



Documento Marco

La formación de profesionales de salud para la APS y Salud Familiar y Comunitaria en América Latina

Actividad incluida en la Línea de Intercambio: III.2-1.08 Calificación de los Recursos Humanos necesarios para la prestación de servicios en sistemas de salud organizados en torno a la APS

Elaborado por: "Grupo de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre, GP.APS

Coordinación de: Erno Harzheim

Octubre, 2008

La formación de los profesionales de salud para la APS y Salud Familiar y Comunitaria en América Latina

ÍNDICE

ACERCA DEL PROGRAMA EUROSOCIAL SALUD.....	4
RESUMEN EJECUTIVO.....	6
INTRODUCCIÓN.....	11
ESPECIFICIDAD DE LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN APS	11
ESTRATEGIAS DE EDUCACIÓN.....	15
1. FORMACIÓN DE GRADO: ESTRATEGIAS DE REORIENTACIÓN CURRICULAR EN MEDICINA Y ENFERMERÍA.....	15
SOBRE LA NECESIDAD DE INCLUIR LA MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNIDAD EN EL CURRÍCULO DE PREGRADO	15
PROGRAMA DOCENTE ASISTENCIAL EN APS PARA EL PREGRADO EN MEDICINA.....	16
EL FORMATO DEL INTERNADO EN MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNIDAD	21
EXISTENCIA DE DEPARTAMENTOS DE MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNIDAD.....	23
TUTORÍAS: CÓMO ATRAER PROFESIONALES DE LA RED PARA REALIZAR TUTORÍAS EN MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNIDAD	24
DIFICULTADES Y POTENCIALIDADES DE LA REORIENTACIÓN CURRICULAR EN MEDICINA – INCENTIVOS NECESARIOS.....	26
SOBRE LA NECESIDAD DE INCLUIR A LA ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA EN EL CURRÍCULO DE PREGRADO.....	28
PROGRAMA DOCENTE ASISTENCIAL EN LA FORMACIÓN DE PREGRADO EN ENFERMERÍA	30
EL INTERNADO DE APS EN ENFERMERÍA	31
TUTORÍAS EN APS EN LA FORMACIÓN DE PREGRADO EN ENFERMERÍA	32
DIFICULTADES Y POTENCIALIDADES DE LA REORIENTACIÓN CURRICULAR DE ENFERMERÍA PARA LA APS	33
2. POSGRADUACIÓN.....	36
2.1. POSGRADO EN MEDICINA: LA ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNIDAD Y EL DESAFÍO DE LA CALIFICACIÓN MÉDICA PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: MÉDICOS QUE TRABAJAN EN LA APS CON OTRA FORMACIÓN DE BASE	36
EJE ESTRUCTURANTE PEDAGÓGICO:	39
<i>Residencia Médica para la Atención Primaria de Salud: la especialidad de Medicina de Familia y Comunidad.....</i>	42
RESIDENCIA MÉDICA COMO ORDENADORA DEL MERCADO.....	44
REQUISITOS PARA UN PROGRAMA DE RESIDENCIA EN MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNIDAD	45
METODOLOGÍAS EDUCATIVAS.....	47
<i>Formación de Preceptores.....</i>	47
PERSPECTIVAS DE LA RESIDENCIA MÉDICA PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD	48
2.2. POSGRADO EN ENFERMERÍA	48
<i>Residencia Multiprofesional en APS para Enfermería</i>	49
<i>Papel de las tutorías en los programas de posgrado en APS para enfermería.....</i>	50
<i>Contenidos necesarios en los programas de posgrado en APS para enfermería</i>	51
<i>Dificultades, nodos críticos y respuestas visualizadas en los programas de posgrado en APS para enfermería.....</i>	52
3. ESTRATEGIAS DE EDUCACIÓN CONTINUA.....	56
ESTRATEGIAS DE EDUCACIÓN CONTINUA PRESENCIAL	58
<i>Directrices clínicas</i>	58
<i>Consultor académico</i>	60
ESTRATEGIAS DE EDUCACIÓN CONTINUA A DISTANCIA	60
<i>Modelos didáctico-impresos/multimedia</i>	62
<i>Evaluación de prácticas de Educación Continua</i>	63
4. FORMACIÓN DE PERSONAL TÉCNICO.....	64
AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD: COMPETENCIAS Y ESTRATEGIAS DE FORMACIÓN	64

<i>El Rol del Agente Comunitario de Salud y sus Competencias</i>	66
<i>Estrategias de Formación de Agentes Comunitarios de Salud</i>	67
5. BUENAS PRÁCTICAS: ANÁLISIS DE EXPERIENCIAS EXITOSAS	71
5.1. ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNIDAD EN MÉXICO	71
5.2. RESIDENCIA MÉDICA EN MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNIDAD Y RESIDENCIA INTEGRADA EN SALUD DE LA FAMILIA Y COMUNIDAD - GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO – PORTO ALEGRE, RIO GRANDE DO SUL, BRASIL.	72
5.3. CHILE – SURGIMIENTO DE LA CARRERA DE OBSTETRICIA	75
6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	77
EQUIPO: GRUPO DE PESQUISA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE PORTO ALEGRE	78
REFERENCIAS	79

ACERCA DEL PROGRAMA EUROSOCIAL SALUD

EUROsociAL es un programa de cooperación técnica de la Comisión Europea que intenta contribuir a la promoción de la cohesión social en América Latina a través del fortalecimiento de políticas públicas y de la capacidad institucional para gestionarlas. Su método principal de trabajo es el intercambio de experiencias, conocimientos y buenas prácticas entre administraciones públicas europeas y latinoamericanas en cinco sectores prioritarios: justicia, educación, salud, fiscalidad y empleo. Las labores en los cuatro primeros son coordinadas y ejecutadas por consorcios de organizaciones públicas europeas y latinoamericanas especializadas en estos campos, mientras que el sector empleo ha sido confiado a la Organización Internacional del Trabajo (OIT).

El objetivo general de la línea temática 2 del proyecto Eurosocial Salud “Atención Primaria de Salud” es el fortalecimiento de la integración de la atención primaria con otros niveles de atención. Se propone analizar los factores políticos, sociales, económicos y culturales que inciden en la fragmentación de servicios de salud y sus efectos sobre la equidad, desigualdades en el acceso y, en definitiva, sobre la cohesión social. Se dirige a la problemática de la integración de la Atención Primaria de Salud (APS), entendida en su concepto más amplio, con los otros niveles de atención en salud.

En la actualidad se observa un movimiento de renovación de la APS impulsado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de Salud (OPS) como estrategia para alcanzar los Objetivos del Milenio acordados en las Naciones Unidas (Resolución CD45.R3). En 2003, la OPS aprobó la resolución que insta a los Estados Miembros a adoptar una serie de recomendaciones para fortalecer la APS (Resolución CD44.R6) y en 2005 divulgó el documento “Renovación de la Atención Primaria en Salud en las Américas”. Este documento defiende la necesidad de alcanzarse la atención universal y abarcadora a través de un abordaje integrado y horizontal para el desarrollo de los sistemas de salud, con cuidados orientados a la calidad, enfatizándose la promoción y prevención, la intersectorialidad, la participación social y la responsabilidad de los gobiernos. En 2008 la OMS dió a conocer el documento “Informe sobre la salud en el mundo 2008: La Atención Primaria de la Salud, más necesaria que nunca”. La Renovación de la APS propuesta en este documento implica la actualización de la APS en su concepción más abarcadora. Sin embargo, su implementación dependerá de la adhesión de los gobiernos nacionales con la traducción de los principios enunciados en prácticas concretas en cada país. En este sentido, el intercambio propuesto para el fortalecimiento de la integración de la atención primaria a los otros niveles de atención de salud aportará importantes contribuciones para el proceso de implementación de una atención primaria abarcadora en los países involucrados,

a partir del análisis de los factores que contribuyen para la integración de la APS al sistema de salud en las experiencias europeas y latinoamericanas más exitosas.

En los países latinoamericanos, la APS fue implementada sobre diversas perspectivas, pero de modo frecuente con concepción selectiva de cesta mínima con servicios de baja calidad y dirigidos a algunos grupos poblacionales de baja renta sin integración con los otros niveles de atención. En general, la implementación en la mayor parte de los países fue muy heterogénea y condicionada por la segmentación de los sistemas de salud, característica de nuestros países latinoamericanos (a excepción de aquellos con sistemas universales). La segmentación de los sistemas de salud resulta en problemas de equidad e ineficiencia de provisión de servicios con segmentación de clientelas, superposición de funciones, desarticulación de la red asistencial sin garantía de acceso a niveles de mayor complejidad, discontinuidad del cuidado y desigualdades de acceso; lo que incide negativamente sobre la cohesión social. Esta segmentación y fragmentación imponen desafíos importantes para la implementación de una APS con enfoque abarcador como estrategia de reorganización del sistema de salud.

Para el año 2008 están previstos en esta línea temática dos intercambios: *Línea de Intercambio III.2-1.08*: Cualificación de los Recursos Humanos necesarios para la prestación de servicios en sistemas de salud organizados en torno a la APS y *Línea de Intercambio III.2-2.08*: El primer nivel de atención como puerta de entrada al sistema de salud: posibilidades y límites en América Latina.

El presente documento Marco “**La formación de los profesionales para la APS y Salud Familiar y Comunitaria en América Latina**” sistematiza los conocimientos, información y experiencias permitiendo conocer la situación actual y el estado del arte en la problemática de la formación de los recursos humanos adecuados para la actuación en sistemas de salud organizados alrededor de la APS en la región, a partir de la revisión de literatura internacional y del análisis documental. El documento aborda la formación del personal médico, licenciados en enfermería –incluyendo matronas- y agentes comunitarios de salud en América Latina, contemplando tanto los niveles de grado y posgrado como el desarrollo profesional continuo.

Ligia Giovanella
ENSP/Fiocruz
Responsable técnica
Intercambio Eurosocial Salud

Gabriela Ruiz,
Animadora Red APS Eurosocial Salud

RESUMEN EJECUTIVO

La Atención Primaria de Salud (APS), conforme la Organización Panamericana de Salud (OPS), debe constituir la base de los sistemas nacionales de salud por ser la mejor estrategia para producir mejorías sostenibles y una mayor equidad en el estado de salud de la población. La APS abarcadora es un conjunto de valores: derecho al más alto nivel de salud, solidaridad y equidad; principios: responsabilidad gubernamental, sostenibilidad, intersectorialidad, participación social entre otros y, elementos estructurantes del sistema de servicios de salud (atributos de la APS): acceso de primer contacto, integralidad, longitudinalidad, coordinación, orientación familiar y comunitaria y competencia cultural. Para garantizar la legitimidad de esta estrategia frente a la sociedad, el sistema de servicios de salud basado en la APS debe estar caracterizado por el más alto patrón de excelencia posible. Este objetivo solo puede ser alcanzado con la presencia de profesionales calificados formados para tal fin.

La sociedad es cada vez más exigente en relación a la garantía de calidad de los servicios prestados por distintos profesionales; sin embargo, muchas veces esto no es acompañado de crecimiento numérico ni de reconocimiento profesional y social. Este es el caso de la creciente exigencia por acceso universal a servicios de salud capaces de proveer cuidado integral, continuo y resolutivo a poblaciones definidas. Distintas recomendaciones convergen para la expansión de sistemas de servicios de salud basados en la Atención Primaria de Salud (APS) como forma de atender a tales propósitos. Evidencias recientes nos muestran la necesidad de contar con recursos humanos con competencias específicas para alcanzar mejores resultados y más costo-efectivos. El número insuficiente de personas trabajando a partir de tales competencias es aún uno de los factores que frena el impacto potencial de esta estrategia en los indicadores de salud de la población. En América Latina en su conjunto, hay carencia de médicos de familia y comunidad (MFC), enfermeros y personal de nivel técnico con formación específica para proveer cuidados en APS.

En este sentido, la formación de médicos, odontólogos, enfermeros y personal técnico -como agentes comunitarios de salud certificados para este patrón de cuidados- está en el centro de las acciones necesarias para la construcción de sistemas de salud más efectivos y equitativos. Tanto el pregrado, como el postgrado y el desarrollo profesional continuo -educación continua en salud- desempeñan papeles propios en este camino. Importa incidir tanto en la formación universitaria y en los profesionales jóvenes, de ingreso reciente en la actividad profesional, como en la oferta de educación a los profesionales que recibieron formación para otros escenarios y ahora son llamados a cualificarse en una nueva perspectiva.

El reto de reorganizar los sistemas de salud alrededor de una APS abarcadora de calidad solo será alcanzado con la participación de profesionales que comprendan y practiquen los atributos de la APS. El médico especialista en medicina de familia y comunidad y el enfermero con especialización en salud familiar y comunitaria son los ejes de este equipo multiprofesional que debe ser complementado, de acuerdo con las condiciones de cada país y las características demográficas y epidemiológicas de cada población, por otros profesionales de nivel superior, como los odontólogos, además de personal técnico, como agentes comunitarios de salud, con formación técnica suficiente para incorporar los conceptos y prácticas de la APS relativos a cada categoría profesional.

Para enfrentar este desafío es imprescindible que la formación de pregrado en medicina y enfermería se adapte a la nueva realidad de los sistemas de salud basados en la APS. Es necesario formar en el pregrado profesionales tanto de enfermería, como de medicina, que reconozcan la importancia de la APS para la organización del sistema sanitario y que posean algunas de las competencias más importantes para el trabajo en APS. Entre esas competencias básicas se encuentran el cuidado integral y continuo centrado en la persona, la identificación y el cuidado apropiado de los problemas clínicos más frecuentes, el énfasis en la promoción de la salud, en la prevención de enfermedades y en el trabajo interdisciplinar e intersectorial dirigido a los determinantes socioeconómicos del proceso salud-enfermedad, el desarrollo de una comprensión y de un abordaje biopsicosocial del proceso salud-enfermedad, y la identificación de intervenciones sobre las necesidades sanitarias y demandas de la comunidad. Para ello, se necesita la integración docente-asistencial en distritos sanitarios donde los servicios de salud y los centros formadores compartan responsabilidades tanto asistenciales como pedagógicas. Estos distritos se caracterizarían por un área geográfica definida, cuya población fuera adscrita territorialmente a una red de distintos servicios de APS, integrados horizontalmente a la comunidad y verticalmente a la red de servicios de nivel secundario y al hospital, de nivel secundario o terciario. En estos distritos, los alumnos de enfermería y de medicina, respetando las particularidades de cada carrera, deberán contar con profesores y tutores especializados en enfermería familiar y comunitaria y en medicina de familia y comunidad que sirvan como modelo profesional. Esto debe ocurrir precozmente en asignaturas de ambos cursos, con integración de los contenidos del ciclo básico, posibilitando al alumno el contacto con la práctica asistencial en APS desde el comienzo de la carrera, con énfasis en el aprendizaje clínico, sin descuidar los contenidos de salud pública dirigidos al enfrentamiento de los determinantes sociales y económicos del proceso salud-enfermedad. Estas asignaturas deben ser complementadas por la creación o fortalecimiento del internado en enfermería comunitaria y medicina de familia y comunidad, con una carga horaria mínima de 8 semanas. En estos internados, el alumno de pregrado hará una inmersión en APS,

acompañado de tutores – profesionales de la APS del distrito docente-asistencial y profesores universitarios – que serán sus modelos de formación. La existencia de departamentos de enfermería comunitaria y de medicina de familia y comunidad puede potencializar estructuralmente estos cambios, frente a las innumerables dificultades enfrentadas actualmente, principalmente la falta de profesores o tutores especialistas en las áreas citadas. Para el éxito de estas propuestas son fundamentales metodologías educativas proactivas, con integración de conocimientos y basadas en el respeto dirigido tanto al alumno como a la comunidad y al equipo de salud de APS. Estas metodologías se sirven de la enseñanza basada en problemas dirigida al estudio de casos complejos de APS que abarquen las dimensiones biopsicosociales del proceso salud-enfermedad y muestren la necesidad de acción clínica de calidad, asociada a intervenciones intersectoriales con participación de los usuarios y comunidades, a partir de la problematización y de la construcción del árbol de determinantes del caso estudiado. El alumno, tanto de enfermería, como de medicina, debe pensar críticamente acerca de los casos estudiados, identificando intervenciones clínicas propias de la APS, el abordaje familiar requerido e intervenciones de salud pública, dirigidas a la comunidad.

En relación a la formación de posgrado, dos componentes son esenciales. El primero, es “especializar” los egresos de las facultades de enfermería y medicina en enfermería comunitaria y medicina de familia y comunidad, respectivamente. La estrategia preferencial para este proceso de especialización es el incremento de las residencias de medicina de familia y comunidad y de enfermería familiar y comunitaria. Estas residencias poseen objetivos, requisitos, contenidos y metodologías pedagógicas propias que deben ser atendidas a fin de mantener la calidad del proceso de formación. Hay ejemplos de residencias multiprofesionales en Chile y Brasil, que pueden contener ventajas para la práctica interdisciplinaria, pero no se debe descuidar la importancia en mantener bastante sólido el bloque de competencias, actitudes, conocimientos y habilidades de cada profesión, con el fin de respetar el núcleo profesional único de cada una y contribuir, de esta forma, para la oferta de profesionales con capacidad resolutiva dentro de cada categoría profesional.

El segundo componente esencial de la formación de posgrado en APS, es la necesidad de incentivar nuevas posibilidades y estrategias de desarrollo de médicos y enfermeros ya formados e incorporados a los servicios de APS. La calificación de los profesionales que ya trabajan en APS constituye hoy, un foco prioritario para el avance y consolidación de los derechos en salud. Esto significa reconocer que tal proceso precisa centrarse en las especificidades profesionales de médicos y enfermeros. Los procesos educativos que traten estas profesiones como si fueran un “único profesional de APS” no permitirán tal reconocimiento, resultando poco atractivos para los médicos. El abordaje conjunto de un

campo de competencias común no conseguirá sustituir a un específico y largo abordaje de los elementos propios y separados de cada profesión. La capacitación tanto en enfermería como en medicina de posgrado, denominada especialización, se sitúa como una estrategia prioritaria en este momento, principalmente al incluirse la modalidad a distancia. Para este fin, es fundamental que junto a la identidad con el núcleo de la especialidad de enfermería comunitaria y medicina de familia y comunidad, se desarrolle una pedagogía apropiada para el adulto (andragogía), problematizadora, basada en el estudio de casos complejos de APS y con una enseñanza basada en problemas; ambas cuestiones son la base del proceso; las competencias propias de cada categoría profesional deben ser el foco de aprendizaje.

Concomitantemente al proceso de formación de pre y posgrado, es importante que se desarrolle un proceso de Educación Continua en Salud (ECS). Identificada también como educación continua o desarrollo profesional continuo, definida como una herramienta para la transformación del proceso de trabajo, orientada para la mejoría de la calidad de los servicios de salud, además de promover la equidad en el cuidado y en el acceso a estos servicios. Las estrategias de educación continua deben estar dirigidas al conjunto de las categorías profesionales de APS de cada país, con dos enfoques: el cambio del proceso de trabajo colectivo y la capacitación específica por competencias de cada categoría profesional para que el cambio del proceso de trabajo se traduzca en una mayor resolutivez y calidad de la práctica profesional uni e interdisciplinar. Las competencias de los equipos de APS que deben ser abordadas por una estrategia de educación continua deben estar dirigidas a: i) cuidado individual y familiar de las condiciones clínicas más frecuentes; ii) abordaje familiar; iii) abordaje comunitario; iv) trabajo en equipo interdisciplinar; v) gestión y planificación del trabajo. Para que haya una diseminación y aprehensión de la información y de los conocimientos de forma más amplia, utilitaria y económica posible se impone el desarrollo y generalización de métodos de enseñanza andragógicos presenciales y a distancia. Las modalidades disponibles son diversas: cursos, capacitaciones en servicio, participación de consultores académicos, elaboración, aplicación y evaluación de protocolos clínicos, estrategias multi-facetadas de cambio del proceso de trabajo, modelos de tele-salud y herramientas didáctico-impreso/multimedia.

El equipo multiprofesional de APS tiene como eje fundamental la actuación de los médicos de familia y comunidad y del enfermero familiar y comunitario, pero los otros integrantes del equipo son indispensables para la consecución de los objetivos propuestos por la APS. En este sentido, el rol de los agentes comunitarios de salud es sumamente importante, con competencias profesionales singulares, entre ellas las atribuciones que forman parte del conocimiento del área geográfica de adscripción de las Unidades de APS. De la misma forma, el proceso de formación técnica de los agentes comunitarios también

debe seguir un proceso específico. Las estrategias de formación de los ACS deben incluir un modelo de formación básica y modelos de educación continua que permitan la actualización y perfeccionamiento de las acciones desarrolladas en su proceso de formación inicial.

La formación profesional de pregrado, la especialización y residencia, la formación técnica y las estrategias de educación continua para cada una y para el conjunto de estas categorías profesionales específicas para la actuación en APS, en número y calidad suficientes para atender las demandas de reorganización de los sistemas nacionales de salud en América Latina, no es un desafío sencillo. Es necesaria la unión de esfuerzos de múltiples instituciones como universidades y centros formadores de nivel superior o técnico, colegios, sociedades y sindicatos profesionales, servicios de salud, representaciones de los usuarios y comunidades y otras bajo la coordinación de los Ministerios de Salud y de Educación. Estas instancias deben proponer - a partir de la participación de los profesionales, usuarios del sistema de salud y sus gestores - el formato ideal de cada etapa de formación profesional para la APS, sus requisitos y objetivos fundamentales respetando la sostenibilidad y las necesidades de cada país.

INTRODUCCIÓN

ESPECIFICIDAD DE LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN APS

La Atención Primaria de Salud (APS), conforme la Organización Panamericana de Salud (OPS), debe constituir la base de los sistemas nacionales de salud por ser la mejor estrategia para producir mejorías sostenibles y una mayor equidad en el estado de salud de la población (3). La APS abarcadora es un conjunto de valores: derecho al más alto nivel de salud, solidaridad y equidad; principios: responsabilidad gubernamental, sostenibilidad, intersectorialidad, participación social entre otros y, elementos estructurantes del sistema de servicios de salud (atributos de la APS): acceso de primer contacto, integralidad, longitudinalidad, coordinación, orientación familiar y comunitaria y competencia cultural(5). Para garantizar la legitimidad de esta estrategia frente a la sociedad, el sistema de servicios de salud basado en la APS debe estar caracterizado por el más alto patrón de excelencia posible. Este objetivo solo puede ser alcanzado con la presencia de profesionales calificados formados para tal fin.

La sociedad es cada vez más exigente en relación a la garantía de calidad de los servicios prestados por distintos profesionales; sin embargo, muchas veces esto no es acompañado de crecimiento numérico ni de reconocimiento profesional y social. Este es el caso de la creciente exigencia por acceso universal a los servicios de salud capaces de proveer cuidado integral, continuo y resolutivo a poblaciones definidas. Tal exigencia se expresa tanto en declaraciones gubernamentales, como en demandas y movilizaciones sociales civiles. Algunos organismos multilaterales han conseguido analizar y sintetizar tales demandas y necesidades en escala creciente, propiciando un consenso sobre los objetivos y estrategias requeridas(3). Las recomendaciones convergen hacia la expansión de sistemas de servicios de salud basados en la Atención Primaria como forma de atender tales propósitos. Evidencias recientes nos muestran la necesidad de profesionales con competencias específicas para alcanzar mejores resultados y más costo-efectivos(1). El número insuficiente de personas trabajando a partir de tales competencias es aún uno de los factores que frena el impacto potencial de esta estrategia en los indicadores de salud de la población(2).

En el conjunto de América Latina hay carencia de médicos de familia y comunidad (MFC), enfermeros y personal de nivel técnico con formación específica para proveer cuidado en APS. La gran mayoría de los países de América Latina no poseen una proporción adecuada de médicos especialistas en APS en función de la población existente (4). En relación a la enfermería esta inadecuación es más evidente dado que el número de

estos profesionales es mucho menor que el de los médicos y la especialización en el área de enfermería en atención primaria es muy reciente.

En este sentido, la formación de médicos, odontólogos, enfermeros y personal técnico, como los agentes comunitarios de salud, certificados para este patrón de cuidados se ubica en el centro de las acciones necesarias. Tanto el pregrado, como el posgrado y el desarrollo profesional continuo (educación continua en salud) desempeñan papeles propios en este camino. Es imprescindible actuar en la adecuación de las actuales instituciones formadoras y en la creación de instituciones o alianzas institucionales. Importa incidir tanto en la formación universitaria y en los profesionales jóvenes, de ingreso reciente en la actividad profesional, como en la oferta de educación de los profesionales que recibieron formación para otros escenarios y ahora son llamados a cualificarse en una nueva perspectiva.

La práctica de calidad de una Atención Primaria de Salud caracterizada por proveer acceso de primer contacto, por la longitudinalidad y coordinación de la asistencia integral con fuerte énfasis en la familia y en la comunidad, es la condición ideal para el fortalecimiento de sistemas nacionales de salud, universales e integrales(5). Partiendo de las reales necesidades en salud de la población, la APS es una estrategia capaz de optimizar la salud de los individuos y comunidades con equidad, tanto de acceso como en la disminución de las desigualdades evitables en el estado de salud de la población(6). Sin embargo, el reto de reorganizar los sistemas de salud a través de una APS abarcadora de calidad (3) solo será alcanzado con la participación de profesionales que comprendan y practiquen los atributos de la APS. Para ello se necesita formación profesional específica, que vaya más allá de la formación de pregrado para los profesionales de nivel superior. El médico especialista en medicina de familia y comunidad y el enfermero con especialización en salud familiar y comunitaria son los ejes de este equipo multiprofesional que debe ser complementado, de acuerdo con las condiciones de cada país y las características demográficas y epidemiológicas de cada población, por otros profesionales de nivel superior con especialización en salud familiar y comunitaria, además de personal técnico, técnicos en enfermería y agentes comunitarios de salud, con formación técnica suficiente para incorporar los conceptos y prácticas de la APS relativos a cada categoría profesional. La expresión 'médico de familia' ya sido motivo de innúmeras controversias de cuño ideológico y también corporativo. Hasta hoy, hay confusión acerca de la definición, rol y competencias del médico generalista y del médico de familia. Por otro lado, es claro que para alcanzar un sistema de salud con base en la APS de calidad, son necesarios profesionales (médicos, odontólogos, enfermeros y otros) con formación especializada para tal fin, con valores, competencias, actitudes y habilidades específicas para la práctica de la APS. En este

documento, utilizaremos la definición de medicina de familia defendida por la Asociación Mundial de Médicos de Familia (WONCA), que caracteriza ejemplarmente la especialidad médica adecuada para el trabajo en atención primaria de sistemas nacionales de salud caracterizados por el acceso universal y la búsqueda de la equidad (43). En distintos países, esta especialidad médica recibe distintos nombres como Medicina Familiar y Comunitaria en España, o *Medicina de Família e Comunidade* en Brasil. Así, en este documento, el profesional médico especialista en la APS será denominado médico de familia y comunidad.

La formación profesional de pregrado, la especialización y la residencia, la formación técnica y las estrategias de educación continua para cada una y para el conjunto de estas categorías profesionales específicas para la actuación en APS, en número y calidad suficientes para atender las demandas de reorganización de los sistemas nacionales de salud en América Latina, no es un desafío sencillo. Se necesita la unión de esfuerzos de múltiples instituciones como universidades y centros formadores de nivel superior o técnico, colegios, sociedades y sindicatos profesionales, servicios de salud y otras bajo la coordinación de los Ministerios de Salud y de Educación. Estas instancias deben proponer - a partir de la participación de los profesionales, usuarios del sistema de salud y sus gestores- el formato ideal de cada etapa de formación profesional para la APS, sus requisitos y objetivos fundamentales. La formación profesional en APS en cada una de sus distintas etapas debe siempre mantener el foco en las actividades formativas dirigidas al campo y al núcleo de cada categoría profesional, a fin de facilitar el trabajo interdisciplinar y mantener las competencias propias de cada profesión. Entendemos que el trabajo y la formación de profesionales de salud en atención primaria tiene lugar en los equipos multiprofesionales, existiendo por lo tanto, un conjunto de conceptos, de prácticas y de procesos pedagógicos comunes entre las disciplinas y profesiones que actúan en APS. Conforme afirma Campos (2000, 273 /id), se forma así, una “superposición de límites entre las disciplinas; ocurriendo lo mismo con los campos de práctica”. Con la finalidad de conceptualizar esta “superposición”, el referido autor define que los conocimientos y las prácticas se organizan “mediante la conformación de núcleos y de campos” donde el “núcleo demarcaría la identidad de un área de saber y de práctica profesional; y el campo, un espacio de límites imprecisos donde cada disciplina y profesión buscarían apoyo en otras para cumplir sus tareas teóricas y prácticas” que en APS responden a los valores, principios y elementos estructurantes.

El presente documento pretende exponer las características esenciales de la formación de médicos y de enfermeros, así como de agentes comunitarios de salud, para la APS en la América Latina, en cada etapa de formación profesional, apuntando sus principales desafíos y dificultades e identificando estrategias y buenas prácticas que puedan favorecer el reto de ofrecer, en cantidad y calidad adecuadas, los profesionales que los sistemas de salud

necesitan para renovar la atención primaria en nuestro continente. Esta decisión se basa en el hecho de que estas tres profesiones son, junto a los equipos de salud bucal – odontólogos y técnicos de odontología - el eje principal de los equipos de APS para la renovación de la APS en América Latina. Por otro lado, la realidad coyuntural (política, económica y social) y epidemiológica de cada país, a través de la participación social, son los responsables por la definición de la composición de los equipos de APS. El papel de las otras profesiones en la APS, y su formación específica, no será abordado en el presente documento.

ESTRATEGIAS DE EDUCACIÓN

1. FORMACIÓN DE GRADO: ESTRATEGIAS DE REORIENTACIÓN CURRICULAR EN MEDICINA Y ENFERMERÍA

SOBRE LA NECESIDAD DE INCLUIR LA MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNIDAD EN EL CURRÍCULO DE PREGRADO

La enseñanza de pregrado en medicina está centrada en los hospitales, a pesar del estudio de Green y cols(8;9) que demostró que las enfermedades ocurren mayoritariamente fuera del ambiente hospitalario. En la mayor parte de las escuelas médicas de América Latina, los hospitales continúan siendo el local privilegiado para el entrenamiento práctico de los estudiantes (11). En Brasil, 86% de la carga horaria de la formación médica se desarrolla en los hospitales (10).

No obstante, los movimientos actuales de reorganización de la práctica médica indican una tendencia progresiva a la des-hospitalización, ya que gran parte de las prácticas asistenciales se pueden desarrollar con calidad, de manera más eficiente y con menores costos en los ambulatorios, en la comunidad y en los domicilios (12). Los escenarios de enseñanza, por consiguiente, deben ser diversificados, agregándose a este proceso, además de las unidades y centros de atención primaria de salud, las estructuras comunitarias características de cada región, como escuelas, centros comunitarios, comedores, órganos de participación social del sistema de salud, entre otros. Lo que se necesita es que éstos garanticen la calidad estructural mínima para el desarrollo de la práctica de formación en medicina y enfermería, principalmente la calidad pedagógica y clínica de los tutores y profesores. El cambio de escenarios aumentará la experiencia de los alumnos frente a las enfermedades prevalentes de la población en oposición a los casos más raros de los hospitales universitarios(12;13). Este hecho posibilitará a los alumnos el contacto con una distribución epidemiológica de las enfermedades más próxima de la realidad de la atención primaria de salud. Por otro lado, es importante resaltar que los servicios de atención primaria elegidos como sitio de prácticas para la enseñanza de medicina y enfermería deben ser adecuados a un patrón mínimo de calidad ajustada a la nueva realidad que involucra tanto la misma enseñanza, como el proceso asistencial de la población. Exponer a los alumnos de enfermería y medicina a servicios de APS que poseen graves problemas de estructura física, mala calidad asistencial y/o baja capacitación docente de los tutores, constituye un retroceso frente a la necesidad creciente de valoración de la práctica de APS y de la medicina de familia y comunidad junto a los alumnos de estas carreras universitarias.

PROGRAMA DOCENTE ASISTENCIAL EN APS PARA EL PREGRADO EN MEDICINA

La exposición extra-muros hospitalarios de los alumnos de medicina debería, idealmente, ocurrir en un programa docente-asistencial con integración horizontal y vertical (14) de los distintos niveles o puntos del sistema de salud, con base territorial claramente definida. Esta configuración ideal debería partir de la creación de distritos docente-asistenciales caracterizados por un área geográfica definida, cuya población podría estar adscrita territorialmente a una red de distintos servicios de APS, integrados horizontalmente a la red intersectorial local de servicios públicos y comunitarios. Esa red de servicios de APS tendría como soporte asistencial una red de servicios de nivel secundario (soporte diagnóstico, centros de rehabilitación, centros médicos de especialidades focales, entre otros) y un hospital de nivel secundario/terciario, configurando un sistema local de salud que posibilitaría el acceso universal e integral a la población adscrita al distrito asistencial. A fin de configurar este distrito como un distrito docente-asistencial sería necesario que la o las Facultades de Enfermería y Medicina se integrasen a la asistencia en sus distintos puntos o niveles, con presencia de alumnos y docentes en toda la red asistencial, tanto de nivel primario, como secundario y terciario, además de las actividades extra-muros en los equipamientos comunitarios o en la red intersectorial. La integración posibilitaría al alumno una visión del sistema como un todo, comprendiendo el flujo que los usuarios realizan para atender sus necesidades en salud. Los propios alumnos serían como un anillo en la cadena de intervenciones necesarias para mejorar la integración entre los distintos niveles asistenciales.

De esta forma, se posibilitaría la interacción activa del alumno con la población y con los profesionales de salud de forma continua desde el comienzo del proceso de formación, favoreciendo al alumno el trabajo sobre problemas reales, asumiendo responsabilidades crecientes como agente prestador de cuidados, compatibles siempre con su grado de autonomía progresiva. En este escenario, el tutor juega un papel muy importante como enlace en el desarrollo del razonamiento clínico de los estudiantes a través de diversas estrategias de enseñanza (15). Los tutores deben ser profesionales calificados y dispuestos a participar del proceso de enseñanza de pregrado, lo que demanda tiempo y compromiso.

Actualmente, en toda América Latina, muchos servicios de nivel secundario y terciario de las instituciones universitarias de enfermería y de medicina están estructurados de acuerdo con una lógica propia interna, más vinculada a las demandas de la investigación y de la enseñanza que a las demandas reales para ejercer su papel de referencia y contra-referencia a la atención primaria. Además, los hospitales universitarios, para cumplir con su misión institucional, estarían obligados a operar con una alta y veloz incorporación de

tecnología dura y con un importante grado de fragmentación del proceso de trabajo entre decenas de especialidades médicas focales, lo que complica bastante cualquier integración con la enseñanza clínica. Los servicios especializados valorizan una clínica centrada en “procedimientos tecnológicos” y cultivan poco el método clínico centrado en la persona(16). Infelizmente, es sabido que frecuentemente la utilización de onerosos arsenales diagnósticos y terapéuticos no siempre implica una responsabilidad integral dirigida al cuidado de los pacientes o una mejora en la efectividad de la atención.

En casi todos los servicios hospitalarios universitarios existe una debilidad de los equipos con orientación más general: pediatras, internistas o cirujanos son sustituidos por profesores comprometidos con aspectos muy específicos de su práctica clínica. En consecuencia, tanto la atención como la enseñanza pierden sus ejes integradores, concentrándose en esferas específicas con pequeña integración entre sí. En Brasil, el cuarto año de la enseñanza de pregrado en medicina se ha transformado en un *pot-pourri* de mini-cursos, procediéndose a una división de las prácticas entre decenas de especialidades que poco dialogan entre sí. Cada una de estas asignaturas se estructura según una lógica inadecuada. Los profesores-especialistas de esas asignaturas proceden como si todos los alumnos fuesen futuros especialistas en aquella área. La cuestión sobre lo que un médico general o de cualquier otra especialidad necesitaría saber sobre el tema de la asignatura no es la lógica que preside la construcción de los contenidos de las prácticas, ni del abordaje teórico. Cursos de psiquiatría o de medicina preventiva, o de hematología, por ejemplo, son mayormente estructurados para formar especialistas en cada una de estas áreas: lo que un médico general o un médico de familia y comunidad necesitaría saber sobre psiquiatría, o salud pública, no comanda, en la mayoría de las instituciones universitarias, la organización de las prácticas, ni el currículo de pregrado en medicina.

La modificación de los escenarios de práctica y de los currículos para vencer las dificultades listadas anteriormente no ocurrirán fácilmente, las instituciones tienden a resistir las modificaciones curriculares con oposición activa o indiferencia. En un estudio realizado en Brasil se observó que hasta el 56,2% de los docentes universitarios manifestaban resistencias a los cambios curriculares(17). Esta resistencia está motivada en parte por el conservadurismo de las escuelas médicas y por otra, ciertamente menor, por la falta de evidencia respecto de cómo estas modificaciones pueden impactar en la formación médica. En un estudio en el cual se buscó los factores determinantes de los resultados de los exámenes de licenciamiento médicos (USMLE- *Unites States Medical Licensing Examinations*) entre 116 escuelas médicas de los Estados Unidos se observó poco efecto de los currículos y políticas educacionales y gran efecto de las diferencias individuales de los estudiantes, siendo que las mejores instituciones presentan los mejores estudiantes desde el comienzo del curso médico y la distribución de estos estudiantes no era

aleatoria{Hecker, 2008 274 /id}. Estos resultados realzan la importancia de que los cambios en los currículos contengan, desde el proyecto, la planificación de un proceso de evaluación de su impacto sobre la formación de los futuros profesionales.

Para tornar efectivas las relaciones entre la enseñanza y la práctica asistencial de los servicios sanitarios(18) es necesario que haya una contratación clara de responsabilidades con la red pública de servicios sanitarios (proyectos de integración, contratos, convenios, etc.). En Brasil, los hospitales universitarios están bajo la gestión de las universidades, mientras el 97% de la red de APS se encuentra bajo la gestión municipal, siguiendo la directriz de descentralización del sistema de salud brasileño. Esta situación no es uniforme entre los países de América Latina. En un escenario como el brasileño, se recomienda que las escuelas elaboren proyectos de integración docente-asistencial con las secretarías municipales de salud, definiendo con claridad los distintos componentes de esta relación. Por un lado, es importante asegurar espacio para los alumnos: definición de distritos, servicios, y equipos de salud donde ocurrirán las prácticas. Por otro, es fundamental asegurar reciprocidad, o sea, compromiso de la institución universitaria, representada por alumnos y docentes, con respecto a las directrices políticas de salud adoptadas, así como con la calidad de la atención y el aprovechamiento de tutores vinculados a los servicios públicos de APS.

La creación de la infraestructura básica para la enseñanza en APS necesita inversión ya que los locales donde actualmente trabajan los equipos no están necesariamente preparados para recibir un grupo de alumnos aunque este último sea pequeño. Es importante que las universidades, en conjunto con el Ministerio y las Secretarías Provinciales/Municipales de Salud y Educación, elaboren proyectos para adaptar estos espacios para la enseñanza. Es importante también, contar con algún apoyo para el traslado de alumnos y profesores ya que la distribución geográfica de los servicios de APS dificulta, muchas veces, el acceso a los locales de prácticas.

Otras medidas de valor para el establecimiento de esta cooperación universidad-red pública de servicios asistenciales en salud son(18):

- ❖ Asociación estrecha entre la gestión local y los equipos de salud (reuniones, discusiones, planificación conjunta, etc.) en todos los locales donde ocurran las prácticas. Además del contrato general con el gestor municipal, es importante que cada docente con sus alumnos realicen un contrato –explicitación del proyecto de enseñanza y asunción de compromisos compartidos- con el dirigente y con el equipo junto al cual las prácticas tendrán lugar.

- ❖ Diseño de prácticas que valoricen el contacto horizontal propiciando la construcción de vínculos, tanto con el usuario/población como con los equipos (favoreciendo la construcción de una identidad profesional apta para este tipo de trabajo).
- ❖ Elaboración de una red de cooperación entre hospital universitario y red de APS, respetando las directrices de regionalización existentes y facilitando el apoyo de especialistas de los equipos de salud de medicina familiar y APS.
- ❖ Montaje de dispositivos de desarrollo docente con apoyo institucional, objetivando la educación continua de los docentes contratados y de los tutores, por medio de discusión de temas teóricos, casos clínicos y problemas originados en la propia experiencia y de otras experiencias análogas. Estas discusiones y actividades, idealmente, deberían promover la integración vertical entre distintos niveles asistenciales y distintos docentes implicados en las más variadas especialidades médicas focales y de medicina familiar, así como con docentes y alumnos de otras profesiones del área de salud, como la de enfermería.
- ❖ Definición de un grupo docente para cada uno de estos módulos, compuestos por profesores, profesionales contratados y tutores reclutados entre el propio personal de la red de APS. Aunque los roles y responsabilidades sean distintos, se recomienda el funcionamiento del grupo docente en lógica de equipo con colegiado de gestión. Aunque haya polémica sobre el tema, sería conveniente remunerar la dedicación docente de los tutores.
- ❖ Apoyar a los docentes y alumnos para que la red de APS se constituya en un campo de investigación y producción de conocimiento, siempre que sea posible y conveniente, implicando a socios de toda la red del sistema de salud local.

De las consideraciones anteriores emerge el formato ideal de la integración docente asistencial. En esta propuesta de integración, las escuelas médicas plenamente integradas con la asistencia universal e integral de la población, con base en servicios de atención primaria de salud deberían presentar las siguientes características(13):

1) En relación a los escenarios de aprendizaje:

Servicios de APS propios o conveniados junto al gestor de salud del municipio completamente integrados a la red de APS, con soporte de nivel secundario y terciario, incluyendo la posibilidad de ingresos hospitalarios, a partir de las unidades de APS con vínculo universitario. Desarrollo de mecanismos institucionales de referencia y contra-referencia entre la red de atención. Amplia participación clínica y comunitaria del alumno, siempre con orientación de los profesores, docentes universitarios, o tutores en Unidades de APS adaptadas y adecuadas a la enseñanza. Actividades extra-muros en centros

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

2) En relación al currículo:

Currículo integrado, sin disciplinas aisladas, con los contenidos organizados en módulos, sin la precedencia cronológica del ciclo básico. Los temas deben ser abordados de modo que las áreas básicas funcionen como base efectiva y de referencia para la búsqueda de los conocimientos para la solución de problemas clínicos reales y para el enfrentamiento intersectoral de los determinantes del proceso salud-enfermedad. El área de conocimiento de medicina de familia y comunidad y las actividades de APS deben ser incluidos de forma longitudinal en la enseñanza de grado desde el inicio del curso, con énfasis en la práctica clínica en APS desde el primer contacto con la red asistencial, a fin de cautivar el interés clínico del alumno. En México, las modalidades educativas incorporadas a los planes de estudio que se relacionan con los contenidos de la medicina de familia y comunidad son materia obligatoria en el pregrado con 25.8% de la carga horaria; materia de libre elección en el pregrado con 6.5% de la carga horaria; incorporación del internado rotatorio en medicina familiar en el pregrado con 45.2% de la carga horaria del internado (11). Las escuelas universitarias deberían definir las oportunidades de aprendizaje de acuerdo con la importancia de los factores determinantes de la salud, incluyendo las necesidades de la red de APS. Para ello, desarrollarían una fuerte interacción con los servicios de salud y servicios sociales o comunitarios, enfocando articuladamente aspectos relativos a la promoción de la salud, prevención y curación de enfermedades.

3) En relación a la orientación de los alumnos:

Aprendizaje activo con orientación tutorial continua, desarrollándose en múltiples escenarios y utilizando múltiples fuentes de conocimiento, como bibliotecas, comunidad, laboratorios de simulación, servicios de procesamiento de informaciones de salud, etc. Evaluación formativa y sumativa de todos los aspectos de la formación del estudiante: conocimientos, actitudes y habilidades. En algunos países como Argentina, Uruguay y Brasil, los pregrados tienen en sus actividades comunitarias de los primeros años, tutores docentes y tutores estudiantes (éstos últimos son estudiantes avanzados de la carrera que voluntariamente se postulan para el cargo).

Procesos de sensibilización y capacitación de los docentes en la enseñanza de la atención primaria deben ser desarrollados en las universidades alcanzando tanto a los profesores universitarios, como a los profesionales –tutores- de la red de atención primaria

que actúan en la supervisión de los alumnos, dado que las deficiencias en la supervisión han sido señaladas como problemas centrales en la integración docente asistencial (19;20). Los atributos de un buen tutor de medicina de familia y comunidad comprenden: buenas habilidades de comunicación interpersonal, credibilidad profesional, sólida base de conocimiento clínico, capacidad de compromiso mutuo, capacidad de acercamiento y mantenimiento de la relación profesor-alumno aún fuera de la escuela. El tutor debería ser amigable, buen modelo de médico, tener auto-confianza, ser clínicamente hábil, entusiasta, mostrar respeto hacia los demás y ser promotor del aprendizaje autodirigido(15).

4) En relación a la investigación académica:

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

EL FORMATO DEL INTERNADO EN MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNIDAD

El alumno de graduación de medicina precisa de una estructura de enseñanza que permita y facilite el tránsito entre la teoría y la práctica. Los docentes – como mediadores fundamentales de esta relación – deberían estar capacitados en este nuevo tipo de enseñanza. El vínculo con el docente es el gran facilitador para la enseñanza; el contacto prolongado, horizontal, con un mismo profesor debería ser estimulado. Esto permitiría incluso, un cuidado adicional con alumnos que, muchas veces, se sienten desorientados en esta etapa de su formación y sufren el impacto de la realidad que les es presentada.

La enseñanza en el internado de medicina de familia y comunidad y en la APS necesita ser ordenado, tanto por razones pedagógicas, como de funcionamiento de los servicios, en pequeños grupos de alumnos, con supervisión y acompañamiento de profesores y de tutores o colaboradores elegidos entre los equipos asistenciales de APS de la red municipal. En los primeros años de la carrera universitaria, las prácticas en la red de APS se dirigirían para el campo clínico de la medicina de familia y comunidad y para los conceptos y actividades del área de salud pública relacionadas a la APS. Asignaturas iniciales de medicina de familia y comunidad, donde el alumno pudiera tener su primer contacto con aspectos de semiología y clínica, integrando a ellas los contenidos de áreas básicas como anatomía, fisiología, patología, así como sociología y antropología, por ejemplo, cautivarían el interés del alumno por la práctica clínica en APS y por la determinación social de las enfermedades, valorando el ejercicio de la medicina de familia y comunidad. Estas asignaturas serían coordinadas por profesores y profesionales tutores

con formación especializada en medicina de familia y comunidad o que se apropiaran sólidamente de los conocimientos y habilidades necesarios para la práctica clínica en APS, con la presencia y el soporte de los profesores de las asignaturas del ciclo básico.

A partir del cuarto año y en el internado, sin embargo, se recomienda un mayor énfasis en las prácticas clínicas en la red de APS. La enseñanza de la medicina familiar y comunitaria, pediatría, ginecología, obstetricia, clínica médica, psiquiatría, infectología y otras disciplinas, depende cada vez más de la práctica que acontece fuera de los hospitales universitarios, en la APS y en centros de referencia de nivel secundario. En esta situación es importante que los profesores se acerquen a los equipos de médicos de familia y comunidad, buscando articular la enseñanza práctica con la lógica de funcionamiento del modelo de atención de la red de APS; operando con agentes de salud, haciendo discusión de casos en equipo interdisciplinar, visita domiciliaria, educación en salud, elaboración de proyectos terapéuticos integrados y de proyectos de intervención colectiva sobre la población, el territorio y los determinantes sociales del proceso salud-enfermedad. La enseñanza en la atención primaria depende aún de reclutar en la red de APS tutores, entre los profesionales médico-asistenciales, que proporcionen viabilidad a la necesaria descentralización y multiplicidad de campos de práctica.

En algunas Universidades brasileñas, se han desarrollado prácticas rurales, por períodos de 8-10 semanas, en las cuales el alumno participa de un servicio de APS de base municipal en ciudades pequeñas del interior vinculado a médicos de familia y comunidad de la red de APS, con vínculo de profesor temporario con la universidad. La evaluación de estas experiencias ha mostrado que constituyen ricas oportunidades de aprendizaje aunque con problemas en la adaptación de los alumnos a las ciudades de las prácticas, en los equipos de salud, y aún con algunas quejas sobre la calidad de la docencia ofrecida (19).

El formato de internado más adecuado pareciera ser el que contiene actividades en los servicios de APS que tengan médicos de familia y comunidad como tutores y en el cual el alumno pueda vivenciar, en turno integral durante 8 a 12 semanas, todas las actividades desarrolladas como consultas, visitas domiciliarias, actividades de educación en salud y contacto con el equipo multiprofesional. El internado debe ser integrado como obligatorio en la currícula tanto como las prácticas de otras grandes áreas de la medicina (pediatría, ginecología, obstetricia, clínica médica y cirugía general). Es importante que también existan discusiones de temas relacionados con la APS de forma científica (discusión de casos clínicos, seminarios) para reforzar la base teórica sobre el área. Este tipo de actividad viene siendo realizado en algunas Universidades en Brasil como la Universidad Federal do Rio Grande do Sul y la Universidad Federal de Ciencias Médicas de Porto Alegre, con

valoración de la práctica de medicina de familia y comunidad junto a los alumnos y aumento de su interés por buscar la especialización en medicina de familia y comunidad.

EXISTENCIA DE DEPARTAMENTOS DE MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNIDAD

Como afirma Tomás Pantoja (12), durante los últimos 50 años la Medicina Familiar y Comunitaria se ha establecido no sólo como una parte fundamental de muchos sistemas de salud - por ser la especialidad médica caracterizada por la integralidad y por ser la ideal para la configuración de equipos de APS en el mundo desarrollado - sino también como una disciplina académica con currículo propio, áreas de investigación y publicaciones periódicas. El proceso de desarrollo y reconocimiento de esta disciplina ha estado íntimamente ligado al ejercicio profesional de los médicos de familia y comunidad en los sistemas de salud, a partir del cual se ha avanzado en la teorización y posterior institucionalización a nivel de las entidades académicas (21).

En México, la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de México inició en 1970 el proyecto de pregrado para formar médicos de familia y comunidad a partir de contactos tempranos y cercanos con la comunidad. Surgió así, en 1971, el Programa de Medicina General Integral y en 1975 se creó el Departamento General Familiar y Comunitario, el primero en Latinoamérica. En 1992 cambió su nombre por Departamento de Medicina Familiar. En enero de 2000, liderazgos de la medicina familiar de América Latina establecieron una *Task Force*, conocida como el 'Grupo de Panamá', para monitorear el progreso académico de la medicina familiar en América Latina. Muchos otros esfuerzos individuales fueron importantes para la Medicina de Familia en América Latina, tales como el Dr. Thomas Owens, quien introdujo cambios en la medicina de familia en Panamá y el Dr. Julio Ceitlin (Universidad de Buenos Aires, Argentina) quien influenció facultades de medicina de varios países de América Latina (22;23).

En 2000, en México, al analizarse 31 instituciones educativas de medicina, se encontró que sólo 3 contaban con una estructura académica de medicina familiar y comunitaria organizada como departamento específico en la Facultad. La institucionalización de estos departamentos es fundamental para la gestión administrativo-docente de todo programa educativo de pre y posgrado ligado a la universidad (11). En 2003, en Argentina, solamente la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires ofrecía entrenamiento en pregrado en medicina familiar y comunitaria y tenía Departamento de Medicina Familiar, mientras en Colombia 4 facultades establecieron este departamento y en Panamá solamente 1 (22).

Según orientación de la Organización Mundial de Salud en conjunto con la Asociación Mundial de Médicos de Familia (WONCA), implantar Departamentos o Unidades de Medicina de Familia y Comunidad en instituciones universitarias da las condiciones necesarias para la inclusión de la disciplina en el espacio académico, favoreciendo la organización de los recursos necesarios para articular la tríada: enseñanza, cuidado al paciente y programas de investigación (24). Al involucrar un número adecuado de médicos de familia y comunidad como profesores y modelos se crean las condiciones para capacitar a los estudiantes respecto de una elección informada acerca de su futura especialización (25). Las escuelas y facultades de Medicina son las responsables para cubrir tales necesidades y la creación de Departamentos de Medicina de Familia y Comunidad ha sido la respuesta a dichas políticas (11). La conclusión a que llegan Haq y colaboradores es que el establecimiento de Departamentos Académicos de Medicina Familiar y Comunitaria en las Facultades de Medicina es de vital importancia para la realización de una accesible, efectiva y amplia atención primaria de salud (26).

La existencia de fondos federales para el desarrollo de estos departamentos y de los cambios curriculares en la enseñanza médica que favorezcan la formación de profesionales preparados para responder a las necesidades de las comunidades y del sistema de salud de cada país, colaboran fuertemente en el aumento del número de estudiantes que eligen la especialidad de medicina de familia y comunidad (27).

TUTORÍAS: CÓMO ATRAER PROFESIONALES DE LA RED PARA REALIZAR TUTORÍAS EN MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNIDAD

Según Ostergaard (23), en esta época de grandes avances tecnológicos y de cambios en los enfoques de la medicina no podemos dejar de lado la función tutorial como elemento esencial en el proceso de formación de los médicos actuales. La función tutorial debe ser realizada por profesionales médicos de la red de APS, entrenados para ejercer esta función docente. La presencia de profesionales legitimados en medicina de familia y comunidad, tanto académica como clínicamente, es absolutamente esencial para que los estudiantes de medicina la consideren como especialidad y decidan realizar su residencia médica en medicina de familia y comunidad (23). El tutor debe servir como modelo en su actividad clínica, en el trato con los pacientes, en su actitud ética ante la medicina y la tecnología y hacia sus propios colegas (15). Los profesionales de la red de asistencia deben ser estimulados a participar del proceso de entrenamiento de los alumnos. Para ello se necesitan algunas adaptaciones en la dinámica de trabajo y una definición de tareas de enseñanza que deben ser agregadas a la rutina asistencial.

Diferentes formas de incentivo pueden ser propuestas para los profesionales de la red que desarrollen actividades de enseñanza tutorial. Algunos estudios demuestran que se necesita dedicar cerca de 73 minutos por día de trabajo del profesional asistencial, el tutor, a cada alumno. Esto genera una reducción en el número de consultas ofrecidas a la población por día de trabajo (28). Una diferenciación en la carga horaria de consultas y/o reducción en la relación médico/población adscrita, proporcionan los momentos adecuados para la enseñanza y constituyen una forma de incentivar a los profesionales de la red asistencial en APS a la adhesión a este proceso así como una relación tutor-alumno satisfactoria que permite la retroalimentación de ambos en beneficio de sus pacientes y población bajo cuidado. Otra forma de incentivo a la participación de médicos de la red asistencial al proceso de tutoría universitaria en medicina es facilitar la participación en procesos de especialización en el área de medicina familiar y comunitaria para quienes aún no poseen esta especialidad, así como la participación en actividades de educación continua y capacitaciones para la función de tutoría. Además, se abre la posibilidad para que estas actividades sean valoradas en la revalidación/certificación del diploma de especialidad en medicina familiar y comunitaria en los países que ya poseen este sistema.

Uno de los aspectos relevantes del sistema tutorial es el rescate de la capacidad más importante del ser humano que es la de desarrollar actitudes positivas tanto hacia el paciente como hacia el alumno y viceversa. Los gobiernos y las instituciones de enseñanza deben crear incentivos, individuales e institucionales, para la participación en el programa de tutoría: creación de convenios entre la Universidad y las Unidades de APS y/o Municipio; acreditación de los establecimientos de salud como unidades de docencia; reconocimiento formal de los profesionales que coordinen u orienten las actividades prácticas; ofrecimiento de equipamientos básicos para la práctica clínica individual y colectiva tales como balanzas, tallímetros, tensiómetros, etc; y, por último, pero fundamental, la oferta de becas o gratificaciones financieras para los profesionales implicados. En Brasil, existe la propuesta de pago de becas para los tutores comprometidos en la enseñanza de alumnos de grado y posgrado en medicina de familia y comunidad, llamado *PET-Saúde*, en un acuerdo entre los Ministerios de Salud y de Educación (29). Es importante que procesos semejantes incluyan, desde la planificación, evaluaciones periódicas de las actividades y del desempeño de los alumnos y de los tutores.

Las actividades teórico-prácticas de los alumnos pueden ser compartidas entre los profesionales de la red y los profesores de las Universidades, desarrollando un ambiente de intercambios y crecimiento mutuo. De este modo se podría proporcionar una mejora del proceso de trabajo con posibilidad de aumentar la resolutivez de la atención a los pacientes y comunidades. Otras formas de interrelación entre niveles asistenciales, otras especialidades médicas focales y otras profesiones del área de salud corroboran el

desarrollo de ambientes multiprofesionales de enseñanza. Este proceso es bastante rico y puede servir como importante estrategia para el desarrollo de investigación en atención primaria.

Otro aspecto que debe ser estimulado en los tutores y que genera motivación es la participación en eventos científicos que sirven como práctica de actualización científica, así como de encuentro con otros profesionales de su área, propiciando el intercambio de ideas, proyectos y experiencias de buenas prácticas.

DIFICULTADES Y POTENCIALIDADES DE LA REORIENTACIÓN CURRICULAR EN MEDICINA – INCENTIVOS NECESARIOS

La I Cumbre Iberoamericana de Medicina de Familia y Comunidad sugirió que las razones de tipo social (tipo de atención médica que espera la población) y de servicios de salud (reforma cuali y cuantitativa) serían una justificación suficiente para que la medicina de familia y comunidad integre formalmente el currículo de pregrado de las facultades de medicina en América Latina. Además de las justificaciones sanitarias y sociales existen otras razones, netamente educativas y científicas, por las cuales las facultades de medicina deberían incluir disciplinas de medicina de familia y comunidad en el currículo de graduación. La introducción de la medicina de familia y comunidad es un factor de equilibrio, compensador, en un proceso formativo que actualmente está preponderantemente dominado por especialidades médicas focales. Las experiencias educativas con enfoque general, proporcionadas a los estudiantes, sirven para equilibrar la tendencia a la fragmentación del conocimiento, producto de un currículo tradicional basado en un enfoque reduccionista del proceso salud-enfermedad. La medicina de familia y comunidad constituye una herramienta conceptual y metodológica adecuada para potenciar el equilibrio que debe existir entre la organización de la atención a la salud para el desarrollo de verdaderos equipos multiprofesionales de trabajo y la necesaria individualización que requiere la interacción entre el profesional, la persona y las comunidades que buscan cuidados (30).

Finsher sugiere que el enfoque tutorial comprende obstáculos reales e imaginarios a la experiencia significativa de los alumnos en APS. Este enfoque, al hacer a los alumnos progresivamente responsables por el cuidado en salud, posibilita que los profesores y tutores ejerzan una gran influencia en la elección de la especialidad médica que los alumnos seguirán posteriormente a su formación médica de graduación. Estos últimos tienden a seguir los pasos de los profesores que parecen más felices y satisfechos con su especialidad (31).

En México, la medicina de familia y comunidad se imparte con la siguiente carga horaria: en pregrado constituye el 25.8%, en posgrado el 22.6% y en ambos niveles en

19.4% de la carga horaria total(11). En la mayoría de los países de América Latina, la enseñanza de la medicina familiar y comunitaria se efectúa en el internado y muy poco en la primera mitad de la carrera médica universitaria. Las dificultades manifestadas para el desarrollo de la enseñanza de medicina de familia y comunidad son diversas y con particularidades para cada institución ya que existen combinaciones y razones únicas. Sin embargo, en México pueden resumirse en la falta de profesores y de interés de alumnos y profesores, falta de estructura física adecuada, de recursos económicos y necesidad de soporte docente y de investigación en medicina familiar y comunitaria (11). Los problemas de México son semejantes a los encontrados en otros países de América Latina. En Brasil, en un encuentro sobre Medicina de Familia y Comunidad en pregrado, fueron apuntadas por las instituciones de enseñanza universitaria, las siguientes dificultades para la inserción de la enseñanza de medicina de familia y comunidad durante la graduación en medicina(24):

- Docentes formados en el Modelo Flexneriano.
- Articulación incipiente con otras disciplinas del curso.
- Dificultad de los docentes en el trabajo intersectorial.
- Desconocimiento del grupo docente y discente en relación a los principios de la medicina de familia y comunidad
- Prejuicio / discordancia / desvalorización del grupo discente y docente en relación a la inserción de la medicina de familia y comunidad en la graduación, principalmente en la experiencia de inserción precoz en el currículo.
- Falta de recursos humanos con calificación en medicina de familia y comunidad tanto en la universidad como en la red asistencial
- Pequeño apoyo logístico de las Instituciones de Enseñanza Universitarias.

Según Ceitlin (2002), en el documento de la I Cumbre Iberoamericana de Medicina de Familia y Comunidad, 2002, la pertinencia y calidad de la educación médica están determinadas por el vínculo Universidad-Sociedad, es decir, por la medida en que la institución académica satisface su encargo social. De allí, la necesidad de formar un profesional que de respuesta a las demandas de la sociedad. La necesidad de formar un profesional capaz de brindar atención médica integral al individuo, la familia, la comunidad y el ambiente, con énfasis en la promoción de la salud y en la prevención de enfermedades, con un enfoque clínico, epidemiológico y social, exige que la educación médica centre su atención en la salud y no en la enfermedad, en los aspectos preventivos y no solamente en los curativos (32). Con el desarrollo progresivo de la tecnología dura, la profesión médica se ha impregnado de super-especializaciones, limitando la relación directa del médico con sus

pacientes y fragmentando a la persona; en contraposición a esta tendencia, la medicina familiar y comunitaria considera la unidad biopsicosocial de la persona, su interacción con el medio y la influencia sobre la salud de los elementos que forman parte de su contexto natural y social.

En las 3 Cumbres Ibero-americanas de Medicina de Familia y Comunidad, realizadas en Sevilla, 2002, Santiago de Chile, 2005, y Fortaleza, 2006, respectivamente, se identificaron varias propuestas para auxiliar en el desarrollo de la graduación médica (32;33):

- La constitución de una Task Force Iberoamericano para el desarrollo de la Medicina Familiar y Comunitaria académica es un instrumento esencial para profundizar los cambios de orientación, organización y contenidos de los currículos de las Facultades de Medicina.
- La necesidad de formular alianzas estratégicas para acelerar la incorporación de la Medicina de Familia y Comunidad y la Atención Primaria a las enseñanzas teóricas y prácticas de los currículos de pregrado en los países iberoamericanos.
- Hay que movilizar voluntades y garantizar recursos, en cada país, para la puesta en marcha de experiencias curriculares innovadoras en la enseñanza de la Medicina de Familia y Comunidad y la Atención Primaria en el pregrado con clara y temprana articulación con los servicios de salud.
- La formación de profesores y líderes docentes en Medicina Familiar y Comunitaria es esencial para avanzar en los objetivos propuestos. El establecimiento de programas de colaboración e intercambio internacionales en este campo es una estrategia primordial.
- Es preciso alcanzar un desarrollo adecuado de la Medicina de Familia y Comunidad y de la Atención Primaria dentro de las estructuras académicas de Facultades y Escuelas de Medicina Iberoamericanas. En cada país se deberán diseñar estrategias nacionales que permitan la introducción de la disciplina de Medicina de Familia y Comunidad en el currículo de pregrado.

SOBRE LA NECESIDAD DE INCLUIR A LA ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA EN EL CURRÍCULO DE PREGRADO

Los ámbitos y puestos de trabajo de las enfermeras en el sistema de salud, en América Latina, son diversos. En el ámbito comunitario, en especial después de la reunión de Alma-Ata en 1978, se priorizó la estrategia de atención primaria de salud que fomentó el trabajo interdisciplinario e intersectorial en salud. Durante los decenios del 70 hasta

mediados de los 90 del Siglo XX, la enfermería amplió su rol en el nivel primario de atención a la salud. Según Lana et al (34), la enfermería incorporó a su práctica la promoción de la salud, la prevención de riesgos y la gestión de programas prioritarios de salud.

La formación de los recursos humanos en APS actualmente se presenta como una constante preocupación, ya que exige de los órganos formadores flexibilidad para acompañar los avances ocurridos en el escenario de la Atención Primaria de Salud en el mundo, principalmente en América Latina. A partir de estos cambios se espera que las instituciones de enseñanza puedan brindar una atención de enfermería fundada en evidencias científicas y ofrecida por profesionales calificados.

La enfermería como sistema de enseñanza posee variaciones entre los países de la región latinoamericana. El nivel universitario puede ser el más homogéneo de toda la región, con tres programas distintos: Licenciatura, en la que se otorga un título de educación superior (en programas de 4 a 5 años); Diplomatura (programas de 2,5 a 3 años) y Enfermería de Nivel Técnico (programas de 2 años). Algunos países tienen un programa de técnicos expertos en enfermería. Estos programas forman parte de la educación secundaria técnica y ofrecen 2 o 3 años de entrenamiento específico. Brasil, Cuba, Nicaragua y Venezuela han establecido esta clase de programas(7). Este documento abordará la formación de enfermería en nivel universitario de pre y posgrado.

De acuerdo con estudios auspiciados por la OPS sobre la formación de personal de enfermería en América Latina y con el último reporte de la Asociación Latinoamericana de Escuelas y Facultades de Enfermería (ALADEFE), en 2004 existían 723 programas de nivel universitario de los cuales 55,1 % estaban vinculados a universidades y 44,9 % a otras instituciones(35). Según un estudio realizado en 1982 por OPS sobre la formación de personal de enfermería en América Latina, 52% de los programas eran de nivel universitario; 21% eran patrocinados por los ministerios de educación; 19%, por los ministerios de salud, y 7%, por otras instituciones. En 1949, cuando la OPS auspició el primer estudio sobre la educación en enfermería en América Latina, había 294 programas. Desde esa época ha habido un incremento del 220% en las escuelas de enfermería en la región(36).

Para analizar la enseñanza de APS en las escuelas de enfermería se realizó, en 2003, en Buenos Aires, un encuentro denominado "Reunión de Expertos" que reunió enfermeros especialistas del área para presentar, discutir y evaluar experiencias educativas de importantes universidades de América Latina. Según los participantes de este encuentro, las escuelas de enfermería de la región, incorporaron rápidamente a la enseñanza la meta de Salud para Todos en el Año 2000 y la Estrategia de APS, lanzada por la OMS. Esta última dio oportunidad a la revisión de los currículos de enfermería y, en particular, potenció la

perspectiva comunitaria de la enseñanza de enfermería, que tenía sus antecedentes fuertes en la enseñanza de salud pública (36) o en la práctica asistencial hospitalaria.

Es posible creer que las iniciativas de reorganización del trabajo en salud dirigidas a la APS hayan causado conflictos de diversos niveles, como las propuestas para la creación de equipos multiprofesionales, determinando a la vez, la incorporación de nuevos contenidos curriculares en las disciplinas de salud comunitaria y salud de la familia. Considerando la diversidad regional se estima que, así como la estrategia de APS produjo impactos de diversos grados y calidades en la transformación del modelo de atención en las Américas, también los produjo en la enseñanza de enfermería. Sin embargo, no hay estudios que hablen de estos avances, ni tampoco análisis críticos sobre este singular aspecto que identifique agudamente las dificultades, los obstáculos, los vacíos, las contradicciones y los retrocesos. Estudios de este tipo podrían favorecer el establecimiento de condiciones para re-aprender y para re-crear la enseñanza de la Atención Primaria de Salud en las Escuelas de Enfermería (36).

Las escuelas de enfermería en América Latina han buscado experiencias en el campo de la salud de la familia que sean interdisciplinarias e integradoras entre la práctica asistencial y la implementación de diferentes metodologías de enseñanza. La reunión de "Expertos del Cono Sur" ya citada enfatizó que no todas las universidades de enfermería de esta región presentaban carga horaria curricular destinada a la enseñanza de APS. Considerando las universidades sobre las cuales se disponía de información, se observó que las horas destinadas a APS representaban porcentajes entre el 20 y 30% del total de horas curriculares. En todos los currículos analizados, los docentes responsables por los cursos relativos a la atención primaria estaban capacitados en el área; en su mayoría además, tenían formación especializada (36), si bien existe la necesidad de repensar las metodologías educativas e incorporar nuevas modalidades e instancias para la práctica de APS en enfermería.

PROGRAMA DOCENTE ASISTENCIAL EN LA FORMACIÓN DE PREGRADO EN ENFERMERÍA

Los procesos de integración docente asistencial en la formación constituyen una recomendación importante. Este proceso posibilita la integración de la Universidad con los servicios y la utilización de estos como un laboratorio de enseñanza e investigación. La integración de actividades de servicio con las de enseñanza en diferentes niveles puede aprovecharse de la experiencia y conocimiento de los profesionales en el área de APS para una formación de enfermeros en consonancia con las necesidades y demandas más amplias de la población. La integración docente asistencial es una doble vía, el servicio

deberá considerar y utilizar toda la “tecnología” que las Universidades puedan ofrecer actuando de forma articulada con la investigación y producción de conocimiento y al mismo tiempo la Universidad podrá invertir más en la reflexión y problematización de la realidad calificando el proceso de formación de los enfermeros. El mismo modelo propuesto en la sesión acerca de la formación de pregrado en medicina se aplica a la enseñanza de enfermería familiar y comunitaria.

La integración docente asistencial se ha enfatizado como una estrategia pedagógica para la transformación de la práctica, a través del cambio de los diferentes conocimientos contribuyendo para que los profesionales se mantengan actualizados a través de la capacitación continua en el trabajo calificándose mutuamente para actuar en organizaciones cada vez más complejas y competitivas. La integración docente asistencial contribuye, además, sin duda, para la educación continua en servicios de salud (37).

EL INTERNADO DE APS EN ENFERMERÍA

Múltiples experiencias prácticas comunes en la formación de enfermería en América Latina fueron desarrolladas en ámbitos del primer nivel de atención, tales como los Centros de Salud, hospitales de día y consultorios comunales, abarcando también otros ámbitos tales como centros comunitarios, comedores, jardines maternales, escuelas, hogares especiales y fábricas (7). Estas experiencias pueden resumirse en: realización de diagnóstico de salud comunitario; participación en programas de salud vigentes; participación en la programación de actividades con el equipo interdisciplinario de salud; participación en la programación de actividades con otros sectores relacionados a la salud; consulta de enfermería; visitas domiciliarias y seguimiento; control de crecimiento y desarrollo del niño; inmunizaciones; control de embarazadas; control del adulto mayor y educación para la salud en niveles individuales y grupales (7).

En general, los contenidos relacionados a la APS no se encuentran agrupados bajo una asignatura de pregrado con tal nombre sino incorporados como conceptos o filosofía en asignaturas tales como Salud Pública, Enfermería Comunitaria y Promoción de la Salud. Estos contenidos también aparecen en asignaturas relacionadas a la atención de enfermería focalizada para grupos poblacionales específicos tales como Salud Materno-Infantil, Salud Familiar, del Niño, del Adolescente, del Adulto y del Anciano, Salud Mental y Salud de los Trabajadores. También se encuentran contenidos de APS en las áreas de Administración de los Servicios de Enfermería, Epidemiología, Bioestadística, Educación y Ética. En términos globales podrían resaltarse los siguientes contenidos comunes y diferentes al conjunto de los currículos (Cuadro 1).

Cuadro 1. Contenidos para la enseñanza de la APS en enfermería - Cono Sur

Contenidos comunes	Contenidos diferentes
Enfermería en el Primer Nivel de Atención - Visita domiciliaria – Consulta de enfermería	Auto-cuidado
Enfermería Comunitaria. Actividades de la enfermera y sus ámbitos de actuación (ONG, asociaciones intermedias, centros educativos)	Gestión de los Servicios de Primer Nivel de Atención
Promoción de la Salud	Inserción de Enfermería en Salud Laboral
Educación para la Salud	
Trabajo en Equipo. Equipo de Salud	
Coordinación intra e intersectorial	
Desarrollo Comunitario – Redes, Participación Comunitaria	
Integración de los aspectos biopsicosociales en la Atención de Enfermería: al Individuo, Familia, y Comunidad	
Participación de Enfermería en Programas de Salud : Materno Infantil, Vacunaciones, Plan Vida, Atención a la Mujer con enfoque de género, Salud Escolar, Atención al Adulto y Anciano	

Fuente: Organización Panamericana de la Salud. Área de Fortalecimiento de Sistemas de Salud. Unidad de Recursos Humanos para la Salud. Enseñanza de la APS en las Escuelas de Enfermería del Cono Sur. Washington, D.C: OPS, 2007

No existe en la formación de enfermería un internado en APS como ocurre en las facultades de medicina. La formación en APS ocurre a lo largo del proceso general de formación, en las diferentes disciplinas. Por ejemplo, en Brasil, más allá de la formación curricular en APS en las diferentes disciplinas, el estudiante puede, en el 9º semestre de formación, elegir libremente el área de salud de la familia para realizar su internado que dura un semestre. La adopción de un internado obligatorio en enfermería familiar y comunitaria, podría alcanzar efectos semejantes para la formación de pregrado en enfermería tal como el internado en medicina de familia y comunidad viene ejerciendo sobre la formación médica.

TUTORÍAS EN APS EN LA FORMACIÓN DE PREGRADO EN ENFERMERÍA

La tutoría es una estrategia para dirimir el conflicto experto-aprendiz, para transitar al ejercicio de co-aprendiz, es decir generar condiciones académicas para que los participantes básicos, alumno y docente, actúen conjuntamente en la exploración de conceptos de APS reflejados en los escenarios de ejercicio profesional. Un reto es considerar a la tutoría como la experiencia que permitirá el inicio de interacciones en ambientes interdisciplinarios y transdisciplinarios, donde el alumno tendrá que diseñar más y mejores procesos investigativos dentro de su campo de acción. Por lo tanto, rescatar la interdisciplinariedad y transdisciplinariedad no obedece a un esfuerzo parcial de las voluntades personales de los tutores, sino que constituye un punto sustantivo del desarrollo de las instituciones y de sus miembros (38).

La idea de la tutoría como estrategia fundamental que dinamiza, actualiza, crea y recrea conocimiento dentro de cada disciplina, adquiere sentido relevante cuando conjuga

este núcleo de calidades en dirección al pensamiento crítico del acontecer profesional, ya que estimula el compromiso social del alumno y determina el tipo de relación que el tutorando establece con el conocimiento a través de las herramientas de las prácticas asistenciales y de la investigación.

La tutoría es un proceso fundamental en la formación de enfermeros en el área de APS y para la transformación de enfermeros asistenciales en tutores junto con los profesores universitarios; es parte del proceso de integración docente asistencial y fundamental para la calificación de la formación de enfermeros en APS. Los profesores de APS de las escuelas de enfermería son, en su mayoría, especialistas en salud pública, algunos con grado de master, otros con doctorado, algunos pocos apenas con especialización. Para la mejoría de la enseñanza de APS en el pregrado de enfermería, se propone que estos docentes adquieran experiencia en la práctica asistencial en APS. Para ello, la relación de intercambio y el compartir experiencias, conocimientos y actitudes entre el enfermero tutor del servicio de APS y el profesor universitario, servirá para calificar la formación, tanto de pre como de posgrado.

DIFICULTADES Y POTENCIALIDADES DE LA REORIENTACIÓN CURRICULAR DE ENFERMERÍA PARA LA APS

Muchos programas de enfermería continúan centrados en el modelo biomédico aunque hace unos 10 años los planes de estudio en América Latina, comenzaron a transformarse significativamente incluyendo fuertes componentes de salud pública, ciencias sociales y centrados en los cuidados de enfermeros(39). Los principios que rigen la formación del enfermero deben pasar por cuestiones contextuales, eliminándose la dicotomía entre pensar y hacer. El mercado de trabajo exige un cambio en la formación y en el ejercicio profesional, que demanda, por parte de las escuelas de enfermería, cambios en sus currículos y en sus prácticas pedagógicas(40).

Se observa que en muchos países de América Latina, las enfermeras se reúnen para estudiar y aprobar políticas y planes de desarrollo nacionales y regionales, desarrollar investigaciones, transformar la educación, ocuparse de la calidad de los servicios, promover la legislación, participar en las decisiones públicas de salud. Estas constituyen señales de un intenso proceso de cambio en el camino de asumir su condición de actor social preocupado y comprometido con la salud y la calidad de vida de las sociedades latinoamericanas, un actor que ocupa un lugar político en las razones de la salud en el mundo.

El Grupo de Trabajo de expertos en educación analizó documentos regionales buscando entender los modelos conceptuales que subyacen a los contenidos y métodos de

la enseñanza de la APS, cuáles son las principales contradicciones y vacíos conceptuales que persisten y cuáles los principales conflictos que se enfrentan en la enseñanza de la APS. A continuación se presentan los aspectos relevantes de la discusión realizada(36):

- Las escuelas de enfermería se adaptaron al funcionamiento de los servicios de salud tal como existen para la enseñanza y la práctica de la APS, sin embargo esto limitó las acciones y los campos de actuación ya que los sistemas de salud existentes no están organizados sobre la base de la estrategia de APS

- El modelo de enseñanza en las escuelas de enfermería es biologicista, curativo, autoritario, uni-causal, individual y paternalista. Se enseña con pensamiento mecanicista, fragmentado

- El paradigma de educación es tradicional, hay escasa preocupación por la articulación teoría-práctica. No hay una reflexión acerca de los resultados, de lo que los alumnos hacen ni de la transferencia real de competencias

- En este enfoque pedagógico tradicional no es posible la enseñanza de la APS, ya que para su práctica se requiere estudiantes con una visión crítica y conocimientos de enfermería orientados a la APS tal como fue propuesta en Alma-Ata, con una visión de salud integral y social, planteando estrategias que integren los causales sociales, económicos y políticos de la salud, considerando a todos los sectores: políticos, económicos, sanitarios y educativos

- Para romper con el modelo de enseñanza es necesario una ruptura metodológica y epistemológica. Las instituciones educativas deben también establecer un compromiso político con la estrategia de APS para viabilizar el cambio en la enseñanza

- La ruptura metodológica y epistemológica necesita de una visión crítica, cambio en los roles y la modalidad del proceso educativo, para generar mejores perspectivas de enseñanza de la APS

- En lo conceptual de la enseñanza de APS subyace el modelo de salud biológica, de causa-efecto y las visiones de las cuestiones de salud dentro de un campo único, aislado en sí mismo. Para la perspectiva de la APS se necesita avanzar en el conocimiento de bases sociales, filosóficas, antropológicas y de las ciencias humanas

- El concepto de APS queda asociado a un nivel de atención, reduciendo e impidiendo su comprensión como estrategia

- Para sustentar o posibilitar los cambios es necesario la formación pedagógica y estratégica disciplinar en APS. Es necesario repensar los procesos cognitivos del aprendizaje dentro de las escuelas, considerando los sujetos individuales y los procesos colectivos que permitan fortalecer el perfil de la enfermera como actor social. Se debe trabajar desde la subjetividad individual y social para romper con modelos y principios

contrarios a la filosofía de APS. Asimismo se deben sustentar sus principios universales de equidad, atención centrada en la persona y la comunidad, solidaridad, justicia social, y participación.

A los fines de generar procesos positivos de transformación relacionados a las mencionadas áreas críticas, que tiendan a priorizar las necesidades de salud y a mejorar los servicios, el Grupo de Trabajo de expertos definió un conjunto de recomendaciones para el desarrollo de la enseñanza de Enfermería en APS, entre ellas(36):

“a) facilitar y orientar la realización de análisis de situación y la definición de políticas, planes y proyectos de desarrollo de recursos humanos de enfermería a niveles nacional y sub-regional; b) profesionalización de recursos humanos de enfermería; c) promover la orientación de la educación en enfermería hacia las necesidades de salud de la población y los nuevos modelos integrales de atención basados en conceptos y prácticas de salud pública y APS; d) educación continua en salud orientada a la mejora de la calidad de la atención de enfermería en APS; e) promover la modernización de la gestión de recursos humanos incluyendo el estudio y la mejoría de las condiciones y medio ambiente de trabajo de las enfermeras; f) generación y diseminación de información y conocimientos; g) promoción del intercambio de experiencias que permitan enriquecer los procesos de transformación.”

2. POSGRADUACIÓN

2.1. POSGRADO EN MEDICINA: LA ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNIDAD Y EL DESAFÍO DE LA CALIFICACIÓN MÉDICA PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: MÉDICOS QUE TRABAJAN EN LA APS CON OTRA FORMACIÓN DE BASE

La dimensión de la APS como nivel o punto de un sistema de servicios de salud presenta, de acuerdo con la OPS, un requisito necesario, entre otros: “es directamente relacionada a la disponibilidad de médicos actuantes con especialización en clínica general o medicina familiar” (33). A pesar de esto, en los países de América Latina, existe un número relativamente pequeño de vacantes en Programas de Residencia Médica (PRM) para Medicina de Familia y Comunidad (MFC), y una dificultad persistente para ocupar las plazas existentes. El reducido prestigio social y corporativo, sumado a valores depreciados en el pago a los médicos-residentes, muchas veces, llevan el recién-graduado a optar por otras especialidades o por ninguna, insertándose directamente en el mercado de trabajo. Además, hay un número desproporcionadamente grande de médicos especialistas de otras áreas actuando en APS en países como Brasil, donde la red APS ha crecido sustancialmente en los últimos años. Brasil cuenta actualmente con casi 30.000 equipos de salud familiar, donde cada equipo es formado, por lo menos, por un médico, un enfermero, 1-2 técnicos de enfermería y 4 a 6 agentes comunitarios de salud, responsables por una comunidad de máximo 4.000 personas. De estos 30.000 médicos, solo aproximadamente 2.000 son especialistas en medicina de familia y comunidad.

Así, al lado de políticas de valorización de los Programas de Residencia Médica de medicina de familia y comunidad, son necesarios procesos de ‘reconversión en larga escala’ para que todos los médicos que trabajan en APS alcancen los patrones de adecuación exigidos. Tal comprensión se ha diseminado a tal punto que diversos liderazgos gubernamentales, académicos y científicos han alcanzado consenso en recomendar un período de 5 años para que los países de Iberoamérica lleven a cabo procesos de esta naturaleza. De este modo, sería factible pensar de aquí a 10 años, en la existencia de una Residencia Médica en medicina de familia y comunidad de exigencia continental, como un requisito para la inserción médica en la red de APS (33).

Tal constatación no es nueva. En algunos países, desde el inicio del milenio, a pesar de identificarse a los programas de residencia médica como el patrón-oro de formación para la medicina familiar y comunitaria a través del entrenamiento en servicio bajo supervisión

(41), se apuntó a la necesidad de un período de transición en el que se ofrezcan modalidades adecuadas a los médicos que ya trabajan en APS.

Respondiendo a este contexto de transición, es necesario incentivar nuevas posibilidades y estrategias de desarrollo de médicos ya formados(42). La calificación de los profesionales que ya trabajan en APS es hoy un foco prioritario para el avance y consolidación de los derechos en salud (42;43). Tal avance requiere, paralelamente, un sistema de acreditación y certificación que permita aquilatar las competencias alcanzadas, inclusive considerando dichas competencias para la obtención de título formal de especialista por aquellos que, en este período, no tuvieron acceso a los programas de residencia médica en medicina de familia y comunidad. El impulso a la titulación reconocida entre pares es un poderoso estímulo para que los médicos participen activamente de los procesos de calificación (44).

Esto significa reconocer que tales procesos precisan centrarse en las especificidades profesionales de médicos y enfermeros. Procesos educativos que traten estas profesiones como si fueran un único 'profesional de APS' no permitirán tal reconocimiento, resultando en una baja atracción para los médicos. El abordaje conjunto de un campo de competencias común no podrá, así, sustituir un específico y largo abordaje de los elementos propios y separados de cada profesión. Experiencias contrarias a esto ya fueron testadas sin reversión del cuadro tradicional (45).

La capacitación médica de postgrado lato senso, la especialización, se sitúa, entonces, como una estrategia prioritaria en este momento (46), principalmente al incluirse la modalidad a distancia. En algunos países, la creación del concurso para el título de especialista en MFC, reconocido por las sociedades científicas de esta especialidad y por las asociaciones médicas nacionales, puede rellenar una laguna decisiva para el aprovechamiento de estas formas de calificación. Los países poseen diferentes sistemas de reconocimiento de especialidades médicas(47). En algunos, los procesos de capacitación con demostración de aprovechamiento pueden resultar directamente en algún tipo de titulación reconocida. En su mayoría, sin embargo, es necesario que las Asociaciones Médicas nacionales, casi siempre a través de las Sociedades Científicas correspondientes, sometan a los profesionales a sus procesos independientes de certificación. En éstos, diferentes capacitaciones reciben puntuación proporcional a la calidad que le es atribuida a través de rutinas previas de acreditación. En cualquiera de los casos es común que se intitulen los procesos de capacitación referidos, como cursos de especialización (41).

Enfocadas en estimular las capacidades de aprender a aprender, como un médico de familia y comunidad en el día-a-día profesional, tales especializaciones son tanto más

relevantes para las necesidades de salud de la población cuanto más incluyan la adopción de actitudes apropiadas y dominio del método propio de la medicina de familia y comunidad, además de los conocimientos y habilidades instrumentales. Inseridas en la línea de frente de esta estrategia, las Sociedades Científicas del área deben ser estimuladas a desarrollar sus sistemas evaluativos en esta dirección. Las estrategias nacionales son llamadas a fortalecer el protagonismo de los propios especialistas en medicina de familia y comunidad en las tareas docentes, de especialización y certificación (47). Dadas las particularidades de la medicina de familia y comunidad y de sus diferencias de horizonte en relación a las especialidades focales de órganos, género y rango de edad (pediatría y geriatría), es importante superar la etapa inicial de su desarrollo en algunos países, donde la formación del médico de familia y comunidad era o es realizada solamente por la actividad conjunta de especialistas de otras áreas.

Para que la intención de los gestores sea percibida como consistente, y sea acogida por los profesionales, es fundamental que los incentivos financieros se compatibilicen con la disponibilidad de la nueva calificación. Experimentos de remunerar mejor a los profesionales que hayan participado y comprobado aprovechamiento en procesos de especialización aquí descritos, pueden ser decisivos para atraer médicos que de otra manera, podrían ver en este proceso solamente una depreciación del status quo con el cual siempre se identificaron.

Con el fin de tornar viables las iniciativas de reconversión profesional de larga escala con este perfil, es posible delinear algunos elementos metodológicos fundamentales utilizándose una versión de los principios básicos de la APS:

- 1) *Acceso*: la especialización será ofertada de modo tal que se compatibilice con la mantención del trabajo del médico en el equipo de APS.
- 2) *Continuidad (valorización)*: es importante que se disponga de incentivos para la fijación de los profesionales así calificados y certificados en los territorios en que están insertos. Es fundamental diferenciar financieramente al especialista médico en APS, al médico de familia y comunidad, de quien no se ha calificado para el trabajo en esta área. Tal previsión puede ser decisiva en el aprovechamiento de la inversión pedagógica.
- 3) *Integralidad inteligente*: la lógica que preside el delineamiento de estos procesos precisa tener en cuenta tanto los principios de la medicina de familia y comunidad como el perfil de los profesionales y las necesidades de salud en los territorios. En su formación anterior, los médicos vivenciaron oportunidades de aprender que deben ser complementadas y reorientadas para la integralidad de las dimensiones del cuidado en el proceso de calificación para APS.
- 4) *Coordinación*: es necesaria la coordinación de un conjunto de recursos orientados para las necesidades del trabajo en APS. No se puede suponer que el especialista de la

integralidad, el médico de familia y comunidad, sea adecuadamente formado con la mera fusión antipedagógica de especialidades focales, como pediatría, ginecología o clínica médica. Cuando ejerce el cuidado de niños, mujeres, adultos, personas/ familias/ comunidades que sufren orgánica y psíquicamente, el médico de familia y comunidad lo hace siempre a partir de la integralidad de las necesidades de salud. Actúa a partir de un cuerpo de conocimientos específicos y mediante técnicas propias a este abordaje. Las prácticas junto a especialistas médicos focales para el desarrollo de habilidades específicas deben ser coordinadas en esta perspectiva.

EJE ESTRUCTURANTE PEDAGÓGICO:

La identidad con el núcleo de la especialidad de medicina de familia y comunidad y el desarrollo de una pedagogía apropiada para el adulto (andragogía) son las bases del proceso.

A) Competencias buscadas

Las competencias atribuidas al médico de familia y comunidad son universales, sistematizadas y revisadas regularmente por la WONCA, Asociación Mundial de los Médicos de Familia y sus respectivas regionales (48;49). Estas competencias deben estar adecuadamente contempladas en el camino rumbo a la especialización en medicina de familia y comunidad. Sintetizadas, pueden ser descritas de la siguiente forma:

- Comprender la medicina de familia y comunidad como una especialidad de la integralidad del cuidado médico en APS, distinta y relacionada con las especialidades focales
- Ser capaz de aplicar los principios de la especialidad: cuidado personalizado longitudinal, integral y contextualizado, a las diferentes situaciones en que las personas, familias y comunidades se presentan y con excelencia clínica sobre los problemas de salud más frecuentes, tanto complejos, como sencillos
- Interpretar y organizar las informaciones recogidas para la formulación de hipótesis sobre los problemas de salud de las personas, de las familias y de la comunidad, de forma ética, apuntando a la elaboración de planes de cuidado que consideren la utilización de los recursos sociales disponibles, articulando y promoviendo permanentemente, posibles propuestas de acciones multiprofesionales e intersectoriales integradas para la mejoría constante de la calidad de salud de la población
- Desarrollar las habilidades de comunicación necesarias para el cuidado de personas con diferencias culturales en relación al propio médico
- Actuar a partir de una comprensión y de un abordaje biopsicosocial del proceso salud-enfermedad
- Desarrollar acciones integradas de promoción, protección y recuperación de la salud

- Estar habilitado a la práctica clínica centrada en la persona;
- Dominar los principios y herramientas del abordaje y de la terapia familiar en su área de competencia
- Orientar su práctica para las necesidades sanitarias y demandas de la comunidad, presentándose para el primer contacto de cuidados, creando vínculos y utilizando cada oportunidad para promover salud
- Desarrollar aptitudes para la resolución de problemas específicos; gestionar las situaciones que se presenten precozmente y de forma indiferenciada, utilizando las intervenciones diagnósticas y terapéuticas de modo efectivo y eficiente
- Atender, con elevado grado de calidad y resolutivez clínica – en el ámbito de la APS – por lo menos el 85% de los problemas de salud más frecuentes en la población bajo sus cuidados, sin diferenciación de sexo, género o rango de edad
- A partir de esta resolutivez, ejercer un papel de *filtro* sobre los problemas de salud, derivando a otros puntos del sistema de salud a aquellos que efectivamente requieren cuidados focales en los ambulatorios y hospitales de referencia, ampliando la pertinencia de estos cuidados, haciendo la prevención cuaternaria (prevención de la práctica iatrogénica), sin perder el vínculo y el acompañamiento de estos pacientes y de sus familias
- Coordinar los cuidados integrales de salud prestados a determinado individuo, familia y comunidad a lo largo de los diferentes puntos de cuidados de la comunidad o del sistema de salud, manteniendo siempre el vínculo personal
- Identificar los problemas y necesidades de salud de la comunidad, particularizando y priorizando a los grupos más vulnerables, implementando acciones de promoción, protección y recuperación de la salud de carácter colectivo y en el ámbito de la APS
- Actuar en equipo, promoviendo el trabajo ético, participativo, co-responsable, multidisciplinar e intersectorial
- Desarrollar, planear, ejecutar y evaluar, junto al equipo de salud, programas integrales de atención, intentando dar las respuestas adecuadas a las necesidades de salud de una población adscrita, teniendo por base metodologías apropiadas de investigación, con énfasis en la utilización del método epidemiológico
- Estimular la resiliencia, la participación y la autonomía de los individuos, de las familias y de la comunidad
- Cuidar de las personas que desean morir en domicilio y discutir y educar sobre el vivir y el morir con dignidad
- Desarrollar habilidades en el campo de la metodología pedagógica y la capacidad de auto-aprendizaje

- Estimular la curiosidad y el desarrollo de la capacidad de aprender a aprender de todos los implicados, en todos los momentos del trabajo en salud
- Identificar necesidades de aprendizaje propias, de los pacientes / responsables, de los cuidadores, familiares, equipo multiprofesional, grupos sociales, comunidad, a partir de una situación significativa y respetando el conocimiento previo y el contexto sociocultural de cada uno
- Participar de la formación y capacitación del personal auxiliar, voluntario, pacientes y estudiantes, utilizando metodologías activas de enseñanza-aprendizaje y promoviendo el aprendizaje significativo y diferenciado
- Auto-evaluarse y evaluar las actividades, actitudes y acciones, manteniendo un proceso permanente de reflexión crítica
- Comprender la investigación como sistematización y tratamiento científico en busca de respuestas a las cuestiones originadas por el pensamiento reflexivo respecto de los problemas de la población bajo su responsabilidad
- Desarrollar la capacidad de actuación médica científicamente actualizada, éticamente fundamentada y socialmente relevante

Para el desarrollo de estas competencias, el especializando médico debe estar sensibilizado para aprender a:

1. Abordar de forma integral y contextualizada situaciones y problemas prevalentes de la práctica clínica real;
2. Incluir como temas de aprendizaje situaciones menos frecuentes, pero de alta trascendencia, como puede ser ejemplificado por las situaciones de emergencia;
3. Fundamentarse en las mejores evidencias posibles en su práctica médica;
4. Buscar apoyo crítico de colegas con amplia experiencia;
5. Tener compromiso individual con el propio proceso de desarrollo profesional continuo.

B) Metodología pedagógica

Frente a la necesidad de los adultos de aprender con base en situaciones que tengan significado en su vida concreta, se sugiere basar el proceso de aprendizaje en la discusión de casos complejos. Estos son basados en problemas de salud más prevalentes y/o de gran relevancia, siempre teniendo en cuenta dimensiones transversales como organización de la demanda y abordaje familiar o comunitaria, política de salud, sistema de salud, APS, habilidades de comunicación, abordaje centrado en la persona, vigilancia en salud, evaluación y calidad, coordinación del cuidado (trabajo en equipo – acceso – coordinación - longitudinalidad – integralidad - abogacía), salud basada en la evidencia, educación en salud, ética en salud y vulnerabilidad social.

Estos casos son llamados casos complejos porque permitirán la identificación y problematización de diagnósticos individuales, familiares y comunitarios del proceso salud-enfermedad-cuidado, así como el abordaje de temas transversales. Los casos pueden ser presentados en niveles crecientes de complejidad en lo relativo al abordaje individual, familiar y comunitario.

Los problemas de salud generadores del camino educativo pueden ser seleccionados a partir de datos sobre la prevalencia de los mismos en la realidad nacional, regional y local. Es importante que estén contempladas cuestiones de salud sabidamente relevantes – pero frecuentemente infra-diagnosticadas - como son los casos de SIDA, violencia, depresión y drogadicción, por ejemplo.

Para cada caso, de acuerdo con el horizonte del cuidado integral, continuo y contextualizado de la medicina de familia y comunidad, es importante trabajar, a partir de la identificación de la lista de problemas: las oportunidades de promoción de la salud, de diagnóstico precoz / rastreo o iniciativas de prevención; los elementos terapéuticos a implementar (medicamentosos y no medicamentosos) y de rehabilitación; los elementos de coordinación del cuidado y los necesarios para la diferenciación de las conductas del médico de familia y comunidad en relación a la clínica practicada en servicios de referencia o en hospitales y las necesidades de vigilancia o intervención en el territorio de adscripción de la comunidad.

Sintetizando, el proceso pedagógico de calificación para APS en el camino de la especialización, el enfoque de las actividades teóricas será (a) presentación de casos complejos; (b) elaboración y construcción de un listado de problemas típicos de un médico de familia; (c) definición de enfoques de intervención; (d) discusión, preguntas pedagógicas y definición de estrategia científica con el objetivo de identificar técnicas y contenidos que se deben dominar para viabilizar las intervenciones; (e) búsqueda de bibliografía y auto-aprendizaje; (f) discusión en grupo y síntesis; (g) verificación de los contenidos abordados y cierre del caso complejo; (i) evaluación del proceso de enseñanza-aprendizaje en cada caso.

Además de tomar en consideración las orientaciones de organizaciones cercanas al tema y de organismos multilaterales, es relevante también observar experiencias que hayan testado estrategias semejantes. En este sentido, el Caso Mexicano representa una situación en que los desafíos aquí abordados estaban presentes de forma condensada y en escala. En la sección de buenas prácticas, ejemplificaremos el caso de este país.

Residencia Médica para la Atención Primaria de Salud: la especialidad de Medicina de Familia y Comunidad

El perfil del profesional médico adecuado para la APS fue discutido en la I Cumbre Iberoamericana de Medicina de Familia y Comunidad. La Declaración de Sevilla, resultante

de este encuentro, afirma que “desde hace años se viene demostrando que médicos bien formados y entrenados en su práctica de APS son más efectivos y más eficientes que otros especialistas para la prestación de las funciones propias de la APS (50). También se ha evidenciado que la medicina de APS, la Medicina de Familia y Comunidad, debe tener sus tareas perfectamente definidas, con un conjunto de conocimientos, actitudes y habilidades que le son propias” (46). La Asociación Mundial de Médicos de Familia refuerza que “los médicos de familia son médicos especialistas entrenados en los principios de su disciplina” (43). El reconocimiento de esta especialidad médica es crucial para la construcción de un sistema basado en la Atención Primaria de Salud, porque define un campo de actuación, provee credibilidad al área y la torna respetable como opción de carrera médica (41).

Al revisar la literatura indexada, la residencia en medicina de familia y comunidad (MFC) fue evaluada como estrategia de especialización para profesionales de APS en pocos estudios comparativos. En la década de los 80, en Canadá, cuando aún no era obligatorio cursar residencia de MFC para actuar en APS, fueron realizados estudios que compararon la práctica asistencial de profesionales de APS que habían optado por internado (*internship*, prácticas en diferentes áreas por un año) con aquellos que cursaron 2 años en un programa de residencia de MFC. El estudio de mejor calidad metodológica mostró un número de consultas y gastos muy semejantes, pero se observó que los MFCs más frecuentemente trabajaban en centros comunitarios (51). Sin embargo, en este y en los demás estudios no fue evaluada la calidad del cuidado.

La calidad del cuidado fue evaluada en el estudio de Maheaux, también comparando el entrenamiento como “interno” versus “residente” de MFC, a través de un cuestionario auto-administrado por los profesionales(52). Se observó que los MFCs relataban más frecuentemente el uso del abordaje psicosocial en el cuidado de sus pacientes. En relación al local de trabajo se notó que aquellos profesionales que trabajaban en equipos multiprofesionales de centros comunitarios, independientemente de la formación, relataban más frecuentemente actitudes como el abordaje psicosocial y empoderamiento o educación del paciente para su auto-cuidado con relación a condiciones crónicas (*enablement*).

Un estudio más reciente, realizado en Tailandia -país que encuentra las mismas dificultades observadas en América Latina en cuanto a la carencia de MFC- buscó comparar el patrón de derivación de pacientes por MFC versus derivación de médicos sin esta formación, ambos en el contexto de la APS. Se observó que los MFCs derivaban sus pacientes en 14% de las consultas, mientras médicos no-MFC derivaban los pacientes en 24% de las consultas (53;54). En las referencias para diferentes especialidades se observó incluso, que MFCs tenían diagnósticos adecuados con mayor frecuencia e investigación anterior al momento de la derivación.

Jaturapatporn et al evaluaron la satisfacción de los pacientes atendidos por profesionales con diferentes formaciones a través del instrumento validado *General Practice Assessment Questionnaire* (GPAQ) (55). Los puntajes de satisfacción fueron estadísticamente superiores en todos los campos del cuestionario para médicos de familia, intermediarios para residentes e inferiores para médicos sin formación en MFC, excepto en el campo de acceso que fue semejante entre todos (56). El puntaje general, sin embargo, no presentó una diferencia significativa.

Cuando evaluamos la influencia de la formación de posgrado en los indicadores de salud, el trabajo de Shi et al muestra la asociación entre el mayor número de médicos de APS y la menor mortalidad general en la población de los Estados Unidos, a través de un análisis ecológico por Estado, controlado para potenciales confusores (1). Se observó que los Estados con más médicos de familia y comunidad presentaban tasas de mortalidad significativamente menores.

Con base en el conocimiento actual, sobre el perfil del profesional de APS, la I Cumbre Iberoamericana (2002) resaltó la necesidad de “aumentar las residencias en Medicina Familiar, definiendo unos requisitos mínimos comunes para todos los programas de residencia en Medicina Familiar de Iberoamérica, que garanticen la calidad y puedan servir tanto para una futura acreditación internacional como para la certificación y re-certificación de los médicos de familia y comunidad. Estos requisitos deben incluir la duración y los contenidos de los programas, los procesos docentes y la formación de profesores”(57). De esta forma, la Residencia Médica es reconocida como estrategia pedagógica ideal para la formación del Médico de Familia y Comunidad y para el trabajo en APS.

RESIDENCIA MÉDICA COMO ORDENADORA DEL MERCADO

Starfield resalta, en publicación electrónica de la sociedad estadounidense de los profesores de medicina de familia y comunidad, el modo en que la formación profesional guía al sistema de salud en este país (58). Mientras la formación de los profesionales y la oferta de vacantes para residencias continúen guiadas por las especialidades focalizadas y descontextualizadas de las necesidades en salud, la APS continuará carente de profesionales calificados y el sistema de salud continuará lejos de un modelo sustentable y más efectivo. Para Starfield, los especialistas de las áreas focalizadas no van a ceder su poder sobre la formación y resistirán a los cambios dirigidos hacia la APS mientras no se demuestre su eficacia con una teoría sólida y con evidencias científicas robustas, implementadas por políticas que reorienten la formación médica (58).

En este sentido, cabe a los órganos nacionales reguladores de la residencia médica planificar la oferta de plazas de acuerdo con el perfil de formación del profesional imprescindible a los sistemas de salud nacionales y a las necesidades en salud de la población que son particulares en cada región. La creación de fomentos tanto para la formación de profesionales en APS, como para la capacitación de tutores, son estrategias importantes para la ampliación de la residencia en medicina de familia y comunidad.

En la III Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar, realizada en 2008, se señaló como *“razonable que, en 10 años, a los futuros médicos de APS les sea exigida una residencia médica o título de especialista de su respectiva Sociedad Científica”*. De esta forma, se coloca como una importante perspectiva la realización de proyectos de fomento a la formación de MFC entre los países de América Latina, entre sus respectivas Sociedades Científicas y sus Políticas Públicas de Salud (33).

REQUISITOS PARA UN PROGRAMA DE RESIDENCIA EN MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNIDAD

El Programa de Residencia Médica en Medicina de Familia y Comunidad tiene como objetivo entrenar al médico-residente en un abordaje biopsicosocial del proceso salud-enfermedad, integrando acciones de promoción, protección, diagnóstico, tratamiento, recuperación y de educación en salud en el nivel individual y colectivo (49;59).

El entrenamiento del médico-residente en MFC es desarrollado en la comunidad, fundamentalmente en un Centro o Unidad de Atención Primaria de Salud y en un ambiente multiprofesional. Según Starfield, esto aún es poco frecuente en el mundo (58). El entrenamiento en el contexto hospitalario, donde la prevalencia de enfermedades graves entre los pacientes es mayor, lleva a la sobre valorización de medios diagnósticos. Este contexto impide que el profesional en formación pueda identificar riesgos acerca de la realización de pruebas innecesarias en una población mayoritariamente saludable.

Para la formación adecuada de un médico de familia y comunidad, los programas de residencia necesitan de un período de 2 a 4 años y de una carga horaria semanal de 60 horas aproximadamente. Asimismo deben preveer:

- Actividades en el Centro/Unidad de Atención Primaria de Salud: ambulatorio (consultas programadas y no-programadas); actividades en grupo; reuniones de equipo; actividades de gestión y planificación; acompañamiento y coordinación de acciones programáticas.
- Actividades en la Comunidad: consultas domiciliarias, actividades en grupo, participación en espacios de control social.

- Actividades en niveles secundario, terciario y urgencias: prácticas y guardias.
- Actividades teóricas: discusión de casos, lectura crítica de artículos científicos.
- Actividades de investigación: desarrollo de un proyecto y relato de la investigación.
- Actividades de evaluación: de los residentes, preceptores, equipo de salud y del programa de residencia.

Cabe resaltar que las actividades en el Centro o Unidad de Atención Primaria y en la comunidad deben corresponder a la mayor exposición del tiempo del residente en su formación. En el cuidado a los pacientes, el médico-residente deberá apropiarse del Método Clínico Centrado en la Persona(16) como herramienta fundamental de su práctica del cuidado de las personas, familias y comunidad bajo su responsabilidad.

Las competencias que deben ser desarrolladas son: (a) salud del niño y del adolescente: realizar puericultura, implementar acciones de promoción y protección, diagnosticar y tratar las afecciones más frecuentes, (b) prenatal, puerperio y asistencia al parto normal: prestar asistencia al embarazo de bajo riesgo, al puerperio y al parto normal, diagnosticar y tratar las afecciones más frecuentes del ciclo del embarazo-puerperio, reconocer y referenciar al prenatal de alto riesgo, (c) salud de la mujer, del adulto y del anciano: implementar acciones de promoción y protección, diagnosticar y tratar las afecciones más frecuentes, (d) reconocer y proporcionar los primeros cuidados a las afecciones graves y urgentes, (e) evaluar y constatar anormalidades en exámenes complementares y de diagnóstico, (f) diagnosticar y tratar disturbios psicológicos y psiquiátricos más comunes, (g) diagnosticar patologías quirúrgicas frecuentes y derivar para su resolución, (h) ejecutar cirugía ambulatoria de pequeño porte, (i) derivar, para servicios adecuados, pacientes que necesiten de procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos especializados, (j) orientar el pre y post-operatorios de las intervenciones más simples, (l) diagnosticar y tratar los problemas más frecuentes de salud del trabajador, (m) realizar la coordinación del cuidado.

En el abordaje familiar, se espera que la residencia de medicina de familia y comunidad permita al médico-residente: (a) conocer el ciclo vital, la estructura y la dinámica familiar, (b), reconocer y asistir las crisis familiares, (c) reconocer y asistir las disfunciones familiares, derivando correctamente para asistencia psicológica y/o psiquiátrica a las familias que lo necesiten.

En el abordaje comunitario las habilidades esperadas son: (a) conocer y utilizar las técnicas de dinámica de grupo, (b) conocer y promover acciones de educación en salud, así como participar de acciones en asociación con la comunidad, buscando el desarrollo simultáneo y mutuo, (c) comprender e intervenir en los determinantes del proceso salud-

enfermedad, buscando la elección y solución de prioridades en conjunto con la población en que actúa (d) dominar conceptos y habilitarse para la ejecución de diagnósticos de demanda, de comunidad e institucionales y (e) actuar intersectorialmente, accionando secretarías municipales, entidades, instituciones y otras organizaciones cuando fuera necesario.

En el trabajo en equipo el residente debe integrarse al equipo de salud, buscando desarrollar acciones multiprofesionales e interdisciplinarias.

En gestión y planificación: (a) participar y habilitarse para planear y evaluar las acciones de salud y gestionar los servicios en nivel local; (b) realizar programación cuantificada de las actividades de la Unidad de Salud y creación de parámetros para medir el alcance de metas propuestas; (c) montaje y operación del sistema de información para acompañamiento de la prestación de actividades finales y de productividad, apuntando tanto a la evaluación de la Unidad de Salud como a la efectividad y eficiencia.

En relación a la enseñanza e investigación: (a) estar habilitado para la supervisión de estudiantes; (b) desarrollar el estudio orientado a la solución de problemas, promover el auto-aprendizaje y la actualización de conocimientos; (c) desarrollar y participar de la orientación e implementación de actividades de entrenamiento de personal de varios niveles y de educación continua para el equipo de salud; (d) realizar investigación en el área de Atención Primaria de Salud como forma de integrar el conocimiento teórico con la práctica del método científico; (e) conocer y dominar la metodología científica para su adecuada aplicación en el nivel individual y colectivo del cuidado.

METODOLOGÍAS EDUCATIVAS

La organización pedagógica del Programa de Residencia en MFC así como los cursos de especialización ya descritos, deben estar basados en metodologías activas de enseñanza-aprendizaje direccionada para la educación de adultos (60). El método preferencial es el del aprendizaje basado en problemas. De esta forma, las actividades teóricas son realizadas más frecuentemente en pequeños grupos, con un preceptor médico de familia y comunidad. El estudio de los contenidos previstos en el programa teórico es realizado a partir de situaciones-problema recogidas por el residente, generadas en el cotidiano de la práctica en la Unidad de Atención Primaria.

Formación de Preceptores

La formación del MFC debe ocurrir con preceptores especialistas en MFC con experiencia y pedagógicamente habilitados para el proceso activo de la enseñanza-

aprendizaje dirigido a adultos jóvenes. Ante la falta de preceptores médicos de familia y comunidad en número suficiente, puede ser útil la inserción de especialistas focales con experiencia en APS para la supervisión de la práctica de ambulatorio, siempre y cuando el preceptor médico de familia y comunidad mantenga el papel central de la formación. De esta forma, juntamente con la ampliación de los Programas de Residencia en MFC, se debe planear el aumento de los cursos de capacitación y formación de preceptores, así como instituir la educación continua para temas específicos acerca del proceso enseñanza-aprendizaje para los profesionales de APS.

PERSPECTIVAS DE LA RESIDENCIA MÉDICA PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

La I Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar realizada en Sevilla en 2002 ha sugerido el fomento del intercambio entre los países respecto a la formación en Medicina Familiar, difundiendo experiencias y prácticas existentes. El referido intercambio se presenta como una posibilidad a ser planeada por los programas de residencia, por las instituciones de enseñanza, por las Sociedades Científicas de MFC, por las políticas nacionales de salud y también por los propios médicos-residentes. El intercambio puede acontecer tanto en las prácticas como en los cambios de experiencia organizativas de los programas, de tecnologías educativas y pedagógicas, etc.

En el documento para la XV Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno (2005), las Asociaciones Científicas de Medicina de Familia que componen la WONCA Iberoamérica (Confederación Iberoamericana de Medicina de Familia - CIMF) y la Organización de Servicios de Salud de la OPS/OMS propusieron la creación de una Red Temática para la Atención Primaria de Salud. Los objetivos de esta Red son el desarrollo de la APS y de la Medicina de Familia y Comunidad como parte del conjunto de Redes Iberoamericanas en Salud. Se pretende crear un marco de trabajo con la finalidad de profundizar e implementar el intercambio de conocimientos y experiencias en salud en el área de la APS/MFC en la región, así como definir proyectos relacionados al bienestar de las poblaciones, y la educación y capacitación de los profesionales de la APS.

2.2. POSGRADO EN ENFERMERÍA

En América Latina la formación universitaria en enfermería comenzó a vincularse a las universidades en los años 30 del Siglo XX. Las licenciaturas se desarrollaron alrededor de los años 60; los programas de posgrado comenzaron con especialidades y maestrías en los 80 (39). Los programas de posgrado buscan la formación avanzada para el desarrollo de

la profesión, la disciplina y la formación de investigadores. Los antecedentes de los programas de educación avanzada en enfermería en la Región de las Américas se pueden encontrar desde los años 30 del Siglo XX cuando se inicia la búsqueda de una definición oficial que destaque la función única o específica de la enfermería dentro del equipo de salud. Actualmente, buena parte de las escuelas universitarias ofrecen programas de especialización cuyo objetivo es continuar la preparación profesional y el desarrollo de competencias y habilidades asistenciales, de salud pública y de gerencia de servicios de enfermería y salud(39).

Residencia Multiprofesional en APS para Enfermería

Los programas de residencia en enfermería en América Latina presentan una gran variedad de diseños metodológicos, pero todos, al unísono, defienden la utilización de metodologías activas y participativas y la educación continua como eje pedagógico. Estos programas buscan también, construir un espacio de articulación enseñanza-servicio, a fin de atender a la necesidad de promover cambios en el modelo de formación de los profesionales de salud, de modo permanente y en todos los niveles.

Los programas de residencia, y en especial las residencias multiprofesionales, surgen en la América Latina como una estrategia de la política de educación en salud que necesita ser implementada para conversión del modelo de atención tradicional/clínico/hospitalocéntrico hacia un nuevo modelo donde la APS es la puerta de entrada y reguladora del sistema. La propuesta tiene como uno de sus ejes estructurantes, la integración entre las instituciones de enseñanza y los servicios de salud, caracterizada por acciones que apuntan al cambio de las prácticas de formación y atención, del proceso de trabajo y de la construcción del conocimiento, a partir de las necesidades de la población y de los servicios de APS. En los servicios que desarrollan Programas de Residencia se puede observar que los residentes y las necesidades de enseñanza/servicio tensionan los equipos para la búsqueda de la educación continua.

La creación de nuevos programas de formación de posgrado, como las residencias multiprofesionales, especialmente en salud de la familia y comunidad, han sido muy positivas. Sin embargo, carecemos de datos precisos sobre estos programas en América Latina así como de herramientas que nos permitan monitorear estos cursos para conocerlos y mejorar la formación asistencial y académica de esta especialidad. Una de las cuestiones centrales en la evolución de estos programas de residencia multiprofesional es compartir entre las distintas categorías profesionales un campo común de actuación, la APS, respetando al mismo tiempo, y fortaleciendo, la identidad, el núcleo, de cada categoría profesional. Para tanto, es importante que se creen espacios y cargas horarias con actividades conjuntas, pero que no se deje de enfatizar para cada categoría profesional, los

contenidos, habilidades y actitudes típicos de su núcleo profesional que serán responsables por la adquisición de su legitimidad frente a la comunidad durante su práctica profesional futura.

La residencia de enfermería en APS o salud familiar y comunitaria en América Latina se constituye en un Programa de entrenamiento en servicio, fundamentalmente en una Unidad de Atención Primaria de Salud y en un ambiente multiprofesional. El Programa debe tener requisitos y contenidos específicos para enfermería, desarrollados a lo largo de dos años, con carga horaria semanal aproximada de 60 horas, divididas entre actividades teóricas y prácticas. Tanto las actividades teóricas como las prácticas, deben ser ejecutadas poniendo énfasis en dos cuestiones ya mencionadas: actividades de campo de actuación conjuntamente con otras categorías profesionales y actividades de núcleo, específicas para los enfermeros.

Papel de las tutorías en los programas de posgrado en APS para enfermería

Los Programas de posgrado, en especial en la modalidad de residencia, necesitan que el papel de la tutoría sea bien articulado con toda la propuesta de enseñanza. En los espacios de práctica profesional que comparten funciones asistenciales y de docencia emerge la figura del tutor. El tutor es aquel profesional asistencial que, además de ser un modelo como tal, es capaz de conseguir que el estudiante y el residente aprendan a hacer las tareas que él mismo desarrolla. En el diseño de los contenidos del plan de estudios y en la selección de las metodologías, se debe incorporar al proceso de aprendizaje la labor docente tutorial. Se recuperará así el espacio de docencia en servicio como una unidad funcional integrada y orientada a garantizar calidad tanto formativa como asistencial(37).

De acuerdo con lo anterior, es indispensable pensar en procesos formativos que cuenten con el aprovechamiento de la experiencia que trae el profesional. Es necesario recordar que se está tratando con profesionales adultos que, en muchos casos, ya han acumulado experiencia laboral previa a su formación de postgrado. Este hecho debe ser aprovechado por los programas de especialización para que el profesional afiance conocimientos y utilice los ya adquiridos en el pregrado y la práctica profesional, complementándolos y profundizándolos a través de la especialización. Mientras la asesoría apunta a resolver dudas o preguntas casi incidentales del campo del alumno, la tutoría, como modalidad de actividad docente, permite además cuestionar aspectos de la disciplina relativas a las dimensiones teórico conceptuales de la misma(61).

La estructura de la tutoría deberá buscar acciones que favorezcan el ejercicio de la problematización del objeto de estudio permitiendo aproximaciones más cercanas con la delimitación del problema de práctica e investigación a realizar. Sin embargo, no es responsabilidad de la tutoría generar ideas investigativas por sí misma, sino dirigir los

esfuerzos del alumno para incursionar en un campo de la disciplina y escudriñar los posibles problemas disciplinares que subyacen a los fenómenos de salud, dando oportunidad a una experiencia de descubrimiento dirigido(62).

Es conveniente señalar que el proceso de tutoría debe atender efectivamente las dimensiones personales y académicas del alumno, pero deberá favorecer los procesos de reflexión sobre la disciplina en donde la investigación es el medio y el recurso para aprender a aprender, aprender a hacer, aprender a ser y aprender a emprender; elemento fundamental para el avance de las disciplinas. Generalmente se da por supuesto que el buen profesional asistencial será igualmente un buen docente o tutor. Nada más alejado de la realidad. Se necesita profesionalizar la docencia de manera que los profesionales involucrados en la enseñanza entiendan que necesitan unas competencias adicionales propias que les permitan lograr que los otros aprendan la profesión. La enseñanza tutorial requiere una formación determinada y debe ser concertada entre las instituciones educativas y los escenarios de prácticas y los centros de formación de acuerdo a unos objetivos de formación previamente concertados entre las mismas.

Contenidos necesarios en los programas de posgrado en APS para enfermería

Los Programas de residencia multiprofesional en APS para enfermería desarrollan actividades teórico-prácticas en las Unidades APS, actividades teóricas de campo (con todas las categorías de residentes) y actividades teóricas de núcleo (específicas por profesión) para cada una de las categorías que componen el grupo de formación multiprofesional. Estas actividades ocurren a través de:

- Actividades en la Unidad de APS, tales como: consultas; actividades con grupos; reuniones de equipo; actividades de gestión; acompañamiento y coordinación de acciones programáticas.
- Actividades en la Comunidad, como: asistencia domiciliaria, actividades en grupo, participación en espacios de control social.
- Actividades en niveles secundario y terciario: prácticas y guardias en otros niveles de atención a la salud, incluyendo a las urgencias.
- Actividades teóricas: seminarios, discusión de casos, lectura crítica de artículos científicos, aulas expositivas-dialogadas.
- Actividades de investigación: desarrollo de proyecto y relato de investigación.

Los contenidos abordados en los programas de residencia de enfermería en APS son dirigidos a las necesidades de salud de la población, por lo tanto deben ser definidos de forma regionalizada. A continuación, se describen de forma genérica los ítems que

componen la parte específica de contenidos de enfermería en la mayoría de los programas de residencia en salud de la familia en Brasil. Estos contenidos específicos buscan siempre hacer una correlación con el conjunto de contenidos comunes estudiados, entre ellos el contexto y las políticas de salud, los modelos de atención a la salud, la investigación, la ética, la educación en salud, entre otros.

Los contenidos de núcleo de enfermería abordan en general los siguientes temas:

- Enfermería en APS o Salud de la Familia;
- Consulta de Enfermería en el ciclo evolutivo humano;
- Supervisión de enfermería en el contexto de la Atención Primaria de Salud;
- Enfermería en el Cuidado Domiciliar;
- Enfermería en la Promoción de la Calidad de Vida en el Ciclo Evolutivo Humano;
- Enfermería y Salud Mental en la APS o Salud de la Familia;
- Enfermería y Vigilancia de la salud;
- Enfermería y Gestión de los Servicios de Salud: planificación, epidemiología y sistema de información;
- Enfermería y Enfermedades Infecto-Contagiosas;
- Enfermería y proceso de educación en salud individual y colectiva.

Dificultades, nodos críticos y respuestas visualizadas en los programas de posgrado en APS para enfermería

Los estilos de educación en servicio se mantienen en buena medida desarticulados de la práctica, requieren ser revisados y orientados a procesos y modelos de educación continua basados en pedagogías críticas que vinculen educación y trabajo para la mejora continua de la calidad de los servicios de APS y estímulo y motivación de las enfermeras.

En la presentación de las Orientaciones Estratégicas de la OMS para Enfermería y Partería 2002-2008, la OMS indicó que la falta de disponibilidad de enfermeras y parteras para prestar servicios de salud básicos, el éxodo de este personal, las condiciones laborales inadecuadas y la inapropiada integración de estos profesionales a los servicios, tendrá graves consecuencias en la calidad y alcance de la atención de la salud. Sin profesionales de enfermería suficientes en calidad y cantidad, los Objetivos de Milenio y la Salud para Todos serán expresiones retóricas. La situación de la fuerza de trabajo en enfermería en América Latina enfrenta en la actualidad una compleja problemática integrada por condiciones de naturaleza y desarrollo de la propia enfermería, antiguos y persistentes problemas de recursos humanos (hasta el 90), aquellos derivados de las reformas de los 90 y los actuales, producto de la globalización y sus consecuencias(39).

El difícil acceso a bibliografía actualizada y a revistas indexadas, por razones tanto físicas como de limitaciones en el dominio de un segundo idioma y la baja visibilidad de la

producción intelectual de las enfermeras latinoamericanas, son barreras para la modernización académica de los currículos y para aspirar a credenciales internacionales. Pero no todo es negativo. Se cuenta también con importantes centros de formación con trayectoria y formación de docentes en niveles de posgrado *strictu sensu*, programas acreditados en Argentina, Chile, Colombia, Brasil y México entre otros, así como programas de doctorado en seis países(39).

En cuanto a recomendaciones generales para posgrado orientadas al enfoque y a metodologías educativas para la APS se sugiere(37):

a) Aplicar métodos propios de la formación de adultos. El estudiante de posgrado, por definición, es una persona adulta. Ello implica que para el aprendizaje se requiere ajustar las metodologías de enseñanza. Dichos esquemas, que han “heredado” automáticamente los clásicos enfoques de la formación del pregrado, no facilitan el proceso de aprendizaje de un profesional. En los posgrados en salud el alumno es un profesional con experiencia cuyas expectativas, necesidades de formación y esquema lógico de aprender son muy diferentes a los del adolescente o el niño. El modelo de formación en el posgrado deberá utilizar herramientas y estrategias distintas que faciliten en el profesional, la incorporación de nuevos conocimientos, destrezas y herramientas mucho más ajustados a sus necesidades y desempeños profesionales(37). Los aspectos fundamentales del aprendizaje de adultos que se deberían tener en cuenta en la programación de actividades de posgrado son: El adulto aprende básicamente de su experiencia. Esta exigencia es fácil de cumplir si el proceso de aprendizaje tiene lugar en programas de residencia y tutoría. La práctica es la motivación principal del aprendizaje; el adulto es capaz de guiar su propio aprendizaje. Es conveniente dejar espacio para que los estudiantes diseñen sus objetivos y programen su propio ritmo de trabajo dentro de un marco general; el adulto aprende más y mejor si es capaz de representar en su imaginario personal las tareas que desarrollará después del esfuerzo de aprendizaje. En este sentido, reforzar el rol de modelo de los tutores o profesores es algo crucial.

b) Proponer cambios orientados a fomentar la interdisciplinariedad, en medio de campos tan variados de la actividad profesional, reviste una enorme complejidad. La recomendación general en este sentido, sin embargo, consiste en la incorporación en los planes académicos de herramientas propias del trabajo en equipo y del abordaje sistémico por problemas. En el ámbito especializado ello es particularmente importante dado que la formación del especialista fragmenta al paciente y poco a poco aleja al profesional del tratamiento integral de la persona y de su entorno social para concentrarse en determinado órgano enfermo.

c) Fomentar la actitud de “aprender a aprender”: Es importante inculcar a los docentes, estudiantes e incluso personal administrativo, el concepto de “aprender a aprender”. Este abordaje trasciende la simple estrategia docente, para convertirse en la construcción de una conciencia crítica frente a lo que se aprende. Se trata de un proceso intelectual mediante el cual se construye conocimiento y se toman decisiones individuales sobre el proceso de aprendizaje propio. Trabajar metodológicamente alrededor de la solución de problemas concretos inherentes a la actividad profesional cotidiana, como se verá en la sección siguiente, trae consigo el valor agregado de inculcar en el especialista en formación, el sentido de aprender lo más útil y práctico para resolver situaciones complejas. Este tipo de estrategia implica creatividad, iniciativa y, sobre todo, desprendimiento de privilegios y posiciones de poder, facilitando de esta manera el reemplazo de viejos paradigmas. El desarrollo de programas bajo la orientación de aprender a aprender implica romper con esquemas rígidos y ortodoxos; implica aplicar una técnica docente distinta que fortalezca el papel del tutor por encima del simple transmisor de información. Este aspecto requiere un proceso de reentrenamiento o de profesionalización del docente. No ostenta más poder quien reserva el conocimiento para sí, sino aquel que sabe transmitirlo y aprovecharlo en función del beneficio colectivo.

d) Desarrollar la metodología de aprendizaje basada en problemas: En el ámbito pedagógico, se recomienda tener en cuenta estrategias y metodologías como la enseñanza basada en problemas y la enseñanza para la comprensión; metodologías ya probadas con éxito en otros entornos de formación y que permiten al estudiante de postgrados, tanto asistenciales como no asistenciales, enfrentarse de otra manera a la realidad de su actividad profesional y de su proceso de formación. La estructuración de los programas alrededor de casos clínicos, que pueden ser de APS, epidemiología o gestión, le permitirá al futuro especialista enfrentar su propio proceso de aprendizaje a la solución de situaciones reales que involucran la aplicación de conocimientos, destrezas y trabajo en equipo de acuerdo a cada caso. Este acercamiento a la realidad defiende el criterio de adaptación del proceso formativo a lo que sucede en el contexto y le proporciona herramientas prácticas al estudiante para enfrentar situaciones habituales en su práctica profesional. En la formación de especialistas ello determina un anclaje de la formación en las realidades del sistema, del avance del conocimiento y de la práctica profesional(37).

e) Fomentar la profesionalización de la docencia: A pesar de que exista una adecuada planificación, poco se avanzaría en un proceso de cambio educativo si no se cuenta con la simultánea transformación de la función docente. Tanto como en el pregrado, en el posgrado la capacitación pedagógica del docente es crítica y no tomarla en consideración llevaría al fracaso de cualquier intento de modernización. En este contexto es tan importante

“aprender a aprender” como “aprender a desaprender” que, más que un cambio de conocimiento en la actualización de metodologías, implica una modificación profunda de actitud frente al proceso docente y sus consecuencias en el aprendizaje del alumno(37).

f) Fomentar el trabajo en equipo: Insistir sobre el desarrollo de herramientas de aprendizaje que fomenten el trabajo en equipo. El personal de salud en proceso de formación especializada deberá aprender a trabajar en equipo y la forma más efectiva de hacerlo es aprendiendo en el equipo mismo. Se trata de un reto importante puesto que los programas de especialización asistencial (residencias) tienden a enfatizar mucho el trabajo individual. Estimular el aprendizaje cooperativo entre residentes, por ejemplo en el análisis compartido de casos gestionados por cada uno de ellos, es algo que debe favorecerse. El trabajo en equipo está estrechamente relacionado con la interdisciplinariedad, que a su vez se requiere no sólo para entender todas las complejas redes causales de la salud y la enfermedad, sino para comprender y tratar adecuadamente a los individuos sanos, enfermos, y a su respectiva colectividad(37).

g) Incorporar el concepto de calidad: La incorporación del concepto de calidad como un objetivo esencial de la prestación de servicios es fundamental en cualquier tentativa de modernización. Pero más que un conjunto de propuestas orientadas específicamente hacia este fin, la calidad debe entenderse como la resultante de hacer las cosas bien. Esto implica orientar y diseñar adecuadamente los programas, hacer los ajustes curriculares necesarios, profesionalizar la función docente y asegurar idoneidad en los centros de formación en donde se educa el personal. Podría decirse que todas las recomendaciones relacionadas hasta ahora pretenden en último término mejorar la calidad del sistema(37).

h) Mejorar la calidad de programas a través del desarrollo de políticas efectivas de posgrado, renovación y articulación con la práctica de enfermería: creación y potenciación de bases de datos y sistemas de información en enfermería; creación y fortalecimiento de redes; revisión de modelos educativos y reorientación de los planes de estudio hacia modelos sociales complejos; orientación de los programas hacia las necesidades de salud y de nuevos servicios; definición de directrices curriculares para posgrado en APS; potenciación de la enseñanza de la salud pública y de APS; promoción del pensamiento “crítico”; revisión de los modelos pedagógicos y reorientación hacia la pedagogía constructivista y crítica; promoción de la educación a distancia(37).

3. ESTRATEGIAS DE EDUCACIÓN CONTINUA

La Educación Continua en Salud (EPS), identificada también como desarrollo profesional continuo, puede ser definida como una herramienta para la transformación del proceso de trabajo, orientada a la mejoría de la calidad de los servicios de salud, además de promover la equidad en el cuidado y en el acceso a los mismos. El trabajo es valorado como centro privilegiado de aprendizaje, contraponiéndose a los modelos fragmentados y delimitados por áreas específicas, no siendo tarea exclusiva de educadores, sino responsabilidad de los gestores técnicos y políticos de los servicios de APS.

El proceso de Educación Continua en Salud solo se mantiene sobre las bases de un trabajador que es sujeto de su proceso de trabajo, lo que requiere de instituciones más democráticas o que acaba por desencadenar un proceso de democratización institucional(63-65). En la EPS es importante la interacción entre los diversos sectores implicados en la formación, tanto en la atención y en la gestión, como en el control social. Este proceso puede organizarse durante toda la vida laboral; a partir de las necesidades identificadas; con el empleo de métodos activos y participativos: la enseñanza problematizadora (66).

La metodología problematizadora, como la utilizada en Nicaragua (64), ha sido el núcleo de difusión del proceso de EPS, donde se desencadena todo el ciclo en espiral de enseñanza-aprendizaje. Los participantes aprenden a solucionar los problemas que enfrentan en su cotidiano. Para esto, se trabaja sobre una base territorial (áreas de adscripción de las Unidades de APS), con elección de problemas prioritarios en salud, capacitación del cuerpo docente/facilitadores, ejecución del proyecto y evaluación del impacto de las medidas adoptadas (64;65;67).

La investigación por problemas es un momento que alcanza una dimensión diferente cuando el acercamiento a los problemas organizacionales se hace desde la perspectiva de la detección de necesidades educacionales. No se trata de transformar todos los problemas en problemas educacionales, sino de indagar los vacíos de conocimiento en las estructuras actitudinales que forman parte de la estructura explicativa de esos mismos problemas. Los problemas a identificar, delimitar, describir y explicar, pueden ser de diferente naturaleza, desde vacíos de conocimiento, técnicas inadecuadas, hasta conflictos de profesiones o de categorías profesionales por controlar un determinado proceso de trabajo, procedimiento o tecnología.

Existe mucha dificultad en la implementación de la educación continua en APS, considerando que para atraer profesionales para lugares de difícil fijación y

aprovisionamiento de recursos humanos, los gestores, a veces, elevan artificialmente los sueldos. En ocasiones esta situación los coloca en su límite financiero y por lo tanto, son obligados a flexibilizar irregularmente la carga horaria, conformando un mercado que, alimentado por recursos públicos, funciona en la ley de la oferta y la demanda. La alta rotación de profesionales como consecuencia de esta situación es uno de los factores relacionados al poco interés presentado por varios gestores en materia de inversión en su personal, dado que ven a estos trabajadores como temporarios. Tales factores se suman y son importantes obstáculos para la consolidación y calificación de la APS en los lugares donde es más necesaria.

Los hacedores de políticas asistenciales, en general, se caracterizan por hacer una gestión inadecuada de la educación en salud. Entre estos factores destacamos: el no entendimiento de la educación continua como una dimensión estratégica para la construcción del modelo tecno-asistencial deseado; la comprensión de la misma como una cuestión de cuño meramente técnico, como una actualización de conocimientos; la baja capacidad del gobierno para promover esta educación, desde una pobre identificación del problema y la baja formulación en el área hasta la no-disposición de cuadros tecno-políticos preparados para ocupar el rol de agentes y educadores en una política de esta naturaleza.

Una estrategia posible para superar tales dificultades es el desarrollo de redes de conocimiento en todo el sistema de salud, integrando diferentes medios de información, sean estos presenciales o a distancia (68). Para ello, no basta con suplir las lagunas de acceso a las tecnologías de información, también es preciso capacitar a las personas que irán a utilizarlas, así como disponer de los medios necesarios para su desarrollo (69).

Para que haya una disseminación de la información y de los conocimientos de forma más amplia, utilitaria y económica posible se impone el desarrollo y generalización de métodos de enseñanza andragógicos interactivos, mediados por tecnologías, pero que sean equivalentes a la educación presencial (EdP). Las modalidades de EPS son diversas: presenciales (cursos, capacitaciones en servicio, consultores académicos, elaboración de protocolos clínicos, estrategias multifacetadas de cambio del proceso de trabajo) o a distancia (modelos de tele-salud y didáctico-impreso/multimedia); especificaremos cada una de ellas más adelante.

Cuadro 2. Principales diferencias entre la educación presencial y la educación a distancia(66)

Educación Presencial (EdP)	Educación a Distancia (EdD)
<p>En el desarrollo del proceso de enseñanza-aprendizaje se encuentran en la misma dimensión espacio-temporal.</p> <p>La expresión verbal y gestual del profesor son los medios de comunicación por excelencia.</p> <p>La relación directa o presencial posibilita que la comunicación, en base al diálogo, se pueda producir de manera inmediata.</p> <p>En general, la autonomía y la construcción del conocimiento por esfuerzo propio y en base a los intereses y necesidades del educando, están restringidas.</p>	<p>Para que se establezca la comunicación requerida es necesario recurrir a la utilización de elementos mediadores entre el docente y el alumno.</p> <p>La voz del profesor y su lenguaje extra-verbal se sustituyen por otros medios que van desde las grabaciones sonoras y visuales hasta los procedimientos informáticos y de telecomunicaciones.</p> <p>La relación no presencial de los que se comunican conforma un diálogo que se denomina "diálogo diferido"; el emisor debe enviar un mensaje completo y esperar un tiempo para recibir la respuesta.</p> <p>Promueve el desarrollo de las posibilidades de aprendizaje según las potencialidades biológicas del alumno en correspondencia con sus intereses individuales y sociales.</p>

A seguir, haremos una breve descripción de algunos abordajes metodológicos que engloban tanto estrategias de EdP como de EdD.

ESTRATEGIAS DE EDUCACIÓN CONTINUA PRESENCIAL

Directrices clínicas

Las directrices clínicas son identificadas como una herramienta para la organización del modelo de atención. Generalmente son desarrolladas por una sociedad de especialidad; en inglés llamadas *clinical guidelines*, vienen siendo definidas como recomendaciones sistemáticamente elaboradas para auxiliar a los profesionales de salud, y pacientes, en el proceso de toma de decisión sobre el cuidado más apropiado en relación a su salud en situaciones clínicas específicas(70-73). Con el avance tecnológico en el área de salud son innúmeras las opciones diagnósticas y terapéuticas disponibles para el manejo de un problema de salud o de enfermedad. Para que los profesionales puedan tomar las mejores decisiones deben disponer de informaciones actualizadas, de calidad, de fácil interpretación y aplicación(74;75).

Por otro lado, cuando se formulan recomendaciones, el grupo que elabora la guía debe plantearse hasta qué punto éstas son confiables y reportarán más beneficios que daños. Esta decisión compleja -influida por múltiples factores- la convierten en la etapa más delicada en la elaboración de una guía. En muchos casos el esfuerzo y los recursos invertidos en la elaboración de guías no se ven reflejados en su utilización por parte de los

profesionales sanitarios o en cambios sustanciales en la calidad asistencial ni en los resultados de salud de la población-objetivo(63;64). Esta situación se pone de manifiesto cuando la elaboración de una guía no va acompañada de un proceso simultáneo que facilite la utilización y aplicación de las recomendaciones. O cuando la directriz o la guía clínica se ha desarrollado en un nivel del sistema -un hospital por ejemplo- que quiere implantarla en un servicio de APS. Las diferencias de proceso de trabajo y de perfil epidemiológico entre servicios de APS y servicios de nivel secundario o terciario impiden que las guías clínicas elaboradas para un contexto sean exportadas a otro sin un proceso de adecuación y validación. En las publicaciones originales sobre metodología para la elaboración de guías, Field y Lohr (1992) destacaban que las “*guías de práctica clínica no se implantan solas*” y que si se quiere que una guía sea efectiva, el proceso de implantación debe ser consistente y planificado de acuerdo con las características de la población-objetivo y con el proceso de trabajo del equipo de APS(76;77). Además, los protocolos asistenciales para la APS no pueden basarse sólo en una categoría profesional, debiendo siempre ser elaborados en el ámbito de los distintos roles de cada categoría profesional que caracteriza a los equipos de APS.

Los sistemas de salud de todo el mundo están enfrentando la contradicción entre la oferta de servicios de buena calidad y el constante proceso de incorporación de nuevas tecnologías, duras o ligeras, de diagnóstico y tratamiento, con costos vertiginosamente crecientes y efectividad de difícil y compleja determinación. La educación continua en salud debe insertarse dentro de este contexto.

Para que sea posible implementar las directrices clínicas es necesario entender la situación de salud de cada comunidad atendida por un equipo de APS. En el área de salud, convivimos con necesidades de salud de gran diversidad y costos, como las enfermedades infecto-contagiosas relacionadas a mala nutrición y a la ausencia de saneamiento básico y las enfermedades de gran trascendencia como aquellas que exigen tratamiento con transplantes y quimioterapias de costo muy elevado, los denominados procedimientos de alta complejidad tecnológica “dura”.

Las directrices clínicas pueden ser instrumentos poderosos de gestión, de mejoría de la calidad asistencial para la población y también de educación continua de los profesionales de APS, siempre que se acompañen de un proceso participativo y multiprofesional de adopción, complementado por cambios en el proceso de trabajo(78). Existen evidencias significativas de que el proceso de trabajo se califica, la gestión se torna más ágil y racional, y los pacientes se benefician, cuando se utilizan recursos comprobados por la literatura científica. Evaluamos que la utilización sistemática de estos instrumentos, contextualizados por la realidad y capacidad local del sistema de salud, puede contribuir

para la resolución de algunos de los llamados obstáculos de los sistemas nacionales de salud.

La propuesta de los servicios de APS es prestar una atención de calidad que se caracterice por conseguir el mejor resultado para las personas y comunidades. Las dimensiones que deben ser enfatizadas para que un servicio de APS presente calidad son: efectividad, eficiencia, accesibilidad, equidad y que la atención esté centrada en la persona(16). La implementación de protocolos asistenciales es una medida que puede contribuir para el alcance de estos objetivos, por actuar específicamente en la reducción de la variabilidad de la práctica clínica. Este proceso de atención no puede ser visto como aislado en las unidades de APS, pues para alcanzar la integralidad es importante que haya una integración entre los distintos puntos o niveles del sistema de salud, con flujo adecuado de pacientes entre estos puntos, así como con una interfaz con otros servicios de otros sectores de las ciudades. Las líneas-guía son justamente la extrapolación de un protocolo asistencial de un servicio exclusivo de salud para toda la red de cuidados, definiendo atribuciones a cada punto del sistema y un flujo de comunicación adecuado entre ellos.

Consultor académico

El consultor académico puede ser utilizado para suplir la necesidad de desarrollar métodos efectivos para implementación de directrices o protocolos clínicos que aseguren la calidad de la atención a la salud y la adecuada distribución de recursos, enfocado en cambios del proceso de trabajo de los equipos de APS. Entre las atribuciones del consultor académico, junto a los integrantes del equipo de APS, está el desarrollo de recomendaciones basadas en evidencias sobre determinado tema o condición de salud: iniciando con la identificación de problemas relevantes de la comunidad, considerando los recursos existentes y la aplicabilidad y costo-efectividad de las acciones. El consultor académico realiza una orientación individual de profesionales entrenados, especialmente farmacéuticos, médicos o enfermeros(79). La meta del consultor académico es modificar la prescripción de medicamentos y que esta sea consistente con la mejor evidencia médica, seguridad del paciente y costo-efectividad. Es importante que el consultor académico no tenga ningún vínculo con la industria farmacéutica(80;81).

ESTRATEGIAS DE EDUCACIÓN CONTINUA A DISTANCIA

Tele-salud

Diversos estudios demostraron que los médicos de APS(82), como los demás(83), tienen dudas decurrentes de su actividad clínico-práctica. En este sentido, la tele-educación

se constituye en una importante herramienta en el proceso de educación continua en salud porque, además de auxiliar en la elucidación de las principales dudas de la práctica clínica y de su potencial en promover la comunicación entre diferentes niveles de atención para garantizar la integralidad, fornece subsidios para planificación de las Unidades de APS con base en indicadores de salud locales y regionales y califica la asistencia a las demandas del paciente en consulta.

Actualmente, la terminología más utilizada para la designación del uso de recursos tecnológicos es tele-salud, evidenciando que la utilización de recursos para la comunicación a distancia no se restringe a los profesionales médicos, sino también a los demás profesionales que desarrollen actividades en el área de la APS. De acuerdo con Norris (2002), tele-salud es el uso de las tecnologías de información y comunicación para transferir informaciones y datos a los servicios clínicos, administrativos y educacionales de salud(84).

Entre los usos más conocidos de tele-salud y tele-educación están las videoconferencias, los trabajos colaborativos, la educación a distancia, la educación continua, el perfeccionamiento y la actualización en el área de capacitación profesional, la segunda opinión formativa, la consulta *on-line*, el tele-diagnóstico por imagen y las capacitaciones de los Agentes Comunitarios de Salud (ACS).

En América Latina, innúmeras iniciativas han sido estimuladas y financiadas por la Unión Europea, por los gobiernos locales, universidades y otras instituciones. En Brasil, actualmente, existen tres grandes proyectos gubernamentales en tele-salud. El primero llamado "*Proyecto de Telemática en Apoyo a la Atención Primaria*" del Ministerio de la Salud, utiliza la tele-salud en nueve estados del país para mejorar la calidad del trabajo de los equipos del Programa Salud de la Familia (PSF), incluyendo médicos, enfermeros, odontólogos y agentes comunitarios de salud (85). El Núcleo situado en el estado de Río Grande do Sul cuenta con una peculiaridad bastante interesante: todas las tele-consultorías solicitadas por los profesionales de las Unidades de APS son evaluadas por un especialista en medicina de familia y comunidad, quien ejerce la función de médico regulador, juzgando la necesidad de derivación a un especialista focal o respondiendo directamente a la consulta. Esta metodología revela una disminución del número de derivaciones para la atención secundaria y un excelente grado de satisfacción por parte de los usuarios del proyecto. El segundo es un proyecto del Ministerio de Ciencia y Tecnología denominado "*Estación Digital Médica*", del cual uno de sus derivados es el proyecto "*Joven Doctor*". Con la participación de estudiantes, se utiliza a la telemedicina para mejorar la calidad de vida de las personas carentes, o que viven en regiones remotas. Finalmente, el tercer gran proyecto es el "*Rute*" (Red Universitaria de Telemedicina), vinculado a la Red Nacional de Enseñanza

e Investigación, que contribuye a disminuir las distancias entre médicos, investigadores y pacientes de varias partes del mundo.

Otro proyecto relevante es el T@lmed, co-financiado por la Comisión Europea a través del Programa *Alliance for the Information Society* (A@I)(86). Su objetivo es demostrar la efectividad de la oferta de servicios de telemedicina en regiones críticas de Colombia y Brasil. La implementación de este modelo de *e-salud* está apoyada tanto en tecnologías modernas de tele-salud como de la medicina basada en evidencia. La aplicación en Brasil consiste en la creación de dos polos que proveen, a través de la tele-consulta y del tele-diagnóstico, orientaciones de tratamiento para hospitales remotos. En Colombia consiste en el apoyo de la telemedicina al diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis y de la malaria(68).

En 2001, México implementó el Programa de Telemedicina de Nuevo León, cuyos objetivos principales son proveer asistencia médica y servir de medio de comunicación para fines de salud pública más allá de ser un instrumento de entrenamiento y de difusión de informaciones(87). A partir de la implementación de este proyecto se observó una reducción en el tiempo de espera para consultas de nivel secundario y una reducción en el costo operacional en las zonas rurales, así como un incremento de la calidad de los servicios de salud para las poblaciones atendidas.

En Chile hay diversas iniciativas de e-Gov, incluyendo aplicaciones de telemedicina, como tele-cardiología. En el interior del país, para agilizar la atención y reducir el número de óbitos, los electrocardiogramas son enviados por Internet para especialistas que hacen el diagnóstico del paciente e indican el tratamiento. Este método es semejante al utilizado en Minas Gerais, Brasil. Otra aplicación de telemedicina en Chile es el uso de cámaras Web para visitas virtuales a pacientes internados en hospitales distantes de sus casas. Con esto los familiares pueden acompañar el tratamiento de sus enfermos.

A partir de las experiencias citadas es posible concluir que el uso de la tele-salud en América Latina crece de forma significativa y sus resultados ya pueden ser observados a través del análisis de los indicadores de salud. La tele-salud se constituye por lo tanto, en una excelente herramienta de educación continua con énfasis en la capacitación de los profesionales del área de salud dando como resultado una mejoría de las condiciones de vida de la población.

Modelos didáctico-impresos/multimedia

En América Latina, principalmente en Argentina y Brasil, los sistemas de educación Continua a distancia, basados en medios impresos y otras estrategias se han popularizado como herramienta para la actualización profesional, más allá de ofrecer puntos para la

obtención de certificación o re-certificación de especialistas, incluyendo medicina de familia y comunidad (88). Se componen de material didáctico elaborado por las sociedades científicas e instituciones relacionadas a los profesionales-blancos, sean ellos médicos de familia y comunidad o enfermeros, con un proceso pedagógico y editorial buscando facilitar el aprendizaje, y con una estructura de acompañamiento y evaluación a lo largo de todo el proceso.

El PROFAM (Programa de Educación Continua a Distancia de Salud Familiar Ambulatoria y Comunitaria)(89), localizado en Argentina, pero con alcance en diversos países de América Latina, es un curso esencialmente clínico, desarrollado sobre los preceptos de la epidemiología clínica y de la medicina basada en evidencias, donde se abordan diferentes temas de manera práctica, enfocando en las tareas habituales de los profesionales de APS.

Evaluación de prácticas de Educación Continua

Para lograr los objetivos, se deben buscar estrategias que permitan evaluar la práctica profesional antes y después de las actividades que se solicitan en el marco de la educación continua. Las siguientes son algunas de dichas estrategias:

- a) Supervisión formadora: a través de la misma, se busca determinar las necesidades de capacitación individuales. En la práctica, dicha supervisión debe hacerse evaluando la forma en que los trabajadores de salud, tomados individualmente, realizan su trabajo.
- b) Evaluación del desempeño: es ante todo un método para evaluar el trabajo de una persona en el contexto de su ambiente institucional o comunitario; se trata de formular juicios acerca de la calidad y pertinencia del desempeño del trabajador con respecto a las necesidades de las personas, la organización para la que trabaja y la sociedad con la que interactúa, con base en la observación y el análisis del trabajo realizado.
- c) Procesos de auditoría: buscan identificar las fallas y dificultades que existen en el proceso de prestación del servicio, con el propósito de retroalimentar a las personas que participan en él.

Las tres estrategias mencionadas pretenden identificar los puntos fuertes y las deficiencias de desempeño de los trabajadores y deben, por lo mismo, ser la base de una planificación conjunta de la educación continua necesaria(37).

De acuerdo con Oxman (1995) y colaboradores, no existe una “píldora mágica” para mejorar la calidad de la salud, pero existen diversas intervenciones que, usadas de forma apropiada, pueden generar una importante mejoría en la práctica profesional y en los resultados de salud de los pacientes y comunidades(90).

4. FORMACIÓN DE PERSONAL TÉCNICO

AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD: COMPETENCIAS Y ESTRATEGIAS DE FORMACIÓN

Los Agentes Comunitarios de Salud (ACS) actúan en los sistemas de salud de algunos países de América Latina integrados a la red de Atención Primaria de Salud. La relación establecida entre los profesionales de APS de nivel superior y medio con los Agentes Comunitarios de Salud garante que las acciones de promoción, prevención y de responsabilidad sanitaria - vigilancia - tengan mayor compromiso comunitario. En Brasil, el mejor ejemplo de estructuración de un programa de agentes comunitarios es el programa del estado de Ceará, donde de forma pionera, se construyó una política que ha trascendido aspectos políticos y coyunturales y fue la base del Programa Nacional que se inició en 1994.

Entre los años de 1991 y 1994, en Brasil, el Programa Nacional de Agentes de Salud (PAS) pasó a ser designado Programa de Agentes Comunitarios de Salud (PACS) y su gestión estuvo a cargo de la Secretaría de Asistencia a la Salud (SAS). Recién en 1999 el PACS quedaría bajo la responsabilidad del Departamento de Atención Básica, responsable por la APS en Brasil(91). El PACS, anterior al Programa Salud de la Familia (PSF), se constituyó en un movimiento que ha alterado el enfoque de las acciones desarrolladas: la familia pasó a ser la unidad-blanco de las acciones programáticas y el área de adscripción/territorio delimitado, pasó a ser un presupuesto para el desarrollo de estas acciones(92).

Para algunos autores, la creación e implantación del PACS ha funcionado como política inductora de la organización de la APS en Brasil, en la medida en que los municipios necesitaban de un Consejo de Salud para habilitar a sus agentes, de un Fondo Municipal de Salud para recibir recursos financieros del gobierno federal, de una Unidad Básica de Salud de referencia para los agentes y de la existencia de profesionales de nivel superior para supervisión de las acciones desarrolladas(91;92). De este modo, la adopción del PACS en el nivel municipal, fue la semilla para la reorganización de la red de APS en Brasil bajo el Programa Salud de la Familia en muchos municipios brasileños.

A pesar de la experiencia en varios países con relación al trabajo de los Agentes Comunitarios de Salud, especialmente en APS, aún existen pocos estudios experimentales que evalúen la efectividad de sus acciones en este nivel de atención. Aún menos frecuentes

son los estudios de costo-efectividad, y los realizados en países en desarrollo(93). Los estudios en general evaluaron de manera aislada el impacto de las acciones del ACS, generalmente enfocando un grupo poblacional específico por un período del ciclo vital o por enfermedad. Es más común encontrar estudios observacionales que evaluaron múltiples resultados. Fueron identificadas evidencias de la efectividad del trabajo de los ACS con relación al incremento del acceso de los usuarios a los servicios de salud (94), con el aumento del rastreo de enfermedades, con una mejora de la cobertura de vacunación en niños y adultos, con mejora de los cuidados para enfermedades infecciosas seleccionadas, y, también, se ha mostrado positivo en relación a la promoción de la lactancia materna (95). La actuación de los ACS, en otros estudios, parece estar relacionada a una reducción de las tasas de hospitalización entre menores de cinco años (96), reducción de la mortalidad materna (97), mejora del cuidado de niños desnutridos (98) y mejor desarrollo neurológico en niños con retraso en el desarrollo (99).

En el cuidado a pacientes con enfermedades crónicas no-transmisibles, en especial la hipertensión, diabetes, dislipidemia, así como en portadores de enfermedades cardiovasculares ya instaladas, se están acumulando evidencias de resultados positivos de las intervenciones realizadas por los ACS, principalmente relacionados a los resultados intermedios, como el control de los niveles presóricos, glicéricos y lipídicos (100-102). Otro efecto demostrado en estos estudios es la capacidad de reducir inequidades de salud cuando se promueve el acceso de forma amplia a los grupos de mayor vulnerabilidad social.

El trabajo de los ACS se mostró efectivo también en el cuidado de individuos portadores de enfermedades infecciosas. Un estudio(103) realizado en Haití (2007), enfatizó el papel de los ACS en la captación para rastreo de individuos más vulnerables a la infección por el HIV, así como en el tratamiento anti-retroviral bajo supervisión. Fueron evaluadas positivamente las acciones de los ACS en el combate a la malaria en Gambia, a través de la administración de la quicio-profilaxis y del tratamiento, mostrando disminución en la mortalidad por esta enfermedad (104;105). Por otro lado, un estudio (106) realizado en Nigeria (1990) apuntó la necesidad de educación continua a los agentes, respecto del tratamiento y profilaxis de la malaria para alcanzar mejores resultados. En el caso de la tuberculosis, los ACS también han demostrado un papel central, tanto en la detección precoz de los casos como en el tratamiento bajo supervisión llevando a excelentes tasas de curación (107;108).

En la región de Tierra Alta en Colombia(109), área de conflicto y de éxodo de la población civil, el agente de salud recibe formación específica para actuar junto a Médicos Sin-Fronteras, desarrollando acciones de vigilancia en salud, promoción, prevención y actuando como mediador entre el equipo médico y la población. Un estudio piloto que se

realiza en Guatemala, Argentina y Chile, por iniciativa de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), está evaluando la formación de ACS para actividades focales en la prevención de enfermedades cardiovasculares. Evaluaciones preliminares indican que las acciones realizadas por los agentes pueden resultar en una mejora de los indicadores de salud poblacional(110).

Con base en estas evidencias se puede percibir el grado de importancia de la necesidad de este profesional en la calificación del cuidado prestado en APS, con mejoría en diversos indicadores de salud. Sin embargo, para alcanzar niveles de alta calidad y efectividad es esencial el desarrollo de un proyecto de formación específico para los ACS. Es clara también la necesidad de evaluaciones tanto del proceso de trabajo como de resultados, para que se tengan evidencias más robustas de cuáles intervenciones son más costo-efectivas, tornando a los Sistemas de Salud más eficientes.

El Rol del Agente Comunitario de Salud y sus Competencias

Uno de los principios fundamentales de la organización de las acciones de los Agentes Comunitarios de Salud es su vinculación con el territorio lo que garantizará la identidad cultural entre el ACS y la comunidad. El ACS debe actuar, de preferencia, en la misma área donde reside. Esto, asociado al rol de vínculo entre el equipo de salud y la comunidad, evidencia su importancia para las acciones desarrolladas por el equipo de APS(111), principalmente las de carácter educativo.

Entre las competencias de los agentes de salud podemos listar: atribuciones que forman parte del conocimiento del área de adscripción (realización del registro de familias, mapeo, identificación de micro-áreas de riesgo, identificación de individuos y familias en situación de alta vulnerabilidad social), atribuciones que forman parte del acompañamiento, monitoreo y prevención de enfermedades (prevención y acompañamiento de enfermedades crónicas no-transmisibles como las enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, diabetes mellitus, etc.) y promoción de la salud (en grupos prioritarios) con el desarrollo de temas específicos (lactancia materna exclusiva, cuidado al recién-nacido, inmunizaciones, rehidratación oral). El monitoreo podría incluir los casos de diarrea, infección respiratoria, tuberculosis, hanseniasis, vigilancia nutricional, a través de la búsqueda activa de niños en riesgo nutricional; los problemas de salud que exigen monitoreo deben ser definidos localmente a través del análisis de situación de salud de la comunidad. En relación a la educación en salud los temas principales a abordar serían: promoción del auto-cuidado y de hábitos promotores de salud como la higiene personal, desarrollo de acciones de educación en salud, sea en el ámbito familiar sea en grupos de educación. Y, aún, actuar en la vigilancia sanitaria y ambiental, así como fomentar la participación comunitaria, entre otros

(Bornstein y Stotz, 2008). Sus competencias relacionadas a la orientación comunitaria de los equipos de APS son también amplias, dado que cabe al ACS apoyar la realización de diagnósticos de comunidad y de la situación de salud, la vigilancia en salud, el rastreo de enfermedades, y otras formas de acción comunitaria. Estas atribuciones son características indiscutibles del rol del ACS, e incluso dependen decisivamente de la actuación de los agentes comunitarios de salud para que se puedan cumplir dentro del equipo multiprofesional de APS.

Estrategias de Formación de Agentes Comunitarios de Salud

Las estrategias de formación de los ACS deben incluir un modelo de formación básica (cursos técnicos para Agentes Comunitarios de Salud) y modelos de educación continua donde se habilitará la actualización y perfeccionamiento de las acciones desarrolladas. En Brasil, Vidal et al. (112) verificaron una alta frecuencia de cumplimiento de intervenciones en la práctica asistencial (80-99%) relacionada a orientaciones alimentares, vigilancia del crecimiento sobre el calendario de inmunizaciones y también en cuanto a las verificaciones de señales de riesgo y alerta de un programa de Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes en la Niñez conducidas por los ACS, después de una capacitación sobre el tema. En otros países como Bolivia(113) y Colombia (114), los ACS participan de modelos de formación específicos para la salud del niño (AIEPI), siendo fundamentales para desarrollar acciones de prevención y promoción de la salud dentro de estos programas.

Estrategias de educación continua focalizadas han sido, sin embargo, más frecuentes en América Latina, por ejemplo la capacitación de agentes comunitarios para la promoción de la lactancia materna exclusiva en Bolivia(115), la formación de agentes comunitarios de salud para actuar en un programa de intervención comunitaria en salud mental para individuos de riesgo y de capacitación en salud mental para enfrentamiento de desastres en Perú(116), caracterizado por el desarrollo de competencias por parte de los agentes de salud. Esta capacitación está estructurada por módulos que comprenden los siguientes temas: comunicación adecuada, liderazgo democrático, identificación de factores protectores y de riesgo, diagnóstico situacional local, construcción de materiales para promoción de salud y promoción de salud mental en situaciones de desastres.

Según un estudio conducido en la ciudad de Sorocaba en Brasil (117), es necesario considerar en la formación de los agentes comunitarios de salud los diferentes aspectos del proceso salud-enfermedad. Conocimientos como el abordaje comunitario, la construcción de espacios de control social, además del saber biomédico, precisan ser incorporados en su formación. Otros conocimientos, como métodos sencillos de planificación, de priorización de

las acciones y de abordaje familiar, deben favorecer el proceso de identificación de las necesidades de las familias, así como el modo de interactuar con las mismas.

Para la construcción de un referencial curricular para los cursos técnicos de agentes comunitarios de salud, se debe definir el encuadramiento profesional del ACS: o inserto dentro del grupo de profesionales del área de enfermería (en la medida en que actúa realizando cuidados en salud), o definir que el ACS es un trabajador singular en el ámbito del sistema de salud, considerando su relevancia en el contexto de cambio de las prácticas de salud y su papel social junto a la población, sobre todo, por su rol de mediador social(91). En Brasil, se ha definido que el ACS es un trabajador de salud singular, con características, atribuciones y competencias propias, lo que implica un proceso de formación diferenciado de las otras categorías profesionales. Tanto que en 2002(118), esta profesión fue legitimada, por medio de una ley del Ministerio de la Salud. El ACS en Brasil debe, según esta normativa, desarrollar actividades de prevención de enfermedades y promoción de la salud, por medio de acciones educativas individuales y colectivas, en los domicilios y en la comunidad, con énfasis en actividades de vigilancia sanitaria. Así, su proceso de formación, definido en conjunto por los Ministerios de Salud y de Educación, debe llevar en consideración la valorización de la singularidad profesional del ACS, como un trabajador de salud con interfase en la asistencia social, educación y medioambiente(119).

Es importante enfatizar que el proceso de formación de los ACS en Brasil y en otros países es todavía fragmentado e insuficiente para desarrollar las competencias necesarias para el adecuado desempeño de sus atribuciones. Se necesita reconocer también que en el proceso de apropiación del conocimiento biomédico por parte del ACS, el conocimiento popular acaba, muchas veces, poco valorado y puesto en segundo plano en razón del prestigio social que el nuevo conocimiento le confiere(120). Distintas iniciativas han sido propuestas para que el proceso de formación pase a incorporar no solamente el desarrollo de competencias técnicas características de su función, sino que sean inductoras de autonomía, de inclusión y de ciudadanía como es el caso de la continuidad de la formación básica a través de la educación continua en servicio. Según la OMS, la adecuación del conocimiento objeto del proceso de educación continua del ACS debe estar fundada en sus necesidades reales y las de la comunidad donde está inserto(121), del mismo modo que lo subrayamos para los cursos de especialización en servicio para los médicos de APS.

La propuesta del Ministerio de Salud de Brasil para la construcción del curso técnico básico de formación del ACS está dirigida a la preparación de técnicos de nivel medio que deben actuar en equipos multiprofesionales para que desarrollen acciones de cuidado y protección de la salud de individuos y grupos sociales, en domicilios y colectividades junto a los equipos de APS(119). En conjunto con el Ministerio de Educación, se definieron las

competencias profesionales del Agente Comunitario de Salud(119), determinando que éstas deben incorporar los siguientes elementos del saber: el saber-conocer, el saber-hacer, y el saber-ser y saber-convivir. Estas dimensiones de la competencia profesional están expresadas en las habilidades (saber-hacer), en los conocimientos (saber-conocer) y en los valores y actitudes (saber-ser y saber-convivir). Las competencias que definen el perfil del Agente Comunitario de Salud en Brasil son(119):

- Integración del equipo de salud con la población local: desarrollo de acciones que busquen la integración entre los equipos de salud y la población adscrita a la Unidad de APS, considerando las características y las finalidades del trabajo y el acompañamiento de individuos, grupos sociales y colectividades.

- Planificación y evaluación: realizar, en conjunto con el equipo, actividades de planificación y evaluación de las acciones de salud en el ámbito de adscripción de la Unidad de APS.

- Promoción de la salud: desarrollo, en equipo, de acciones de promoción de la salud con vistas a la mejoría de la calidad de vida de la población, la gestión social de las políticas públicas de salud y el ejercicio del control de la sociedad sobre el sector salud.

- Prevención y monitoreo del riesgo ambiental y sanitario: desarrollo de acciones de prevención y monitoreo dirigidas a las situaciones de riesgo ambiental y sanitario para la población, conforme al plan de acción del equipo de salud.

- Prevención y monitoreo de grupos específicos y de morbilidad: desarrollo de acciones de prevención y monitoreo dirigidas a grupos específicos y a enfermedades prevalentes, conforme definido en el plan de acción del equipo de salud y en los protocolos de salud pública.

A partir de este perfil de competencias profesionales del Agente Comunitario de Salud, se puede estructurar una propuesta de curso de formación básica del Agente Comunitario de Salud por módulos, en la perspectiva de la habilitación profesional y técnica, no impidiendo su incorporación concomitante al trabajo en equipo. Este grupo de competencias, aliadas a un proceso de identificación de necesidades de conocimientos, habilidades y actitudes originadas de la práctica diaria del ACS, son también, la base para la definición de un programa de educación continua de estos profesionales, obviamente con la incorporación de los otros integrantes del equipo de APS.

Frente a lo expuesto en esta sección, la formación del agente comunitario de salud debe comprender las siguientes competencias mínimas:

- ❖ integración del equipo de salud con la población local;
- ❖ planificación y evaluación en conjunto con el equipo de las acciones de salud;

- ❖ realización de acciones de promoción de la salud que apunten a la mejoría de la calidad de vida de la población; gestión social y ejercicio del control de la sociedad sobre el sector salud; acciones de prevención y monitoreo del riesgo ambiental y sanitario y de monitoreo a grupos específicos y morbilidad.

La propuesta más adecuada para la formación de este profesional debe incluir al conocimiento como abordaje comunitario, la construcción de espacios de control social, yendo más allá del saber biomédico. El modelo de construcción de cursos técnicos de formación de ACS deben apuntar a la preparación de técnicos de nivel medio que actúan en los equipos multiprofesionales que desarrollen acciones de cuidado y protección de la salud de individuos y grupos sociales, en domicilios y colectividades.

5. BUENAS PRÁCTICAS: ANÁLISIS DE EXPERIENCIAS EXITOSAS

5.1. ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNIDAD EN MÉXICO

En México, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), entre 1987/88 estableció el modelo de APS para todas sus clínicas. Sin embargo, menos del 10% de sus médicos eran especialistas en medicina de familia y comunidad. Evaluaron que esto ponía en grave riesgo la calidad de los cuidados, y buscaron soluciones. La gradual sustitución de los médicos disponibles por los especialistas en medicina de familia y comunidad formados en las residencias médicas llevaría más de 200 años. Optaron entonces, por un proceso de calificación de sus médicos a través de la especialización, proponiendo un ritmo que alcanzaría al 90% de ellos en 5 años. Las negociaciones técnicas y político-financieras entre el ISSSTE y la Universidad Autónoma del México (UNAM) para implementar el proceso llevaron casi 3 años. El curso de especialización finalmente concebido fue proyectado para 8 trimestres e incluyó un componente teórico y práctico, pero la escala colocada y las tecnologías entonces disponibles no incluyeron un componente “a distancia”. Vale destacar que la participación de un docente titular de medicina de familia y comunidad fue considerada necesaria en las diversas etapas y en todas las sedes físicas del curso, además de un suplente con la misma calificación. Un grupo de especialistas en medicina de familia y comunidad elaboró el currículo (derivado del programa de residencia médica de medicina de familia y comunidad), y la gestión administrativo-pedagógica contó con la participación proporcional de las instituciones implicadas. Del total de médicos que ingresaron en el proceso entre 1993 y 1999, 57,4% llegaron a concluirlo integral y satisfactoriamente. La evaluación era multidimensional y multifacetada. La experiencia del ISSSTE evidenció la preocupación por definir al profesional médico requerido para APS de acuerdo con los patrones de calidad internacionales. El médico de familia y comunidad, con su imprescindible protagonismo en este proceso multiplicador, con los acuerdos interinstitucionales necesarios, con las dimensiones teóricas y prácticas del aprendizaje y de la evaluación, fue definido como el profesional médico preferencial para la APS. Las diferentes realidades nacionales del continente tienen desafíos comunes y en la actualidad es posible desarrollar experiencias exitosas para resolverlos.

5.2. RESIDENCIA MÉDICA EN MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNIDAD Y RESIDENCIA INTEGRADA EN SALUD DE LA FAMILIA Y COMUNIDAD - GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO – PORTO ALEGRE, RIO GRANDE DO SUL, BRASIL.

El *Grupo Hospitalar Conceição* (GHC) es una institución pública federal, bajo la gestión del Ministerio de Salud de Brasil. El GHC está constituido por cuatro hospitales y por el Servicio de Salud Comunitaria (SSC). La red asistencial del SSC está formada por doce Unidades de Atención Primaria de Salud. El SSC tiene su origen en la implantación del Programa de Residencia Médica en Medicina General, en 1980, que pasaría a denominarse Programa de Residencia Médica en Medicina de Familia y Comunidad (PRMMFC), en 2002, para atender a cambios en la legislación brasileña. La apertura de las demás Unidades, comprendiendo el crecimiento del SSC y del PRMMFC, se ha dado por los movimientos sociales organizados en las comunidades de la ciudad, que reivindicaron las Unidades de Atención Primaria en sus respectivas comunidades. Se buscó adecuar la estructura física y los recursos humanos a las necesidades locales, desarrollándose actividades conjuntas con las comunidades en la organización e implantación de las unidades.

Las Unidades del SSC poseen área geográfica adscrita para actuación y realizan el catastro de todas las familias. El área de adscripción permite que los equipos se responsabilicen por el territorio, que conozcan y evalúen las necesidades de las familias y de la comunidad atendida y planifiquen acciones para la atención de estas necesidades, orientadas por el principio de equidad. El proceso de trabajo de los equipos está organizado para garantizar la longitudinalidad del cuidado, siendo observada y respetada la relación de vínculo. Los equipos son multiprofesionales y desarrollan acciones en el plano individual y colectivo como: consultas médicas y de enfermería, procedimientos de enfermería, asistencia domiciliar, acciones programáticas en salud y trabajo con grupos. Los médicos contratados son especialistas en Medicina de Familia y Comunidad, con excepción de cuatro médicos internistas y un psiquiatra que hacen apoyo asistencial en turnos semanales en los equipos. Dependiendo de los recursos humanos y de la estructura física, los equipos realizan en las Unidades: recolección de pruebas analíticas, cirugía ambulatoria y atención en odontología, psicología, trabajo social, terapia ocupacional, farmacia y nutrición. Las Unidades de Salud del SSC ofrecen cuidados integrales en salud, comprendiendo acciones de promoción y protección de la salud, de prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades, de rehabilitación, de abordaje familiar y comunitario. Se realiza una evaluación continua y sistemática de las acciones.

Desde 1980 se desarrolla el Programa de Residencia en Medicina de Familia y Comunidad y desde 2004 el Programa de Residencia Integrada en Salud de la Familia y Comunidad para profesionales de enfermería, psicología, odontología y trabajo social, y, a partir de 2007, de farmacia y nutrición. El SSC también actúa como local de prácticas curriculares en convenio con Universidades y de prácticas no-curriculares. Más allá de la formación de recursos humanos en salud de la familia y comunidad, se identifican otros dos ejes de acción en el SSC: la producción de nuevos conocimientos y nuevas tecnologías en APS, y la asesoría a municipios y a instituciones prestadoras de servicios de salud.

El objetivo del PRMMFC es “formar médicos para la APS, altamente calificados y resolutivos en el área clínica, con una práctica integradora y continua, en equipo multidisciplinar, inserta en las comunidades bajo sus cuidados, dirigida a la construcción de ciudadanía, desarrollando sus acciones con base en el modelo de vigilancia de salud y en los principios de la Atención Primaria de Salud. Para ello, se entiende que es preciso formar médicos con conocimientos y habilidades de prevención, diagnóstico precoz, tratamiento y recuperación de las enfermedades más frecuentes, buscando altos índices de resolutivez. Su actitud debe ser integral, con enfoque en la familia y en los núcleos sociales comunitarios que la constituyen, así como en la promoción de su participación y autonomía”(59).

Los preceptores del PRMMFC son médicos especialistas en Medicina de Familia y Comunidad. Las actividades se desarrollan a lo largo de 2 años, con una carga horaria de 5760 horas (2880 horas anuales) distribuidas del siguiente modo:

- Actividades en la Unidad Básica de Salud: 3220 horas (56% del total)
- Actividades en la Comunidad: 576 horas (10% del total)
- Actividades teóricas: 576 (10% del total)
- Actividades en niveles secundario y terciario: 1234 horas (22% del total)
- Otras actividades: 154 horas (2% del total)

El PRMMFC forma anualmente 22 Médicos de Familia y Comunidad.

La RISFC posee como misión: “Desarrollar profesionales para el área de Salud, en la modalidad de enseñanza de posgrado *lato sensu*, a partir de la inserción de los mismos en servicios de salud de diferentes niveles de complejidad donde puedan, a partir de la educación en servicio, realizar prácticas de salud que integren la enseñanza, la investigación y la atención, siguiendo los principios y directrices del Sistema Nacional de Salud Brasileño (SUS)”(122). Este programa recibe anualmente residentes de Enfermería, Odontología, Psicología, Trabajo Social, Nutrición y Farmacia y tiene una duración de 2 años con pago de una beca por parte del Ministerio de Salud. En el primer año, las actividades tienen lugar básicamente en las Unidades de APS, con jornada de trabajo de

ocho horas diarias. En el segundo año, los residentes dividen su carga horaria entre el trabajo realizado en las Unidades de APS y en las áreas básicas situadas en los ambulatorios de los hospitales del GHC y otros servicios de referencia complementando la experiencia adquirida en la red de APS. Dentro de las atribuciones básicas del residente en enfermería podemos citar: consulta de enfermería; supervisión/coordinación de las actividades de enfermería de la unidad; coordinación/participación en programas prioritarios de la unidad; actividades de educación en salud (grupos, conferencias, etc.) en las comunidades conforme a la prioridad de la unidad; visita domiciliaria; atención a recursos de la comunidad; entrenamiento (educación continua) especialmente en lo que se refiere al área de enfermería y de otros profesionales; actividades administrativas (incluyendo el ejercicio de coordinación de la unidad conforme elección); participación en actividades/grupos de estudio/administrativos organizados en el servicio (ej: de epidemiología, educación en salud, coordinación del servicio); participación en estudios epidemiológicos; participación en instancias de control social y de deliberación de políticas de salud (ej: Consejos Locales de Salud, etc.); implantación de unidades de salud. Estas actividades están descritas de forma genérica y son adaptables a cada Unidad de APS conforme a las prioridades establecidas por el equipo junto a la población asistida. El programa de residencia multiprofesional forma, anualmente, en salud de la familia y comunidad: 7 enfermeros, 9 odontólogos, 7 trabajadores sociales, 5 psicólogos, 3 farmacéuticos y 2 nutricionistas.

5.3. CHILE – SURGIMIENTO DE LA CARRERA DE OBSTETRICIA

RESEÑA HISTÓRICA

La profesión de **Matrona** surge en los albores de la República, al crearse la primera Escuela de Obstetricia dependiente de la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile el 16 de julio de 1834, sólo un año después de la creación de la Escuela de Medicina, ambas bajo la dirección del destacado médico francés, **Profesor Dr. Lorenzo Sazié**.

El objetivo de tal creación fue dar solución al grave problema de una atención a las parturientas en el país, no habiendo quien estuviera técnicamente preparado, es por esto que se estableció en su creación, que ingresaran a la Escuela dos alumnas por cada provincia. Del primer curso egresaron dieciséis alumnas en 1836 y el Gobierno decretó: "...que en los pueblos donde hubieran egresadas de esta Escuela, sólo a ellas les era permitido atender partos". En 1913 se incorporan al Currículo de la Escuela de Obstetricia la enseñanza de la Puericultura, pasando a denominarse entonces, Escuela de Obstetricia y Puericultura. En 1952 se creó el Servicio Nacional de Salud, antecesor del actual Sistema de Salud Público de Chile, con un enfoque doctrinario profundo en torno al reconocimiento del grupo familiar como una entidad médico social básica, afianzando el Rol de la Matrona al ampliar su acción fuera del hospital, hacia los consultorios periféricos y a la comunidad. A medida que han ido surgiendo necesidades de la salud en el área materna perinatal y de la salud de la mujer, la Matrona/Matrón ha evolucionado en su formación, identificándose como un profesional idóneo para satisfacer las nuevas exigencias que imponen los avances científicos y tecnológicos. Desde el año 1969 las Escuelas de Obstetricia y Puericultura incluyen en su formación básica la Planificación Familiar, prescripción y control de métodos anticonceptivos y exámenes ginecológicos. Desde 1980 el Ministerio de Salud incorporó dentro de las actividades del Programa de la Mujer las del Control Ginecológico Preventivo por matrona/ón para llevar a cabo el programa de pesquisa de Cáncer Cérvico Uterino y el Programa de Detección del Cáncer de Mamas. Las coberturas de Control de Planificación Familiar y el consecuente descenso de la mortalidad materna por causa de aborto provocado ha sido alcanzado gracias al profesional matrona/ón, lo que ha sido reconocido entre otros organismos internacionales por al Federación Internacional de Planificación Familiar.

La atención profesional del parto en el año 2002 fue de un 99.8%, de los cuales un 80% fueron atendidos solo por matrona/es. Los controles de embarazo, puerperio, planificación familiar y ginecológicos son realizados sobre el 90% por matronas/es del Sistema Público del País. Existen 10 Escuelas en el país dependientes de diversas Universidades. La duración de la Carrera es de 5 años, alcanzando la Licenciatura en Matronería (Obstetricia y

Puericultura) y el título de Matrona/Matrón que le permite ejercer legalmente. La condición de licenciada/o rige en todas las Escuelas desde 1991.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La formación profesional de pregrado, la especialización y la residencia, la formación técnica y las estrategias de educación continua para cada una y para el conjunto de estas categorías profesionales específicas para la actuación en APS -en número y calidad suficientes para atender las demandas de reorganización de los sistemas nacionales de salud en América Latina- constituyen un desafío complejo. Es necesaria la unión de esfuerzos de múltiples instituciones como las universidades y centros formadores de nivel superior o técnico, sociedades y sindicatos profesionales, servicios de salud y otras bajo la coordinación de los Ministerios de Salud y de Educación. Estas instancias deben proponer, a partir de la participación de los profesionales, usuarios del sistema de salud y gestores, el formato ideal de cada etapa de formación profesional para la APS, sus requisitos y objetivos fundamentales. El proceso de consolidación de la Medicina de Familia y Comunidad, de la enfermería Comunitaria y del Agente Comunitario de Salud es lento pero parece inevitable para cumplir con las necesidades de salud de la población en América Latina, y con el desarrollo de sistemas nacionales de salud caracterizados por la universalidad y la integralidad del cuidado individual y colectivo.

Dos estrategias son fundamentales para este fin, una de corto plazo destinada a la especialización de los profesionales médicos y enfermeros que ya actúan en APS, sumada al proceso de educación continua de todo el equipo de APS. Y otra, de mediano y largo plazo, dirigida al cambio de la formación de pregrado en enfermería y medicina con base en un distrito docente-asistencial con integración horizontal y vertical de los distintos niveles o puntos del sistema de salud, con base territorial claramente definida, integrando las profesiones desde la graduación, pasando por la residencia en medicina de familia y comunidad y enfermería comunitaria y culminando con el desarrollo de estrategias de educación continua en Atención Primaria de Salud.

EQUIPO: GRUPO DE PESQUISA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE PORTO ALEGRE

Erno Harzheim¹, Airton Tetelbon Stein², Cristina Neumann³, Elise Botteselle de Oliveira⁴, Eno Dias de Castro Filho⁵, Gisele Alsina Nader⁶, João Henrique Godinho Kolling⁷, Luciane da Silva⁸, Marcelo Rodrigues Gonçalves⁹, Maria Eugenia Bresolin Pinto¹⁰, Paulo Vinicius do Nascimento Fontanive¹¹, Roberto Umpierre¹², Rodrigo Caprio Leite de Castro¹³, Sandra Rejane Soares Ferreira¹⁴, Thiago Gomes da Trindade¹⁵.

1. Médico de Familia y Comunidad. Doctor en Salud pública, Profesor Adjunto del Depto. Medicina Social y del Programa de Postgrado en Epidemiología de la UFRGS.
2. Médico de Familia y Comunidad, Doctor en Epidemiología por la Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Profesor Titular de Salud Colectiva de la Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFSCPA), Profesor Adjunto de Salud Colectiva de la Universidade Luterana do Brasil y Coordinador de Protocolos Asistenciales del Grupo Hospitalar Conceição (GHC).
3. Médica Internista, Doctora en Clínica Médica por la UFRGS, Profesora Adjunta del Depto. Medicina Social de la UFRGS.
4. Médica de Familia y Comunidad, alumna del Master en Epidemiología pela UFRGS y Profesora Substituta do Depto. Medicina Social da UFRGS
5. Médico de Familia y Comunidad, Mestre en Educación, Doctorando en Epidemiología, Médico de Familia del Serviço de Saúde Comunitária del GHC.
6. Médica de Familia y Comunidad, Mestre en Epidemiología y Profesora Sustituta del Depto. Medicina Social de la UFRGS.
7. Médico de Familia y Comunidad, alumno del Master en Epidemiología y Profesor Sustituto del Depto. Medicina Social de la UFRGS.
8. Enfermera, Licenciada en Enfermería, Especialista en Salud de la Familia y Comunidad, Gerente del Distrito Sanitario Norte en la Secretaria Municipal de Salud de Gravataí.
9. Médico de Familia y Comunidad, Mestre en Epidemiología por la UFRGS, Doctorando en Epidemiología por la UFRGS y Profesor Substituto del Depto. de Medicina Social da UFRGS
10. Médica de Familia y Comunidad, Mestre en Epidemiología pela UFRGS, Doctoranda en Epidemiología por la UFRGS y Profesora Asistente del Depto. de Salud Colectiva de la UFCSPA
11. Cirujano-Dentista, Especialista en Salud Pública, alumno Del Master en Epidemiologia por la UFRGS.
12. Médico de Familia y Comunidad, alumno del Master en Epidemiología, Médico de Familia del Serviço de Saúde Comunitária del GHC.
13. Médico de Familia y Comunidad, alumno del Master en Epidemiología, Médico de Familia y preceptor de la Residencia en Medicina de Familia y Comunidad del Serviço de Saúde Comunitária
14. Enfermera, Enfermera del Serviço de Saúde Comunitária del GHC, Mestre en Enfermería por la UFRGS, Especialista en Salud Colectiva y Recursos Humanos por la Escola de Saúde Pública del Rio Grande do Sul, Especialista en Educación Popular por la Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS).
15. Médico de Familia y Comunidad, Mestre en Epidemiología por la UFRGS, Doctorando en Epidemiología por la UFRGS.

Revisión del español: Gabriela Ruiz

REFERENCIAS

1. Shi L, Macinko J, Starfield B, Wulu J, Regan J, Politzer R. The relationship between primary care, income inequality, and mortality in US States, 1980-1995. *J Am Board Fam Pract.* 2003; 16 (5): 412-22.
2. Gêrvas J, Fernández MP. Atención Primaria fuerte: fundamento clínico, epidemiológico y social en los países desarrollados y en desarrollo. *Rev Bras Epidemiol.* 2006; 9 (3): 284-400.
3. OPAS. Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. 2005.
4. Ceitlin J. La medicina familiar en América Latina. Presentación. *Aten Primaria.* 2006; 38 (9): 511-4.
5. Starfield B. Primary Care: concept, evaluation and policy. Oxford Univ Pr; 1992.
6. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *The Milbank Quartely.* 2005; 83 (3): 457-502.
7. OPAS-Organización Panamericana de la Salud. La Enfermería en la Región de la Américas. Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud. OPS/OMS. 16. 1999. Washington, DC, OPS/OMS. HSO.
8. Green L, Yawn B, Dovere S, Novo W. The ecology of medical care revisited. *New Engl J Med.* 2001; 344: 2021-5.
9. Introdução à agenda educativa do EURACT (European Academy of Teachers in General Practice). *Rev Bras Med Fam e Com.* 2006; S01: 77-124.
10. Campos G. Educação médica, hospitais universitários e o Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Pública.* 1999; 15 (1): 187-93.
11. Ortega M, Rosas R, Hernández C, Ibáñez S. Los programas de medicina familiar en las Facultades y Escuelas de Medicina en México. *Rev Fac Med UNAM.* 2002; 45 (1): 32-4.
12. Rede Unida. Contribuição para as novas diretrizes curriculares nos cursos de graduação da área da saúde. *Olho Mágico.* 1998; 16: 11-28.
13. Campos FE, Ferreira JR, Feuerwerker L, Sena R. Caminhos para Aproximar a Formação de Profissionais de Saúde das Necessidades da Atenção Básica. *Revista Brasileira de Educação Médica.* 2001; 25 (2): 53-9.
14. Conill, E. M. and Fausto, M. C. R. Análisis de la problemática de la integración de la APS en el contexto actual: causas que inciden en la fragmentación de servicios y sus efectos en la cohesión social. 2007. Fundação Oswaldo Cruz/ Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Brasil) e Fundação para la Cooperación y Salud Internacional Carlos III (Espanha).

15. Trejo-Mejía JA, Larios Mendonza H, Estrada-Salgado FD, Campos Aragón L, Gracia-Ramírez A. Sistemas de tutorización en el pregrado de medicina familiar. Arch Med Fam. 2002; 4 (2): 71-4.
16. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, Freeman TR. Patient-Centered Medicine: Transforming the clinical method. 2003. 360p.
17. Turini B, Almeida M. Os professores de Medicina e o ensino de graduação extramuros. Rev Bras Educ Med. 2002; 26 (3): 151-61.
18. Campos, GWS. Papel da rede de atenção básica em saúde na formação medicodiretrizes. 2005. Rio de Janeiro, ABEM.
19. Pinto L, Formiglib V, Rêgo R. A dor e a delícia de aprender com o SUS: integração ensino-serviço na percepção dos internos em Medicina Social. Rev Baiana de Saude Pub. 2007; 31 (1): 115-33.
20. Goic A. Seminario sobre formación de médicos en la actualidad en Chile / Medical training in Chile at the present time. Rev Med Chile. 2003; 131 (2): 209-12.
21. Tomás Pantoja C. ¿Por qué un Departamento Académico de Medicina Familiar? Rev Med Chile. 2003; 131 (3).
22. Knox L, Ceitlin J, Hahn RG. Slow Progress: Predoctoral Education in Family Medicine in Four Latin American Countries. Fam Med. 2003; 35 (8): 591-5.
23. Ostergaard DJ. Slow Progress-But Progress Nonetheless. Fam Med. 2003; 35 (8): 596-8.
24. Anderson, MIP, Demarzo, M, and Rodrigues, RD. A Medicina de Família e Comunidade, a Atenção Primária à Saúde e o ensino de graduação: recomendações e potencialidades. 2004. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.
25. Polo J. La formación de la Atención Primaria en el Pregrado. Actuación actual de SEMERGEN en el Pregrado. Atención Primaria. 1995: 33-46.
26. Haq C, Ventres W, Hunt V, Mull D, Thompson R, Rivo M et al. Family practice development around the world. Family Practice. 1996; 13 (4): 351-6.
27. Rosenblatt RA, Whitcomb ME, Cullen TJ, Lishner DM, Hart LG. The effect of federal grants on medical schools' production of primary care physicians. Am J Public Health. 1993; 83 (3): 322-8.
28. Doyle, GA and Patricoski, CT. Costs of Teaching for Community Teachers of Family Medicine. Society of Teachers of Family Medicine (For the Office-based Teacher of Family Medicine). 1997. 27-5-2008.
29. Ministério da Saúde do Brasil and Ministério da Educação do Brasil. Programa de educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde. 1507. 22-6-2007.

30. Ceitlin J, Zurro AM, Pitz PB, Castellanos JC, Kemayd AI, and Owens T. I CUMBRE IBEROAMERICANA DE MEDICINA FAMILIAR - "LA FORMACIÓN MÉDICA EN EL PREGRADO". 1-38. 2002. Sevilha, Espanha. Documento 3.
31. Fincher RM. The road less traveled--attracting students to primary care. *N Engl J Med.* 2004; 351 (7): 630-2.
32. Ceitlin J, Zurro AM, Pitz PB, Castellanos JC, Kemayd AI, and Owens T. I Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar - "La Formación Médica En El Pregrado". 1-38. 2002. Sevilha, Espanha. Documento 3.
33. CIMF-WONCA. III Cúpula Iberoamericana de Medicina Familiar - Declaração de Fortaleza, 2008. Fortaleza, Brasil.
34. Malvárez, SM. Panorama de la fuerza de trabajo en enfermería en América Latina: primeira parte. OPS. 39. 2005. Washington, D.C, OPS. Serie Desarrollo de Recursos Humanos.
35. Castrillón, MC and Lopera, C. La regulación de la formación universitaria de pregrado en enfermería en América Latina. 2004. Medellín, Universidad de Antioquia.
36. OPAS - Área de Fortalecimiento de Sistemas de Salud.Unidad de Recursos Humanos para la Salud. Enseñanza de la APS en las Escuelas de Enfermería del Cono Sur. 49. 2007. Washington, D.C, OPS. Série Recursos Humanos para la salud.
37. República de Colombia Ministerio de Salud and Programa de Apoyo a la Reforma de Salud. Programa de Apoyo a la Reforma de Salud: Proyecto Plan Multidisciplinario para la Modernización de la Educación, Capacitación y Entrenamiento en Salud. Documento 2. 2002. Bogotá, D.C., Organización del Proceso de Planeación Educativa en Salud Recomendaciones para la Educación em Pregrado, Postgrado, Educación Continuada y Educación no Formal.
38. Aljama Corrales E. Factores que inciden en la enseñanza clínica, como trabajo central de los profesores de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia de la ENEO-UNAM [dissertation]. Academia de Investigación en Enfermería de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO) Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM); 2004.
39. Malvárez S, Castrillón M. Panorama de la fuerza de trabajo en enfermería en América Latina: segunda parte. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social.* 2006; 14 (3): 145-65.
40. Carrijo C, Pontes D, Barbosa M. Reflexão sobre a importância da temática saúde da família no ensino da graduação em enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem.* 2003; 56 (2): 155-9.

41. Seminário internacional sobre saúde da família formação, certificação e educação permanente do médico de família. Carta de Fortaleza. Fortaleza, Brasil: 2001.
42. Ortega F, et al. Curso semiescolarizado de especialistas en medicina familiar en México (1993 - 1999). Aten Primaria. 2003; 31 (2): 114-9.
43. WONCA. A Definição Européia de Medicina Geral e Familiar (Clínica Geral / Medicina Familiar). Justin Allen et al and WONCA. 2002.
44. Zurro AM. Evaluación de la formación posgraduada, certificación y recertificación profesional de los médicos de familia en diferentes países (Reino Unido, Estados Unidos, Canadá, Holanda, Australia y España). Aten Primaria. 2002; 30: 46-56.
45. Castro Filho ED, et al. Especialização em Medicina de Família e Comunidade e o Desafio da Qualificação Médica para a Estratégia Saúde da Família. Rev Bras Med Fam Com. 2008 (Sup 2): Acepto para publicación.
46. CIMF-WONCA. I CUMBRE Iberoamericana de Medicina Familiar de 14-17 de Mayo 2002. 2002. Sevilla, España.
47. CIMF-WONCA. I Reunión Iberoamericana de Expertos en Certificación Profesional y Acreditación de Programas en Medicina Familiar, en Isla Margarita. 2003. Isla Margarita, Venezuela.
48. EURACT. The European Definition of General Practice/Family Medicine. 2005.
49. SBMFC. Projeto de Expansão da Residência em Medicina de Família e Comunidade - Bases para expansão e desenvolvimento adequado de programas de residência de MFC. 23; 1. 2005. Rio de Janeiro, Brasil.
50. Starfield B. Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology. New York, USA: Oxford University Press ; 1998. 438p.
51. Sheps SB, Schechter MT, Grantham P, et al. Practice patterns of family physicians with 2-year residency v. 1-year internship training: Do both roads lead to Rome? CMAJ. 1989; 140: 913-8.
52. Maheux B, Beaudoin C, Jacques A, Lambert J, Levesque A. Effects of residency training in family medicine v. internship training on professional attitudes and practice patterns. CMAJ. 1992; 146 (6): 901-7.
53. Jaturapatporn D. Does family medicine training affect the referral pattern of primary care doctors in Thailand? Fam Med. 2006; 38 (6): 387-8.
54. Jaturapatporn D, Hathirat S. Specialists' perception of referrals from general doctors and family physicians working as primary care doctors in Thailand. Quality in Primary Care. 2006; 14 (41): 48.
55. Jaturapatporn D, Dellow A. Does Family Medicine training in Thailand affect patient satisfaction with primary care doctors? BMC Fam Pract. 2007; 8: 14.

56. General Practice Assessment Questionnaire. National Primary Care Research and Development Centre at The University of Manchester . 2-7-2008. 9-6-2008.
57. CIMF-WONCA. I CUMBRE Iberoamericana de Medicina Familiar. Formación Postgrado Y Programas de Capacitación para Médicos de Atención Primaria. 2002. Sevilla, Spain, doc 4.
58. Starfield, B. Implications of Evidence on the Contributions of Primary Care to Medical Education. STMF Messenger Online . 2008. 8-6-2008.
59. Grupo Hospitalar Conceição - Serviço de Saúde Comunitária. Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade. 2008.
60. Llamas JS. Cómo puede convertirse un tutor en un docente efectivo. Aten Primaria. 2007; 39: 151-5.
61. ANUIES (Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior). El tutor, actor central de la transformación institucional. Problemas institucionales de tutoría. Una propuesta de ANUIES para su organización y funcionamiento en las instituciones de educación superior. México: ANUIES; 2002. p. 97-112.
62. ANUIES (Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior). La tutoría: Una alternativa para contribuir a abatir los problemas de deserción y rezago en la educación superior. Problemas institucionales de tutoría. Una propuesta de ANUIES para su organización y funcionamiento en las instituciones de educación superior. México: ANUIES; 2002. p. 17-22.
63. Ribeiro ECO, Motta JIJ. Educação Permanente como Estratégia na Reorganização dos Serviços de Saúde. Divulg Saúde Debate. 2006; 12 (Jul): 39-44.
64. Haddad J, Roschke M, Davini M. Proceso de Trabajo y Educación Permanente de Personal de Salud: Reorientación y Tendencias en América Latina. Educ Med Salud. 1990; 24 (2): 136-204.
65. Rovere MR. Gestión Estratégica de la Educación Permanente en Salud/ Strategic management of health continuing education. In: Hayes RJ, Roschke M, Davini M, editors. Educación Permanente de Personal de Salud. Washington, DC: OPAS/OMS; 1994. p. 63-106.
66. Sánchez A. La educación a distancia. ACIMED. 2003; 11 (1).
67. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Gestão do Trabalho em Saúde e Departamento de Gestão de Educação na Saúde. A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer. 2005. Brasília, Ministério da Saúde do Brasil.
68. Jardins Méndez, J. B. Acceso a la información y equidade en salud. Rev Cubana Salud Pública 33(3). 2007. 11-6-2008.

69. Brasil. Ministério da Saúde. Política de recursos humanos em saúde. Ministério da Saúde do Brasil. 2002. Brasília, Ministério da Saúde do Brasil.
70. Rosenberg W, Donald A. Evidence based medicine: an approach to clinical problem-solving. *BMJ*. 1995; 310 (6987): 1122-6.
71. Oxman AD, Cook DJ, Guyatt GH. Users' guides to the medical literature. VI. How to use an overview. Evidence-Based Medicine Working Group. *JAMA*. 1994; 272 (17): 1367-71.
72. Hayward RS, Wilson MC, Tunis SR, Bass EB, Guyatt GH. Users' guides to the medical literature.VIII. How to use clinical practice guidelines. What are the recommendations and will they help you in caring for your patients? *JAMA*. 1995; 274 (20): 1630-2.
73. Hayward RS, Wilson MC, Tunis SR, Bass EB, Guyatt GH. Users' guides to the medical literature.VII. How to use clinical practice guidelines. Are the recommendations valid? *JAMA*. 1995; 274 (7): 570-4.
74. Straus SE, Green ML, Bell DS, Badgett R, et al. Evaluating the teaching of evidence based medicine: conceptual framework. *BMJ*. 2004; 329 (7473): 1029-32.
75. Sackett DL, et al. Medicina baseada em evidências: prática e ensino. 2ª ed. Porto Alegre, Brasil: Artmed; 2003.
76. Feder G, Eccles M, Grol R, Griffiths C, Grimshaw J. Using clinical guidelines. *BMJ*. 1999; 318 (7185): 728-30.
77. Field MJ, Lohr KN. Guidelines for clinical practice. From development to use. Washington, DC: National Academy Press; 1992.
78. Rogers S, Humphrey C, Nazareth I, Haines A, Tomlin Z. Strategies from an exploratory study of two change professional practice in primary care: lessons. *BMJ*. 2000; 320.
79. Soumerai SB, Avorn J. Principles of educational outreach ('academic detailing') to improve clinical decision making. *JAMA*. 1990; 263 (4): 549-56.
80. Avorn J, Soumerai SB. Improving drug-therapy decisions through educational outreach. A randomized controlled trial of academically based "detailing". *N Engl J Med*. 1983; 308 (24): 1457-63.
81. O'Brien, M. A., Jamtvedt, G., and et al. Educational outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* CD 4. 2007.
82. Coumou HC, Meijman FJ. How do primary care physicians seek answers to clinical questions? A literature review. *J Med Libr Assoc*. 2006; 94: 55-60.

83. Bennett, N. L. Family physicians' information seeking behaviors: A survey comparison with other specialties. *BMC Medical Informatics and Decision Making* 53. 2006. 5-9-2006.
84. Norris AC. *Essentials of Telemedicine and Telecare*. Baffins Lane, England: John Wiley & Sons; 2002. 177p.
85. Campos FE, Haddad AE, et al. Telessaúde em Apoio à Atenção Primária à Saúde no Brasil. Telessaúde. Um Instrumento de Suporte Assistencial e Educação Permanente. Belo Horizonte, Brasil: Editora UFMG; 2006. p. 504.
86. Kiefer, S., Millan, J., Sakas, G, Sachpazidis, I., Steinwachs, K., Brunetti, G, and Messina, L. A. Evidence Based Telemedicine for Remote and Rural Underserved Regions in LA using ehealth Platforms. 30-10-2002. Submitted by Fraunhofer Gesellschaft to the @lis Program of the European Commission, a joint project proposal of its institutes Fraunhofer Institut für Biomedizinische Technik and Fraunhofer Institut für Graphische Datenverarbeitung, in co-operation with their Latin American and European partners.
87. Governo do Estado de Nuevo León, Mexico. Plano de Desenvolvimento do Estado. - 95. 2004. Nuevo León, México.
88. SEMCAD. Sistema de educação Médica Continuada a Distância. *Artmed* . 2008. 24-5-2008.
89. PROFAM. Programa de Educación Continua, a Distancia, de Salud Familiar, Ambulatoria y Comunitaria. Fundación MF, Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, Departamento de Docencia e Investigación (DDI), and Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA). http://www.foroaps.org/profam-visor.php?cod_producto=2176&bizq=mod2 . 2008. 24-5-0008.
90. Oxman AD, Davis D, Thomson MA, Haynes RB. No magic Bullets: sistematic review of 102 trials of intervention to improve professional practice. *CMAJ*. 1995; 153 (10).
91. Bornstein VJ, Stotz EN. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2008; 13 (1): 259-68.
92. Viana ALD, Dal Poz MR. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis*. 2005; 15: 225-64.
93. Walker DG, Jan S. How do we determine whether community health workers are cost-effective? Some core methodological issues. *J Community Health*. 2005; 30 (3): 221-9.
94. Swider SM. Outcome effectiveness of community health workers: an integrative literature review. *Public Health Nurs*. 2002; 19 (1): 11-20.

95. Lewin SA, Dick J, Pond P, Zwarenstein M, Aja G, van WB et al. Lay health workers in primary and community health care. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005 (1): CD004015.
96. Cesar JA, Cavaleti MA, Holthausen RS, Lima LGSd. Mudanças em indicadores de saúde infantil em um município com agentes comunitários: o caso de Itapirapuã Paulista, Vale do Ribeira, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública.* 2002; 18: 1647-54.
97. Fauveau V, Stewart K, Khan SA, Chakraborty J. Effect on mortality of community-based maternity-care programme in rural Bangladesh. *Lancet.* 1991; 338 (8776): 1183-6.
98. Powell C, Baker-Henningham H, Walker S, Gernay J, Grantham-McGregor S. Feasibility of integrating early stimulation into primary care for undernourished Jamaican children: cluster randomised controlled trial. *BMJ.* 2004; 329 (7457): 89.
99. Black MM, Dubowitz H, Hutcheson J, Berenson-Howard J, Starr RH, Jr. A randomized clinical trial of home intervention for children with failure to thrive. *Pediatrics.* 1995; 95 (6): 807-14.
100. Gary TL, Bone LR, Hill MN, Levine DM, McGuire M, Saudek C et al. Randomized controlled trial of the effects of nurse case manager and community health worker interventions on risk factors for diabetes-related complications in urban African Americans. *Prev Med.* 2003; 37 (1): 23-32.
101. Gary TL, Batts-Turner M, Bone LR, Yeh HC, Wang NY, Hill-Briggs F et al. A randomized controlled trial of the effects of nurse case manager and community health worker team interventions in urban African-Americans with type 2 diabetes. *Control Clin Trials.* 2004; 25 (1): 53-66.
102. Becker DM, Yanek LR, Johnson WR, Jr., Garrett D, Moy TF, Reynolds SS et al. Impact of a community-based multiple risk factor intervention on cardiovascular risk in black families with a history of premature coronary disease. *Circulation.* 2005; 111 (10): 1298-304.
103. Mukherjee JS, Eustache FE. Community health workers as a cornerstone for integrating HIV and primary healthcare. *AIDS Care.* 2007; 19 Suppl 1: S73-S82.
104. Greenwood BM, Greenwood AM, Bradley AK, Snow RW, Byass P, Hayes RJ et al. Comparison of two strategies for control of malaria within a primary health care programme in the Gambia. *Lancet.* 1988; 1 (8595): 1121-7.
105. Allen SJ, Snow RW, Menon A, Greenwood BM. Compliance with malaria chemoprophylaxis over a five-year period among children in a rural area of The Gambia. *J Trop.Med.Hyg.* 1990; 93 (5): 313-22.

106. Fawole OI, Onadeko MO. Knowledge and management of malaria in under five children by primary health care workers in Ibadan South-east local government area. Niger Postgrad Med J. 2001; 8 (1): 1-6.
107. Dick J, Clarke M, van ZH, Daniels K. Primary health care nurses implement and evaluate a community outreach approach to health care in the South African agricultural sector. Int Nurs Rev. 2007; 54 (4): 383-90.
108. Chaulk CP, Kazandjian VA. Directly observed therapy for treatment completion of pulmonary tuberculosis: Consensus Statement of the Public Health Tuberculosis Guidelines Panel. JAMA. 1998; 279 (12): 943-8.
109. Médicos sin Fronteras -MSF-. Asistencia médica de emergencia a la población desplazada y formación de agentes comunitarios de salud. 2p. 1999. Santafé de Bogotá, D.C.: MSF COL-OPS/OMS.
110. OPAS-Organización Panamericana de la Salud and Malagón de Salazar, Ligia. Evaluación de un programa de formación de promotores no profesionales en salud cardiovascular : Experiencia en Argentina, Chile y Guatemala. COL-OPS/OMS. 1-35. 2007. Bogotá, D.C.: s.n (OPS). Enfermedades Cardiovasculares; Capacitación; Argentina; Chile; Guatemala.
111. Aerts D, Ferraz L. Agente comunitário de saúde em Porto Alegre: "um vendedor de saúde". Saúde em Debate. 2004; 28 ((66)): 68-74.
112. Vidal S, Silva E, Oliveira M, Siqueira A, Felisberto E, Samico I. Avaliação da aplicação da estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI) por Agentes Comunitários de Saúde. Revista Brasileira de Saude Materna e Infantil. Revista Brasileira de Saude Materna e Infantil. 2003; 3 ((2)): 205-13.
113. López Soto, R, Quispe Alanoca, Ruben, and Tenorio, A. Informe del primer taller de agentes comunitarios de salud; proyecto piloto AIEPI comunitario Report of the first workshop of community health workers; project pilot community. 15 p. ilus, tab. 2008. La Paz; Plan Internacional Altiplano; dic.2000.
114. Soto Falla, LA. Manual AIEPI: Agentes Comunitarios de Salud: Recomendaciones y revisión del texto. Manual AIEPI para el facilitador: Recomendaciones y revisión del texto. 2007. Bogotá, D.C.: s.n (OPS).
115. Bolivia .Ministerio de Salud y Deportes.C omite Técnico de Apoyo a la Lactancia Materna*. Agentes comunitarios promotores de salud: curso de capacitación sobre consejería de lactancia materna para agentes comunitarios Es. 44 p. ilus. 2005. La Paz; COTALMA/OPS/OMS/AIPEI.
116. Peru. Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi. Salud mental en el frente de desastres: módulos de capacitación para agentes comunitarios.129 p. 2008. Lima; OPS; 2000.

117. Duarte L.R, Silva D.S, Cardoso S.H. Construindo um programa de educação com agentes comunitários de saúde. Interface (Botucatu). 2007; 11 (23): 493-47.
118. Brasil. Ministério da Saúde. Cria A profissão de Agente Comunitário de Saúde. lei 10.507. 20-7-2002.
119. BRASIL .Ministério da Saúde.Ministério da Educação. Referencial curricular para curso técnico de agentes comunitários de saúde: área profissional saúde. 2004. Ministério da Saúde.
120. Tomaz JBC. O agente comunitário de saúde não deve ser um "super-herói". Interface - Comunic Saúde Educ. 2002; 6 (10): 84-7.
121. OMS - Organización Mundial de la Salud. Pautas para capacitar a los Agentes de Salud Comunitarios en Nutrición. 1-121. 1988. Ginebra; Organización Mundial de la Salud.
122. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Residência Multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios. Brasília, Ministério da Saúde, 2006. Série B. Textos Básicos de Saúde.