



REPÚBLICA DE CUBA
ESCUELA NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

MAESTRÍA EN EDUCACIÓN MÉDICA

Módulo Introductorio para el Programa de la especialidad en Medicina General Integral de Venezuela.

Autora: Dra. Ana Teresa Fernández Vidal
Especialista de 2º Grado en Medicina General Integral

Tutora: Lic. Nidia Nolla Cao
Profesora Auxiliar
Master en Ciencias en Educación Médica

Asesor: Dr.C. José R. Molina García

TRABAJO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE MASTER EN EDUCACIÓN MÉDICA

República Bolivariana de Venezuela
2007

Dedicatoria.

A quienes siempre me han dado aliento para andar y poder avanzar.

A todos aquellos que me han tendido la mano para ayudarme a levantar.

A quienes con amor y ternura han iluminado el sendero de mi vida.

A todos los que han brindado algo de su sabiduría para salvar mi ignorancia.

A quienes constituyen el sentido de mi vida.

Agradecimientos.

A mis familiares, en especial a mis hijos y esposo.

A todos los amigos y compañeros que han contribuido y me han dado aliento para desarrollar la investigación.

Al Comité Académico de la Maestría de Educación Médica, especialmente a todos aquellos profesores que desde la República Bolivariana de Venezuela dedicaron parte de su tiempo a encaminar el proyecto, al Dr. C. Juan R. Molina por su apoyo incondicional, un agradecimiento especial a la MSc. Nidia Nolla Cao tutora de la investigación, quien con su apoyo y basta experiencia en el tema contribuyó al desarrollo y conclusión del trabajo.

Resumen

En el año 2004 dio inicio en Venezuela el postgrado de Medicina General Integral en respuesta a las nuevas demandas de la sociedad. Los médicos venezolanos que han ingresado al postgrado presentan insuficiencias de conocimientos y habilidades para desarrollar las acciones de salud con un enfoque social y psicológico que les permita una atención integral al individuo, la familia y la comunidad, por lo que se hizo necesario diseñar un Módulo Introdutorio para el Programa de la especialidad y facilitar desde el inicio la realización exitosa de las actividades de aprendizaje. Este trabajo se realizó en el período comprendido desde Mayo a Noviembre de 2006 en el estado de Carabobo y responde a un proyecto de desarrollo en el campo educacional. Para la búsqueda de información sobre la necesidad del módulo y los componentes que deberían integrarlo, se utilizaron métodos teóricos, empíricos y de procedimientos estadísticos, se aplicaron cuestionarios a todos los residentes del estado y a una muestra de tutores correspondiente al 20 %, se realizó una entrevista a expertos y un taller metodológico. El procesamiento de la información se desarrolló de forma computarizada para los datos numéricos y se aplicó el método de triangulación de la información. Los resultados obtenidos se representan en tablas y gráficos y se presenta la propuesta de Módulo Introdutorio en la que se definen los objetivos, contenidos básicos y la estrategia metodológica.

Índice

I. Introducción.....	1
II. Marco teórico.....	10
III. Objetivos.....	43
IV. Diseño Metodológico.....	44
V. Resultados y discusión.....	50
VI. Conclusiones.....	77
VII. Recomendaciones.....	78
VIII. Referencias bibliográficas.....	79
IX. Bibliografía consultada.....	86
X. Anexos	

I - INTRODUCCIÓN

El Programa de formación de especialistas en Medicina General Integral (MGI) en Venezuela tiene sus cimientos en la experiencia cubana que se desarrolla desde hace más de 22 años formando especialistas, estos médicos, que fueron multiplicándose año por año, dan cobertura asistencial al 100 % de la población cubana, se encuentran además diseminados por el mundo, emprendiendo hermosas tareas de ayuda solidaria en remotos parajes de países hermanos. Miles de ellos, en generosa colaboración de nuestro pueblo y gobierno, con la Revolución Bolivariana y con el heroico pueblo venezolano, cumplen con la Misión Barrio Adentro en intrincados sitios de la geografía venezolana. El adecuado desempeño de estos especialistas en las diferentes colaboraciones y misiones desarrolladas a escala internacional y los logros alcanzados ha prestigiado y ha colocado esta especialidad en un lugar cimero.

Durante tres años se ensayaron en Venezuela, vías coyunturales con el propósito de dar respuesta a las demandas de salud de la población venezolana, pero fue la experiencia de Barrio Adentro, nacida en abril de 2003, la que abrió el sendero a la Medicina General Integral y permitió descubrir hacia dónde tenían que ir los cambios en la formación de recursos humanos, surgiendo así la especialidad que se perfila como disciplina emergente ante las transformaciones que vive el país, estos nuevos profesionales han desempeñado su rol en el naciente sistema público nacional de salud, de la mano con las comunidades, las instituciones y otros sectores de la sociedad en la Atención Primaria de Salud.

Fue en los cerros de Caracas donde 58 médicos cubanos con reconocida experiencia internacional, solicitados a Cuba en virtud de un acuerdo de cooperación entre ambos países, comenzaron a laborar en los servicios de salud venezolanos, demostrando que era posible cambiar la vida de millones de seres humanos que habían crecido sin asistencia médica y en la desesperanza. El ejemplo de estos galenos que compartieron las esperanzas de 17 millones de excluidos en la República bolivariana de Venezuela constituyó la inspiración de dedicar todas las energías, recursos y tiempo, al noble proyecto de apoyar el nacimiento de un sistema de salud que tiene en la atención primaria, con los médicos en las comunidades, su base fundamental. ⁽¹⁾

La situación de salud existente en Venezuela exigía de cambios emergentes, la pobreza crecía dentro de sus comunidades, primaba una relación salud – mercado con predominio de los aspectos curativos en la atención médica, se apreciaba un crecimiento de establecimientos privados y un deterioro de la infraestructura pública además desarticulación y fragmentación del sistema de salud, abandono de protocolos de diagnóstico y tratamiento, desatención evidente en los servicios del primer nivel, se evidenciaba aumento del número de excluidos a la red pública, seguros privados de hospitalización, cirugía y maternidad, obsolescencia de los equipos médicos, congelamiento de cargos, disminución de la dedicación horaria, salarios poco atractivos, escasa cobertura de medicamentos, la capacidad resolutive de la red asistencial se hizo críticamente insuficiente, elevadas cifras de mortalidad materno infantil, elevada prevalencia de enfermedades crónicas, aumento de la incidencia de las trasmisibles y la formación del personal de salud se basaba en responder al modelo de salud imperante.

Ante esta compleja problemática de salud la misión Barrio Adentro, se enfrenta al reto de revertir la misma. Podemos apreciar lo que se ha realizado y se viene realizando para enfrentar estos desafíos y problemas de salud existentes: desarrollo de un modelo de atención integral que enfatiza en la promoción y la prevención, desarrollo de la Atención Primaria de Salud (APS) en zonas urbanas a escala masiva, la construcción de redes integradas de servicios y creación de una infraestructura de establecimientos para hacer viable esta estrategia, desarrollo de nuevos y masivos programas de formación de recursos humanos así como la puesta en marcha de novedosas y dinámicas modalidades de participación ciudadana.

Barrio Adentro como hemos planteado es en esencia una estrategia innovadora de la APS, constituye ya referencia obligada a la hora de buscar innovaciones sociales para mejorar el acceso a los servicios en gran escala y a corto plazo. Barrio Adentro muestra que se pueden obtener objetivos diferentes con voluntad política y soporte ciudadano, que la utilización de los recursos financieros derivados de la riqueza nacional pueden invertirse de forma adecuada y rápida en la mejoría de la vida de la población y que se puede obtener una diferencia sustancial en la operación de los sistemas de salud.

Todo lo anteriormente argumentado ha permitido que se estén realizando transformaciones en el Sistema Público Nacional de Salud en Venezuela (SPNS), en función de resolver los problemas de salud de la población por lo que se requiere que la formación de recursos humanos responda a las exigencias del actual sistema, para ello se ha implementado el Programa de Formación en Medicina Integral Comunitaria y el Programa de la especialidad en Medicina General Integral para médicos venezolanos.

En julio del año 2004 se inicia el Programa de Especialidad en Medicina General Integral en respuesta a los nuevos cambios necesarios, el mismo constituye una oportunidad de superación para aquellos médicos comprometidos con los cambios de la Venezuela bolivariana y que no habían tenido la posibilidad de realizar un postgrado por los obstáculos que establecía el sistema de salud existente, evidenciándose que los objetivos del reordenamiento y las transformaciones que se están produciendo en el Sistema Nacional Público de Salud en Venezuela no solo están dirigidas a la formación de nuevos profesionales; sino también al rescate de los ya formados.

El Programa de Especialidad en Medicina General Integral Medicina General Integral en Venezuela tiene sus antecedentes desde que se aprobó la Constitución Bolivariana, en 1999 y se establecieron en ella conceptos de Salud que habían sido ignorados en la Carta Magna anterior, específicamente en La Ley Orgánica de Salud que tiene por objeto desarrollar y hacer efectivo el derecho constitucional a la salud, la misma regulará todo lo relacionado con la salud integral de la persona y la colectividad, el desarrollo de un medio ambiente saludable, la organización y funcionamiento del sector salud, el financiamiento, la prestación de servicios y los productos para la salud.

Como se ha señalado anteriormente es la experiencia del especialista en Medicina General Integral cubano que labora en Barrio Adentro quien cimienta el desarrollo del Programa de Especialidad en Venezuela, para la implementación se trabajó de conjunto con una comisión interministerial liderada por el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación Superior y asesorada por la Misión Médica Cubana. Esta formación, que responde a los criterios de los estudios de postgrado en Venezuela, se concibe como

una estrategia para lograr el alcance de las competencias profesionales necesarias (conocimientos, habilidades, destrezas, actitudes y valores) para desempeñarse dentro de la atención primaria del Sistema Público Nacional de Salud, que sostiene el propósito de garantizar a la persona, a la familia y a la comunidad la protección de la vida y del ambiente, la educación sanitaria, la promoción de la calidad de vida y de la salud, a través de la prevención, del diagnóstico precoz, del tratamiento y manejo oportuno de las enfermedades y de la rehabilitación física, mental y social de las secuelas de las enfermedades de quienes lo requieran. Estas actividades tienen que instrumentarse junto con los demás integrantes del equipo de salud para lograr la ejecución de las políticas epidemiológicas establecidas por el estado venezolano con el fin de lograr el mayor bienestar de los ciudadanos.

El residente en medicina general integral constituye el centro del proceso educativo, mientras que el profesor facilita su autoformación y autodesarrollo. Cada residente tiene asignado un tutor especialista en Medicina General Integral (MGI) con experiencia docente que trabaja en el Consultorio Popular, debe tener un amplio conocimiento en las áreas afines al desarrollo del estudiante, poseer prestigio como educador, de manera tal que con su actuación profesional y como tutor aporte un recurso humano de mayor calidad y listo para continuar un desarrollo ascendente a través de la auto superación y la educación permanente.

El residente realiza guardias en los servicios de urgencia de los Centros Diagnóstico Integrales (CDI), en hospitales, ambulatorios, tiene la posibilidad de llegar a un diagnóstico de certeza a través de los recursos disponibles en los centros de alta tecnología (CAT). Tiene que aprender a comunicarse adecuadamente con la persona, la familia, los grupos sociales organizados y la comunidad, promover la educación en salud, así como interrelacionarse con otras instancias. Por último, debe aprender a diseñar y ejecutar proyectos de investigación cualitativa y formativa, vinculados con su trabajo, con la finalidad de conocerlo mejor y transformarlo de forma positiva.

El Programa de formación de este MGI al igual que el implementado en Cuba se basa en una enseñanza tutelar, se desarrolla dentro de un ámbito integrador transdisciplinario,

con el concurso de las ciencias básicas, clínicas, sociales, epidemiológicas y humanísticas, tal como está definido por la Federación Mundial de Educación Médica. (2).

Ofrece un escenario de estudio y trabajo que vincula desde el inicio al estudiante con la persona sana y enferma, en todas las etapas del desarrollo de su ciclo vital y en el contexto de la familia, la comunidad y el ambiente; con dominio de lo epidemiológico y lo ambiental y de los factores de riesgo individuales y colectivos; con pensamiento crítico, sensibilidad y solidaridad para sus semejantes y en general con la vida y la autonomía del ser humano, preparándolo para resolver de forma correcta y oportuna los problemas que se le presenten, refiriendo los casos que lo requieran a la red del sistema de salud que corresponda.

El Ministerio de Salud ha establecido que requiere médicos integrales para desempeñarse en atención primaria en una relación de 1 por cada 1.250 a 2.500 habitantes, lo cual significa que se requiere de entre 10.000 a 20.833 a fin de dar cobertura a toda la población venezolana. Con el objetivo de cubrir esas plazas, en febrero de 2004 el Ministerio de Salud convocó a todos los médicos venezolanos a solicitar la admisión para cursar la especialidad de MGI como parte de su Plan Nacional de Capacitación (3), con una asignación inicial de 1.000 plazas para toda Venezuela. En agosto se inició el programa con una matrícula de 1.253 residentes en 23 estados del país, seguida de una segunda cohorte de 2.008 residentes. La cohorte inicial se graduó en marzo de 2007.

Este programa de formación posgradual del MGI en Venezuela debe responder a las características y necesidades de la comunidad, de forma tal que el perfil del egresado sea consecuente con estas necesidades y pueda contribuir a la elevación de los niveles de salud de la población. Por tanto los contenidos de dicho programa deben tener correspondencia con los fundamentos que le dieron origen.

Se evidencia al analizar las tendencias actuales de la Atención Primaria de Salud que las mismas buscan garantizar una atención integral, oportuna y sistematizada en un proceso continuo en todos los servicios de salud prestados, fortalecer el encargo de

promover, proteger, restaurar y rehabilitar la salud de los individuos, las familias y la comunidad, desarrollar las acciones a un costo adecuado y sostenible, lograr el acceso equitativo a servicios de calidad sin discriminación de ningún grupo humano por su condición económica, sociocultural, de raza o sexo, precisar que el gobierno debe garantizar el derecho a la salud de todos los ciudadanos, desarrollar la búsqueda de una sostenibilidad financiera priorizando los recursos para mantener el desarrollo de la tecnología de punta en ese nivel de atención, así como implementar una estrategia de promoción para el uso racional de medicamentos dirigida a la población, estimular la participación comunitaria, garantizar una adecuada interrelación con los diferentes niveles de atención dentro de sus lineamientos básicos y mantener la formación y calificación sistemática de sus recursos humanos.

Cuba en relación con el resto de los países de Latinoamérica presenta una posición privilegiada porque se cuenta con un Sistema Nacional de Salud que ha logrado alcanzar indicadores de salud al mismo nivel que los países más desarrollados del mundo, existe conciencia ciudadana, participación comunitaria y apoyo gubernamental para el desarrollo de acciones en el campo de la salud.

La educación médica cubana es un reflejo del desarrollo de su sistema de salud. Ello hace que la incorporación y adecuación pertinente de las nuevas tendencias de la educación superior al sistema de educación médica sea un elemento de prioridad y con un mayor alcance en los momentos actuales, ya que se están desarrollando profundas transformaciones en todos los niveles del sistema educacional cubano en aras de lograr mayor accesibilidad, asequibilidad y equidad, garantizando la elevación de la calidad de la formación de nuestro principal capital, el humano.

En Cuba el plan de estudio de la Carrera de Medicina tiene como objetivo fundamental preparar un Médico General Básico con miras a que actúe como un guardián de la salud y que proyecte su labor hacia la promoción de salud, la prevención de enfermedades, el diagnóstico precoz, el tratamiento y la rehabilitación adecuada. ⁽⁴⁾ Desde 1985 con la introducción de la asignatura Sociedad y Salud, se le brindó al estudiante una visión general de la medicina como ciencia. Esta asignatura, por su

enfoque multidisciplinario, integraba contenidos de las Ciencias Socio Médicas y constituyó indudablemente un significativo logro en la Educación Médica.

Con el desarrollo de la medicina familiar en Cuba, se hizo necesario diseñar e introducir una nueva asignatura que se llamó Introducción a la Medicina General Integral ⁽⁵⁾ en sustitución de la precedente e hiciera un mayor énfasis en el programa de medicina familiar que enfatizaba en la atención médica integral de salud con un enfoque comunitario y participativo, particularmente en sus aspectos de promoción y preservación de la salud de la persona, la familia y la comunidad en la prevención de riesgos y enfermedades. Lo anterior responde a que las Universidades en la actualidad deben garantizar la formación de pregrado mediante una línea estratégica docente orientando la enseñanza de los estudiantes a las nuevas necesidades sociales referidas a la salud y a las concepciones actuales de la práctica médica integral, evidenciándose así como en Cuba las transformaciones curriculares se han correspondido con los cambios en la práctica médica. ^(6, 7)

El modelo educativo de las universidades venezolanas es un modelo teórico-conceptual biomédico con influencias de corrientes psicológicas y dependencia foránea. Propicia una fragmentación de las distintas disciplinas en el abordaje de la enfermedad, los escenarios fundamentales del proceso enseñanza aprendizaje lo constituyen el aula y los hospitales solo en los estadios finales de sus estudios ⁽⁸⁾. A diferencia del modelo desarrollado en las universidades cubanas este modelo no consolida el aprendizaje teniendo en cuenta la salud integral ni identifica como elemental el enfoque de riesgo, no prepara al egresado para desarrollar los modos de actuación profesional que le permitan enfrentarse a la práctica de una medicina familiar y comunitaria, pues se consolida sobre la base de una práctica médica individualizada, desvinculada de las comunidades y de sus necesidades de salud, el mismo carece de herramientas necesarias para manejar conceptos, conocimientos, habilidades y modos de actuación que le permitan enfrentar problemas socio médicos en el individuo, la familia y la comunidad.

Todo lo anterior conduce al surgimiento de un Paradigma Emergente del Ejercicio de la Medicina y la formación de sus recursos humanos con miras a dar respuesta a las nuevas políticas de salud conducidas por el Gobierno Bolivariano de Venezuela. El Paradigma Emergente que se implementó en Venezuela está basado en un Modelo teórico conceptual integral y constructivista del ser, la promoción y protección de la salud, constituyen la estrategia esencial de la calidad de vida, la formación es centrada en la salud colectiva e individual, debe existir una humanización del servicio de salud, existe participación directa en y con las comunidades desde la formación, se evidencia una conjugación del saber científico con los saberes populares, se desarrolla una integración horizontal y vertical entre Ciencias Básicas, Clínicas y Socio-Epidemiológica, la investigación se presenta como estrategia de formación, existe un desarrollo de la soberanía y autonomía del ser, aparecen nuevos escenarios de aprendizaje y algo especial, existe una garantía del derecho a la salud con equidad, todo esto es construido colectivamente. ⁽⁸⁾

Al realizar el análisis de la problemática anterior se aprecia que los médicos que ingresan al postgrado recibieron una formación de pregrado con una concepción y un encargo social diferente al actual, propiciándose un abismo entre éste y la continuidad en una especialidad de Medicina General Integral ya que el Programa de Especialidad está diseñado y validado en profesionales formados en escenarios de la APS con un perfil de salida integral que responde a las necesidades de salud del individuo, la familia y la comunidad como sucede en Cuba. Los profesionales que se inician en el postgrado presentan insuficiencias al enfrentarse al Programa diseñado.

En un intento por resolver esta problemática identificada en la primera cohorte se inició la segunda con un curso de inducción de una semana, pero el mismo no respondía a las necesidades de aprendizaje, ni se planificó organizadamente, eran temáticas aisladas que no resolvían la problemática existente.

En aras de garantizar el Proceso Docente Educativo de la especialidad de Medicina General Integral para los médicos venezolanos ya formados con el paradigma tradicional de las universidades médicas en Venezuela y garantizar la asimilación de

los contenidos teniendo en cuenta la experiencia en las dos cohortes que dieron inicio, se considera que el diseño de una estructura didáctica a modo de Módulo Introdutorio pudiera garantizar la familiarización de estos profesionales con los conocimientos básicos y los elementos operacionales necesarios en estos educandos que iniciarían su Programa de Formación Académica en la especialidad de Medicina General Integral.

La propuesta del Módulo Introdutorio se hace factible ya que el mismo se desarrolla durante el Proceso Docente Educativo utilizando como recurso humano el profesor de Barrio Adentro y los residentes venezolanos vinculados a esta misión para su formación como especialista en Medicina General Integral.

La novedad de la aplicación del Módulo Introdutorio consiste en que podrá generalizarse a toda la especialidad en Venezuela y dotará de herramientas y conocimientos básicos a los médicos venezolanos para que afronten exitosamente el inicio del Programa de Formación de la especialidad en Medicina General Integral. El mismo constituiría una propuesta transitoria hasta que egresen los profesionales médicos formados con el nuevo paradigma de la medicina integral comunitaria, constituyendo en estos momentos una necesidad ante la problemática expuesta anteriormente.

PROBLEMA CIENTÍFICO:

Los argumentos anteriores evidencian que los profesionales médicos venezolanos que ingresan al Programa de Especialidad en Medicina General Integral en Venezuela han sido formados con una concepción de la medicina diferente que no contempla el dominio de elementos básicos para su desempeño en la APS por lo que presentan insuficiencias de conocimientos y habilidades para desarrollar sus acciones de salud con un enfoque social y psicológico y asimilar los nuevos contenidos de la especialidad, por lo que se hace pertinente establecer un módulo introductorio en aras de eliminar dichas insuficiencias y facilitar desde el inicio la realización exitosa de las actividades de aprendizaje, que les permita cumplir con los requerimientos del postgrado y brindar una atención integral al individuo, la familia y la comunidad.

MARCO TEÓRICO:

➤ ATENCION PRIMARIA DE SALUD Y MEDICINA FAMILIAR.

La APS representa el primer nivel de contacto del sistema nacional de salud con los individuos, la familia y la comunidad, como parte integrante del sistema nacional de salud constituye la función central y su núcleo principal, interviene en el desarrollo social y económico global de la comunidad.

En 1978, la Conferencia Internacional de Alma Ata ⁽⁹⁾ definió la Atención Primaria de Salud (APS), como la estrategia para cumplimentar la meta de salud para todos para el año 2000.

Existen múltiples definiciones sobre la Atención Primaria de Salud (APS). En 1920, Dawson ⁽¹⁰⁾, Ministro de Salud de Inglaterra se aproximó a los conceptos actuales de APS cuando definió la institución encargada de brindar atención médica a nivel primario.

En 1966, el informe de la Comisión Millis ⁽¹¹⁾ en los Estados Unidos consideró la APS como: “Entrega de primer contacto, la adopción de la responsabilidad longitudinal por el paciente independiente de la presencia o ausencia de enfermedad y la integración de los aspectos físicos, psicológicos y sociales de la salud”.

En los Estados Unidos, en la década de los años 70, la Academia Americana de Médicos de Familia define la Atención Primaria como: “Forma de entrega de cuidados médicos que acentúa los cuidados de primer contacto y asume la responsabilidad continuada en el mantenimiento de la salud y el tratamiento a las enfermedades de los pacientes. Estos cuidados personales están envueltos en una interacción única de comunicación entre el paciente y el médico, que incluye la coordinación de la atención a los problemas de salud del paciente, tanto biológicos, psicológicos como sociales”. ⁽¹²⁾

En España en 1984, el Real Decreto 137 ⁽¹³⁾ sobre estructuras básicas de salud Ley General de Sanidad define: “La zona básica de salud es la unidad geográfica base en la atención primaria. El equipo de atención primaria es el conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios que efectúan su actividad sobre la zona de salud y el centro

de salud es el lugar físico de reunión del equipo de atención primaria y centro de la zona de salud”.

En Cuba en 1984, el Dr. Cosme Ordoñez profesor y científico cubano dedicado a la Atención Primaria, definió a la APS como: “El conjunto de actividades planificadas de atención médica integral que tienen como objetivo alcanzar un mayor nivel de salud en el individuo y la comunidad, aplicando la metodología científica con la optima utilización de los recursos disponibles y la participación activa de las masas organizadas”.⁽¹⁴⁾

Barbara Starfield en la Revista Lancet en 1994 define la APS como: “La atención primaria es el primer contacto, la atención continuada, integral, y coordinada, ofrecida a poblaciones no diferenciadas por género, enfermedad, o sistema orgánico”.⁽¹⁵⁾

Cristina Puentes-Markides, de la Oficina de Estrategia y Planeación de la Organización Panamericana de la Salud en Washintong señala que: “La APS representa el primer nivel de contacto entre los individuos, la familia y la comunidad. Incluye como mínimo, educación relativa a los problemas de salud más comunes, métodos de prevención y formas de combatirlos; promoción del abasto de alimentos y nutrición adecuada, suministro adecuado de agua potable y sanidad básica; prevención y reducción de enfermedades locales y endémicas, salud materno-infantil, incluyendo planificación familiar, inmunizaciones contra las principales enfermedades transmisibles; tratamiento apropiado para las enfermedades comunes y lesiones; suministro de fármacos esenciales”.⁽¹⁶⁾

La Dirección de Atención Primaria del Ministerio de Salud Pública de Cuba en la Carpeta Metodológica⁽¹⁷⁾ publicada en Enero de 1996 enuncia la APS para su programa de trabajo vigente como: “La asistencia ambulatoria basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundamentada y socialmente aceptable; puesta al alcance de la comunidad, con énfasis en los individuos, la familia y el ambiente. La APS debe lograr la participación de la comunidad y todos los sectores económicos y sociales a un costo sostenible con un sentido de autorresponsabilidad y autodeterminación”.

En alusión al desarrollo de la salud pública en el siglo XXI, los autores Capote Mir y Granados Toraño consideran que: “La atención Primaria de Salud se enmarca como una estrategia flexible realizada a través de un primer contacto entre pacientes y prestadores de los servicios de salud (equipo de salud) que garantiza una atención integral, oportuna y sistematizada en un proceso continuo, sustentada en recursos humanos científicamente calificados y entrenados, a un costo adecuado y sostenible, que trasciende el campo sanitario e incluye otros sectores, organizada en coordinación con la comunidad y concatenada con el resto de los niveles de la red sanitaria, con el encargo de promover, proteger, restaurar y rehabilitar la salud de los individuos, las familias y la comunidad, en un proceso conjunto de producción social de salud -a través de un pacto social-, que incluye los aspectos bio-psico-sociales y medioambientales, y que no discrimina a ningún grupo humano por su condición económica, sociocultural, de raza o sexo”.

Con miras a impulsar el desarrollo de las acciones comprendidas en la estrategia de la APS, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) propone la estrategia de los Sistemas Locales de Salud definidos por Capote Mir y Granados Toraño ⁽¹⁸⁾ como: “La atención de la salud se organiza localmente, basada en los problemas de la salud, y el principio básico de su organización no es jerárquico piramidal, sino de redes locales que incluyen a los hospitales y otras organizaciones, integradas en estrategias únicas de intervención sobre los problemas de salud, fundamentando la atención mediante la ingeniería de procesos para los sistemas y servicios de salud”.

Es importante diferenciar la atención médica usual, con base reparativa y la atención primaria, teniendo en cuenta que la diferencia estriba en los procesos que surgen de los *ejes fundamentales de la APS.*, los cuales han quedado definidos como: participación comunitaria, participación intersectorial, descentralización y tecnología apropiada.

La Participación Comunitaria constituye la intervención activa de la comunidad en la solución de sus problemas y necesidades sanitarias en coordinación con el equipo de salud, lo que significa que la población contribuya a determinar sus propias dificultades

y priorizarlas, que participe, con responsabilidad y autoridad definida, en la realización de acciones y en la toma de decisiones para la solución y finalmente, que sea parte integrante de la supervisión, evaluación y control de los recursos y programas de salud.

La Participación Intersectorial está dada por la intervención consensuada de dos o más sectores sociales en acciones de salud, basadas en la lógica de las alteraciones de la salud y no en la lógica de los sectores. ⁽¹⁹⁾ Para el logro de una efectiva participación intersectorial se hace necesario la organización coordinada de los sectores al efectuar acciones por la salubridad, con liderazgo alterno de los mismos, dependiendo de los problemas y situaciones a enfrentar. La participación intersectorial varía desde la realización de actuaciones aisladas por la salud hasta actuaciones sistemáticas en el marco de una conducta ordenada por la sanidad.

La Descentralización es entendida como la capacidad ejecutiva para la toma de la decisión necesaria de acuerdo a la disponibilidad de recursos en cada uno de los niveles de gestión y en función de las necesidades sociales del área específica. Comprende la autoridad y facultad para manejar las herramientas técnico-administrativas que posibiliten el desarrollo positivo del bienestar y la salud de la comunidad.

El término de *Tecnología Apropriada* se acuñó inicialmente a finales de la década de los años 70 por la Organización de las Naciones Unidas para el desarrollo Industrial (ONUDI) en este caso se refiere al aprovechamiento de manera racional los recursos de que dispone cada región, se adapta localmente e interpreta y enriquece las tecnologías autóctonas.

Los términos de ***Atención Primaria de Salud y de Medicina Familiar*** se utilizan indistintamente para nombrar las acciones de salud que se realizan a nivel comunitario, cuando en realidad son conceptos diferentes.

La ***Atención Primaria de Salud*** es considerada como la estrategia global para alcanzar la meta de Salud para Todos y por Todos, constituye un eje central del sistema prestador de servicios de salud.

La **Medicina Familiar** también llamada Medicina de Familia, Family Practice, es la especialidad médica efectora de la APS, que posee un cuerpo de conocimientos propios, con una unidad funcional conformada por la familia y el individuo, y tiene como base el método clínico-epidemiológico y social e integra las ciencias biológicas, clínicas y de la conducta.

En algunos países entre ellos Estados Unidos, existe diferencia entre los términos de Practica Familiar (Family Practice) ⁽²⁰⁾ y Medicina Familiar (Family Medicine), el primer término se refiere a la especialidad y el segundo a la disciplina definida como la medicina científica que sirve como fundamento de la especialidad, que representa el cuerpo de conocimientos acumulados relacionados con la salud, la enfermedad y cuidados de la salud del individuo en el contexto de la familia.

El Consejo Americano de Medicina Familiar definió la Practica Familiar como: “la especialidad médica que se preocupa por el cuidado de la salud total del individuo y la familia. Es una especialidad en amplitud que integra las ciencias clínicas, biológicas y del comportamiento y su alcance no esta limitado por la edad, sexo, órgano, sistema o entidad mórbida”. ⁽²¹⁾

En general, en la práctica médica internacional, el término **Médico de Familia** se utiliza para nombrar a los médicos cuya función básica es atender a la comunidad, la familia y el individuo en un área de salud determinada, independientemente de si tiene o no entrenamiento especializado posgradual.

En España la legislación de 1978, que reconoce la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria define en su artículo primero: “el médico de familia constituye la figura fundamental del sistema sanitario y tiene como misión realizar una atención médica integrada y completa a los miembros de la comunidad”. ⁽²²⁾

Robert Taylor ⁽²³⁾, enuncia que el médico de familia es el que practica la especialidad y utiliza los principios de la Medicina Familiar. “ Es el médico que provee cuidados de salud continuos e integrales en el contexto de la familia sin limitaciones por edad o sexo

del paciente o por el tipo de problema que se presenta, sean estos biológicos, psicosociales o del comportamiento, o cualquier combinación de los mismos”.

La WONCA (Organización Mundial de Colegios, Academias y Asociaciones Generales/ Médicos de Familia) resalta en su declaración de 1992: “La Atención Primaria de alta calidad depende de la disponibilidad de médicos generales o médicos de familia bien entrenados trabajando como miembros de equipos de salud en la comunidad. La Medicina Familiar necesita ser firmemente establecida como la disciplina central de la medicina, alrededor de la cual se ordenen las disciplinas médicas y de las profesiones aliadas de la salud para formar un equipo cooperativo en beneficio del individuo, la familia y la comunidad”. ⁽²⁴⁾

En correspondencia a lo explicitado anteriormente debemos señalar que en Cuba se ha trabajado y se han logrado resultados efectivos en este sentido, pues se respeta a la Medicina Familiar como disciplina integradora y central de las diferentes disciplinas médicas.

El documento que recoge las reflexiones de la Conferencia Conjunta OMS-WONCA, celebrada en Canadá en 1994 dice: “Los médicos de familia son considerados como personas que poseen una situación fundamental a la hora de proporcionar una atención sanitaria global, continuada, coordinada y personalizada. Su papel, a la vez que los demás profesionales de Atención Primaria, es considerado muy importante para llevar a cabo una utilización óptima de los recursos sanitarios. En el futuro, su papel dentro de lo sistemas sanitarios llegará a ser incluso más importante si son capaces de mejorar la coordinación de la salud individual y de los servicios sanitarios comunitarios”. ⁽²⁵⁾

Carlos Dotres Martínez, Ministro de Salud Pública de Cuba, enunció en el VI Seminario Internacional de Atención Primaria en 1997: “el modelo de atención del médico y la enfermera de la familia garantiza que cada cubano cuente, a pocos metros de su vivienda, con un médico y enfermera, que constituyen el primer contacto con el sistema de salud a través de programas de promoción, protección, prevención, restauración y rehabilitación de la salud”.

La Medicina Familiar tiene sus orígenes en la Medicina General, la que surgió y tomó auge desde el siglo XIX hasta las primeras décadas del siglo XX. El médico general de aquella época era responsable de la atención a familias y sus funciones de consejero ante los problemas de sus pacientes se reconocían como característica específica de dichos profesionales. En el período comprendido entre la Revolución Francesa y la Revolución Industrial, surgió el “médico de cabecera”, profesional de alta calificación con conocimientos sobre Medicina, que se hizo cargo de los problemas de salud de las familias y actuó como consejero de problemas educacionales, matrimoniales, entre otros. Este médico ejerció una actividad múltiple, de carácter integral e integradora que se dio en llamar “sacerdocio de la medicina”. Dicho profesional fue muy respetado por la sociedad.

En los diferentes estudios realizados se aprecia que la calidad de la relación médico-paciente y su componente ético era la principal arma diagnóstica y terapéutica de este tipo de práctica médica y por esa razón ocupaba un lugar preponderante dentro de los valores ligados al desempeño profesional y a la formación académica.

Al analizar su evolución queda manifiesto que después de la presentación del informe Flexner en 1910 en Estados Unidos, la enseñanza de la Medicina se orientó a las especialidades y la Medicina General perdió espacio en el currículo, llegando casi a desaparecer de los programas de formación. El florecimiento y expansión de la tecnología que ocurrió después de la segunda guerra mundial se tradujo en el auge de la formación superespecializada de los profesionales médicos que se había iniciado a partir del impacto del informe Flexner, en este proceso de progresiva diferenciación y ultratecnificación de la práctica médica moderna se genera una tendencia a la despersonalización de la relación médico-paciente que trae aparejada el peligro de la deshumanización y la no obtención de una percepción integral y armónica del individuo enfermo, pues se enfoca al hombre atomizado o dividido en sistemas, aparatos u órganos y se relega o ignora la dimensión socio-psicológica de la necesidad de salud que presenta el sujeto concreto.

Luego de analizar la evolución de la Medicina Familiar apreciamos como ante estas discordancias resurge en una espiral dialéctica de desarrollo ascendente retomando lo mejor de la práctica histórica de la medicina ante el imperativo de satisfacer la necesidad social de una medicina que garantice un servicio de salud eficiente y humano de alta calidad científico-técnica a un costo sostenible.

En este sentido en la década de los años 40, la respuesta de los médicos generales se manifestó en la creación de academias y colegios dedicados a la medicina general en función de impulsar una práctica médica con base en el modelo del médico de familia.

Las investigaciones refieren que a finales de la década de los años 60, el informe de la Comisión Millis de los Estados Unidos y el informe de la Comité Adjunto de Educación para la Práctica Familiar del Consejo de Médicos para la Educación Médica constituyeron elementos referentes de gran valor para la crítica a la práctica y educación médica dirigida a la superespecialidad, y al desarrollo de los programas de especialidad en Medicina Familiar. El primero aseguró la existencia de una prestación de servicios a la salud cada vez mas fragmentada y la necesidad de su transformación hacia una práctica médica integral y el segundo aconsejó la formación de un nuevo tipo de especialista : el médico de familia. ⁽¹¹⁾

En Canadá, que fundó el Colegio de Médicos de Familia 1954 se inició la formación de posgrado en Medicina Familiar en 1966. En 1969 se aprobó la Medicina Familiar en los Estados Unidos y se crearon los programas educativos de posgrado.

En 1970 en Chicago, en la Cuarta Conferencia Mundial de Médicos Generales bajo el lema “La Unidad Familiar en la Atención de Salud”, se definió establecer una Organización Mundial con el nombre de WONCA : Organización Mundial de Colegios, Academias y Asociaciones Académicas Nacionales Generales y Médicos de Familia.

En América Latina y el Caribe la concientización para la implementación y desarrollo de Programas de Medicina Familiar en la Universidades Médicas se inició a partir de la década de los años 60. En la década de los años 70 comenzó la aplicación de la

formación posgradual de la Medicina Familiar en México, Brasil, Bolivia, Costa Rica, Argentina, Colombia, Ecuador, Venezuela, entre otros.

Al referirnos a la evolución de dicha especialidad en Cuba ⁽²⁶⁾ es importante señalar que desde la década de los años 60, la práctica médica se orientó a la atención ambulatoria, en la década de los años 70, el sistema basado en el Policlínico Integral, que hasta el momento se utilizaba en el país, se modificó dando paso al desarrollo del Policlínico Comunitario que ejecutaba programas dirigidos al control del daño, al control de la salud de las personas y a la promoción de salud en el plano individual, familiar y comunitario. En estas instituciones laboraban médicos generales no especializados y médicos con formación posgradual en Pediatría, Medicina Interna y Ginecobstetricia.

A principios de la década de los 80 -etapa de maduración y fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud- Cuba obtenía resultados favorables en los indicadores de salud. En 1983 se cumplieron las metas de Salud para Todos, propuestos por la Asamblea Mundial de la Salud en Alma Ata para el año 2000, no obstante se advertía la necesidad de una transformación pertinente del modelo de servicios sanitarios, es decir se requería una reorientación del sistema en función de una práctica médica encaminada a facilitar el protagonismo de las acciones de promoción y protección de la salud en un proceso conjunto para la obtención de conductas y estilos de vida cada vez más saludables, sobre la base del reconocimiento de la responsabilidad de los propios individuos, las familias y la comunidad.

Se consideró que las acciones de prevención tanto primarias como secundarias eran esenciales para elevar los niveles de salud y la calidad de la vida de la población. *En ese momento (1984) el Estado Cubano decidió implementar el Programa del Médico y la Enfermera de la Familia como parte de un conjunto de medidas que se tomaron en función de responder a las nuevas necesidades sanitarias de la sociedad.*

Para el desarrollo eficiente de este modelo de atención, era imprescindible contar con un profesional capacitado para el desempeño de las nuevas misiones del sistema de prestación de servicios, por lo que se perfeccionó el sistema de formación de recursos humanos con el incremento de las Facultades de Ciencias Medicas de país, el diseño y

la ejecución de un nuevo plan de estudios de pregrado para Medicina con un perfil de salida orientado a la APS, el desarrollo de la Licenciatura en Enfermería como carrera de la educación superior y el inicio de la formación de especialistas de Medicina Familiar.

En Cuba a la especialidad de Medicina Familiar se le denomina Medicina General Integral (MGI), se inició en el año 1984, la misma se estudiaba como proceso de formación de posgrado durante 3 años a partir de un médico general básico que requiere 6 años de formación de pregrado con un perfil profesional orientado a la APS. en el año 2004 se dio inicio a la formación de la especialidad con un periodo de 2 años. Dicha especialidad tiene como principal escenario de formación, a la propia comunidad en la que el residente se desempeña como médico de familia, bajo la asesoría permanente de un grupo de profesores tutores de las especialidades de Medicina Familiar, Medicina Interna, Pediatría, Ginecobstetricia y Psicología. *La formación posgradual de MGI tiene como eje fundamental la educación en la práctica del servicio concreto de atención primaria de salud. Tiene además rotaciones en las principales áreas de atención secundaria y culmina con la realización de un examen estatal ejecutado por evaluadores externos a los que contribuyeron a su formación y la presentación de una tesis de investigación ante un tribunal estatal.*

La Medicina General Integral integra los conocimientos y habilidades de las ciencias socio-bio-médicas con una sólida preparación clínica que permite resolver la mayoría de las necesidades de salud de la población. La estructura del programa de la especialidad presenta 5 áreas que responden a la función rectora de atención médica y que abarca las Bases de la Medicina Familiar, las Actuaciones Básicas en Medicina Familiar, las Acciones de Salud en la Comunidad, Acciones de Salud en la Familia, Acciones de Salud en Grupos y Colectivos y Acciones de Salud en el Individuo. Tiene entre sus premisas fundamentales la transformación comunitaria en verdadero sujeto-objeto de las acciones de salud, orientada a lograr que las modificaciones en los perfiles de salud-enfermedad sean el resultado no solo de los cambios conductuales individuales, sino de la adopción colectiva de conductas más saludables. ⁽²⁷⁾

El programa del médico y la enfermera de la familia en Cuba ha pasado la prueba de la crisis económica encarada por el país y a más de veinte años de su aplicación continua mostrando su efectividad para el mejoramiento sucesivo de los niveles de salud de la población.

Es importante señalar los **Componentes de la medicina familiar**:

1. **Primer Contacto:** Se refiere al punto de encuentro original entre los pacientes y el sistema de prestación de servicios de salud. La Atención Primaria funciona como puerta de entrada a la red sanitaria.

El médico familiar cuenta con mayor preparación para atender problemas indiferenciados y con un espectro de conocimientos mucho más variado que un especialista lineal, es el recurso humano idóneo para funcionar como puerta de entrada de un sistema de salud organizado por niveles de cuidado.

El médico familiar debe tener un alto nivel de formación científico-técnico y un conjunto de recursos básicos que le permitan atender con éxito los principales problemas de salud de los ciudadanos y resolver del 80% al 90% de dichos problemas y sólo entonces transferir, al resto del sistema los pacientes cuyas alteraciones no son susceptibles de solución por el primer nivel de atención.

2. **Atención Integral:** Consiste en la prestación de servicios médicos de amplio espectro con alto nivel de resolutivez, para lo que es imprescindible contar con profesionales de la salud formados y entrenados integralmente.

La disciplina de Medicina Familiar integra conocimientos del resto de las disciplinas médicas. Un médico familiar requiere conocimientos y habilidades, en diversos grados, en áreas de otras especialidades, dependiendo de la prevalencia de los problemas encontrados en la práctica diaria. Tiene base amplia de conocimientos generales que le permite solucionar del 80% al 90% de los problemas que se le presentan.

Desarrolla una atención realmente integral pues identifica todas las necesidades de salud del paciente en sus variadas expresiones cualitativas y genera acciones para su

solución integralmente en el marco de una relación médico - paciente continua que engendra compromiso y satisfacción mutua. Este abordaje integral implica atención al enriquecimiento, protección, restauración y rehabilitación de la salud que responde a las necesidades sanitarias de la comunidad en cuestión, con responsabilidad continuada en la prestación de servicios, enfatiza en ser un buen comunicador, un clínico diestro para identificar tempranamente y encontrar la justa relación entre el componente físico y emocional de los procesos patológicos.

3. Continuidad: Es la atención permanente y sistemática en el tiempo por un mismo médico. La continuidad se materializa de forma real y efectiva en el contacto de la práctica de la medicina familiar pues el médico de familia sigue al paciente, la familia o la comunidad durante todo el proceso concreto de atención médica integral en función de la necesidad de salud específica.

El componente de continuidad de la Medicina Familiar en la APS se extiende a la atención mantenida a lo largo del tiempo con independencia de la existencia o no de alteración de la salud del individuo o la familia. Constituye una herramienta diagnóstica poderosa y permite el conocimiento acumulado sobre el paciente y su familia.

4. Coordinación: La Comisión Millis (Comisión de ciudadanos de de los Estados Unidos, 1966) reportó: “La coordinación consiste en la autoridad centralizada del médico de familia, previo acuerdo con el individuo, la familia o la comunidad, para dirigir las acciones de salud que se realizarán con cada uno de ellos a través de toda la red sanitaria o las acciones que devienen del trabajo conjunto con otros sectores”.

El generalista tiene el encargo de velar por el beneficio de las acciones de salud que reciben sus pacientes, sus familias y su comunidad y facilitar el acceso del paciente a todo el sistema atencional, armoniza las acciones del sistema a las necesidades específicas del paciente.

En la práctica se utilizan diversas vías de coordinación de las acciones sanitarias para el paciente o la familia. Las interconsultas, el subsistema de transreferencia, el contacto personal con el facultativo a consultar, las historias clínicas, son ejemplo de estas.

5. Accesibilidad: Consiste en la oportunidad garantizada de acceder a la red sanitaria. Se constituye en el componente estructural principal de la Atención Primaria, comparable con la función de sostén propia del esqueleto humano. Sin la garantía absoluta de la accesibilidad, los componentes de primer contacto, responsabilidad, atención integral, continuidad y coordinación serían imposibles de realizar.

La accesibilidad presupone la eliminación de todas las trabas o barreras geográficas, legales, culturales, organizacionales y económicas que pueden impedir la obtención pertinente de servicios médicos calificados a la población.

6. Responsabilidad: Uno de los atributos esenciales de los médicos de familia es la disposición de aceptar la responsabilidad constante para manejar la atención médica de un paciente. El médico familiar enfatiza el concepto de la responsabilidad primaria por el bienestar del individuo, su familia y la comunidad en el proceso de producción social de salud.

Una vez que el médico acepta la responsabilidad por la atención inicial de un paciente, él también asume el deber de seguirlo hasta su conclusión, lo que significa que tiene la responsabilidad de confirmar los resultados, aún cuando el paciente haya sido remitido a otro médico, así como el trabajo encaminado a la transformación del estilo de vida del paciente y de toda la familia.

Las funciones del médico de familia en la Atención Primaria de Salud están dadas por las características particulares de cada contexto, podemos definir las como: (a) atención integral, (b) educativa, (c) investigativa, (d) gerencial y, (e) ambiental.

- a) *Atención integral:* La Atención Integral considera la unidad de los aspectos curativos con los preventivos, de lo biológico con lo social, así como las

condiciones del ambiente físico que están en interacción con el individuo y su colectividad, y que condicionan el proceso salud-enfermedad. Para cumplir esta función el médico realiza acciones de Promoción, Prevención, Restauración y Rehabilitación de la Salud. Estas tareas principales fueron definidas por Sigerist en 1945 como las “funciones de la medicina”. Estas acciones se realizan integradamente en la atención al individuo, la familia o la comunidad.

- b) *Función educativa:* La Función Educativa se define como la participación del médico de familia en la formación de los recursos humanos en el escenario de atención primaria con el apoyo del resto de los niveles del sistema de salud.
- c) *Función investigativa:* La función investigativa se define como la capacidad de accionar en la práctica médica con un enfoque investigativo fruto de un pensamiento científico que garantice una permanente actitud reflexiva que se oriente al análisis causal de los problemas observados en el quehacer cotidiano y a la elaboración, aplicación evaluación de soluciones que respondan a los problemas de salud del área de salud.
- d) *Función gerencial:* La función gerencial se define como la capacidad de ejercer la dirección de acuerdo a las funciones del puesto de trabajo que desempeña, en administrar los recursos humanos y materiales de su consultorio y en establecer las relaciones correspondientes entre su equipo y otros equipos o instituciones de los diferentes niveles del sistema de salud.
- e) *Función ambiental:* La función ambiental se define como la capacidad de contribuir al control de las condiciones higiénico ambientales de la comunidad donde labora.

➤ **EDUCACIÓN DE POSTGRADO.**

El postgrado tiene sus antecedentes en el siglo XIX, sin embargo en América Latina su desarrollo se ha alcanzado desde hace sólo medio siglo, estimulado por los procesos de urbanización, industrialización y democratización de la región. Además, con excepción de Cuba y Brasil (y en menor medida Colombia, México, Venezuela), los gobiernos de América Latina han brindado poco apoyo al desarrollo del postgrado. A

este nivel de educación se le denomina avanzada o 4to. nivel de enseñanza, teniendo gran importancia, puesto que actualmente en pleno siglo XXI, con los avances científico-técnicos y la rápida obsolescencia de los conocimientos se impone actualizar continuamente a los profesionales, para que enfrenten las demandas de la sociedad en los diferentes centros de producción, servicios y/o investigación donde se desenvuelven. Ello implica también una visión más amplia en la formación de los futuros profesionales, preparando al joven de manera integral, o sea, no limitarlo solamente al perfil estrecho de su carrera o especialidad, sino movilizar sus potencialidades, para que sean capaces de comprender el nuevo rol del conocimiento en el desarrollo social. En fin preparar hombres y mujeres para dar respuesta a las necesidades de la sociedad, mediante el vínculo estudio-trabajo, he ahí la articulación Universidad-Sociedad y que la UNESCO resume como Pertinencia.

En el tercer mundo, la educación de postgrado puede ser una inversión rentable e instrumento estratégico importante en las políticas de desarrollo acelerado, por lo cual es urgente concientizar a políticos y gobernantes, autoridades universitarias y al sector productivo, acerca de la importancia y necesidad social de estructurar políticas y sistemas de estudios de postgrado que permitan la inserción pertinente de esta actividad en los procesos de dominio y creación del saber científico técnico. ⁽²⁸⁾

Los Centros de Educación Superior en relación con la capacitación postgraduada se enfrentan a nuevos retos, ya que el mundo de hoy obliga a la superación constante y mantenida, tornándose así estas necesidades en fortalezas y oportunidades que les brinda el entorno a la Universidad, de ahí el concepto de educación a lo largo de la vida. Ahora bien, el postgrado triunfa, en la medida en que se afiance tanto en el educando de pregrado como en el profesional la necesidad de la superación permanente.

El fortalecimiento en la educación de postgrado como parte de los sistemas educacionales, se inicia a partir de un enfoque contextualizado y una reflexión general de la necesidad de su desarrollo. La simple copia o puesta en práctica de experiencias aisladas no garantiza dar respuestas pertinentes a la problemática educacional de los estudios avanzados de las universidades. Las deficiencias que se presentan en la

educación de postgrado de los países de la región pueden encontrar su solución con la creación e implementación sistemática y progresiva de sistemas nacionales de postgrado conceptualmente definidos, que tengan un carácter integral relacionado con las potencialidades y necesidades profesionales del ser humano, lo que puede sustentarse en experiencias de avanzada conocidas y aplicadas, cuyos aspectos esenciales puedan ser tenidos en cuenta en el contexto del postgrado iberoamericano.
(29)

Todo ello nos conduce a declarar que en esta era de la globalización, es importante el intercambio entre países y le corresponde a las universidades como entidades portadoras por excelencia de conocimientos, facilitar estas relaciones, al igual que están llamadas a ser las que divulguen lo más avanzado de la cultura universal.

Nos resulta particularmente importante y a tono con los objetivos del trabajo señalar que es en el propio Sistema Nacional de Salud donde se forman los recursos humanos (médicos y paramédicos) así como la formación académica y superación de todos los profesionales que laboran en dicho Sistema, por lo que se hizo necesario la creación de un Sistema de Educación Médica que ha ido evolucionando en consonancia con las tendencias actuales.

Resumiendo las características actuales que presenta el postgrado mundialmente debemos señalar:

- Heterogenicidad en cuanto a la conceptualización y terminología, de ahí la necesidad de ser cuidadosos al convalidar o interpretar títulos académicos.
- Heterogenicidad en cuanto al desarrollo de la educación postgraduada, encontrándose alta correlación entre desarrollo económico y volumen de actividad al igual que la producción científica.
- Incremento del postgrado en la segunda mitad del Siglo XX, sobre todo en Japón, Alemania y la mayoría de los países de América Latina, sin embargo estancamiento en E.U. e Inglaterra.

- Variación en la duración de los estudios (sobre todo doctorados) entre muchos países.
- Concepto todavía confuso al no expresar los objetivos, la verdadera diferenciación desde la formación de investigadores, docentes, especialistas hasta reciclaje o superación profesional. En realidad, lo definitorio de la actividad posgraduada dominante es la formación de investigadores.
- Pocos países cuentan con políticas o sistemas nacionales de estudios de postgrado, pero la tendencia es a lograrlo.

La educación superior del siglo XXI al asumir el reto del vertiginoso desarrollo de las ciencias y las tecnologías, deberá enfatizar en una sólida formación profesional como consecuencia de priorizar los procesos de aprendizaje con un carácter eminentemente productivo, de forma que la educación de postgrado se sustente en un egresado que esté dotado de los recursos intelectuales y humanos que le garanticen educarse durante toda su vida profesional. La sociedad contemporánea requiere cada vez más de un universitario que conjugue una alta especialidad con la capacidad científico técnico y condiciones ciudadanas pertinentes. Se puede afirmar que la universidad del futuro será juzgada esencialmente por la calidad de egreso de sus estudiantes, esta realidad se ve influida fundamentalmente por el desarrollo de los estudios avanzados.

Ante este reto al profesor de los albores del nuevo milenio, no le es suficiente poseer una alta preparación científico-técnica, que se traduce en el dominio de los contenidos de la enseñanza, sino que requiere además dominar los elementos fundamentales de la teoría de la comunicación y desarrollar capacidades pedagógicas y psicológicas que le permitan aplicar un modelo comunicativo, donde la utilización del diálogo deviene como elemento esencial de la labor educativa, así como de los diferentes métodos que contribuyen a estimular la motivación por el aprendizaje activo de sus estudiantes. ⁽³⁰⁾

El enfoque referido anteriormente realiza una valoración histórica y permite comprender cómo la educación de postgrado surge y se desarrolla en relación con las necesidades

sociales vinculadas al desarrollo profesional, lo que aún reclama respuestas de mayor pertinencia en el contexto iberoamericano actual.⁽³¹⁾

En sentido general en América Latina y el Caribe existe una variedad grande de modelos para la educación de postgrado como resultado de las influencias provenientes de Europa y de Estados Unidos.

En Cuba las modalidades de la educación de postgrado son las siguientes:

- Formación Académica: Especialidad -Maestría -Doctorado
- Superación Profesional (o continua)

Curso - Entrenamiento -Taller -Conferencia especializada -Diplomado, entre otros.

Sin embargo, fuera de nuestro país no se reconocen las actividades de superación profesional como postgrados. No obstante, en Ciencias Médicas desde la década del 60 se desarrollan con mucha fuerza las especializaciones en Medicina y Estomatología a través del régimen de residencias con programas de estudio muy bien estructurados y rigor en las evaluaciones de la práctica en el servicio o educación en el trabajo.

El Reglamento de la Educación de Posgrado de la República de Cuba ⁽³²⁾ define **La Educación de Postgrado** como una de las direcciones principales de trabajo de la Educación Superior en el país, y el nivel más alto del sistema de educación superior, dirigido a promover la educación permanente de los graduados universitarios. En la educación de postgrado concurren uno o más procesos formativos y de desarrollo, no solo de enseñanza aprendizaje, sino también de investigación, innovación, creación artística y otros, articulados armónicamente en una propuesta docente-educativa pertinente a este nivel.

En coincidencia a los análisis realizados un grupo de autores ⁽³²⁾ refiere que la importancia de la educación de postgrado se fundamenta, de un lado, en la evidencia histórica de la centralidad de la educación, la investigación y el aprendizaje colectivo en los procesos de desarrollo; y de otro, la necesidad de la educación a lo largo de

la vida, apoyada en al autogestión del aprendizaje y la socialización en la construcción del conocimiento.

Un número importante de autores han señalado las ventajas que impone la política de la Educación Permanente que tiene como modalidad esencial la educación en el Servicio, esta permite que el personal no se desvincule de su puesto de trabajo y utiliza las técnicas pedagógicas de la problematización alrededor de las situaciones concretas que enfrenta el trabajador en el desempeño de sus funciones. De esta manera se obtendrá un aprendizaje enmarcado en la propia realidad del servicio de salud y de la comunidad. Ello implica dos pasos fundamentales: por un lado, la determinación de las necesidades de aprendizaje (DNA) para derivar los contenidos educativos, y por otro, la capacitación de los equipos de facilitadores locales en los nuevos enfoques y técnicas de la Educación Permanente. ^(32,33)

Un elemento importante a tener en cuenta por los diferentes directivos y educadores es el valor que fundamenta la determinación de las necesidades de aprendizaje ya que ello le permitirá organizar los procesos educacionales de postgrado, de forma tal que permita compatibilizar los intereses sociales e institucionales con los individuales así como apreciar cambios en los niveles de salud, calidad y pertinencia del desempeño, el grado de satisfacción de los trabajadores, de la población y de la comunidad. ⁽³²⁾

Salas Perea en 1995 refiere en su trabajo “La Evaluación en Salud, Competencia y Desempeño profesional que la determinación de las necesidades de aprendizaje es un paso previo y obligatorio a la definición del contenido, los métodos y la organización de cualquier tipo de proceso educativo”. ⁽³⁴⁾

En coincidencia con otros autores en el año 2003 Salas Perea define la necesidad de aprendizaje (N.A) como la desviación real entre el desempeño práctico del individuo y el que el Sistema tiene previsto en esa función o puesto de trabajo, es decir con el rol que se espera que el mismo realice siempre que esa diferencia obedezca a falta de conocimientos, preparación o entrenamiento. ⁽³⁵⁾

Como se ha descrito en el apartado anterior las necesidades de aprendizaje o capacitación son la resultante de un proceso de comparación entre un patrón de conocimientos o habilidades y la realidad. Esa comparación puede ser realizada partiendo de diversos puntos de referencia y con mayor o menor rigor metodológico y profundidad, pero siempre resulta de contrastar un desempeño ideal o propuesto con el real, bien sea para un individuo o un grupo determinado, teniendo en cuenta que los modos de actuación de todo profesional se fundamentan en la relación dialéctica entre conocimientos, habilidades, hábitos, actitudes, afectividad y valores. No es posible separar la asimilación del conocimiento de su aplicación, por tanto "el saber y el saber hacer" caracterizan el desempeño de todo profesional de la salud.^(36, 37, 38)

Los autores Antúnez P, Nolla N y Orozco ⁽³⁹⁾ señalan que con el desarrollo de la Educación de Posgrado surge la Educación Avanzada en Latinoamérica, la que ha propiciado el desarrollo de investigaciones pedagógicas encaminadas a elevar la calidad y mejoramiento en la preparación de los egresados de cualquier nivel profesional con el propósito de garantizar la calidad de su desempeño profesional y una repercusión positiva en la sociedad, pero no sólo con el diseño de modelos de superación posgraduado, sino también con el mejoramiento espiritual del individuo para insertarse adecuadamente en la sociedad, no sólo para transformarla sino también para disfrutarla.

En concordancia con diferentes autores acerca de los objetivos de la formación académica de posgrado podemos significar que los mismos están encaminados a ofrecer al profesional un nivel cualitativamente superior desde el punto de vista profesional y científico: *“La especialidad de posgrado proporciona a los graduados universitarios la profundización y ampliación de los conocimientos en áreas particulares de la profesión”*.⁽⁴⁰⁾

Las especialidades en medicina constituyen la primera actividad de posgrado que de forma programada se realizara en Cuba posterior al triunfo de la Revolución, no es hasta el año 1962 que se comienzan a realizar y aplicar los primeros programas de residencias médicas en las especialidades de Pediatría, Medicina Interna, Gineco-

obstetricia y Cirugía. Luego de revisiones realizadas se concluye que con anterioridad a esta fecha se obtenía la especialidad con tan solo la dedicación a la profesión. ⁽⁴⁰⁾

Es significativo señalar que el plan de estudios de las especialidades en ciencias médicas se estructura habitualmente en forma modular o se combinan asignaturas y módulos o cursos, talleres y módulos, también se utiliza la estancia y/o rotaciones como forma organizativa. El contenido se distribuye en áreas de conocimientos, subáreas y módulos, concibiéndose el módulo como la estructura didáctica, multidisciplinaria, dinámica y flexible en que se expresa el contenido en función de las habilidades y capacidades necesarias para resolver un problema de salud. ⁽⁴¹⁾

El módulo tiene una concepción más flexible y abierta, lo que facilita su utilización en el postgrado pues articula, los componentes del proceso con la actuación profesional, encaminados a resolver, con carácter multidisciplinario, problemas del proceso de atención que se convierten en problemas del proceso enseñanza-aprendizaje, se desarrollan en la propia actividad médica y los métodos de trabajo de la profesión se convierten en métodos de enseñanza, en este caso se logran los objetivos de educación en el trabajo.

Las estancias son un módulo o conjuntos de módulos que incluye la atención de problemas de salud que se abordan fuera del lugar de formación pero que son necesarios para lograr la integralidad de la atención. Mientras que las rotaciones son actividades de completamiento de un módulo que se realizan en otro servicio pero los objetivos y los problemas de salud que se abordan son los mismos que el módulo.

En los módulos se estructuran los contenidos, se definen en función de los problemas de salud de la especialidad, deben tener en cuenta, la lógica del contenido que aborda, la interdisciplinariedad en la práctica y la organización de los lugares donde se presta atención de salud a la población.

En análisis de las características de la enseñanza posgraduada referidas por Jardines JB, Oubiñas J, Aneiros R. ⁽⁴²⁾ apreciamos las diferencias existentes con otros procesos de formación anteriores a ella, estas son:

- Mayor independencia en el aprendizaje.

- Independencia en actividades concretas de trabajo.
- Eficiencia laboral, se evidencia su competencia y desempeño profesional.
- Responde a parámetros máximos de exigencia.
- Dominio de otro idioma para la obtención de información y para la comunicación de los resultados.
- Amplio desarrollo científico técnico e investigativo.
- Obtención de experiencia, desarrollo de la creatividad y producción de conocimientos.

Luego de mencionar las características fundamentales de la formación postgraduada entendemos necesario señalar que existen principios que rigen la Educación de Posgrado los mismos delimitan la organización, aplicación y control del proceso educativo, estos principios son:

- Integración docencia-atención-investigación.
- Educación en el trabajo
- Enseñanza tutelar
- Estudio y trabajo independiente

Según lo expresado por un número importante de autores la integración docencia-atención-investigación está estrechamente ligada a la educación en el trabajo y constituye la articulación entre las instituciones educacionales y de atención médica con el objetivo de elevar la calidad de salud, ya que la atención médica y el proceso enseñanza-aprendizaje se convierten en una unidad dialéctica, las que tienen como eje integrador y factor determinante la investigación. ⁽⁴³⁾

Jardines JB, Oubiñas J y Aneiros ⁽⁴²⁾ manifiestan en su trabajo que la educación en el trabajo es una forma de organización de la enseñanza, basado en el principio martiano de vincular al hombre con la vida y la educación con el trabajo, esta forma de la enseñanza asumida para enseñar en las ciencias médicas en la propia actividad de atención de salud a la población que lo requiere se puso en práctica en la enseñanza de pregrado y se ha generalizado para toda la formación médica y paramédica y se ha convertido en principio, pues además de asumirse como forma de organización de la enseñanza, constituye un método de enseñanza en sí misma. La educación en el

trabajo tiene un objetivo formativo, al desarrollarse en el propio espacio de su futuro trabajo y aprendiendo con los propios métodos de la profesión; y un objetivo económico pues contribuye a satisfacer las necesidades de salud de la población.

La propia forma de aprendizaje en servicio hace que el papel del profesor y del educando cambien respecto a las formas tradicionales, el aprendizaje se hace más independiente y el papel del profesor más de orientación. Con esos criterios se desarrolla la enseñanza tutoreal y el estudio y trabajo independiente, el educando se convierte en elemento activo y objeto del proceso de aprendizaje en la realización del trabajo y en la búsqueda de información para realizar su estudio independiente, el profesor en observador y orientador de la acción, con amplia responsabilidad de ambos en la atención de salud que se ofrece a la población.

El término tutor en la educación ha estado vinculado siempre a los criterios de asesoramiento, apoyo e independencia por parte de los educandos, se ha utilizado frecuentemente en la Educación Superior para designar al profesor que realiza el asesoramiento de los trabajos finales de carrera o trabajo de tesis, pero hace algunos años se le ha asignado también a los profesores que son responsables de la enseñanza de posgrado.

Competencias del especialista de Medicina General Integral en Venezuela.

El concepto de competencias se ha vuelto muy popular en el campo del desarrollo profesional en los últimos años, tratando de hacer un resumen de sus esencias a partir de distintos autores ^(44, 45, 46) podemos decir que las competencias comprenden la: capacidad, integración, conjunto, repertorio, compleja estructura, compleja combinación de conocimientos, destrezas, habilidades, actitudes, procedimientos, atributos, valores, capacidades, aspectos intelectuales, prácticos, éticos, actitudinales, afectivos, volitivos, estéticos, sociales y capacidades interactivas para un *desempeño eficiente*. En nuestro sistema social y en particular en el campo de la salud, el concepto de competencia no se refiere precisamente a la competitividad, sino a la idoneidad.

Genéricamente pues, y considerando estos elementos comunes extraídos se concibe para esta investigación a las competencias como la combinación integrada de conocimientos, habilidades y actitudes que se ponen en acción para un desempeño adecuado en un contexto dado. Se habla de un “*saber actuar movilizando todos los recursos*” y que ha sido abordada por Irigoien y Vargas. ⁽⁴⁷⁾

Dicho de otra forma, competencia es la combinación integrada de un “*saber, un saber hacer, un saber ser y un saber ser con los demás*”, que se ponen en acción para un desempeño adecuado y en un contexto dado, con la capacidad de ser flexible y adaptable logrando como resultado del proceso que las personas *hagan algo con lo que saben*.

Por lo tanto, el profesional competente es el que realiza una actividad y lo hace *con calidad*, porque sabe actuar en determinadas situaciones movilizando todos los recursos necesarios para lograrlo. Las competencias sólo son definibles en la acción. Ser competente *presupone la excelencia* en la solución de los problemas y se manifiesta en un comportamiento concreto, en la acción; por lo que presenta un sentido muy dinámico.

Constituye un elemento importante el proceso sistemático de evaluación de la competencia y el desempeño de los profesionales en general, profesores, especialistas, residentes y técnicos, como complemento indispensable de los procesos de educación permanente y en particular para evaluar su impacto en la calidad de los Servicios de Salud, que a su vez nos permita certificar su nivel de actualización científica y la calidad de su actuación profesional.

Las competencias del egresado de la especialidad de Medicina General Integral en la República Bolivariana de Venezuela han quedado definidas, en ellas se tuvieron en cuenta los conocimientos, habilidades, los modos de actuación y el comportamiento ético del MGI para realizar sus funciones en Barrio Adentro.⁽¹⁾ Considerando lo anteriormente expuesto es importante señalar que el perfil del Especialista en Medicina

General Integral se plantea en tres dimensiones: *dimensión social, dimensión ocupacional y dimensión profesional.*

La dimensión social permite tener una representación de las cualidades político-ideológicas, ético-morales, científico-técnicas y estético-culturales del profesional a egresar, es decir, determina los componentes de la personalidad humanista que debemos desarrollar y consolidar en este especialista.

La dimensión ocupacional la enmarca reflejando el lugar que ocupa este especialista en el universo de trabajo del Nuevo Sistema Público de Salud, define los cargos para los que está capacitado y qué deberes está en condiciones de cumplir.

La dimensión profesional se caracteriza por las funciones que puede desarrollar y el universo de habilidades y conocimientos que determinan la competencia de este especialista.

En la estructura de estas dimensiones se plantea el modelo con tres perfiles: el de formación humanista, el de calificación ocupacional y el de formación profesional.

El perfil de formación profesional plantea que en función de su perfil ocupacional ejerce diversas funciones en los distintos puestos de trabajo que puede asumir. Para ello cuenta con habilidades y conocimientos que le permiten realizar con eficiencia múltiples actividades.

El modelo que plantea está estructurado en dos partes estrechamente relacionadas: perfil socio-político y perfil profesional.

En correspondencia con lo expresado por Scotet MA.⁽⁴⁸⁾ el perfil del egresado puede estar expresado en términos de competencias ya que la concepción para la elaboración del modelo del egresado parte de los problemas, considerados estos como necesidad social (encargo social), en este caso las capacidades, valores, aptitudes y nivel científico técnico que se abordan deben estar en correspondencia con las competencias laborales, pues definen el comportamiento ético moral y las funciones que le corresponde desarrollar a este profesional.

Para el desarrollo de la especialidad de Medicina General Integral en Venezuela se cambia el escenario tradicional de formación, se introducen nuevos contenidos y se enriquecen otros, se profundiza en los niveles de autonomía, asimilación y profundidad correspondientes al desempeño profesional del especialista en Medicina General Integral y de la educación médica de postgrado, se elaboran los objetivos de cada unidad curricular y de formas de enseñanza a fin de cumplir el propósito del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de acuerdo a la constitución de la Republica Bolivariana de Venezuela que marca nuevas prioridades sanitarias y académicas.

El Plan de estudios transita por tres periodos de diez meses cada uno, de formación intensiva y a tiempo completo, el mismo habilita al residente una vez egresado como especialista en Medicina General Integral. El perfil profesional de este especialista está dirigido a la Atención Primaria de Salud , este es su principal escenario de formación, en la educación en el trabajo , en el servicio donde se desempeña como médico de familia, bajo la asesoría permanente de un profesor tutor, realiza además turnos de urgencia en las principales áreas de segundo y tercer nivel de atención y culmina con la realización de un examen estatal ejecutado por profesores evaluadores que se desempeñan como docentes en otros estados y la presentación de una Tesis de Grado ante un tribunal.

Desde el primer momento el residente es ubicado en el Consultorio Popular y comenzará la residencia desde este propio escenario, comenzando por las unidades de aprendizaje I: Salud comunitaria y ambiental y Salud Familiar ⁽⁸⁾, el Programa está diseñado a partir de los problemas prioritarios de salud en la Misión Barrio Adentro, en la APS, donde de forma continua se desarrolla su formación de postgrado. La promoción de salud y la prevención de las enfermedades y otros daños son un objetivo priorizado del Ministerio de Salud y Desarrollo Social en respuesta a la constitución venezolana, estos contenidos se abordan de forma integrada y de manera transcurricular.

➤ **DISEÑO CURRICULAR.**

Según lo referido por Flor Santalla A. ⁽⁴⁹⁾ en el trabajo sobre Fundamentos del diseño curricular y currículo todo proceso que se desee desarrollar con eficiencia y efectividad requiere en general, de una planificación y organización previa que le permita el

cumplimiento de los objetivos que le son inherentes. La gestión educativa no escapa a esta afirmación, siendo la fase del diseño particularmente importante y necesaria para garantizar el desarrollo curricular sin improvisaciones. La formación de profesionales, técnicos, obreros y de personalidades en general que requiere la sociedad, es un problema que tiene que enfrentar la escuela (en su amplia acepción) en cualquier país, desarrollado o en desarrollo, e independientemente de las condiciones políticas, sociales y económicas imperantes.

La solución de esta problemática, de una u otra forma, se realiza a través del diseño y desarrollo curricular, es decir con la elaboración y ejecución del currículum.

Al analizar el término currículo podemos plantear que el mismo posee un uso frecuente en la actualidad a pesar de tener una corta vida, sin embargo podemos encontrarla implícito en la práctica de la totalidad de las sociedades humanas, desde que existe una preocupación por la explicitación de programas educativos con la intencionalidad de desarrollar una formación integral. ⁽⁵⁰⁾

En relación a lo referido en numerosas investigaciones el término curriculum tuvo su origen en la Edad Media, específicamente en los siglos XVI y XVII, que en su primera acepción indicaba el proceso temporal, lo recurrente, lo que se repetía año tras año. Con posterioridad fue cambiando su significado, al designar un documento más concreto donde se especificaban los estudios de cada curso de cualquier institución. ⁽⁵¹⁾

La introducción de la palabra curriculum y su acepción castellanizada currículo como sinónimo de plan de estudios, surge a partir de los años 50 y 60 con el incremento de las traducciones del inglés de las obras de carácter pedagógico y sobre todo cuando el diseño de planes de estudio se convirtió en una técnica o especialidad pedagógica en Estados Unidos bajo los nombres de desarrollo curricular, diseño curricular y construcción curricular. ⁽⁴¹⁾

Se alude a los diferentes revisiones realizadas y podemos constatar que el término curriculum no es reconocido en la lengua española hasta el año 1983 en que aparece conceptualizado en los diccionarios de Ciencias de la Educación de las Editoriales Santillana y Reiduero y en 1984 en el Diccionario de la Real Academia Española que lo

denominó currículum y lo definió como conjunto de enseñanza y prácticas que con determinada disposición han de cursarse para cumplir un ciclo de estudios u obtener un título. (52,53)

Muchos son los autores que definen el currículum como sinónimo de plan de estudios, entre ellos se pueden mencionar: Enrique Moreno y de los Arcos, Miguel Zabalza, Raquel Glazman y María de Ibarrola entre otros, en Cuba aunque se habla mucho de planes de estudio y programas, tal y como se ha tomado de la pedagogía del campo socialista, ya se ha asumido indistintamente su uso, e incluso algunos autores utilizan el término plan de estudios como el documento de planificación del currículum, en un sentido más estrecho. (54, 55)

El concepto de currículum asumido por la Dra. Rita Ma. Álvarez de Zayas (56) es a nuestro modo de ver mucho más abarcador e integrador a nuestro modo de ver es un concepto mas acabado que los anteriores , completa los distintos puntos de vista en que se han agrupado las definiciones antes expuestas, la autora refiere que es el Proyecto Educativo que asume un modelo didáctico como base y posee la estructura de su objeto: la enseñanza y el aprendizaje, que expresa una naturaleza dinámica e interdependiente con el contenido histórico-social, la ciencia y los alumnos, condición que le permite adaptarse al desarrollo social, a las necesidades del estudiante y a los progresos de la ciencia.

Hoy día se asume el curriculum, como producto del trabajo curricular, es una serie estructurada de conocimientos y experiencias de aprendizaje que en forma intencional se articulan con el fin de producir un aprendizaje que se traduzca en formas de pensar y actuar frente a los problemas de la realidad.

A manera de resumen podemos señalar que el término currículum aparece en diferentes investigaciones y citado por diferentes autores con desiguales conceptualizaciones, pero siempre relacionado con experiencias de aprendizaje; ya no se ve como un documento estático, sino como un documento de planificación y acción, en el que se tienen en cuenta los contenidos (conocimientos y habilidades) de enseñanza, los

valores y experiencias que los alumnos adquieren durante el proceso enseñanza-aprendizaje.

Se hace imprescindible considerar **los componentes más importantes del currículum los cuales son: *el modelo del egresado, el plan de estudios y los programas de las disciplinas, asignaturas o módulos.***

Modelo del egresado

Todos los modelos curriculares que hemos analizado se fundamentan en las características del egresado o en el grado de escolarización (perfiles no terminales) que se aspira lograr (encargo social). En unos casos se denomina diagnóstico de necesidades sociales y en otros, perfil o modelo del egresado.

El modelo del egresado se redacta en términos de objetivos, la diferencia entre las tendencias curriculares analizadas, radica en las fuentes para la selección de estos objetivos y en su sistematización a lo largo del currículum.

Como su nombre lo indica, debe modelar al egresado que deseamos formar acorde con el encargo social, precisando el nivel científico-técnico, capacidades, aptitudes, valores que se pretende formar en el futuro egresado.

La importancia del modelo del egresado está dada en que sirve de base para la elaboración del plan de estudios, referencia para el desarrollo del proceso docente-educativo y marco teórico para la confección de los programas de las disciplinas y asignaturas. Constituye además el fundamento para la evaluación de la calidad del egresado. Ofrece además elementos a las instituciones empleadoras sobre la posible ubicación del egresado.

Una concepción para la elaboración del modelo del egresado parte de los problemas, considerados estos como necesidad social (encargo de la sociedad).

Plan de Estudios

Nolla Nidia.⁽⁵⁷⁾ en coincidencia con un número importante de autores que han conceptualizado al Plan de Estudios, señala que el mismo constituye un documento formal de educación susceptible de ser aplicado, que define, estructura, organiza y orienta el conjunto de contenidos (conocimientos, hábitos, habilidades, convicciones y actitudes) y acciones que deben desarrollar profesores y estudiantes durante el proceso enseñanza-aprendizaje para cumplir los objetivos y requisitos de una determinada profesión, de un determinado nivel de enseñanza o adquirir un título, en función de las necesidades sociales, económicas y culturales del país.

En el plan de estudios se concretan las características principales del proceso docente-educativo, que se debe desarrollar para el logro de la formación del profesional; se sistematizan las actividades principales, que en el plano didáctico, orientan el proceso de enseñanza-aprendizaje. Podemos considerar también el plan de estudios conformado por:

- El plan del proceso docente-educativo este incluye la sistematización de las disciplinas, asignaturas o módulos, en los cuales se estructura el currículum. Tomando en consideración el tipo de modelo curricular, el plan del proceso docente educativo puede incluir: el tiempo disponible para cada módulo o disciplina, las formas de enseñanzas, indicaciones metodológicas y de organización, la evaluación, etc.
- En el gráfico del proceso docente se recogen en el tiempo todas las actividades del proceso docente-educativo y la duración de los estudios.

Los fundamentos teóricos para la elaboración del plan de estudios, quedan bien definidos en las leyes de la didáctica, formuladas por el Dr. Carlos Álvarez de Zayas.

1. Vínculo escuela-sociedad, visto como la respuesta de la escuela al encargo social.

2. Relación entre los componentes del proceso docente-educativo, analizado como la concepción sistémica entre todos los componentes desde la sociedad hasta la escuela y la clase y visto en el proceso en la relación de cada componente.

En estudios realizados en Cuba ^(40,41) sobre Diseño Curricular en Especialidades en Ciencias Médicas queda evidenciado que para que un **plan de estudios** cumpla sus expectativas, es necesario tener en cuenta algunas características:

- Objetividad. Definición y necesidad de cada una de las partes y del todo.
- Coherencia. Adecuada definición de cada uno de sus componentes y de su interrelación y aplicación.
- Flexibilidad. Debe tener en cuenta las particularidades y necesidades de profesores, estudiantes y del contexto en que se ejecuta y la posibilidad de actualización sistemática en función del propio contexto.

La experiencia en la utilización de esta concepción fue iniciada en la realización del plan de estudios de Pediatría en el año 1980 por el doctor José Oubiñas pedagogo y los doctores en Medicina Ernesto de la Torre y Francisco Pérez Carballás; luego la continuó la doctora Blanca Rivero Casteleiro y la perfeccionó con el programa de Medicina General Integral y se ha continuado con algunos resultados e incorporándole algunas variaciones, propias del proceso de cambios que se produce en las Ciencias.

En Cuba, el diseño curricular o diseño de planes de estudio de las especialidades se realiza con carácter nacional, basándose en los principios que sustentan Estado, a través del SNS y en respuesta a las necesidades de la sociedad. Por ello se ha instituido un proceso de análisis y perfeccionamiento de su concepción, con el propósito de garantizar y mejorar la calidad de sus propuestas. ⁽⁴¹⁾

Para el diseño de los planes de estudio de las especialidades médicas se ha asumido la concepción fundamentada en el enfoque histórico-cultural desarrollado por *Vigotsky*, explicada anteriormente que con una concepción marxista, aborda los problemas del despliegue del potencial creador en el hombre y plantea que el hombre se desarrolla y enraíza en su cultura como ser independiente, gracias a la cooperación de otros y orientados hacia la solidaridad humana, para que pueda desplegar su potencial

espiritual. La educación no es por tanto, la socialización del individuo, sino la orientación para que se desarrolle como persona independiente y creativa en pro del avance de la cultura. ⁽⁴¹⁾ Según lo referido por diferentes autores esta visión aplicada al diseño curricular abarca tanto la integridad interna del hombre, sus valores, conocimientos y acciones, como su inserción en la cultura, mediante la actividad transformadora y en cooperación constructiva con los demás hombres. ^(41, 58)

En Cuba se ha logrado analizar el diseño curricular de las especialidades médicas, las concepciones teóricas en que se sustenta y la metodología utilizada para estructurar sus objetivos y contenidos con el fin de lograr la formación de un especialista que dé respuesta al modelo propuesto en el plan de estudios elaborado, para resolver los problemas y necesidades planteados por la sociedad al Sistema Nacional de Salud (SNS) cubano. En este caso se hace necesario distinguir que el resultado y calidad del proceso queda evidenciado por los resultados obtenidos dentro y fuera de nuestro país por los profesionales egresados en los diferentes perfiles.

En esta concepción el punto de partida es el perfil profesional constituyendo también el patrón para evaluar la calidad de los resultados del sistema: el futuro profesional; por lo que en su definición deben tenerse en cuenta las cualidades, los conocimientos y habilidades o deberes funcionales de la profesión.

Se hace necesario señalar que este modelo está concebido para que el proceso se desarrolle en la actividad profesional, se consideran para las formas de organización de la enseñanza las académicas, laborales, investigativas y de estudio independiente y para su implementación se involucra a planificadores, profesores y estudiantes por lo que coincidimos en señalar que el currículo no se limita al perfil y a la estructuración de sus contenidos pues su aplicación en condiciones reales debe considerarse como fuente de evaluación y modificación.

El contenido del currículo debe incluir conceptos, principios, generalizaciones y aplicaciones que mantengan el interés de los educandos, pero que puedan ser utilizados más allá de la escuela, que lo preparen para la vida en sociedad.

En la formación académica de posgrado, la figura más representativa en la Universidad Médica cubana ha sido la formación de especialistas a partir de los egresados de las carreras de Salud, sobre todo en la Medicina, que se concibe como una continuación necesaria para el desempeño de la profesión con un carácter más especializado, como expresión de su superación permanente y en respuesta a las exigencias de la sociedad.

En el proceso de diseño curricular en las especialidades se aplica una concepción teórica y metodológica a una realidad educativa específica. El currículo selecciona y organiza los objetivos y contenidos bajo determinadas concepciones didácticas, de acuerdo con criterios metodológicos y los estructura correspondientemente. Se plantea que el mismo posee una naturaleza objetiva en tanto responde a teorías, regularidades, materias científicas, un contexto histórico-social determinado y características particulares del alumno y del grupo social.

Los factores señalados contextualizan al currículo, lo objetivizan, lo remiten a ciertas características particulares de los objetos y sujetos que intervienen en el proceso educativo y por esa razón se adoptan ciertas posiciones filosóficas, ideológicas, epistemológicas, sociológicas y psicológicas que se integran en una concepción didáctica. ⁽⁵⁹⁾

No obstante a lo analizado hasta el momento consideramos que *este es un tema que no queda agotado* a pesar de la diversidad de autores que lo han investigado y los diversos puntos de vista desde los que ha sido enfocado y analizado.

II - OBJETIVOS

GENERAL:

- Diseñar un Módulo Introductorio para el Programa de la especialidad en Medicina General Integral para residentes venezolanos.

ESPECÍFICOS:

- Identificar las insuficiencias en conocimientos y habilidades básicas de la atención integral de salud, de los médicos venezolanos que ingresan al Programa de Formación académica de postgrado en Medicina General Integral en el Estado de Carabobo.
- Precisar los objetivos y contenidos básicos que deben conformar el módulo para el aprendizaje en las actividades de atención integral de salud.
- Elaborar la estrategia docente para la impartición de este módulo al inicio del Programa de Especialidad de Medicina General Integral.

III - DISEÑO METODOLÓGICO:

Este trabajo responde a un proyecto de desarrollo en el campo educacional con el propósito de diseñar la propuesta de un módulo Introdutorio en el Programa de la Especialidad en Medicina General Integral para residentes venezolanos, para lo cual se buscó información de residentes, profesores y expertos. La investigación se realizó en el estado de Carabobo, Venezuela por ser el área de acceso de la autora, en el período comprendido desde Mayo a Noviembre de 2006.

Fueron utilizadas técnicas de investigación cualitativas y cuantitativas, insertadas en un sistema de métodos teóricos, empíricos y de procedimientos estadísticos, lo que permitió la triangulación de la información como procedimiento metodológico para obtener el producto.

El procedimiento triangular de las opiniones vertidas por las diferentes fuentes de información, permitieron que un mismo fenómeno fuera valorado desde varias aristas y posibilitó la confirmación de la suposición.

El sistema de métodos utilizados integró:

- ✓ **Métodos teóricos**, con un enfoque socio-histórico y lógico que permitió aplicar la técnica de análisis documental de las diferentes fuentes bibliográficas, así como la modelación como método científico general en el que se aplicó la concepción teórica del diseño curricular:

La técnica de revisión documental se aplicó a las fuentes bibliográficas relacionadas con:

- ❖ Documentos del Programa de la Especialidad en Medicina General Integral.
- ❖ Programa de la Carrera de Medicina de diferentes universidades venezolanas.
- ❖ Programa de la Asignatura Introducción a la Medicina General Integral.
- ❖ Referencias bibliográficas especializadas en: Propuestas de Módulos para los diferentes Programas de especialidad.

- ❖ Referencias bibliográficas sobre Atención Primaria de Salud, Medicina Familiar y Médico de la Familia, Experiencia cubana en la Medicina Familiar, Medicina General Integral en Venezuela, Educación de postgrado y Diseño Curricular.

✓ **Métodos empíricos:** Se aplicaron los siguientes instrumentos:

1. Cuestionario dirigido a médicos venezolanos que laboran en los consultorios populares de Barrio Adentro, donde se encuentran realizando la especialidad en Medicina General Integral (Anexo1), con el objetivo de identificar dificultades y criterios sobre su iniciación en el postgrado. El cuestionario que se le realizó a los residentes venezolanos, está integrado por preguntas cerradas, alternativas y de respuestas cortas que suman un total de 9. Este instrumento se aplicó por la autora del estudio de forma directa en la reunión de residentes que se realiza mensualmente, en un tiempo aproximado de respuesta de 30 minutos, a todos los residentes venezolanos que conforman el universo del estudio, 201 en total, de los cuales 127 residentes eran de la primera cohorte y 74 de la segunda cohorte, los mismos participaron en el trabajo con voluntariedad y conscientes que el objetivo de la investigación es con fines científicos.
2. Cuestionario a tutores del Programa de Medicina General Integral (Anexo 2). El mismo se aplicó a 32 tutores, de ellos 12 con categoría docente de instructor y 20 con experiencia docente no categorizados, la muestra fue escogida a través de un muestreo aleatorio simple, correspondiéndose con el 20% de un universo de 162 tutores. El instrumento está integrado por preguntas abiertas, cerradas, alternativas y de respuestas cortas que suman un total de 5. La aplicación de este instrumento tuvo el propósito de conocer la opinión que tienen los tutores sobre la necesidad y factibilidad de diseñar un módulo introductorio para los médicos venezolanos que realicen la especialidad en Medicina General Integral. Fue contestado individualmente por los tutores después de terminada las preparaciones metodológicas en un tiempo aproximado de veinte minutos, en un período de quince días durante el mes de Agosto.

En el caso de los cuestionarios las preguntas fueron leídas y esclarecidas las dudas antes de ser contestados. Estuvieron precedidos por una consigna que caracteriza los requerimientos éticos en la realización de este trabajo y el anonimato en la información brindada. A los entrevistados, también se les explicó, que sus informaciones sólo serían utilizadas con fines científicos.

3. Entrevista a un grupo de expertos del estado (profesores con experiencia en el Programa de la Especialidad en Medicina General Integral), que cumplen con los criterios citados posteriormente, considerados como tal por tener una mayor experiencia con relación al proceso docente educativo y al proceso enseñanza aprendizaje. (Anexo3). El instrumento que se aplicó a los expertos fue la entrevista semi-estructurada con dos preguntas abiertas, la misma tuvo el propósito de conocer sus valoraciones y opiniones acerca de los contenidos básicos necesarios para que los residentes venezolanos logren apropiarse de los conocimientos al iniciar el Programa de la Especialidad en Medicina General Integral y de la factibilidad de desarrollar un módulo introductorio al Programa, que introduzca a estos médicos en los elementos y acciones básicas que se realizan en la atención Primaria de Salud, esta entrevista se aplicó al total de expertos en la coordinación docente del estado de Carabobo Venezuela, situada en la ciudad de Valencia, la misma fue aplicada por la autora de la investigación de manera individual al concluir la actividad metodológica correspondiente al mes de septiembre del 2006.

Para seleccionar los expertos se tuvo presente la siguiente conceptualización: “Se entenderá por experto, tanto al individuo en sí como a un grupo de personas u organizaciones capaces de ofrecer valoraciones conclusivas de un problema en cuestión y hacer recomendaciones respecto a sus momentos fundamentales con un máximo de competencia”. ⁽⁶⁰⁾

Las características esenciales de los expertos, están dadas por: competencia, creatividad, disposición a participar, capacidad de análisis y de pensamiento y espíritu colectivista y autocrítico. Es importante tener en cuenta que la competencia de un

experto se podrá considerar a partir de la valoración que se realice del nivel de calificación que posea en una determinada esfera del conocimiento. ⁽⁶¹⁾

Los criterios para la selección de los Expertos estuvieron dados en los siguientes aspectos:

- Más de 10 años de experiencia en la Docencia.
- Formación académica de master en Salud Pública o Atención Primaria de Salud.
- Poseer Categoría Docente de asistente o auxiliar.
- Posibilidad real de participación e interés por participar.
- Vinculación con el tema que se investiga.

Los instrumentos fueron elaborados por la autora de la investigación. Para la confección de los mismos y de sus ítems se tuvo en cuenta toda la revisión documental y bibliográfica sobre el tema, y la experiencia de la autora en la docencia que imparte en la especialidad.

La aplicación de ambos cuestionarios, así como la realización de la entrevista se llevó a cabo por la propia autora, durante los meses de Agosto y Noviembre de 2006, lo que permitió dar cumplimiento a los objetivos específicos de este estudio.

Taller Metodológico con los expertos, el mismo se llevó a cabo con la participación de los expertos del Estado Carabobo, en dos sesiones de trabajo de 90 minutos cada una, con un intervalo de 1 semana. Se organizaron en forma de U en el salón multipropósito de la Coordinación Docente del Estado, la autora de la investigación se desarrolló como moderadora de la actividad y uno de estos expertos (Profesor Principal de Postgrado del Estado) como relator.

Los objetivos del taller estuvieron dirigidos al análisis y aprobación por lo miembros del grupo de los contenidos y objetivos que habían sido elaborados por la autora y a la elaboración de la estrategia metodológica para el desarrollo del módulo.

➤ Primera Sesión

El moderador dio lectura y presentó con la utilización de medios audiovisuales (Pc y Proyector) el informe elaborado con los resultados de la información de las encuestas y entrevistas realizadas, se presentaron además los objetivos y contenidos que debían conformar el módulo, luego se inició el debate de forma organizada con el propósito de recoger las apreciaciones y opiniones de diversos miembros del grupo. El propio análisis de los objetivos y contenidos por parte de los participantes propiciaron propuestas de métodos, formas de organización de la enseñanza y formas de evaluación que deberían integrar la estrategia metodológica del programa.

➤ Segunda Sesión

Se presenta la propuesta del Módulo Introductorio enriquecida con las apreciaciones y criterios aportados por los expertos en la primera sesión y la estrategia metodológica que debía integrar el módulo elaborada según la concepción teórica del diseño curricular, se desarrolló el debate y se aprobó el programa del módulo completo.

✓ **Criterios generales de la investigación para el análisis y obtención del producto:**

1. Fuentes Bibliográficas- Fundamentalmente los Programas de Pregrado de las Universidades venezolanas y Postgrado de Medicina General Integral.
2. Instrumentos aplicados (encuestas a residentes y tutores y entrevista a expertos).
3. Taller Metodológico con los expertos.

El análisis de los criterios anteriormente señalados dieron salida a los objetivos de nuestra investigación, los mismos se triangularon para la obtención del producto.

✓ **Procedimientos estadísticos:** Las técnicas estadísticas son de tipo descriptivas con distribución de frecuencias absolutas y relativas. La presentación de los resultados obtenidos se realiza mediante tablas y gráficos, en todos los casos la fuente de estos se corresponde con la información obtenida a partir de los

instrumentos aplicados a los residentes del postgrado de Medicina General Integral de Venezuela, tutores y expertos.

- ✓ **Procesamiento de la información:** Para la elaboración de este estudio se utilizó una computadora personal Pentium 4 con ambiente de Windows XP y el paquete computacional MSWord XP como procesador de texto. Las tablas y gráficos se realizaron en una hoja de cálculo de MExcel, programa de aplicación MSOffice XP y Windows XP profesional como sistema operativo.

IV- RESULTADOS Y DISCUSIÓN

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DE LA REVISIÓN DEL PROGRAMA DE LA CARRERA DE MEDICINA Y DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA GENERAL INTEGRAL.

Se pudo constatar en la revisión de los Programas de estudio de las universidades tradicionales venezolanas que:

- Desarrollan un aprendizaje biomédico y no incluyen asignaturas sociomédicas en sus programas, por lo que su perfil de salida no se corresponde con el nuevo modelo de salud que se desarrolla para la atención médica en el país, ni se corresponde con las tendencias actuales de la Educación Médica en la que se promueve la integración horizontal y vertical de las ciencias biomédicas y de las ciencias de la conducta en las disciplinas clínicas y de la salud de la comunidad ⁽⁶¹⁾, en la que desde el inicio de la carrera y durante el recorrido por los diferentes años el estudiante recibe contenidos de diferentes asignaturas sociomédicas, las prácticas en los servicios constituyen un pilar dentro de las formas organizativas docentes y se desarrollan fundamentalmente en los escenarios correspondientes al primer nivel de atención.
- El Modelo Educativo en estas universidades tradicionales es conductista, teórico-conceptual y biologicista, a diferencia del nuevo modelo educativo actual que presenta una tendencia en las universidades contemporáneas a centrar el aprendizaje en el alumno, utiliza en su desarrollo los recursos de las tecnologías educativas modernas, y los métodos didácticos innovadores.
- El aula en estas universidades constituye el escenario de enseñanza aprendizaje por excelencia, también son utilizados los hospitales en años terminales de la carrera, pero no se desarrolla el aprendizaje en escenarios de la comunidad, existe escasa utilización de la tecnología a diferencia de programas de estudio de otros países donde el desarrollo de la tecnología está presente en las diferentes formas organizativas docentes.

No existe una disciplina rectora, se aprecia una fragmentación de las distintas disciplinas en el abordaje de la enfermedad, en Cuba existe la Medicina General Integral como disciplina rectora a lo largo de toda la carrera, la misma inserta al estudiante desde los primeros años en asignaturas sociomédicas. Lo anterior facilita el logro del modelo de formación cubano que consolida el aprendizaje teniendo en cuenta la salud integral, identifica como elemental el enfoque de riesgo, prepara al egresado para desarrollar los modos de actuación profesional que le permitan enfrentarse a la práctica de una medicina familiar y comunitaria

- El perfil de salida en estas universidades lo constituye un médico preparado para el ejercicio de una práctica médica individualizada, de brindar atención a grupos privilegiados con visión mercantilista, dando respuesta al encargo social del modelo de salud que prevalecía en Venezuela antes de iniciarse las transformaciones que dieron al traste con el Nuevo Modelo de Salud que se construye actualmente en ese país.

Todo lo anterior condiciona o propicia un abismo en el tránsito de este profesional formado con las particularidades ya descritas a una enseñanza de postgrado dirigida a la formación del médico especialista que necesita la población.

El perfil de este especialista está dirigido a la Atención Primaria de Salud, éste constituye su principal escenario de formación, la forma organizativa de la enseñanza fundamental lo constituye la educación en el trabajo, en el propio servicio en que se desempeña como médico de la familia, su actuar está dirigido a la Misión Barrio Adentro, sus acciones centradas a la promoción y prevención de la salud, con participación activa de las comunidades organizadas, tiene como misión la de contribuir de manera decisiva a resolver los problemas de salud de la comunidad (individuo, familia, colectividades y ambiente); con una alta preparación científico técnica y humanista.

Se aprecia al concluir el análisis que no existe una continuidad adecuada entre la enseñanza de pregrado recibida por los estudiantes en las universidades venezolanas tradicionales con el Programa de especialidad en Medicina General Integral en el que

se iniciaron, por lo cual se hace necesario la revisión de los diferentes componentes del proceso enseñanza aprendizaje, con el objetivo de adecuarlos para lograr una continuidad en las enseñanzas de pre y posgrado.

En Cuba el perfil del egresado corresponde con un Médico General Básico capaz de brindar una atención integral, continua y dispensarizada a la familia, al individuo y a la comunidad, de actuar como un guardián de la salud, proyecta su labor hacia la promoción de salud, la prevención de enfermedades, el diagnóstico precoz, el tratamiento y la rehabilitación adecuada, lo anteriormente expuesto evidencia que este profesional para el tránsito de la enseñanza de pregrado a postgrado iniciándose en una especialidad de Medicina General Integral mantiene una correspondencia y continuidad adecuada.

A manera de resumen podemos señalar que los Programas de Pregrado de las Universidades tradicionales en Venezuela desarrollan un aprendizaje biomédico y no incluyen asignaturas sociomédicas, no aplican el sistema de conocimientos, habilidades y destrezas de la salud pública necesarios para realizar acciones de promoción de salud y de prevención, recuperación y rehabilitación con vistas a solucionar problemas de salud en función de mejorar el estado de salud de la población en el área de la atención primaria.

Existe un vínculo directo entre el encargo social y el papel formador de la escuela, pero no se ajusta al encargo social del paradigma emergente que se viene desarrollando en la Venezuela actual con miras a solventar los objetivos del nuevo sistema nacional de Salud, es decir responden al viejo modelo político social imperante.

El Programa de Especialidad de Medicina General Integral en Venezuela responde al Nuevo Sistema de Salud Venezolano basa su sistema de conocimientos, habilidades y modos de actuación en lograr un egresado capaz de con un comportamiento ético realizar sus funciones en Barrio Adentro, como estrategia innovadora de la de la APS.

RESULTADOS DE LA ENCUESTA REALIZADA A RESIDENTES DEL PROGRAMA DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA GENERAL INTEGRAL EN VENEZUELA

Se aprecia que la gran mayoría de los residentes refiere no contar con conocimientos generales para iniciar la residencia en Medicina General Integral, así mismo casi las tres cuartas partes de ellos reconocen no contar con preparación previa acerca del concepto de dispensarización, mientras que un número insignificante considera poseer conocimientos sobre comunicación social (*Tabla I*)

TABLA I

RESIDENTES SEGÚN CONOCIMIENTOS Y PREPARACIÓN PREVIA EN DIVERSOS ASPECTOS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.

ASPECTO	SI		NO		TOTAL
	No	%	No	%	
Conocimientos generales para iniciar la residencia	10	5	191	95	201 (100)
Concepto de Dispensarización	56	27.9	145	72.1	201 (100)
Preparación en Comunicación Social	8	4	193	96	201 (100)

Los resultados que se expresan en la tabla corroboran lo argumentado en esta investigación del desconocimiento que existe en los residentes sobre aspectos esenciales de la APS, lo que se encuentra condicionado porque la enseñanza de pregrado recibida en las universidades venezolanas como planteamos anteriormente en nuestro trabajo no preparó a este profesional para desarrollar acciones básicas en la Atención Primaria de Salud.

Se constata en la **Tabla II** que menos del 10% de los residentes consideran que tuvieron una apropiación satisfactoria de los conocimientos sobre Análisis de la Situación de Salud (ASIS), estos datos nos señalan hacia una problemática que es

necesario resolver, teniendo en cuenta que el ASIS constituye metodológicamente el centro de la estrategia y operacionalmente es el instrumento más valioso en el trabajo de la APS. ⁽⁶²⁾

TABLA II
RESIDENTES SEGÚN PERCIBEN EL GRADO DE APROPIACIÓN DE LOS
CONOCIMIENTOS EN LA TEMÁTICA DE ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD.

ASPECTO	MAL		REG		BIEN		EXC		TOTAL
	No	%	No	%	No	%	No	%	
Percepción del grado de apropiación de conocimientos en Análisis de la Situación de Salud.	85	42	98	4	16	8	2	1	201 (100)

En la fundamentación de la respuesta los residentes en su mayoría refieren que no contaban con elementos teórico básicos para comprender los procesos de manera integral, que no conocían como trabajar con la comunidad, las tres cuartas partes de los mismos refirieron no entender los procesos de prioridad ni búsqueda de alternativas, y que consideraban la necesidad de comprender algunos conceptos y fundamentos menos complejos antes de adentrarse en la temática de Análisis de la Situación de Salud, esta necesidad referida por los residentes constituye un elemento de suma importancia ya que en nuestros días, la literatura internacional referida a la atención primaria de salud (APS) otorga una importancia estratégica al análisis de la situación de salud (ASIS) y considera a éste como el instrumento capaz de facilitar, tanto el conocimiento de los problemas de salud de las comunidades, como las intervenciones necesarias para su solución al nivel de los sistemas locales de salud (SILOS). ⁽⁶³⁾

Se considera que la insuficiencia en la apropiación de los conocimientos sobre la temática de Análisis de la Situación de Salud está condicionada, porque los residentes que ingresan al postgrado de Medicina Familiar en Venezuela, desarrollaron su educación de pregrado en universidades con un enfoque centrado en los elementos biomédicos, con acciones asistenciales curativas, donde no se prepara al futuro profesional para enfrentar la atención médica integral al individuo, la familia y la comunidad como se ha argumentado en esta investigación.

Se hace ineludible por lo evidenciado en la investigación la existencia de una continuidad entre el pregrado y el posgrado para lo que se requiere otro tipo de formación de pregrado que conciba la formación del médico general básico con una concepción holística del individuo inmerso en su entorno social, y de la familia como grupo social, esta situación ha sido referida con anterioridad por otros autores en investigaciones realizadas en Cuba. ⁽⁶⁴⁾

Se observa que aproximadamente la mitad de los residentes señalaron que sí se consideraban preparados para iniciar la residencia en Medicina General Integral, sin embargo la otra mitad refirió que no contaba con una preparación adecuada para iniciar su residencia. La totalidad de los que no se consideraban preparados señalaron no poseer dominio de conceptos básicos que le propiciaran apropiarse con facilidad de los conocimientos que se les impartió sobre algunas consideraciones básicas de la Medicina Familiar, así mismo casi las tres cuartas partes de ellos expusieron falta de habilidades para accionar en la Atención Primaria de la Salud que le dificultaron el proceso adecuado al inicio del Programa de Especialidad. (Tabla III)

TABLA III
RESIDENTES SEGÚN CONSIDERAN ESTAR PREPARADOS O NO PARA INICIAR
LA RESIDENCIA EN MEDICINA GENERAL INTEGRAL Y CAUSAS

ASPECTO	No	%	Si	%	TOTAL
Preparación para iniciar la residencia	95	47	106	53	201 (100)
➤ Dominio de Conceptos básicos	95	100			
➤ Habilidades para accionar en APS	75	73			

La autora del trabajo pudo constatar que esta falta de habilidades es fundamentalmente para realizar acciones de salud integral en la Atención Primaria de Salud, condicionada por el fundamento ya referido, que en el perfil de salida de los médicos formados en universidades venezolanas no se abordan en el currículo los elementos socio-psicológicos fundamentales.

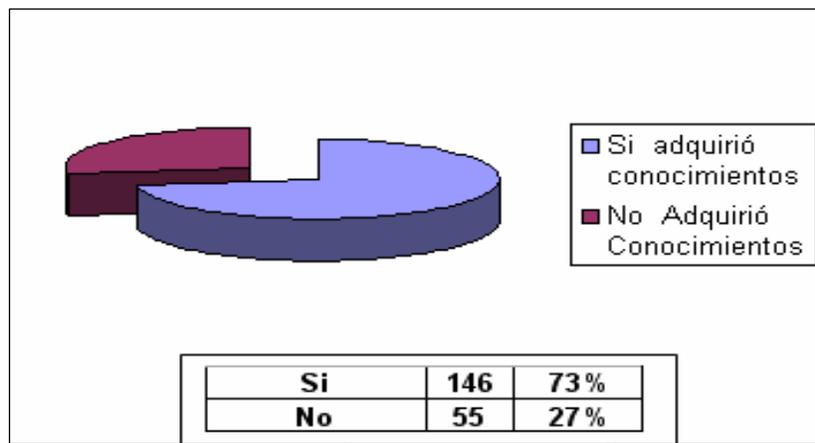
En Cuba estos problemas se solucionaron cuando se produjeron transformaciones en el currículo de la carrera de medicina, las cuales radicaron en el cambio de un enfoque de la medicina eminentemente biológico y centrado en la enfermedad, hacia uno biopsicosocial con acciones fundamentales de promoción de salud y de prevención de las enfermedades, lo que marcó una verdadera transformación en el campo de la salud. Su diseño tuvo como premisa la identificación de los problemas de salud que este profesional médico debe resolver.

Se aprecia que un número inferior a la cuarta parte de los residentes refirió haber desarrollado durante su formación habilidades para realizar acciones comunitarias y que este número estuvo representado por aquellos que habían desarrollado en algún momento cara a cara, charlas educativas y audiencias sanitarias, sin embargo en la totalidad se puede identificar que no ha llevado a cabo dinámicas familiares, ni grupales, ni intervenciones con grupos focales, así mismo ninguno ha realizado un Análisis de la Situación de Salud Educativo con participación comunitaria.

Es significativo señalar que casi las tres cuartas partes de los residentes refieren haber adquirido conocimientos necesarios en promoción y prevención que facilitaran su preparación para iniciar la residencia en Medicina (**Gráfico # 1**). Consideramos que este porcentaje estuvo tan elevado, porque los mismos relacionan la afirmación con campañas de vacunación realizadas en las cuales han participado, de esta forma consideran esta acción de prevención como un elemento adquirido lo cual contribuyó a responder positivamente la interrogante, sin embargo el mayor número de ellos ha referido resultados en otras interrogantes del estudio que no se corresponden con la adquisición de conocimientos relacionados con la promoción de salud.

Al analizar los resultados obtenidos en la encuesta aplicada podemos apreciar que los médicos que ingresan al Programa de Especialidad en Medicina General Integral en Venezuela recibieron una formación de pregrado con una concepción y un encargo social que no les aportó dominio de elementos básicos para su desempeño en la APS, identificándose en los mismos insuficiencia de conocimientos y habilidades o problemas de formación que le dificultan un inicio exitoso en el programa de postgrado a diferencia de lo que se sucede en Cuba donde existe una continuidad en las enseñanzas de pre y postgrado y se prepara al profesional para el desarrollo de acciones integrales y de intervención en el individuo, la familia y la comunidad.

GRÁFICO # 1
RESIDENTES SEGÚN ADQUISICIÓN DE CONOCIMIENTOS NECESARIOS EN



PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN.

Todo lo anterior potencializa el desconocimiento de nuestros residentes en cuanto a los conceptos y las acciones básicas sobre Promoción de Salud.

Se aprecia en la **Tabla IV** que más de la mitad de los residentes refieren que la forma de inicio a la especialidad de Medicina General Integral para Médicos venezolanos debía ser mediante un módulo introductorio bien programado, en correspondencia a las necesidades identificadas, por las dos cohortes que participaron en nuestro estudio, solo un pequeño porcentaje de residentes refirió que debía mantenerse como está, seguido de otro pequeño grupo que refirió la forma de inicio mediante el desarrollo de trabajo comunitario.

TABLA IV

RESIDENTES SEGÚN DIFERENTES CRITERIOS DE CÓMO DEBÍA INICIARSE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA GENERAL INTEGRAL.

CRITERIOS SOBRE FORMA INICIO ESPECIALIDAD	No	%
Módulo Introdutorio sobre Atención Primaria de Salud.	121	61
Mantenerlo como está establecido.	31	15
Desarrollar trabajo comunitario previo en Barrio Adentro	21	10
Otros	28	14
TOTAL	201	100

Es de destacar que el número de 28 residentes que refirieron la forma de inicio mediante otro método, corresponden a residentes de la segunda cohorte que desarrollaron un proceso de docente o un sistema de clases en la que se impartieron los contenidos relacionados con una inducción como intento a saldar las necesidades identificadas en la primera cohorte, pero esta decisión no logró resultados importantes, ya que se realizó sin un programa organizado metodológicamente.

Es importante señalar que el plan de estudios de la especialidad se desarrolla la forma modular, en aras de lograr una distribución adecuada del contenido, vinculados con la práctica asistencial. Luego de analizar lo expresado por diferentes autores al señalar que el módulo constituye una estructura didáctica, multidisciplinaria, dinámica y flexible (41, 65, 66), señalamos que el módulo introductorio puede desarrollarse, por ser factible y de esta manera pudiera quedar resuelta la problemática identificada.

En la **Tabla V** se observa que alrededor del 50% de los residentes señalaron que los temas de Análisis de la Situación de Salud, Comunicación Social, Familia Dispensarización, Participación Comunitaria e Intersectorialidad debían ser incluidos en un Módulo Introductorio para la especialidad en Medicina General Integral para médicos venezolanos, esto evidenció que los mismos reconocen la necesidad de que se les proporcionen elementos teóricos y metodológicos elementales para realizar con éxito el aprendizaje en la Atención Integral de Salud.

En Cuba apreciamos que hace varios años se ha implementado un Modelo de Atención Integral el cual condiciona en términos generales, “priorizar y consolidar las acciones de atención integral con énfasis en la promoción y prevención, cuidando la salud, disminuyendo los riesgos y daños de las personas en especial de los niños, mujeres, adultos mayores y discapacitados.”⁽⁴⁾

En el Instituto Superior de Ciencias Médicas de Villa Clara, en el año 2000 se efectuó una investigación en la que se recogieron por los profesores criterios acerca de la existencia de insuficiencias con respecto a las habilidades desarrolladas por los egresados de pregrado en cuanto a la Atención Médica Integral, éstas al igual que sucede en nuestro estudio se atribuyeron a posibles problemas del diseño curricular, a la existencia de insuficiencias en el proceso de su ejecución o a ambas, por lo que surgió la necesidad de efectuar una valoración curricular que permitió verificar la existencia de dificultades en ese modo de actuar de los egresados, así como una correcta estrategia de los documentos establecidos en el currículo para formar este tipo de atención.⁽⁶⁵⁾

La aplicación del Modelo de Atención Integral ha permitido no sólo mejorar la calidad de los servicios, sino generar mayor protagonismo y participación de la comunidad organizada sobre las decisiones y acciones que afectan su salud, en el marco del enfoque de Promoción de la Salud y avanzar hacia mejores niveles de bienestar integral de la persona, la familia y la comunidad.

TABLA V
RESIDENTES SEGÚN TEMÁTICAS PROPUESTAS PARA EL DESARROLLO DE UN
MÓDULO INTRODUCTORIO PARA LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA GENERAL
INTEGRAL.

TEMÁTICAS	No	%
Análisis de la Situación de Salud	121	60.2
Comunicación Social	120	60
Familia	106	52.8
Dispensarización	99	49.2
Participación Comunitaria	97	48.3
Intersectorialidad	89	44.3
Otros	1	0.5

RESULTADOS DE LA ENCUESTA APLICADA A TUTORES DEL PROGRAMA DE
ESPECIALIDAD EN MEDICINA GENERAL INTEGRAL EN VENEZUELA

La encuesta se aplicó a 32 tutores del postgrado de Medicina General Integral en Venezuela, profesores todos de la especialidad con experiencia docente anterior de más de 6 años. La totalidad de ellos coincidió en que los residentes no se encontraban preparados para iniciar el mismo y en su generalidad señalaron los siguientes argumentos:

- Estos residentes en el transcurso de su proceso de formación de pregrado no asistieron a los escenarios fundamentales de la APS (consultorios populares, CDI entre otros).
- No se prepararon adecuadamente para el cumplimiento de acciones de salud integral en el individuo, la familia y la comunidad.

- No se formaron en la concepción de la APS sobre el especial acento preventivo de las acciones de salud.
- No se entrenaron en comunicación social ni en técnicas de participación comunitarias.
- No tienen manejo de los elementos básicos para el desarrollo de la Promoción de Salud.

En estos argumentos se aprecia, al igual que en las encuestas a residentes que carecen de los elementos básicos que le permitan el aprendizaje adecuado de los contenidos de la especialidad, lo anteriormente expuesto también fue comprobado en la revisión del programa de la carrera de medicina en Venezuela, lo que hace evidente la necesidad de la propuesta de un módulo introductorio objeto de esta investigación.

Es importante señalar que algunos de estos residentes el único contacto que han tenido con la medicina social ha sido haber realizado servicios de postgraduado rural, lo cual en Venezuela funciona con acciones a nivel de una posta médica, significando eso que no conocen de acciones integrales de la Atención Primaria de Salud, no manejan instrumentos de la medicina familiar, ni tienen dominio de los documentos básicos de un consultorio, no tienen en cuenta el enfoque de riesgo, ni cuentan con herramientas básicas para desarrollar intervenciones comunitarias.

Al responder la pregunta sobre si consideraban que los residentes venezolanos que se encuentran realizando la especialidad en Medicina General Integral debían recibir una preparación previa para poder familiarizarse con el programa de la especialidad, es importante señalar que el total de los tutores refirieron que SI lo consideraban necesario, argumentando en este caso que:

- El programa que se utiliza en la residencia es un programa preparado para un médico general formado con un perfil de salida diferente al médico venezolano que ingresa a este postgrado.
- además entendieron que estos residentes presentan dificultades para comprender los contenidos establecidos en el programa de una manera eficiente.

- En su totalidad los tutores consideraron necesario que se incluyera en el programa de la especialidad de Medicina General Integral para médicos venezolanos un Módulo Introdutorio para que ellos se familiaricen con la especialidad.

Los tutores coincidieron con la opinión de los residentes en sus encuestas y con lo expresado por los expertos en su entrevista acerca de las temáticas a incluir en el módulo introductorio, refiriendo las siguientes:

- Atención Primaria de Salud. Generalidades e instrumentos básicos
- Dispensarización
- Promoción y Prevención
- Familia
- Participación Comunitaria
- Análisis de la Situación de Salud
- Comunicación social

RESULTADOS DE LA ENTREVISTA A EXPERTOS DEL PROGRAMA DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA GENERAL INTEGRAL EN VENEZUELA

Al realizar la entrevista a expertos estos concordaron con los residentes y tutores encuestados en la valoración de cómo han afrontado este programa de especialidad los médicos venezolanos con respecto a las acciones dirigidas hacia la Atención Primaria de Salud y señalaron que estos residentes comenzaron la misma sin estar preparados en los contenidos básicos del programa, presentando dificultades en la comprensión de las temáticas sobre atención integral de salud.

Además los expertos refirieron que los médicos venezolanos que ingresaron al postgrado solo tenían dominio de temáticas puramente clínicas, egresaron con una concepción biologicista, donde el contacto con el paciente fue escaso y con la familia y la comunidad nulo, es decir que se enfrentaron por primera vez a los modos de actuación de una atención médica integral en este postgrado, al igual que el criterio de los expertos, se pudo apreciar en la revisión del plan de estudios de la carrera que en

su perfil de salida no se tiene en cuenta un enfoque epidemiológico de riesgo ni se prepararon para enfrentar acciones integrales dirigidas al individuo, la familia y la comunidad.

Los expertos también señalaron que es importante analizar el Programa de Medicina General Integral para médicos venezolanos pues constituye un interés gubernamental y además una necesidad política hoy, sin embargo el programa no se adapta a ese médico que se graduó en una sociedad capitalista, donde solo la curación biológica era el pilar importante, señalaron también que debe profundizarse más en los problemas de salud propios de Venezuela.

Al responder la pregunta sobre su opinión acerca de la inclusión de un Módulo Introdutorio donde se aborden elementos teóricos y metodológicos básicos, así como instrumentos básicos de la Atención Primaria de Salud y la Medicina Familiar al programa de la especialidad en Medicina General Integral para residentes venezolanos, todos lo consideraron positivo, pues señalaron como muy necesario que se analice el programa y se tomen alternativas a corto plazo, porque se está desarrollando la segunda corte y esta necesidad ya había sido identificada desde la primera, en la que se tomó una iniciativa no fundamentada y se realizó una inducción por INSALUD, de la cual los expertos entrevistados consideraron que este primer intento no satisfizo las verdaderas necesidades para el inicio del programa, además plantearon que esta propuesta de módulo introductorio pudiera analizarse como una solución para solventar una necesidad actual, pero la solución sería el análisis y diseño del programa en general, a partir del análisis del programa de la carrera desde otra concepción, pero hasta que no comiencen a graduarse los médicos integrales comunitarios que se iniciaron con un Nuevo Paradigma de la Enseñanza Médica, este abismo existente entre los programas de pregrado de las universidades tradicionales venezolanas y el Programa de la Especialidad de Medicina General Integral necesita de una estrategia para solventarse y es con ese propósito que se propone un modulo introductorio al postgrado de MGI venezolano.

Los resultados obtenidos del análisis y triangulación de la información de las diferentes fuentes discutidas con anterioridad, permitieron a la autora la modelación de los objetivos y contenidos que deberían integrar el módulo introductorio objeto de análisis, los que fueron expuestos nuevamente a criterio de expertos en un Taller Metodológico.

RESULTADOS OBTENIDOS DEL TALLER REALIZADO CON LOS EXPERTOS DEL PROGRAMA

El Taller se desarrolló con la participación de los expertos seleccionados del estado, durante la primera sesión se logró enriquecer la propuesta elaborada previamente por la autora de la investigación con los criterios y opiniones ofrecidos por los expertos en relación con los objetivos, contenidos, además se propusieron métodos, formas de organización de la enseñanza y formas de evaluación que deberían integrar la estrategia metodológica del programa. Durante la segunda sesión se expone, analiza y aprueba luego de un proceso de debate productivo la estructura metodológica del Módulo Introductorio al Programa de la Especialidad de Medicina General Integral para médicos venezolanos por los expertos participantes.

Las sesiones se caracterizaron por:

- Trabajo eficiente y conciente del equipo de expertos.
- Debate productivo de todas las ideas.
- Las discrepancias fueron analizadas, lográndose un acuerdo final por consenso.
- Se logra modelar y perfeccionar el producto presentado por la autora de la investigación (Módulo Introductorio a la Especialidad de Medicina General Integral en Venezuela).
- Se logra un producto en aras de responder a la problemática identificada.
- El producto validado y enriquecido en el Taller constituye un reflejo de los aportes de todos los miembros del grupo.

A manera de resumen del análisis y triangulación de los resultados de las diferentes fuentes de información: fuentes documentales (dadas fundamentalmente por los Programas de Pregrado de las Universidades venezolanas y Postgrado de Medicina General Integral, los instrumentos aplicados (encuestas a residentes y tutores y entrevista

a expertos) y el Taller Metodológico con los expertos se corrobora la necesidad sentida de todos los participantes de un Módulo Introductorio para la especialidad.

- Se confirma al analizar las fuentes documentales de los Programas de las diferentes enseñanzas que no existe una continuidad adecuada entre la enseñanza de pregrado recibida por los estudiantes en las universidades venezolanas tradicionales con el Programa de la especialidad en Medicina General Integral en el que se iniciaron lo cual condicionó la problemática ya planteada.
- Al analizar los instrumentos aplicados se evidencia en las encuestas a residentes y tutores y en las entrevistas a expertos que los residentes han confrontado problemas para apropiarse de los conocimientos que exige el Programa de Postgrado en las temáticas que se relacionan con la atención integral en la Atención Primaria de Salud dada en su actuar en Barrio Adentro, existe además correspondencia en los tres instrumentos aplicados en que se requiere de un modulo introductorio al Programa de Medicina General Integral para médicos venezolanos y se precisa también coincidencia en las temáticas que se proponen para insertar en el mismo.
- En el Taller con los expertos se realizó el análisis, evaluación y validación de los objetivos y contenidos propuestos y se elaboró la estrategia metodológica, en la que se aplicó la concepción teórica del diseño curricular.

La triangulación de estos elementos permitió dar respuesta a los objetivos de la investigación y modelar la propuesta de programa de un Módulo Introductorio para la especialidad de MGI que es el principal resultado.

MÓDULO INTRODUCTORIO

PROGRAMA DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA GENERAL INTEGRAL PARA MÉDICOS VENEZOLANOS.

Introducción

El Plan de Estudios de la especialidad en Medicina General Integral considera el enfoque integral de la medicina como centro de la formación, al establecer la relación comunidad-familia-individuo a todo lo largo del currículo, sin permitir que las particularidades de otras ciencias y disciplinas suplanten su esencia misma.

Este sistema de formación del especialista de Medicina General Integral forma parte de un continuo proceso de perfeccionamiento a que está sometido este sistema de estudios con el propósito de producir transformaciones en los modos de actuación del médico General Básico para convertirlo en especialista de Medicina General Integral de perfil amplio con correspondencia a las exigencias actuales y perspectivas del desarrollo económico y social.⁽²⁷⁾

La estrategia en la formación de este especialista se desarrolla mediante la integración de conocimientos y habilidades de las ciencias socio médicas y una preparación clínica sólida, que le permita resolver los problemas de salud individuales que enfrentará en cualquier puesto de trabajo. Dicha especialidad tiene como una de sus premisas fundamentales, que la comunidad se transforme en verdadero sujeto-objeto de las acciones de salud, que las modificaciones en los perfiles salud-enfermedad sean el resultado no sólo de los cambios conductuales individuales, sino de la adopción colectiva de un estilo de vida más sano, para lo cual los fundamentos teóricos y prácticos vinculados a las socio médicas deben constituirse en herramientas de trabajo cotidiano.

El médico general formado en las universidades venezolanas no tiene incluido en su perfil de salida un enfoque integral de las acciones psico-sociológicas sino que está formado como un profesional biologicista, no participa en escenarios de la Atención

Primaria de Salud como consultorios médicos populares, centros diagnóstico ni otros centros de la comunidad, no desarrolla habilidades en acciones básicas de la Medicina General Integral, este se desarrolla en escenarios tradicionales como aulas, hospitales y clínicas en los que se realiza un análisis de lo señalado anteriormente y se precisa la importancia y la necesidad del inicio del programa de la especialidad con un módulo introductorio con el cual el residente se apropie de los elementos teóricos y metodológicos básicos para enfrentar el Programa de la especialización adecuadamente.

El Módulo Introductorio va dirigido al médico venezolano que se inicia en el Programa de la especialidad en Medicina General Integral, brindará al residente los elementos básicos que le permitan apropiarse de los conocimientos y habilidades que le permitan la relación con su comunidad, logrando una participación comunitaria, con acciones intersectoriales que le faciliten la comprensión de las diferentes etapas básicas para el análisis de la Situación de Salud con una proyección adecuada en el Plan de Acción correspondiente, lo ayudará a identificarse con los documentos básicos de la Atención Primaria de Salud, le posibilitará familiarizarse con las diferentes actividades de comunicación social básicas para el desarrollo de las acciones de promoción y prevención de salud, enfatizando en la familia como unidad fundamental para el desarrollo de estas actividades.

PLAN TEMÁTICO

Conforman este módulo las temáticas siguientes:

- I. Atención Primaria de Salud: Orígenes, conceptualización. Principios, Medicina Familiar: Concepto, componentes y funciones en el marco de la A.P.S. Diferencias entre A.P.S., Medicina Familiar y Médico de familia.
- II. Documentos y Actuaciones Básicas de la Medicina Familiar.
 - Historia de Salud Individual
 - Historia de Salud Familiar
 - Dispensarización.
 - Análisis de la Situación de Salud. Determinantes del Estado de Salud.

III. Ejes fundamentales de la Atención Primaria de Salud

- Participación comunitaria
- Intersectorialidad
- Tecnología apropiada
- Descentralización

IV. Comunicación Social. Técnicas más utilizadas.

V. Familia

Objetivo General

Fundamentar la Atención Primaria de Salud (APS) como eje integrador del Sistema Público Nacional de Salud venezolano que le permita su actuación como Médico General Integral.

PROGRAMA ANALÍTICO

TEMA # I - Atención Primaria de Salud, Medicina Familiar y Médico de familia.

OBJETIVOS

1. Fundamentar la estrategia de la Atención Primaria de Salud como eje integrador de los Sistemas de Salud, en situaciones reales de su práctica médica
2. Aplicar el enfoque biopsicosocial en la atención integral a la salud, enfatizando en la promoción de salud y prevención de enfermedades como acciones fundamentales mediante situaciones reales y simuladas.

CONTENIDOS

- Atención Primaria de Salud (A.P.S). Conceptualización y características generales. Orígenes, Principios de la A.P.S. Medicina Familiar: Concepto, componentes y funciones en el marco de la A.P.S y médico de familia.
- Pertinencia de la APS en el sistema de salud, Medicina familiar. Concepto y funciones y médico de familia.

- Atención Integral a la Salud. Conceptualización. Promoción de salud, prevención de la enfermedad, curación y rehabilitación. Definiciones. Principales acciones.
- Salud. Evolución histórica y concepto. El proceso de producción social de la salud. Enfoque biológico, psicológico y social en el proceso salud-enfermedad.

TEMA II- Ejes fundamentales de la Atención Primaria de Salud

OBJETIVO

1. Aplicar los ejes de la APS en los diferentes escenarios de actuación del médico que labora en el Nuevo Modelo de Atención en Venezuela, que lo diferencian de otros niveles de atención médica, mediante ejemplos de su práctica diaria

CONTENIDOS

- Ejes fundamentales de la Atención Primaria de Salud: Participación comunitaria, Intersectorialidad, Tecnología apropiada, Descentralización. Conceptos.
- La comunidad. Concepto. Elementos que la componen. Participación Social y Comunitaria. Conceptualización. La comunidad como protagonista de su salud. Condiciones y barreras para su desarrollo.
- Acciones para lograr la participación comunitaria y la intersectorialidad en salud.

TEMA # III- Documentos y Actuaciones Básicas de la Medicina Familiar.

OBJETIVOS

1. Realizar el llenado correcto de la historia clínica individual y la historia de salud familiar y otros documentos básicos de la Atención Primaria de Salud, con una visión integral y enfoque epidemiológico de riesgo, señalando los fundamentos de la dispensarización, con la utilización de la literatura básica y situaciones reales o modeladas.

2. Identificar los elementos que componen el Análisis de la Situación de Salud como herramienta para la solución de los diferentes problemas de salud que se presentan en su comunidad mediante la literatura básica y situaciones reales o modeladas.

CONTENIDOS

- Metodología para la confección de la Historia Clínica Individual y la Historia de Salud Familiar.
- Concepto y fundamentos de la Dispensarización.
- Otros Documentos: Control de pacientes atendidos y Control de Foco.
- Enfoque de Riesgo
- Análisis de la Situación de Salud. Concepto. Fundamentos y Elementos que lo componen. Determinantes de la salud. Problemas de Salud.

TEMA # IV- Comunicación Social. Técnicas más utilizadas.

OBJETIVOS

1. Aplicar las técnicas básicas de la comunicación y los principios de la ética médica como herramientas esenciales de las acciones de salud en el ámbito de la atención primaria de salud mediante las actividades de la práctica asistencial.

CONTENIDOS

- Comunicación. Conceptualización, funciones y modelos. Comunicación en salud. Comunicación interpersonal: la entrevista y la charla educativa. Aspectos éticos de la comunicación en salud. Ética médica. Principios y normas.

TEMA # V- Familia

OBJETIVO

1. Identificar problemas de salud familiar que puedan constituir daños a la salud de los individuos teniendo en cuenta las etapas del ciclo vital, utilizando la literatura básica y situaciones reales o modeladas.

2. Valorar la importancia de la intervención en salud para dar solución a los problemas identificados en el individuo, la familia y comunidad, utilizando la literatura básica y situaciones reales o modeladas.

CONTENIDOS

- La Familia evolución histórica. Concepto. Funciones. Clasificación.
- Ciclo Vital de la Familia
- Riesgos a la salud ocasionados por problemas biopsicosociales. Problema Familiar. Concepto y Tipos

Estrategia Docente

La dinámica que se propone se fundamenta en el abordaje de una serie de contenidos básicos, expresados como invariantes que permitan la consecución de los objetivos declarados, en los cuales el alumno tenga un papel activo en el proceso basados en su propia experiencia como profesionales y alumnos de postgrado.

Las principales formas de organización de la enseñanza que se recomiendan emplear son: **la conferencia**, donde se abordarán los núcleos esenciales de contenidos, el **seminario taller**, **la práctica en servicio (educación en el trabajo)** y **el estudio independiente**.

La **conferencia** es la forma de organización de la enseñanza en la Educación Superior, que permite al profesor la exposición de un contenido de enseñanza científico y lógicamente estructurado, en la que el profesor dirige la actividad cognoscitiva del estudiante y ejerce a su vez una influencia educativa sobre estos, permite actualizar a los estudiantes en contenidos nuevos, que no aparecen en los libros de textos o de alta complejidad y orientar a los estudiantes hacia la realización de actividades que permitan a los estudiantes adquirir por si mismo el resto de los conocimientos y las habilidades, que corresponden al contenido a estudiar, en el que el trabajo individual del estudiante tenga carácter obligatorio para ellos, en esta orientación se plantean la búsqueda de nuevas informaciones, su profundización, su enfoque científico y educativo, en función del análisis de diferentes criterios, lo que exige además un trabajo riguroso por parte del

profesor en la búsqueda de materiales que le permita a los estudiantes afrontar formas de solución de los problemas con independencia, originalidad y creatividad.

Se sugiere la utilización de esta forma de organización de la enseñanza en su variante conferencias orientadoras, teniendo en cuenta que muchos de los contenidos a abordar son nuevos, ya que en su modelo de formación y el perfil de salida de los médicos venezolanos no existe el enfoque socio médico.

El **seminario taller** constituye un tipo de actividad grupal donde se propicia un espacio de análisis, discusión y reflexión crítica de los temas abordados desde puntos de vistas diferentes y el desarrollo de habilidades esenciales a este especialista. En el se desarrollan actividades de debate, aplicación de herramientas, procedimientos o técnicas que propicien la vinculación de la teoría con la práctica mediante la solución de situaciones problemáticas a enfrentar de manera individual o colectiva, reales o simuladas de su esfera de actuación.

Se sugiere para estos seminarios la utilización de diversas técnicas participativas que favorezcan los aspectos antes señalados, en los que los propios residentes sean sujetos activos de su propio aprendizaje.

Estos seminarios taller en la propia dinámica le aportarán al residente la posibilidad de cooperar en el aprendizaje, superar miedos, resistencias y sobre todo compartir las experiencias obtenidas. Esta última dimensión es fundamental puesto que este proceso formativo se obtiene a través de un proceso de diálogo, entendimiento y colaboración entre todos.

La **práctica en servicio**, constituye un pilar fundamental ya que mediante ésta se logra desarrollar en la práctica la aplicación del conocimiento y las habilidades adquiridas, permite vincular los contenidos desarrollados con la práctica en los consultorios populares, de tal manera que se puedan intercambiar experiencias relacionadas con la realidad de su actuación profesional, también abordará los aspectos socio afectivo. La dinámica creada resultará ventajosa e intentará conseguir un triple avance: primero en la presentación formal de determinados contenidos, segundo por la posibilidad de su

aplicación a la realidad diaria y tercero por la posibilidad de compartir dentro de un contexto de grupo de iguales una serie de problemáticas y vicisitudes afines.

La práctica en servicio constituye una estrategia del proceso que pretende la formación y desarrollo de habilidades, actitudes y valores para el profesional. Se concibe como un asesoramiento individual que parte del especialista tutor del consultorio popular al residente, lo asesora y orienta sobre determinados aspectos de la práctica médica en Atención Primaria de Salud y evalúa la ejecución de procedimientos vinculados a la solución de problemas de salud a su alcance, en los que se aplican los métodos de la profesión en la APS.

El **estudio independiente** se orienta para profundizar los contenidos en cada una de las actividades desarrolladas y el mismo se realizará de manera individual o colectiva.

Los recursos de aprendizaje a utilizar serán los medios tradicionales para la enseñanza presencial como la pizarra, láminas y representaciones gráficas con ayuda del retroproyector, rotafolio o auxiliada por computadoras, el video, así como documentos y reglamentaciones para su análisis, discusión y aplicación. En la práctica en servicio se utilizarán los recursos propios de la Atención Primaria de Salud, en los que se consideran los individuos, la familia y la comunidad.

Organización docente.

- Se desarrollará durante 2 semanas al iniciar el Programa de la especialidad de Medicina General Integral para Médicos venezolanos.
- Número de Horas Total del módulo - 80 h.
 - Horas Presenciales– 12 horas, no incluye la práctica docente ni el estudio independiente.
 - Práctica en Servicio - 40 h.
 - Estudio Independiente-28 h.
- Escenarios Fundamentales
 1. Aula
 2. Consultorios Populares
 3. Centro Diagnóstico Integral

4. Sala de Rehabilitación Integral.

Se sugiere a continuación una organización de los contenidos:

Tema	FOD	Escenario	# Horas
I	Conferencia	Aula	1 h
II	Conferencia	Aula	2 h
	Seminario Taller	Aula	2 h
III	Conferencia	Aula	2 h
	Seminario Taller	Aula	2 h
IV	Conferencia	Aula	2 h
V	Seminario Taller	Aula	1 h
I, II, III, IV, V	Práctica en Servicio	CP, CDI, SRI	40 horas
I, II, III, IV, V	Estudio Independiente	Opcional	28 horas
TOTAL			80 Horas

Consultorio Popular (CP)

Sala Rehabilitación Integral (SRI)

Centro Diagnóstico Integral (CDI)

Es importante señalar que la estrategia, debe ser valorada por cada colectivo de profesor y tutor, en las que pueden utilizarse diversas propuestas en función del objetivo a lograr, pueden adaptarse en dependencia de las características y conformación de cada contexto y en grupo.

Sistema de Evaluación

La evaluación será sistemática (formativa y certificativa) mediante controles frecuentes que comprueben los objetivos específicos de cada una de las temáticas a desarrollar, durante las conferencias, seminarios taller y la práctica en los servicios. La calificación se realizará mediante la evaluación integral del estudiante a partir de la observación crítica del tutor en todas las acciones que se desarrollan durante el ejercicio de las prácticas y las evaluaciones realizadas por el profesor en las actividades presenciales.

En el transcurso de la residencia profundizará en los conocimientos y perfeccionará las habilidades hasta alcanzar un alto dominio sobre los distintos componentes de la atención en la comunidad que atiende.

Bibliografía

1. Borroto Cruz ER, Lemus Lago ER, Aneiros Ribas R. Atención Primaria de Salud, y Medicina Familiar. En: Atención Primaria de Salud, Medicina Familiar y Educación Médica. [CD-ROM]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2005.
2. Sánchez Santos L, Cruz Álvarez NM, Amaro Cano M del C, Barrioso Andino A. Introducción a la Medicina General Integral. Ciudad de La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001.
3. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Caracas: Gaceta Oficial de la República; 2000.
4. Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Atención Primaria de Salud. Conceptos, organización y Práctica Clínica. 5ta. ed. Madrid: Espaxs; 2002.
5. Sintres Álvarez R. Colectivo de autores. Temas de Medicina General Integral. Volumen 1. Salud y Medicina. En http://bvs.sld.cu/libros_texto/introduccion_mgi/indice_h.html
6. Sánchez Santos, L. Amaro Cano, M. Colectivo de Autores. Introducción a la Medicina General Integral, La Habana 2001. En http://bvs.sld.cu/libros_texto/introduccion_mgi/indice_h.html

Textos Complementarios:

1. Rojas Ochoa F. El componente social de la Salud Pública en el siglo XXI. Temas de Actualización en Salud Pública. Ciudad de La Habana Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba; 2003.

2. OPS. Promoción de la Salud en las América: Informe Anual de Director. [serie en línea] 2001. [fecha de acceso 7 mayo 2007]. URL disponible en: http://www.paho.org/Spanish/D/DO302_TOC.pdf
3. Rojas Ochoa F, López Pardo C. Desarrollo Humano y Salud en América Latina y el Caribe. Temas de Actualización en Salud Pública. . Ciudad de La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba; 2003.
4. OPS/OMS Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Moscú: Alma Ata; 1978.
5. Segredo Pérez AM, Presno Labrador MC, Fernández Díaz IE, González Cárdenas L. Alcance de la Atención Primaria de Salud en el Mundo. [CD-ROM]. Ciudad de la Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2005.
6. OPS/OMS Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. En: "Promoción de salud: Una antología". Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1999. (Publicación Científica; No. 557).
- 7 Presno Labrador MC, Segredo Pérez AM. Comunidad y participación comunitaria en salud. Programa de formación de la Carrera Medicina Integral Comunitaria. Caracas: Ministerio de Ecuación Superior; 2006.
8. Bronfman M, Gleizer M. Participación comunitaria. ¿Estrategia, necesidad o excusa? Cad Saúde Pública. 1994; 10(1): 72-5.
- 8 Sanabria Ramos G. Participación Social en Salud. Rev Cubana Salud Pública. [Serie en Internet] 2004. [fecha de acceso 7 mayo 2007]: 30(3). URL disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000300005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- 9 González B. La Charla y la entrevista como instrumentos de comunicación del proveedor de salud. Ciudad de La Habana : Escuela Nacional de Salud Pública; 2005.

V - CONCLUSIONES

1. Los médicos venezolanos que ingresan al Programa de Formación académica de postgrado en Medicina General Integral en el Estado de Carabobo presentan insuficiencias de conocimientos y habilidades para desarrollar las acciones de salud con un enfoque social y psicológico que les permita una atención integral al individuo, la familia y la comunidad.
2. Las insuficiencias identificadas en los médicos venezolanos que ingresan al Programa de la Especialidad de Medicina General Integral están dadas por: Atención Primaria de Salud, documentos y actuaciones básicas de la Medicina Familiar (historia de salud individual, historia de salud familiar, dispensarización, Análisis de la Situación de Salud), Ejes fundamentales de la Atención Primaria de Salud (participación comunitaria e intersectorialidad fundamentalmente), Comunicación Social y Familia.
3. Las temáticas básicas esenciales que se consideraron incorporar al módulo introductorio corresponden con aquellas en que se identificaron insuficiencias en los residentes que se iniciaron en la especialidad de Medicina General Integral.
4. Se elaboró el módulo introductorio al Programa de Medicina General Integral para médicos venezolanos donde quedaron definidos los objetivos y contenidos básicos imprescindibles para el aprendizaje en las actividades de atención integral de salud, así como la estrategia metodológica correspondiente según los elementos teóricos del diseño curricular.

V I- RECOMENDACIONES

Valorar por el equipo metodológico del postgrado de Medicina General Integral en la República Bolivariana de Venezuela la utilización y generalización del programa de un módulo introductorio al Programa de la especialidad en Medicina General Integral diseñado en este trabajo.

VII- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Pérez F. Orientación y proyecto de vida para los participantes del Programa de Formación De Medicina Integral Comunitaria. Caracas, Venezuela. Febrero de 2005
2. Federación Mundial de Educación Médica. International standards in medical education: assessment and accreditation of medical schools' educational programmes. A WFME position paper. Medical Education. 1998; 32: 549-58.
3. Ministerio de Salud (2004). Últimas Noticias, 29 de febrero de 2004. Caracas. Disponible en: World Wide Web: www.ultimasnoticias.com.ve/
4. Cuba. MINSAP. Plan de Estudios de la Carrera de Medicina. La Habana: MINSAP; 1985.
5. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Introducción a la Medicina General Integral. Ciudad de La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001.
6. Álvarez de Zayas C. El diseño curricular en la escuela y análisis esencial del proceso curricular. En: El diseño curricular. La Habana: Pueblo y Educación; 2001. p 1-42.
7. Vela Valdés J. Educación Superior: Inversión para el futuro. Rev Educ Sup 2000; 10(1): 3-16.
8. Ministerio de Educación Superior. Programa Nacional de Formación en Medicina Integral Comunitaria: Misión Sucre, Barrio Adentro: Caracas: Ministerio de Salud; 2005.
9. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Alma Ata. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1978.
10. Lord Dawson of Penn. Interim Report on the Future Provision of Medical and Allied Services. London: Her Majesty's Stationery Offices; 1920.

11. Citizens Commission on Graduate medical Education of the American medical Association (Millis Commission): The Graduate Education of Physicians (report); 1966.
12. American Academy of Family Physicians. Official definition of family practice and family physician. AAFP Reporter; 1975.
13. Pons M. Atención Primaria de Salud. Madrid: Pons; 1985. p. 53-4.
14. Rigol Ricardo O, Pérez Carballás F, Perea Corral J, Fernández Scasas J, Fernández Mirabal JE. Medicina General Integral. Ciudad de La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1986. p. 2-10.
15. Starfield B. Is primary care essential ?.Lancet. 1994; 344 : 1129-33.
16. Puentes-Markides C. Salud para Todos en las Américas: El escenario preferido En : Bezolt C, Frenk J, McCarthy S. Atención a la salud en América latina y el Caribe en el siglo XXI. Perspectivas para lograr Salud para Todos. México: Institute for Alternative Futures y Fundación Mexicana para la salud; 1998. p. 171.
17. Carpeta Metodológica del Ministerio de Salud Pública de Cuba para la atención primaria de salud. Ciudad de La Habana: Ministerio de Salud Pública; 1996.
18. Capote Mir R, Granados Toraño R. La salud pública en el siglo XXI : tendencias y escenarios. Tegucigalpa: Rossany Auca F- OPS, 1996. p. 15-8.
19. Suárez J. Proposición de un modelo para el estudio y desarrollo de la acción intersectorial. Educ Méd Salud. 1993,27(1):61-81
20. Rakel MD. Textbook Family Practice. 3ra. ed. Toronto: WB Saunders Company; 1984. p. 4-6.
21. American Academy of family Physicians. Official definition of family practice and family physician. AAFP Reporter; 1975. p. 2-10.

22. Gómez Gascón T, Moreno Marín J. Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria en España En: Ceitlin J. Gómez Gascón. T. Medicina de Familia: La clave de un nuevo modelo .Madrid: Sem FYC y CIMF; 1997. p. 337.
23. Taylor RB. Conceptos centrales en Medicina Familiar en Ceitlin J, Gascón T. Medicina Familiar. Madrid: Sem FYC y CIMF; 1997. p. 29-30.
24. WONCA. El papel del médico general de familia en los sistemas de atención de salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1992; 4 – 13.
25. WONCA. Recomendaciones para la acción; para construir un sistema de atención de la salud y educación médica públicamente responsable. Documento de Trabajo de la Conferencia sobre Práctica Médica y Educación Médica. Canadá : OMS; 1994.
26. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Diez años de Revolución en Salud Pública. La Habana: Instituto Cubano del Libro; 1969. p. 22.
27. Cuba. Ministerio de Educación Superior: Programa de especialidad de Medicina General Integral. La Habana: Pueblo y Educación; 1990.
28. Corona Martínez LA, Fonseca Hernández M. La toma de decisiones médicas y su formación como habilidad profesional. Educ Med Super. [serie en Internet] 2003 [fecha de acceso 26 marzo 2006]; 17(4). URL disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412003000400004&lng=es&nrm=iso
29. Manzo Rodríguez L, Rivera Michelena N, Rodríguez Orozco AR. La educación de posgrado y su repercusión en la formación del profesional iberoamericano. Rev Educ Med Super. 2003; 20(3): 1.

30. Fernández Oliva B, Nolla Cao N. La maestría pedagógica, su relación con el modelo comunicativo de la enseñanza contemporánea. Rev Educ Med Super. 2003; 17(1): 5-13.
31. Bernardo Fuentes MG, García Galano EV, Pomares Bory E. El vínculo educación-comunicación en la formación integral de los profesionales de la Salud. Rev Educ Med Super. 2004;18(4): 1.
32. Ministerio de Educación Superior. Resolución Ministerial No. 132 /2004. Reglamento de la Educación Posgrado de la República de Cuba. La Habana: Ministerio de Educación Superior; 2004.
33. Haddad J. Las necesidades de intervención y el monitoreo de los procesos educativos. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1994. p. 145-80.
34. Salas Perea RS. La Evaluación en Salud, Competencia y desempeño profesional. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1999.
35. Salas Perea RS. La identificación de necesidades de aprendizaje. Rev Cubana Educ Med Super. 2003; 17(1): 25-38.
36. UNESCO. Declaración Mundial sobre educación para todos "Satisfacción de las necesidades básicas de aprendizaje". Conferencia Mundial sobre Educación para Todos. [Monografía en Internet]1990. [fecha de acceso 9 sep 2006]. URL Disponible en: www.unesco.cl/medios/biblioteca/documentos/ept_jomtien_declaracion_mundial.pdf
37. Hatim Ricardo A, Pérez Flores J R, Pérez Hoz G. Modelo de desarrollo profesional: propuesta metodológica. Rev Educ Med Super. 2003; 17(1): 47-52.
38. Santamaría R. Los desafíos del Posgrado en América Latina. México: UDUAL; 1995.

39. Antúnez P, Nolla N. El sistema de formación de especialistas en Cuba. *Educación Médica y Salud*. 1993; 27 (2):253-6.
40. Castillo Guerrero L M, Nolla Cao N. Concepciones teóricas en el diseño curricular de las especialidades biomédicas. *Rev Educ Med Super*. [serie en internet] 2004 [fecha de acceso 13 julio 2007]; 18(4). URL. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864
41. Nolla Cao N. Los planes de estudio y programas de las especialidades médicas. *Rev Educ Med Super*. 2001; 15(2):147-58.
42. Jardines JB, Oubiñas J, Aneiros R. La Educación en Ciencias de la Salud en Cuba. *Educación Médica*. 1991; 25(4):387-409.
43. Salas R. Experiencias en la Educación en el Trabajo en la formación de los profesionales de la salud. Mesa redonda en el Taller Nacional Integración de la universidad a la Organización de Salud. La Habana; 1993.
44. Cuesta A. Gestión de competencias. Ciudad Habana: ISPJAE; 2000. p. 1-11.
45. González MV: La profesionalidad del docente universitario desde una perspectiva humanista de la educación. [Monografía en Internet] 2000 [fecha de acceso 16 julio 2007]. URL disponible en: <http://www.oei.es/valores2/gonzalezmaura.htm>
46. Salas Perea RS. Educación en salud: Competencia y desempeño profesionales. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1999. p. 35-42.
47. Irigoin M, Vargas F. Competencia laboral. Manual de conceptos, métodos y aplicaciones en el sector salud. Montevideo: Cinterfor; 2002.
48. Álvarez Sintés R, Machado Temes JR. Indicaciones Metodológicas para la implementación de la residencia en Medicina General Integral con la nueva estrategia. MSDS. Caracas; 2004.

49. Scotet MA. La Educación Superior en entredicho. Correo UNESCO 1998; (5) : 24-5.
50. Flor Santalla A. Fundamentos del diseño curricular y currículo. Centro de estudios de didáctica de la educación superior. Universidad de Pinar del Río; 1998.
51. Ruiz JM. Teoría del Currículo: diseño y desarrollo curricular. Madrid: Editorial Universitas SA; 1996.
52. Añorga MJ. Currículo y diseño curricular. En: Aproximaciones metodológicas al diseño curricular. . La Habana : ISPEJV; 1997.
53. Alfaro R. Diccionario de Anglicismos. 2da. ed. Madrid : Espaxs; 1970: currículo p.133
54. Real Academia Española. Diccionario de la Real Academia Española. 20. ed. Madrid: Espasa Calpe; 1984. currículo p.145
55. Zabalza M. Diseño y Desarrollo Curricular. Madrid: Nancea; 1987.
56. Glazman R, Ibarrola M. Diseño de planes de estudio. CISE. México UNAM; 1978.
57. Álvarez de Zayas RM. Diseño Curricular. [Trabajo para optar por el título de Doctor en Ciencias Pedagógicas.]. 1999. Ciudad de La Habana.
58. Nolla N. Modelo de evaluación de un Plan de Estudios para las Especialidades Médicas y Estomatológicas. Educ Med Sup. 1998; 12 (2): 62-72.
59. Fariñas G. Valores y desarrollo humano desde la perspectiva histórico culturalista en Psicología. (CD-ROM). La Habana: Hominis; 2002.
60. Álvarez de Zayas RM. Hacia un currículo integral y contextualizado. La Habana: Edic Academia; 1997.

61. Cerezal Mezquita J, Fiallo Rodríguez J. Los métodos científicos en las investigaciones pedagógicas. Ciudad de La Habana: Ministerio de Educación Superior; 2002.
62. Organización Mundial de la Salud. Cumbre de Educación Médica de Edimburgo. Recomendaciones. 1993.
63. Ochoa Alonso A, Selva Suárez L, Rodríguez Pupo E. El Análisis de la Situación de Salud. Una vía para el perfeccionamiento de la atención primaria. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1996; 12(4): 357-61.
64. Sanabria Ramos G. Participación Social en Salud. *Rev Cubana Salud Publ.* 2004; 30 (3): 241-4.
65. Díaz-Veliz Martínez E. Metodología docente para preparar al estudiante de medicina en su atención integral a la familia. *Educ Med Sup*; 2002; 16(4): 421-5.
66. Rodríguez Justiz F, Toledo Romani ME, Pérez Rodríguez A. Un ejemplo de plan temático para investigaciones operacionales aplicadas a la Atención Primaria de Salud. *Rev Cubana Med Gen Integr.* [serie en internet] 2001 [fecha de acceso 24 julio 2007]; 17(6). URL. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252001000600013&lng=es&nrm=iso. ISSN 0864-2125.
67. Rivero B. Metodología para la elaboración del plan de estudios de la especialidad en Medicina General Integral. [Trabajo presentado en Congreso UDUAL]. 1993. La Habana.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA:

- Addine Fernández F. Diseño curricular. Instituto Pedagógico Latinoamericano y Caribeño. La Habana; 2000.
- Álvarez de Zayas C. El diseño curricular en la escuela y análisis esencial del proceso curricular. En: El diseño curricular. La Habana : Pueblo y Educación; 2001. p 1-42.
- Álvarez Sintés R, Barcos Pina I. Una interpretación de la Misión Barrio Adentro desde la Perspectiva de un Trabajador de la Salud. Caracas; 2004.
- ANUIES. La tutoría. Una estrategia para mejorar la calidad de la educación superior. [Monografía en Internet] 2004 [fecha de acceso 10 Febrero 2004]. URL disponible en:
<http://www.uady.mx/sitios/anuiesar/documentos/tutorias/17.htm>.
- Boler, CH, Heck JE. Definiendo la Capacidad de las Facultades de Medicina de Rendir Cuentas ante la Sociedad. Ciudad de La Habana: Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas; 2001.
- Borroto R, Lemus ER, Aneiros Rivas R. Funciones del médico de la familia en la atención primaria de salud. En: Atención Primaria de Salud, Medicina Familiar y Educación Médica. La Paz: Universidad Mayor de San Andrés; 1998. p. 48-57.
- Casañas Díaz M. El Cambio Educativo: Un Reto de las Políticas Nacionales ante el Nuevo Milenio. Caracas; 2005.
- Ministerio de Educación. Conferencia mundial de Educación Médica. Declaración de Santa Fe de Bogota. Santa Fe de Bogotá: Ministerio de Salud; 1995.
- Declaración de Rancho Mirage. Madrid; 1997.
- Delors J, Al Mufti I, Amagi I, Carneiro R, Chung F, Geremek B, et al. La educación encierra un Tesoro. Informe a la UNESCO de la Comisión Internacional sobre la Educación para el Siglo XXI. Ciudad de La Habana: UNESCO; 1999.

- Gibbons. Pertinencia de la Educación Superior en el Siglo XXI.
- González Díaz C, Sánchez Santos L. El diseño curricular por competencias en la educación médica. Rev Educ Med Super. 2003; 17(4): 432-4.
- Irigoín M, Vargas F. La formación basada en competencias. El diseño de la formación basada en competencias En: Competencia laboral: manual de conceptos, métodos y aplicaciones en el sector salud. (Módulo 2, unidad 5).
- Jardines Méndez JB. Reorientación, reforma o cambios solo con voluntad, decisión y acciones. Documento de Política para el Cambio y el Desarrollo de la Educación Superior. Ciudad de La Habana: UNESCO; 1995.
- Loredó Pérez L. La Evaluación dentro del proceso enseñanza aprendizaje. Ciudad de La Habana: Instituto Cubano del Libro; 1997.
- Ministerio de Educación Superior. Los cambios de la profesión médica y su influencia sobre la educación médica. Documento de posición de América Latina ante la conferencia mundial de educación médica. Edimburgo, Escocia. Agosto; 1993.
- Manzo Rodríguez L, Rivera Michelena N, Rodríguez Orozco AR. La educación de posgrado y su repercusión en la formación del profesional iberoamericano. Rev Educ Med Super. 2003; 20(3): 1.
- Márquez M, Rojas Ochoa F, Gutiérrez Muñiz JA, López Pardo C. Salud para todos Si es posible. La Habana: Sociedad Cubana de Salud Pública; 2005. p. 42 - 283.
- Moreno de Landívar Z. Diagnóstico y perspectiva de los estudios de posgrado en Bolivia. En: Instituto Internacional para la Educación Superior en América Latina y el Caribe. [Monografía en Internet] 2006 [fecha de acceso 9 jul 2005]. URL Disponible en:
<http://www.iesalc.unesco.org.ve/programas/postgrados/Informe%20Postgrado%20-%20Bolivia.pdf>

- Morles V, Añorga MJ, Giannetto G, Martín SE, Montilla JJ, Ruiz P. Posgrado y desarrollo en América Latina. [Monografía en Internet] 2007. [fecha de acceso 12 jul 2005]. URL Disponible en: <http://www.postgrado.ucv.ve/biblioteca/archivos/lib4.pdf>.
- Morles V. Modelos dominantes de posgrado y modelo alternativo para América Latina. Material bibliográfico de la Maestría en Educación Médica. La Habana: Centro Nacional de Perfeccionamiento Médico; 2003. p.1.
- Nogueira Sotolongo M, Rivera Michelena N, Blanco Horta F. Competencias docentes del Médico de Familia en el desempeño de la tutoría en la carrera de Medicina. Rev Educ Med Super. 2005; 19(1): 1.
- Nogueiras M. Competencias Docentes del Tutor. Rev Educ Méd Superior. 2003; 17 (3): 286-9.
- Organización Mundial de la Salud. Declaración Mundial de Edimburgo. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1998.
- Oteiza E. Situación y perspectiva del postgrado en América Latina y El Caribe. Diálogos. La Educación Superior y los desafíos del siglo. 1994; 21(13): 12 – 3.
- Pérez-Rancel M. Motivación, tutoría y productividad científica. Rev Psicología educativa [Serie en internet] 2004. [fecha de acceso Feb 24 2004]: 6. URL Disponible en: <http://copsa.cop.es/congresoiberoa/base/educati/et94.htm>.
- Pujols FR, Noguerras RA. La formación de los médicos residentes de Medicina Interna. A propósito de una encuesta de opinión. Med Clin. 2002; 118(14):545-50.
- Revelo J. Sistemas y organismos de evaluación y acreditación de la educación superior en Iberoamérica, reto de garantía y de fomento de la calidad. [Monografía en Internet] 2006 [fecha de acceso 10 jul 2007]. URL Disponible en:

http://www.cna.gov.co/cont/documentos/doc_aca/sis_org_eva_y_acr_edu_sup_ibe_jos_rev_rev.pdf

- Salas Perea R. La educación en el trabajo. En: Educación en Salud: Competencia y desempeño profesionales. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1999. p. 51-9.
- Torres Márquez M. La Responsabilidad Social de la Universidad. Conferencia regional sobre políticas y estrategias para la transformación de la Educación Superior en América Latina y el Caribe del 18 al 22 de noviembre de 1996. La Habana; 1996.
- Weiss E. Necesidades básicas de aprendizaje y el currículo. En: Necesidades básicas de aprendizaje, estrategias de acción. Santiago de Chile; UNESCO/IDRC; 1993. p.336-46.
- Venezuela. Ministerio de Educación Superior. Plan de Estudios de la Carrera de Medicina de Universidades tradicionales venezolanas.





A N E X O S

ANEXO # 1. Cuestionario a residentes venezolanos.

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA MISIÓN MÉDICA CUBANA ESTADO CARABOBO

Estimado colega:

La autora del estudio se encuentra realizando una investigación con el objetivo de **Identificar las Necesidades de Aprendizaje del Profesional Médico egresado de las universidades venezolanas, para enfrentar el Programa de Medicina Familiar** le estamos solicitando su colaboración para dicho encargo. El cuestionario es absolutamente anónimo y los datos serán tratados con absoluta confidencialidad.

Gracias por su colaboración.

Cuestionario

1. Considera que poseía los conocimientos previos necesarios para iniciar la residencia de MGI.
Si_____ No_____
2. Cuando iniciaste la residencia conocías que era la Dispensarización
Si_____ No_____
3. En su formación como médico recibió usted preparación sobre Comunicación Social que le ayudaron a comprender con claridad los Temas que se desarrollaron en su primer año de residencia.
Si_____ No_____
4. ¿Cuándo te enfrentaste a la Temática de Análisis de la Situación de Salud como te apropiaste de los conocimientos?
Excelente _____ Bien _____ Regular _____ Mal _____

Fundamente su respuesta

5. Se considera usted que estaba preparado al iniciar la residencia en Medicina General integral para cumplimentar las actividades de Atención a la Familia.

Si_____ No_____

En caso de ser negativa su respuesta señale:

a) No tenía dominio de conceptos básicos_____

b) No tenía habilidades para llevar a cabo las acciones básicas en APS_____

6. Desarrolló usted durante su formación como médico general habilidades para desarrollar acciones comunitarias: Si_____ No_____

De responder si, marque las que ha realizado.

a) dinámicas familiares_____

b) dinámicas grupales_____

c) charlas educativas _____

d) audiencias sanitarias_____

7. Considera que durante su enseñanza de preparado adquirió los conocimientos necesarios en promoción y prevención de salud para dar inicio a la residencia de la especialidad en Medicina General Integral.

Si_____ No_____

8. Cómo usted considera que se debía iniciar la especialidad.

- a) Con un Módulo Introdutorio básico de Atención Primaria de Salud_____.
- b) Mantenerlo como está establecido_____.
- c) Desarrollando trabajo comunitario vinculado a Barrio Adentro por lo menos 6 meses antes de iniciar la especialidad_____.
- d) Otro_____

En caso de señalar otro explique cuál usted propone.

9. De haber señalado necesario el inicio del programa con un módulo Introdutorio básico de Atención Primaria de Salud señale por orden de prioridad sus propuestas temáticas.

No	TEMÁTICAS	Si	No
1	Análisis de la Situación de Salud		
2	Comunicación Social		
3	Familia		
4	Dispensarización		
5	Participación Comunitaria		
6	Intersectorialidad		
7	Otros		

ANEXO # 2. Cuestionario a tutores.

**REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
MISIÓN MÉDICA CUBANA
ESTADO CARABOBO**

Estimado colega:

El siguiente cuestionario forma parte de una investigación para perfeccionar el proceso docente para los médicos venezolanos que se inician en Programa de la especialidad en Medicina General Integral en la República Bolivariana de Venezuela, se propone realizar una propuesta de Módulo Introductorio para los residentes venezolanos. La misma es absolutamente anónima y los datos serán tratados con absoluta confidencialidad.

Si tiene alguna duda al responder, por favor solicite las aclaraciones que necesite.

Por su colaboración....**GRACIAS**

Cuestionario:

1- Experiencia docente:

1.1- Si ___ años _____ 2.2- No ___

2- ¿Considera usted que los residentes venezolanos que se encuentran realizando la especialidad en Medicina General Integral están preparados al iniciar la residencia en Medicina General Integral para cumplimentar las actividades de atención a la familia y a la comunidad?

2.1- Si ___ 2.2- No ___ De responder no argumente:

3- ¿Considera usted que los residentes venezolanos al iniciar la especialidad en Medicina General Integral deben recibir una preparación previa para poder familiarizarse con el programa de la especialidad?

3.1- Si ____ 3.2- No ____

¿Por qué? _____

4- ¿Considera necesario que se incluya en el programa de la especialidad de Medicina General Integral para médicos venezolanos un Módulo Introdutorio para que ellos se familiaricen con la especialidad?

4.1- Si ____ 4.2- No ____

5- ¿De proponer usted un módulo introductorio básico de atención primaria de salud que temas incluiría?

ANEXO # 3. Entrevista a expertos.

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA MISIÓN MÉDICA CUBANA ESTADO CARABOBO

Estimado profesor:

El siguiente cuestionario forma parte de una investigación para perfeccionar el proceso docente para los médicos venezolanos que se inician en Programa de la especialidad en Medicina General Integral en la República Bolivariana de Venezuela y con el objetivo de realizar la propuesta de un Módulo Introdutorio para los residentes venezolanos. La misma es absolutamente anónima y los datos serán tratados con absoluta confidencialidad.

Por su colaboración....**GRACIAS**

Guía de la entrevista:

1- ¿En su opinión y teniendo en cuenta su experiencia docente en el proceso de formación de especialistas en Medicina General Integral realice una valoración de cómo han afrontado este programa de especialidad los médicos venezolanos con respecto a las acciones dirigidas hacia la atención primaria?

2- El programa de la especialidad en Medicina General Integral para residentes venezolanos no tiene en su diseño un módulo introductorio que pueda ayudarlos a familiarizarse con la especialidad **¿En su opinión que considera usted con respecto a esta temática?**