

TENDENCIAS DE LA EDUCACIÓN MÉDICA ORIENTADA A LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD¹

Borroto Cruz ER, Lemus Lago ER, Aneiros-Riba R.

Tomado de: Atención primaria de salud. Medicina Familiar y educación médica. Cap 2. pp 65-130. Biblioteca de Medicina Volumen XXXIV Universidad Mayor de San Andrés, La Paz, 1999.

Para el abordaje de las tendencias de la educación médica orientada a la atención primaria en salud se hace necesario analizar las relaciones existentes entre las necesidades sociales de salud en la contemporaneidad y la educación médica. Las relaciones objeto de análisis se presentan de forma simplificada en la siguiente figura, que será marco de referencia para el desarrollo de este capítulo.

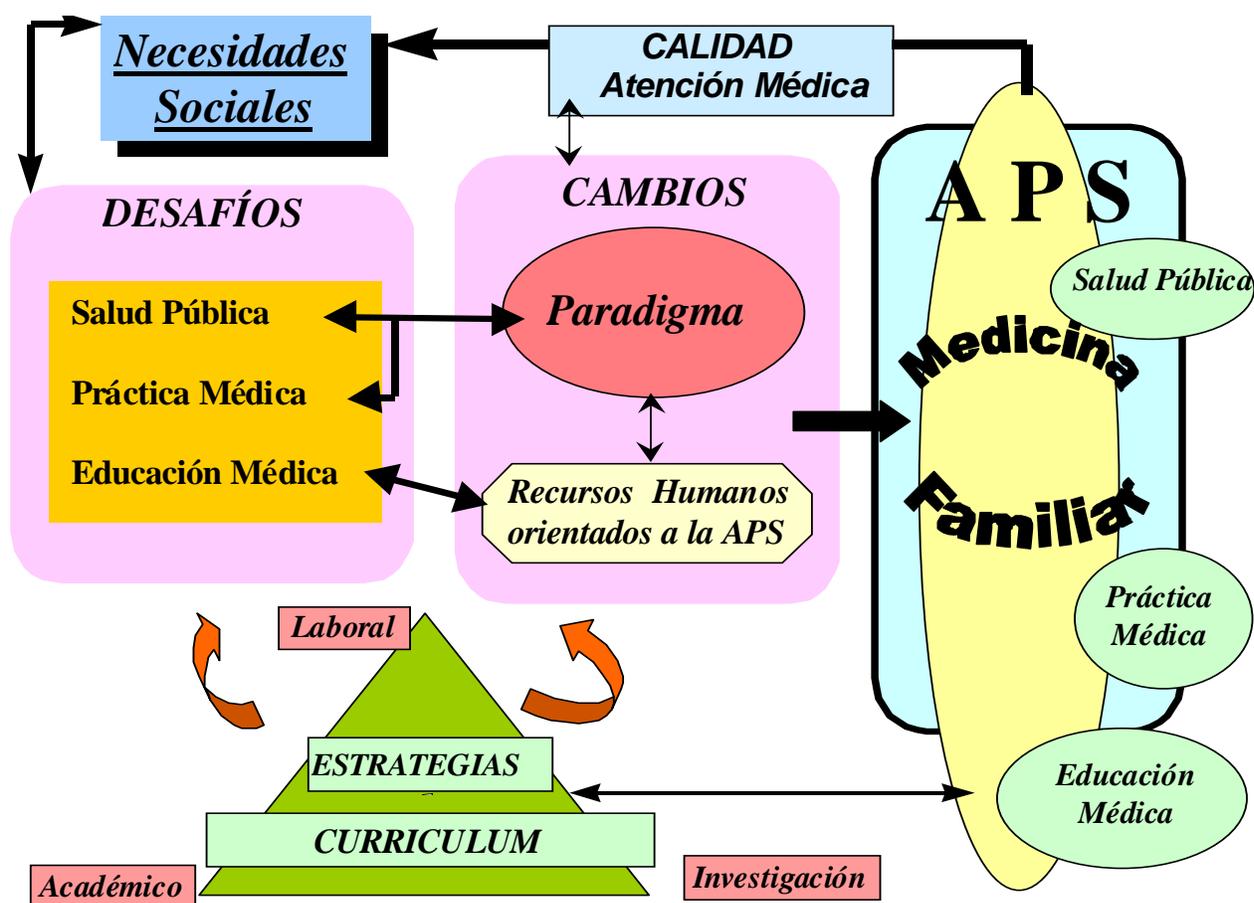


FIGURA 1. ESQUEMA DEL CAPITULO II

¹ Maestría en Educación Médica. Material de Estudio. [CD-ROM]. La Habana: ENSAP-GIESP-CDS; 2002-2005.

El mundo se aproxima al tercer milenio inmerso en múltiples transformaciones que involucran las principales esferas de la actividad humana: la economía, la política, la naturaleza y el ambiente, el pensamiento social, filosófico y ético, la ciencia y la tecnología. Algunas características que demuestran estas transformaciones son las siguientes:

- ◆ Globalización económica con tendencia a la globalización política, socio-cultural e ideológica
- ◆ Armonización de economías nacionales a economía globales
- ◆ Concentración de la riqueza versus extensión e intensidad de la pobreza de grandes grupos poblacionales
- ◆ Desempleo, marginalización de grandes grupos poblacionales, el número de personas en condiciones de pobreza extrema se duplicó entre 1975 y 1990. En la actualidad más de 1.300 millones de seres humanos viven en la indigencia.
- ◆ El “libre mercado” es cada vez más controlado por los países ricos y los grandes centros financieros
- ◆ Tendencia a la disolución del Estado-Nación versus fuerte lucha de las sociedades por mantener su individualidad y tipicidad
- ◆ Tendencia a crisis de gobernabilidad dada por la incapacidad de gobiernos para dar respuesta a las demandas de la comunidad
- ◆ Sometimiento de la ciencia a la tecnología y de la tecnología al dinero
- ◆ Utilización indiscriminada del desarrollo tecnológico
- ◆ Dominio cultural del mundo por los grupos poderosos
- ◆ Exacerbación del individualismo y la desintegración social
- ◆ Menciones cada vez más frecuentes de los derechos humanos acompañados de políticas de desarrollo, de las que quedan excluidos “ quienes carecen de poder”
- ◆ Cambios ambientales: agujero de la capa de ozono, lluvia ácida, efecto invernadero, contaminación de los mares
- ◆ Era de los microprocesadores y desarrollo de la informática y la Comunicación Planetaria (aldea global)
- ◆ Profunda crisis teórica del pensamiento social. Declaración del fin de la historia y de la ideología (postmodernismo)
- ◆ Cuestionamiento de los paradigmas utilizados, no solamente para explicar e interferir en la vida humana, sino también para acumular y sistematizar el saber
- ◆ Aumento poblacional, con incremento del adulto mayor de 65 años.

En la esencia que subyace a la expresión de estas características conflictivas que tipifican las transformaciones en que se encuentra inmerso nuestro mundo en los albores del tercer milenio, aparece la contradicción principal entre la tendencia a la globalización

del desarrollo económico, con su correlato político y sociocultural y la diversidad de ese propio desarrollo en el marco de las sociedades particulares.

Estas y otras características que se presentan a manera de mosaico, se constituyen en los contextos específicos que determinan el tipo de organización y prestación de servicios de salud potencialmente realizables, a la vez que definen los grandes desafíos a encarar por el sector salud a escala mundial, regional y nacional.

I. NECESIDADES SOCIALES Y ATENCION PRIMARIA EN SALUD

A continuación se presentan algunos datos tomados de diversas fuentes^{2,3,4,5} que permiten aproximarnos a las principales necesidades sociales de salud en la contemporaneidad.

- En unos 30 países en desarrollo, en la mayoría de los casos, naciones africanas del sur del Sahara, el VIH/ SIDA amenaza y hasta revierte los avances logrados en la lucha contra la mortalidad infantil
- En 1996, se registraron 3,1 nuevos casos de infección con el VIH, de los cuales 2,7 millones correspondieron a adultos y 400 000 a niños.
- Se calcula que a nivel mundial, el número de personas con el VIH/SIDA es del orden de los 23 millones, de los que 2,6 millones son niños.
- Diariamente unos 1000 niños mueren de SIDA en todo el mundo. Hasta diciembre de 1996, el SIDA había sido la causa de muerte de 1,4 millones de niños.
- Para el año 2000, unos 5 millones de niños se habrán quedado huérfanos por causa del SIDA.

La situación sanitaria a escala mundial, en el entorno antes descrito, presenta algunas coincidencias entre los problemas de salud del inicio y del fin de siglo. La tuberculosis, las enfermedades diarreicas, el cólera, el dengue y otras enfermedades transmisibles concomitan con las enfermedades crónicas no transmisibles y con el suicidio y los accidentes, la drogadicción, el abuso y la violencia, el abandono familiar y la soledad, los trastornos de salud mental entre otras de causa principalmente social.

...la tasa de actividad económica de las mujeres aumentó del 34% a casi el 40%.
340 mill de mujeres no sobrevivirán hasta los 40 años y entre un cuarto y la mitad de todas las mujeres han sufrido abuso físico de un compañero íntimo..

...la tasa de mortalidad de niños pequeños se redujo de 76 por mil nacidos vivos a 58.
DE LOS VIVOS casi 160 millones están desnutridos y más de 250 mill son niños trabajadores....

² Motta PR. Manual sobre tendencias contemporáneas en la gestión de la salud. Washington Dc, OPS. Serie Paltex VoII (1), 1996:1

³ Salud para todos en el siglo XXI.OMS.1998

⁴ Hechos y Cifras. UNICEF.1996

⁵ Hechos del Reporte Mundial de Salud. 1998

Desde 1978, el número de **enfermedades emergentes o reemergentes infecciosas** asciende a 29 y se constata la proliferación de organismos fármaco resistentes. Entre estas la Fiebre de Ebola, el SIDA, la Meningoencefalitis cerebroespinal, el cólera, la Enfermedad de Chagas ocupan lugares principales.

En cuanto a las **enfermedades crónicas no transmisibles** se estima que serán la causa principal de mortalidad y discapacidad en el mundo para el decenio de 2020 tanto en los países desarrollados donde ya hoy lo son, como en los países en vías de desarrollo. En los países industrializados más de 300 personas por cada 1000, probablemente morirán por enfermedades cardíacas después de los 65 años de edad y más de 200 morirán de cáncer en los inicios del tercer milenio.

País	Mortalidad enfermedades del corazón (1992)		Mortalidad enfermedades del corazón Hombres (1992)		Mortalidad por Cáncer de Pulmón Mujeres (1992)		Mortalidad por Cáncer de Pulmón Hombres (1992)	
	A	B	A	B	A	B	A	B
Alemania	190.1	4	837.1	6	95.4	5	418.4	4
Canadá	200.2	5	798.8	5	247.6	7	421	5
Francia	65.4	2	387.7	2	64.6	2	516.9	8
Italia	112,1	3	579.6	4	80.8	4	488.5	7
Japón	44.5	1	162.4	1	70	3	188.2	2
México	234.6	6	553.9	3	54	1	118.2	1
Reino Unido	323.4	8	1,244.5	8	178.4	6	364.5	3
Estados Unidos	305.7	7	951.9	7	259.2	8	476.4	6

A: Tasa 1 x 100,000 B: Lugar ocupado
 Tomado de: Marshall R. The health Report. MacLean: Canada's weekly newmagazine. Junio15, 1998: 32.

Cuadro I. Mortalidad por Enfermedades Crónicas No Transmisibles

Los **cambios demográficos** impactan la situación socio sanitaria mundial. Algunos datos principales así lo evidencian:

- En 1955, la población mundial fue de 2,800 millones de habitantes. En 1998 es de 5,800 millones. Incrementará aproximadamente 80 millones por año para alcanzar 8 000 millones en el año 2025. En 1998, la pirámide poblacional cuenta con 613 millones de niños por debajo de 5; 1700 millones entre 5 y 19 años; 3 100 millones entre 20-64 y 390 millones de 65 y más años.
- En 1955 había 12 personas de más de 65 años por cada 100 menores de 20. En 1998, la relación era de 16/100. En el 2025 será de 31/100.

...más de 260 millones de niños no asisten a la escuela de nivel primario y secundario.

...la producción per cápita de alimentos aumentó 25%, la oferta diaria per cápita aumentó de menos de 2500 a 2750, NO OBSTANTE más de 840 millones de personas están desnutridas, el consumo general del quinto más rico de la población mundial es 16 veces el del quinto más pobre..

...el PIB real per cápita aumentó a una tasa medial anual superior al 1% NO OBSTANTE casi 300 mill de personas viven con menos de 1 dólar diario

- El número de personas de más de 65 años incrementará de 390 millones en 1998 a 800 millones en el 2025, alcanzando el 10% de la población total.
- En el 2025, se esperan incrementos hasta de un 300% de la población mas vieja en países en desarrollo, especialmente en América Latina y Asia.

La **esperanza de vida** al nacer se ha incrementado de manera general sin escapar de la desigualdad entre las diferentes regiones del planeta:

- Mas de 50 millones de personas viven actualmente en países con esperanza de vida inferior a 45 años.
- Cerca de 5000 millones de personas en 120 países tienen actualmente esperanza de vida superior a los 60 años.
- Cerca de 300 millones de personas viven en 16 países donde la esperanza de vida decreció entre 1975 y 1995.

La **estructura porcentual de muerte por grupos de edades** muestra que se ha venido produciendo modificaciones que continuarán manifestándose en el primer cuarto del próximo siglo que originan nuevos retos a los sistemas y servicios de salud:

Año	% < 5 años	% 5-19	% 20-64	% 65 y más
1955	40	10	28	21
1995	21	7	29	43
2025	8	3	27	63

Cuadro II. Estructura Porcentual de Muerte por Grupos de Edades

Al propio tiempo debe señalarse que la tasa de mortalidad de menores de cinco de los países menos desarrollados -173 muertes por 1000 nacidos vivos- es casi 20 veces superior a la de los países desarrollados.

En los países subdesarrollados mueren anualmente 12 millones de niños menores de cinco años el equivalente a unas 33 000 muertes infantiles por día principalmente debidas a enfermedades fácilmente prevenibles.

Según los indicadores básicos de los estados miembros de la OMS⁶ la mortalidad infantil en niños menores de 1 año (por 1000 nacidos vivos) fue de 87 en 1978 y de 57 en 1998. Sin embargo, en 58 países ella fue superior al promedio mundial y en 20 casos fue superior a 100 por 1000 nacidos vivos.

En cuanto a la **situación de salud en los distintos grupos de edades**, puede apreciarse que:

⁶ Información asequible en URL www.who.org/whr/1999/en/annex1.htm

➤ Niños menores de 5 años

- Para el 2025, todavía habrá 5 millones de muertes de niños menores de 5 años; 97% de ellas en países en desarrollo y la mayor parte debido a enfermedades infecciosas tales como neumonía y diarrea, combinado con desnutrición.
- Todavía se producen 24 millones de nacimientos de niños de bajo peso. Ellos son más proclives a morir tempranamente y aquellos que subsisten pueden sufrir de enfermedades, trastornos del crecimiento e incluso problemas en su vida adulta.
- Cerca del 50% de las muertes de niños menores de 5 años se asocia a la malnutrición.

➤ Niños mayores y adolescentes

- Una de las principales amenazas del siglo 21 para los niños será la continua diseminación del SIDA. En 1997, 590 000 niños por debajo de 15 años fueron infectados con el HIV. Esta enfermedad podría revertir algunos de los principales logros en salud infantil alcanzados en los últimos 50 años.
- La transición hacia la adultez estará marcada para muchos niños en los próximos años por causas potenciales de muerte como violencia, delincuencia, drogas, alcohol, accidentes y amenazas sexuales como el SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual. Aquellos que crecen en áreas urbanas pobres tienen un mayor riesgo.
- En 1955, las mujeres entre 15-19 años tuvieron 17 millones de hijos. Debido al crecimiento poblacional, el número esperado para 2025 sólo disminuirá a 16 millones. El embarazo y parto en la adolescencia impone riesgos mayores tanto para la madre como para el hijo.
- En el mundo en desarrollo trabajan más de 250 millones de niños entre cinco y 14 años, lo que equivale a uno de cada cuatro niños, y en muchos casos lo hacen en condiciones de peligro o explotación.

• *Inmunización: Anualmente mueren en el mundo 2,4 millones de niños menores de 5 años a causa de 6 enfermedades que se pueden prevenir mediante la vacunación: La difteria, el sarampión, la tosferina, la poliomielitis, la tuberculosis, y el tétano. 15 USD es el costo promedio de las vacunas, las jeringuillas, las agujas, el equipo de la cadena de frío, la capacitación y los salarios del personal de salud, necesarios para inmunizar a un niño contra las 6 enfermedades infantiles principales.*

• *Carencia de micro nutrientes: Las carencias de yodo, hierro, vitamina A retarda el desarrollo y atenta contra la salud de los niños. Unos 2 000 millones de personas en su mayoría mujeres y niños de los países en desarrollo sufren carencia de, por lo menos, un micro nutriente.*

Cuadro III. Inmunización y micro nutrientes

Fuente : UNICEF. Hechos Y Cifras. 1996

➤ Adultos

- Las enfermedades infecciosas continuarán dominando en los países en desarrollo. A medida que la economía de estos países mejore, incrementará la prevalen-

cia de enfermedades no transmisibles. Esto se deberá en gran medida a la adopción de modos de “vida occidentales” y sus factores de riesgo acompañantes: fumar, dieta rica en grasas, obesidad y falta de ejercicio.

- El cáncer continuará siendo una de las principales causas de muerte en el mundo. Sólo una tercera parte de los cánceres pueden ser curados por detección temprana asociada a tratamiento efectivo.
- En general, más de 15 millones de adultos entre 20-64 años mueren cada año. Muchas de estas muertes son prematuras y evitables.

➤ **Personas ancianas**

- Se prevé que para el año 2020 el número de personas mayores de 65 años habrá aumentado en un 82% en todo el mundo, situándose en más de 690 millones. Los sistemas de prestación de servicios de salud estarán sometidos al desafío de satisfacer las necesidades de la población dadas entre otros aspectos por el incremento de la discapacidad y los trastornos mentales y tendrán la responsabilidad y el gran reto de contribuir al aseguramiento de la calidad de la vida de forma tal que ese aumento de la esperanza de vida al nacer y del envejecimiento poblacional constituya un bien y no una carga para la humanidad.
- Cerca del 80% de las muertes por enfermedad circulatoria ocurren en personas por encima de 65 años. Mundialmente, la enfermedad circulatoria es la causa principal de muerte e incapacidad en los mayores de 65 años.
- El riesgo de desarrollar demencia incrementa mucho en personas de más de 60 años. Las mujeres son más proclives a sufrirla por su mayor longevidad.

En los países subdesarrollados la proporción de **muertes maternas** en un año es de 480 por cada 100 000 nacidos vivos, mientras que la cifra en los países desarrollados es de 27 por 100 000 nacidos vivos. Más de la mitad de las mujeres embarazadas de los países en desarrollo sufren de anemia. Se estima que más del 50% de las muertes maternas podrían ser prevenidas con un estilo de vida saludable, el acceso a servicios de salud de calidad con personal calificado y una atención oportuna especialmente en los casos de complicación.

La **salud en la contemporaneidad** se ve afectada por un conjunto de factores dependientes eminentemente de las desigualdades en las condiciones socio-económicas de existencia de la población. En el mundo industrializado más de 5 millones de personas carecen de hogar y más de 37 millones de personas están desempleadas lo que evidentemente está relacionado con la denuncia de más de 130 000 violaciones por año.

- De los casi 12 millones de niños menores de 5 años que mueren cada año por enfermedades susceptibles de prevención, sobre todo en los países en desarrollo, más de 6 millones, (55%), mueren por causas relacionadas directa o indirectamente con la desnutrición.
- Millones de niños mueren por deshidratación diarreas, debida a la diarrea persistente que se agrava por la desnutrición.
- Se calcula que las carencias de vitaminas y minerales cuestan a algunos países el equivalente de un 5 % de su producto nacional bruto en vidas perdidas, discapacidades y menor productividad.
- Más de 2 millones de personas, en su mayoría mujeres y niños sufren carencia de hierro y la OMS ha calculado que el 51 % de los niños menores de 4 años están anémicos.
- El 50 % del crecimiento económico logrado en el Reino Unido y los países de Europa Occidental entre 1970 y 1980 ha sido atribuido a la mejor nutrición y las mejores condiciones de salud y saneamiento ambiental imperantes como resultados de inversiones sociales que en algunos casos datan de hasta un siglo antes.
- Nutrición y VIH: Es muy conocido que 23 millones de personas han sido afectadas por el VIH. Sin embargo no es muy conocido que la desnutrición afecta el sistema inmunológico de al menos 100 millones de niños de corta edad y varios millones de embarazadas, ninguno de ellos infectados por el SIDA.

Cuadro IV. Nutrición

Fuente: Estado Mundial de la Infancia 1998.

Unos 700 millones de personas, principalmente mujeres y niños inhalan humo en el interior de sus hogares. Las enfermedades dependientes de insuficiente alimentación cuantitativa y cualitativa, las condiciones de acceso a una vivienda salubre y al agua potable y el déficit de saneamiento ambiental pueden verse asociadas a aquellas dependientes fundamentalmente de estilos de vida no generadores de salud, lo que constituye uno de los retos primordiales que enfrentan los sistemas de salud, en particular en los países en vías de desarrollo.

Las **alteraciones de la salud dependientes del comportamiento del hombre** se incrementan; el consumo mundial de tabaco aumentó en un 75% en 20 años y su expansión ha sido mayor en los países en desarrollo, y es causa de 3 millones de muertes al año. Así mismo, existen en el mundo unos 28 millones adictos al alcohol.

¿Qué debe y puede hacer el sector salud para enfrentar estas realidades?

La situación socio-sanitaria bosquejada en páginas anteriores es encarada por un sector salud que no consigue brindar sus servicios con el nivel de equidad, eficiencia, eficacia y calidad requeridas; y que tiene que competir, cada día más, por lograr una mayor participación de la salud dentro de los recursos destinados al desarrollo humano.

El sector salud debe enfrentar la pobreza y la desigualdad no sólo como causas principales, sino como consecuencia de la falta de salud y además tiene el desafío de terminar de romper los esquemas tradicionalistas de atención médica para continuar su desplazamiento hacia la práctica médica con enfoque a la salud y no a la enfermedad, lo que implica lograr transformaciones en los actores, las formas y los lugares de las intervenciones sanitarias, así como trabajar por aumentar el grado de satisfacción de la

población con la atención de salud recibida como una vía para incrementar el acceso y la participación en el proceso de producción social de salud.

Tanto para incrementar la satisfacción con la atención de salud como para orientar cada vez más la práctica médica a la salud, es necesario valorar cómo satisfacer las necesidades sociales básicas de salud en el plano individual.

La percepción que tiene el hombre de las necesidades sociales de salud está básicamente influida por la situación particular que presenta ante una alteración o no de su salud. Toda alteración de la salud modifica en alguna medida las vías de satisfacción de las principales necesidades sociales y biológicas del hombre y limita su desarrollo como ser social. Así:

- La necesidad de conocimiento del mundo y de sí mismo en el enfermo está predominantemente dirigida a la comprensión de lo que sucede con su salud. El individuo necesita comprender su estado de salud.
- La enfermedad puede limitar la necesidad de comunicación y contacto social y esta debe canalizarse en un reducido grupo humano. En caso de producirse un internamiento en el hospital, este grupo puede ser prácticamente desconocido.
- En el sujeto enfermo la necesidad de desarrollar una actividad transformadora que le permita utilizar de manera útil el tiempo está dirigida a la lucha contra la enfermedad. El paciente no desea ser un individuo pasivo, exento de responsabilidades sociales sino necesita colaborar activamente en su restablecimiento.
- En el sujeto enfermo la necesidad de un clima de seguridad social que garantice el libre y total desarrollo del individuo se manifiesta de modo general circunscrita a su problema de salud. En el hombre sano esta necesidad se expresa en distintas vertientes: deseo de paz y estabilidad social, bonanza socioeconómica y otras; en el hombre enfermo existe un objetivo priorizado, del cual depende toda su seguridad social: sanar lo más pronto posible.

Tanto la situación sanitaria del mundo actual, como el imperativo de satisfacer las necesidades sociales objetivas del individuo constituyen desafíos para la salud pública, y los servicios de salud. Estas circunstancias imponen a la reforma del sector salud el profundo reto de trazar estrategias que den solución a las múltiples necesidades sociales de la humanidad. Entre las posibles estrategias para el siglo XXI destacan la **formación y perfeccionamiento de recursos humanos más pertinentes a las necesidades de salud y a la estrategia de APS.**

La Atención Primaria de Salud (APS) es la estrategia principal para la aproximación a la solución de las necesidades de la sociedad en el tema salud, definida por la Asamblea Mundial de la Salud desde 1978 en Alma Ata. Dos decenios más tarde aún la meta de Salud para Todos, declarada en esta misma asamblea, no se ha cumplido pero sin dudas la APS mantiene su vigencia, como ya se fundamentó en el Capítulo 1, y tiene resultados que ofrecer si se aplican consecuentemente sus principios.

En la recién concluida XXIII Reunión de Ministros de Salud del Movimiento de Países No Alineados⁷, “ los Ministros de Salud y Jefes de Delegaciones destacaron que el contexto actual, político y económico, está marcado por la globalización y la liberación del comercio, incluidos los servicios de salud y las tecnologías e insumos materiales esenciales para esos servicios, el incremento de las comunicaciones y las implicaciones del neoliberalismo y sus corrientes privatizadoras en la organización y prestación de servicios de salud. Las condiciones existentes han incidido en que prevalezcan, junto a una mayor participación y organización social, la falta de equidad en la distribución de ingresos y servicios, la urbanización acelerada y la existencia de un mosaico epidemiológico donde coexisten enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes, además de las enfermedades crónicas no transmisibles y los cambios demográficos. A ello se añade; en lo político, los procesos de descentralización y las crisis de gobernabilidad”.

La corrección de la falta de equidad en materia de salud en la situación existente es sin dudas, una importante motivación de la Reforma Sanitaria. Para responder a este desafío la Reunión de Ministros de Salud⁸ de Países No Alineados definió orientar las acciones a dos objetivos:

1. Convertir la salud en un elemento central del desarrollo.
2. Organizar y desarrollar sistemas de salud sostenibles que respondan a las necesidades de la población, en especial los grupos más vulnerables.

El primer objetivo implica fomentar la salud en todos los terrenos, adaptar las políticas sanitarias sectoriales, lograr la adopción de políticas públicas saludables y asegurar que la salud ocupe un lugar de primera prioridad en la agenda política y en la planificación del desarrollo sostenible.

El segundo objetivo debe garantizar el acceso equitativo a las funciones sanitarias esenciales como son:

- Propiciar una atención de calidad a la salud durante la vida
- Prevenir y controlar enfermedades y proteger la salud
- Fomentar la legislación que reglamente y sirva de apoyo a los sistemas de salud.
- Desarrollar sistemas de información sanitaria
- Desarrollar una vigilancia sanitaria activa
- Fomentar la utilización de los adelantos de la ciencia y la técnica relacionadas con la salud
- Asegurar acceso sostenible a medicamentos seguros y de costo asumible
- Formar los recursos humanos necesarios para la salud y mantener su desarrollo

⁷ Reunión celebrada en la Habana, Cuba, los días 25 y 26 de Junio de 1998 con el tema “ la Reforma del Sector Salud a las puertas del siglo XXI con énfasis en las estrategias de salud para todos “.

⁸ Proyecto de Declaración Final XXI Reunión de Ministros de Salud del Movimiento de Países No Alineados. Cuba. 1998

- Preservar la calidad del medio ambiente en función de la salud individual y colectiva

Por otra parte en los Objetivos⁹ Trazados por la Organización Mundial de Salud hasta el año 2020 se expresan conceptos y tareas armónicos con la estrategia de APS:

- Reducir las desigualdades en materia de salud y utilizar índices de equidad sanitaria tales como el retraso del crecimiento infantil.
- Mejorar las tasas de supervivencia y la calidad de vida, reflejadas principalmente en la reducción de la mortalidad materna e infantil y el aumento de la esperanza de vida.
- Erradicar y eliminar determinadas enfermedades (sarampión, filariasis linfática, enfermedad de Chagas, lepra, tracoma, y carencia de vitamina A y de yodo).
- Invertir las tendencias epidemiológicas mundiales de la tuberculosis, del VIH/SIDA, del paludismo, de las enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco, y de la violencia y los traumatismos.
- Mejorar en todos los países el acceso al agua potable, al saneamiento, a la alimentación y a la vivienda en condiciones de salubridad.
- Promover los modos de vida sanos y combatir los perjudiciales para la salud en todos los países.
- Elaborar y aplicar políticas nacionales congruentes con la Salud para Todos, y vigilar su aplicación.
- Mejorar en todas partes el acceso a una asistencia sanitaria esencial e integral de alta calidad.
- Establecer y fortalecer sistemas operacionales mundiales y nacionales de información y vigilancia en materia de salud.
- Desarrollar y mejorar programas de investigación sanitaria a nivel mundial, regional y nacional.

Es evidente que la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud y los Ministros de Salud de Países No Alineados consideran que la APS continúa siendo la principal estrategia para lograr equidad y calidad en salud.

¿Qué problemas enfrenta la educación médica contemporánea para responder a los desafíos que se le exigen?

II. ATENCION PRIMARIA DE SALUD Y EDUCACION MÉDICA

En este trabajo se hace referencia a algunos de los principales problemas que encara la Educación Médica para dar respuesta a las necesidades sociales y al nuevo tipo de práctica médica que se precisa, partiendo de la estrategia definida de Atención Primaria de Salud. A continuación se enuncian algunos de estos problemas:

⁹ Salud para todos en el siglo XXI. Objetivos Mundiales para 2020. 1998 : 15

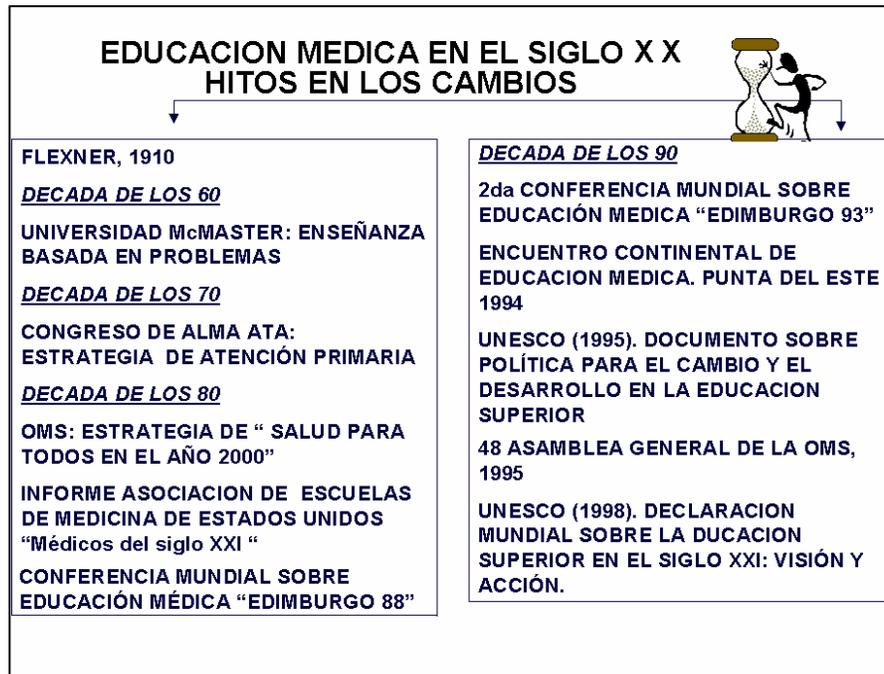
- ◆ En la enseñanza de grado los planes de estudio actuales no están organizados en bases a los problemas comunes del país en particular. La enseñanza cubre típicamente un reducido espectro de problemas de salud.
- ◆ El entrenamiento de la formación de grado se desarrolla predominantemente en el ámbito hospitalario donde los estudiantes se relacionan con un conjunto de problemas que son cada vez menos representativos de los problemas de salud que se enfrentan en la práctica médica desarrollada en la comunidad.
- ◆ Dicotomía entre los diseños curriculares de las ciencias médicas y las necesidades sociales.
- ◆ Claustros de profesores formados en un enfoque eminentemente biologicista encargados de preparar a las nuevas a las nuevas generaciones de profesionales para desarrollar una práctica médica en la APS que requiere de un enfoque biosicosocial.
- ◆ Insuficiente cantidad y calidad de programas de posgrado de Medicina Familiar.
- ◆ Ausencia de reconocimiento, en algunas regiones y países, de la Medicina Familiar como especialidad y principal efectora de la Atención Primaria de Salud.
- ◆ Dificultades en la comprensión de la necesidad de integrar la atención preventiva y curativa.
- ◆ Déficit de liderazgo académico y profesional en la Medicina Familiar.
- ◆ Déficit de especialistas en Medicina Familiar actuando como profesores de las disciplinas correspondientes en pregrado y en postgrado.
- ◆ Profesores de Medicina Familiar procedentes de otras especialidades médicas.
- ◆ Predominio de la enseñanza de la Medicina Familiar por sumatoria de diversos perfiles de especialidades versus la enseñanza integrada de conocimientos que responda a los enfoques de la práctica de la Medicina Familiar en la APS.
- ◆ Educación Médica orientada a favor de la formación de especialistas de perfil estrecho en hospitales.
- ◆ Insuficiente reconocimiento de la necesidad de desarrollar en el profesional de la salud habilidades para la comunicación individual y social.
- ◆ Predominio en las universidades de la investigación biomédica que consume la mayor parte de los recursos financieros destinados a la investigación y desarrollo.

¿Qué sucede en la educación médica contemporánea?

II. 1 La educación médica en los albores del tercer milenio.

II.1.1 Hitos en los cambios de la educación médica en el siglo XX

El siglo XX ha sido rico en la introducción de experiencias en el campo de la formación de los recursos humanos en salud¹⁰.



En 1910 se produce el informe Flexner¹¹ a partir del estudio de la educación médica en 155 escuelas de medicina de Estados Unidos y Canadá en el cual se elaboraron un conjunto de recomendaciones. Su propuesta gira en torno al papel del médico en el tratamiento de la enfermedad, llegando a plantear que de no existir enfermedades el papel que juega el médico en la sociedad no sería necesario.

Según Rodríguez¹² lo más trascendente de su estudio es la contribución a la consolidación de un modelo biomédico clínico evidentemente individual y curativo, reflejo en lo educativo de ese modelo de concepción y práctica de la medicina, respaldado por la creciente consolidación de lo que habría de constituirse en el poderoso complejo médico industrial. Sus recomendaciones introdujeron cambios en el curriculum de Medicina, esencialmente en lo referente a la elaboración de programas académicos estandariza-

¹⁰ Byrne N, Rosental M. Tendencias actuales de la educación médica y propuesta de orientación para la Educación Médica en América Latina. Rev. Educación Médica y salud. Organización Panamericana de la Salud. 1994; 28: 53-93

¹⁰ Flexner A. Medical education in the United States and Canada. New York Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, 1910.

¹² Rodríguez MI. Toma de posición frente a las experiencias evaluativas en Educación Médica. Encuentro Continental de Educación Médica, Uruguay, 1994.

dos en los que las ciencias básicas sientan en los primeros dos años, las bases para la formación clínica ulterior.

Este modelo inicialmente desarrollado en los Estados Unidos, tuvo amplia repercusión y progresivamente acaparó la enseñanza médica universitaria, con la denominada medicina científica, y su impacto se ha mantenido inalterable por varias décadas.

En las últimas 4 décadas, se han producido un conjunto de acontecimientos que indudablemente sientan las bases para lo que será un nuevo paradigma de la educación médica en el siglo XXI. Ellos son:

En la década de los 60, el trabajo desarrollado en la Universidad de McMaster^{13, 14} que introdujo la enseñanza basada en problemas que se extendió a múltiples escuelas de medicina del mundo. En la década de los 70, el congreso de Alma Atá, sobre atención primaria de la salud¹⁵, concentró la atención de todos en la educación para la atención primaria de la salud y generó las bases para que la OMS desarrollara en 1981 la estrategia de "Salud para todos en el año 2000" y que indudablemente ha influido en forma notable en el desarrollo de currícula orientados a la comunidad y en el surgimiento de nuevas áreas de enseñanza tales como educación y promoción de la salud, así como en el auge de la epidemiología social, la demografía y las ciencias de la conducta.

En los 80, se produce el informe de la Asociación¹⁶ de Escuelas de Medicina de Estados Unidos "La Educación Profesional General de los Médicos del Siglo XXI", que propugnaba entre otros elementos:

- ✓ la reducción de las conferencias y su duración;
- ✓ enfatizar la promoción de salud y la prevención de enfermedades;
- ✓ integración de la educación básica y clínica
- ✓ la solución de problemas en forma activa por parte de los estudiantes.

Es también en esta década, en el contexto de la conferencia mundial sobre educación médica, donde se produce la declaración de Edimburgo (1988), que orientó la formación de recursos humanos en salud en el sentido de la producción de médicos que promuevan la salud de toda la población. Propugna que la educación debe integrar la salud y su promoción, los problemas comunitarios y la comprensión de la persona en su totalidad; los valores sociales y morales, las habilidades de comunicación; orienta el desarrollo de métodos activos y autodirigidos para promover la capacidad de los estudiantes de aprender y de comunicarse. Todo ello en armonía con las estrategias de atención primaria en salud y de "Salud para Todos en el año 2000".

¹³ Neufeld UVR, Barrows HS. The McMaster philosophy: an approach to medical education. *J. Med. Education* 1974; 49:10401050.

¹⁴ Neufeld UVR, Woodward CA. The McMaster MD program. A case study of a renewal in medical education. *Acad Med*, 1989; 64:423.432.

¹⁵ World Health Organization. Primary health care. Alma Ata Health for All. Series 1. Geneva, WHO, 1978.

¹⁶ Association of American Medical Colleges. Physicians for the XXIst Century. Report of the Project Panel on the General Professional Education of the Physicians. Washington, DC, AAMC, 1984.

Por otra parte, el documento elaborado por la fundación Robert-Wood Johnson¹⁷ llega a la conclusión de que al estarse produciendo cambios continuos en los modelos de enfermedad y la transformación de la práctica médica, así como las tendencias a privilegiar los aspectos preventivos hacen necesario que los estudiantes profundicen sus conocimientos en ciencias sociales, comportamiento, epidemiología clínica, ciencias de la información y de la comunicación y que los procesos capacitantes se desarrollaran más allá de los muros de los centros de atención secundaria y terciaria, con la extensión a las áreas de atención primaria. Entienden que el cambio de paradigma en las ciencias a partir del despegue de la biología molecular, celular, estructural y neural tiene que armonizarse con el desarrollo de las nuevas necesidades de salud, con una determinación eminentemente social y constituyen condición necesaria para reformar la educación médica.

En la segunda conferencia mundial sobre educación médica (Edimburgo, 1993) se abordaron como ejes temáticos:

- ✓ El contexto mundial, desde el punto de vista político, económico, social, ético y los derechos de los pacientes.
- ✓ El cambio de la práctica médica hacia la priorización de la atención primaria, la prevención y la promoción de la salud, y
- ✓ El crecimiento del conocimiento y los avances tecnológicos

a partir de los cuales y analizando la declaración de Edimburgo 1988 se realizaron propuestas de acciones concretas para contribuir al desarrollo de la educación médica y su declaración final culmina con la siguiente reflexión “La Cumbre está convencida que estas reformas son necesarias si las instituciones de educación médica han de responder con eficacia a las necesidades de sus sociedades y formar médicos con la calificación técnica, social y moral requerida para el profesional del mañana”.

En 1995 la UNESCO elabora un documento sobre política para el cambio y el desarrollo en la educación superior¹⁸ que ha sido de objeto de análisis y debate en diversos foros internacionales que han originado reflexiones y planes de acción que de alguna forma impactan también la educación médica.

II.1.2 Hacia el tercer milenio

A partir del análisis de la situación actual de la educación médica hemos considerado conveniente clasificar el conjunto de tendencias que impactan desde ya la calidad de la formación médica y por ende la atención en salud, en 6 ejes principales: (1) Estrategias; (2) Curriculum: diseño y ejecución; (3) Evaluación: nuevos métodos y enfoques; (4) Proceso enseñanza-aprendizaje; (5) Rol de docentes, estudiantes y comunidad en la educación médica; y (6) Rol de la Universidad.

¹⁷ Marston RD, Jones RM (Eds). Medical education in transition. Princeton, The Robert-Wood Johnson Foundation, 1992.

¹⁸ UNESCO. Documento de Política para el Cambio y el Desarrollo en la Educación Superior. UNESCO, Paris, 1995.

□ **Estrategias**

- Formación médica orientada a la calidad: satisfacción óptima de las necesidades de salud.
- Integración docencia-asistencia-investigación como base para la formación médica de calidad: disminución de la brecha educación médica - práctica médica.
- Educación multiprofesional para el desarrollo de equipos de trabajo.
- Educación médica en los servicios de salud: educación en el trabajo en el mundo real de la práctica laboral.
- De la educación de grado al postgrado y la educación permanente.
- Educación médica orientada a la comunidad: desarrollo de la atención primaria de salud y la Medicina Familiar.

□ **Curriculum: diseño y ejecución.**

- Formación social y humanística: incremento de los contenidos en las áreas de ética, ciencias sociales, comunicación, humanidades médicas, antropología, historia de la medicina; del aula a los servicios y la comunidad.
- Diseño curricular más pertinente a las necesidades de salud.
- Estructuración curricular: de primacía de los Departamentos y Cátedras a privilegiar el enfoque multi e interdisciplinario.
- Equilibrio curricular entre las áreas centradas en “la enfermedad” y las centradas en “la salud”; entre las centradas en la curación y rehabilitación y las centradas en la promoción, prevención y educación para la salud; de la orientación en la enfermedad a la orientación en la salud.
- Formación hacia la salud: incremento de contenidos de promoción y educación para la salud: desarrollo de habilidades de intervención.
- El curriculum como problema científico: desarrollo de la investigación educacional como reflexión crítica de la práctica docente. Investigación-acción.
- El profesor como profesional activo en la construcción del curriculum: no planificación cupular.
- Armonía entre las actividades teóricas y las prácticas, privilegiando estas últimas; acceso a la teoría motivado por una necesidad práctica.
- Respuesta del diseño curricular de la educación médica a los cambios en los patrones epidemiológicos, demográficos y de los servicios de salud.
- Desarrollo de conocimientos y habilidades para el desempeño exitoso en la dimensión interpersonal de la atención médica: priorización de las habilidades comunicativas y las de intervención socio-psicológica sobre el individuo, la familia y la comunidad.
- Desarrollo de generalistas especializados en equilibrio con especialistas de perfil estrecho (paradigma emergente atención primaria de salud).
- Desarrollo de la educación médica en diversos escenarios: incremento del tiempo presencial en el nivel primario.

- Determinación del proceso salud-enfermedad: del biologicismo al énfasis eminentemente social.
- Aseguramiento de la integración horizontal y vertical; entre ciencias básicas, clínicas y socio-epidemiológicas y entre los niveles de atención primario, secundario y terciario.
- Ética pedagógica y médica en la formación de los recursos humanos en salud: valor del ejemplo.
- La investigación como eje en el diseño curricular: énfasis en el desarrollo del pensamiento científico.
- Desarrollo y expansión de la informática médica
- Disminución de la sobrecarga de los planes de estudio: definición de ejes conductores básicos obligatorios: contenidos suplementarias opcionales; contenidos alternativos electivos
- Definición de áreas para colaboración interdisciplinaria.

□ **Proceso enseñanza-aprendizaje**

- De la enseñanza al aprendizaje.
- De la enseñanza pasiva a la activa: de la centrada en el profesor a la centrada en el estudiante.
- Métodos de enseñanza: de pasivos a activos; auto dirección del aprendizaje como objetivo principal.
- Curricula y enseñanza aprendizaje: de la memorización a la solución de problemas.
- Integración de la enseñanza desde niveles moleculares a los sociales, desde las ciencias básicas a las clínicas y desde el individuo a la comunidad.
- Prioridad a enseñanza de las técnicas de búsqueda de información sobre las de transmisión de información.

□ **Evaluación: nuevos métodos y enfoques**

- Evaluación: formativa durante el proceso de enseñanza/aprendizaje y certificativa al concluir con prioridad a la evaluación de habilidades prácticas.
- Evaluación, acreditación y certificación externa de las unidades.
- Evaluación externa como reguladora del proceso y control de la calidad.
- Desarrollo de nuevos métodos de evaluación de la competencia clínica y el desempeño profesional de mayor validez y fiabilidad.

□ **Rol de docentes, estudiantes y comunidad en la educación médica**

- Participación de los estudiantes en el diseño curricular y la evaluación.
- Selección de los estudiantes al ingreso en áreas cognitivas, motivacionales, así como relativas a sus habilidades.
- Selección de docente por capacidad y habilidades para la enseñanza.

- Rol de los estudiantes: de pasivo-receptivo a activo-productor.
- Superación de los docentes en su práctica: perfeccionamiento profesional y formación pedagógica.
- Participación de la comunidad en la toma de decisiones respecto a la educación médica.
- Participación de los estudiantes y la comunidad en la evaluación de la educación y la práctica médica.
- La formación y superación académica como pre-requisito para el cambio educativo.
- Articulación armónica entre la enseñanza secundaria y la universitaria, como pre-requisito para un estudiante de calidad.
- Mecanismo más riguroso de selección, superación y evaluación de los docentes y directivos del sistema.
- Superación profesoral: de espontánea e individual a estructurada (maestrías y doctorados).

□ ***Rol de la universidad***

- El intercambio internacional como fuente de enriquecimiento y desarrollo de la universidad.
- La Universidad Médica como centro generador de conocimientos y resultados científicos para mejorar la educación y la práctica médica.
- Búsqueda de nuevas fuentes de financiación por las universidades: introducción o aumento de los derechos de matrícula
- Competencia por la ubicación laboral: principal evaluador externo de la calidad del proceso formador universitario.
- Del marco académico institucional al medio social.
- Mantenimiento de buenas relaciones de la universidad con el estado y la sociedad, basadas en los principios de autogobierno. El estado asume acciones de regulación y evaluación externa.
- Análisis entre empleadores y universidades para balance de la fuerza laboral.

El análisis de contenido de estas tendencias evidencia que en la educación médica contemporánea están presentes teorías y acciones armónicas con la estrategia de atención primaria en salud y en particular con la formación de un médico de familia cada vez más preparado para transformar el paradigma de práctica médica aun vigente en forma predominante.

Todas ellas constituyen factores que legitiman la discusión y el desafío por la excelencia en la formación de recursos humanos en el marco de un mundo cada vez más globalizado económica, política y socialmente. Para ser capaces de influenciar las expectativas de alcanzar un mayor desarrollo en la atención en salud en el tercer milenio, las universidades están urgidas de asegurar la calidad en la formación y práctica médica, así como garantizar la pertinencia de la educación médica en el marco de satisfacer las necesidades de salud de la población.

II.2. La Atención Primaria de Salud y la Medicina Familiar en los currícula de las Ciencias de la Salud

Con el fin de obtener una información preliminar sobre las tendencias actuales de la bibliografía en torno a la estrategia “*Educación médica orientada a la comunidad: desarrollo de la atención primaria de salud y la Medicina Familiar*” citada anteriormente, se efectuó una búsqueda bibliográfica empleando el sistema Medline en el período correspondiente a 1995-1999 de los contenidos enmarcados en el encabezamiento principal *Family Medicine, primary health care, curriculum* (Medicina Familiar, atención primaria en salud, curriculum).

Se obtuvieron 348 citas bibliográficas en total, de las que fueron empleadas 233 por disponerse del resumen correspondiente o del trabajo original. Los contenidos se agruparon por temáticas de acuerdo con los siguientes ejes de clasificación: (1) estrategias en la formación de recursos humanos en salud para la APS; (2) principales contenidos del curriculum; (3) principales métodos empleados en el proceso enseñanza-aprendizaje; (4) métodos y enfoques evaluativos.

A continuación se exponen, para cada uno de los ejes, los principales contenidos encontrados, sin incluir la ponderación del impacto de estos contenidos teniendo en cuenta su frecuencia de aparición:

1. Estrategias en la formación de recursos humanos en salud para la APS

- Medicina preventiva como centro de la reforma de salud.
- Articulación entre grado, post-grado y educación permanente hacia la APS.
- Educación médica en la comunidad y para a comunidad.
- Formación multiprofesional para trabajo en equipo.
- Estructuras académicas en función de la Medicina Familiar, como eje de la gestión en formación de recursos humanos.
- Creación de Departamentos de Medicina Familiar para la docencia e incremento del personal en estos departamentos.
- Preparación de escenarios para la enseñanza de la Medicina Familiar.
- Desarrollo del claustro en Medicina Familiar
- Políticas de admisión basadas en selección con diagnóstico de habilidades y motivación para la APS.
- Políticas de acreditación académicas de áreas para la docencia.
- Políticas de certificación y evaluación externa para autorización a ejercer la práctica médica en APS.
- Armonía entre actividades teóricas y prácticas; acceso a la teoría motivado por necesidad práctica.
- Definición de grandes ejes para la formación hacia la APS:
- Desarrollo de capacidad resolutoria ante los problemas de salud más frecuentes.
- Desarrollo de habilidades para diagnóstico temprano y tratamiento oportuno y rehabilitación eficaz.

- Desarrollo de conocimientos y habilidades comunicativas para la dimensión interpersonal de la atención médica a escala individual y social.
- Desarrollo de habilidades para utilizar el enfoque de riesgo.
- Preparación para extender la acción médica al ambiente.
- Preparación para ejecutar investigaciones orientadas a la solución de problemas concretos de salud.
- Énfasis en formación social y humanística.
- Formación hacia la salud
- Integración horizontal y vertical entre ciencias básicas, clínicas y socio epidemiológicas.

2. Principales contenidos del curriculum

2.1 Diseño Curricular más pertinente a las necesidades de salud.

2.2 Formación hacia la salud: incremento de los contenidos de promoción, prevención y educación para la salud.

2.3 El curriculum orientado a la formación científica

3. Principales Métodos Empleados en el Proceso Enseñanza Aprendizaje.

4. Métodos y Enfoques Evaluativos.

III. FORMACION DE PROFESIONALES DE LA SALUD EN EL AREA DE MEDICINA FAMILIAR: SITUACION INTERNACIONAL ACTUAL.

En la actualidad la formación de profesionales de la salud con orientación hacia la Medicina Familiar para la Atención primaria de salud se comporta de la manera siguiente en las distintas regiones geográficas:

América

En Canadá, las 16 Escuelas de Medicina cuentan con departamentos de Medicina Familiar. Alrededor de la mitad de los estudiantes que se licencian en Medicina encauzan su carrera hacia esa especialidad. Actualmente existen 2800 profesores en Medicina Familiar a tiempo completo o parcial. Desde 1993 todas las provincias canadienses incrementaron los requerimientos de 1 año de internado rotatorio a 2 años en un programa acreditado en Medicina Familiar o la culminación de un entrenamiento en una especialidad para la certificación (de 4 a 6 años) por el Real Colegio de Médicos y Cirujanos de Canadá¹⁹

¹⁹ Gray Jd, Ruedy J. Undergraduate and postgraduate medical education in Canada. CMAJ 1998; 158:1047-50.

En los Estados Unidos^{20 21 22} los estudiantes deben dedicar unas 6 semanas como promedio durante el tercero y cuarto año a la Medicina Familiar, habiéndose producido un incremento progresivo del total de profesores en los Departamentos de Medicina Familiar que en algunos años, por ejemplo 1997, alcanzó un 13%. El 90% de las escuelas médicas tienen departamentos de medicina familiar. En 1996, 70 escuelas de Medicina iniciaron rotaciones en clínicas de cuidados primarios en la comunidad, durante la formación de pregrado. En el curso 1998-1999 existía una estancia de esta disciplina en 104 escuelas. Con el transcurso de los años, el tiempo promedio que los estudiantes invierten en escenarios ambulatorios ha ido incrementando en Medicina Familiar y otras especialidades como pediatría, especialidades quirúrgicas, medicina interna y otras. En 1998, cerca del 11% de los médicos cursando residencias en Estados Unidos se encontraban en alguno de los más de 500 programas de Medicina Familiar aprobados.²³

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 posgraduada de la Medicina Familiar en México, Brasil, Bolivia, Costa Rica, Argentina, Colombia, Ecuador, Venezuela, entre otros. En 1981 existían 21 programas medicina familiar y ya en el año 1991 su número ascendía a 200 programas.

En Cuba existen Departamentos de Medicina Familiar para el pregrado y el posgrado en las 21 Facultades de Medicina del país. La APS cuenta con más de 30 mil médicos de familia y 32 mil enfermeras integrantes de los equipos de salud en los 14 434 consultorios ubicados en la comunidad. Del total de médicos del país, el 45% son médicos de familia, el 30% de los especialistas son en Medicina Familiar y el 68% de los residentes lo son de esta especialidad. El 97% de los ciudadanos cubanos están cubiertos con este modelo de asistencia, donde se incluye la totalidad de la población de las zonas montañosas y rurales.

África

Se han establecido programas de residencia en Medicina Familiar en la Universidad del Canal de Suez en Egipto, en Sudáfrica y en Nigeria.

Oriente Medio

En Israel²⁴, las cuatro escuelas de medicina cuentan con departamentos de medicina familiar y programa de formación de esta especialidad. La Universidad de Bahrein en el Golfo Pérsico, Arabia Saudita, Kuwait, Omán y Jordania también tienen establecidos estos programas.

²⁰ Barzansky B et al. Educational programs in US medical schools, 1995-96. JAMA. 1996; 276(9): 714-9

²¹ Barzansky B et al. Educational programs in US medical schools, 1996-97. JAMA 1997; 228(9): 744-749

²² Barzansky B et al. Educational programs in US medical schools, 1998-99. JAMA 1999; 282(9): 840-846

²³ Miller RS et al. Graduate medical education, 1998-1999 a closer look. JAMA 1999; 282(9): 855-860

²⁴ Weingarten MA, Lederer J. The development of family medicine in Israel. Fam-Med. 1995; 27(9): 599-604.

Asia

La Medicina Familiar está bien establecida en Filipinas, que cuenta con 28 programas de residencia. En 1988 se diseñó un currículum nuclear en Medicina Familiar que sirve como base a la educación de pregrado en 10 de las 30 escuelas de Medicina con departamentos de Medicina Familiar Comunitaria.

En Malasia se establecieron Departamentos de Medicina Familiar en 1989 en la Universidad de Malasia, seguido por la Universidad de Kebangsaan en 1993. En la actualidad la tercera escuela de Medicina en la Universidad Sains Malasia ha completado sus planes para un programa de Medicina familiar. En Singapur la Medicina Familiar es formalmente aceptada como disciplina académica en la Universidad Nacional de Singapur, otorgándosele al Departamento de Medicina Comunitaria, Ocupacional y Familiar la responsabilidad de enseñar medicina familiar en pregrado. Otros países como China²⁵ y la India han iniciado sus programas de formación.

Europa

Los programas de posgrado están bien establecidos en Dinamarca, España, Irlanda, los Países Bajos, Portugal, Alemania y el Reino Unido. En Estonia se inició en 1991 con un programa de dos años de duración. En la República Checa se están creando departamentos universitarios de Medicina de Familia. En Rumania se reconoció la Medicina Familiar como especialidad y ha empezado la formación posgraduada.

Australia

La educación universitaria en medicina familiar comenzó en 1974 y un año antes se aprobó el programa de medicina familiar que se inició con 250 alumnos y que en la actualidad cuenta con 2500 estudiantes.

- El análisis de las relaciones entre las necesidades sociales de salud, la atención primaria de salud y la atención médica en la contemporaneidad realizado en este capítulo, permite concluir que las tendencias que hoy se manifiestan en esta intersección de áreas, legitiman la necesidad de garantizar la conversión de los recursos humanos en sujetos de los procesos de cambio en aras de contribuir a lograr que la estrategia de APS por medio de su principal fuerza efectora, la Medicina Familiar, desarrolle una práctica social fructífera, que muestre cómo el conocimiento teórico y práctico acumulado en sus recursos humanos es capaz de transformarse a sí mismo en función de las necesidades sociales, multiplicándose y generando un nuevo paradigma de práctica y educación médica más pertinente y de mayor calidad.

²⁵ Lin CC. The practicability of preceptorschip in the curriculum of medical education. Kaohsiungshuehkhosuehtsachih.1996; 12(3): 167-7