanos, la resolución sobre el acceso universal a la salud y la cobertura universal (3), propone de manera prioritaria lo siguiente:

- *“mejorar la capacidad de recursos humanos en el primer nivel de atención, aumentando las oportunidades de empleo con incentivos y condiciones laborales atractivas, particularmente en las áreas subatendidas;*
- *consolidar equipos colaborativos multidisciplinarios de salud;*
- *garantizar el acceso de estos equipos a información de salud y a servicio de telesalud, incluida la telemedicina;*
- *introducir nuevos perfiles técnicos y profesionales, fortaleciendo los ya existentes, en función del modelo de atención que será implementado para el logro del acceso universal a la salud y a la cobertura universal de salud”.*

Esto significa tener recursos humanos con un nuevo perfil de capacidades, actitudes y competencias orientado hacia la Atención Primaria en Salud (4), en cantidad adecuada y con las calificaciones establecidas por cada sistema nacional de salud.

Desde el punto de vista de la formación de recursos humanos para la salud, para alcanzar los cuatro objetivos anteriormente citados, será necesario y fundamental establecer acciones educativas y de integración al servicio.

Algunas de estas acciones educativas ya fueron identificadas en la reunión sobre “Educación Médica para la Atención Primaria en Salud”, realizada en Buenos Aires en diciembre de 2012 (5), las cuales son:

- trabajar de manera intersectorial, explicitándolo en la misión y en los valores de las instituciones de enseñanza superior (IES); particularmente en las facultades y escuelas de medicina y otras de ciencias de la salud.
- desarrollar la socialización entre los miembros de las escuelas y facultades y las comunidades, con el objetivo de favorecer la integración entre los programas y currículos con la realidad local de atención primaria a la salud;
- establecer procesos diferenciados de selección y reclutamiento de jóvenes para la carrera médica.

En esta propuesta, la Atención Primaria a la Salud (APS) es el centro del desarrollo curricular y el principal campo para el aprendizaje, para lo cual se requiere establecer vínculos permanentes entre las instituciones educativas y la comunidad; direccionar los procesos de formación de los estudiantes y el desarrollo de la docencia y de la investigación hacia necesidades de la población local y ampliar el sentido de la misión institucional más allá del campo de la educación.

El propósito de la reunión de Manaus fue compartir las experiencias entre las escuelas y facultades de las Américas que están intentando avanzar hacia una nueva misión social, y que ejercen un papel colaborativo para lograr la equidad en la atención primaria, en la integración a los servicios, en la integración con la comunidad y para desarrollar la interdisciplinariedad.

La OPS/OMS promueve la búsqueda de una visión común de la misión social de las escuelas médicas y de sus compromisos con objetivos específicos tales como avanzar en las transformaciones curriculares necesarias, definir procesos de educación permanente para los docentes y generar esquemas y prácticas integradas y multiprofesionales, entre otras.

El Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción (PALTEX), un programa de cooperación técnica de la OPS/OMS, es parte de la Unidad de Recursos Humanos para la Salud y, por más de cuatro décadas viene apoyando la formación de recursos humanos en América Latina, a través de la oferta de materiales educativos y talleres como éste. El PALTEX está permanentemente siendo renovado para estar a la vanguardia de cambios de paradigma en la educación médica y del resto de las carreras de las ciencias de la salud, sus métodos y tecnologías, haciendo de la excelencia en la formación del personal de salud, uno de los requisitos para alcanzar el acceso universal a la salud y la cobertura de salud universal de salud.

Al evento fueron invitados directores y coordinadores de varias escuelas médicas en la Región, asociaciones profesionales y representantes de los ministerios de salud y educación de Brasil, para discutir este compromiso con la misión social de las escuelas médicas.

Todas las presentaciones, vídeos y entrevistas realizadas con cada uno de los invitados, así como los documentos con los resultados de esta reunión de trabajo, han sido compartidos en el Observatorio Regional de Recursos Humanos en Salud, de la OPS/OMS (www.observatoriorh.org).



Apertura y orientaciones

La apertura de la reunión estuvo coordinada por el anfitrión, el Rector de la Universidad del Estado de Amazonas, Profesor doctor Cleinaldo de Almeida Costa, y por los representantes de los Ministerios de Salud, Profesora doctora Eliana Goldfarb Cyrino, y de Educación, Profesor doctor Francisco Arsego de Oliveira, de la Comisión Nacional de Residencia Médica, y por el consultor del área de Recursos Humanos de la OPS/OMS en Brasil, doctor Felix Rigolli.

Fueron expresadas palabras inaugurales de acogida, agradecimiento y expectativas generadas por la realización de este importante evento para el avance de las políticas públicas y de integración entre el sector educacional y los servicios de atención a la salud.

Orientaciones para la Reunión

La doctora Rosa María Borrell, jefe interina de la Unidad de Recursos Humanos para la Salud de la OPS/OMS, presentó las orientaciones generales para la reunión, destacando la importancia del encuentro y el desafío que las instituciones educacionales tienen en la promoción de la equidad y en el fortalecimiento de la salud de la población.

Estos desafíos imponen una reflexión colectiva a lo interno de cada institución para redimensionar la misión social de las escuelas y facultades de medicina en este nuevo contexto social y económico de la Región y de cada uno de los países, en el marco del acceso universal a la salud y de la cobertura universal de salud, para promover una integración completa con la comunidad y para responder a las necesidades de transformación de la sociedad en la cual están inmersas las escuelas/facultades.

Los aspectos relacionados con una educación médica direccionada hacia la APS fueron previamente discutidos en la reunión de Buenos Aires en el 2012 (5) (www.observatoriorh.org). Los cambios en los paradigmas educacionales y la integración de las escuelas a las comunidades y a los servicios de salud están en marcha en muchos países y escuelas. Es importante incluir en la misión institucional no solamente estos cambios, sino también explicitar el compromiso con la misión social (6).

Al final de la reunión, se espera haber definido los conceptos, haber propuesto indicadores para la evaluación de la misión social de las escuelas y haber señalado recomendaciones para la construcción de una metodología de aplicación. Además, se espera definir los requisitos indispensables para la formación de médicos en los centros comunitarios de salud y recomendar acciones para el desarrollo de procesos de enseñanza-aprendizaje en estos escenarios de la APS.

La reunión se inició con dos presentaciones sobre cambios del modelo de formación en Brasil, que representan los puntos de vista de los Ministerios de Salud y de Educación, seguidas de dos presentaciones sobre la cobertura universal de salud y la misión social de la educación médica. Posteriormente, hubieron tres paneles como introducción al trabajo de grupo:

- la misión social de la educación médica: principales modalidades de cambio y experiencias de países;
- requisitos docentes y asistenciales indispensables de los centros comunitarios de salud del primer nivel de atención;
- experiencias exitosas de enseñanza y aprendizaje en los centros asistenciales comunitarios en el primer nivel de atención.

La reunión permitió el trabajo conjunto entre los participantes, considerados agentes de cambio. El evento estimuló y facilitó la integración entre las escuelas, representantes de los ministerios brasileños, pertinentes a la educación y a la salud, y gestores de estos sectores. Al reforzar la necesidad de sinergia entre los diversos agentes de cambios, se esperó encontrar un consenso a partir de los temas centrales de los paneles citados anteriormente.

El programa incluyó dos visitas: la primera para conocer las instalaciones de la Universidad del Estado de Amazonas y su curso de medicina; y la segunda, para presenciar el escenario de prácticas en uno de los Centros de Salud de la Familia en Manaus.

El último día, se presentaron las experiencias y los resultados del PALTEX, del Observatorio de Recursos Humanos en Salud de la OPS y del Campus Virtual de Salud Pública (CVSP), seguidos de una dinámica en plenaria para el establecimiento de acuerdos y compromisos y la presentación de conclusiones preliminares del evento.



Beyond Flexner: un movimiento que avanza en Estados Unidos de América

La función de las facultades de medicina para mejorar la salud de todos **Arthur Kaufman, MD – University of New Mexico, Estados Unidos de América**

El doctor Arthur Kaufman inició su presentación afirmando que ha habido un movimiento real de los pensadores en la educación médica, no solamente en cuanto a la calidad de médicos que se están formando, sino en la repercusión que estos egresados tienen en la salud de las comunidades que sirven y en el impacto que los centros de salud académicos tienen en la salud local. Aunque estos centros no controlen el sistema de prestación de servicios de salud, se debe encontrar la manera de vincularlos al sistema.

Resaltó la importancia de encuentros como éste, que permiten intercambios de experiencias, promoviendo la integración en un mundo global. Citó como ejemplos, las experiencias locales que él conoce en Brasil, como las de Londrina, en la Universidad Provincial de Londrina (UEL), quien hace un excelente trabajo junto a la comunidad, y en Roraima, la Universidad Federal de Roraima (UFRR), en la cual se promueve la inclusión de los pueblos indígenas en el curso de medicina. Enfatizó que es importante conocer estos nuevos caminos, pues estos cambios son críticos y necesarios para corregir fallas aún existentes en los modelos actuales de formación de médicos.

Avanzando más allá del campo educacional, argumentó que el mundo está dividido entre los que tienen y los que no tienen. Esta disparidad es la promotora de acontecimientos en cadena. Citó la cuestión de la inmigración ilegal, que se asocia a la baja calidad de la atención a la salud en ciertas localidades, y los datos basados en el coeficiente Gini, demostrando una concentración de riqueza en las manos de pocos y anticipando desigualdades en varios aspectos del campo social.

Estas disparidades socioeconómicas según algunos análisis son una de las fuerzas promotoras de la baja calidad de la atención a la salud. Entretanto, no es solamente en otros países, pobres o en desarrollo, que esto ocurre. Al observar los Estados Unidos de América, las disparidades también ocurren entre sus estados, sus ciudades y las periferias que las componen. Nuevo México es un ejemplo de cómo esto funciona: los pobres fueron empujados a vivir en la periferia. A partir de ahí, la inadecuación de la habitación promovió un desequilibrio muy importante, constituyendo en uno de los determinantes sociales de salud más evidentes.

Desde el punto de vista de la educación médica ¿cómo hemos llegado hasta hoy? En 1910, Abraham Flexner, en su informe de evaluación de las escuelas de medicina de Estados Unidos de América, recomendó el alineamiento completo entre las escuelas de medicina y las mayores universidades, el desarrollo de investigación, la vinculación de la práctica educacional a los grandes centros médicos, entre otros. Recomendó, también, cerrar la mitad de las escuelas y disminuir el número de graduados en un tercio.

El modelo propuesto por Flexner pasó a ser dirigido por la investigación y por las subespecialidades. Se observó que el entrenamiento se da preferencialmente en grandes hospitales, desconectados completamente de las necesidades de la población. La decisión quedó en manos de los departamentos de las especialidades, con enfoque exclusivo en las enfermedades. Además, el financiamiento otorgado a la investigación no aborda cuestiones prioritarias para la comunidad, como el alcoholismo, el embarazo en la adolescencia y la violencia.

En este período se creó un sistema de clasificación de las escuelas, que no tiene en consideración el estado de salud de la población adjunta, sino que está basado en soportes y aspectos cuantitativos, en la captación de recursos para la investigación, sin gran énfasis en el proceso de formación.

Esto es naturalmente un fallo y se necesita discutir si no estamos profundizando en las disparidades vistas en la sociedad. Reforzando la disparidad, la composición del cuerpo docente no es representativa de la composición social local o regional. Resultado: una camada predominantemente rica no se relaciona con las necesidades de los más pobres. En el caso de los Estados Unidos de América, las poblaciones étnicas que hoy son minoría podrán 'ser la mayoría en el conjunto de la población. Si fuera mantenido el status quo, significaría la creación de más barreras de acceso para la atención a la salud en un país con gran diversidad. Esto es lo que llamamos efectos colaterales del modelo actual de educación médica en los Estados Unidos de América.

En este contexto, cualquier cambio de paradigma significa un gran desafío: promover cambios en un país, en el cual, en una misma localidad, las diferencias de longevidad son evidentes en comunidades vecinas; hacer que las escuelas empiecen a mirar hacia los contextos locales, desafiar la educación médica tradicional y sus ya establecidos métodos y establecer un nuevo conjunto de principios.

El profesor Kaufman señaló dos trabajos como muy importantes en este proceso: el primero, un levantamiento hecho por la Asociación Americana de Escuelas Médicas sobre lo que la escuela debería estar haciendo en la formación; y el trabajo del profesor Fitzhugh Mullan sobre la misión social de la educación médica (7).

Según Mullan, a partir de estos trabajos fueron creados nuevos indicadores para evaluar la misión social de las escuelas médicas. Se añadieron pertinencia y relevancia social, con una mirada en la corrección de la inequidad. Se le confirió la debida importancia a: 1.) cuál es la representatividad social y étnica de los alumnos principiantes; 2.) dónde trabajan los egresados, en qué localidad, si son o no comunidades carentes, y 3.) si actúan en la atención primaria a la salud.

El estudio "Más allá de Flexner" ayudó a revisar la misión social de las escuelas médicas. La misión debe explicitar la salud de las minorías, los compromisos con las áreas de servicios inadecuados, la representatividad de médicos de todas las etnias y grupos sociales y con la salud de la comunidad local y regional. Para que esto ocurra, se recomienda a los programas que surgen de este patrón de misión que tengan como metas específicas: una diversidad de los principiantes, representativa de la comunidad; y una integración entre todas las etapas de formación, desde la escuela secundaria hasta la posgraduación.

El cumplimiento de la misión social no puede ocurrir sin que haya estos cambios en los siguientes componentes estratégicos: 1.) el modo de selección y admisión de los estudiantes tiene que contemplar estudiantes oriundos de las regiones menos favorecidas, zona rural y áreas remotas. Dar preferencia a las personas que prestaron servicios comunitarios y estudiantes con bajo desempeño en la evaluación del MCAT; 2.) el esquema curricular debe ser

adecuado a las propuestas contenidas en la misión y conceder una certificación o un grado en salud pública; 3.) permitir una predominante exposición a la atención primaria; 4.) realizar el estudio de los determinantes sociales de la salud y 5.) proyectos que aborden las necesidades de la comunidad.

Es importante descentralizar la formación, ampliando el concepto de lo que es el escenario de práctica, para utilizar localidades geográfica, social y étnicamente diversas. Hacer convivir en este modelo lo rural y lo urbano, los migrantes o las culturas y lenguas diversas. La clave está en el trabajo de equipo.

El trabajo debe ser hecho con mentores y con la adopción de modelos ideales de la profesión y de la práctica profesional, componiendo un cuadro que integre graduación y residencia médica. Dos ejemplos son presentados como iniciativas modelo: la clínica longitudinal para el pobre y el cuidado pragmático. La evaluación de las escuelas debe cambiar: evaluar y clasificar las escuelas, con base en la atención primaria, en la inclusión de las minorías y en el atendimento a las áreas desfavorecidas .

En resumen, una evaluación sobre lo que está cambiando en el espacio territorial de alcance de la escuela en cuatro aspectos: acceso, prevención y tratamiento, uso del hospital (solo cuando sea necesario) y vida saludable. Los resultados deben ser presentados en la forma de cambio de la realidad.

Siguiendo los cambios sugeridos, ¿qué vendrá después de lo que sugirió Flexner?

Se creará y colocará en práctica una nueva definición de territorio para trabajar la misión social de las escuelas, integrada a una “ciencia de las ciudades”, partiendo de la identificación de puntos críticos, y de las necesidades de la comunidad. En la práctica, mapear necesidades y carencias, contemplando no solo los componentes tradicionales de salud y promover una ampliación para la incorporación de la ciudadanía.

Un ejemplo de cómo esto viene siendo trabajado está en el concepto propuesto por la Universidad de Oklahoma, en Tulsa, “la escuela médica como una utilidad de la ciudad, alcanzando diversas dimensiones e integrando todas las otras necesidades locales.” Por ejemplo, en determinadas regiones, donde prevalecen cuestiones de naturaleza legal, se asocia a la unidad de salud, una clínica de naturaleza jurídica para solucionar estas cuestiones.

En la misma ciudad, después de la identificación de los temas de salud y áreas de alto riesgo, equipos, estrategias y programas son desarrollados para intervenir en esta realidad. En estos temas, se incluyen los niños abandonados, el vicio a las drogas opioides, o la diabetes de tipo I, en programas comunitarios de tratamiento asertivo.

Se recomienda una coordinación regional de cuidado integrada al intercambio de informaciones, referencia y gerenciamiento de las consultas. En resumen, tener una visión de trabajo en el futuro que incluya los determinantes sociales de la salud. Tener en consideración cuestiones entrelazadas, como por ejemplo, la naturaleza económica de los problemas de salud, o la identificación de experiencias adversas de la infancia responsables por enfermedades crónicas. Para que esto ocurra, deberá crearse una red de nuevas sociedades, con el objetivo común de mejorar las condiciones de salud para todos.



La visión del Ministerio de Salud de Brasil

Secretaría de Gestión del Trabajo y de la Educación en Salud de Brasil- Profesora Eliana Cyrino

La profesora Eliana Cyrino, Directora de Programas de la Secretaría de Gestión del Trabajo y de la Educación en Salud del Ministerio de Salud de Brasil, presentó una visión general del Sistema Único de Salud (SUS) y de las atribuciones del Ministerio y detalló los cambios en el modelo de formación de médicos en el país generados por la ley que creó el Programa Más Médicos.

Brasil adoptó en su Constitución Federal de 1988, originada en la redemocratización del país, un principio fundamental: la salud como derecho de todos y deber del Estado. Para tal fin, es deber del SUS ser el ordenador de los recursos humanos.

Por otro lado, la ley creó un sistema de salud para funcionar de forma descentralizada, donde las universidades poseen autonomía en sus prerrogativas educacionales. En el primer caso, los estados y municipios brasileños definen cómo se van a desempeñar las acciones de salud en los diferentes niveles de atención y cómo establecen los tipos de vínculo de trabajo para tal finalidad. En el modelo propuesto, la atención básica (primaria) es responsabilidad de los municipios, con soporte financiero del Gobierno Federal.

En el año 2003, se creó la Secretaría de Gestión del Trabajo y de la Educación en Salud (SGTES) dentro del Ministerio de Salud, para trabajar con la complejidad de integrar el mundo de trabajo con la formación de los recursos humanos de salud. La SGTES es responsable de fomentar los cambios en los cursos de graduación y de formación de especialistas por medio de la residencia médica. Actúa, además, como el soporte al nivel medio del profesional técnico en salud, en educación permanente y en el planeamiento de la provisión de los recursos humanos en salud.

De esta manera, varios proyectos de reorientación de la formación profesional y del cambio de perfil del profesional de salud para el SUS fueron desarrollados en el ámbito de la SGTES.

En el caso específico del *Programa Más Médicos (PMM)* diversas etapas fueron cumplidas, como fue el diagnóstico de la carencia de médicos en la atención básica, principalmente en los municipios pobres y en las regiones más alejadas de los grandes centros del país y en sus periferias, utilizando la métrica de la relación entre el número global de médicos (todas las especialidades) por mil habitantes. Para alcanzar la meta de 2.7/1000 habitantes fue estimado un déficit de 53 mil médicos.

En el año 2012 fue creado el *Programa de Valorización de Atención Básica (PROVAB)*, dirigido hacia estos municipios con escasez de médicos y otros profesionales de salud. El programa tenía la finalidad de llevar a los recién graduados de medicina, enfermería y odontología a trabajar en la atención básica con remuneración federal y a los médicos específicamente se les ofrecía una bonificación de 5% para el examen de entrada para la residencia médica.

Por lo tanto, el programa “Más Médicos” vino a consolidar una serie de acciones estructuradoras, integradas en el ordenamiento, la regulación y la calidad del sistema, lo que permitió una ampliación y mejora de la infraestructura y del aprovisionamiento emergente de médicos para regiones carentes y desatendidas.

Como no hubo ocupación de médicos brasileños para todos los puestos de trabajo en áreas y municipios carentes, se realizó un llamado internacional. Una tercera etapa resultó en la contratación de médicos especialistas en salud de la familia de origen cubano y de otras nacionalidades.

El componente más importante del programa se concentró en el eje de formación de médicos, incluyendo siete acciones principales:

1. Establecimiento de nuevas directrices curriculares nacionales para los cursos de graduación en medicina, con un nuevo paradigma: médicos con formación inicial para atender las necesidades de la población.
2. Establecimiento de una evaluación del estudiante cada dos años, para estimar el progreso.
3. Exigencia de un período mínimo de un año en medicina general o atención básica previa a la entrada en la residencia médica para las distintas especialidades.
4. Ordenación y regulación compartida entre los Ministerios de Educación y de Salud.
5. Descentralización de la formación, llevándola para las regiones más necesitadas.
6. Exigencia de un contrato formal entre la institución educacional y el gestor local de salud, para el desarrollo de las actividades prácticas en la red de atención.
7. Ampliación del número de plazas de residencia médica, con el objetivo de universalizar el acceso para todos los egresados.

Finalmente, se enfatizó que el programa prevé el aumento progresivo del número de principiantes en los cursos de medicina, considerando fundamentalmente las regiones con vacío educacional y la disponibilidad de una red de salud con potencial para la formación. Un nuevo modelo de educación permanente compondrá también la acción estructural. Las acciones colocadas en práctica permitirán que Brasil pase de los actuales 374 mil médicos a 600 mil en el 2026, con un nuevo perfil profesional.



La visión del Ministerio de Educación de Brasil

Comisión Nacional de Residencia Médica (CNRM) del Ministerio de Educación. Profesor Francisco Arsego de Oliveira.

El profesor Francisco Arsego de Oliveira, Coordinador de la Comisión Nacional de Residencia Médica (CNRM) del Ministerio de Educación, presentó los desafíos actuales de la formación de especialistas en el país.

La presentación mostró el cuadro complejo y los diversos actores que actúan en la formación médica brasileña. Según él, la palabra más escuchada hoy en Brasil es “desafío”. A pesar de la responsabilidad del Sistema Único de Saúde (SUS) para definir la atención a la salud y sus líneas de cuidado, existe un modelo cohesionado, que incluye corporaciones profesionales y educacionales, Gobierno —incluyendo las instituciones públicas federales, estatales y municipales, la de control de calidad, asociaciones educacionales y políticas, entre otras.

La complejidad no es un tema nuevo en el área de la salud. Hace una década, el British Medical Journal lanzó un volumen dedicado a este tema de salud. Se sabe que hay necesidad de cambios en la formación, pero no se sabe cómo o cuál es el camino. Por lo tanto, hay una necesidad apremiante de ser creativo e innovador ante este estado de diversos paradigmas existentes, proponiendo alternativas que contribuyeron a la coherencia para beneficio del sistema de salud y de las personas.

La constatación de que es necesario cambiar hizo al Estado Brasileño moverse, con la aprobación por el Congreso Nacional de la ley que creó el *Programa Más Médicos*. Un programa mucho más abarcador, en su concepción y ejecución.

El programa colocó la cuestión de los recursos humanos y de la atención primaria en el centro del debate sobre salud. Sus ejes principales abarcan los procesos de graduación y posgraduación, tales como la definición de los perfiles y competencias para el atendimento de las necesidades de la comunidad y del SUS, la definición de directrices nacionales (DNC), y la construcción curricular y regulación de la apertura de nuevos cursos. Se partió de una definición de la infraestructura compartida salud/educación, para el establecimiento de un contrato obligatorio entre la escuela y el gestor local de salud, en forma de un contrato organizativo de acción pública enseñanza/servicio.

En Brasil, la cuestión de la provisión de médicos está siendo tratada con una innovación: **el foco en la formación para la APS**. Además de nuevas directrices curriculares nacionales, el Consejo Nacional de Educación aprobó un proceso de “evaluación del progreso” de los estudiantes de medicina a cada dos años.

En la formación del especialista, por la modalidad de entrenamiento en servicio, la residencia médica garantizará plazas para todos los egresados en las áreas prioritarias, con una pasantía obligatoria, mínima de un año en atención primaria para los programas sin acceso directo. De este modo, se facilita la regulación del número de especialistas para atender las necesidades del Sistema Único de Saúde (SUS).

En este contexto, la APS reguladora del SUS, tiene como desafío definir su rol de competencias, buscando no duplicar esfuerzos, con especialistas trabajando de forma integrada y no competitiva, y no solamente ampliando la oferta de plazas, sino creando mecanismos **para elevar la ocupación en las residencias médicas de la especialidad de Salud de la Familia, en torno al 30% de las plazas.**

Se necesita además: (1) definir competencias en todas las áreas de formación de especialistas; (2) formar más tutores; (3) crear una estructura administrativa para dar soporte a todo el conjunto de acciones; y (4) establecer nuevos tipos de contrato, que permitan el pago a los profesionales sin vínculo académico y que estén en el servicio recibiendo a los estudiantes. También, se precisa de programas de formación de formadores de médicos y especialistas y los programas de formación de especialistas, integrando las asociaciones de especialistas en este proceso, y perfeccionar el sistema de evaluación de la educación.

Como conclusión sostuvo que se necesita aprovechar esta oportunidad para planificar, ampliar la capacidad técnica, ser creativos y tener habilidad política para incluir todos los actores que componen este cuadro de complejidad.



La misión social de la educación médica: principales modalidades de cambio y experiencias de países

El primer panel fue coordinado por el doctor Fernando Tomasina, decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República (UDELAR), Uruguay y estuvo integrado por el doctor Daniel Blumenthal, de la Morehouse School of Medicine, Estados Unidos de América; por el doctor Mario Rovere, Universidad de La Matanza, Argentina; y por el doctor Mourad Belaciano, Universidad Nacional de Brasilia, Brasil.

Morehouse School of Medicine – Estados Unidos de América - doctor Daniel Blumenthal

El doctor Daniel Blumenthal reflexionó sobre la misión social de la educación médica, partiendo de un documento de la Organización Mundial de Salud escrito por Boelen C. y Heck J. en 1995 (8), el cual define la misión como la obligación de la escuela de medicina de direccionar su proceso educacional, investigación y actividades de servicio hacia las preocupaciones prioritarias de la comunidad, región y/o nación, y del mandato de servir. También el documento propone una matriz de dominios y fases, utilizando la educación, la investigación y el servicio como referencia.

Desde entonces no ocurrió nada más hasta que, hace unos años, fue organizado un fórum global para el consenso sobre la responsabilidad social de las escuelas médicas en Estados Unidos de América. En la “nueva” definición, se destaca la mejora de la calidad, la equidad, la relevancia en la oferta/ejecución de servicio; la reducción de la desconexión de las prioridades sociales; la redefinición del papel de los profesionales de salud; y el acopio de evidencias de impacto en el estado de salud de las personas.

Una nueva mirada hacia el concepto de misión de la educación médica y de la evaluación de las escuelas fue propuesta por Mullan et al., (7): “el propósito básico de educar es cuidar de las poblaciones nacionales”. La propuesta de la centralidad a la atención primaria, en términos cuantitativos y distributivos, tiene en cuenta las regiones desatendidas y trae al debate el tema de la representatividad de las minorías en el proceso de formación. De este modo, propone y ejecuta una evaluación de las escuelas médicas basada en otros indicadores:

- porcentaje de graduados que trabajan en las áreas carentes de profesionales de salud;
- porcentaje de graduados que trabajan en la atención primaria;
- porcentaje de graduados que son parte de las minorías poco representadas.

El doctor Blumenthal explicó cómo la escuela de medicina de Morehouse consiguió quedar en el primer lugar en el modelo de clasificación propuesto por Mullan et al. Utiliza las características descritas en el estudio “The Beyond Flexner Study” y sitúa esta escuela médica, fundada en 1975, históricamente para negros y con un enfoque en la atención primaria, en las comunidades desatendidas y en la salud de las minorías, con una misión social claramente definida.

La misión de la escuela va desde el documento formal del plan de estudios hasta la práctica; más de 20 programas conductores apoyan las ideas centrales. Enfatiza algunos aspectos responsables por el éxito. Llama la atención el

reclutamiento y la preparación para la selección y formación, que ocurren en las áreas rurales, en los centros comunitarios urbanos, con soporte de la educación continuada y de los servicios de biblioteca.

En la misma línea de coherencia, la escuela estimula el acceso a todos aquellos de las comunidades de baja representatividad, permitiendo también brindar atención a factores no cognitivos.

De esta manera, en la selección de los principiantes, se tiene en consideración los trazos de personalidad y características importantes como: la disponibilidad de haber tenido experiencias personales que puedan demostrar la compasión, el carácter, la responsabilidad y la probabilidad de venir a servir a las comunidades más carentes, trabajando en la atención primaria.

Es importante *destacar que la experiencia clínica es trabajada en el internado rural, en los centros comunitarios de salud y en rotaciones más tradicionales, con un fuerte componente de tutoría*. La escuela se preocupa por el modelo profesional, el entendimiento del currículo oculto, la selección de la carrera y el consejo sobre la selección para la residencia médica.

Este tipo de estrategia viene dando resultados, inclusive con un desempeño encima de la media en el United States Medical Licensing Examination (USMLE). Por otro lado, existe todavía una necesidad de soporte financiero para que el estudiante haga el curso. En la presentación queda claro que la misión debe estar siempre a la frente de la acción.

Universidad de La Matanza, Argentina – doctor Mario Rovere

El doctor Mario Rovere colocó en su presentación la importancia de la creación del Fórum Argentino de Facultades de Medicina Públicas (FAFEMP) para dar impulso a la educación médica en las 13 escuelas públicas, responsables por 85% de los graduados en medicina en el país. Considera que el FAFEMP es un órgano fundamental para el intercambio de experiencias, para la integración y mejoría de la cualidad del proceso de formación.

Desde esta óptica, la Universidad Nacional de La Matanza (UNLM), en su departamento de Ciencias de la Salud, desarrolla cuatro cursos: enfermería, kinesiología/fisiatría, nutrición y medicina. Se ubica en la región metropolitana de Buenos Aires (10 millones de habitantes), que posee diversos niveles de desarrollo y situación económica. La UNLM tiene bajo su área de influencia una población de 2.500 millones de personas representativas de esta diversidad.

Expresó las angustias y los desafíos que rodean a la APS después de 30 años de formulada. Hasta hoy no ha sido comprendida en su plenitud ni discutida desde diversas ópticas: como un programa, como un nivel de atención, como una estrategia, como una reforma del sector de salud o como una política internacional.

La UNLM propone en su proceso de formación una revolución “Copernicana” de la APS, confiriendo “a la población” centralidad real y programática, removiendo el hospital del centro a la periferia, proponiendo un sistema articulado, yendo más allá de la referencia y contra referencia, con cobertura total, niveles resolutivos con complejidad creciente, organizados en una red que no los estratifique.

El curso de medicina tiene como perspectiva educacional:

- (1) la educación centrada en el estudiante;
- (2) el aprendizaje basado en casos o problemas;
- (3) la articulación entre conocimiento básico y conocimiento aplicado;
- (4) la exposición a experiencias pre profesionales precoces;
- (5) la práctica reflexiva,
- (6) las competencias situacionales;
- (7) la integración entre docencia, investigación y servicio; y
- (8) la orientación a la comunidad.

El esquema curricular está compuesto de dos ciclos, en los cuales están contenidos los cinco ejes orientadores. **Ninguna disciplina tiene el nombre de especialidad médica**, lo que permite la participación de un mayor número de docentes generalistas y la integración de saberes. También favorece al rompimiento del modelo profesor especialista/alumno especialista. Se acentúa la transversalidad de temas tales como: gestión ambiental e interculturalidad.

Se promueve la reflexión al ir al encuentro de las familias, como en el modelo cubano o en la propuesta brasileña del Programa de Salud de la Familia. El estudiante discute sobre la diferencia entre esta actividad y el comportamiento habitual de los médicos de no visitar a las familias.

En este modelo, el desarrollo teórico y práctico se da de modo integrado, con modalidades docentes combinadas: tutorías, seminarios, laboratorios y en los escenarios de práctica (campo). No hay espacio para clases teóricas tradicionales. Al mismo tiempo que nuevos contenidos pueden surgir a partir de las situaciones experimentadas, desaparecen el orden rígido de temas.

En un ambiente académico, 70% de los alumnos son los primeros universitarios de sus familias y los médicos generalistas representan el 60% de los tutores y el 35% de los profesores.

Al final de la presentación, colocó los desafíos para una integración entre la formación, la APS y los procesos educacionales, los que sirven de referencia para la elaboración de los indicadores y sus descriptores.

Universidad Nacional de Brasilia, Brasil – doctor Mourad Belaciano

El Prof. Mourad Belaciano discurrió inicialmente sobre los motivos que llevaron a la creación, hace 14 años, de un curso de medicina en la red pública de salud del Distrito Federal (DF) de Brasil. El curso de medicina de la Escuela Superior de Ciencias de la Salud del Distrito Federal (ESCS) tiene como desafío principal formar a los profesionales con capacidad de actuación en la complejidad del sector público.

Se rompió un paradigma: formular el proyecto en la secretaría de salud, dentro del servicio y fuera de la academia, a partir de tres presupuestos:

- ambientación completa en la red pública de salud del Distrito Federal;
- currículo integrado y basado en competencias propias de la red de atención a la salud;
- docentes con vínculos en el servicio y no en la academia.

Hubo un entendimiento de que las determinantes de las redes de servicio en el área de salud no pertenecen a la academia sino al mundo del trabajo.

Incluso partiendo de la premisa de que los sectores educacional y de servicio poseen dinámicas propias, entendemos que el compromiso efectivo de los profesionales con la red de atención debe ser trabajado en la graduación. Esto es esencial, pues la red de atención y servicios es el local en el cual los estudiantes experimentarán los conflictos, frutos de la reorganización que ocurre hoy en Brasil.

En la elaboración del modelo curricular, la escuela adoptó una visión clara de tener un currículo orientado hacia la autonomía del ejercicio profesional, sin limitarse a un proceso de instrucción y de acumulación de información.

Para que ocurriera este cambio, la escuela tuvo que ir más allá de lo formal y avanzar en la inserción a la comunidad. Poner en práctica lo explicitado en la misión: la centralidad de la cobertura, del acceso, de la calidad en la atención y de los impactos en la mejoría de las condiciones de salud.

El esquema curricular incluye: 1.) módulos temáticos interdisciplinarios, en los cuales se aplica el aprendizaje basado en problemas como metodología pedagógica; 2.) la adquisición de habilidades y actitudes en el mundo profesional, que tienen en la integración enseñanza/servicio/comunidad la aplicación conceptual de Paulo Freire (el contexto concreto); y 3.) prácticas curriculares redefinidas como momentos de estudio/trabajo. Durante todo el curso, se utilizan metodologías activas de aprendizaje sin la transmisión vertical del conocimiento.

El Profesor Mourad Belaciano llama la atención sobre la adopción obligatoria de las nuevas directrices nacionales curriculares en medicina en Brasil por todas las escuelas. En especial, la propuesta contenida en las directrices nacionales curriculares de integración en todos los niveles: teoría y práctica, básico y clínico, salud individual y salud colectiva, escuela y servicio.

En su opinión, si las nuevas directrices nacionales curriculares fueran adoptadas posibilitarían una formación que cuida, de modo ampliado e integrado, las cuestiones de la atención a la salud individual y colectiva, que trabaja la gestión de los servicios y estimula el surgimiento de nuevas capacidades y liderazgos.

Concluyó su presentación con cuatro recomendaciones: la primera está relacionada al atendimento de la misión social de las escuelas, solamente posible si dos cuestiones fueran inicialmente trabajadas:

1. ¿Cuál es la relación de trabajo para alcanzar la universalidad y el acceso a la salud?
2. ¿Cómo están ocurriendo los cambios curriculares en relación a la adopción de las nuevas directrices?

La segunda recomendación: relacionar los indicadores de evaluación a las cuestiones anteriores, originando ítems para estimarlo/a:

- porcentual del currículo que promueve la integración deseada;
- porcentual de los profesionales de salud, sin vínculo académico, que ejercen la docencia;
- contextualización con significancia epidemiológica;
- promoción de investigación en la operabilidad del sistema de salud.

La tercera recomendación refuerza la necesidad de realizar investigaciones sobre la actuación de los egresados y, la cuarta establece la imperiosa necesidad de regulación de la formación profesional.



Requisitos docentes y asistenciales indispensables de los centros comunitarios del primer nivel de atención

Universidad Nacional de San Antonio Abad de Cuzco (UNSAAC) - Perú - Dr. Santiago Saco

El doctor Santiago Saco Méndez presentó la experiencia de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de San Antonio Abad de Cuzco (UNSAAC) en la enseñanza de salud pública. La UNSAAC tiene una larga historia de 300 años; sin embargo, la carrera de medicina fue creada en 1980, partiendo de un marco teórico centrado en mejorar la salud de la población.

El programa de formación se contrapone a una enseñanza predominantemente curativa, que se desarrollaba en su mayoría en los establecimientos de salud de nivel secundario y terciario de la atención, hecho por clases tradicionales y en laboratorios, dejando de lado las actividades preventivas y de promoción de la salud con la comunidad.

En la búsqueda por formar un médico integral, la UNSAAC propone y desarrolla un currículo con tres ejes: 1.) ciencias básicas y clínicas; 2.) investigación; y 3.) salud pública. *La facultad utiliza como escenarios de aprendizaje todos los establecimientos de salud, en sus diversos niveles de localización, urbano o rural, y la propia comunidad para el aprendizaje “en el trabajo”.*

Este proyecto fue construido a partir del diagnóstico sobre la naturaleza social, económica, cultural y de salud a nivel local y regional, y de la elaboración de un perfil profesional del médico que la región necesitaba. A partir de estos resultados se elaboró un plan curricular y de estudios. La realidad social de aquel momento fue fundamental para desarrollar una educación médica que tuviera como objetivos formar médicos:

- como agentes de cambio social, con vocación para el servicio y alto sentido moral;
- con una visión integral del ser humano: biológico, psicológico y social en interrelación con el medio ambiente;
- integrales, con capacidades para resolver los problemas de salud de la familia y de la comunidad, actuando de forma multidisciplinar e intersectorial;
- capaces de tomar decisiones sobre la salud, la vida, la enfermedad y la muerte, respetando la cultura de la población;
- capaces de realizar acciones de promoción, prevención y educación para la salud de la comunidad;
- capaces de realizar investigación operacional sobre los problemas de salud locales y regionales;
- capaces de coordinar con el sector de salud el planeamiento, la ejecución y la evaluación conjunta de las acciones de salud a nivel local y regional;
- capaces de contribuir para elevar el nivel de salud local y regional.

Para que esto ocurriera, se avanzó más allá de las disciplinas tradicionales y se incluyeron en los cursos experiencias a partir del primer año, integrándolas a la interculturalidad, prevención y promoción de salud. En el segundo año se ofrecen disciplinas en la lengua “Quechua”; en el tercer año se aborda la APS, siguiendo los preceptos de Alma-Ata; y en el 4º año se incorpora la epidemiología, abordando también los síndromes con la visión de la cultura local (el arcoíris, el rayo, por ejemplo), haciendo también una primer inmersión en la atención primaria dentro de la ciudad de Cuzco. En el quinto año, los estudiantes realizan rotaciones en gineco-obstetricia y pediatría, con el acompañante de gestación en ambientes rurales. En el último año, la inmersión a las cuestiones de gestión y las relacionadas a la legislación y a la ética médica. En esta fase, los estudiantes hacen el internado rural con objetivos bien establecidos.

En este período, el estudiante se convierte en un miembro del equipo de los establecimientos de salud y participa de todas sus actividades. El 60% de estas actividades son realizadas en las comunidades. Los estudiantes realizan el diagnóstico situacional de la comunidad y enseguida la elaboración de un plan de trabajo de tres meses. En la práctica, un proceso permanente, pues la intervención iniciada continúa con los estudiantes que vienen a seguirlo.

La visión que se intenta desarrollar es multidisciplinar: la tutoría en este momento se da bajo la supervisión de un equipo multiprofesional (médicos, enfermeros, biólogos, odontólogos, obstetras) y por los docentes del área de salud pública.

Los estudiantes acompañan las visitas de los promotores de salud y están involucrados en varias actividades relacionadas con la salud de la población, con resultados bastante interesantes para estudiantes y trabajadores de salud. Con esto, se mejoró la salud local en diversos aspectos.

Finalizó su presentación colocando el desafío que **todavía tiene que ser vencido: la ideología médica aún predominante en el trabajo curativo**. Otra preocupación son los recursos financieros escasos para la manutención de esta experiencia y los trueques frecuentes dentro del sector de salud, que impiden un trabajo de forma más continua. En este contexto, **para consolidar la centralidad de la APS es necesario buscar la participación de otras carreras profesionales**.

University of New Mexico – Estados Unidos de América - doctor Arthur Kaufman

El Profesor Arthur Kaufman relató la experiencia de la University of New Mexico (UNM) con la utilización de centros comunitarios de salud para la formación y capacitación. Al inicio, insistió en afirmar que la construcción de lo que hoy es el modelo de la UNM vino de la observación de diversos modelos, adaptados a la realidad y al contexto local. El modelo resultante se caracteriza por una actitud de acogida a migrantes y a minorías étnicas y la preocupación social permanente.

La “calidad de la atención no lo es todo” y un ejemplo de ello está bien demostrado en relación a la diabetes en la población de americanos nativos: mejores tasas en relanzar calidad y presencia de servicios recomendados, acompañada de mayor mortalidad en el país.

Los determinantes sociales de salud son muy importantes; sin embargo, hay una desconexión entre lo que es el gasto en términos de presupuesto nacional para la salud y los principales contribuyentes para la mortalidad, demostrando en su presentación que si fueran hecho gastos para la mejoría del nivel educacional de la población se evitarían muertes.

En la discusión sobre salud se deja de lado factores como renta familiar, educación, habitación, inclusión social, racismo, transporte, nutrición, seguridad, ambiente y experiencias de la infancia, y lo que es peor, estos factores raramente son colocados como componentes prioritarios para una resolución en la salud.

Estas asociaciones son percibidas incluso en cuestiones como vivir en áreas con carencia de vegetales y frutas frescas, con pobreza, nutrición inadecuada y aumento de la obesidad, hipertensión y diabetes.

En relación a la UNM, el doctor Kaufman presenta un dato interesante en relación a la propia evaluación de los líderes de la comunidad, no muy diferente de otras, en las cuales la población local no se identifica con la escuela, cree que ella sólo está presente mientras tienen recursos financieros envueltos y no estima que la institución construya una sabiduría local. En este contexto, la UNM decidió tener una “visión” distinta.

Para poner en práctica esta visión, se desarrolló un “programa conductor” por medio de oficinas regionales de extensión rural (HERO), donde trabajan agentes comunitarios, a tiempo integral, y en todo el Estado, aunque enfocadas en las prioridades definidas localmente, promoviendo la integración de los recursos de la UNM a las necesidades locales y monitoreando la efectividad de estos programas en el atendimento a la comunidad y llevando la UNM en dirección a todos y para representar en su composición la diversidad geográfica y étnica.

El próximo gran cambio curricular será la inclusión de un certificado de salud pública, con la descentralización de los procesos de formación y capacitación de médicos y futuros especialistas en medicina de la familia para todo el Estado. Con este cambio, se tendrá en consideración cuestiones de carencia y aprovisionamiento de recursos humanos, en la cual la primera etapa es un cuidadoso dimensionamiento de las capacidades locales.

Destacó una lección aprendida importante: “la educación no debe ir sola, debe ser acompañada por el servicio, la reforma educacional tiene que ser complementada por la reforma del servicio”. Estas experiencias de la UNM tienen en común el compromiso de los diversos actores de la comunidad en la adopción de un modelo transdisciplinar de aprendizaje en locales diversos, con la integración de la medicina y la salud pública, ampliando el enfoque hacia los determinantes sociales de salud y actuando en la acción fundamental de atraer a los graduados al trabajo en las comunidades más carentes. Una de las estrategias utilizadas es la integración a los Centros Regionales de Extensión Académica, con base en el HERO, optimizando los recursos de la UNM, los recursos locales y los recursos de socios externos.

Relató también la visión desafiadora de alcanzar los resultados propuestos para el 2020 y los cambios significativos en la representatividad de las minorías en su cuerpo estudiantil, en el aumento de las tasas de inmunización de la población y en el aumento del número de médicos trabajando en la APS. ¡La UNM está consiguiéndolo!

Northern Ontario School of Medicine – Canadá - doctor Roger Strasser

El mensaje citado a continuación proviene de la presentación reveladora del modelo de la Northern Ontario School of Medicine (NOSM), por el Profesor Roger Strasser, al relatar la experiencia con el compromiso de la comunidad con la educación de los profesionales de salud.

“El compromiso de la comunidad es un factor clave para el cumplimiento de la misión social de la escuela de Medicina en dirección a la equidad en salud”.

La NOSM fue creada a partir de discusiones y de la decisión de la comunidad para responder al cuadro de carencia de profesionales de salud, y a la baja calidad de atención de salud en la región, al ser comparada con el resto de

Canadá. Una región vasta, equiparada a Francia y Alemania juntas, pero con una población baja. Nace, por tanto, con un fuerte componente de responsabilidad social y con un compromiso asumido para la innovación.

Al integrar estos dos últimos componentes, la escuela médica invirtió en lo que se sabe sobre cuáles son los facilitadores para la fijación de médicos en el ambiente rural, aplicando un proceso de selección que permitió llegar a un porcentaje de 92% de ingresantes oriundos de la región.

A esto se suma un modelo de estudios innovador: “Distributed Community Engaged Learning”, en el cual se utilizan múltiples ambientes de aprendizaje y locales en toda la región, con recursos humanos distribuidos entre ellos, y con actividades de aprendizaje sincrónicas o asincrónicas, con el involucramiento de las diversas comunidades locales.

De este modo, cada año los estudiantes pasan en las comunidades parte de su tiempo de aprendizaje, por ejemplo: en el primer año, 4 semanas en comunidades indígenas, en las cuales se aprende también sobre la cultura y las tradiciones. En el segundo año, otras 4 semanas en comunidades rurales. En el tercer año, con el médico del local, el currículo “llega a la puerta”, si el paciente es un niño, se aprende la pediatría, si es una gestante, la obstetricia y así sucesivamente. En el cuarto año, se realiza la rotación en las llamadas disciplinas nucleares y en los hospitales.

Se desarrolla el aprendizaje de integración longitudinal con varias innovaciones metodológicas, siempre con el enfoque principal en el compromiso con la comunidad. Un buen ejemplo son las reuniones con las comunidades indígenas, en las cuales la mejoría del proceso educacional y de la atención a la salud son trabajadas en conjunto.

Para tal fin, los comités locales son fundamentales: la escuela debe estar en la comunidad del mismo modo que la comunidad debe estar en la escuela. Hacen parte de estos comités, los miembros locales de la escuela, los líderes comunitarios locales, el personal no académico de la NOSM y los servicios académicos y de salud. El concepto de “campus” es ampliado para todo el norte de Ontario, permitiendo un desarrollo distribuido y equilibrado en toda la región.

Es importante resaltar dos aspectos: el reconocimiento y la promoción conferida a los miembros de este proceso activo y la visibilidad de todas las acciones formales; la comunidad empoderada crece conjuntamente y tiene mucho para decirle a la academia.

No es una sorpresa que los estudiantes del tercer año relaten la experiencia como la más sustancial en comparación con la que ocurre con los modelos tradicionales de la escuela y que estas experiencias crean “generalistas”, ayudando a mantener la amplitud del enfoque y a que la NOSM, al ser comparada con otras escuelas de Canadá, tenga un rendimiento destacado y un éxito en los exámenes del Consejo Médico del país y en la entrada a las residencias médicas.

Resaltó que la selección por la carrera en medicina rural llega a ser el doble de otras escuelas y el 70% de los NOSM residentes permanecen en la región. Eso da cuenta de la función social y agrega un impacto socioeconómico importante a las comunidades.



Experiencias exitosas de enseñanza y aprendizaje en centros asistenciales comunitarios del primer nivel de atención

Facultad de Medicina de la Universidad de La Frontera - Chile - doctor Patricio Valdés

El doctor Patricio Valdés presentó la experiencia de la Facultad de Medicina de la Universidad de La Frontera (FMULF), en Temuco, Chile. La FMULF se ubica en la Araucanía, una región de lagos, volcanes y nieve, a 600 kilómetros de la capital Santiago, con una población rural que equivale a 32% del total de 986.397 habitantes, de los cuales 23% son indígenas.

La facultad presenta una misión relacionada con la formación integral de profesionales en el área de salud, contribuyendo al desarrollo regional con calidad e innovación, respetando la diversidad y privilegiando la participación comunitaria.

La facultad desarrolla ocho carreras, dos doctorados y ocho maestrías, uno de estas con énfasis en la salud pública comunitaria y el desarrollo local. En el posgrado, dos acciones se destacan: el programa de internado rural interdisciplinario (PIRI) y los centros interdisciplinarios para el desarrollo local. El internado rural fue una de las respuestas al enfrentamiento contra una epidemia de hepatitis viral en Cunco en 1990.

Este internado estableció en su misión un modelo docente asistencial en atención primaria a la salud, que sirve como territorio comunitario para prácticas de internado rural interdisciplinario. Estableció también un compromiso con el desarrollo local tomando como eje articulador el subsistema de salud. Al año siguiente, surgen los centros interdisciplinarios. El doctor Valdés resaltó la participación de varias carreras, incluyendo las que están fuera de la facultad de medicina.

Destacó que hubo un cambio de un modelo fragmentado, en el cual cada disciplina establecía su programa de prácticas e internado, para un modelo integrado con fuerte componente docente/asistencial, teniendo como referencia el abordaje los de problemas de salud del territorio. En su exposición, enumeró las estrategias que utilizaron para la instalación del internado rural:

- inserción sin cambios bruscos, respetándose las culturas locales;
- formación de equipos interdisciplinarios;
- articulación con la municipalidad y servicio de salud;
- promoción de la participación comunitaria;
- formación de monitores de salud;
- articulación de todos los actores de los sistemas locales de salud;
- búsqueda de un equilibrio entre los sistemas asistencial y preventivo;
- privilegio de la alianza entre la educación y la salud;
- recuperación del saber popular en salud.

Este conjunto de estrategias utilizadas para la instalación y desarrollo del PIRI es bastante abarcador, con el cuidado de partir del conocimiento y el respeto a las culturas locales. El trabajo va más allá de lo convencional en el área educacional, pues incluye los determinantes sociales de salud. Permitió también la creación de un modelo propio de salud rural en red de salud familiar rural docente asistencial, integrando la Universidad de La Frontera, la municipalidad de Temuco, el Servicio de Salud de Araucanía y su comunidad.

Esta experiencia permitió crear 16 escenarios comunitarios y territoriales de enseñanza y aprendizaje de salud pública, promover cambios curriculares en diversas carreras de la facultad de medicina y fortalecer y validar modelos de salud integrados al desarrollo local en espacios territoriales rurales.

La Experiencia del curso de Medicina de la Universidad Multicampi de la Universidad Federal de Río Grande del Norte (UFRN)

El Profesor George Dantas de Azevedo presentó el mapa de la distribución de médicos por municipios en Brasil, en el cual muestra una clara división entre las regiones más ricas, de Índice de Desarrollo Humano (IDH) elevado, y las regiones más pobres y de IDH bajo. En estas últimas, la carencia de médicos y escuelas de medicina es significativo. Esta fue una de las causas de la decisión del Gobierno Federal de ampliar el número de plazas y escuelas médicas en estas regiones menos favorecidas.

En este contexto, el estado de Río Grande del Norte, en el Nordeste de Brasil, fue contemplado con un proyecto innovador, cubriendo las regiones más carentes del estado y abarcando hasta el estado vecino de Paraíba.

El compromiso social de la carrera está claramente colocado en la contribución para la innovación de los servicios de salud y en la mejoría progresiva de calidad de vida de la población. Durante dos años, hubo participación activa de las comunidades, políticos, estudiantes y agencias de desarrollo en los diversos campos que componen el curso para la construcción participativa del proyecto de carrera. Abordando las prioridades y respondiendo a la cuestión de qué tipo de médicos y por tanto de carrera les gustaría tener.

Las lecciones aprendidas fueron incorporadas al esquema del proyecto pedagógico, en la selección de los docentes y en la selección de los estudiantes. El proyecto pedagógico está compuesto de tres ejes: 1.) tutorial del aprendizaje basado en problemas; 2.) habilidades adquiridas en laboratorio; y 3.) educación en la comunidad, que compone el tejido de formación integrada.

Los módulos son secuenciales, con contenidos sugeridos por la definición de prioridades de las comunidades. En Brasil, siguiendo las directrices nacionales curriculares, la carrera de medicina tiene el formato de 4 años, más 2 años de internado. Desde el primer año, el curso de medicina de la UFRN proporciona una experiencia en la comunidad: 4 semanas en el primer año y 8 semanas cada año hasta el cuarto año. En el internado hay una rotación obligatoria de 6 meses en medicina de la familia. En total, el 31% de la carga horaria del curso está direccionada a la comunidad. En un período de estas vivencias, el estudiante va para su localidad de origen.

En el modelo actual, el curso no sería posible sin la ruptura de paradigmas. El primero tiene relación con el cuerpo docente. Fue escogido un cuerpo docente multiprofesional, preferencialmente con vínculo local y sin la necesidad absoluta de poseer diploma de PhD, permitiendo que estos profesores lleguen a hacer posgraduación e investigación en las prioridades de la comunidad.

Del mismo modo, la selección de los principiantes pasó a tener en cuenta y bonificar a los candidatos de las regiones donde el curso tiene su área de actuación. La experiencia hoy es utilizada por los otros cursos de la institución. En medicina, el 65% de los estudiantes pertenece a la región objeto de formación.

Es importante destacar que los estudiantes provienen de las camadas de mayor vulnerabilidad de la población, lo que trajo un nuevo desafío: mantener a los estudiantes en el curso por medio de una ayuda financiera del *Programa de Pensión Permanencia del Ministerio de Educación*.

Finalizó, afirmando que el proyecto viene siendo implantado en estos últimos 3 meses con pleno éxito, con fuerte reconocimiento de la parte de las comunidades involucradas y sirviendo de modelo a otros proyectos de nuevos cursos en Brasil. Para ello es muy importante el establecimiento de sociedades nacionales e internacionales.

Programa de Educación por el Trabajo para la Salud (PET/Salud) - Redes de Atención a la Salud - Sidivan da Silva

El profesor Sidivan da Silva presentó un proyecto en curso, *“Fortaleciendo la Reorientación de la Formación Profesional por medio del Programa de Educación por el Trabajo para la Salud (PET/Salud) - Redes de Atención a la Salud”*, financiado por la Secretaría de Gestión del Trabajo y de la Educación en Salud del Ministerio de Salud (SGTES/MS).

Este proyecto de reorientación de la formación tiene como centro de actuación dos aldeas indígenas en la región de Chapecó, localizada en Santa Catarina, estado del sur de Brasil. Reorientar la formación significa dar oportunidades para que el estudiante conozca otras realidades y atraviese por una experiencia de aprendizaje dentro de los servicios de APS.

Hay una fuerte participación de la Universidad de Chapecó y de las secretarías de estado y municipal de salud. Permite que estudiantes de varios cursos en el área de salud conozcan la realidad de las comunidades indígenas.

La dinámica del trabajo organizada en la red de atención se hace por medio de “vivencias”, es decir a través de experiencias vividas por los académicos.

El objetivo de la divulgación amplia entre estudiantes, profesores y comunidad es crear una red de servicios más preparada para la atención al indígena, así como insertar temas curriculares y preguntas para la investigación lo que es levantado en esta integración.



Recursos humanos de salud: de las miradas nacionales al contexto global

El doctor José Francisco García, de la OPS/OMS, realizó una presentación sobre el enfoque de los recursos humanos de salud en el contexto actual, intercambiando los aspectos y datos relevantes a nivel mundial y regional. Las evidencias señalan que existe una crisis global, de carencia de recursos humanos para la salud y en algunos casos, de ausencia de profesionales de salud. El asunto es tan importante que el *New England Journal of Medicine* (9) publicó un artículo relacionado con el tema, polémico y que debe ser leído y discutido.

En el análisis que hizo sobre lo que ocurre en la región de las Américas, destaca y resume en dos palabras: heterogeneidad y desregulación. Esto ocurre entre países y dentro de los países, en algunos de ellos, con grandes diferencias internas. Tomó como base lo que ocurrió en la unión europea, donde se crearon espacios de convergencia.

La región de las Américas necesita una visión de futuro que piense en la libre circulación y en la convergencia de procesos, partiendo del establecimiento de patrones y creación de acuerdos.

Lo interesante en este contexto es que los países tengan como prerrogativa la ordenación de los recursos humanos para la salud, porque lo que se observa es una proliferación de cursos de medicina, algunos de ellos con apenas 9 alumnos. El doctor García dejó claro que el contraste de las metas regionales de recursos humanos (2007-2015) muestra avances en la distribución, en el gerenciamiento de la migración, en la educación y en las relaciones laborales. Sin embargo, falta mucho para avanzar por cada una de las metas y específicamente se ha avanzado muy poco en el número de profesionales en la APS y continua con mayor dificultad llevar médicos para el medio rural. Esto a 36 años después de Alma-Ata.

Ante esta situación, señaló algunos puntos que juzga importante considerar: continuar capacitando recursos humanos para enfrentar el problema de carencia global, aunque, de una forma diferente, con valores y competencias diferentes, con facultades que enfrentan las cuestiones de la interculturalidad, del medio rural, de la educación interprofesional, creando nuevos perfiles profesionales.

La epidemia de reformas en el área de salud, ha ocasionado el aumento de necesidades debido a la urgencia causada por la inversión que ahora llega prioritariamente para la educación y la salud, agudizando la necesidad de infraestructura y de recursos humanos. Esto explica el hecho de que los países no están buscando formas y modelos de planeamiento o de dimensionamiento y contraste, sino qué hacer para rellenar las lagunas. Hay una presión en el sentido de disminuir el tiempo de formación, de homologar competencias adquiridas en la práctica en un entrenamiento formal y de promover mecanismos de atracción y retención en zonas de difícil aprovisionamiento.

A partir de la contribución de los grupos de trabajo, se presentan los puntos principales debatidos, en relación a la misión social de las escuelas para alcanzar la equidad en la salud, extraídos en parte de las experiencias y prácticas de los presentes y de las presentaciones realizadas.



Conclusiones de los Trabajos de Grupo

Grupo de Trabajo 1: Conceptos, indicadores y sugerencias a ser tenidas en consideración para la instrucción sobre el avance de la misión social de las escuelas de medicina.

Definición de misión social para las escuelas de medicina, a fin de alcanzar la equidad en salud.

Hubo consenso de que en la misión de las escuelas debe estar explícita la contribución y el compromiso de todas las funciones de la universidad, a saber, docencia de pre y posgrado, investigación y extensión o cooperación, con la finalidad de la construcción de la ciudadanía ampliada, de la equidad, de la inclusión social y del derecho a la salud.

De este modo, esta misión refleja los valores de la propia universidad y constituye una orientación política, sobre cómo los recursos humanos formados se ponen al servicio de la comunidad. La contribución de la escuela es con la formación integral del talento humano comprometido con una producción social de salud.

El concepto debe incluir una dimensión de articulación e integración con las políticas públicas, especialmente en el área de salud, en corresponsabilidad con los problemas de la comunidad.

Entender la realidad de la comunidad como la principal fuente de inquietud para la promoción del aprendizaje en acción y aceptar cualquier ambiente puede y debe ser utilizado para el aprendizaje, haciendo énfasis - en la necesidad de aprender en las instancias del primer nivel de atención.

Este nuevo enfoque implica avanzar un proceso continuo, mejorar y desarrollar patrones de credibilidad de estos espacios y sus sistemas, con evaluaciones compatibles con este nuevo paradigma, incorporando a la misión de las escuelas: “la mejoría de la calidad y su impacto en las necesidades de salud de ciudadanos de la escala local para la global” y monitoreado de modo permanente. Modelos de buenas prácticas deben ser identificados y compartidos para la consolidación de una formación direccionada para la corrección de inequidades en la salud.

Indicadores para evaluar la misión social de las escuelas de medicina

Desde el punto de vista de los grupos, estos indicadores deben alcanzar las dimensiones de la docencia, de los currículos y programas, de infraestructura y ambientes de aprendizaje utilizados por las escuelas, del perfil de sus principiantes y egresados, y de su inserción en la atención primaria.

Estos indicadores pueden ser subdivididos y clasificados como de proceso, de producto y de impacto. Los indicadores de proceso sugeridos tienen relación con seis aspectos: 1.) cómo son las relaciones de participación entre la escuela y la comunidad en la construcción curricular y programática; 2.) cómo se da la representatividad de la diversidad

poblacional en los cuerpos estudiantil y docente; 3.) cómo se realiza el proceso de selección de los principiantes en estos dos sectores: docente y estudiante; 4.) cómo el currículo y el modelo didáctico-pedagógico incorporan y establecen una relación con las cuestiones de salud locales, sus servicios de atención primaria y el aprendizaje de los alumnos; 5.) cómo es la participación de la comunidad en la construcción de la visión sobre la salud y sus necesidades para ser tomadas en consideración en el desarrollo curricular; y 6.) cómo la escuela contribuye para la provisión y retención de médicos en la comunidad.

El contraste cuantitativo de este conjunto de indicadores podrá establecerse y clasificarse de acuerdo a un número o porcentaje deseado. Esto significa evaluar la inclusión de componentes sociales en el currículo de las ciencias básicas y clínicas, las prioridades de la comunidad utilizadas como cuestiones y proyectos de investigación, las actividades que los alumnos hacen en su relación con la comunidad o en el trabajo social.

Elementos importantes para considerar como parte de los indicadores a medir son los mecanismos formales de relacionamiento o reglamentación de la relación entre la escuela, la gestión local de los servicios de salud y el control social (comisiones, colegios, comunidad). De igual forma, el desarrollo docente y los programas de formación de formadores que contemplan temas sobre salud pública y atención primaria, enfoques educativos, nuevas herramientas didácticas, así como la práctica reflexiva para comprender la diversidad de ambientes comunitarios y locales geográficos de práctica en la atención primaria requerida como parte del compromiso o misión social.

Otros indicadores de resultado son necesarios, tales como la percepción de la comunidad sobre el trabajo de la escuela en las cuestiones sociales y de salud, el número o porcentual de investigaciones dirigidas a la atención primaria, la existencia de un cuerpo académico con conocimiento apropiado y marcos normativos que protegen los derechos de la salud.

Los indicadores de impacto tienen relación con el retorno de los procesos y productos para la comunidad, en la redistribución equitativa de las acciones de salud y educación, en la ocupación de los puestos de trabajo en atención primaria de las áreas remotas y reflejados en la mejoría de los indicadores sociales y de salud.

Monitoreo

El monitoreo debe ser algo bien definido, para promover cambios en los procesos formación y sus resultados. No necesariamente atado a la acreditación formal, aunque se puedan utilizar indicadores semejantes a los que esta utiliza, pero con el agregado de aquellos relacionados con la misión social que no necesariamente son incorporados por los procesos tradicionales de evaluación y acreditación.

Se sugiere una integración entre los sectores centrales de la gestión de educación y de salud en los países, por ejemplo, los ministerios de educación y sus respectivos sistemas de acreditación, con el objetivo de incorporar los indicadores de medición de la misión social en los programas de evaluación de las carreras de medicina y de otros de ciencias de la salud.

Grupo de Trabajo 2: Requisitos indispensables para los procesos de enseñanza y aprendizaje de los centros comunitarios en el nivel de atención primaria.

Tipos y características de los centros y espacios comunitarios para escenarios de práctica y aprendizaje.

Cualquier centro de salud o espacio de la comunidad puede ser utilizado para el aprendizaje, diversificando los escenarios de prácticas. Se incluyen las guarderías, las escuelas primarias y secundarias, los hogares de ancianos, los centros laborales, las asociaciones y clubes, y los domicilios, entre otros.

Los grupos resaltan la importancia de la integración al currículo y a las actividades por el cuerpo docente con la comunidad, para que ésta comprenda, comparta y participe activamente de las prácticas de salud. En los centros comunitarios de salud debe construirse una estructura pertinente y relevante para el aprendizaje propuesto, añadiendo el desarrollo de habilidades educativas y de acompañamiento de los aprendizajes de los recursos humanos existentes en dichos centros.

Esto posibilita desarrollar mecanismos crecientes para la acreditación de la capacidad formativa de estos centros de salud, definiendo las cualidades de las diversas actividades y prácticas y la garantía del cumplimiento de los acuerdos formales entre el sistema de salud y la universidad.

Requisitos, fundamentales e indispensables, docentes, curriculares y de articulación de la escuela con el servicio.

En el análisis del trabajo de los grupos, hubo convergencia sobre todos los aspectos relacionados con la construcción curricular y la necesidad de la búsqueda de consenso entre toda la comunidad educativa, incluyendo las comunidades y el personal de salud de los centros de salud (docentes y estudiantes) en la articulación de la docencia con el servicio.

Se propone crear un modelo laboral docente/asistencial, incorporado al equipo de salud, entrelazado al apoyo para el desarrollo de habilidades docentes y de educación permanente en prácticas de atención primaria de salud. Estos tutores/supervisores deben tener perfil y calificación profesionales adecuadas para la complejidad de la APS y servir de buenos modelos, orientados siempre por la misión social que la escuela ha definido.

La construcción curricular debe ser direccionada por los marcos normativos que garanticen los derechos a la salud, con una visión integral y multidisciplinar, con prácticas y enseñanza/aprendizaje interprofesional y en equipo. Debe asegurar que los estudiantes aprendan con y en la comunidad al respecto de las cuestiones de la comunidad y no se limiten a pacientes en las clínicas. Estas prácticas deben ser iniciadas a principios del curso y conferir competencias preestablecidas y autonomía progresiva a los estudiantes.

La inclusión en el currículo de elementos de APS, con enfoque de transculturalidad de integración vertical y horizontal, la organización curricular por ciclos de vida, con un enfoque problematizador, focalizado en el trabajo de los equipos de salud para la promoción de las políticas de salud, pueden fomentar un nuevo paradigma que de

cuenta de una mayor responsabilidad con las comunidades de escaso acceso a los servicios de salud.

En la práctica, el currículo debe proporcionar todas las condiciones para una experiencia positiva. Esto significa planificar y establecer acuerdos formales entre la comunidad, el servicio y la universidad, con miras a una acomodación confortable y a una puesta en práctica. Significa también, que debe haber un planeamiento integrado a las rutinas de los servicios y una definición de los papeles de cada actor en este proceso, facilitados por las instancias cogestoras.

Esta acción debe ser mutuamente beneficiosa tanto para el estudiante y la universidad, así como para el centro de salud u hospital. Los estudiantes futuros deben reclutarse de la comunidad, y sus miembros pueden participar del proceso de selección de los mismos.

Grupo de Trabajo 3: Recomendaciones pedagógicas para el aprendizaje en centros y espacios comunitarios a nivel de atención primaria.

Prácticas innovadoras con resultados e impactos positivos para la comunidad y para los estudiantes - modelos a ser seguidos

En términos generales, al considerar las experiencias exitosas como un modelo a ser seguido, se debe promover el debido ajuste al contexto local y sus diversidades, cultural, económica y políticamente, entre otras.

Se propone desarrollar mecanismos crecientes de acreditación de la capacidad formativa de los centros asistenciales a través de indicadores que incluyan la calidad de los procesos de implicación comunitaria de los centros de salud, y que garanticen la aplicación de los acuerdos realizados entre sistema de salud y universidades. Dar apoyo sostenido a esos centros para que alcancen esas capacidades formativas. No suponer que las tienen que tener a priori, especialmente en aquellos sistemas de salud que aún no se han transformado integralmente hacia la APS.

Desde esta óptica, se deben buscar los referenciales teóricos y metodológicos mínimos, sistematizando la experiencia de cada contexto, para entender y transformar las prácticas. Además, se deben buscar los elementos de formación integral, de interculturalidad, interdisciplinaridad, ética, profesionalismo y el balance entre la naturaleza médica o social de las cuestiones. Los ejemplos de las experiencias exitosas están en el anexo III.

Prácticas de aprendizaje recomendadas en la atención primaria

Los grupos indican profundizar sobre metodologías y prácticas de aprendizaje en los campos de educación en salud, del cuidado a la salud, de la gestión de salud y de la vigilancia en salud. Esto debe ser preferencialmente hecho utilizando métodos creativos e innovadores, utilizando las nuevas tecnologías de la comunicación y el trabajado en red, a partir de la realidad local y para atender las demandas de la comunidad.

Se debe privilegiar la práctica de aprendizaje en equipos multiprofesionales en los centros de salud o en los diversos escenarios comunitarios, incluyendo la permanencia de supervisión en comunidades rurales o remotas, el acompañamiento de los equipos en la visita a los domicilios, o en las prácticas o en las instancias de gestión y vigilancia de la salud local.

Hay variedad de prácticas exitosas relacionadas con la Atención Primaria en Salud (APS), las cuales pueden servir para ser adaptadas, analizar los factores que facilitan y limitan su aplicación, y de esta manera construir un modelo propio, el cual debe depender de las condiciones de cada entorno, tanto culturales, políticas, económicas, entre otras.

La atención primaria puede aplicarse en una variedad de escenarios (comunidad, hospital, centros rurales, organizaciones, entre otros), los cuales se deben ajustar de acuerdo a cada condición particular, sin dejar de lado unos referentes conceptuales y metodológicos mínimos en Atención Primaria en Salud.

Se deben fortalecer competencias mínimas (esenciales) en salud pública, tanto en docentes, estudiantes y tomadores de decisiones, que incluyan por lo menos: Funciones Esenciales en Salud Pública (FESP), Atención Primaria en Salud (APS) y Equidad en Salud y Determinantes Sociales en Salud (EE y DSS).

Para un correcto funcionamiento de iniciativas de APS resulta importante mantener un equilibrio entre lo clínico y lo social, entre lo preventivo y lo curativo, entre el saber científico y el saber popular, y a su vez en la aplicación de la APS en la formación en ciencias básicas, clínicas y poblacionales.



Comentarios, consideraciones y recomendaciones de los grupos

Los representantes de las escuelas de medicina y demás participantes institucionales concordaron en profundizar este debate dentro de sus escuelas y respectivos sectores, promoviendo la continua problematización de la situación social y de salud y el desarrollo consecuente y apoyar el desarrollo de un currículo que se enfoque en una nueva misión social, un mayor compromiso con mayor claridad conceptual sobre este significado y con respecto a las comunidades más vulnerables.

Es necesario que este debate se genere en estrecho diálogo con las autoridades nacionales de salud y las comunidades locales de salud, y se establezcan acuerdos para promover de forma coordinada los cambios que son necesarios y las estrategias innovadoras. La construcción de un nuevo espacio para el diálogo también es necesario con los territorios objeto de apoyo (provincias, municipios, alcaldías, etc.) para que formen parte de esta nueva perspectiva de compromiso y transformación.

Se avanzó en una propuesta preliminar para la construcción de indicadores que permitan medir el desempeño de la misión social en las bases de las siguientes consideraciones y recomendaciones:

Consideración primera:

Aunque la mayoría de las universidades ya hayan definido su misión con respecto al conjunto de la sociedad, las escuelas de medicina necesitan explicitar con mayor claridad conceptual su responsabilidad con las poblaciones más vulnerables y con las políticas públicas de salud. El mandato social es una responsabilidad inequívoca e intransferible de las universidades y éstas deben formar profesionales comprometidos y partícipes en la transformación y el mejoramiento de las realidades sociales, incluyendo la sanitaria, como un derecho del ciudadano a la salud y a la equidad.

Recomendaciones:

- es necesario profundizar la construcción de la ciudadanía, por medio de la inclusión de las comunidades en los territorios de referencia de la universidad en procesos de gestión;
- es necesario avanzar en la problematización permanente de la situación social y de salud y elaborar un plan de estudios que vincule calidad educacional con pertinencia y relevancia social.

Consideración segunda:

La definición de la misión social tenderá a buscar una correlación entre la estructura y la dinámica de los planes de estudio, estableciendo metas concretas de desarrollo e integración a la comunidad. Para esto, es fundamental construir y formalizar acuerdos y compromisos entre escuelas médicas y entre la escuela médica, el sistema de salud local y las comunidades que forman parte del territorio donde se encuentra la escuela. Las acciones recomendadas a continuación deben originar metas definidas en diferentes momentos:

Recomendaciones:

Para la fase de planeamiento:

- definir territorios y poblaciones para las prácticas de atención y aprendizaje en salud a lo largo de todo el currículo;
- investigar y examinar permanentemente los determinantes sociales de salud y las inequidades en la atención a la salud en estos territorios y comunidades de referencia, así como definir conjuntamente con los servicios las acciones socio-sanitarias para avanzar y superar estos desafíos;
- tener una definición clara de un modelo de excelencia para el acompañamiento del trabajo en la atención primaria en los territorios definidos;
- evaluar y estimar el impacto de la universidad sobre los indicadores relacionados con la salud de las poblaciones definidas como referencia.

Para la construcción curricular:

- construir una propuesta compartida de aprendizaje en los espacios del primer nivel de atención, en articulación con la comunidad, sus servicios sociales, de salud y de educación;
- planear, de modo longitudinal en el plan de estudios, la inserción de los estudiantes en el primer nivel de atención a la salud en espacios comunitarios, permitiendo la continuidad del trabajo con grupos sociales diversos;
- garantizar experiencias de aprendizaje interdisciplinar en todos los momentos y espacios del curso, tanto en el trabajo teórico como en la práctica;
- organizar los currículos por medio de paradigmas de integración, por ejemplo: por ciclos de vida, sus complejidades y problemas. Articular los niveles de abordaje individual, familiar, grupal, institucional y comunitario;
- superar la organización curricular por sistemas, disciplinas y especialidades.

Para la selección, promoción de la inclusión y manutención del estudiante:

- seleccionar alumnos motivados para acciones curriculares direccionadas al cumplimiento de la misión social de la escuela;
- revisar la forma de avanzar en estos aspectos en las escuelas más conservadoras;
- desarrollar estrategias y sociedades para la inclusión y permanencia de estudiantes con recursos económicos escasos.

Para los posgrados:

- utilizar los mismos escenarios de práctica, en los territorios y comunidades de referencia, para la continuidad de los trabajos de posgraduación en salud comunitaria y para el ejercicio de los médicos generales de reciente graduación en estos mismos espacios;
- planear la integración entre el pregrado y el posgrado, permitiendo la idea de un continuo de formación.



Recomendaciones generales de la Reunión

Se propuso revisar lo que está establecido como misión social de la educación médica en cada escuela a partir del contexto actual y los debates mundiales al respecto, así como la integración del aparato formador, el sistema de servicios de la salud y la comunidad. En cuanto a la formulación de la misión, se deben priorizar las necesidades de la comunidad local donde está inserta la escuela de medicina. De este modo, se debe promover la inclusión social, la representatividad étnica y utilizar los diversos ambientes de aprendizaje instalados en la propia comunidad.

Al finalizar la reunión, se realizó un ejercicio individual para recopilar las recomendaciones generales de los participantes en relación a la propuesta de trabajo de la misión social de la educación médica en el marco del acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. A continuación se plantea lo expresado por ellos:

Sobre la Misión Social de la Educación Médica

- Las escuelas de medicina deberían demostrar mediante indicadores cuantitativos y cualitativos su grado de compromiso social, una dimensión que además tendría que incorporarse a los esquemas de acreditación por parte de las agencias nacionales que la realizan.
- Construir y consensuar entre las universidades de la Región de las Américas una visión común sobre la misión social de la educación médica, ya que la misma en la actualidad no es uniforme.
- Enfocar el compromiso social de las escuelas médicas especialmente hacia el pregrado, donde encontrará un campo abonado según los líderes y las circunstancias que motiven esa transformación.
- La mayoría de las escuelas, en particular las públicas, son apoyadas por “lo público”. Por tanto deben responder a las necesidades más urgentes de la población. Esto requiere que los estudiantes y graduados practiquen donde más se necesitan y provean los servicios que más se necesitan.

Sobre la relación educación/salud

- Realizar análisis y discusiones a lo interno de las Facultades/ Escuelas y fomentar una agenda compartida entre las autoridades del sistema de salud y las universidades.
- Analizar fortalezas, debilidades y necesidades en cada país sobre las necesidades de recursos humanos en salud y los modelos de educación requeridos sobre la base de la misión social de la educación en salud.
- Facilitar el intercambio ideas y experiencias innovadoras entre las Escuelas/Facultades y los Ministerios de Salud y Educación para generar una masa crítica que permita el avance de la misión social en beneficio de nuestras comunidades.

Sobre el desarrollo curricular

- Promover en los currículos la transversalidad de la APS. Las estrategias educativas en APS por parte de las universidades son heterogéneas y diversas dentro de la Región. Requerirían una estructuración en base a criterios generales que no restrinjan los avances pero que tampoco queden como experiencias difusas y discontinuas.

- Consolidar marcos referenciales y/o teóricos que sustenten prácticas y/o currículos contra los modelos hegemónicos.
- Diseñar modelos de servicios educativos que se pueden medir en términos de resultados en relación a la salud de la comunidad —incluyendo los determinantes sociales— creando una alianza regional piloto entre las instituciones educativas y los sectores de servicios.
- Concretar un esquema común de evaluación de la estrategia relacionado al diseño de currículo, el compromiso comunitario y el marco teórico utilizado.
- Mejorar las capacidades docentes y de orientación a la salud comunitaria de los equipos de los centros de salud, es clave para que las transformaciones curriculares hacia la APS sean realidad.
- Sensibilizar a los docentes clínicos en la importancia de una salud preventiva y del abordaje de elementos sociales en su práctica clínica.

Sobre estrategias compartidas entre las escuelas/facultades de la región de las Américas

- Establecer desde OPS/OMS un consorcio de escuelas médicas en la Región de las Américas que se apoyen mutuamente, aprendan conjuntamente y compartan experiencias focalizadas en la misión social.
- Apoyar una estrategia para vincular colaboraciones entre las escuelas/facultades Norte-Sur y la creación de oportunidades para nuevas iniciativas en educación, investigación y desarrollo de la fuerza de trabajo en la atención primaria.
- Desarrollar y compartir programas para la identificación de gente joven para trabajar con las comunidades desatendidas e implementar proyectos (Pipeline) de promoción e intercambio con los estudiantes de los últimos años de la secundaria, con la finalidad de atraerlos hacia las profesiones de la salud.

Sobre el papel de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)

- Continuar este tipo de reuniones vía virtual y/o presencial que permitan evaluar los avances intentados y/o logrados e invitar a otras escuelas y facultades de la Región que no se han incorporado —o que desconocen todavía— el movimiento de la misión social.
- Difundir entre docentes y estudiantes la tendencia mundial en países del primer mundo y de los países en vía de desarrollo, para contribuir a romper el paradigma de la educación hegemónica de los médicos centrada exclusivamente en hospitales.
- Recoger y difundir las múltiples experiencias de distintas escuelas/facultades de la Región a fin de contribuir a los estudios en curso sobre la eficiencia de la misión social dentro de la educación médica.
- Realizar eventos, publicar materiales y organizar comunidades virtuales que propicien mayor intercambio entre las escuelas médicas alineadas con los sistemas públicos de salud y con el enfoque curricular centrado en la APS.
- Mantener un diálogo sistemático y constante entre las instituciones que participaron en esta reunión para lograr consensos con respecto a los indicadores para medir la misión social y tener una nueva reunión en dos años más.
- Generar dispositivos que aumenten la interacción entre los participantes de estas reuniones presenciales y facilitar su interconexión en un mundo pluricultural.
- Avanzar en el diseño y validación de herramientas de evaluación sobre prácticas innovadoras en educación médica, y que contengan indicadores que permitan generar evidencias sobre los nuevos currículos en marcha.
- Ofrecer apoyo técnico y político al movimiento de la misión social de la educación médica para la reformulación de los planes de estudio y llevar adelante la difusión de las iniciativas.
- Estimular el uso de las plataformas virtuales (Observatorio, CVSP, comunidades educativas) en los diferentes países.



Referencias

1. Pan American Health Organization. Strategic plan of the Pan American Health Organization 2014-2019. 52nd Directing Council. 65th Session of the WHO Regional Committee for the Americas. Washington DC: PAHO; septiembre de 2013.
2. UN General Assembly. Sustainable development Platform. Report of the Open Working Group on Sustainable Development Goals. Nueva York: UN; 2014.
3. Pan American Health Organization. PAHO CD53/5 Strategy for universal Access to health and universal health coverage. Washington, DC: PAHO, 2014.
4. Organización Panamericana de la Salud. La formación en medicina orientada hacia la Atención primaria de Salud. OPS: Washington DC; 2008. Serie: La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, Vol. No. 2.
5. Organización Panamericana de la Salud. Educación médica hacia la APS y libros de texto. Informe Reunión Buenos Aires. OPS: Washington DC; 2012.
6. Organización Panamericana de la Salud. Ideas principales de la Conferencia Beyond Flexner: Misión social de la educación médica. Tulsa Oklahoma. OPS/OMS: Washington, D.C. 2012.
7. Mullan F, Chen C, Petterson S, et al. The Social Mission of Medical education: Ranking the Schools. *Annals of Internal Medicine*, 2010; 152:804-811.
8. Boelen C, Heck J. Defining and Measuring the Social Accountability of Medical Schools. Division of Development of Human Resources for Health. Geneva: World Health Organization; 1995. Document WHO/HRH/95.5.
9. Barzansky B y Gevitz N. Beyond Flexner: Medical Education in the Twentieth Century. *New England Journal of Medicine*. Book Review, 1993; 328:362.



Anexo I. Lista de participantes

Brasil

Francisco Arsego de Oliveira
Ministério da Educação

Eliana Goldfarb Cyrino
Ministério da Saúde

Sidivam da Silva
Programa Pet- Saúde Indígena

Mourad Belaciano
Universidade de Brasília

George Dantas
Universidade Federal de Ró Grande do Norte

Darlisom Ferreira
Universidade do Estado de Amazonas

Diego Regalado
Universidade do Estado de Amazonas

Isolda Prado de Negreiros
Universidade do Estado de Amazonas

Maria Paula G. Mourão
Universidade do Estado de Amazonas

Laura Patrícia Viana Chaves
Universidade do Estado de Amazonas

Luciane da Silva Lima
Universidade do Estado de Amazonas

Nicolas Steban de Castro Heufmann
Universidade do Estado de Amazonas

Fernando Menezes da Silva
Universidade Federal de Pernambuco/ Ministério de Saúde

América Latina

Mario Rovere

Universidad Nacional de la Matanza, Argentina

Pedro Silberman

Universidad Nacional del Sur, Argentina

Patricio Valdés

Universidad de la Frontera, Temuco, Chile

Pedro León Montecinos Becerra

Universidad de la Frontera, Temuco, Chile

Fernando Tomasina

Universidad de la República, Uruguay

Santiago Saco

Universidad San Antonio Abad del Cusco, Perú

Herman Vildózola Gonzáles

Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú

Jorge Alemán Pineda

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua-León, Nicaragua

Freddy Meynard

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua-Managua, Nicaragua

Katia María Ochoa Aguilera

Universidad de Holguín "Oscar Lucero Moya", Cuba

Erwin Hernando Hernández

Universidad de La Sabana

Jesús Arnulfo Oliva Leal

Universidad San Carlos de Guatemala

Joel Caraballo

Ministerio de Salud de Venezuela

Felix A. Mosquera Rodríguez

Universidad Especializada de las Américas, Panamá

Estados Unidos de América

Michael Glasser
University of Illinois at Rockford

Hana Hinckle
University of Illinois at Rockford

Arthur Kaufman
New Mexico University

Daniel S. Blumenthal
Morehouse School of Medicine

Canadá

Roger Strasser
Northern Ontario School of Medicine

Martine Morin
Université de Sherbrooke

Asociaciones de Escuelas

Roberto Rondón Morales
Federación Panamericana de Facultades y Escuelas de Medicina (FEPAFEM)

OPS/OMS

Rosa María Borrell

Unidad de Recursos Humanos para la Salud

Felix Rigoli

Desarrollo de Recursos Humanos en Brasil

Rossana Frías de Yaksic

Unidad de Recursos Humanos para la Salud

José Francisco García Gutiérrez

Unidad de Recursos Humanos para la Salud para Sudamérica

Debora Yanco

Desarrollo de Recursos Humanos en Argentina

Liane Haagen da Silva

Unidad de Recursos Humanos para la Salud - PALTEX en Brasil

Harold Ruiz

Unidad de Comunicación



Anexo II. Agenda desarrollada

- 8.00 Acreditación de participantes**
- 8.30 Apertura y bienvenida**
Universidade Estadual de Amazonas, Brasil: Rector Dr. Cleinaldo de Almeida Costa
Ministerio de Salud de Brasil: Eliana Goldfarb Cyrino
Secretario de Salud del Estado de Amazonas y presidente del Conselho Nacional de Secretarios de Estado da Saúde (CONASS): Prof. Dr. Wilson Alecrim
Presidente del Conselho Nacional de Secretarios Municipais de Saúde (CONASEMS): Antônio Carlos Figueiredo Nardi
Organización Panamericana de la Salud en Brasil: Dr. Felix Rígoli
- 9.15 Orientaciones de la reunión**
Dra. Rosa María Borrell, Unidad de Recursos Humanos para la Salud, OPS/OMS
- 9:30 Los cambios en el modelo de formación médica de Brasil: Estrategias para proveer y fijar médicos en zonas desfavorecidas y remotas**
Secretario Ejecutivo de la Comisión de Residencias Médicas del Ministerio de Educación, Dr. Francisco Arsego de Oliveira. Secretaria de Gestión del Trabajo y de la Educación en Salud, Dra. Eliana Goldfarb Cyrino
- 10.30 Receso - café**
- 10.45 Marco regional de la Cobertura Universal de Salud**
Dr. James Fitzgerald, Departamento de Sistemas y Servicios de Salud, OPS/OMS
- 11.30 La misión social de la educación médica: conceptos y desafíos.**
Dr. Arthur Kaufamn, New Mexico University, Estados Unidos de América
- 12.30 Receso - almuerzo**
- 14.00 Panel 1: La misión social de la educación médica: Principales modalidades de cambio y experiencias de países.** *Dr. Daniel Blumenthal, Morehouse School of Medicine, Estados Unidos de América; Dr. Mario Rovere, Universidad de la Matanza, Argentina; y Dr. Mourad Belaciano, Universidade Nacional de Brasília, Brasil.*
- 15.30 Receso - café**
- 15.45 Trabajo de grupo 1:**
Conceptos, indicadores y sugerencias metodológicas a tener en cuenta para un monitoreo del avance de la misión social de las escuelas de medicina. (Guía de trabajo 1)
- 17.00 Plenaria**

Agenda desarrollada

Jueves, 11 de septiembre del 2014

- 8.30 Panel 2: Requisitos docentes y asistenciales indispensables de los centros comunitarios de salud del primer nivel de atención:** *Dr. Roger Strasser, Northern Ontario School of Medicine, Canadá; Dr. Santiago Saco, Universidad de Cusco, Perú; Dr. Arthur Kaufman, New Mexico University, Estados Unidos de América.*
- 10.00 Receso - café**
- 10.15 Trabajo de grupo 2**
Requisitos docentes y asistenciales indispensables de los centros asistenciales comunitarios del primer nivel de atención. (Guía de trabajo 2)
- 11.45 Plenaria**
- 12.30 Receso - almuerzo**
- 14.00 Panel 3: Experiencias exitosas de enseñanza y aprendizaje en centros asistenciales comunitarios del primer nivel de atención:** *Dr. Patricio Valdés, Universidad de Temuco, Chile; Dr. George Dantas, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil; Dr. Sidivan da Silva, Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), Brasil; Dr. Darlisom Sousa Ferreira, Director de la Escuela de Ciencias de la Salud, Universidad del Estado de Amazonas.*
- 15.30 Receso - café**
- 15.45 Trabajo de grupo 3**
Recomendaciones pedagógicas para el desarrollo de procesos de enseñanza y aprendizaje en los centros asistenciales comunitarios del primer nivel atención. (Guía de trabajo 3)
- 17.00 Plenaria**

Agenda desarrollada

- 8.30 Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción (PALTEX)**
Rossana Frías de Yaksic, Unidad de Recursos Humanos para la Salud, OPS/OMS
Liane Haagen da Silva, PALTEX OPS/OMS en Brasil
- 9.30 Experiencias del CVSP y del Observatorio de Recursos Humanos de Salud**
Dra. Rosa María Borrell, Unidad de Recursos Humanos para la Salud, OPS/OMS
- 10.00 Plenaria: Acuerdos y compromisos de trabajo**
Dr. José Francisco García, Unidad de Recursos Humanos para la Salud, OPS/OMS
- 12.00 Cierre de la reunión**
Dr. Fernando Menezes da Silva
Dra. Rosa María Borrell, Unidad de Recursos Humanos para la Salud, OPS/OMS
- 12.30 Receso - almuerzo**
- 14.00 Visita a centros de salud de Manaus**
- 17.00 Regreso al hotel**