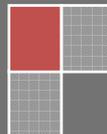


Gran Premio Nacional de
Medicina 2008

**FORMACIÓN DE RECURSOS
HUMANOS PARA EL PRIMER
NIVEL DE ATENCIÓN
UTILIZANDO
LA ESTRATEGIA DE
LA ATENCIÓN PRIMARIA
DE SALUD**

Universidad de la República
Facultad de Medicina
Montevideo, Abril de 2009



Formación de Recursos Humanos para el Primer Nivel de Atención utilizando la Estrategia de la Atención Primaria de Salud

AUTORES

DR. FELIPE SCHELOTTO - Decano de la Facultad de Medicina

DRA. ANAHI BARRIOS - Ex Asistente del Depto. de Medicina Familiar y Comunitaria

DR. HUGO BIELLI - Ex Profesor Titular del Depto. de Docencia en Comunidad

DR. JULIO BRAIDA - Asistente de Medicina Familiar y Comunitaria

DRA. MARISA BUGLIOLI - Prof. Agregada de Medicina Preventiva y Social

LIC. en Educ. ADRIANA CAREAGA - Prof. Adjunta del Depto. de Educación Médica

DR. HUGO DIBARBOURE - Doctor en Medicina - Referente de la Medicina Familiar y Comunitaria en nuestro país

DRA. DIANA DOMENECH - Prof. Adjunta de Depto. de Medicina Familiar y Comunitaria, Asistente Académico de Decanato, Área Atención Primaria

DR. EDEN ECHENIQUE - Prof. Adjunto del Depto. de Educación Médica, con funciones de Coordinación en el Ciclo Introdutorio

DR. FEDERICO FERRANDO - Prof. Adjunto del Depto. de Educación Médica, Asistente Académico de Decanato, Área Acreditación Regional de la Carrera de Doctor en Medicina

DR. GASTON GARCES - Profesor Titular del Departamento de Educación Médica

DRA. LAURA GARRÉ - Asistente del Depto. de Medicina Familiar y Comunitaria

DRA. ALICIA GOMEZ - Prof. Agregada del Depto. de Educación Médica

DR. EDUARDO HENDERSON - Prof. Agregado de Clínica Quirúrgica, responsable de la Comisión de Implementación del Nuevo Plan de Estudios de la Facultad de Medicina

DR. JULIO LABORDE – Ex Residente y ex Jefe de Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria

DRA. IMA LEON - Prof. Adjunta del Depto. de Medicina Preventiva y Social

DRA. CRISTINA LINDNER - Prof. Adjunta del Depto. de Medicina Preventiva y Social, con funciones en el Depto. de Medicina Familiar y Comunitaria

DRA. ADRIANA MENDEZ - Ex Asistente del Depto. de Medicina Preventiva y Social

DR. GUSTAVO MUSETTI - Asistente del Depto. de Medicina Familiar y Comunitaria, Prof. Agregado del Depto. de Educación Médica, como Coordinador Adjunto del Ciclo Internado Obligatorio

DRA. CLARA NIZ - Prof. Adjunta del Depto. de Medicina Familiar y Comunitaria

DRA. CLAUDIA NOSEI - Asistente de Medicina Familiar y Comunitaria

DRA. Psic. JOSELI OTEGUI - .Prof. Adjunta del Depto. de Medicina Familiar y Comunitaria, Asistente del Área Salud, Facultad de Psicología

DRA. IRENE PETIT - Ex Prof. Adjunta del Depto. de Psicología Médica

DR. MIGUEL PIZZANELLI - Ex Residente de Medicina Familiar y Comunitaria

DRA. JACQUELINE PONZO - Ex Asistente del Depto. de Medicina Preventiva y Social, ex Residente y ex Jefe de Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria

EDUC. ESTELA RETAMOSO - Asistente Coordinadora del Ciclo ESFUNO

DRA. GRAZZIA REY - Prof. Adjunta del Depto. de Educación Médica, Prof. Adjunta de Ginecología

DRA. VERONICA RODRIGUEZ - Asistente Coordinadora del Ciclo ESFUNO

DRA. NILDA ROSA - Asistente del Depto. De Medicina Familiar y Comunitaria, ex Residente y ex Jefe de Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria

DRA. ALICIA SOSA - Prof. Agregada del Depto. de Medicina Familiar y Comunitaria

DRA. NURIT STOLOVAS - .Asistente de Salud Ocupacional

DRA. SILVIA TEXEIRA - Asistente del Depto. de Medicina Familiar y Comunitaria

DR. FERNANDO TOMASINA - Profesor Titular del Depto. de Salud Ocupacional

DR. ROBERTO VARELA - Asistente Coordinador del Ciclo ESFUNO

DR. JULIO VIGNOLO - Profesor Titular del Depto. de Medicina Familiar y Comunitaria

Coordinación y Corrección: Dras. Cristina Lindner y Adriana Méndez

Diseño y Procesamiento de Datos: Fernanda Bermúdez.

Secretaría y Compaginación: Alison Martínez Banega, Silvia Méndez Cabrera y Sandra Veiga Ribles

RESUMEN

Se presenta un estudio descriptivo realizado en los últimos dos años que coincide con la fase previa a la aprobación e implementación del Nuevo Plan de Estudios. Se parte de un marco teórico dado por el análisis del perfil del egresado, el proceso de acreditación y el plan de mejoras, el pasado, presente y futuro de la Medicina Familiar y Comunitaria en el Uruguay, el Sistema Nacional Integrado de Salud, el Instituto de Atención Primaria de Salud y el Nuevo Plan de Estudios aprobado por la Facultad y por el Consejo Directivo Central de la UDELAR.

A nivel del **BÁSICO** se destaca como uno de los elementos más importantes el temprano primer contacto del estudiante con la realidad de la salud y sus determinantes, la efectividad de las tutorías estudiantiles. La experiencia de trabajo de campo fue valorada positivamente tanto por estudiantes, tutores estudiantiles y docentes.

En el **ESFUNO** la encuesta telefónica mostró que el 87% de los estudiantes encuestados manifestó que el trabajo de campo lo enriqueció en su formación.

En **CIMI** la encuesta telefónica evidenció la alta valoración del contacto con el paciente en las policlínicas del Primer Nivel. Un 50% se manifestó disconforme con los teóricos, lo que motivó su sustitución por metodologías como los seminarios, el rol playing, y un 80% manifestó su conformidad con los talleres de destrezas clínicas. El ECCOE (ECOE comunitario) fue valorado como una instancia formativa tanto por estudiantes como por docentes. El ciclo en su conjunto fue aprobado por el 76% de los estudiantes.

En **CICLIIPA II** el 4% de los estudiantes encuestados valoró como buena a excelente la actividad práctica desarrollada en las Policlínicas. El 88% consideró como muy buena la inserción en Policlínica, el 83% valoró como bueno a excelente el trabajo de campo. Los seminarios fueron considerados positivos en un 78%. Se introdujo la evaluación continua en el ciclo con créditos para la evaluación final. Se recomienda la implementación del Nuevo Plan de Estudios que recoge las modificaciones realizadas en el Plan de Mejoras de los diferentes ciclos.

TABLA DE CONTENIDOS

I. INTRODUCCION

II. MARCO TEORICO

II.1. Perfil del egresado, la carrera de Medicina y el Primer Nivel de atención

II.2. Acreditación al MEXA (Mecanismo Experimental de Acreditación MERCOSUR) Plan de Mejoras

II.3. Medicina Familiar y Comunitaria: pasado, presente y futuro en el Uruguay

II.3.1. Sobre la historia de la Medicina Familiar y Comunitaria en el Uruguay

II.3.2. Recuerdos de los orígenes del Departamento de Docencia en Comunidad

II.3.3. La visión de un Jefe de Residentes

II.3.4. La visión de una Jefa de Residentes

II.3.5. La figura del Tutor de la Residencia

II.3.6. El Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria

II.4. Sistema de Salud del Uruguay: Formación médica en el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)

II.5. Proyecto de Creación de un Instituto de Atención Primaria de Salud

II.6. La Formación Docente en la Facultad de Medicina

II.7. Nuevo Plan de Estudios

III. PROPOSITO Y OBJETIVOS

IV. MATERIAL Y METODOS

V. RESULTADOS Y DISCUSION

V.1. Ciclos del Plan de Estudios

V.1.1. Ciclo Básico

- Introducción

- Antecedentes

- Objetivos

- Metodología

- Evaluación de Resultados

- Referencias

- Anexos 1. Evaluaciones de la experiencia de trabajo de campo

 2. Pautas para el trabajo de campo

V.1.2. Ciclo de Estructuras y Funciones Normales (ESFUNO):

Curso de Promoción de Salud en el Ámbito Comunitario

- Introducción

- Antecedentes

- Objetivos

- Metodología
- Evaluación
- Referencias
- Anexo 1. Guía para la realización del Portafolio
- Anexo 2. Guía del Estudiante
- Anexo 3. Encuesta telefónica de satisfacción a estudiantes

V.1.3. Ciclo Introductorio a la Medicina Integral (CIMI)

- Introducción. Antecedentes
- Objetivos
- Programa CIMI 2008
- Metodología
- Evaluación
- Referencias

V.1.4. Ciclo Clínico Patológico II (CICLIPA II)

- Introducción. Antecedentes
- Objetivos
- Metodología
- Evaluación
- Anexo 1. Listado de Policlínicas por Región
- Anexo 2. Formulario de Evaluación Continua
- Anexo 3. Evaluación de CICLIPA II
- Anexo 4. Encuesta de Evaluación Telefónica

VI. CONCLUSIONES

VII. RECOMENDACIONES

I. INTRODUCCION

Dr. Eduardo Henderson
Dra. Cristina Lindner
Prof. Dr. Felipe Schelotto
Dra. Alicia Sosa
Prof. Dr. Julio Vignolo

En el actual contexto de nuestro país asistimos a un importante proceso de reformas en el Sector Salud como lo son: el Sistema Nacional Integrado de Salud, la Segunda Reforma Universitaria y los importantes cambios que se vienen produciendo en la Facultad de Medicina de la Universidad de la República.

La orientación del Sistema Sanitario Nacional considera a la Salud como el objetivo esencial, al individuo como integrante de una comunidad concreta (que actúa como factor determinante del proceso salud – enfermedad), y al abordaje integral y en equipo de los problemas de salud como la estrategia más adecuada. Esta base conceptual, junto con los principios de universalidad, continuidad, integralidad, equidad, calidad, ética, eficacia, eficiencia social y económica, atención humanitaria, participación social y administración democrática, sustentan el nuevo Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)

La Universidad de la República se encuentra en pleno proceso de discusión hacia una Segunda Reforma Universitaria, que presenta entre otros criterios orientadores: constitución de “aulas potenciales”, curricularización de la extensión, conformación de espacios interdisciplinarios, y en ese sentido se da el reconocimiento de los servicios del SNIS como un ámbito natural de desarrollo del proceso educativo, con un fuerte acercamiento del pre y postgrado a la realidad social.

En este contexto la Facultad de Medicina se presenta voluntariamente al Mecanismo Experimental de Acreditación MERCOSUR (MEXA) de carreras de grado de Medicina en el año 2005. El 26 de diciembre del mismo año la Comisión Ad hoc de Acreditación designada para tal fin eleva un documento donde señala fortalezas y debilidades de la Institución. De las últimas destacamos: *El sesgo biologicista del Plan de Estudios, centrado en la formación clínica en el ámbito del 2º y 3º nivel de atención, la discordancia entre la demanda educativa y la capacidad educativa de la Institución,*

que redundaba en una relación docente-alumno que atentaba contra la calidad de la enseñanza y del aprendizaje, sobre todo en las actividades prácticas. La inadecuada relación alumno-paciente que también impacta en la calidad de los procesos de enseñanza y del aprendizaje y provoca la incomodidad del paciente. El tardío contacto inicial del alumno con el paciente y la comunidad. Producto de este informe se pusieron en marcha una serie de actividades enmarcadas en un Plan de Mejoras Institucional que culminó, en mayo de 2007, con la acreditación regional de la carrera.

La Asamblea del Claustro y el Consejo de la Facultad aprueban un Nuevo Plan de Estudios para la carrera de Doctor en Medicina el cual es ratificado en diciembre de 2008 por el Consejo Directivo Central que prioriza la enseñanza en el ámbito comunitario, la inserción temprana del estudiante en el mismo, su permanencia durante toda la carrera y la existencia de un Título Intermedio de Técnico en Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades.

En este marco el Consejo de la Facultad crea el Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria (DMFyC, 2007) permitiendo de esta manera el surgimiento de esta disciplina, al contar con un espacio académico propio.

En este breve periodo, el Departamento se ha posicionado en la formación de pregrado, en los ciclos: BÁSICO, ESFUNO, CIMI y CICLIPA II, promoviendo cambios importantes en algunos e insertando por primera vez a los estudiantes en el 1er nivel y en el ámbito comunitario en otros, acordes con el Plan de Mejoras propuesto y con el perfil del egresado de la carrera de Doctor en Medicina aprobado por la Asamblea del Claustro en el año 1995. El DMFyC cuenta actualmente entre 3000 y 3500 estudiantes.

El mismo ha sido objeto de acciones que lo han fortalecido, (aumento de su cuerpo docente entre otros) lo que le ha permitido implementar los cambios expuestos, a la vez que comenzar un proceso de desarrollo en el interior del país en los departamentos de Canelones, Florida, Salto, Paysandú y Tacuarembó tanto en lo relativo a la inserción del pregrado como del postgrado.

Entre los avances que se vienen instrumentando se destacan la inserción de los estudiantes de pregrado en el sector privado en los ciclos de CIMI, CICLIPA II y los Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria; cuyo número ha aumentado a 50 plazas por generación.

Hoy podemos decir que prácticamente todos los ciclos de la Facultad se encuentran insertos en el primer nivel de atención, mejoras que se habrán de

profundizar en el marco del nuevo Plan y del Instituto de Atención Primaria aprobado por el Consejo de la Facultad y en proceso de aprobación en el área Salud de la UdelaR.

En función de lo expuesto planteamos la presentación de las mejoras realizadas por la Facultad de Medicina para el primer nivel de atención, utilizando la estrategia de la Atención Primaria de la Salud y la presentación del Nuevo Plan de Estudios que inserta al estudiante en el primer nivel de atención y en la comunidad desde los primeros años de la carrera.

II. MARCO TEÓRICO

II.1 EL PERFIL DEL EGRESADO, LA CARRERA DE MEDICINA Y EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Prof. Dr. Felipe Schelotto.

El Claustro de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República estudió y definió en 1995 el perfil del médico a formar de acuerdo a las orientaciones conceptuales de la Institución sobre la educación, la Salud y la sociedad.

Perfil del egresado de la carrera de Medicina:

"Un médico responsable, con sólida formación científica básico-clínica, capaz de realizar diagnósticos correctos, tomar decisiones clínicas precisas, capaz de comunicarse en su misión de prevenir, curar y derivar adecuadamente; profundamente humanista, crítico, preparado para investigar, educar y educarse, dispuesto siempre a aprender, proporcionándosele durante su preparación las herramientas metodológicas imprescindibles a tal fin; comprometido con la ética, preparado conscientemente para trabajar en un sistema que priorice la atención primaria de la salud, adiestrado para interactuar armónicamente con los otros profesionales de la salud, que es en definitiva lo que demanda nuestra sociedad."

En el marco del plan de mejoras asociado al proceso de acreditación regional, y como punto de partida de la formulación concreta de un nuevo plan de estudios de la carrera de doctor en medicina, el Consejo de Facultad, a propuesta de un grupo de trabajo especializado, precisó en 2006 el perfil definido en 1995 en términos de competencias del egresado.

Entendemos por competencias profesionales la *"... combinación dinámica de atributos -con respecto al conocimiento y su aplicación, a las actitudes y responsabilidades- que describen los resultados del aprendizaje de un determinado programa, o cómo los estudiantes serán capaces de desenvolverse al final del proceso educativo..."*

(Tomado de Comisión Europea: tuning educational structures in Europe, informe final)

Las competencias imprescindibles para el médico no son solamente las de los fundamentos científicos de la Medicina en lo biológico, lo psicológico o lo social, sino que son una variedad mucho más amplia: valores y comportamiento ético, habilidades de comunicación, de uso de la información, capacidad de pensamiento crítico, creación e investigación, etc.

Competencias del egresado

Al finalizar la Carrera de Medicina el egresado será capaz de:

1. ejercer la Medicina en el marco de una concepción integral de la salud, definida por el conjunto de acciones de promoción, protección, prevención, recuperación y rehabilitación que desarrollan el equipo de salud y demás efectores sociales
2. actuar en forma responsable en el área de su competencia, con sentido humanístico y dentro de las normas éticas reconocidas en la profesión, frente al paciente, la familia, el equipo de salud y la comunidad, sin discriminación de ningún tipo.
3. conocer los problemas de salud del medio donde actúa como garantía de un buen desempeño frente a los problemas de salud individuales o colectivos
4. mantener una actitud crítica, fundamentada en una buena formación y práctica científica, que le permita analizar, comprender y contribuir a la resolución de problemas vinculados a la salud en el ámbito en que actúa
5. abordar críticamente las condiciones de trabajo, la legislación y las políticas en salud.
6. ejercer una Medicina General de alta calidad, con capacidad de derivar y/o referir adecuada y oportunamente aquellos pacientes cuyos problemas están fuera del alcance de sus competencias
7. realizar diagnósticos correctos, tomar decisiones clínicas precisas, fundamentadas en un sólido conocimiento básico y clínico, valorando la anamnesis y el examen físico como herramientas esenciales de la práctica médica
8. realizar procedimientos clínicos y quirúrgicos indispensables para la atención inicial en urgencias y emergencias
9. comunicarse de manera clara y eficaz, en forma verbal, no verbal y por escrito, teniendo en cuenta la diversidad y las limitaciones que pueden dificultar la comunicación con los pacientes, la familia, el equipo de salud y la comunidad

10. actuar en el seno del equipo de salud, con sentido integrador y respetuoso de los diferentes quehaceres, fomentando la resolución colectiva de los problemas y asumiendo plenamente las responsabilidades propias
11. mantener una actitud activa constante y aplicar metodologías apropiadas en el desarrollo de actividades en todas las funciones en salud, con el fin de promover estilos de vida saludables a nivel individual y colectivo
12. actuar con racionalidad y responsabilidad social en relación con la utilización y administración de los recursos
13. utilizar adecuadamente herramientas informáticas, inglés u otros idiomas extranjeros con el fin de acrecentar su capacidad de acceso a la información y formación permanente
14. buscar su superación personal y profesional en forma permanente, adquiriendo metodologías adecuadas para la autoevaluación y la actualización de sus conocimientos, con el fin de actuar competentemente en el medio asistencial y en las circunstancias en las que le corresponda ejercer, mejorar su ejercicio profesional y contribuir a la elevación de la calidad de los servicios.

Los fundamentos de las definiciones: perfil y competencias

La Medicina como profesión

La Medicina es una profesión y una disciplina que tiene mucho de ciencia, pero también mucho de arte, de capacidad de comunicación, de sentimiento y conducta ética para la atención de la necesidad ajena antes que la propia, como tienen muchas profesiones de la Salud. Todo esto deben incorporar los estudiantes en su aprendizaje, y todo lo deberán sostener en la práctica profesional o docente que realicen.

El título de médico es ante todo un compromiso. Quien lo posee no tiene más privilegio que la obligación de cumplir una misión social con la habilidad adquirida; no tiene más derecho agregado que el de trabajar para sostener la vida y contribuir al bienestar de las personas, las familias y los grupos sociales.

Quienes vivimos la Medicina con la alegría y la satisfacción de ejercer una profesión de gran valor científico y moral, sabemos sin embargo que el papel y la imagen del médico ha sufrido un deterioro que debemos revertir. En él influyen los cambios regresivos del sistema de Salud en las décadas pasadas, la concentración parcializada de la atención de Salud en una actividad meramente curativa y

el enfoque mercantil de aspectos importantes de la Medicina y la atención sanitaria. Y también de la educación, por supuesto.

Por esto el Nuevo Plan de Estudios de la carrera de Doctor en Medicina, construido a partir de la definición del perfil deseable del egresado, es un emprendimiento académico y educativo trascendente, pero es a la vez un desafío en el plano social que apunta a reubicar a la Medicina y a los médicos en su rol de profunda y reconocida contribución al bienestar colectivo.

Un compromiso de calidad

Nuestro compromiso, el compromiso de la Facultad de Medicina, es formar todos los profesionales, los técnicos, los especialistas que nuestra sociedad requiere, y hacerlo con el máximo nivel de calidad.

Nuestro objetivo, el de siempre y el del Nuevo Plan de Estudios, es de inclusión y de calidad: ayudar a todos los estudiantes a cumplir con sus metas formativas, a desarrollar y culminar positivamente sus estudios, y a hacerlo en el mejor nivel de competencias, habilidades y conocimientos.

Perseguir la calidad supone definir y diseñar correctamente el perfil del técnico buscado, luego organizar los objetivos y los procedimientos de aprendizaje que aseguren la concordancia entre el perfil definido como deseable y el obtenido del proceso formativo, y más aún, controlar y evaluar su puesta en práctica.

La calidad y la eficiencia formativa se logran con esfuerzo y dedicación de estudiantes, de docentes, de toda la institución. No es el resultado de la fría exigencia y el descarte selectivo de los circunstancialmente menos capaces o menos preparados por características personales, historia o falta de estímulo previo, sino del trabajo organizado y calificado que busca el mejor resultado para todos y cada uno de los estudiantes, los más avanzados y los más necesitados de sostén. Unos requerirán ayuda más intensa que otros; cada uno accederá a la educación médica con capacidades individuales peculiares y dificultades personales también diferentes. Un buen proyecto educativo, que creemos tener, debe ser uniforme en sus metas y procedimientos, pero capaz de adaptar el apoyo y la metodología a las peculiaridades personales, en escala de 1200 ingresos.

El perfil del médico como trabajador social

El médico (o el profesional de la Salud en general) no es una persona con un rol meramente técnico de aplicación fría de métodos y procedimientos basados en el conocimiento científico. Es mucho más que eso; es un trabajador social, cuya función es perseguir el bienestar de la población, conservar, promover y proteger la Salud de las personas, las familias y los grupos sociales, ayudar a su recuperación cuando es necesario y a la rehabilitación, actuando en equipo con otros profesionales y con la propia sociedad y sus componentes.

Su legitimidad ante la sociedad depende no sólo y no tanto de su capacidad técnica avanzada de atender la patología compleja y la enfermedad instalada, como de su habilidad para relacionarse positivamente con las personas y los grupos de población, incluido el propio equipo de Salud, para comprender sus interacciones, sus problemas y para tener en cuenta los determinantes sociales del proceso Salud-enfermedad. Su valoración social positiva requiere que sea capaz de enfocar la promoción de la Salud y la prevención de la enfermedad, con fuertes competencias y habilidades en la esfera humanística, ética y de comunicación interpersonal

Esta función social es la esencia de la práctica médica, y seguramente forma parte importante de la orientación vocacional que trae a los estudiantes a la Facultad y a la carrera de medicina, de la cual esperan no sólo conocimientos y técnica, sino práctica y habilidad de servicio a las personas, los enfermos, las familias y los grupos sociales en riesgo. A la vez, esta vocación de servicio no alcanza para conformar un buen médico, sin un enfoque científico riguroso del aprendizaje que haga posible un desempeño profesional sólido y exitoso.

El desafío del nuevo Sistema de Salud

Las competencias y el perfil que la Facultad ha definido como esperable en el graduado de la carrera de Medicina se fundamentan en una visión crítica precisa de la situación social, sanitaria y educativa, y se traducen en objetivos y procedimientos de enseñanza-aprendizaje que permiten dar forma y contenidos a un plan de estudios articulado y renovado en 2008 para obtener esos perfiles.

La transformación del Sistema de Salud, el nuevo modelo de atención que se funda en la validación renovada de la estrategia de Atención Primaria con acento en el desarrollo del primer nivel, y la reforma universitaria en marcha para el mejor servicio e

interacción con la población son el marco que sustenta, que hace posible y que a la vez requiere y exige la transformación formativa que la Facultad instala.

Estos cambios sanitarios y educativos sólo pueden ser exitosos en tanto ocurran cambios paralelos en el entramado social al cual está destinada la actividad profesional, cambios a los que contribuye también la Universidad y los órdenes que la integran, desde su punto de vista racional y sensible a las necesidades de la población. Se trata de cambios sociales y sanitarios que la Facultad naturalmente acompaña, porque los ha postulado y procurado durante décadas.

En el nuevo Sistema de Salud, cuya construcción apoya esta Facultad, lo prioritario es un modelo de atención y una organización que favorezca la comunicación precoz y el conocimiento de las personas para estimular la conducta saludable, prevenir la desviación patológica y promover la activa participación social en la construcción de su propio bienestar.

El Nuevo Plan de Estudios persigue la formación de un médico con capacidad de actuar en este nuevo modelo de atención de acuerdo a la estrategia de Atención Primaria de Salud, aproximando el Sistema de Salud a las personas, las familias y los grupos sociales en el lugar donde ellos viven, trabajan o estudian, para producir la promoción, el cuidado integral de la salud individual y colectiva, y la prevención de riesgos y enfermedades.

El referente formativo y su perfil como modelo

La posibilidad real de construir y sostener los perfiles profesionales renovados, los nuevos médicos y técnicos que buscamos, surge no tanto de la voluntad académica de progreso y transformación, sino de la oportunidad y la necesidad que plantea el cambio del modelo de atención de Salud, ya que permite la construcción de formas nuevas de actuación profesional y docente que operan como modelos formativos.

La transformación positiva del Sistema de Salud supone una especial exigencia educativa a nuestra institución, pero a la vez representa una oportunidad irrepetible de construir modelos de actuación profesional que favorecen la correcta orientación del proceso de enseñanza- aprendizaje: es sabido que el docente, el profesor, con toda su influencia formativa, que es real, opera más profundamente como modelo profesional y humano que como agente de información o transmisión de conocimientos. Con más razón en este momento en que la información circula, se multiplica y se vuelve accesible con facilidad.

La definición del perfil apropiado del egresado según competencias en concordancia con los nuevos modelos de atención compartidos tienen un doble valor y significado: el de guiar los objetivos y la metodología del aprendizaje, y el de habilitar los modelos de práctica profesional que inspiran la formación requerida.

La formación y la práctica en el primer nivel de atención

En su definición clásica, *“La Atención Primaria de Salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar...”*

Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud...”

El concepto de APS supera ampliamente al de Primer Nivel de Atención, y se refiere a una estrategia que abarca al conjunto del Sistema de Salud en sus tres niveles y en la interrelación entre ellos. Sin embargo, la construcción de un Primer Nivel de Atención continente y resolutivo es un ingrediente clave de la edificación de un Sistema basado en la APS.

El Primer Nivel de Atención se orienta a la sociedad y su ambiente: es el que organiza las actividades de promoción, prevención, curación y rehabilitación en los lugares donde la población vive, estudia o trabaja, en estrecha comunicación con las personas, las familias y los grupos sociales, y con su participación organizada. Está a cargo de equipos interdisciplinarios donde juega un rol clave el especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, recibándose allí también los imprescindibles aportes de muchas especialidades clínicas, e incluso aportes formativos de las Ciencias Básicas. La base material de las actividades de atención integral reside en los centros de Salud y las instituciones comunitarias de diverso tipo que albergan las acciones de Atención Primaria de Salud ya mencionadas, abarcando la asistencia ambulatoria, domiciliaria e incluso de urgencia, además de la investigación y creación de conocimientos.

En este nivel primario, bien organizado, se puede dar atención a más del 80% de los problemas de Salud de la población. A partir del mismo, y con criterios de organización regional, se ponen en marcha los mecanismos de referencia y contrarreferencia que permiten la interacción con el segundo y tercer nivel cuando ellos deben intervenir hacia los individuos o los grupos sociales.

De acuerdo con la OMS, para alcanzar un impacto óptimo sobre la situación de salud, incluyendo los Objetivos Del Milenio, las políticas de recursos humanos deben centrarse en el desarrollo de sistemas integrados de salud basados en la atención primaria, la promoción de la salud, y el fortalecimiento de las capacidades de trabajo en salud pública.

La formación de recursos humanos en Salud requiere contar con modelos de roles asistenciales de excelencia, por encima de los estándares técnicos y éticos de las profesiones que trabajan en la Atención de la Salud. En el viejo aforismo de las Ciencias de la Salud: “la excelencia en la asistencia es condición necesaria - aunque no suficiente - para proveer excelencia en la educación”.

Un médico capacitado para desarrollar una atención integral en el primer nivel de atención debe formarse necesariamente en vinculación con un primer nivel organizado y coherente, que la Facultad debe como contraparte contribuir a organizar, como lo hace en todos los niveles del Sistema.

La formación PARA el primer nivel de atención se hace principalmente EN el primer nivel de atención, del mismo modo que la formación en metodología científica se realiza principalmente en la práctica de la investigación.

La práctica formativa de excelencia en el primer nivel de atención y en la estrategia de APS requiere la construcción de estructuras docente-asistenciales y de investigación de óptimo desempeño.

Atendiendo a los conceptos anteriores, **el Instituto de Atención Primaria de Salud** es un objetivo de organización prioritaria de la Facultad, que será presentado en detalle en este texto más adelante. Es una manera de organizar de forma integrada y coordinada los servicios académicos y de atención a la Salud en el primer nivel de atención, en Montevideo y en el Interior, para el desarrollo simultáneo del nuevo SNIS y de los recursos humanos que serán capaces de sostener y reproducir el nuevo modelo de atención. Se basa en los principios de APS y reconoce la interdependencia complementaria de los procesos docente-asistenciales para el progreso y la transformación del Sistema.

II.2 ACREDITACIÓN AL MEXA (MECANISMO EXPERIMENTAL DE ACREDITACIÓN MERCOSUR). PLAN DE MEJORAS

Dr. Federico Ferrando.

Los antecedentes del proceso de Acreditación y el Plan de Mejoras.

Mediante la presentación de su Plan de Mejoras (PM), la Facultad de Medicina informa a la Comisión Ad Hoc encargada de regular el cumplimiento de estándares o indicadores en el proceso de Acreditación regional de Carreras para el MERCOSUR, Bolivia y Chile (mecanismo en un principio experimental, MEXA, hoy definitivo, ARCU - SUR) al respecto de los avances comprometidos y acordados con los evaluadores, transcurrido un año desde la notificación de su dictamen.¹

En el documento del Plan se estableció un orden de prioridades y un cronograma para factibilizar su ejecución en un entorno Institucional complejo, con estructuras docentes y no docentes muy heterogéneas, con una baja dedicación docente en sus perfiles clínicos en general y con funciones formativas, de investigación y asistenciales muy variadas en los recursos involucrados y en los ámbitos de acción.

Para su ejecución se estableció un orden de prioridades y un cronograma, con *acciones* organizadas y ejecutadas en 2006 y otras previstas para 2007 - 2008. Una Comisión de Seguimiento supervisó, guió, resumió y ejecutó las actividades de catorce grupos de trabajo durante el período julio de 2005 - enero de 2007.²

¹ Lo dispuesto en la resolución de la Comisión Ad Hoc de fecha 26/12/2005: "la institución deberá poner en ejecución el plan de mejoras propuesto para superar las deficiencias identificadas". El cumplimiento de las acciones previstas en el mismo resultó entonces informado a la Comisión Ad Hoc en los plazos establecidos, al vencimiento del plazo de un año, contado a partir del momento en que la Facultad tomó conocimiento del dictamen.

² A saber, los grupos de trabajo estaban encargados de tareas referentes a:

- propuestas y trabajo sobre la relación médico-paciente y la formación en habilidades para la comunicación,
- diseño y acciones formativas sobre Bioética,
- organización de pasantías precoces de práctica estudiantil en el ámbito comunitario,
- formulación de la Misión de la Facultad y del Perfil del Egresado en términos de competencias,
- definición de los objetivos de la carrera y de las actividades curriculares,
- incremento de las actividades docente - asistenciales en el primer nivel de atención,
- aumento del tiempo dedicado a actividades prácticas en los ciclos preclínicos,
- incorporación de actividades de integración curricular y de interacción básico - clínica,
- promoción de actividades de autoaprendizaje y recursos educativos,
- programación y desarrollo de actividades de formación docente,
- instalación de un sistema de evaluación del aprendizaje coherente con los objetivos y la metodología docentes,

En junio de 2006, mientras se reordenaron las actividades y se estimaron los recursos incrementales necesarios para llevar adelante el Plan - sólo posible mediante un abordaje colectivo de sus propios problemas para facilitar su solución - la UdelaR aprobó centralmente los recursos imprescindibles para apoyarlo en su ejecución anual, creando desde entonces un Fondo para Acreditaciones, legítima estrategia de facilitación y estímulo a los procesos correspondientes en las diversas carreras.

Como el proceso de mejoras y acreditación resultó correr en simultáneo al de reforma curricular, se prestó especial atención a que las acciones estuvieran alineadas con el progreso de programación de la reforma del Plan de Estudios, en sus niveles de aportes y discusiones necesarias desde todos los órdenes, en el Claustro y desde el CDC como organismo central regulador.

En el Informe se siguió un orden determinado por la secuencia en que fueron formuladas las principales observaciones de la Comisión Ad Hoc en su dictamen, respondiendo con propuestas concretas a cada observación, y presentando las mismas en un formato común, que incluyó: objetivos, antecedentes y fundamentos, acciones necesarias para cumplirlos, metodología/s empleada/s, recursos comprometidos, responsables asignados a la tarea, avances logrados y perspectivas que surgían de su desarrollo, con cronograma para su ulterior seguimiento.

Se planificaron estrategias como “paquetes de acciones de impacto múltiple”, esto es, que pretendían incidir sobre varios criterios - indicadores señalados como “no se cumple” o “se cumple parcialmente” por los Pares Evaluadores, pero sin dejar de dinamizar actividades de superación previamente iniciadas aunque no hubieran sido señaladas como imprescindibles.

Finalmente, al documento se adjuntaron documentos como Anexos seleccionados dirigidos a ampliar, detallar y proveer de un marco conceptual sólido a la información en la mayoría de las acciones. Finalmente, se expusieron las conclusiones y se proveyó un Índice Ampliado que facilitaba la navegación por el documento e ilustraba los criterios-indicadores MEXA impactados en cada una de las acciones.

-
- organización de la evaluación de las actividades docentes y de los propios docentes,
 - formación de los estudiantes en Investigación Científica, e
 - informatización y mejoras para la gestión académica y administrativa.

Con el proceso todo, desde el Informe de Autoevaluación Institucional hasta la organización, puesta en marcha y presentación de resultados del cumplimiento del PM en sus diferentes etapas, la Facultad de Medicina halló un impulso acelerador formidable para afrontar un período de cambios que se consolidarán y profundizarán progresivamente en los próximos años, incluso con perspectivas de alcance en décadas. Lenta y progresivamente, la Institución se va adentrando en un proceso de asimilación comprometida de los procesos de autoevaluación y de evaluación externa, para sólo así focalizar sus fuerzas en propósitos y acciones de transformación y continua superación. En palabras del Decano Dr. Felipe Schelotto previas a presentar el Informe final del PM en febrero de 2007: “Las observaciones de la Comisión Ad Hoc y de los Pares Evaluadores que la asesoraron constituyeron un enorme desafío y una oportunidad que la Facultad ha aprovechado para tensar sus fuerzas, ponerlas en juego y acelerar un ritmo de transformaciones sobre las cuales el presente documento constituye un testimonio y a la vez un definido compromiso.”³

Tras los buenos augurios y el aval de la Comisión Ad Hoc, la Institución obtuvo dos reconocimientos de vital importancia, a pesar de las dificultades para avanzar en algunos “puntos duros”:

- un reconocimiento formal de los organismos encargados del MEXA (hoy ARCU-SUR), y
- un estímulo indispensable a los propios grupos de “actores”, en la medida que las acciones cumplidas requieren su arraigo en estructuras docentes y no docentes por tanto fortalecidas, y enriquecidas en todas sus funciones universitarias.⁴

La importancia del nuevo contexto asistencial y el “Programa de Fortalecimiento de Recursos Humanos al servicio de los Prestadores Públicos de Salud”, de gestión conjunta ASSE - FM.

Tras cumplir estas etapas, la Oficina de Acreditación diversificó las tareas en curso dirigiendo sus esfuerzos a consolidar y fortalecer las experiencias comprometidas en el Plan de Mejoras.

³ INFORME DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE MEJORAS. CARRERA DE Medicina DE LA UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA. Pág. 9. 5 de febrero de 2007.

⁴ En este sentido, es claro el ejemplo de todas las acciones dirigidas a aumentar en volumen y calidad las tareas de formación de grado en ámbitos del primer nivel de atención (Objetivo A.2, página 29 del Plan de Mejoras), a la que refiere esta propuesta al prestigioso galardón que significa el Gran Premio nacional de Medicina 2008.

Para ello se revisó semestralmente el avance de las tareas, seleccionando como prioritarias las que estaban más retrasadas en sus plazos. Para mantenerlas se solicitaron a la CSE recursos incrementales en 2008 y en marzo de 2009. Estos documentos de solicitud de recursos, debidamente fundamentados, representan solicitudes concretas y sintéticas sobre las acciones de mayores importancias estratégicas institucionales y más retrasadas en sus tiempos de ejecución. Pero por sobretodo, *debieron ajustarse al nuevo contexto clínico asistencial que imprimió la puesta en marcha del nuevo SNIS, explorando y trabajando en otro frente de gestión y negociación conjunta con los efectores públicos para la consolidación de Unidades Docente Asistenciales (desde ahora, UDAs).*

Tras recabar opiniones y coordinar trabajos colectivos extensos e intensos, desde 2009 se avanza para poner en marcha en pocos meses un nuevo Programa, financiado con fondos de la ley de RC. El denominado *“Programa de fortalecimiento de RRHH de los Prestadores Públicos de Salud”*, hoy una realidad esperanzadora, representa en sí también un *enorme logro* para el cumplimiento del PM, más aún, representa un logro tan potente que, a mi entender, casi ratifica nuestra condición de carrera acreditada por 5 años más.

Ya explícita y oportunamente el Comité de Pares Evaluadores nos señalaba que no podían organizarse tareas de real impacto si no se contaba con más perfiles docentes de alta dedicación. La Institución respondía con el compromiso de cumplir con el Objetivo B1: *“Ampliar la capacidad docente de la Facultad para la carrera de Medicina mediante la creación de cargos, asignación de extensiones horarias y compensaciones por tareas especiales”* (Pág. 43 del PM). Desde 2009 este Objetivo se impacta con una potencia mucho mayor a través del *“Programa de fortalecimiento de RRHH de los Prestadores Públicos de Salud”*.

En relación a la formación de RRHH en el primer nivel, el Departamento de Medicina Familiar avala y presenta doce (12) propuestas de consolidación de UDAs, propuestas que comprometen a decenas de docentes (jóvenes en su mayoría) con posibilidad de continuidad, en régimen de trabajo de alta dedicación o fulltime, recibiendo un salario acorde (que incluye compensaciones por actividades asistenciales), cumpliendo todas las funciones DA en una red metropolitana y con una descentralización estratégica en el interior en seis (6)

departamentos, y articulando esfuerzos formativos con las estructuras y figuras docentes actuando en el 2º y 3er nivel.⁵

El Programa representa entonces una oportunidad de transformación extraordinaria, un cambio radical en la estructura de Gestión de la FM y en la alineación de sus esfuerzos universitarios (en todas sus funciones plenamente desarrolladas) para proveer médicos en cantidad y calidad adecuada al servicio del SNIS entrenándose en ámbitos diversos de excelencia asistencial. La imprescindible alineación con las necesidades de la comunidad a la que la FM debe su existencia son la única vía para mejorar y sostener una asistencia de calidad, y esta última es condición necesaria (aunque no suficiente) para garantizar óptimos resultados en los procesos de enseñanza y aprendizaje.

Se comprende que este nuevo contexto representa el ámbito óptimo para la consolidación y propagación de todas las acciones del PM.

Para comprender cabalmente las dimensiones de estos cambios de contexto, demos un ejemplo, muy al caso del documento que integra este capítulo.

La transición curricular, esto es, la coexistencia de dos Planes de Estudios, imprime siempre un aumento en el volumen de las tareas docentes (duplicándose en horas/docente en algunas disciplinas, más aún en las disciplinas con funciones en el primer nivel de atención). Aquí, la consolidación de una masa crítica de docentes de alta dedicación en el primer nivel resulta imprescindible, más allá de las necesidades asistenciales puras del SNIS para con las tareas allí arraigadas. Incluso se harán evidentes los impactos de esta estrategia en el mercado laboral disponible a los perfiles clínicos con tareas “de campo” en el 1er nivel.

El Programa incluyó una proyección (aproximada) de las mejoras sustanciales en la relación docentes clínicos de alta dedicación/baja dedicación, relación preocupante desde hace años, y que, por supuesto, echaba por tierra cualquier esfuerzo de desarrollo docente y asistencial a mediano y largo plazo. Esta realidad, reflejada en la Medicina Familiar y en las disciplinas con tareas docente asistenciales en el 1er nivel anulaba la capacidad de afrontar las tareas asistenciales tareas formativas durante la puesta en marcha del nuevo Plan.

⁵ En muchas de las propuestas de consolidación de UDAs en el 2º y 3er nivel se presentan variantes de articulación asistencial y formativa con el 1er nivel (datos obtenidos en comunicación personal con integrantes del equipo Técnico que asesora a la Unidad de Gestión y Coordinación Conjunta del Programa) durante el proceso de evaluación y selección de propuestas de UDAs.

Referencias

1. Dictamen N° 01/05 para la Carrera de Medicina de la Universidad de la República. Comisión Ad-hoc de Acreditación para administrar el Mecanismo Experimental de Carreras de Medicina. 26 de diciembre de 2005.
2. Informe de cumplimiento del Plan de Mejoras a la Comisión Ad hoc para administrar el Mecanismo Experimental de Acreditación de carreras de Medicina (MEXA). Carrera de Medicina. Universidad de la República. Montevideo,5/febrero/2007.
3. Sistema ARCU - SUR. Manual de procedimientos. MERCOSUR Educativo. Reunión de Ministros de Educación. Comité coordinador regional. Comisión regional coordinadora de Educación Superior. Red de Agencias Nacionales de Acreditación. Sistema de acreditación de carreras universitarias para el reconocimiento regional de la calidad académica de sus respectivas titulaciones en el MERCOSUR y estados asociados.
4. Bogosian C. Equipo Técnico CONEAU. Formación de Equipos Técnicos para la Elaboración de Propuestas de Políticas Educativas. Discusión y elaboración de una Ley de Agencia de Evaluación y Acreditación de la Educación Terciaria. Ministerio de Educación y Cultura - UNESCO. Diciembre/2008.
5. Dias Sobrinho, J. (2006). Acreditación de la Educación Superior en América Latina y el Caribe. En: La Educación Superior en el Mundo 2007. Acreditación para la garantía de la calidad ¿qué está en juego? Global University for Innovation - GUNI, Ediciones Mundi - Prensa, Madrid.

II.3. MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA: PASADO, PRESENTE Y FUTURO EN EL URUGUAY

Prof. Dr. Hugo Bielli
Dr. Hugo Dibarboure
Dr. Julio Laborde
Dra. Cristina Lindner
Dra. Adriana Méndez
Dra Irene Petit
Dr. Miguel Pizzanelli
Dra. Jacqueline Ponzo
Dra. Nilda Rosa
Dra. Alicia Sosa
Prof. Dr. Julio C. Vignolo

Este capítulo es presentado con la visión de diferentes profesionales que han contribuido a forjar la historia de la especialidad y el posicionamiento de la misma tanto a nivel de grado como de postgrado.

II.3.1. Sobre la historia de la Medicina Familiar y Comunitaria en el Uruguay, cuando se materializó en los primeros cuatro cargos de la Residencia.

Dr. Hugo Dibarboure
Dra. Clara Niz
Dra. José Otegui
Dr. Miguel Pizzanelli,
Dra. Jacqueline Ponzo

La denominación de Médico de Familia y Comunitario se impuso en Uruguay mucho más tardíamente que la práctica, espontánea o empírica, de aquellos médicos de cabecera, antecedente innegable de esta medicina familiar y comunitaria, reformulada sobre las mismas bases humanistas, enriquecida sobre bases científicas y metodológicas.

Entre tantos precursores hay dos médicos que indiscutiblemente marcaron esta historia en el Uruguay, no sólo por su práctica, bien establecida en relación

con una comunidad, con estabilidad y continuidad en el tiempo, sino por la aplicación sistemática de una metodología clínica y epidemiológica, por el desarrollo de herramientas para la práctica médica en el primer nivel de atención, por la producción científica documentada, y por su vinculación constante con la formación de recursos humanos. Profundamente universitarios, ambos ejercieron la enseñanza a través de la Facultad de Medicina, siempre que ello fue posible, pero también la desarrollaron fuera de la Facultad, y no por ello con menos estatura académica, cuando hacerlo desde dentro lo impidió la intervención de la dictadura militar o incluso las luchas conceptuales que cuestionaron largamente la legitimidad académica de esta práctica. Se trata de Hugo Dibarboure Icasuriaga y Juan Carlos Macedo.

En 1967, en las Jornadas Médico-Sociales Nacionales realizadas en y con la participación de la Facultad de Medicina, Dibarboure plantea el problema y adelanta propuestas. Lo expuesto allí, editado tres años más tarde⁶, configura la primera referencia bibliográfica sobre el tema, fuera de relatos anecdóticos o referentes a casuística. Define al Médico General, de acuerdo a la denominación de la época, como *“el artesano de la salud cuya actividad tiende a abarcar el universo sanitario del individuo, de su familia y de la comunidad en que actúa. Es el médico de la comunidad”*, y propone una experiencia en red como comienzo indispensable para una política racional del sector salud. Esta publicación marca la fecha en que comienzan a plantearse problemas vinculados a la disciplina que nos ocupa: cuarenta años atrás.

Macedo abordó el tema de la práctica médica en el primer nivel de atención en forma reiterada desde los editoriales de la Revista Compendio, medio de comunicación que fue referencia del colectivo profesional por los años '70 y '80. En un texto titulado “De las ausencias o el médico general”, decía: *“... momentos en los que la semiología y clínica amplían a fronteras jamás sospechadas sus posibilidades gnoseológicas a través de la revalorización permitida por el avance tecnológico, en los que cada vez más el hombre como unidad resulta una necesidad para cualquier enfoque diagnóstico terapéutico, ... la medicina nuestra insiste en su atomización. Atomización biológica-biográfica del enfermo, atomización formativa y laboral del médico, atomización con burocratización*

⁶ Dibarboure H. Problemas de la Medicina Rural Uruguay, Montevideo: 1970.

*paralela de los servicios. Desafortunada encrucijada – Que no podemos obviar – Que exige urgencias.*⁷

Otros textos de gran densidad conceptual son “Sobre la viabilidad – Legitimidad del Trabajo Clínico: Elementos para el Diálogo”⁸, “Médico, medicina y salud”⁹ y “La historia clínica completa”¹⁰, entre otros

Para Dibarboure y Macedo, asumir la tutoría de la primera generación de Residentes de Medicina Familiar y comunitaria fue, en ambos casos, simplemente la formalización de la práctica que ejercían día a día, desde años atrás, enseñando y aprendiendo en la práctica cotidiana de la medicina.

No ingresaron ellos en un Programa, fue el Programa de Residencias Médicas que tuvo el privilegio de ingresar en “otra medicina”.

En determinado momento se instaló también otra historia. Historia más urbana, más institucional, más relacionada con los proyectos internacionales de salud de entonces, y que también confluyó, luego, para nutrir la Residencia de Medicina Familiar y Comunitaria primero, el Postgrado y el Departamento después: el Ministerio de Salud Pública (MSP) instaló un programa de Medicina Familiar a fines de los años 80. Se crea por Ley el cargo de médico de familia del MSP (Ley Nº 15903, Art. 270, año 1987) llegando finalmente a un número de 120 médicos.

Cronología

El reconocimiento de legitimidad académica de la Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) ha sido, en Uruguay como en muchas partes del mundo, producto de procesos largos. La legitimidad social parece más lenta aún. En el camino transitado hay hechos y circunstancias que permiten delinear la complejidad, ensayar la historicidad, y disfrutar de los avances.

- El trabajo de Hugo Dibarboure en Capilla del Sauce (1963 a 1971, reiniciado en 1997 y mantenido hasta la fecha) y de Juan Carlos Macedo, asentado en la localidad de Migueles desde 1976 hasta su prematura muerte en 2002; la producción científica de ambos y el vínculo que mantuvieron con la Facultad de Medicina.
- Juan Carlos Macedo instaló una forma de trabajo médico colectivo en el Grupo Médico Migueles, del cual fue fundador, que sigue siendo única en el

⁷ Macedo JC. De las ausencias o el médico general (editorial). Compendio 1980; 3(2): 3.

⁸ Macedo JC. Sobre la viabilidad-legitimidad del trabajo clínico: elementos para el diálogo (editorial). Compendio 1979;2(2):3-6.

⁹ Macedo JC. Médico, medicina y salud (editorial). Compendio 1979;2(5):2.

¹⁰ Macedo JC. La historia clínica completa (editorial). Compendio 1981;4(1):3.

país. Desde allí, además del trabajo clínico y comunitario, fue impulsor, gestor y autor principal en la producción científica del Grupo Médico, sobre problemas clínicos prevalentes en el primer nivel de atención: asma, anemias en pacientes añosos, insuficiencia cardíaca crónica congestiva¹¹.

- Hugo Dibarboure Icasuriaga produjo trabajos laboriosos relativos a los índices de morbilidad de una población no seleccionada, lo que supuso determinar inicialmente la población expuesta al riesgo de enfermedad¹². En 1988 su libro “Atención Primaria de la Salud” (Análisis de un año de trabajo médico)¹³, concluido en el año 1974, ganó un premio en la categoría Ciencias de la Salud y el Ambiente, del Concurso de títulos para la Colección Reencuentro, convocado por la Universidad de la República. Esto permitió la edición del libro que como tal recibió el primer premio en la Categoría Investigación y Difusión Científica, premios anuales adjudicados por el Ministerio de Educación y Cultura. El libro “Historias”¹⁴ es de producción más reciente, pero refiere a los diez años previos. Presenta una miscelánea de textos referidos a la salud y publicados en revistas del medio. En la producción más cercana se ubica el análisis del sistema de salud uruguayo en La Salud en Estado de Mal¹⁵ y el análisis del control del embarazo en Capilla del Sauce¹⁶

La incorporación de la Medicina Familiar y Comunitaria como especialidad en el Programa Nacional de Residencias Médicas; ocurrió en el Concurso del año 1996, cuándo aún nuestra Facultad de Medicina no había saldado una larga discusión acerca de la pertinencia o no de la especialidad en Uruguay¹⁷. La práctica de la

¹¹ Grupo Médico Mígues. La práctica médica en un medio rural. Aspectos epidemiológicos del asma: 1977-1979. Rev Méd Uruguay 1985; 1(1) (segunda época): 5-14. Grupo Médico Mígues. La práctica médica general en un medio rural III. Sobre la prevalencia e incidencia de la insuficiencia cardíaca congestiva. Rev Méd Uruguay 1990; 6:9-12. Grupo Médico Mígues. La práctica médica general en un medio rural IV. Anemias y morbilidad crónica en pacientes con 75 años y mayores, no agudamente enfermos. Rev Méd Uruguay 1990; 6:110-113.

¹² Dibarboure H. Problemas de la medicina rural uruguaya. Oficina del Libro: Montevideo; 1970. Dibarboure H. Capilla del Sauce. La zona y su población. Oficina del Libro: Montevideo; 1971. Dibarboure H. Cartas al médico. Oficina del Libro: Montevideo; 1972.

¹³ Dibarboure H. Atención Primaria de la Salud (Análisis de un año de trabajo médico). Universidad de la República: Montevideo; 1988.

¹⁴ Dibarboure H. Historias. Oficina del Libro: Montevideo; 1996.

¹⁵ Dibarboure H. La salud en estado de mal: análisis crítico-propositivo del sistema de atención de la salud en Uruguay. Revista de la Maestría en Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires. Año 1, Número 1. Agosto 2003.

¹⁶ Control del embarazo en Capilla del Sauce, (Florida, Uruguay) durante el período 1999-2003.” Archivos de Ginecología y Obstetricia. 2006; 44(2).

¹⁷: “*Creo que el Departamento de Comunidad tiene sentido. No hay que contraponer eso a todo lo que la Facultad ha hecho. Ese es un capital que hay que saber utilizar bien y con inteligencia para crear este Departamento*”

“Un Departamento no se crea en una semana. Probablemente lleve un proceso de años, pero tiene que seguirse una política firme de la Facultad, de largo aliento, a partir de lo que hoy existe y con la perspectiva de definir el postgrado de medicina familiar, intervenir en el pregrado y también en los servicios de salud concretos”.

residencia se inició en el año 1997 y el egreso de la primera generación fue en el año 2000. En el 2005 ingresó la novena generación de Residentes y el número de cargos disponibles se había incrementado progresivamente desde cuatro hasta veinticinco. En el concurso del año 2008 el cupo para MFyC fue de cincuenta cargos, más numeroso que cualquier otra especialidad. La participación en los cupos de ingreso pasó de algo más del 1% en 1997 a 14,3% en 2008.

La creación de la Residencia, aceleró las resoluciones y el debate histórico que la Facultad mantenía pendientes.

- En 1998 se crea el Departamento de Docencia en Comunidad, durante el Decanato del Prof. Dr. Eduardo Touyá y en el año 1999 es nombrado en su cargo el primer Profesor Titular del Dpto. de Docencia en Comunidad, Prof. Dr. Hugo Bielli.
- El 8 de mayo de 2000 la Escuela de Graduados aprueba la creación del postgrado de MFyC e instala una Comisión Asesora para elaborar la propuesta de la nueva especialidad, que debería considerar luego el Consejo de Facultad.
- En el 2001 llegó, finalmente, el reconocimiento de la MFyC como especialidad por la Facultad de Medicina. El Consejo de Facultad aprueba la “creación” de la especialidad Medicina Familiar y Comunitaria presentada por la Escuela de Graduados, y asigna al Dpto. de Docencia en Comunidad la responsabilidad académica de su conducción, que se hará efectiva en el año 2002 (para entonces sería el ingreso de la sexta generación de Residentes y primera de posgrados).

Uruguay es, de este modo, el último país de América en reconocer a la Medicina Familiar y Comunitaria como especialidad e incorporarla a sus programas de formación académica.

- En el mismo año se realiza el concurso y toma de posesión de los primeros cargos titulares de Grado 2 del Dpto. de Docencia en Comunidad (marzo 2001) y se instala por primera vez la Jefatura de Residencia de Medicina Familiar y Comunitaria (junio 2001).

*“Lo que se ha hecho hasta ahora ha sido un esfuerzo válido, pero exclusivamente ligado a la enseñanza, sin profundidad académica y sin que realmente se cree gente especializada en el tema.”*Dr. Fernando Rama, Sesión extraordinaria del Claustro de Facultad de Medicina, discusión sobre la creación de un “Departamento de Comunidad”, 17 de octubre de 1996.

- A finales de 2001 la Escuela de Graduados aprueba el Programa de Postgrado de MFyC que fue redactado y propuesto por el Dpto. de Docencia en Comunidad.
- A fines de 2002 la Comisión Nacional de Residencias Médicas aprueba la implementación de la Residencia de Medicina Familiar y Comunitaria con base en el Programa de Postgrado de la Especialidad. Se incluye la pasantía por Centros de Salud a las existentes previas en hospital y con tutores.
- En el año 2003 se instala la presencia de las y los Residentes en los Centros de Salud. Los cursos de postgrado adquieren carácter curricular, formal.
- Las tensiones continúan. Hay un intento de reducción de cupos de ingreso desde los catorce cargos del año 2002, a ocho. Finalmente se llamaron veinticinco cargos.
- Durante todo el 2003 e inicios del 2004, cuando mucho del andamiaje académico estaba ya resuelto, y la situación era muy favorable en relación a los años anteriores, cuando era dable esperar que comenzara la consolidación, surgen hechos que claramente ponen en cuestión la razón de existir de este espacio de la Facultad y la Medicina. El Prof. Bielli llegado el límite de edad para el ejercicio del cargo, cesó, y no tuvo relevo previsto¹⁸. El Consejo de Facultad optó por el camino de instalar una Comisión ad hoc para analizar la necesaria reestructura del Departamento de Docencia en Comunidad. En las críticas al funcionamiento, se fundaron posturas contrarias a su desarrollo, paso ineludible para la consolidación. Entonces corría el Decanato de la Prof. Dra. Ana María Ferrari.
- Al cese de Bielli, en forma inédita, la responsabilidad de la conducción del Departamento se delegó en un “colegiado” de los Grado 4 en ejercicio¹⁹. La Comisión ad hoc concluyó un informe que recomendaba la reestructura para el fortalecimiento del Departamento de Comunidad, el cambio de denominación y la creación de una Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria integrando la estructura del Departamento.

¹⁸ **NOTA DE AUTOR:** No sólo no fue previsto el llamado a concurso en la certeza del cese por edad, sino que una vez que el Prof. Bielli dejó su cargo, el cargo fue transformado para la provisión de otros cargos docentes, a nivel de la estructura administrativa financiera de Facultad. Se sumó una traba burocrática a la evidente dificultad política del momento.

¹⁹ Profs. Agdos. Dres.: Tito Pais, Silvia Da Luz, Alicia Canetti, Sergio Ibarburu.

- Fue concluyente el informe del Claustro de Facultad a favor de la propuesta de la Comisión. El Consejo finalmente aprueba la reestructura y se produce el primer cambio de denominación del Departamento, que lo aproxima al nombre de la especialidad: comienza la etapa del Departamento de Medicina Familiar, General y Comunitaria²⁰.
- Recién entonces los cargos docentes específicos del Departamento pasan a ser cargos de Medicina Familiar y Comunitaria. En el año 2004 los cargos de Grado 2 y Grado 3 de Medicina General comienzan a llamarse como cargos de Medicina Familiar y Comunitaria, y se crea el cargo de Grado 4 para el desempeño en la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria (en el año 2005 se ocupó el cargo de Grado 4 en forma interina y en marzo de 2007 en forma titular²¹).
- Estas resoluciones del año 2004 dejan encaminada la provisión del cargo de Profesor Titular para el Departamento, que finalmente se concreta en el año 2007²².
- En Setiembre de 2007 se produce el segundo cambio de denominación. Pasa a denominarse Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria.

El tema del nombre no es menor. Ni para las personas ni para las instituciones. En este caso, el alcance de la denominación del Departamento coincidente con la denominación de la especialidad, encierra un valor simbólico profundo. Traduce la consolidación de una etapa en el desarrollo de la especialidad. La fundación quedó consumada, por fin. La historia sigue. Otra, la misma.

Fueron diez años desde el inicio de la residencia y muchos más desde el antes.

La Residencia

En este proceso, la Residencia fue una experiencia de formación y de vida. Esa “historia reciente” está formada por hechos cotidianos que luego de los años fueron adoptando estatura de hechos históricos. El rescate de estos aspectos aporta la dimensión humana de esta construcción, realizada por las márgenes y los intersticios de la sólida medicina hospitalaria de escuela francesa y guardapolvo almidonado. Intentaremos compartir algunos de ellos.

²⁰ (Resolución N° 54 del Consejo de FM, 1° de Setiembre de 2004)

²¹ Prof. Agda. Dra. Alicia Sosa Abella

²² Asume el Prof. Dr. Julio Vignolo

Si nos enfocáramos exclusivamente al detalle de los eventos en su orden, estaríamos haciendo un relato despojado de sentido y de pasión. Lo anecdótico y lo testimonial tienen su lugar en la reseña y es imposible dejar de citar situaciones o nombres para aproximarnos a bosquejar un escenario de lo que fue la experiencia, las vivencias, las primeras generaciones de Residentes de la especialidad en el país, el inicio.

Por el año 1996 nada ni nadie hacían suponer que ocurriría lo que ocurrió. Pero fue así. En el mes de julio se publicó el llamado a inscripciones para el Concurso de Pruebas de Oposición y Méritos para la provisión de cargos del Programa de Residencias Médicas. Entre las vacantes aparecen cuatro cargos de Medicina Familiar y Comunitaria. Muchos saben del papel determinante que jugó Gustavo Bogliaccini, integrante de la Comisión Nacional de Residencias en ese entonces, pero seguramente aún no ha sido suficientemente reconocida la trascendencia de su acción en relación a este proceso. En el prólogo del libro *Historias*, de Hugo Dibarboure, el propio Bogliaccini ofrece algunas claves para comprender por qué un cirujano pudo tener un papel determinante en la historia de la medicina familiar²³.

Desde lugares diversos del país y la medicina, diez interesados estuvieron dispuestos a ocupar esos cuatro lugares. Macedo, Dibarboure y Víctor Moreira²⁴ integraron el Tribunal. (La historia que salió sorteada estaba escrita a mano, tan extensa que ocupaba dos hojas y resultaba difícil manipularla durante la prueba). El lunes 2 de diciembre de 1996, en la salita de la oficina de concursos de Facultad, se abrieron los sobres del fallo definitivo. Pizzanelli, Ponzo, Otegui y Niz, los cuatro primeros; tres mujeres y un varón que provenían de generaciones e historias diversas.

En abril de 1997 estos cuatro Residentes se integraron a diferentes Servicios del Hospital Pereira Rossell, tutelados por reconocidos profesionales: Hugo Dibarboure, Juan Carlos Macedo, Irene Petit y Ana Kemayd.

El programa de la Residencia articulaba pasantías hospitalarias y actividad con tutor en su lugar de desempeño. Esta última tenía una carga horaria creciente a lo largo de los tres años y aseguraba el vínculo con una comunidad en forma estable a lo largo de todo el período de la Residencia. Como toda Residencia, fue

²³ Dibarboure H. *Historias*. Oficina del Libro: Montevideo; 1996.

²⁴ NOTA DE AUTOR: Víctor había sido Grado 3 en el Programa docente en Comunidad, con ejercicio en el Cerro, merecedor de afecto y respeto por los estudiantes de entonces. Fue el delegado de los concursantes en el Tribunal.

muy intensa desde el punto de vista del trabajo, la dedicación y la formación.

Los Profesores que, en el Hospital Pereira Rossell, se hicieron cargo de esta rara experiencia en su inicio, fueron: Nairac y Peluffo en Pediatría y Cuadro y Bozzolo en Ginecología. La recepción fue franca y abierta. Fue invitación al trabajo conjunto. Se inició un camino de aprendizaje mutuo con los especialistas.

Durante toda la Residencia, asombro y desconocimiento fueron las primeras evocaciones en el primer contacto con los pares de otras especialidades, pero la recepción por parte de los compañeros Residentes fue muy buena, máxima en Ginecología y Medicina Interna, y aún en Pediatría, desde donde había temor y cuestionamiento a nuestro derecho y nuestra competencia para ver niños. La experiencia fue mostrando lo posible y acumulando respeto... En el trabajo formativo cotidiano se fue delineando y visualizando el perfil del nuevo especialista

El trabajo con los tutores permitía la búsqueda del perfil personal de formación.

De esa forma se instaló una experiencia de docencia como relación bipolar de los que enseñando aprenden y los que aprendiendo enseñan. La presencia novedosa de los Residentes fue un estímulo no a trabajar distinto sino igual pero con el mayor rigor.

La actividad con tutor como recurso de aprendizaje, que venía a compensar la carencia de andamiaje académico para la especialidad era, paradójicamente, una situación de privilegio y de avanzada de la cual los Residentes de Medicina Familiar y comunitaria eran (y siguen siendo) beneficiarios exclusivos dentro del Programa de Residencias.

A fines de 1997 comenzaba la actividad académica específica de Medicina Familiar y Comunitaria, autogestionada por los Residentes, a la que también concurrían los tutores y algunos internos que luego serían destacados residentes²⁵.

En 1998 los ateneos se trasladaron a la Facultad de Medicina, en salones del Departamento de Educación Médica. En marzo de ese año tuvo lugar la primera actividad de la Residencia con un Profesor de Medicina Familiar. Fue un Taller organizado por la Facultad de Medicina, donde participaron Residentes y

²⁵ La Dra. Alicia Sosa Abella, había regresado a Uruguay, concluida su Residencia en Salud Comunitaria realizada en Brasil, y participaba como invitada en estas actividades. Alicia sería referencia desde entonces en materia de salud comunitaria para todos los residentes.

estudiantes que aspiraban a ingresar a la residencia. Estuvo conducido por el Prof. Dr. Jorge Galperín, argentino, de la UBA. Esta actividad marcó al conjunto de Residentes que allí estuvieron.²⁶ La actividad académica autogestionada por los Residentes se formalizó en el Departamento de Docencia en Comunidad, con su reciente Profesor, Dr. Hugo Bielli. La Facultad aún no asumía hacerse cargo de la especialidad ni de los Residentes en formación, pero para éstos resultaba claro que el ámbito académico era este Departamento, y se estableció por decisión propia, en coordinación con el Prof. Bielli, una actividad semanal, los jueves de mañana, en el Saint Bois. A esto se sumó luego una actividad de capacitación en epidemiología y administración, a cargo de las docentes Caliope Ciriacos y Laura Echeveste.

En ese tiempo se comenzó a gestar un Programa de la especialidad, para el reconocimiento por la escuela de Graduados. Su entonces Director, Prof. Dr. Uruguay Larre Borges, se oponía al reconocimiento de la especialidad

Es recordado por muchos el debate que tuvo lugar en el I Congreso de Medicina Familiar y Comunitaria del MERCOSUR²⁷, con el Profesor Larre Borges como panelista, y las intervenciones del Prof. Galperín y del estadounidense-uruguayo Stephen Spann, Baylor College, Texas.-

Desde ese Congreso en adelante, el vínculo con el exterior, fundamentalmente a través de los congresos del MERCOSUR, ininterrumpidos entre 1997 y 2000, fue nutriendo el proceso en Uruguay. Cada instancia resultaba motivadora, y ayudaba a mantener el entusiasmo y la confianza en el camino iniciado. Porque las dificultades en otros países no eran diferentes. En 1997 queda fundada la voluntad de trabajo integrado con Residentes de la región, expresado en la ***Carta de Punta del Este:***

Diciembre 13 de 1997.-

En el Primer Encuentro Regional de Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria hemos tenido oportunidad de conocernos y de establecer un mecanismo inicial de comunicación.

²⁶ Muchos recuerdos-referencias de entonces perduraron. A modo de ejemplo: en una de las actividades del taller, Galperín mostró un dibujo procedente de una Residencia de Medicina Familiar y Comunitaria de Canadá. Años más tarde, tomado de ahí, fue imagen que acompañó el primer carné del residente, instrumentado en el año 2002.

²⁷ I Congreso de Medicina Familiar y Comunitaria del MERCOSUR, Punta del Este, Diciembre de 1997.

Expusimos la realidad formativa y asistencial de cada uno de nuestros países o regiones.

Observamos diferencias y similitudes.

Coincidimos en aspirar a ser médicos con habilidades de prevención, diagnóstico precoz, tratamiento y recuperación de los problemas de salud más frecuentes en la práctica médica, buscando altos índices de resolutivez.

Este médico debe ser altamente calificado en la clínica, tener una visión comunitaria en su práctica, ser capaz de elaborar un perfil social, conocer profundamente la comunidad con la cual trabaja y desarrollar sus acciones basado en la evidencia científica.

Todo esto priorizando la relación médico-paciente concebida longitudinalmente.

Dado que encontramos problemas e inquietudes en común, nos comprometemos a dar continuidad y profundidad al intercambio que hoy comenzamos para fortalecer el desarrollo de la Medicina Familiar en el Cono Sur.

Médicos Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria de Argentina, Brasil (Rio Grande del Sur), Chile, Paraguay, Uruguay.

En 1998 el Congreso y la Jornada de Residentes del MERCOSUR fue en Buenos Aires, 1999 en Asunción y 2000 nuevamente en Uruguay, Montevideo. En todos los eventos, incluso en 1997, los Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria uruguayos participaron activamente, realizando ponencias y presentaciones.

En el 2000 se produce el egreso de la primera generación de Residentes. Pero la especialidad aún no era reconocida. No había trámite posible para obtener el título de especialista, ni donde entregar una monografía o donde rendir una prueba. El Departamento de Docencia en Comunidad realizó el primer llamado a aspirantes para tres cargos de Grado 2 interinos. El primer lugar lo ocupó un internista, los dos restantes fueron asumidos por ex-residentes de Medicina

Familiar y Comunitaria. Fuera de la Facultad de Medicina no existían otras opciones laborales.

En el 2001, en el llamado para la provisión titular de los cargos de Grado 2, el primer lugar es ocupado por una ex Residente de Medicina Familiar y Comunitaria²⁸ y el segundo lugar por una médica que no había sido Residente pero tenía el perfil de la especialidad y experiencia en el primer nivel. Comienza a consolidarse un sentido de pertenencia mutua entre la estructura académica y las/los profesionales formados en la especialidad. En los años siguientes los cargos fueron ocupados siempre por ex- Residentes o ex- Postgrados de Medicina Familiar y Comunitaria Simultáneamente se fue consolidando el perfil del docente de la especialidad.

Otro hecho positivo de ese momento fue la creación del cargo de Jefe de Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria, lo que permitió iniciar un trabajo de coordinación y organización de las pasantías de los Residentes, en comunicación con sus tutores.

Se instalaron los Seminarios de Residentes, semanales, que permitían el encuentro de todas las generaciones, dispersas para la práctica clínica en policlínicas diversas y distantes, y en tres hospitales: el Pereira Rossell, el Maciel y el Pasteur²⁹. Dan espacio a la posible confluencia en un lugar común también a los tutores y los ex Residentes, nuevo colectivo que va surgiendo en esta historia. Inicialmente realizados en el Hospital Maciel, luego se desarrollaron en el ex hospital Filtro, Centro de Referencia de Atención Primaria de Salud (CRAPS).

En todo momento la comunicación fue instrumento de construcción colectiva, de creación de conocimiento, de profundización y búsqueda de sentido. La primera “aparición pública” de la Residencia se produce en una nota realizada por la Revista Noticias del Sindicato Médico³⁰, bajo el título: *¿Se necesitan especialistas en Medicina Familiar? Opinan Touyá, Bogliaccini, Bordes, Dibarboure y los Residentes.*

En diciembre de 1998 el Departamento de Publicaciones de la Universidad de la República publica, *“Introducción a la Medicina Familiar”* libro que tiene en Dibarboure a su principal mentor, además, editor de la obra, junto con Macedo. En él participan destacados profesionales de la salud nacionales y extranjeros (Jorge

²⁸ Dra. Clara Niz, que había sido interina el año anterior.

²⁹ Este último se había reclamado cargos de Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria, y los tuvo en el 2001.

³⁰ Revista NOTICIAS. MARZO 1998 - Nº 91 - segunda época

Galperín, Jaime Gofin, Stephen Spann). El capítulo sobre la Historia Clínica en Medicina Familiar³¹ estuvo a cargo de la primera generación de Residentes, guiados por Juan Carlos Macedo en un tema que había contado con una dedicación particularmente intensa de su parte. Es el primer aporte a una publicación académica por Residentes de la especialidad.

El 16 de diciembre de 1999, en acto celebrado en la Sala de Actos del Sindicato Médico del Uruguay (SMU), se funda la Asociación de Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria (ARMEFYCU). La primera Comisión Directiva la constituyeron Jacqueline Ponzo, Carlos Benavides, Rosario Berterretche y Adriana Méndez.

Para entonces sólo los Residentes de Ginecología contaban con una Asociación. El hecho coloca a los Residentes de la especialidad a la vanguardia de la organización científico-gremial, pero fundamentalmente aporta un ámbito de participación para la construcción del colectivo propio y para la interacción con otros colectivos sociales y académicos. Desde los estatutos queda definido el objetivo de construcción de la especialidad y compromiso con el desarrollo del sistema de salud³². El transcurso de los años sólo ha reafirmado tal orientación.

Para el 5 de agosto de 2000 se convocaba a la Primera Jornada Nacional de Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria del Uruguay, cuya convocatoria rezaba así: *“Los Residentes y Ex - Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria tenemos el agrado de invitarle al evento...”*. Las Jornadas, organizadas por ARMEFYCU, quedaron instaladas como evento propio de los Residentes y también de los Tutores.

El 1º de diciembre de 2001 se realizó en el Sindicato Médico del Uruguay, la Primera Jornada de Tutores de la Residencia de Medicina Familiar y Comunitaria.

³¹ Ponzo J, Niz C, Otegui J, Pizzanelli M, Macedo JC. *La Historia Clínica en Medicina Familiar*. En: Introducción a la medicina familiar. Dibarboure H y Macedo JC. Universidad de la República. 1998.

³² CAPÍTULO I - CONSTITUCIÓN - ARTÍCULO 1º (Denominación y domicilio). *Con el nombre de Asociación de Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria del Uruguay crease una asociación civil sin fines de lucro que se registrará por los presentes estatutos y por las leyes y reglamentos aplicables, cuya sede será en el Departamento de Montevideo.* **ARTÍCULO 2º-** (Objeto Social). *Esta institución tendrá los siguientes fines: a) De creación y fortalecimiento de espacios académicos, formativos y de investigación en temas relacionados con la Medicina Familiar y Comunitaria y la Atención Primaria en general. b) De relacionamiento, comunicación y asociación con otras sociedades científicas y asociaciones profesionales a nivel nacional e internacional. c) De participación y cooperación en las políticas de desarrollo del primer nivel de atención tanto a nivel público como privado.*

En diciembre de 2002 fue la Segunda Jornada de Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria del Uruguay³³ y mostró un avance significativo en la presentación de trabajos científicos por los Residentes.

El 29 de noviembre de 2003, en el Sindicato Médico del Uruguay, se realizó la Tercera Jornada de Residentes que convocaba: *“Por el reconocimiento académico de la Medicina Familiar y Comunitaria en el Uruguay”*. Para entonces ya se habían concluido todas las etapas formales de reconocimiento de la especialidad a nivel de la Facultad y la Escuela de Graduados. No obstante, las amenazas para el retroceso se hacían sentir, lo que motivó el carácter de la convocatoria. En esta Jornada la Asociación de Residentes discutió y aprobó un documento que fue insumo fundamental para la Comisión Ad Hoc del Consejo, que consideró la reestructura del Departamento y que finalmente concluyó en la consolidación.

En el 2004 la Cuarta Jornada fue en la Sede del Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria, Saint Bois. La discusión estuvo centrada en la implementación del Programa de Postgrado, la evaluación del primer año de su aplicación y la elaboración de propuestas para mejorarlo. En el 2005 y los años siguientes las Jornadas continuaron. Porque continúa la historia, que hoy tiene muchos más actores y nuevos desafíos.

El epígrafe, utilizado en el texto publicado sobre la historia clínica, dice: *“...una especie de registro clínico de la serie infinita y variable de los acontecimientos...”*³⁴ es elocuente.

Al igual que la historia clínica en Medicina Familiar, esta historia no termina, porque la serie de acontecimientos es infinita, y está concatenada con otras; forma tramas, redes; continúa.

Presenciamos una construcción colectiva, que no es de una disciplina, no es de un espacio académico, es del cambio en la salud de un país, en la formación de los recursos humanos, en el modelo de atención, en la ciudadanía y la

³³ La primera jornada se realizó en el WTC, en local del Laboratorio Aventis, y la Segunda en los salones del Laboratorio Gautier, en Montevideo.

³⁴ Michel Foucault, en El Nacimiento de la Clínica.

participación. Por eso, *zafando del lagrimón y el autobombo*³⁵, convengamos: lo dicho se aproxima a lo que ocurrió algunos años atrás, y fue positivo. Ahora se debe continuar.

II.3.2. “Recuerdos de los Orígenes del Departamento de Docencia en Comunidad”

Prof. Dr. Hugo Bielli

En la década de los años 90 la docencia en el área comunitaria de los estudiantes de Ciclipa y Ciclo Materno Infantil estaba a cargo de docentes grado III y IV de las áreas materno infantil y de salud mental dependientes de las respectivas cátedras con la participación de docentes grado III de Medicina dependientes de las Clínicas Médicas (1 por c/u), todo ello organizado por la figura de un Coordinador. Los estudiantes de Ciclipa concurrían una vez por semana y los de Materno infantil dos veces por semana a un centro de salud periférico donde colaboraban también grados II rotativamente, que salían del Hospital para prestar funciones en el Centro de Salud.

Este sistema funcionaba aceptablemente bien en el área materno-infantil donde el tipo de pacientes (niños y embarazadas), abundantes en los centros periféricos, coincidían con la formación y vocación de pediatras y algunos gineco-obstetras así como al programa de esas especialidades. No así en clínica médica, cuyos docentes con vocación y formación de internistas salían sin convencimiento del Hospital, no se encontraban a gusto en la comunidad ni formados para lo que debían enseñar, sobre todo en lo relacionado con educación para la salud, promoción y prevención y medicina comunitaria.

Eran constantes los reclamos de docentes y alumnos que consideraban todo ello una pérdida de tiempo y no llegaban a comprender ni a participar con entusiasmo en el encare de los problemas de salud que sufrían las personas que vivían en los grupos comunitarios que les tocaba atender. Incluso esto llevó a que

³⁵ José Otegui dixit.

las clínicas médicas (excepto la Clínica Médica 3) enviaran a sus alumnos un mes por año a Comunidad en lugar de semanalmente a lo largo de todo el curso. Esto dificultaba aún más la vinculación del estudiante con la comunidad.

Intentando corregir rumbos, la Facultad resolvió en 1998 crear el Dpto. de Docencia en Comunidad organizado como una Cátedra. Su jefatura fue asumida por quien escribe, como Profesor Titular, en abril de ese año acompañado por 3 grados IV de Pediatría y 2 grados IV de Ginecología que se “desprendieron” de sus cátedras de origen. Pocos meses después se integraron al staff un grado IV de orientación Medicina y otro de orientación Salud Mental, para los que el Consejo realizó un llamado a aspirantes.

A continuación el Dpto. se completó con grados III que provenían de los distintos Servicios y que ya antes estaban dedicados a Comunidad. Los grados II serían provistos por concurso de oposición y méritos con reglamento a crearse, como sucede en el resto de las Materias Clínicas de la Facultad.

Los primeros meses y hasta completar el equipo con todos los Profesores Agregados, se visitaron los lugares donde concurrían estudiantes y docentes: Centros de Salud del M.S.P., Policlínicas zonales de la I.M.M. y consultorios de médicos de familia que no eran docentes de la Facultad de Medicina.

Ni la I.M.M. ni el M.S.P. tenían lugares adecuados para la docencia en número y dimensiones debiendo los grupos esperar para tener consultorio o entrar por turnos al mismo. Algunos centros, bien localizados en relación a medios de transporte, recibían pacientes de paso y no se lograba continuidad para trabajar en el seguimiento o con la zona de referencia. Múltiples fueron las reuniones que se organizaron con las autoridades municipales y de Salud Pública para gestionar los cambios que creíamos necesarios.

Inmediatamente el Dpto. se abocó a confeccionar un programa a cumplir en la docencia de pregrado, tarea difícil de consensuar, que constaba de bases conceptuales, objetivos, contenidos, metodología, evaluaciones e instrumentación. Este programa, elaborado por el Dpto., fue finalmente aprobado por las autoridades de la Facultad el 23 de febrero de 1999.

Paralelamente se fue instrumentando el concurso para grado II propio del Departamento y ese mismo año se realizó el primer llamado para 2 cargos.

La enseñanza del estudiante y la aplicación del programa se enfrentaron con dificultades y críticas por múltiples razones. Entre ellas: dificultades locativas, el desconocimiento de la comunidad por parte de los docentes que recién se insertaban, la poca colaboración de los docentes hospitalarios que no reconocían el espíritu y la metodología de la nueva especialidad, la formación previa irregular de algunos docentes del Servicio y el crecido número de estudiantes. Todo esto se magnificaba por las actitudes de las autoridades que no reflejaban su discurso en los hechos.

Sin embargo los estudiantes recibieron conceptos de atención médica en el primer nivel y se relacionaron con la comunidad como antes no lo habían realizado.

La creación de la especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria tuvo un largo proceso. La Residencia de Medicina Familiar existía antes de la creación del Servicio (como se mencionó antes) y era la única Residencia que no accedía a un título de especialista al final de la misma y que no tenía una Cátedra que la respaldase.

Por eso se gestionó ante la Escuela de Graduados la formación de una Comisión Ad Hoc que, luego de largo proceso, elaboró un documento que - además de conceptos definitorios de la especialidad y de su campo de acción - contiene algunos elementos que merecen destacarse:

- Ingreso sólo por concurso.
- Sin cupos, lo cual era importante para una especialidad nueva. Pero sólo recibirían remuneración aquellos que, ocupando los primeros lugares en el concurso, accedieron a los cargos de Residentes ofrecidos año a año por parte del M.S.P.
- Tiempo de formación prolongado (144 semanas en 3 años, a 36 horas por semana.)
- Énfasis en la formación clínica en los centros periféricos, priorizando las actividades comunitarias, pero manteniendo el contacto hospitalario en guardias y seguimiento de enfermos.
- Jerarquización de la figura del tutor.
- Acreditación de otras instituciones públicas o privadas con fines docente.

- Contenidos temáticos clínicos y no clínicos amplios y variados en todas las áreas de la Medicina del primer nivel, para desarrollar acciones de óptima calidad en materia de diagnóstico, tratamiento, prevención y promoción de salud para el individuo y su comunidad

- Establecimiento de una evaluación continua y sumativa, con pruebas que permitieran garantizar la calidad del producto final.

El programa fue aprobado por la Escuela de Graduados y posteriormente homologado por el Consejo en julio de 2003.

La creación de la especialidad y los cambios introducidos generaron desconformidades, sobretodo del área pediátrica que veía en el médico de familia un competidor de inferior calidad para el manejo cotidiano de niño sano y enfermo, sin advertir que el Pediatra siempre se va a mantener como el especialista de referencia cuando se requiera. Igualmente algunos Residentes añoraban la formación clínica hospitalaria anterior, a la que veían como un complemento a su insuficiente aprendizaje de pregrado

Al momento del retiro de quien escribe, el período de aplicación para evaluar los resultados era escaso. No fue fácil instrumentar el control del cumplimiento, sobretodo por la dispersión geográfica de alumnos, docentes y tutores.

Una vez aprobada la creación de la especialidad, la Escuela de Graduados llamó a aspirantes al título por competencia notoria y por actuación documentada, presentándose cerca de 400 aspirantes. Una comisión integrada por el Prof. Cat, el Prof. Agdo. S.Ibarburu y por quien escribe, estudió cada caso según el reglamento vigente y recomendó otorgar el título a poco más de 100 aspirantes que cumplían con los requerimientos establecidos.

Vista ahora, a la distancia, la creación del Departamento de Docencia en Comunidad, creemos que *“resultó para nuestra Facultad como un embarazo tardío, producto de un amor sin dobleces por el Uruguay y su gente, que terminó en un parto distócico manejado por parteros inexperientes, pero de buena voluntad. Estamos seguros que el niño se desarrollará sano y robusto”* para servir a la Medicina y a nuestra Sociedad que lo necesita y mucho...

II.3.3. La visión de un Jefe de Residentes

Dr. Julio Laborde

Luego del cese del Prof. Bielli la Dirección del Depto. quedó a cargo de un equipo integrado por los Profesores Agregados Tito Pais, Sergio Ibarburu, Silvia Da luz y Alicia Canetti. En este período cesó también la Dra. Domenench quedando un solo Jefe de residentes. En abril de 2004 se contaba con una dotación de 24 Residentes de primer año, 3 Postgrados de primer año, 13 Residentes de segundo año, 4 Postgrados de segundo año y 15 Residentes de tercer año (59 en total). En este momento la ausencia de una única Dirección en el Departamento se hizo sentir, y no había una visión propia de nuestra disciplina, la que no estaba representada en la mencionada Dirección. El número de postgrados, la dispersión y diversidad de las actividades hacían de la coordinación y la comunicación oportuna una difícil tarea.

Durante este año y el siguiente se continuarían desarrollando y enriqueciendo una serie de actividades que habían comenzado durante las jefaturas de Residentes de las Dras. Ponzo y Domenech. Se realizaban semanalmente los días sábados las actividades académicas: seminarios de residentes, ateneos y cursos específicos o jornadas.

Semestralmente se desarrollaban las evaluaciones continuas de Residentes y postgrados con la participación de ellos mismos, los docentes del depto, los tutores y el Jefe de residentes.

Se coordinaban las pasantías de los Residentes y postgrados por distintos servicios hospitalarios (otorrinolaringología, oftalmología, dermatología, psicología médica, reumatología y traumatología, alto riesgo obstétrico, neonatología, geriatría) y extra-hospitalarios (psiquiatría de niños y de adultos) y la distribución en las guardias hospitalarias (Maciel, Pasteur, Pereira Rossell) según el año correspondiente.

Se solicitó la reducción de la carga horaria de guardia hospitalaria a la Comisión de Residencias y Direcciones de los hospitales con resultado negativo.

Durante este período se desarrollaron sólo dos cursos del postgrado a lo que se sumaron 2 más en el año 2004.

A lo largo de 2004 se suceden cambios en el equipo de dirección del depto. En el mes de setiembre renuncia el Dr. Ibarburu. Se incorpora el Prof. Agregado Ruben Acevedo y posteriormente el Prof. Agregado Julio Vignolo. En el 2do. trimestre del 2005 se incorpora la Prof. Agregada Alicia Sosa. Con esta nueva integración de la Dirección del Depto., y la provisión de otro cargo de Jefe de Residentes, que recayó en la Dra. Nilda Rosa (fines de 2004), la coordinación se hizo más estrecha y eficaz. De esa forma se fueron incorporando la perspectiva y demandas de la disciplina en la formación del postgrado. La coordinación académica con la cátedra de Medicina Preventiva y Social se hizo permanente y más efectiva. Los Jefes de Residentes recibimos un respaldo y apoyo permanente. En abril de 2005 había 17 Residentes y 1 Postgrado de primer año, 24 Residentes y 3 Postgrados de segundo, 13 Residentes y 4 Postgrados de tercer año (total 62).

El Departamento asume definitivamente la planificación, coordinación y realización de los cursos del postgrado.

Se insiste nuevamente, esta vez con un apoyo incondicional del depto, en la reducción de las guardias ante la nueva comisión de residencias. Esta gestión recién comenzará a rendir frutos en el año 2006.

En septiembre de 2005 se visitó Tacuarembó donde se encontraban tres colegas desempeñando su Residencia. Esta visita, postergada muchas veces, sirvió para conocer la realidad en el lugar y coordinar el desarrollo de las actividades.

A modo de balance podemos decir que, durante el período se dieron cambios estructurales y de integración en el Departamento que permitieron el surgimiento de la Medicina Familiar y Comunitaria como un área específica.

Durante el mismo período se mantuvieron y mejoraron las actividades esenciales del postgrado, creadas precedentemente: actividades académicas,

evaluaciones semestrales, pasantías por especialidades y cursos. Además se inició la lucha por la disminución de la carga horaria de las guardias hospitalarias.

II.3.4. La visión de una Jefa de Residentes (1 / 04 / 1998 al 1 / 04 / 2001)

Dra. Nilda Rosa

Corría junio de 1997 y esta conversación en una sala de guardias fue mi primera noticia sobre la Medicina Familiar:

- “Me recibo el mes entrante y no sé que post grado seguir. Me gusta la medicina pero no me gusta el enfermo en el Hospital. En algún momento pensé en hacer pediatría, pero me gusta también la medicina del adulto....
- Vos tendrías que hacer Medicina Familiar, como mi esposa, tenés el perfil adecuado.
- ¿Medicina Familiar.....qué es eso?”

Desde esta conversación no dudé más de cuál era mi destino profesional.

En 1998 estaba ingresando como parte de la segunda generación de Residentes de Medicina Familiar, junto con los Dres. Marcelo Avellanal, Miguelina Longo, Adriana Méndez, y Geaneli Villagra.

La preparación del concurso fue sumamente dificultosa. No existía un Departamento de la especialidad en la Facultad y no se disponía de la colaboración de docentes. La contribución de médicos de familia y comunitarios con postgrados hechos en el exterior, de médicos de UNAMEFA, de Residentes que ya estaban cursando el primer año y de los Dres. Juan Carlos Macedo y Hugo Dibarboure fue de capital importancia para nuestra formación.

Se carecía de un programa que definiera las habilidades a adquirir.

El programa del llamado a concurso, y un cronograma de actividades planteadas por semestre para ser ejecutadas por los residentes, se convirtieron en la guía orientadora en la preparación de las pruebas.

Al no tener una identidad propia las Cátedras no estaban preparadas para recibir a los nuevos Residentes de Medicina Familiar.

Las primeras experiencias fueron difíciles. Tradicionalmente, la Pediatría no concebía una nueva especialidad que controlara la salud de los niños. Esta fue la vivencia de quien escribe, en el primer semestre de su residencia.

Posteriormente, el pasaje por Ginecología y por Clínica Médica del Hospital Maciel, se desarrolló también con dificultades. El hecho de no poseer una identidad propia determinaba que se considerara al residente de nuestra especialidad como un residente de Pediatría, Ginecología o Medicina Interna, debiendo recibir la formación y la evaluación de aquellos.

No se realizaban ateneos ni seminarios propios. Tampoco se tenía contacto con los otros Residentes de Medicina Familiar de nuestra generación, ya que al ser sólo cinco no se compartían espacios ni actividades conjuntas.

El esfuerzo demandado se duplicaba: trabajar intensamente para ser reconocido y, además, dejar una huella de nuestro propio perfil, que hiciera la diferencia, en cada uno de esos Servicios.

La figura del Tutor, modelo central que marcaba nuestro perfil, era fundamental. Y sin embargo, era con quien se compartía menos horas de actividad. Frecuentemente, el Tutor no era un docente idóneo en lo pedagógico, era un Médico de Familia con buena voluntad que recibía en su consulta y mostraba su forma de trabajo. Se vivía la incongruencia de que se cumplían actividades formativas en otras especialidades y en la nuestra dicha actividad era muy dispar.

Las actividades extracurriculares que se realizaban por propia iniciativa eran pilares fundamentales: actividades científicas en Asistencia Primaria y Medicina Familiar, Congresos Nacionales y Argentinos, talleres con invitados extranjeros y nacionales.

El mayor reto que se afrontaba era integrar todo el conocimiento y la experiencia que se adquiría y adaptarlos al perfil familiar y comunitario, de la Policlínica con la colaboración del tutor; paradójicamente era el tiempo mínimo asignado a nuestra tarea.

Aún no se lograba un respaldo académico de la Facultad de Medicina a esta Residencia. La misma surgía en forma atípica, desde la Comisión de Residencias Médicas, como un cargo del MSP. Esta fue la causa de que la parte del programa previsto como formación teórica en Epidemiología, Salud Pública y Administración de Salud, no se pudiera ejecutar

A pesar de los inconvenientes, se obtuvieron logros importantes durante la residencia:

- conocimientos que, aunque no eran propios de nuestra especialidad, se adaptaron a la misma.
- relacionamiento con de otras residencias, y con otras Cátedras
- definición de un perfil en el ámbito universitario.
- espíritu de permanente formación

En el correr del tiempo la historia se modificó sustancialmente. Se creó un Departamento de Docencia en la Comunidad, responsable de la formación académica de los Residentes de Medicina Familiar.

A partir del año 2003 se reconoce la Medicina Familiar y Comunitaria como una especialidad en la Escuela de Graduados, La Medicina Familiar y Comunitaria había iniciado su historia académica, identificándose con el Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria.

Viendo retrospectivamente este proceso, sorprende como su avance fue acelerándose en forma exponencial. Seguramente esto estuvo favorecido por la coyuntura social y política de nuestro país, pero más que nada por la labor de profesionales y docentes que fueron y son pilares fundamentales del mismo. Los atributos de convicción, voluntad, perseverancia, tenacidad y ejecutividad de muchos colegas: Dr. Macedo, Dr. Dibarboure, Dr. Bogliaccini, Dr. Bielli, Dra. Da Luz, Dr. Páis, Dra. Sosa, Dr. Vignolo, fueron ejes estratégicos del proceso.

II.3.5. La figura del Tutor de la Residencia

Dra. Irene Petit

Dra. Alicia Sosa

Paralelamente a lo descrito, se fueron consolidando el perfil y funciones del Tutor del postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria, figura central de la residencia, ya que es el patrón por el cual se van perfilando los especialistas en la construcción cotidiana del trabajo en la comunidad.

Esta figura permite un seguimiento sostenido del residente a lo largo de los tres años. El Tutor/a ofrecía un espacio para aprender y un modelo de práctica médica en el Primer Nivel de Atención de cuatro horas semanales en el primer año, ya que todo el resto del tiempo (44 horas semanales) estaban en el segundo y tercer nivel. Las horas en el consultorio del tutor/a iban aumentando de manera tal que en segundo año tenían 8 horas semanales y en el último el 50% de la carga horaria del residente era con su tutor/a.

Se reconoce la relevancia de la apertura que tuvieron algunos de los médicos de familia que ya ejercían la especialidad hacia la integración de los nuevos colegas.

Sin duda el rol principal del tutor/a es el rol modélico; es a través de las actitudes y en el terreno de los afectos que se produce la “formación”. Es quizás la capacidad de motivación la cualidad más valiosa que debe tener un tutor/a, también disposición al trabajo en equipo, formación clínica, habilidades de comunicación y de gestión.

A pesar de que mucho se habla en la bibliografía sobre el tema de la relación tutor/residente como una relación interpersonal, queremos jerarquizar que es también a partir de ese vínculo que se va desarrollando una nueva manera de ejercer la profesión médica que rompa con el modelo médico tradicional, paternalista, autoritario, donde uno está en el lugar del saber y el poder y el otro es sujeto pasivo “paciente”. Tanto vale esto para reformular la relación médico-paciente- familia como la de docente alumno. El residente es un profesional, no un estudiante y como tal debe tener responsabilidad sobre la tarea que el tutor debe ser capaz de delegar.

Resulta obvio para quienes ejercemos esta función desde hace tanto pero no por eso menos trascendente, que el tutor/a recibe tanto o más de lo que da. Se aprende de a dos, se revitaliza una práctica, se crean nuevos espacios, se comparten experiencias, se reflexiona sobre la tarea enriqueciéndola. Ambos interactúan mutuamente como factor de protección.

Desde el inicio se disfruta del rol, se ejerce con orgullo y alegría. Lo lucimos como un nuevo título, se adquiere una nueva identidad: “...soy *tutor/a de Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria...*”

Es una oportunidad única de presenciar y acompañar lo que es toda una etapa de la vida, la construcción de la identidad profesional.

Arriesgando que se tilde de cursilería, los Residentes son como hijos de profesión. Van estas líneas a modo de agradecimiento a todos y cada uno.

Y como un reconocimiento a los tutores que han acompañado a los Residentes en mayor o menor medida pasamos a mencionarlos:

Irene Petit, Ana Kemayd, Hugo Dibarboure, Juan Carlos Macedo, Zully Olivera, Alicia Sosa, Virginia García, Andrés Velazquez, Graciela Scuadroni, Jacqueline Ponzo; Clara Niz, Graciela San Martín, Maria del Rosario Rodríguez, Miguel Pizzanelli, Richard Tessier, Daniel Díaz, Joseli Otegui, Teresa Monteverde, Rosalia Panza, Ibrain Blanchet, Maria Maneiro, Teresa Briozzo, Nelly Logullo, Diana Domenech, Nery Delgado, Gabriela Pouse, Luis Fernandez, Laura Cuadrado, Maria Jose Ruffinatti, Mercedes Antelo, Adriana Nova, Lilian Varela, Rosario Silva, Laura Madina, Anahi Barrios, Carlos Benavidez, Geanelli Villagra, Silvia Ramon, Eduardo Ferrazini, Luz Estevez, Esther Carpanesi, Silva Di Lorenzo, Jorge Cuenca, Marcela Cuadrado, Virginia Sabaris, Lidia Martinez, Rosario Olivera, Silvia Texeira, Gabriela Gonzalez, Gabriela Nuñez, Patricia Toyos, Nilda Rosa, Veronica Rodriguez, Claudia Nosei, Triana Garcia, Gustavo Musetti, Izabell Nigro, Isabel Malanga, Mario Cordoba, Luis Fraga, Laura Garré, Julio Laborde, Lorena Quintana, Julio Braidá, Alvaro Merele, Virginia Cozzolino, Miguel D'Agosto, Gabriela Lamique, Sergio Collado, Simon Centurion, Mara de los Santos, Leicy Sayavedra, Silvana Sanchez, Daniel Hazan, Fredy Klug, Edison Camacho... y fueron Jefes de Residentes en estos años: Jacqueline Ponzo, Diana Domenech, Julio Laborde, Nilda Rosa, Maricarmen Prieto, Gisela Castro y Juan Manuel Jones.

II.3.6. El Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria

Dra. Alicia Sosa

Prof. Dr. Julio Vignolo

Luego de años de aquellos cuatro Residentes, el Consejo de la Facultad de Medicina crea el *Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria (DMFyC, 2007)* permitiendo de esta manera el surgimiento de esta especialidad, al contar con un espacio académico propio y se llama a concurso al primer Profesor de Medicina Familiar y Comunitaria, al cual accede finalmente el Dr. Julio Vignolo

El Departamento se ha posicionado en la formación de pregrado, en los ciclos: BÁSICO, ESFUNO, CIMI y CICLIPA II, promoviendo cambios importantes en algunos e insertando por primera vez a los estudiantes en el 1er nivel y en el ámbito comunitario en otros, acordes con el Plan de Mejoras propuesto y con el perfil del egresado de la carrera de Doctor en Medicina aprobado por la Asamblea del Claustro en el año 1995. El DMFyC cuenta actualmente entre 3000 y 3500 estudiantes y con más de 120 docentes. Ha sido objeto de acciones que lo han fortalecido, - aumento de su cuerpo docente entre otros - lo que le ha permitido implementar los cambios expuestos, a la vez que comenzar un proceso de desarrollo en el interior del país en los departamentos de Canelones, Florida, Salto, Paysandú y Tacuarembó tanto en lo relativo a la inserción del pregrado como del postgrado.

Entre los avances que se vienen instrumentando se destacan la inserción de los estudiantes de pregrado en el sector privado en los ciclos de CIMI, CICLIPA II y los Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria; cuyo número ha aumentado a 50 plazas por generación en 2008,

Hoy podemos decir que prácticamente todos los ciclos de la Facultad se encuentran insertos en el primer nivel de atención, mejoras que se habrán de profundizar en el marco del nuevo Plan y del Instituto de Atención Primaria aprobado por el Consejo de la Facultad y por el área salud con el nombre de

IUPNA (Instituto Universitario para el Primer Nivel de Atención) (al cual se hace referencia en otro capítulo de este Marco Teórico)

El DMFyC tiene una clara perspectiva interdisciplinaria e intersectorial, teniendo a su cargo la enseñanza, asistencia, extensión e investigación en el primer nivel de atención, del individuo, la familia y la comunidad. Este perfil contribuye a generar un proceso de enseñanza – aprendizaje y de atención a la Salud, continua, integral, oolítica y contextualizada en la realidad social y comunitaria en que el futuro profesional o el especialista se encuentra inserto y donde desarrolla su proceso educativo. A su vez se visualiza con claridad en la formación del postgrado y residente ya que se fortaleció la formación de éstos desde la Salud Pública y Comunitaria

Comienzan a recibirse los primeros especialistas que completan su formación académica contando actualmente con más de 15 profesionales egresados.

El Departamento se inserta con mayor presencia en el interior del país con sus postgrados y residentes, pero también con estudiantes de pregrado.

Asimismo, el abordaje de la familia y la comunidad desde sus propios espacios ha permitido avanzar en la extensión universitaria con un fuerte impacto social debido al número de estudiantes pero también a la calidad del trabajo realizado.

La formación de pequeños grupos de trabajo en los distintos ciclos permite un impacto social muy importante sobre estudiantes de escuela, liceos, redes comunitarias y a partir de los mismos desarrollar la docencia y la investigación.

Desde una perspectiva de futuro y ya en el marco del Nuevo Plan (que se presenta en otro capítulo de este trabajo) la Medicina Familiar esta llamada a ocupar un rol angular en su desarrollo.

Los estudiantes de Medicina desde el primer semestre y a lo largo de toda la carrera, habrán de desarrollar actividades de promoción y educación para la salud y de prevención de enfermedades en forma obligatoria y con la presentación de programas locales o proyectos a mitad de camino y al final del año.

Esta continuidad anual del trabajo comunitario es mantenida al menos durante tres años de la carrera, enfatizando en la importancia de hacerlo durante los 7 años del Nuevo Plan de Estudios.

Este trabajo tiene un peso importante en la evaluación continua y en la sumativa. La conformación de entre 5000 a 7000 estudiantes divididos en grupos de a 10 para el trabajo de campo y llegando en actividades directas sobre 60 a 120 estudiantes de escuela o liceo, congregaciones comunitarias, grupos de apoyo a policlínicas, etc. (es decir cada grupo de 10 estudiantes realizarían actividades de promoción o prevención sobre 60 a 120 personas en forma continua) tiene un impacto directo sobre aproximadamente 70000 a 100000 personas. Y si a esta cifra de personas las multiplicamos por los integrantes del núcleo familiar supone un impacto social sobre 250000 a 400000 personas siendo a nuestro juicio, la mayor revolución educativa de nivel terciario (con una impresionante repercusión social sobre los grupos sociales más vulnerables) de la historia del País.

En este contexto debemos pensar en el desarrollo del Instituto de Atención Primaria y del Instituto Universitario para el Primer Nivel de Atención del Área Salud de la Udelar. Esto supone la integración de los estudiantes de los distintos ciclos de las carreras de Odontología, Psicología, Medicina, Educación Física, Enfermería. El desarrollo de las actividades comunitarias en equipos interdisciplinarios permitirá la integración de estos equipos desde el comienzo de las diversas carreras y con un impacto social realmente impresionante, ya que no estaremos hablando de 700 grupos de a 10, sino de 1000 a 1400 grupos fortalecidos por la interdisciplina.

Desde el punto de vista clínico la enseñanza de la semiología comienza desde el tercer semestre y desde el arranque en el primer nivel de atención, la que luego es continuada y con especial énfasis en los aspectos del segundo y tercer nivel de atención. No debemos perder la perspectiva que necesitamos de acuerdo al perfil demo-epidemiológico del país excelentes clínicos que puedan resolver el 80 a 90 % de los problemas que se le presenten en el primer nivel y naturalmente excelente profesionales para el segundo y tercer nivel.

Desde el punto de vista del postgrado, el Departamento cuenta con 50 plazas de Residentes como lo mencionamos y con el aporte último de 8 Coordinadores o Jefes de Residentes que permitirán organizar regionalmente a los Residentes. Así se mejora la calidad de su formación. Dada la dispersión de la

estructura del Departamento en múltiples Centros de Salud y Policlínicas, la organización ha sido establecida mediante la regionalización del mismo en base a los grados 3 que tienen a su cargo todos los ciclos de pregrado, a los Residentes y Postgrados.

La Academia ha comenzado el proceso de cambio que debe ser consolidado en el futuro cercano. Creemos que el principal desafío es disponer del presupuesto adecuado para la formación de recursos humanos para el nuevo modelo de atención, a la vez que mantener el rumbo de cambios con el imprescindible apoyo institucional para lograr un egresado de alta calidad técnica.

El otro elemento clave en esta perspectiva de futuro es la vital trascendencia de fuentes laborales adecuadas y dignas para el especialista de la disciplina, hecho que se ha comenzado a consolidar en ASSE en un llamado a concurso de oposición y meritos para la especialidad pero que aún no se ha iniciado en ninguna de las instituciones del sector privado.

Los logros obtenidos hasta la fecha han sido posibles por la política institucional desarrollada por la Facultad y por el compromiso sistemático y sin condiciones que ha tenido y tiene con la especialidad nuestro Decano: el Prof. Dr. Felipe Schelotto.....

II.4 SISTEMA DE SALUD DEL URUGUAY: FORMACIÓN MÉDICA EN EL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD (SNIS)

Dra. Marisa Buglioli

Dra. Ima León

Prof. Dr. Fernando Tomasina

1. Introducción

Un sistema de salud, está basado en múltiples relaciones entre sus componentes; es un “sistema”, lo que significa que el “todo” es mucho más que la suma de las partes; y “la salud” se refiere al sector salud, como el ámbito de responsabilidad de los poderes públicos en la protección de las personas cuando enferman o para que no enfermen³⁶.

Siguiendo a Murray y Frenk³⁷ es posible definir el Sistema de salud como una respuesta social organizada frente a los problemas de salud, lo que implica 3 dimensiones de análisis:

- Políticas de Salud: Rol activo y explícito del Estado según la identificación de problemas de salud
- Situación de Salud de la Población: Conjunto de factores combinados (conductas, estilos de vida, ambiente, genética etc.)
- Conjunto de actores y acciones que desempeñan el Estado y la Sociedad en relación a la salud.

Los sistemas de salud no son un fin en si mismo, pero hay mucha gente que así lo considera, pues viven del sistema y su bienestar va ligado a la expansión del sector. No se debiera confundir el “Estado de Bienestar para los Trabajadores” con el “Bienestar de los que trabajan para el Estado”¹

³⁶ Repullo Labrador, J. R., Inesta Garcia A., **Manuales de dirección médica y gestión clínica: Sistemas y servicios sanitarios.** Ed. Díaz de Santos España 2006

³⁷ Murray C.J.L, Frenk J. Sistemas de Salud. “Un marco para evaluar el desempeño de los sistemas de Salud”. Boletín de la OMS, recopilación de artículos N° 3, 2000

El fin de los Sistemas de Salud, es justamente “la Salud”, en este sentido, la prestación de servicios es lo que el sector salud “hace”, no lo que el sector salud “es”.

Este abordaje nos permite:

- Reconocer que la salud no depende únicamente de la prestación de servicios de salud.
- El aseguramiento (o forma de financiamiento) es una estrategia, no la razón de ser.
- El concepto de determinantes sociales de la salud debe servir para complementar el abordaje.

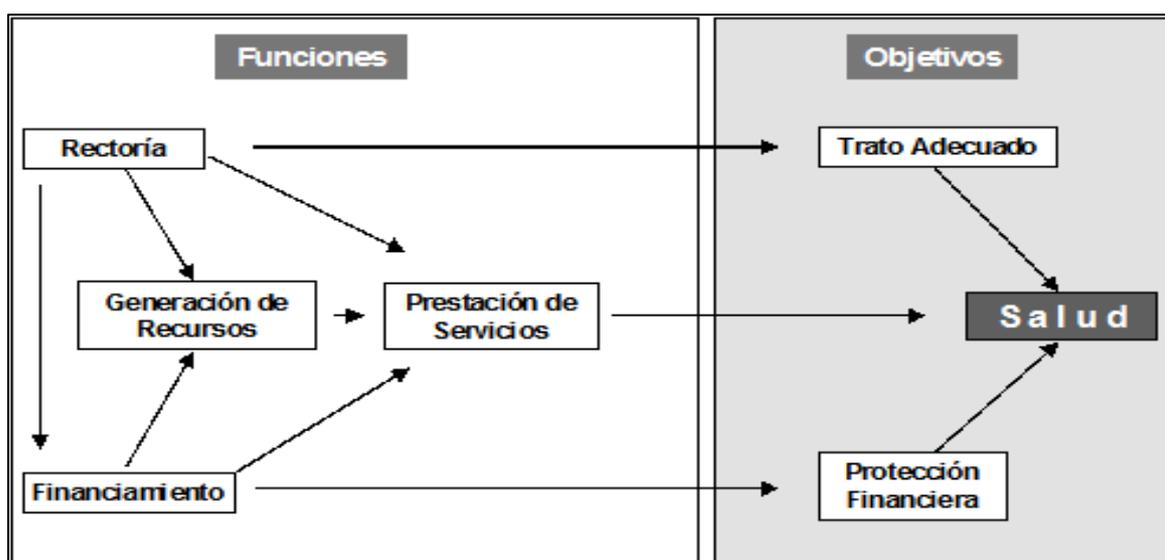
Murray Frenck, describen tres objetivos finales (intrínsecos o medulares de los Sistemas de Salud

1. Mejorar la salud de la población a la que sirven.
2. Responder a las expectativas de las personas ofreciendo un trato adecuado a los usuarios de los Servicios de Salud.
3. Garantizar seguridad financiera en materia de salud

Clásicamente también se describen otros objetivos instrumentales (secundarios) que son deseables sólo en la medida en que contribuyen a mejorar los objetivos

- la disponibilidad de insumos,
- el acceso

Cuadro I: Funciones y objetivos de los Sistemas de Salud



Fuente: Murray y Frenk 2000

En este marco la generación de Recursos, y específicamente la formación de médicos es un componente determinante del Sistema de Salud, y por lo tanto las

reformas, implican de alguna manera cambios sustanciales en la curricula para poder adaptarse a las nuevas exigencias del Sistema.

La Reforma del Sistema de Salud en el Uruguay, se debe analizar enmarcada en un Plan de Reformas sociales y económicas estructurales que se llevan a cabo desde la asunción del gobierno progresista que incluyen:

- Reforma del Estado
- Reforma Tributaria
- Reforma de Educación
- Plan de Igualdad de Oportunidades y Derechos
- Uruguay Productivo

En el presente trabajo, solo se abordará la reforma del Sistema de Salud, y las implicancias de esta reforma en la formación de los Médicos

2. Reseña Histórica

Hacia fines del *siglo XVIII* y *principios del XIX*, nacen los primeros hospitales públicos, frutos de la acción de obras de caridad y comunidades religiosas.

En 1878, con destino a inmigrantes sin domicilio, indígenas, náufragos, esclavos, dementes y niños abandonados, el Cabildo de Montevideo y grupos religiosos fundan el primer hospital público, el Hospital de la Caridad, que cambiará su nombre a Hospital Maciel en 1911

A nivel gubernamental en ese entonces, la Salud se regía por dos organismos: La *Asistencia Pública Nacional*, atendiendo todo lo relativo a la asistencia del enfermo (función curativa) y el *Consejo Nacional de Higiene*, con clara función Preventiva.

En 1856 se crea la primera “mutualista” en el Uruguay (Asociación Española Primera de Socorros Mutuos) cuya finalidad era apoyar a los recién inmigrados de España al Uruguay. Este proceso se desarrolló en las demás colectividades de inmigrantes al País (italianos, franceses, gallegos, alemanes, etc.).

El Ministerio de Salud Pública fue creado en 1934. Sus cometidos son: normativos y asistenciales (cometidos de la Asistencia Pública Nacional, y el Consejo Nacional de Higiene)

En 1935 el subsector privado, se afirma con la creación del Centros de Asistencia Médica del Sindicato Médico del Uruguay (CASMU) y la incorporación del Seguro de Enfermedad de los Trabajadores Privados (Ex – DISSE) en la década del sesenta. Para ese entonces el subsector privado había avanzado en el cuidado de la salud de la población, cubriendo el 40% de la misma.

En 1957 se crea el primer “seguro parcial de salud” en el Uruguay (sólo para la hospitalización en el Hospital Británico de los funcionarios de la empresa de Ferrocarriles Estado – AFE). Pero es en la segunda mitad de la década de 1980 cuando ocurre un crecimiento evidente de los seguros parciales.(*)

En 1979 por el decreto ley 14.897 se crea el Fondo Nacional de Recursos (FNR) entidad responsable del financiamiento de los Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE_s) que cubren las afecciones cuyos tratamientos son de alto costo y complejidad³⁸.

3. Contexto y Antecedentes de la Reforma del S. de Salud en el Uruguay

Siguiendo a Granados Toraño³⁹, las reformas de los sistemas de salud, se deben analizar en un contexto de cambios políticos, económicos, sociales, demográficos, epidemiológicos; de cambios en el desarrollo de la ciencia y la tecnología, y todos ellos tienen que ver con los sistemas y con la atención a los problemas de salud. Es un contexto de escalada importante de costos de los sistemas de salud y en el cual se ha producido una revolución en cuanto a las expectativas que tienen los ciudadanos con estos sistemas.

(*)Un seguro parcial de salud es un contrato entre una persona y una institución privada que ofrece un tipo específico de atención; por ej.: de cobertura sólo para emergencias, o para la consulta en policlínicas, o servicios de diagnóstico, o de tratamiento.

³⁸ Tomasina F., León I., Sistema de Salud en Uruguay en Temas de Salud Pública. Dpto. de Medicina Preventiva y Social. Oficina del Libro FEFMUR. Mdeo. 2008

³⁹ Granados Toraño R., La Reforma de los sistemas de Salud, “Tendencias Mundiales y efectos en AL y C”. Rev. Gerencia y Políticas de Salud. Nº 3 Dic. 2002. p 16 - 46

▪ **Cambios políticos y económicos**

Crisis del Estado de bienestar, aparición de las políticas neoliberales como solución a la crisis. Paralelamente se profundizan los procesos de globalización de los mercados, se empieza a producir lo que se ha dado en llamar el “desvanecimiento del estado nacional”.

Comienza una retirada del estado que pierde importancia como conductor de los *procesos de desarrollo*.

Al igual que en la mayoría de los países de Latinoamérica durante las últimas décadas, en particular con el predominio de las políticas neoliberales, el país sufrió una importante desindustrialización. La fuerte recesión económica, generó en los años 2001 al 2003, un descenso importante del ingreso promedio de los hogares⁴⁰

▪ **Cambios en el mundo del trabajo, globalización y salud en el trabajo**

La precarización laboral, alimentada durante más de 30 años en el marco de políticas neoliberales, en gran medida facilitadas por el desempleo, ha determinado condiciones de trabajo riesgosas y poco saludables.

Podríamos afirmar que las estrategias neoliberales para la mayor extracción del valor, han tenido como resultados en el mundo del trabajo: la precarización de las relaciones laborales, la externalización- tercerización y el debilitamiento de las funciones del Estado⁵.

▪ **Cambios sociales**

Es un contexto de cambios sociales importantes, el llamado capitalismo neoliberal, la fuerza del mercado con las consecuencias de una escalada de la pobreza en los países en vías de desarrollo. Prácticamente la desaparición de la clase media como un fenómeno social nuevo, a partir de los años ochenta; el hecho de que grandes masas de población viven en una situación de exclusión social y altos índices de desempleo

Esta nueva sociedad ha acumulado una enorme deuda social y sanitaria e incrementado las brechas sociales, esto se ve reflejado en algunos indicadores de

⁴⁰ Tomasina F., Stolovas N., Chaves E., Bozzo E., La salud de los trabajadores en el Uruguay de hoy. Dpto. de Salud Ocupacional. Fac. de Medicina.

nuestro país como la tasa de desempleo de 13.1% en el 2004, (descendiendo a 9.7% en 2007.)

Como respuesta a la situación descrita en Uruguay (2005) se inicia el primer periodo de gobierno progresista, con mayoría parlamentaria, con una propuesta de reformas sociales y económicas estructurales

▪ **Cambios demográficos**

Aunado a lo anterior, hay cambios demográficos importantes. La población del Tercer Mundo ha crecido de manera explosiva, lo que significa que la mundial aumenta a expensas de los pobres. En Uruguay el 51% de los nacimientos del 2004, se produjeron en hogares que se encontraban por debajo de la línea de pobreza.

Además continúa un proceso de envejecimiento de la población y de migración rural urbana, por la falta de opciones de desarrollo rural sostenible La población se mueve hacia las ciudades y engrosa los cinturones de miseria en las grandes urbes. Entre los cambios que se han dado en lo urbano y rural, en la mayoría de los países latinoamericanos, se puede verificar un deterioro ecológico⁴.

El 13,3% de la población uruguaya se ubica en el grupo de 65 años y más según datos recogidos en la Fase I del censo de 2004; esta proporción era de 7.6% en 1963, por lo que se duplicó en un período de casi 40 años, permitiendo ver una clara tendencia al envejecimiento⁴¹.

▪ **Cambios epidemiológicos**

Desde el punto de vista de la situación de salud nos enfrentamos con perfiles epidemiológicos y sanitarios complejos, donde conjuntamente con enfermedades ligadas a la pobreza, emergen las crónico degenerativas.

Cada vez pesan más el cáncer, las cardiovasculares y las metabólicas, en los perfiles de salud, enfermedad de los países en vías de desarrollo.

La violencia como un problema de salud importante, las estrategias de sobrevivencia y de defensa del espacio vital, de gran parte de la población de nuestros países y el marginalismo y la exclusión social como fenómenos socio sanitarios, demandan respuestas sociales y de salud complejas. La emergencia de nuevas enfermedades como el SIDA, la drogadicción, los problemas mentales epidémicos

⁴¹ Benia W., De Mucio B., León I., Caviglia C., Alegretti M., Situación Epidemiológica del Uruguay en en Temas de Salud Pública. Dpto. de Medicina Preventiva y Social. Oficina del Libro FEFMUR. Mdeo. 2008

estando la mayoría de ellas asociadas al deterioro social y ambiental, sin servicios de salud, sociales y sanitarios adecuados⁴.

Las Enfermedades crónicas no transmisibles son la causa del 70% de las defunciones producidas en Uruguay (33.8% de causa cardiovascular, 22.6% neoplasias malignas)

Uruguay ya presenta las cifras que la OMS proyecta para los países de la región en el año 2020., además las ECNT insumen el 60% de los costos de atención médica.

Según la Primera Encuesta de Factores de Riesgo realizada en el Uruguay en 2007, el 63% de adultos entre 45 y 64 años de edad presentan un riesgo elevado (presentan al menos 3 factores de riesgo).

▪ **Cambios científicos tecnológicos**

Se ha producido un boom de la tecnología diagnóstica y curativa, lo que se ha dado en llamar el fetichismo médico sofisticado, aunado a la rápida obsolescencia del equipamiento médico y de la tecnología en salud. La tecnología biomédica podría explotarse mucho más tiempo de lo que se hace, sin embargo rápidamente envejece y es sustituida por una nueva generación tecnológica.

Lo mismo está pasando en el campo de los medicamentos. Estos temas están dentro de la lógica de la globalización y sufren la influencia de los intereses económicos transnacionales de la industria médico farmacéutica.

Frente a este boom tecnológico cada día es mayor la dificultad que tienen grandes sectores de población para acceder a los beneficios de la ciencia y las técnicas contemporáneas

▪ **Cambios en las expectativas de la población**

Una concepción médico centrista se ha ido creando en la población, al ver que la forma

de solucionar sus problemas de salud es a través del uso de tecnología médica sofisticada. Por otra parte la salud se concibe como un derecho humano fundamental, y la población reclama de los servicios de salud la solución a sus problemas y participación en las decisiones del sector.

Como antecedentes en el Uruguay, se pueden señalar algunos “hitos” donde se analizaron los problemas de salud, y se expresaba la necesidad de una Reforma. Entre ellos destacamos:

- 1985 Proyecto de Ley para crear un Sist. Nac. de Salud (basado en recomendaciones de CONAPRO 1984 y VII Convención Médica Nacional donde se consagraba legalmente el derecho a la salud.
- 1987 En 1987 se crea ASSE (Administración de Servicios de Salud del Estado) como un organismo público encargado de administrar los establecimientos de atención a la salud pertenecientes al MSP. Esto implica un paso importante en dirección al principio de separación de las funciones asistenciales y normativas del Estado (Piotti, 1995).
- 2000 Comisión: Ord. Ministerial No. 1/00 Cometido: Analizar la situación y tendencias del Sector Salud, y en particular de las IAMC;
- 2002 MSP – OPS. Desempeño de las FESP en Uruguay
- 2004 VIII Convención Médica Nacional

Podemos analizar el Sistema Nacional Integrado de Salud como una Reforma del Sistema de Salud ya que implica un *Proceso continuo de cambio de políticas sanitarias y de las instituciones a través de las cuales se ponen en marcha* (Infante A. 2000):

- Cambio estructural de arriba hacia abajo
- Cambio que persigue unos objetivos políticos
- Cambio sostenido, a largo plazo
- Cambio de instituciones
- Cambio de estatutos organizativos
- Cambio de estilos de gestión

Tiene como metas mejorar el acceso, la equidad, la calidad, la eficiencia, y/o la sostenibilidad. Busca introducir cambios a largo plazo, no actuaciones más o menos singulares; (Toca los grandes problemas del sistema, Implica a muchos actores e instituciones) Si bien la mayoría de los problemas identificados tienden a ser relativamente "técnicos", diseñar y poner en marcha una reforma sanitaria es un proceso eminentemente político.⁴²

⁴²Partnership for Health Reform, 1997, “Measuring Health System Performance: A Handbook of Indicators”, Washington, p.2

Es importante destacar algunos desafíos que se plantean en las Reformas y que son aplicables al Uruguay:

- **Las necesidades en salud sean las orientadoras del sistema.**

Una reflexión que incorpora J. Breilh⁴³ es justamente el rol que se le puede asignar a la salud colectiva y la epidemiología como instrumentos para la planificación, monitoreo y control de las acciones en salud, en donde una categoría central está asociada, justamente, a la definición de necesidad de salud.

¿Quién fija los criterios de necesidades?, ¿la objetividad y o subjetividad del mismo?

No hay respuestas simples, son preguntas complejas con respuestas complejas, pero exigen ser elaboradas desde la construcción social por los diferentes actores, participando en las decisiones. El rol del técnico de salud es como un facilitador responsable también en la colectivización del conocimiento técnico acumulado.

- **La salud como derechos humanos inalienables independientes de su condición social.**

Superar el modelo individualista (limitado a las posibilidades de la persona de acceder a determinada calidad de atención), a modelos que responden desde una mirada solidaria de derecho independientemente de su condición social.

En el primer modelo de organización, los recursos destinados a la atención se orientan básicamente en la lógica del mercado, en el segundo enfoque existe una direccionalidad de las prestaciones y de los recursos desde la planificación del estado.

- **Cambios en el modelo de atención: énfasis en la promoción y prevención.**

En promoción y prevención hay que superar modelos limitados al cambio individual por intervenciones a nivel colectivo comunitario con respuesta, al

⁴³ Breilh J., Epidemiología Crítica: Ciencia Emancipadora e Interculturalidad. Editorial Lugar .Bs.As.2003

decir de H. San Martín⁴⁴ “que se logre dar bases científicas no a una prevención individual, de eficacia siempre limitada, sino a una verdadera política e prevención social global”

4. Análisis de los principales problemas que fundamentan el SNIS

Brevemente analizaremos en forma esquemática algunos de los problemas y deficiencias que presentaba el Sistema de Atención a la salud en el Uruguay y que distintos autores describen como determinantes en la génesis de Sistema Nacional Integrado de Salud

Consagración de la Salud como un “deber”

- La Constitución de la República Oriental del Uruguay de 1966, Se concibe como un *deber* y no un *derecho*.
- En la VII Convención Médica Nacional de 1984: (lo que es ratificado en la VIII CMN de 2004) se entiende necesario consagrar a la salud como un “derecho” a texto expreso en la Constitución

Rol del MSP

- En la creación del MSP en su ley orgánica (1934) no se establecen potestades *políticas* en materia de salud.
- En 1967 (más de 30 años después) se crea la Dirección General de la Salud (DIGESA) por ley de presupuesto, (y reglamentada en 1973) con el fin de *“crear políticas sanitarias en el país.”*
- No existe una política de Estado en materia de salud y es evidente la discontinuidad en las orientaciones del MSP. Cabe señalar que en el periodo 1995 a 2005 (2 periodos de gobierno) ha habido 5 cambios de Ministro, con las respectivas re-orientaciones en materia de políticas y proyectos de Reforma.

Cobertura del BPS (Sistema de Seguridad Social)

- Cobertura asistencial “solo” para el trabajador, no para la familia.

⁴⁴ San Martín H., y col. **Estudios de Epidemiología Social: Salud, Sociedad y Enfermedad.** Editorial Ciencia 3.Madrid –España 1986.

- Afiliación compulsiva al del subsector privado de atención (IAMC)
- El beneficio cesa cuando el trabajador se jubila.
- No brinda cobertura a: (Trabajadores fuera del sector formal, Trabajadores del sector público, Desempleados Niños y Ancianos)

Cobertura del Sistema de Atención

- Si se analiza la cobertura de la Población según Prestador hasta la implementación del SINS, se aprecia que el Subsector Publico cubría más de la mitad de la población, (48%) mientras que en el Subsector Privado la cobertura por las IAMC alcanza al 45 % de la población, de la cual un 23% eran trabajadores privados con financiamiento por la seguridad social.
- Este sistema *no aseguraba una cobertura universal e integral*. Particularmente en las edades extremas de la vida, trabajadores informales y desocupados, no tenían asegurada su cobertura desde el punto de vista formal.

Gasto y Financiamiento del Sector

- El gasto público en salud forma parte del gasto social. Este, a su vez, está conformado, según una metodología propuesta, por el gasto en educación, salud, vivienda e INAME y constituye aproximadamente el 27% del presupuesto nacional o 6% del PBI. El gasto público en salud es una variable de ajuste en función de objetivos de política macroeconómica, principalmente fiscal.
- En el año 2002 se gastó aproximadamente 1313 millones de dólares (estimados) en Salud, lo que corresponde al 11% del PBI. Sin embargo, si se analiza el gasto per. cápita, se encuentran grandes diferencias entre el sector público y el sector privado, siendo muy superior el gasto en el sector privado con respecto al sector público (U\$S 117 per cápita en el sector público (ASSE), y U\$S 624 en el sector privado IAMC en el 2002).

- Una parte muy importante del gasto se destinó a la atención médica mediante alta tecnología de elevado costo en detrimento del primer nivel y de las acciones de promoción, prevención y rehabilitación.
- Cuando se habla del porcentaje del gasto en salud con respecto al PBI debe remarcarse que éste (el Producto Bruto Interno) ha sufrido una caída sostenida hasta el 2005 y que los insumos para los servicios de atención médica, medidos en dólares, se han incrementado notoriamente, así como se han hecho más rigurosas las condiciones de pago.
- Este porcentaje es similar al que se observa en los países desarrollados, que tienen mayor densidad de población y menor gasto en salud en salud en relación con su PBI, por lo que nuestro país debería contar con una asistencia pública y privada correcta tanto en cantidad como en calidad.
- En la composición del gasto interesan básicamente dos cosas:
 - Quien y cuanto gasta en los servicios que brinda, o dicho de otra manera *“gasto por efector“*
 - Quien y cuanto paga, (financia el gasto) o *gasto por agente de retención.*

De esta manera podríamos afirmar que considerando el gasto en su totalidad, el Subsector Público (de Prestación de Servicios) gastó el 25% (del gasto total) en Salud, mientras el Subsector Privado gastó el 75% del mismo en los Servicios que brindó.

En relación con el financiamiento del sistema en su conjunto, llama la atención la existencia de una gran cantidad de fuentes de financiamiento de origen público, privado o mixto, sin una clara diferenciación respecto del destino de los recursos (impuestos, aporte de los trabajadores, cuotas, co-pagos etc.).

En suma se podría afirmar que el Subsector público financiaba el 46,4% y gastaba el 25% de Gasto total en Salud, mientras que el Subsector Privado financiaba el 53.6%, cuando gastaba el 75% del Gasto Total

En el siguiente cuadro se muestra la Cobertura, y las fuentes de financiamiento de cada subsector hasta la puesta en marcha del SNIS

Subsistema	Principales prestadores	Cobertura	Financiamiento
Subsistema público	<ul style="list-style-type: none"> • ASSE • Hospital de Clínicas 	<ul style="list-style-type: none"> • Toda la población sin otra cobertura • 48% de la población 	<ul style="list-style-type: none"> • Recursos fiscales
	<ul style="list-style-type: none"> • Sanidad Militar • Sanidad Policial 	<ul style="list-style-type: none"> • 7% de la población 	<ul style="list-style-type: none"> • Recursos Fiscales • Contribuciones.
Seguridad Social	<ul style="list-style-type: none"> • Contrata IAMC 	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajadores privados • Jubilados de bajos ingresos • 20% de la población 	<ul style="list-style-type: none"> • Contribuciones sobre ingresos • Recursos fiscales
Subsistema privado	<ul style="list-style-type: none"> • IAMC • Seguros privados 	<ul style="list-style-type: none"> • 23% de la población • 2% de la población 	<ul style="list-style-type: none"> • Gasto privado

Características de la Oferta de Servicios de Salud

- La atención médica se brinda a través de un grupo de instituciones de distinto origen, con características y objetivos diferentes y con un grado casi inexistente de coordinación, complementación y regionalización. Se constata una superposición de servicios en algunos sectores, coexistiendo con otros sin cobertura, lo que lleva a una ineficiencia en la atención brindada.
- Falta de adecuación del modelo asistencial (de los distintos prestadores) a las características epidemiológicas actuales (predominio de enfermedades no transmisibles). En su conjunto la oferta del sistema tiene un carácter no integral y medicalizado de la atención médica, verificándose discrepancias entre cobertura real y total.
- El sistema no cumple con los requisitos básicos de la atención médica; humana, oportuna, integral, universal, continua, accesible, completa y eficiente.

5. Objetivos del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)

Los lineamientos de la Reforma en el Sistema de Salud del Uruguay, surgen a partir de las definiciones programáticas del gobierno nacional en la materia y se desarrollan en el marco de la discusión amplia del MSP con los actores involucrados, nucleados en el Consejo Consultivo para el cambio en Salud.

El SNIS se implementa a través de la ley 18.221, aprobada el 21 de noviembre de 2007, entrando en vigencia el 1º de enero de 2008.

La ley cuenta con 77 artículos organizados en VIII capítulos que se enumeran a continuación:

I. Disposiciones generales:

- Se reglamenta el derecho a la protección a la salud,
- Establece la competencia del MSP en la implementación del Sistema articulando prestadores públicos y privados de atención a la salud.
- Se enuncian los principios rectores, los objetivos del SNIS (art. 4 y 5)
- Se crea un registro obligatorio de recursos de tecnología de diagnóstico y terapéutica de alto porte
- Se establece el objetivo de la política nacional de medicamentos
- Se reglamenta la competencia del MSP en la evaluación de los recursos humanos de las entidades que integren el SNS

II. Integración del Sistema Nacional Integrado de Salud

- Establece los requisitos para los Servicios de Salud y entidades que lo integren
- Regula la conformación de órganos asesores y consultivos con Representación de usuarios y trabajadores en los Efectores que integren el SNIS

III. Junta Nacional de Salud (JUNASA)

- Se crea como un organismo desconcentrado dependiente del MSP
- Sus cometidos son:
 - Administrar el Seguro Nacional de Salud
 - Velar por el cumplimiento de los principios rectores y objetivos del SNIS
- Se compone por siete miembros: dos representantes del MSP (uno actuará como presidente) un miembro representante del Ministerio de Economía y Finanzas, un miembro del Banco de Previsión Social, un miembro representante de los prestadores, un miembro representante de los trabajadores y un miembro representante de los usuarios

IV. Red de atención en salud

- El SNIS se organizará en redes por niveles de atención según las necesidades de los usuarios y la complejidad de las prestaciones y se

aseguraran los mecanismos de referencia y contra referencia entre los distintos niveles.

- Se prioriza la coordinación local, departamental o regional entre los servicios
- Se establece la potestad de coordinar acciones intersectoriales a las redes territoriales

V. Cobertura de Atención Médica

- Los prestadores que integren el SNIS deberán otorgar a los usuarios las prestaciones incluidas en los Programas Integrales de Atención a la Salud (PIAS) aprobados por el MSP
- Los Programas (PIAS) incluirán:
 - Actividades de promoción y protección a las personas
 - Diagnostico precoz y tratamiento adecuado
 - Recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos
 - Acceso medicamentos y recursos tecnológicos suficientes
- Se definirán taxativamente las prestaciones incluidas en el PIAS

VI. Usuarios del SNIS

- Son usuarios del SNIS todas las personas que residan en el territorio nacional
- La elección del prestador es libre
- Se establecen los derechos respecto de los prestadores y las obligaciones de los usuarios

VII. Financiamiento del SNIS

- El Seguro Nacional de Salud abonará a los prestadores del SNIS, una *cuota salud* por cada afiliado cuyo valor será igual para todos los prestadores (públicos y privados). La cuota tendrá en cuenta los costos diferenciales según grupos poblacionales determinados y el cumplimiento de las metas asistenciales
- Se crea el Seguro Nacional de Salud financiado por el Fondo Nacional de Salud (FONASA) quien pagará las cuotas de salud a los prestadores y se constituirá en el Banco de Previsión Social (BPS)
- El BPS recepcionará los aportes al FONASA y efectivizará el pago de las cuotas salud a los prestadores de conformidad con las órdenes de

pago que emita la JUNASA, quien es la responsable de la administrar el Seguro.

VIII. Disposiciones transitorias

- Refiere a beneficiarios del SNIS no incluidos en el régimen presente.

El propósito SNIS y el Seguro Nacional de Salud, es “*universalizar el acceso a la salud, dar justicia en el mismo, equidad en el gasto y el financiamiento de ésta, calidad asistencial y devolver la sustentabilidad al sistema*”

Lograr la equidad en relación a los recursos que la sociedad destina para la atención en salud de la población, a fin de contribuir en el bienestar bio-psico-social de la misma.

El SNIS plantea tres modificaciones sustanciales al anterior sistema: nuevo modelo de atención, nuevo modelo de gestión y nuevo modelo de financiamiento.

La estrategia básica esta centrada en que la atención a la salud sea independientemente de la condición socioeconómica del individuo, y que además sea profundamente transformadora de los actuales modelos de atención propugnando una atención integral, humanista y solidaria.

1. Cambios en el Modelo de Atención

Hacia una orientación que privilegie la atención integral, y jerarquice la promoción y la prevención en materia de salud.

- Estas acciones se desarrollaran en el marco de la aplicación de una estrategia de atención primaria en salud, estructurada como un sistema con base territorial
- Integración en la atención a la salud del trabajo de equipos interdisciplinarios con un enfoque integral
- Creación de ámbitos de coordinación intersectorial.

2. Cambios en el Modelo de Gestión

- Fortalece el rol del MSP como el responsable de *conducir el proceso* de construcción del sistema y de *ejercer efectivamente la rectoría* del sistema de salud en la definición de las políticas de salud.
- Al considerar la salud como un derecho, se plantea que el Estado recupere su capacidad regulatoria y controladora de la oferta en servicios de salud,

superando modelos que dejaban librado dicha regulación a las fuerzas del mercado.

- El nuevo Sistema pretende incorporar a la población usuaria y a los trabajadores en su gestión. La participación social implicará, a su vez, el ejercicio del control ciudadano sobre la calidad de las prestaciones y un monitoreo de las mismas.

3. Cambios en el modelo de Financiamiento

- Los cambios propuestos se basan en la justicia distributiva. es decir, independiente de la capacidad de pago que el individuo tenga-

Aportes al FNS:

- Aportan al FNS de manera obligatoria todos los trabajadores públicos y privados, un porcentaje de sus ingresos acuerdo a su ingreso familiar y según el siguiente esquema:
 - 6% si las retribuciones mensuales superan los 2,5 BPC y tienen hijos menores de 18 años o mayores de esa edad con discapacidad;
 - 4,5% ingresos iguales que el caso anterior pero sin hijos a cargo;
 - 3% si la retribución mensual no superan los 2,5 BPC, independientemente si tiene o no hijos a cargo.
- Las empresas públicas y privadas aportarán al Fondo un financiamiento proporcional a la cantidad de trabajadores contratados.
- El Estado complementará dichos ingresos con un aporte presupuestal para llegar a la cifra requerida.

Reembolso del FNS a los prestadores:

- El FNS reembolsará a los Prestadores Integrales mediante un sistema de Pre-pago en base a una cuota salud (cápita) constituida por:
 - El número de personas que refieren como usuarios de cada institución (prestador). El núcleo cubierto en la actualidad por el SNS, incluye al trabajador/a, hijos menores de 18 años a cargo, o de cualquier edad con discapacidad; los trabajadores

incorporados al SNS y que se amparan al beneficio jubilatorio; jubilados dependientes de menores ingresos y no dependientes con un tope de ingresos. A partir del 2010 se incorporarán en forma progresiva los colectivos que restan: los cónyuges o concubinos, los afiliados a Cajas de Auxilio, Caja Notarial.

- Una prima de riesgo según edad y sexo de los usuarios
- Un mecanismo de “*premio*” por el cumplimiento de metas asistenciales

6. Formación médica y SNIS

Como ha sido señalado en múltiples oportunidades y documentos, nuestro país presentó históricamente un modelo de atención en franco desajuste respecto a sus necesidades de salud. Una forma de analizar esta dimensión es desde la perspectiva de los recursos humanos dedicados a la atención de la salud. La disponibilidad real de recursos humanos en el sector salud en relación a la población a cubrir, no parece ser el problema principal. Tablas como la que se adjunta se reiteran en los informes que incluyen datos de Uruguay, destacándose una buena dotación de médicos por mil habitantes.

Cuadro II: Médicos por mil habitantes, 2003

Países	Tasa
Cuba	6,3
Uruguay	3,9
Argentina	3,2
Costa Rica	2,3
Chile	0,9
España	3,4
Reino Unido	2,3

Fuente: OPS, 2006.

La mirada desde la dotación cambia cuando se incluye la visión del equipo de salud, por ejemplo enfermería. El cuadro siguiente muestra la relación de médicos por enfermera que existe en nuestro país. Si bien, la serie histórica

muestra una leve mejoría de esta relación sigue reflejando una muy baja dotación de enfermería en relación al profesional médico.

Cuadro III: Relación Médico/Enfermero, 1995-2005

Año	Médico/Enfermero
1995	5,2
2000	4,5
2005	3,8

Fuente: OPS, 2006.

Cuando se observa la distribución geográfica de los profesionales de la salud, la realidad del mercado de trabajo y las formas en que está organizado el trabajo en el sector aparecen otros problemas que ofician de barreras al cambio de modelo de atención. La disparidad salarial, las diferencias en las condiciones de trabajo, están por detrás de uno de los principales problemas del sector como es el multiempleo. Un 35% de los médicos tiene dos empleos, y que hay un importante núcleo de trabajadores médicos (20%) que tienen entre 3 y 8 empleos. La atención en el primer nivel de atención a nivel privado está dividida entre tres días a la semana de dos horas de duración cada consulta, desvirtuando la lógica de continuidad y longitudinalidad del proceso de atención.

Las siguientes son algunas de las características que se destacan en diversos estudios y documentos sobre la disponibilidad de médicos en el sistema de salud uruguayo:⁴⁵

- Fuerte concentración de los médicos en Montevideo. La cantidad de médicos cada 10.000 habitantes es 73,5 en Montevideo y de 19,6 en el resto del país. Esto es, la cantidad de médicos por habitante en Montevideo es casi cuatro veces superior a la del resto del país.
- La tasa de crecimiento anual medio de médicos es diferente según región. Para el total del país la tasa de crecimiento anual medio asciende a 1,5%. En Montevideo la tasa anual se ubicó en el período 1995-2005 en 0,8%, en tanto en el interior fue de 3,4%.

⁴⁵ Buglioli M., Ríos G., y Setaro M., Trabajo final del “Diploma de Gestión de Recursos Humanos en Salud”. s/editar Río de Janeiro, Nov. 2008.

Debe considerarse además que la tasa de crecimiento del número de médicos es superior a la tasa a la que crece la población del país, razón por la cual el número de médicos por mil habitantes sigue creciendo en todo el país, pasando de 3,5 en el año 1995 a 4,1 en el año 2005.

En el Interior el crecimiento es más marcado que en Montevideo. De 1,4 médicos por mil habitantes en 1995 se llega a 1,9 en 2005. Sin embargo, la disponibilidad de médicos es francamente superior en la capital (7,2 en el año 2005).

Consistente con el fenómeno de feminización de la matrícula universitaria, las mujeres constituyen en la actualidad el grupo mayoritario de médicos (53%).

- Con relación a la estructura de edades, los profesionales médicos constituyen un grupo envejecido si se los compara con otras profesiones de la salud. Para el año 2005, los médicos mayores de 59 años en actividad representan 10,7% del total, en tanto en el año 2001 constituían 9,1%. Dada la duración de los estudios de grado, el porcentaje de médicos menores de 30 años es muy bajo (4,4%).
- De la combinación de las proyecciones demográficas y de la cantidad de médicos se desprende que se observará en los próximos años un incremento en la cantidad de médicos por habitante.
- El punto anterior se verá afectado por el impacto progresivo de la migración médica. Se constata escasez de algunas especialidades médicas, tales como: anestesia, urología, oftalmología, gestión sanitaria, Medicina familiar y pediatría, entre otros.
- Finalmente, el fenómeno del multiempleo médico y sus consecuencias en las condiciones de trabajo y en la calidad asistencial.

Nivel de especialización del cuerpo médico

- La cantidad de médicos que realizan estudios de postgrado presenta una tendencia creciente. Mientras que en el año 1998 el 66% de los médicos contaban con estudios de postgrado, en el año 2004 este porcentaje se elevó a 73%.
- El nivel de especialización es superior entre los médicos de mayor edad, de sexo masculino, Residentes en Montevideo y con mayor inserción en el mercado de trabajo privado.

- La evolución de la cantidad de médicos según especialidad en el período 1987-2005 presenta diferencias significativas. Mientras que en algunas especialidades, la cantidad de médicos permanece constante o decrece, en otras se observa un crecimiento explosivo.

Además, el sistema formador de recursos humanos de salud tiene como característica el peso predominante del sector público, tanto a nivel de la enseñanza superior como en la enseñanza media. Aunque, paradójicamente, es el mercado del trabajo privado quien tiene la mayor captación de los recursos que egresan del sistema formador público.

La participación del sector privado se focaliza en la formación de niveles medios, sobre todo auxiliares de enfermería, y en algunas profesiones como nutrición, psicología, odontología y enfermería. En la profesión médica la participación se da sobretodo a nivel de los postgrados y dentro de estos en los relacionados a gestión. Existe solamente una experiencia incipiente de formación de grado en medicina.

El perfil del médico se ajusta al modelo hegemónico: hospitalocéntrico, asistencial, y superespecializado y la falta de planificación mantiene una relación médico/enfermera de 4 a 1, totalmente contrario a lo deseado. Asimismo se constata una escasez de algunas especialidades médicas, que convive con el multi-empleo y la presión del fenómeno de la migración de recursos calificados.

En la posibilidad real de avanzar en la estrategia de cambiar el modelo de atención, juega un papel relevante, sin lugar a duda, la adecuación de la formación del médico.

Referencias

1. Repullo Labrador, J. R., Inesta García A., Manuales de dirección médica y gestión clínica: Sistemas y servicios sanitarios. Ed. Díaz de Santos España 2006

2. Murray C.J.L, Frenk J. Sistemas de Salud. “Un marco para evaluar el desempeño de los sistemas de Salud”. Boletín de la OMS, recopilación de artículos Nº 3, 2000
3. Tomasina F., León I., Sistema de Salud en Uruguay en Temas de Salud Pública. Dpto. de Medicina Preventiva y Social. Oficina del Libro FEFMUR. Mdeo. 2008
4. Granados Toraño R., La Reforma de los sistemas de Salud, “Tendencias Mundiales y efectos en AL y C”. Rev. Gerencia y Políticas de Salud. Nº 3 Dic. 2002. p 16 – 46
5. Tomasina F., Stolovas N., Chaves E., Bozzo E., La salud de los trabajadores en el Uruguay de hoy. Dpto. de Salud Ocupacional. Fac. de Medicina.
6. Benia W., De Mucio B., León I., Caviglia C., Alegretti M., Situación Epidemiológica del Uruguay en Temas de Salud Pública. Dpto. de Medicina Preventiva y Social. Oficina del Libro FEFMUR. Mdeo. 2008
7. Partnership for Health Reform, 1997, “Measuring Health System Performance: A Handbook of Indicators”, Washington, p.2
8. Breilh J., Epidemiología Crítica: Ciencia Emancipadora e Interculturalidad. Editorial Lugar .Bs. As.2003
9. San Martín H., y col. Estudios de Epidemiología Social: Salud, Sociedad y Enfermedad. Editorial Ciencia 3.Madrid –España 1986.
10. Buglioli M., Ríos G., y Setaro M., Trabajo final del “Diploma de Gestión de Recursos Humanos en Salud”. s/editar Río de Janeiro, Nov. 2008.
11. Ley 18.221, aprobada el 21 de noviembre de 2007

II.5. PROYECTO DE CREACIÓN DE UN INSTITUTO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.

Dra. Diana Domenech

Introducción

Situado en el contexto de reforma de nuestro Sistema de Salud y del Sistema educativo que impulsa la Segunda Reforma Universitaria, surge desde la Facultad de Medicina la propuesta de creación de un Instituto de Atención Primaria de Salud en setiembre de 2006.

El presente capítulo presenta los lineamientos generales que dieron origen a esta propuesta, sus ejes conceptuales principales, su organización y los avances que se han sucedido desde su formulación.

Justificación

En 1978, 137 países reunidos en la conferencia de la Organización Mundial de la Salud - UNICEF celebrada en Alma-Ata, definieron la Atención Primaria de Salud (APS) como la estrategia esencial para alcanzar la meta de Salud para todos en el año 2000 (SPT -2000), constituyendo desde entonces, la piedra angular en la reorientación y reestructuración de muchos sistemas de Salud. Treinta años después se reafirma la estrategia de APS como principio conductor de las políticas sanitarias de los países y de los cambios en los modelos de atención, subrayando que dichos cambios serían posibles con el acompañamiento de recursos humanos de calidad, formados en los mismos principios⁴⁶. Dicho componente es esencial para la gestación, implementación y sustentabilidad de las transformaciones.

46 Declaración regional sobre las nuevas orientaciones de la APS . 57a sesión Comité regional OPS – OMS. Washington – Setiembre 2005.

El distanciamiento entre los mundos académicos y la prestación real de servicios de Salud viene siendo señalado en todo el mundo como uno de los responsables de la crisis del sector Salud⁴⁷.

Con miras a acompañar el cambio en el modelo de atención que propone el nuevo Sistema Nacional Integrado de Salud, con recursos humanos formados en el trabajo interdisciplinario e intersectorial y con una visión holística del proceso Salud – enfermedad, se propone la creación de un INSTITUTO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (IAPS)⁴⁸.

Se concibe a los Institutos como “Unidades Funcionales de un área específica del conocimiento donde se reúnen, articulan y coordinan Clínicas, Departamentos y Servicios afines. El objetivo fundamental del Instituto debe ser optimizar las funciones académicas, asistenciales y de gestión. La organización en base a Institutos potenciará los recursos humanos y materiales, mejorando su eficiencia, contribuyendo a la descentralización del proceso de gestión.”⁴⁹

Propuesta

El Instituto de APS plantea como desafíos para la Universidad y para las Instituciones de la Salud de orden público y privado:

- a) la posibilidad de poder convivir en un ámbito interinstitucional destinado a generar una estrategia común de Atención Primaria en Salud, con la debida coordinación de programas de atención, enseñanza, investigación y extensión en todos los niveles de atención, pero con especial énfasis en el primer nivel.
- b) el impostergable reconocimiento del primer nivel de atención y de la comunidad, como espacios de jerarquía académica comparable a los otros niveles de atención.

Este Instituto por lo tanto, no es un edificio ni es un departamento de la Facultad de Medicina.

Es una unidad funcional que responde a la necesidad de:

47 ALAFEM. Los desafíos de la enseñanza en atención básica. La graduación en medicina. Brasilia - Julio 2007.

48 Schelotto F, Domenech D. Instituto de Atención Primaria de Salud. Facultad de Medicina. Setiembre – Octubre 2006. Disponible en: http://www.fmed.edu.uy/Documentos/Instituto_de_APS.pdf

49 Piñeyro L, Roca R, Abudara V, Esperón A, Iglesias C, Batthyany E. Informe de la Comisión especial para el estudio de la organización de la Facultad en base a Institutos. Facultad de Medicina. Montevideo. Diciembre 2005.

- a. organizar de forma integrada y coordinada los servicios académicos y de atención a la salud en el primer nivel de atención.
- b. Lograr una adecuada coordinación entre los responsables de gestionar los servicios y los responsables de formar los recursos para el sistema de salud en este nivel de atención.
- c. integrar, racionalizar y operativizar objetivos, currículas y recursos humanos, materiales y técnicos entre los servicios docentes del área Salud de la Universidad que trabajan en el primer nivel.

Por lo tanto, es un ámbito que:

- no intenta crear únicamente nuevas experiencias, sino y fundamentalmente optimizar las que existen y han existido.
- no parte de cero
- no tiene ánimo refundacional
- pretender dejar fuera “la integración a voluntad”

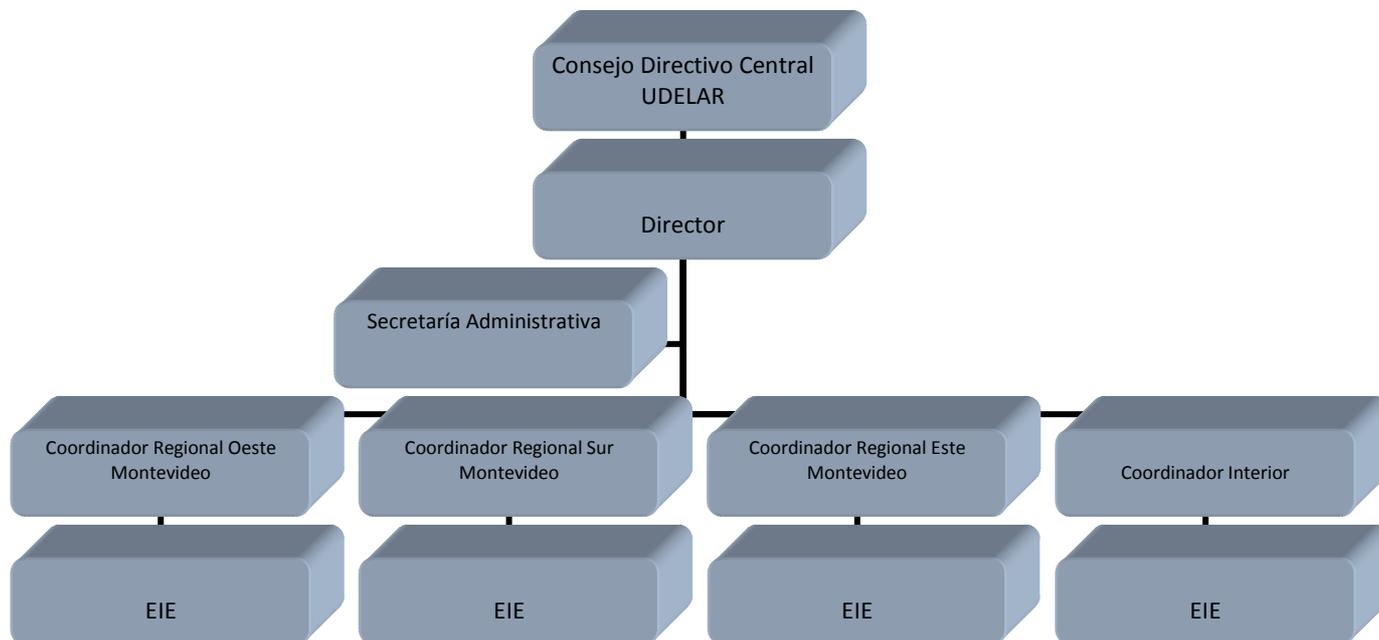
En suma, este espacio apunta a poder clarificar y ordenar el complejo panorama de los servicios universitarios trabajando en el primer nivel, jerarquizando académicamente la práctica de la atención a la Salud, coordinando y fortaleciendo el desarrollo de las múltiples actividades desde una perspectiva interdisciplinaria y contribuyendo a favorecer una cultura de participación comunitaria.

Organización

La propuesta de creación del Instituto de APS plantea la siguiente integración:

- equipos docentes con actividades en el primer nivel de atención y en la comunidad de las Facultades integrantes del Área Salud de la Universidad: cátedras / servicios / departamentos. Cada Facultad definirá qué servicios docentes lo integrarán y la forma en que lo harán.
- profesionales y técnicos de la Instituciones efectoras de Salud donde se desarrollan las actividades coordinadas.
- equipos docentes de otras Facultades: cátedras / clínicas / departamentos con actividades en el primer nivel de atención y en la comunidad

Propone el siguiente organigrama general:



La DIRECCIÓN del Instituto estará a cargo de un Director y de una Comisión Directiva.

La COMISIÓN DIRECTIVA será integrada por miembros titulares, de la siguiente manera:

1. un representante de cada una de las Facultades que integran el Área Salud: Facultad de Odontología, Facultad de Enfermería, Facultad de Psicología, Facultad de Medicina e Instituto Superior de Educación Física (ISEF)
2. un representante de las otras áreas de la Universidad (Social, Artística, Científico-tecnológica, Agraria). En principio y hasta la consolidación del Instituto, este representante integrará la Comisión con rotación periódica para asegurar la representatividad de todas las áreas.
3. Uno o dos representantes de las Instituciones de Salud no universitarias que integran el Instituto
4. tres representantes de los órdenes: uno por el orden docente, uno por el orden estudiantil y otro por egresados.

El nombramiento de los miembros de la Comisión Directiva será finalmente homologado por el Consejo Directivo Central de la Universidad.

La misma se integrará de forma progresiva, en la medida de que se avance en la consolidación del Instituto.

Sus funciones serán básicamente la elaboración de las políticas de desarrollo del Instituto respecto a las actividades en el primer nivel de atención y en la comunidad, en lo que refiere a:

- enseñanza de pregrados y postgrados
- atención a la Salud
- extensión
- investigación

El DIRECTOR será electo por la Comisión Directiva con el voto de la mayoría absoluta de sus miembros y por un período de cinco años. Su nombramiento será homologado por el Consejo Directivo Central de la Universidad (CDC). Podrá ser reelecto hasta por un período.

Sus funciones serán básicamente presidir la Comisión Directiva del Instituto y ejecutar las resoluciones de la misma, entre otras.

La mesogestión del IAPS, estará cargo de los COORDINADORES REGIONALES del IAPS.

Serán docentes titulares que trabajarán en equipo con los respectivos Coordinadores regionales del Sistema de Salud (de la Administración de los Servicios de Salud del Estado y de otros Prestadores de Salud si los tuvieran).

Sus funciones serán:

- elaborar un programa de desarrollo general de los servicios donde funcionará el IAPS, con énfasis en la optimización de los recursos locales y considerando las características sociales, demográficas y epidemiológicas de cada región.

Dicho programa tendrá como finalidad:

- favorecer la integración de las unidades docentes del IAPS a los servicios asistenciales de las respectivas regiones.
- Promover la articulación de los programas locales de los efectores con los

curriculares de las facultades que integran el IAPS.

- contemplar la red de recursos locales y optimizar el vínculo de los mismos con los servicios docente – asistenciales.
- Supervisar las actividades desarrolladas por los equipos docentes interdisciplinarios.

En principio y hasta su progresiva consolidación, el IAPS contará con 4 Coordinadores de Área con funciones a desempeñar en Montevideo y en el interior.

La integración docente – asistencial en la microgestión estará a cargo de los EQUIPOS DOCENTES INTERDISCIPLINARIOS ESTABLES (EIE).

Serán las unidades locales – básicas del IAPS.

Estarán conformados por docentes de aquellas disciplinas con desempeño en el IAPS por un mínimo de tres años trabajando en una misma área de Salud. Este último aspecto se considera primordial para garantizar la permanencia y continuidad de la actividad, así como también la integración con los otros profesionales y técnicos no docentes que trabajan en el área.

Sus funciones serán la asistencia – extensión – investigación y docencia, coordinando las mismas con los técnicos de los efectores de Salud del área.

Avances

En setiembre del 2006 se presenta el proyecto de creación del IAPS al Consejo de Facultad de Medicina. En dicha ocasión se decide difundir y presentar dicho documento a los departamentos de la Facultad que tienen al primer nivel de atención como ámbito de desempeño, así como al resto de los Servicios integrantes del Área Salud de la Universidad. También se presenta y difunde a las autoridades del Ministerio de Salud Pública (MSP) y a diversos efectores de Salud públicos de Montevideo (Intendencia Municipal de Montevideo, Red del primer nivel de atención de la Administración de los Servicios de Salud del Estado) y públicos y privados del Interior del país (Tacuarembó, Florida, Paysandú, Salto). Asimismo se solicita opiniones de la propuesta a referentes de la Salud nacionales, regionales e internacionales.

Con los aportes recibidos se considera nuevamente en el Consejo de Facultad de Medicina que lo aprueba en términos generales el 11 de abril del 2007⁵⁰.

A partir de ese momento el proceso sigue por varios caminos:

1. a la interna del Área Salud de la Universidad
2. a la interna de los Servicios universitarios, entre ellos, la Facultad de Medicina

A nivel del Área Salud se aprueba la conformación de un grupo para la discusión y gestión del proyecto integrado por delegados de cada uno de los Servicios (Facultad de Enfermería, Odontología, Medicina, Psicología e Instituto Superior de Educación Física), y por los órdenes. Este grupo comienza a funcionar en noviembre del 2007 con delegados de Facultad de Psicología, Medicina, Odontología, Instituto Superior de Educación Física y del Servicio Universitario APEX – CERRO. El mismo eleva varios informes al Área Salud donde propone entre otras cosas, modificar el nombre IAPS por otro que exprese mejor la propuesta de articulación conjunta de trabajo de los integrantes del Área Salud: INSTITUTO UNIVERSITARIO PARA EL DESARROLLO DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN (IUPNA). Así mismo propone la implementación de una microexperiencia curricular, interdisciplinaria y acreditable, que lleve a terreno los desafíos citados y demuestre la necesidad de consolidar la creación de un Instituto de estas características. Esta “Pasantía Interdisciplinaria en el 1º Nivel de Atención a la Salud del IUPNA” es aprobada por el Área Salud y se lleva a cabo de agosto a diciembre de 2008 en el zonal 9 y 6 de la ciudad de Montevideo con la participación de estudiantes y docentes de Facultad de Medicina, Odontología y Psicología, en coordinación con el Programa Integral Metropolitano (PIM) de la Comisión Sectorial de Extensión y Actividades en el Medio (CSEAM). Las actividades desarrolladas en esta microexperiencia fueron:

1. Talleres de educación para la salud con Grupo de Mujeres de Barrio Flor de Maroñas (imagen corporal y salud bucal), coordinado a partir de la participación de la Dra. Milka Santos, Médica de Familia de la zona
2. Talleres de Buen Trato. Promoción del relacionamiento no violento en

50 Resolución N° 41 del Consejo de la Facultad de Medicina en sesión ordinaria del 11 de abril de 2007.

Escuela 227 y comunidad (grupo de padres) del barrio Villa García.

3. Talleres de Parasitosis. Escuela 317 y Asentamiento Aquiles Lanza. Participación del proyecto de la Red de Salud de Malvín Norte, coordinando además con la Facultad de Ciencias.

La evaluación de la citada experiencia elevada al Área Salud recoge en una matriz FODA las opiniones de los docentes y estudiantes y propone en términos generales:

1. Darle continuidad y ampliar la experiencia el próximo año
2. Incorporar a la Facultad de Enfermería y a la Escuela de Nutrición, así como otros Servicios que lo soliciten
3. Contribuir a crear las condiciones que faciliten la concreción de la incorporación del ISEF a la experiencia
4. Garantizar la financiación de la experiencia como espacio interdisciplinaria del Área Salud
5. Continuar el trabajo integrado con el PIM
6. Relación docente de cualquier servicio/ estudiante de 1 a 10

Actualmente la Comisión Interservicios y la Comisión de la Pasantía del IUPNA siguen trabajando para concretar las propuestas surgidas de la evaluación y avanzar en la implementación del IUPNA como ESPACIO INTERDISCIPLINARIO del Área Salud de la UDELAR.

A la interna de la Facultad de Medicina, la resolución de aprobación del IAPS contribuyo a re organizar los Departamentos, Cátedras y Servicios docentes con trabajo en el primer nivel de atención y en la comunidad. La misma se realizó de la siguiente manera:

1. se crea el Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria, especialidad médica efectora de la estrategia de APS, aprobada por la Escuela de Graduados en octubre de 2001. La misma no contaba con un ámbito específico para el desarrollo académico sus recursos humanos. También se

nombra al primer Profesor de Medicina Familiar y Comunitaria, Dr. Julio Vignolo, a quien se lo designa para implementar el IAPS en la Facultad de Medicina

2. los docentes de Pediatría, Gineco obstetricia, Epidemiología y Salud Mental que desempeñaban su actividades en el primer nivel de atención y en la comunidad
3. se traslada a los Departamentos de Pediatría, de Gineco-obstetricia, de Psiquiatría y de Medicina Preventiva y Social la responsabilidad sobre la gestión de los docentes de esas disciplinas con trabajo en el primer nivel, persistiendo el perfil de los mismos en cuanto a permanencia y dedicación (hasta ese entonces dependían del Departamento de Medicina General, Familiar y Comunitaria y no de sus Departamentos de origen). Esta reorganización de los recursos docentes persiguió la finalidad de involucrar a la totalidad de los docentes de los Departamentos, con recursos humanos trabajando en primer nivel, con el desarrollo académico del mismo⁵¹.
4. se integran al trabajo coordinado en el IAPS los docentes de las carreras de la Escuela Universitaria de Tecnología Médica (EUTM); Escuela de Nutrición y Dietética y Escuela de Parteras.
5. se integran los representantes de los efectores públicos de Salud de Montevideo (RAP – ASSE, Intendencia Municipal de Montevideo), y del interior (ASSE Florida, ASSE Canelones, entre otros)

Las reuniones para la implementación del IAPS en Facultad de Medicina comenzaron efectivamente a funcionar en julio de 2008, con la participación de representantes de los Servicios antes citados. Uno de los resultados de este trabajo conjunto se concretó en la creación de Unidades – Docentes Asistenciales multidisciplinarias que se presentaron a la convocatoria realizada por FM – ASSE en diciembre de 2008.

También en diciembre de 2008 el Consejo Directivo Central de la UDELAR aprobó un nuevo Plan de Estudios para la carrera de Doctor en Medicina de la

Facultad de Medicina⁵². El mismo introduce cambios que pretenden, entre otras cosas, formar un egresado sensibilizado con la realidad social y capacitado para abordar problemas de Salud directamente vinculados con la misma. Para ello plantea acercar al estudiante de Medicina desde el primer al último año, a las familias y comunidades, en experiencias interdisciplinarias e intersectoriales.

El ámbito de aprendizaje que propone fortalecer y optimizar el IAPS es coherente con estos cambios e idóneo para la formación de estos recursos humanos como de otros profesionales y técnicos de la Salud y otras Áreas.

En suma, el proyecto de creación del IAPS está en plena etapa de construcción colectiva con la presencia de experiencias interdisciplinarias tanto en la Facultad de Medicina como en el Área Salud, que han demostrado la necesidad de su consolidación.

“La creación del Instituto tiene que ser un ejemplo en la construcción de una nueva entidad, en la cual la colaboración entre diferentes profesiones y personas va más allá de trabajar en un mismo lugar, sino que se trata de la creación de una ética de trabajo y un propósito común, que en definitiva se va a traducir en la preparación de alta calidad de profesionales en AP que van a contribuir a la mejora del estado de salud de la población.”^{53,2}

Referencias

- Comité regional de la OPS – OMS. Las enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y los retos futuros. APS en las Américas. 55a sesión. Washington DC. 22 – 26 / 09 / 2003.
- Comité regional de la OPS – OMS. Declaración regional sobre las nuevas orientaciones de la APS – Declaración de Montevideo. 57a sesión. Washington DC. 26– 30 / 09 / 2005.

52
53

Resolución N° 11 del Consejo Directivo Central de la UDELAR en sesión ordinaria del 9 de diciembre de 2008.
Gofín R. Comentarios acerca de la propuesta creación de un Instituto de APS. Agosto 2006

- Asamblea del Claustro de Facultad de Medicina. Perfil del egresado. Actas de resolución. Montevideo. 05 / 05 /1995.
- 8va Convención Médica Nacional. Informe de la Comisión de Sistema de Salud. Montevideo. Agosto 2004. Disponible en: <http://www.convencionmedica.org.uy>
- Comisión Plan de estudios del Claustro. Enseñanza del pre grado en el ámbito comunitario. Asamblea del Claustro de Facultad de Medicina. Montevideo. Abril 2004.
- Comisión ad – hoc del Consejo para la re –estructura del Departamento de Docencia en Comunidad. Departamento de Medicina Familiar y Salud Comunitaria. Facultad de Medicina. Montevideo. Enero – abril 2004.
- Asamblea del Claustro. Perfil egresado. Montevideo 1995. Disponible en: http://www.fmed.edu.uy/Documentos/PERFIL_DEL_MEDICO.pdf
- Asamblea del Claustro de la Facultad de Medicina. Plan de estudios de la carrera de Doctor en Medicina. Montevideo. 27 de diciembre de 2007. Disponible en: <http://www.claustro.fmed.edu.uy/menu2.html>
- Ley N° 18.211. Sistema Nacional Integrado de Salud. Poder Legislativo. Montevideo. 5 de diciembre de 2007.

II.6 LA FORMACIÓN DOCENTE EN LA FACULTAD DE MEDICINA

UN DESAFÍO PENDIENTE DESDE UNA EXPERIENCIA EN MARCHA

Lic. Adriana Careaga
Prof. Dr. Gastón Garcés
Dr. Eduardo Henderson

Introducción

La formación didáctica de los docentes de la Facultad de Medicina si bien se considera importante para el logro de las metas planteadas en la Misión de la Facultad y en el Perfil del médico aprobado por el Claustro no ha sido hasta ahora abordada de una forma suficientemente regular y obligatoria.¹

Hasta el presente año han habido instancias de formación docente en diversas modalidades, fundamentalmente en formato de talleres atendiendo a las solicitudes y necesidades de los diferentes servicios. A punto de partida de la resolución del Consejo de Facultad y especialmente con la implementación del nuevo plan de estudios, la formación docente adquiere un status de relevancia para todos aquellos que actuarían como tutores en los grupos pequeños de aprendizaje.⁵⁴

Ante la implementación de un nuevo plan de estudios se debió afrontar el desafío de incrementar el número de salones de clase y de docentes en número por demás significativo, dado que al comenzar a trabajar en un aprendizaje centrado en el estudiante se debió realizar un llamado muy amplio de docentes para trabajar como tutores, los cuales en su inmensa mayoría no contaban con ninguna experiencia docente.

⁵⁴ El aprendizaje en pequeños grupos (APG) se desarrolla en grupos de aproximadamente quince estudiantes con la guía de un tutor que puede ser un docente o un estudiante avanzado de la carrera.

Es así que el propósito principal de la formación docente para los tutores es brindarles en forma programada posibles enfoques didácticos que los ayude a seleccionar las metodologías adecuadas para el logro de los objetivos de aprendizaje de los estudiantes.

Actualmente, el dominio del campo disciplinar es insuficiente para asegurar la formación de profesionales críticos y responsables. El modelo educativo a ser impulsado por el nuevo plan de estudios de la Facultad de Medicina es el de una enseñanza activa que centra el aprendizaje en el estudiante. Este enfoque requiere un cambio en el modelo pedagógico que transforme a su vez al docente de un mero transmisor de conocimientos a un real facilitador del aprendizaje de los estudiantes. Dicho cambio implica la integración de conocimientos, habilidades y actitudes nuevas que lo ayuden a repensar sus prácticas pedagógicas y lo conviertan así en un práctico reflexivo.

Desde esta perspectiva, la docencia es considerada un área de conocimiento que requiere formación específica, investigación y actualización en un continuum alineado con los principios rectores del Desarrollo Profesional Médico Continuo que considera al médico como un aprendiz permanente a lo largo de toda su vida.

No es sino, desde hace poco tiempo, que la carrera docente en nuestra Facultad, es considerada de importancia y obligatoria por la misma, a través de una resolución del Consejo. En el mismo sentido, la comisión de reestructura docente de la Asamblea del Claustro señala el perfil del docente necesario.

Este perfil docente especifica:

- 1) ser humanista y tener conocimiento de la realidad social.
- 2) tener un compromiso permanente de búsqueda e identificación de problemas o demandas de la sociedad o comunidades, procurando aportar a su solución desde el ámbito de su competencia específica.

- 3) estar comprometido con la ética en todas y cada una de sus acciones.
- 4) ser conocedor de los ámbitos que hacen a la vida universitaria, conocer los derechos y deberes de los universitarios y participar con compromiso de las actividades del cogobierno
- 5) ser capaz de trabajar en equipos multi, inter y transdisciplinarios.
- 6) cultivar el saber como valor y tener conocimiento técnico científico de la disciplina que desempeña utilizando el método científico para analizar la realidad.
- 7) tener formación en pedagogía para abordar las tareas de enseñanza
- 8) ser generador de conocimientos.
- 9) ser capaz de gestionar y administrar los recursos materiales, económicos y humanos de los servicios en los que desarrolla su actividad.
- 10) tener espíritu crítico y ser capaz de autoevaluar su propia conducta, en un proceso de permanente formación y mejora y considerar las observaciones que otros le realizan.

Las condiciones y funciones anteriormente enumeradas, desempeñadas con criterio abierto, conciliador y justo equilibrio, le permitirán cumplir con su objetivo de educador.

El camino recorrido

Para una buena parte del colectivo médico permanece difícil hoy en día otorgarle importancia a la tarea docente. Por un lado debido a que los grandes cambios ocurridos en la práctica médica, así como a las presiones sociales a los que han estado sometidos, han provocado que muchos de los médicos que enseñan no se han actualizado en los avances que ha experimentado la educación médica. Sin embargo, existe un importante número de médicos docentes entusiastas, creativos y formados, que abordan la docencia como un campo disciplinar particular y específico así como también estudiantes avanzados de la carrera de medicina que vienen actuando como tutores estudiantiles incursionando también en la enseñanza de la medicina a sus pares.

Asimismo, se ha advertido la necesidad de dar un paso más y cerrar la brecha entre los aspectos teóricos y las prácticas intuitivas dado que es bien

sabido que el profesional médico se basa para su práctica en su razonamiento clínico y muchas veces en la medicina basada en evidencias, pero a la hora de ejercer la docencia se apoya en la tradición y la intuición tal cual lo expresa Venturelli:

“Para asegurar su eficiencia, calidad y respuesta a las necesidades sociales que rodean los problemas de salud, a diferencia de lo ya hecho, debemos formar al docente en lo educacional y en el contexto socio-económico en el que la salud funciona, es decir, el de la realidad. Ya no es más aceptable basarnos sólo en la capacidad técnica o en el dominio sobre los contenidos que sean parte de disciplinas o especialidades. Esta formación es fundamental para la innovación. Para que ella sea válida y permanente, como en la ciencia que se quiere mantener actualizada, para que el docente pueda contribuir eficientemente en la producción de profesionales actualizados, comprometidos y críticos, es necesario que durante las décadas que dura la carrera de los docentes ellos mismos se mantengan actualizados permanentemente en sus disciplinas pero también en sus competencias educacionales. Para ello es la formación permanente. (...) La formación cualitativa de los docentes profesionales es en sí un asunto de ética pedagógica y social.”

Venturelli (2005)

Es de orden destacar que la Facultad de Medicina fue pionera, dentro de la Universidad de la República, en el reconocimiento del espacio académico de la Pedagogía Universitaria desde el año 1969 en que fue creado el Departamento de Educación Médica (DEM). Pero si bien se definió su creación, ha sido difícil gestionar este DEM hacia fuera; la educación médica ha sido vivenciada por los profesionales como un elemento ajeno al desempeño de su profesión. Esto implica todo un desafío que va mas allá de lo discursivo, implica transitar un cambio de cultura.

Actualmente, el desafío consiste en promover una formación docente que disponga de su espacio de calidad reconocido y con su debido peso en la trayectoria académica de sus docentes. Esto implica a su vez apuntar al logro de

aprendizajes de calidad de los estudiantes que respondan al desafío y exigencias de los tiempos actuales.

En este sentido la capacitación docente tiene como cometido principal lograr un impacto real en la calidad de la enseñanza teniendo como meta el aprendizaje significativo de los estudiantes, entendiendo por este aquel aprendizaje que da sentido a lo que se hace relacionado directamente con sus propias experiencias y la posibilidad real de aplicarlo en situaciones futuras.

Diseño

La modalidad de capacitación docente elegida para los tutores del nuevo plan de estudios del Ciclo Introdutorio fue la de cursos-talleres con metodología participativa que diese cuenta de las necesidades sentidas de los tutores por adquirir y/o reformular sus conocimientos pedagógicos.

Esta modalidad de capacitación docente marca la pauta que deberá regir en la formación de docentes para otros ciclos e incluso para los nuevos docentes que se incorporan permanentemente a disciplinas que deben continuar aún con el viejo plan de estudios.

Los encuentros presenciales se programaron de dos horas de duración en cinco semanas durante los meses de febrero y marzo de 2009, de forma conjunta tanto para los tutores que iban a desarrollar sus tareas en aprendizaje en pequeños grupos como para los que iban a actuar como tutores en trabajo de campo, lo que totalizaba una cifra cercana a los noventa participantes.

El propósito principal de este curso introductorio a la docencia consistió en brindar las herramientas a los docentes que entran a trabajar en el nuevo plan de estudios con nuevas metodologías de enseñanza que le permitan manejarse en su interacción con los estudiantes.

La metodología de trabajo se basó en breves exposiciones teóricas focalizándose en la modalidad de talleres que permitieran a su vez modelizar las prácticas docentes a utilizarse en el nuevo plan de estudios.

El programa de formación docente para tutores constó de siete módulos de dos horas cada uno de forma presencial. A su vez tuvo el apoyo de la plataforma virtual de la Facultad de Medicina como forma de continuar el trabajo y las reflexiones en forma no presencial.

En forma general se dividió el programa de formación en dos temáticas: tronco común y formación específica. En el tronco común se abordaron aspectos generales a la tarea docente, en cambio en la formación específica se realizó la formación específica a la tarea a desempeñar: aprendizaje en pequeño grupo o trabajo de campo.

Los módulos fueron los siguientes:

MODULO 1 Fundamentos Institucionales

El objetivo general de este módulo fue el de promover el conocimiento y la discusión de los documentos que rigen el quehacer universitario y reflexionar sobre su aplicación.

Como objetivos específicos se propusieron:

- i) Conocer la definición la Misión y Visión de la Facultad de Medicina.
- ii) Conocer el Perfil del egresado de la Facultad de Medicina y comenzar a vincularlo a las intervenciones pedagógicas tendientes a lograr su concreción.
- iii) Mencionar las principales características del perfil docente buscado en Facultad de Medicina identificando las propias fortalezas y aquellos aspectos en los que cada uno deberá profundizar.

MODULO 2 Teorías del Aprendizaje

Este módulo tuvo como objetivos generales los siguientes:

- 1) Situar las prácticas docentes en la teoría.
- 2) Lograr un mejor manejo de la teoría que nos permita expandir nuestras prácticas hacia áreas sugeridas por la teoría o coherentes con ella.

Los objetivos específicos fueron:

- i) Recuperar conocimientos -que obtuvimos por experiencias diversas, nuestros estudios universitarios, secundarios, lecturas, etc.- que serán de relevancia para el tema del aprendizaje y la enseñanza.
- ii) Adentrarnos en los planteamientos de una corriente teórica - el sociointeraccionismo - y su relevancia para nuestro contexto.

MODULO 3 Escenarios Virtuales de aprendizaje

Los ejes educativos para este módulo fueron:

- Analizar desde una perspectiva crítica las oportunidades y desafíos que presentan las TIC desde las experiencias de los participantes.
- Definir los principales componentes de un curso a distancia.
- Establecer las características principales de un tutor.
- Familiarizar a los participantes con los diferentes entornos virtuales de aprendizaje de la Facultad de Medicina.

MODULO 4 Evaluación

- Objetivos de la Actividad:
 - Reflexionar sobre la responsabilidad e implicancias del acto de evaluar en Facultad de Medicina.
 - Promover el conocimiento y la reflexión sobre el concepto de evaluación y sus tipos, así como su lugar en la espiral educativa.

MODULO 5 Nuevo Plan de Estudios

- Ciclo Introductorio: Contenidos; Formas de Trabajo
- Aprendizaje en pequeños grupos
- Trabajo de Campo

- En este módulo se abordaron los principales aspectos del Nuevo Plan de Estudios, sus diferencias con el plan actual y dos de las principales modalidades de trabajo: trabajo en pequeño grupo y trabajo de campo

MODULO 6 Aprendizaje en pequeños grupos.

En este módulo se abordaron los aspectos principales del aprendizaje en pequeños grupos. Debido al intenso intercambio de experiencias Se destaca el foro en la plataforma virtual “A MI ME FUNCIONO!! “ sugerido por un participante, donde se socializaban relatos de experiencias exitosas en el manejo de los grupos.

MODULO 7 Evaluación II

- Objetivos de la Actividad:
 - Conocer y reflexionar sobre el sistema de evaluación del Ciclo

Introductorio (instrumentos de evaluación, sistema de ponderación, etc.).

- Analizar y discutir las características de los distintos instrumentos de evaluación a aplicar, así como los requerimientos para realizar una evaluación de calidad.

Luego de los siete módulos comunes se dividieron los participantes de acuerdo a su función posterior: i) aprendizaje en pequeños grupos se analizaron los problemas con los que se trabajara en el Ciclo introductorio. Esta etapa se realizó en forma coordinada por el DEM y los docentes responsables de los problemas y ii) trabajo de campo coordinado conjuntamente por los Departamentos de Medicina Familiar y Comunitaria y de Educación Médica. En el mismo se definieron las bases del TC, presentando los espacios de trabajo, los objetivos, la forma de elaboración del portafolio y demás elementos.

Por otra parte, se previó una instancia de “recuperación” para aquellos participantes que se habían anotado tardíamente para asegurar a todos los tutores recibir la formación necesaria para desempeñar el rol.

Evaluación y aprobación del curso:

- Asistencia (80% de las clases)
- Realización de un trabajo final que consistirá en la entrega de dos trabajos:
 - o Un trabajo grupal (hasta 3 integrantes) que consistirá en el diseño de un problema APG con estructura similar a los que se trabajará durante el CI
 - o Uno trabajo individual que consistirá en un análisis crítico de un problema real que se abordará en el CI.

Otro de los aspectos innovadores en este programa de formación lo constituyó el espacio de supervisión capacitante donde semanalmente se reúnen los docentes formadores junto con los tutores para abordar aspectos metodológicos, disciplinares y de gestión encontrados en los diferentes grupos de estudiantes. Este espacio también cuenta con un apoyo virtual en la plataforma de la facultad donde se habilitaron a tales fines diversos foros de discusión en pos de lograr conformar una auténtica comunidad de aprendizaje en donde se potencien las características individuales en pos de una construcción colectiva de conocimiento.

Asimismo los tutores serán supervisados en sus prácticas a través de la observación y una posterior retroalimentación a cargo de los docentes capacitadores.

Impacto de la formación

Para lograr un cambio real en las prácticas de enseñanza de los docentes de la Facultad de Medicina, acordes con la realidad universitaria y las necesidades de los estudiantes es necesario la implementación de un programa de formación docente, continuado, consistente y sostenible en el tiempo. Para ello se torna necesario establecer evaluaciones continuas y a diferentes niveles como se detalla a continuación:

Tabla 1. Cinco niveles de evaluación en un programa de desarrollo profesional

Nivel de la evaluación	¿Cuáles son las preguntas a formularse?	¿Cómo se recogerá la información?	¿Qué será evaluado?	¿Cómo será utilizada la información recogida?
1. Reacción de los participantes	¿Les gustó? ¿Su tiempo valió la pena? El material entregado ¿fue adecuado? EL líder ¿fue facilitador? ¿Fue confortable el ambiente de aprendizaje?	Cuestionarios entregados al final del curso	Satisfacción inicial	Para mejorar el diseño y la implementación del programa de formación
2. Aprendizaje de los participantes	¿Adquirieron los participantes el conocimiento y las destrezas pretendidas?	Demostraciones Reflexiones de los participantes (orales y o escritas) Portafolios de los participantes	Nuevo conocimiento y destrezas de los participantes	Para mejorar los contenidos del programa el formato y la organización
3. Apoyo de la organización y cambio	¿Cuál fue el impacto en la organización? ¿La implementación contó con apoyo El apoyo ¿fue abierto y conocido? Los problemas surgidos ¿fueron abordados de forma efectiva? Los recursos ¿fueron adecuados? Los éxitos del programa ¿fueron compartidos y conocidos por todos?	Actas e informes institucionales Cuestionarios Entrevistas Portafolios de los participantes	El apoyo y reconocimiento institucionales	Documentar la mejora institucional Informar acerca de cambios futuros
4. La utilización de nuevas destrezas y conocimiento por los participantes	¿Aplican efectivamente los participantes el nuevo conocimiento y las destrezas adquiridas?	Cuestionarios Entrevistas Reflexiones de los participantes (orales y escritas) Portafolios de los participantes Observaciones directas Grabaciones	Grado y calidad de la implementación	Documentar y mejorar la implementación del contenido del programa
5. Logros de aprendizaje de los estudiantes	¿Cuál fue el impacto en los estudiantes? ¿Afectó el desempeño académico de los estudiantes? ¿Influyó en el bienestar físico o emocional de los estudiantes?	Fichas estudiantiles Calificaciones Cuestionarios Entrevistas a diferentes actores Portafolios de los participantes	Logros de aprendizaje de los estudiantes: Cognitivo Afectivo Psicomotor	Mejorar todos los aspectos del programa Demostrar el impacto del desarrollo profesional

	¿Están los estudiantes más seguros como aprendices? ¿Ha mejorado la asistencia a clases? La deserción ¿disminuyó?			
--	---	--	--	--

Adaptado de **Guskey, T. R, 2000, *Evaluating professional development.* Thousands Oaks, CA,**

Bibliografía

- Alanis Huerta A., 2001, *El Saber Hacer en la Profesión Docente. Formación Profesional en la práctica docente.* México. Trillas.
- Bain K. , 2007, *Lo que hacen los mejores profesores universitarios.* Universidad de Valencia
- Carapeto, N. ,2003, *A gestao da educacao na sociedade mundializada,* DP&A , Rio.
- Careaga A, Gómez A. Mussetti G. y Scocozza M. 2006 , La acción tutorial . Facultad de Medicina.
<http://www.dem.fmed.edu.uy/Unidad%20Psicopedagogica/Documentos/La Accion tutorial.pdf>
- Danielson, C, 1996, *Enhancing professional practice. A framework for teaching.* Association for Supervision and curriculum development. Virginia.
- Day C., 2006, *Pasión por enseñar. La identidad personal y profesional del docente y sus valores.* Madrid. Narcea
- Delannoy, F. 2001, *Profesionalismo Docente y Aseguramiento de la Calidad de la enseñanza.* Ponencia en Seminario Internacional “Profesionalismo docente y Calidad en Educación”. Santiago , 8 de Mayo 2001.
- Du Four R , Eaker, R. , 1998 *Professional learning Communities at work,* National Educational Service, Bloomington, Indiana.
- Faure E., 1977. *Aprender a ser.* UNESCO. Madrid
- Fullan M. y Hargreaves A. , 1996, *La escuela que queremos. Los objetivos por los cuales vale la pena luchar.* Amorrortu. Buenos Aires.
- Fullan, M, 2002 . *Los nuevos significados del cambio en la educación,* Octaedro, Barcelona
- Gros Salvat B. Y Romañá Blay T., 2004, *Ser profesor. Palabras sobre la docencia universitaria.* Barcelona . Octaedro.
- Hargreaves, A. 1996, *Profesorado, cultura y postmodernidad. Cambian los tiempos, cambia el profesorado.* Morata. Madrid
- Hargreaves, A. 1997 (Ed) *Rethinking educational change with heart and mind.* Association of Supervision and Curriculum Development, Alexandria, Va.
- Marcondes, M. C. , 2003, *Iluminismo as avessas. Producao de conhecimento e políticas de formacao docente,* DP&A , Rio.
- Oto, E. 2003, *O eufemismo da profissionalizacao,* en Marcondes, M. C. , 2003, *Iluminismo as avessas. Producao de conhecimento e políticas de formacao docente,* DP&A , Rio.
- Popkewitz, T,1994 (comp). *Modelos de poder y regulación social en Pedagogía,* Pomares, Barcelona.

II.7. NUEVO PLAN DE ESTUDIOS

Dr. Eduardo Henderson

Prof. Felipe Schelotto

¿Por qué un Nuevo Plan de Estudios (NPE)?

La formación de los médicos es una misión que la sociedad confía a la Facultad de Medicina.

Esta misión debe ser cumplida en armonía y sinergia con la sociedad. Esta sociedad evoluciona: se vuelve más exigente, más demandante; a través de una mayor información, cuestiona, interroga y así crecen en forma exponencial las demandas legales. De esa manera el médico es interpelado, sea por la dimensión ética de la práctica médica, de sus actos jurídicos o de sus costos.

Por otro lado, la Medicina no cesa de cambiar: la acumulación de conocimientos médicos en las áreas biomédicas, la evolución constante de la tecnología, el desarrollo incesante de los medios de comunicación y una información que crece de manera exponencial, hacen que hoy día si un médico quisiera estar actualizado prestando atención a todo artículo publicado en la literatura y/o toda innovación tecnológica, no le alcanzan 24 horas en el día para hacerlo.

Finalmente cambia también la educación médica, donde aparecen Nuevas Tecnologías de la Información y de las Comunicaciones, conceptos y metodologías diferentes como el aprendizaje reflexivo, centrado en el estudiante, la metacognición o el constructivismo social.

Pero además de ello tenemos una exigencia regional; nuestra facultad logró luego de un gran esfuerzo, una acreditación como Facultad de Medicina en el MERCOSUR y para mantener la misma debe cambiar y cumplir metas y un Plan de Mejoras.

También hay desde muy poco tiempo en el país un Nuevo Sistema Integrado de Salud con un cambio en el sistema de gestión, de atención y de financiación.

Pero también hay un perfil del Egresado, definido por Claustro y Consejo desde 1995 y ampliado en el 2006, que define las condiciones que ese egresado debe tener.

¿Para qué un NPE?

Para formar un médico que:

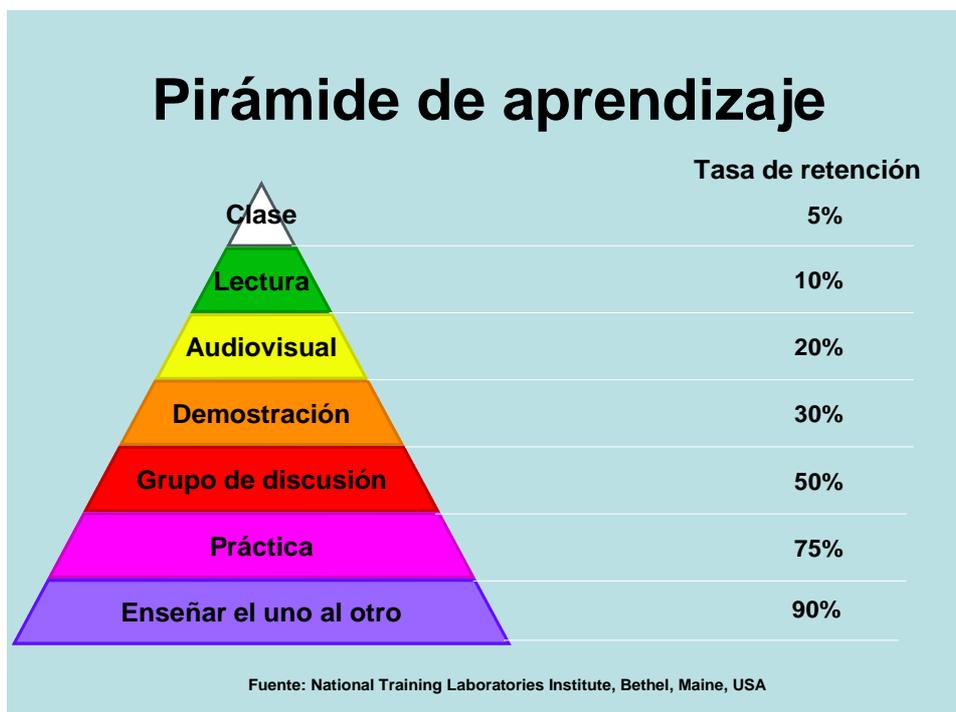
- tenga una buena formación básico-clínica
- tenga los conocimientos necesarios para una buena práctica
- capaz de comunicar y comunicarse
- humanista, crítico, con altos conocimientos éticos
- preparado para investigar, educar y educarse
- preparado para trabajar en un sistema que priorice la APS
- adiestrado para el trabajo en equipo

Para poder cumplir estas metas y objetivos, el NPE es aconsejable que:

- esté centrado en el estudiante
- esté basado en objetivos de aprendizaje, es decir no solamente en conocimientos (saber) sino en competencias (saber hacer y saber ser)
- privilegie un aprendizaje activo del estudiante
- propicie y tienda a la utilización de TICs (tecnologías de la información y de las comunicaciones)

En el proceso de enseñanza – aprendizaje hemos asistido clásicamente a diferentes formas que se remontan en la historia: desde la clase magistral que era la única forma de aprendizaje antes de la imprenta hasta la actualidad en que podemos contar con numerosos medios para cumplir nuestro objetivo pedagógico; se conocen varios tipos de medios de aprendizaje pero cada uno de ellos presenta diferente grado de captación del conocimiento y retención de los mismos por parte del estudiante, lo cual puede verse en la figura 1.

Figura 1: Medios educativos y su respectiva tasa de retención por el estudiante



Durante el proceso de aprendizaje se deben ofrecer oportunidades para lo siguiente:

En el área del conocimiento:

- Integración en forma interdisciplinaria
- Identificación de los principios
- Aprendizaje cooperativo
- Disponibilidad de recursos de consulta
- Discutir ideas alternativas y controversiales

En el área de la evaluación:

- Autoevaluación
- Evaluación por pares

- Evaluación por los docentes
- Evaluación formativa
- Evaluación continua
- Evaluación del estudiante al docente
- Evaluación de la actividad

En el desarrollo de habilidades:

- Práctica de destrezas y habilidades profesionales
- Habilidades de aprendizaje
- Habilidades del manejo de la información
- Análisis crítico y evaluación de la evidencia
- Desarrollo de habilidades de trabajo en equipo
- Habilidades comunicacionales
- Principios humanísticos y éticos

El Nuevo Plan de Estudios (NPE)

El Nuevo Plan de Estudios de la carrera de Medicina ha sido aprobado sobre fines del año 2007 por el Claustro de Facultad —también por el Consejo de Facultad de Medicina en 2008 y por el Consejo Directivo Central de la UDELAR a fines del 2008— e incluye, entre otras características, la disminución de la carrera a siete años, el mantenimiento de la estructura en ciclos con una adecuada complementación básico-clínica.

Incorpora como uno de los centros del cambio la implementación, desde el inicio de la carrera, de la inserción en el ámbito comunitario de estudiantes y docentes participando en los programas de salud de todo el sistema. Hay otros detalles de los cambios propuestos que incluyen el acceso a un título intermedio de técnico en promoción de salud y prevención de enfermedades. El profesional de la salud, el médico que se busca formar, es un trabajador social cuyo rol consiste en contribuir a la conservación, promoción y protección de la salud de las personas, las familias

y los grupos sociales, así como a su recuperación cuando es necesario, actuando en equipo con otros profesionales y con la propia población y sus componentes.

Su legitimidad ante la sociedad, sus características, que lo hacen legítimo ante la sociedad, dependen no tanto de su capacidad técnica avanzada de atender la patología compleja como de su competencia para relacionarse positivamente con las personas y los grupos, incluido el propio equipo de salud, para comprender sus interacciones, sus problemas y para manejar los determinantes sociales del proceso salud-enfermedad.

Este rol del médico se construye desde la demanda social y a su vez esta demanda social depende el modelo socio-económico dominante y la organización del sistema de salud que deriva del anterior.

La posibilidad real de construir —como estamos promoviendo— y de sostener nuevos perfiles profesionales surge no tanto de la voluntad académica de progreso y transformación, sino de la oportunidad y la necesidad que ofrece el cambio del modelo asistencial. O sea, no sólo está planteada la necesidad del cambio, sino la oportunidad del cambio combinado en lo asistencial y lo formativo.

Estructura del NPE

El NPE se organiza en dos etapas principales de tres años, y un internado obligatorio final de un año, o práctica pre-profesional supervisada y evaluada. Cada uno de los dos trienios comienza con un Ciclo Introductorio respectivo de un semestre cada uno de duración y finaliza con un hemi-semestre cada uno de Metodología. La primera etapa (primer trienio) comprende un Ciclo Introductorio y un segundo ciclo Básico-Clínico-Comunitario (BCC) donde el aprendizaje se organiza a partir de un doble origen: el aula y el laboratorio, por un lado, y el campo comunitario y clínico como fuente complementaria y articuladora de contenidos, prácticas y exigencias.

El segundo trienio tiene también un semestre introductorio y un ciclo extenso de Medicina General Integral que culmina, como el BCC, con un tramo curricular centrado en la metodología científica. El currículum adopta un régimen de créditos que facilita la autodirección del aprendizaje, introduce cursos optativos y organiza sistemas renovados de evaluación estudiantil, de formación y de evaluación docente. Enfoca el proceso de enseñanza-aprendizaje con el objetivo de incluir, facilitar y promover la continuidad formativa y la culminación exitosa de

los estudios de todos, evitando la mera selección impersonal de los circunstancialmente más capaces por características personales, historia o estímulo previo.

Al cabo de cuatro años, y con requisitos definidos, el estudiante podrá acceder al título intermedio de Técnico en Promoción de Salud y Prevención de Enfermedades, permitiendo su incorporación laboral al equipo de atención, o la continuación de sus estudios de Medicina, de otros perfiles profesionales, de formación académica o de perfil docente.

Los cambios no son sólo en la metodología y en el modo de encarar el proceso de enseñanza-aprendizaje, sino que además hay un novedoso e innovador cambio conceptual en el rol del docente, quién debe formarse para esa tarea, tal es la del docente facilitador y no mero transmisor de conocimientos. Pero si vemos en la historia este concepto no es tan nuevo; ya en 1657 Comenius decía: “los docentes a enseñar menos, los estudiantes a enseñar más”.

Debemos aspirar a que nuestra enseñanza (teach) sea el fiel reflejo del aprendizaje (learn) como se ve en la figura 2.

Figura 2: Enseñanza – aprendizaje: fiel reflejo uno del otro



Detalle

- 1. Ciclo Introductorio**
- 2. Ciclo Básico-Clínico-Comunitario**
- 3. Ciclo Metodología I**
- 4. Ciclo Introductorio a la Medicina General Integral**
- 5. Ciclo Clínica General Integral**
- 6. Ciclo Metodología II**
- 7. Internado**

1. CICLO INTRODUCTORIO

Características

Abordaje de problemas de salud en la comunidad en la modalidad de trabajo grupal. Centrados en los problemas, se integran los contenidos humanísticos, biológicos y cuantitativos, en un marco ético de servicio social.

Contenidos

- Características de la salud en nuestra población y la región
- Determinantes sociales y medioambientales
- Factores y hábitos personales que operan en la salud
- La herencia: sus leyes y mecanismos
- Las comunidades y la atención primaria de salud
- Perfil del preventivista y del médico general
- Misión de la Universidad y de la Facultad de Medicina
- La moral de la solidaridad y servicio social

Disciplinas participantes:

Departamento de Medicina Preventiva y Social - Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria - Departamento de Métodos Cuantitativos - Departamento de Psicología Médica - Unidad de Bioética - Departamento de Genética - Unidad de Sociología – Departamento de Bioquímica

Metodología

Se utilizan varios tipos de metodología, a saber:

a. Aprendizaje en pequeños grupos (APG)

Consiste en una aproximación al aprendizaje basado en problemas. Se realiza en base a grupos de aproximadamente 15 estudiantes con un tutor. Los estudiantes enfrentados a una situación problema de salud (que contempla visiones desde varias de las disciplinas participantes en el ciclo) debe identificar las situaciones problemáticas, caracterizarlas, establecer relaciones entre sus componentes, causas, consecuencias y cuando corresponda establecer posibles soluciones. Involucra 2 instancias presenciales por semana de cuatro horas y medias en total. Las necesidades de estudio personal serán de 10 a 15 hs semanales ya que para cada problema deberán incorporar contenidos de más de una de las disciplinas. Se plantean 15 situaciones problemas que se abordarán en 15 semanas (a razón de una por semana). Las restantes dos semanas se utilizan para las evaluaciones.

b. Trabajo de campo

El Trabajo de Campo se concibe como elemento central del Ciclo, permitiendo la inserción temprana de los estudiantes en la comunidad y la integración de las líneas (biología, ciencias humanas, métodos cuantitativos) en torno a un objeto común de trabajo. Es en esta instancia que el estudiante se aproxima al abordaje de problemas de situaciones de salud en la comunidad, integrando los contenidos humanísticos, biológicos y cuantitativos abordados durante el trabajo en APG en el marco ético de servicio social. Se fomenta la capacidad de trabajar en grupos con la supervisión de un docente facilitador y el acompañamiento de tutor estudiantil. El trabajo de campo continuará en el segundo semestre (inicial del Ciclo BCC). Durante el Ciclo Introdutorio el estudiante grupalmente deberá presentar, bajo la supervisión de su tutor, tres productos:

1. Primer informe de avance a las 8 semanas de iniciado el mismo
2. Segundo informe a las 16 semanas dando cuenta del desarrollo de una actividad de investigación o promoción de salud desarrollada con la comunidad y que será definida por cada grupo con su tutor.
3. Elaboración de una **entrevista**, utilizando metodología de investigación cualitativa bajo la supervisión de los docentes de Psicología Médica.

c. Clases magistrales

En número netamente disminuido a los planes anteriores, tienen como objetivo esencialmente constituir un soporte de las actividades de trabajo de campo y de aprendizaje en pequeño grupo.

d. Talleres

d.1 Talleres de Habilidades Comunicacionales

Cuatro talleres de Habilidades Comunicacionales se realizarán con grupos de 15 estudiantes, coordinados por un docente de Psicología Médica. Se incluirán entrevistas con actores, roll-playing, realización y discusión de videos. Se complementarán con 4 instancias de supervisión de entrevista en aula y otras instancias de supervisión a distancia utilizando la plataforma Moodle. La evaluación continua de desempeño en estos talleres se integrará a la evaluación continua global del Ciclo. La entrevista en el trabajo de campo integra el portafolio del estudiante.

d.2 Talleres de Métodos Cuantitativos.

El docente tutor, a partir de una guía, favorecerá el cuestionamiento del estudiante sobre su conocimiento de aspectos de índole estadístico que surja de los problemas centrales de ABP. El estudiante deberá resolverlos de manera personal, teniendo como apoyo una instancia práctica. Esto le permitirá manejarse con más facilidad en la comprensión del problema planteado por el tutor. Con la disponibilidad docente actual estas instancias se podrán realizar con los 20 grupos con los que ha estado funcionado el ciclo básico hasta ahora. Serán instancias prácticas, para la asimilación de los conocimientos mediante la resolución de ejercicios concretos.

e. Tutorías virtuales a través de la plataforma educativa Moodle

Utilizando el concepto de “*blended learning*” constituye una actividad complementaria y no sustitutiva de la actividad presencial. El estudiante participa en una actividad interactiva bajo la supervisión de docentes, tanto en los problemas de la actividad de APG, del trabajo de campo, de las actividades de habilidades comunicacionales, así como las de ética. En la plataforma se utiliza la modalidad de foro; esta actividad a su vez tiene como objetivo el aprendizaje y la

utilización desde el comienzo de la carrera de las Tecnologías de la Información y de las Comunicaciones (TICs).

Evaluación

Tomando como patrón de referencia el perfil del egresado definido por Claustro y Consejo de Facultad, todos los cursos del plan de estudios en general y del Ciclo Introdutorio en particular, tendrán sus metas y objetivos dirigidos a ese perfil. Se definieron objetivos generales, específicos y competencias terminales, es decir el nivel de competencia que debe alcanzar el estudiante con respecto a ese perfil.

Se realiza tanto una evaluación formativa que proporcione a estudiantes y docentes una retroalimentación sobre sus fortalezas y debilidades y que permita realizar sobre la marcha las correcciones necesarias y una evaluación sumativa que permita captar el nivel de competencia del estudiante en un momento dado de la carrera.

Conceptos claves de evaluación en el Ciclo Introdutorio

- La evaluación es integrada y acumulativa.
- La formación del comportamiento profesional (comunicación, ética) es observado y evaluado de manera continua.
- Los sistemas de evaluación contarán con tutoriales o ejercicios de autoevaluación.
- Los instrumentos de evaluación serán variados.
- Se realizará una evaluación de tipo 360 grados en la cual se evalúe al estudiante, éste a su vez evalúe a sus pares, a sí mismo (autoevaluación), a los docentes y a las actividades pedagógicas, siendo los docentes a su vez evaluados por estudiantes, sus pares y superiores, en tanto evalúan estudiantes y proceso educativo.
- De la retroalimentación de estudiantes y docentes se estudiarán cambios a introducir para cursos futuros.

¿Cómo se realiza la evaluación en el Ciclo Introductorio?

Se siguen los lineamientos de evaluación establecidos por el nuevo Plan de Estudios⁵⁵. Consta de dos grandes vertientes de evaluación, una evaluación continua a través de la valoración del desempeño por parte de los tutores del Aprendizaje en Pequeños Grupos (APG) y los tutores de Trabajo de campo (TC) y de un portafolio del estudiante y por otro lado la evaluación del APG mediante tres parciales.

La evaluación continua se realiza a través del seguimiento de dos ítems, desempeño y portafolio. El seguimiento del desempeño es registrado por los tutores de APG y TC y los docentes del taller de habilidades comunicacionales, a través de una planilla, la cual es aplicada en tres oportunidades y se resume en un resultado final.

El portafolio consta de los siguientes componentes:

- Presentación personal
- Objetivos de carrera
- Actividades realizadas (bitácora).
- Selección de trabajos a juicio del estudiante más importantes y su justificación (otras entrevistas, mapas conceptuales, relevamiento en trabajo de campo, actividades realizadas).
- Análisis y evaluación personal del trabajo de campo
- Autoevaluación

Se solicita un avance de portafolio en julio que debe incluir obligatoriamente:

- El informe de la Entrevista realizada por el estudiante
- Primer y segundo informe de avance del trabajo de campo

Parciales evaluatorios

Se realizan 3 parciales, uno cada 5 problemas. Se trata de una prueba escrita con dos metodologías de evaluación: preguntas de múltiple opción y preguntas de respuesta corta. Se constituye un comité de examen integrado por integrantes de la Comisión del Ciclo Introductorio y del DEM, que cuenta con el asesoramiento y

⁵⁵ Plan de estudios de la Carrera de Doctor en Medicina aprobado por el CDC el 9 diciembre 2008: "...evaluación del aprendizaje. Esta última, en sus modalidades formativa y certificativa, será referida sin excepción al logro de las competencias y de los objetivos correspondientes a cada segmento curricular."

colaboración en la corrección de la Unidad de Evaluación del DEM. Los parciales son acumulativos.

Para aprobar el curso el estudiante debe:

1 - Asistencia

Los estudiantes pueden tener hasta un máximo de 10% de inasistencias no justificadas y hasta un 20% de inasistencias justificadas de las instancias obligatorias (APG, habilidades comunicacionales, talleres y trabajo de campo).

El control de la asistencia es realizado por el docente responsable.

Se establece una **fecha límite de abandono**: hasta esa fecha los estudiantes podrán comunicar a Bedelía el retiro de su inscripción lo cual tiene como resultado que esta instancia comunicada en tiempo y forma no quede registrada en la escolaridad universitaria del estudiante.

2 – Portafolio

Entrega del Portafolio al finalizar el curso, conteniendo todos los elementos obligatorios referidos más arriba.

Serán criterios de no aprobación:

1. No presentación del portafolio
2. No presentación de la entrevista dentro del portafolio

Paralelamente el docente deberá tener especial atención para la evaluación, en los siguientes elementos del portafolio:

- a. Forma de presentación.
- b. Selección de trabajos y su justificación.
- c. Trabajo de campo y su evaluación personal.
- d. Autoevaluación.

3 – Mínimo en la valoración del desempeño como parte de la evaluación continua

La calificación de 1 en la valoración del desempeño de APG, TC o Taller de Habilidades Comunicacionales provocará la no aprobación del curso independientemente de los otros resultados que pueda haber obtenido el estudiante en las demás dimensiones de la evaluación.

4 – Mínimo en la acumulación de la evaluación por parciales.

Participar en los tres parciales e independientemente del resultado de la continua, el estudiante deberá haber reunido por lo menos 15 puntos del total de 40 puntos atribuidos a los parciales.

En caso de no alcanzar el puntaje mínimo habiendo obtenido un puntaje satisfactorio en los otros componentes de evaluación (APG, TC y Habilidades Comunicacionales) el estudiante tendrá opción de rendir en la semana 20ª del curso (viernes 24 de julio) una prueba de remediación.

5 – Puntaje mínimo global para la aprobación del curso

Para aprobar el curso, el estudiante deberá obtener unos mínimos de 65 puntos, del total de 100 posibles, producto de la suma de los dos componentes de evaluación del curso, continuos y parciales.

Tipos de evaluación que se realizan en el Ciclo Introductorio

Autoevaluación y evaluación por pares

La autoevaluación se realiza: a) en la etapa 9 de APG en cada problema; b) en el trabajo de campo y deberá estar incluida en el portafolio.

La evaluación por pares se realiza en la etapa 8 de APG en cada problema.

Evaluación de los docentes

Los docentes tutores de APG y de TC serán evaluados por los estudiantes en formularios que entregarán a las 9 y 18 semanas de curso.

a. Evaluación de la actividad

Mediante encuestas entregadas durante el curso a docentes y estudiantes se recogerá una evaluación de las actividades y el aporte de sugerencias o críticas de las mismas. Esta información será procesada y la Comisión del Ciclo Introductorio las evaluará determinando la pertinencia o no de realizar modificaciones con vistas al próximo año.

2. CICLO BASICO – CLINICO - COMUNITARIO

Características del ciclo

Bases morfológicas y funcionales del individuo normal y su exploración. Estudio de las estructuras y funciones de los aparatos y sistemas en el individuo normal. Se abordará la anamnesis y exploración física e instrumental del continuo salud-enfermedad en todas las etapas del ciclo vital. Aprendizaje grupal en el marco ético de la relación médico-paciente y de la integración clínico-básica y básico-básica. El principal escenario serán las aulas y laboratorios básicos y de destrezas abordando diferentes situaciones clínicas; en paralelo se desarrollarán actividades de promoción de salud, preventivas y clínicas en la comunidad y primer nivel de atención y de primeros auxilios en servicios y unidades de emergencia.

Contenidos

Relación médico-paciente: ética y comunicación - Módulo de Biología Celular y Molecular -

Módulos de los sistemas cutáneo, hemático inmune y locomotor

Lo normal, sus límites y factores de riesgo asociados

Módulos de los sistemas nervioso, circulatorio y respiratorio

Lo normal, sus límites y factores de riesgo asociados

Módulo de los sistemas digestivo, renal, metabólico y endocrino

Lo normal, sus límites y factores de riesgo asociados

Módulo del sistema reproductor. El embarazo, parto y lactancia. Desarrollo pre y postnatal, Lo normal, sus límites y factores de riesgo asociados. Salud sexual y reproductiva

Vulnerabilidad de la gestante y del niño.

Ética del comienzo de la vida.

Módulo de gerontología: aspectos bio-psico-sociales del envejecimiento.

Metodología de la evaluación geriática.

Lo normal, sus límites y factores de riesgo de vulnerabilidad. Ética del fin de la vida

Disciplinas participantes:

Anatomía – Biofísica – Bioquímica – Embriología – Fisiología – Genética – Histología – Inmunobiología - Ética y Medicina Legal – Emergencia - Medicina

Preventiva - Medicina Familiar y Comunitaria – Patológicas - Psicología Medica - Semiología

Metodología y evaluación

Durante el BCC se continuarán las directivas generales ya señaladas con respecto a metodología centrada en el estudiante al igual que una evaluación de tipo 360 grados. Se incluirán nuevas metodologías de trabajo en grupo como el TBL (Team Based Learning), además de un fuerte componente de actividades prácticas.

3. CICLO METODOLOGIA I

Al final de cada uno de los ciclos principales (BCC y Medicina General Integral), hay un ciclo de Metodología de medio semestre de duración.

Características del Ciclo Metodología I

Aprendizaje autodirigido en grupo con docente facilitador analizando trabajos y realizando diversas actividades de investigación; en paralelo, seminarios y pasantías electivas en laboratorios básicos y en equipos de investigación clínicos y comunitarios.

Contenidos

- Métodos de investigación e investigación-acción (psicosociales, biomédicos, biométricos y clínicos) de las ciencias de la salud.
- Métodos de educación para la salud y educación popular
- Perspectiva histórica de la metodología médica
- Ética investigativa y del trabajo en equipo
- Psicología y comunicación grupales
- Estilos de aprendizaje y autoevaluación

Disciplinas

Educación Médica

Historia de la Medicina

Métodos Cuantitativos

Otras

4. CICLO INTRODUCTORIO A LA MEDICINA GENERAL INTEGRAL

Características

Participación en la planificación, ejecución y evaluación de programas de atención de salud. Estudio de las enfermedades en seminarios y laboratorios básicos. Anamnesis y exploración física e instrumental de pacientes en todas las etapas del ciclo vital y en todos los niveles de atención

Contenidos

Abordaje holístico del estudio de las enfermedades, de sus causas y determinismo, su distribución en nuestro medio, los agentes y factores mórbidos y sus mecanismos de acción, sus efectos biopsicosociales en la comunidad, familia e individuo, las principales alteraciones morfofuncionales y semiología y clínica de la persona enferma, bases para su tratamiento y rehabilitación. Historia natural de las enfermedades prevalentes. Pautas para la decisión clínica en los contextos bioéticos y de costo-beneficio.

Disciplinas

Biológicas, Ética y Medicina Legal, Medicina Familiar y Comunitaria, Medicina Interna, Medicina Preventiva, Patológicas, Electivas

5. CICLO CLINICA GENERAL INTEGRAL

Características

Clínica integral centrada en las consultas y enfermedades prevalentes. Incluye práctica en los tres niveles de atención y servicios de emergencia. Tiene un rol protagónico en la ejecución de seminarios de Patología y de Bioética.

Contenidos

5.1 Clínica Materno Infantil

Patología Materno infantil

Duración: un semestre

5.2 Clínica Médica I

Patología de los sistemas cutáneo, hemático, inmune y locomotor

Duración: un semestre

5.3 Clínica Médica II

Patología de los sistemas nervioso, circulatorio y respiratorio. Patología geriátrica

Duración: un semestre

5.4 Clínica Quirúrgica

Patología de los sistemas digestivo, urinario, metabólico y endocrino

Duración: un semestre

5.5 Especialidades Clínicas.

Rotación por especialidades.

Duración: medio semestre

6. CICLO METODOLOGIA II

Características

Integración plena a equipos de investigación preferentemente multiprofesionales. Seminarios sobre aspectos especiales de la ética, patología polisistémica y sobre problemas médicos relevantes del entorno.

Contenidos

Métodos de investigación e investigación-acción en escenario optativo comunitario, clínico o laboratorio básico

Ética del ensayo clínico, ética del trabajo en el equipo de salud

Autoformación y autoevaluación

Patología de las enfermedades polisistémicas

Problemas de salud pública que exijan un enfoque propio y, por su complejidad, un abordaje multidisciplinario

Duración: medio semestre

7. INTERNADO

Finalmente el ciclo final de la carrera de Doctor en Medicina continuará con la misma característica de un internado obligatorio rotatorio. Si bien se planifican cambios fundamentalmente en lo que se refiere a aspectos de apoyo formativo en la temática de destrezas y fundamentalmente en la evaluación.

Conclusión

El Nuevo Plan de Estudios es un emprendimiento académico trascendente, pero es a la vez un desafío en el plano social que apunta a reposicionar a la

Medicina y a los médicos en su rol de profunda y reconocida contribución al bienestar colectivo.

Para asumirlo, la tarea institucional fundamental del momento y del futuro inmediato es la del fortalecimiento del cuerpo docente en su organización, su dedicación, su remuneración, sus capacidades de enseñanza, investigación y extensión aplicadas al nuevo plan, a sus objetivos, contenidos y procedimientos.

El desarrollo de nuevas aulas y escenarios donde poner en práctica los mecanismos renovados de enseñanza-aprendizaje constituye una prioridad complementaria: salones para pequeños y grandes grupos; laboratorios y equipamiento para trabajo práctico; nuevos centros de trabajo comunitario y de formación en segundo y tercer nivel.

El plan de mejoras ligado a la acreditación regional ha permitido encaminar estos avances, cuyo desarrollo debemos acelerar como paso próximo indispensable.

Para hacer posible esta reforma llamamos a organizar la participación de todos y cada uno de los actores institucionales en la implementación del Nuevo Plan de Estudios. A partir de la convicción, elaborada a lo largo de años, de la pertinencia, la oportunidad y la factibilidad de estos cambios, es imprescindible contribuir a la construcción de una voluntad colectiva de impulsar, facilitar y promover dicha implementación.

La fuerza social básica de estas transformaciones radica en los destinatarios de la formación que se optimiza, los estudiantes organizados, y en los beneficiarios sociales de la actividad de los técnicos en formación, es decir, la población a través de sus estructuras representativas. Es necesario, además, sumar el concurso de todos los graduados, estudiantes, funcionarios y docentes, y recoger el aporte constructivo y consciente de sus organizaciones.

La aprobación y puesta en marcha del nuevo plan de estudios es el producto de un proceso de construcción colectiva, y a su vez marca el inicio de un nuevo proceso que no será posible sin la misma construcción colectiva que le dio origen.

III. PROPOSITO Y OBJETIVOS

Propósito

Contribuir a difundir las mejoras realizadas en el proceso de enseñanza-aprendizaje de los estudiantes de grado de la carrera de medicina de la Universidad de la República (UdelaR)

Objetivos generales

- 1.- Desarrollar las mejoras instrumentadas en el plan de estudios de la carrera de medicina de la UdelaR en relación con la presentación voluntaria de la Facultad de Medicina, en el año 2005, al Mecanismo Experimental de Acreditación MERCOSUR (MEXA) de carreras de grado de Medicina y que culminó con la acreditación regional de dicha carrera en mayo 2007.
- 2.- Difundir el Nuevo Plan de Estudios de la carrera de Medicina, cuya implementación comenzó en el presente año 2009.

Objetivos específicos

- 1.- Presentar las mejoras instrumentadas en el plan de estudios de la carrera de Medicina de la UdelaR
 - 1.1.- Desarrollar las mejoras implementadas en el Ciclo Básico en el período 2007 – 2008, tendientes a lograr la inserción comunitaria precoz del estudiante
 - 1.2.- Presentar la experiencia del Ciclo Estructuras y Funciones Normales (ES.FU.NO.) en el período 2007 – 2008.
 - 1.3.- Desarrollar la experiencia del Ciclo Introductorio a la Medicina Integrada (C.I.M.I.) en el Primer Nivel de Atención, en el período 2007 – 2008.

1.4.- Presentar las mejoras implementadas en el Ciclo Clínico Patológico II (CI.CLI.PA II) en el período 2007 – 2008.

2.- Presentar el Nuevo Plan de Estudios, en implementación a partir del año 2009, que fortalece la formación de grado de la carrera de medicina en el primer nivel de atención y en la comunidad , con base en los principios de la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS)

IV. MATERIAL Y METODOS

1.- Tipo de estudio

Descriptivo

2.- Población

La población en estudio son los estudiantes de grado de la carrera de Medicina de los ciclos básico (de la Universidad de la República (UdelaR) en el período 2007 – 2008

3.- Fuente, Métodos, Técnicas e Instrumentos de recolección de datos.

3.1. Fuentes de Información

La fuente de información estuvo constituida por los estudiantes de Medicina (Fuente Primaria) de los ciclos: Básico, Estructuras y Funciones Normales (ES.FU.NO.), Ciclo Introdutorio a la Medicina Integral (C.I.M.I.) y Ciclo Clínico Patológico II (Cl.CLI.PA. II)

3.2.- Métodos y técnicas utilizados

Para el **ciclo ESFUNO** se registro información de los “Portafolios de Trabajo” y del registro de los coordinadores del ciclo. Se realizó encuesta telefónica semiestructurada.

En los ciclos **CIMI** y **CICLIPA II** se obtuvo la información a través de un cuestionario autoadministrado enviado a los docentes, de la corrección de exámenes de estudiantes y de la encuesta telefónica realizada a los estudiantes.

3.3.- Instrumento de recolección de la información

Se utilizaron formularios para cada uno de los ciclos que se observan en anexos de cada uno de ellos.

3.4 Paquetes informáticos utilizados: Epi-Info 6.0, SPSS

V. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

V.1 CICLOS DEL PLAN DE ESTUDIOS

V.1.1. CICLO BASICO

Dr. Edén Echenique⁵⁶⁵⁷

Dra. Clara Niz^{58 59}

Dra. Silvia Texeira⁶⁰

Introducción

Nuestro país está viviendo un momento de profundas reformas en el Sector Salud: en Sistema Sanitario Nacional, en la Universidad de la República, en la Facultad de Medicina.

La actual reorientación del Sistema Sanitario Nacional camina en dirección de considerar la Salud como el objetivo esencial del sistema, al individuo como integrante de una comunidad concreta (que actúa como factor determinante del proceso salud -enfermedad), y al abordaje integral y en equipo de los problemas de salud como la estrategia más adecuada. Esta base conceptual, junto con los principios de universalidad, continuidad, integralidad, equidad, calidad ética, eficacia, eficiencia social y económica, atención humanitaria, participación social y administración democrática, sustentan el nuevo Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

Por otro lado la Universidad de la República (UdelaR), a través de diversos Servicios, se encuentra involucrada en la formación de técnicos y profesionales aptos para la atención de Salud. Desarrolla estas actividades en estrecha relación con la producción de conocimientos aplicables a las mismas, tarea de investigación que constituye especial fortaleza universitaria, y también con la extensión y con las funciones de atención de Salud y asistencia, que contribuyen directamente al bienestar social y fundamentan la excelencia de la práctica formativa de estudiantes y posgrados.

⁵⁶ Coordinador del Ciclo Básico carrera de Medicina, Fac. Medicina – Univ. De la República

⁵⁷ Asistente de Dirección Programa APEX-Cerro – Univ. De la República

⁵⁸ Prof. Adj. Dpto. Medicina Familiar y Comunitaria

⁵⁹ Asistente de la Unidad de Sociología, Dpto. de Medicina Preventiva y Social

⁶⁰ Asistente del Dpto. De Medicina Familiar y Comunitaria

La Universidad sostiene desde siempre una estrecha vinculación fundamentalmente con el sector público de atención de Salud.

Es en este contexto que la Facultad de Medicina implementa el plan de mejoras.

Antecedentes

La Facultad de Medicina decidió, a inicios del 2007, la implementación de cambios en la enseñanza de la Medicina, enmarcados en la necesidad de “fortalecer la formación de grado de la carrera de Medicina en el primer nivel de atención y en la comunidad, con base en los principios de la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) y así lo expresa en el informe elevado ante el Comité de Acreditación del Mercosur el 5 febrero 2007⁶¹, donde - entre otras muchas medidas - se plantea el restablecimiento del aprendizaje grupal en el Ciclo Básico, y la inserción temprana en la comunidad y en la problemática médica del estudiante de medicina, retomando la concepción del Plan de Estudios de 1968⁶² (que se había dejado de aplicar desde el año 2002) y asumiendo la del nuevo Plan ya aprobado⁶³.

La Comisión de Coordinación Curricular del Ciclo Básico elaboró en febrero de 2007 una propuesta⁶⁴, aprobada por el Consejo, que incluye el desarrollo del trabajo de campo como elemento central en esa estrategia.

Los objetivos definidos en esa propuesta para el Ciclo Básico 2007-08, en particular:

- 1) Permitir al estudiante al inicio de su carrera una reflexión crítica sobre su propia elección.
- 2) Incentivar la actitud crítica y la capacidad creadora del estudiante
- 3) Desarrollar en el estudiante su capacidad para el trabajo grupal
- 4) Introducir al estudiante en la percepción y análisis del continuo salud – enfermedad, con una perspectiva multidisciplinaria: biología, psicología y sociología

⁶¹ Facultad de Medicina, Informe de cumplimiento del plan de mejoras, febrero 2007

⁶² Plan de Estudios Carrera de Medicina, 1968

⁶³ Plan de estudios de la carrera de doctor en medicina aprobado por la asamblea del claustro de la Facultad en su sesión del día 27 de diciembre de 2007, en homenaje a la memoria de la Doctora Myrtha Foren

⁶⁴ Comisión de Coordinación del Ciclo Básico, Trabajo de campo anexo a propuesta Ciclo Básico 2007, febrero 2007

5) Promover que el estudiante se haga un planteo precoz de los problemas relativos a la inserción de la medicina en la sociedad, la estrategia de Atención Primaria de Salud, la organización del sistema de salud y las transformaciones planteadas en la actualidad.

7) Acercar al estudiante al ejercicio del método científico en el estudio de problemas sencillos, definidos a partir de necesidades de los equipos de salud, instituciones o grupos donde se desarrolla el trabajo de campo.

8) Incorporar conocimientos específicos en disciplinas enmarcadas en las tres líneas temáticas: métodos cuantitativos, ciencias biológicas y naturales, y ciencias del hombre.

9) Aprender las maniobras de soporte vital básico.

Los Objetivos del trabajo de campo

1 - Acercar al estudiante al ejercicio del método científico.

2 - Introducir al estudiante en la percepción y análisis del continuo salud enfermedad

3 - Incentivar al estudiante al aprendizaje sobre los factores determinantes de la salud en una comunidad

4 - Adquirir herramientas para el trabajo de promoción de salud a nivel grupal y comunitario

5 - Incentivar el aprendizaje para el trabajo grupal

Metodología

En grupos de 8 a 10 estudiantes con la guía de un tutor docente, a partir de la semana 2 hasta la semana 16 en 2007 y una semana más, la semana 17 en 2008. Basado en el abordaje de problemas en un contexto comunitario con una carga horaria de 75 horas en 2007 y 80 horas en 2008 (5 semanales con 2 horas de supervisión con su tutor)

Se elaboró y distribuyó a todos los estudiantes una pauta general para el trabajo de campo. Se estableció el siguiente cronograma: Entrega de informe de avance: semana 8. Entrega informe final: semana 16 en 2007 y semana 17 en 2008. Presentación de Pósters (2008): sábado 5 de julio (semana 17)

Desarrollo del trabajo de campo

- 759 estudiantes en 2007 y 1029 en 2008.
- Se conformaron promedio de 101 grupos de 6 – 8 estudiantes con la guía de un tutor docente, y además -en muchos casos- apoyo de un tutor estudiantil.
- 61 grupos tuvieron tutores estudiantiles en el 2007; 45 grupos en el 2008 (tabla 1)
- Basado en el abordaje de problemas en un contexto comunitario.
- .Diagnóstico de situación, elaboración de informe de avance y proyecto de trabajo, implementación del proyecto e informe final.

Tabla 1: Distribución de Recursos Humanos:

Recursos Humanos	2007		2008	
	Docentes	Grupos	Docentes	Grupos
Docentes tutores Departamento de procedencia				
Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) incluye Salud Mental-	18	87	22	83
Medicina Preventiva y Social (MPyS)	2	4	4	14
Coordinadores Ciclo y Docente APEX	5	10	2	4
Docentes línea (extensiones)	Docentes	Grupos	Docentes	Grupos
Psicología Médica	2	-	2	-
Métodos Cuantitativos	3	-	3	-
Bioquímica	1	-	1	-
Genética	1	-	1	-
Sociología	1	-	-	-
Tutores estudiantiles (CICLIPA I, II y III)	85	61	47	45

En los dos años se concedieron extensiones horarias a docentes de las tres líneas del Ciclo para actividades de apoyo al trabajo de campo y esos docentes estuvieron a disposición de los grupos para consultas y asesoramientos específicos.

Las tablas 2, 3, 4 y el gráfico 1 muestran las áreas geográficas y las instituciones donde se realizó el trabajo de campo; y los temas abordados.

Tabla 2: Distribución de los grupos según lugar donde se desarrollo el trabajo de campo, Ciclo Básico 2007-2008

Lugares geográficos del desarrollo del trabajo de campo	Cantidad grupos 2007	Cantidad grupos 2008
Santiago Vázquez	1	-
Santa Catalina	1	6
Casabó	3	3
Maracaná Sur	2	4
Tobogán y La Boyada	6	2
La Paloma	2	2
La Villa del Cerro	4	2
La Teja	2	6
Tres Ombúes	6	4
Lezica - Colón	27	17
Gruta de Lourdes	12	18
Giordano:	4	4
Piedras Blancas	-	5
Manga	2	-
Jardines del Hipódromo y Camino Maldonado	13	-
Cruz de Carrasco	2	4
Ciudad Vieja	-	10
Centro	4	-
Pando	6	4
Barros Blancos	-	6
Las Piedras	4	4
	101	101

Gráfico 1:

Distribución Geográfica de los Grupos de Trabajo

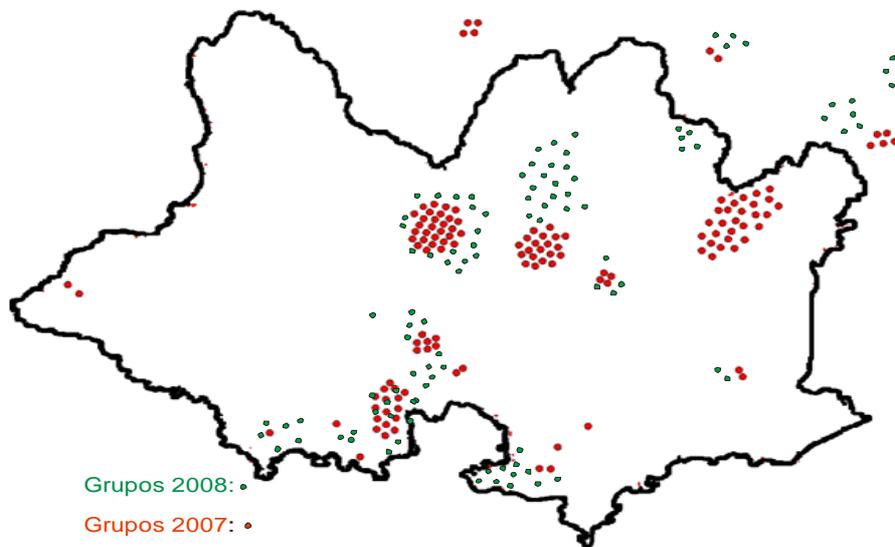


TABLA 3: Distribución de los grupos según instituciones o lugares del desarrollo específico de la actividad, Ciclo Básico 2007- 2008.

Instituciones o lugares	Nº grupos 2007	Nº grupos 2008
CAIF	11	8
Escuelas	25	51
Liceos	12	20
Clubes de Niños/as	-	7
Programas del INAU niños y madres en situación de calle	-	2
Espacio adolescente	-	2
Total Instituciones educativas o del cuidado de la niñez y adolescencia	48	90
Hogar adulto mayores		1
Instituciones del área salud o de otras áreas de promoción social	7	12
Asentamientos, sectores barriales, directamente o a través de organizaciones comunitarias	47	7
Total	102	110*

*Muchos grupos realizaron más de un trabajo

Tabla 4: Distribución de los grupos según tema abordado Ciclo Básico 2007/ 2008

Temas abordados	Grupos 2007	Grupos 2008
Temas diversos		
Diagnóstico de Salud	8	
Recursos para la Primera infancia	2	
Derechos del Niño y del adolescente		2
Abandono estudiantil	3	
Calidad de atención		1
Apoyo Curso agentes comunitarios de salud	2	
Rol de la mujer		1
Contaminación Ambiental	3	
Prevención y promoción de salud en general		
Accidentes domésticos y de tránsito	2	2
Dengue	28	
Salud ocular		14
Salud bucal		2
Promoción PAP	4	
Alimentación saludable	9	12
Hábitos saludables	7	11
Parasitosis	5	8
Promoción Control de Salud en niños de refugios		1
Prev. Enf. Respiratorias		1
Prev y Promo HTA y Enfermedades cardiovasculares	3	4
Prevención cáncer	1	1
Primeros Auxilios	1	
Promoción y Educ Salud Adulto Mayor	1	2
Vacunación incluyendo antigripal	1	6
Educación sexual		
Educación Sexual (10) ; Embarazo adolescente (6); Enfermedades de Transmisión sexual (1)	17	26
Prevención Adicciones		
Consumo de Drogas efectos y repercusiones salud	5	14
Prevención Violencia		
Red Barrial contra Violencia Doméstica	1	
Violencia y género	1	
Prevención Violencia	2	3

Tutores estudiantiles

Por iniciativa del orden estudiantil y aceptación e impulso por parte de la Coordinación del Ciclo Básico, se creó en el 2007, la figura de “tutor estudiantil”, para apoyo de los grupos del trabajo de campo de los estudiantes del Ciclo Básico.

Son estudiantes de medicina cursando alguno de los Ciclos Clínicos Patológicos (CICLIPA) I, II o III; seleccionados al inicio del año, previo llamado, mediante entrevista personal por parte de la Coordinación del Ciclo.

Instancias formativas de los tutores.

Estos tutores participaron en el 2007 de 4 instancias de capacitación a cargo de docentes de Medicina Familiar y Comunitaria sobre: “Concepto de Salud y determinantes”, “Diagnóstico de Salud”, “Planificación y Programación”, “Técnicas participativas”; a cargo de docentes de MFyC.. También participaron en las **“Jornadas Institucionales de Evaluación Docente. Recursos Humanos de Apoyo a la Docencia**, del 29 y 30 de agosto de 2007, haciendo una exposición sobre su experiencia.

En 2008 los tutores estudiantiles participaron en 7 talleres:

“Acción tutorial” a cargo de docentes del DEM; “Diagnóstico de Situación”, “Programación y Situación Problema”, “Educación Para la Salud y Técnicas Participativas”, a cargo de docentes de Medicina Familiar y Comunitaria; “Comunicación y trabajo grupal” a cargo de docentes de Psicología Médica; “Elaboración de informe final” a cargo de docentes de Medicina Preventiva y Social.

Los tutores estudiantiles participaron además en el “Primer encuentro sobre tutorías estudiantiles organizado por la Comisión Sectorial de Enseñanza y el Proyecto de apoyo y seguimiento a la Generación 2008 con la participación del Rector, Pro-rector de Enseñanza y presentación de experiencias por varias facultades incluyendo medicina. Los tutores pudieron allí también exponer su experiencia.

Evaluación de resultados

Evaluación del estudiante tutor

Fue evaluado por el docente tutor y por los estudiantes del grupo en base a una grilla que consta de cinco ítems:

1. Responsabilidad
2. Cumplimiento de la tarea
3. Relaciones Humanas y éticas
4. Trabajo Grupal

5. Global

Basados en esta evaluación 85 estudiantes tutores en el 2007 y 47 en el 2008, finalizaron su tarea con aprobación de su trabajo. Había grupos con más de un tutor.

Utilizando una escala de 1 a 5:

- 3 en 2007 y 1 en 2008 tuvieron una calificación menor a 3 y por lo tanto no aprobaron la actividad desarrollada y no recibieron certificado.
- 1 en el 2007 y 7 en el 2008 tuvieron una calificación de tres, considerada como **aceptable**
- 14 en 2007 y 11 en 2008 tuvieron una calificación de 4 que se puede considerar **muy buena**
- 67 en 2007 y 28 en 2008 tuvieron una calificación de 4,5 o 5, **ampliamente satisfactorio**

Evaluación de los estudiantes en el trabajo de campo

Se introdujeron cambios en el 2008 en la evaluación del trabajo de campo procurando que el mismo tuviera mayor incidencia en la evaluación global del Ciclo. Como principios que se mantuvieron, la aprobación del trabajo de campo fue un requisito para la aprobación del curso y la habilitación para el examen final. Además se evaluó en forma individual y continua por el docente tutor (con la ayuda del estudiante tutor) y grupalmente a través de la entrega de un informe de avance a las 5 semanas de iniciado el trabajo y un informe final a su término, ambos aprobados por su docente.

Este año se agregó la elaboración y defensa de un póster en una jornada común para todos los grupos. Todos los posters se expusieron en una jornada de integración el 5 de julio con participación de docentes de distintas líneas, invitados de las zonas donde se desarrollaron los trabajos y participación de otros docentes. Los poster fueron evaluados por docentes tutores y otros docentes a manera de una evaluación “externa”.

También en el 2008 se introdujeron preguntas sobre el trabajo de campo en los dos parciales realizados y en el examen.

Cambios entre 2007-2008

Se mejoró la formación de los tutores estudiantiles realizando más talleres con enfoque interdisciplinario y se logró mayor contacto regular con los docentes.

Este año contamos con menor cantidad de tutores estudiantiles y estos se incorporaron un par de semanas después de iniciado el trabajo de campo.

La evaluación del trabajo de campo se realizó este año con más rigurosidad y exigencias: se introducen preguntas en los parciales y los exámenes sobre el trabajo de campo, a las exigencias de informe de avance e informe final se agrega presentación de un poster y defensa del mismo.

Este año se mejoró la supervisión de las entrevistas por parte de la línea de Psicología.

La jornada de presentación de posters fue un evento muy gratificante para todos los participantes, estudiantes, tutores docentes, tutores estudiantiles y visitantes. Creó un ámbito de intercambio de experiencias entre los propios estudiantes y docentes del Ciclo Básico, así como difusión de las actividades fuera de este ámbito: resto de la Facultad de Medicina, otros servicios universitarios e instituciones de salud, educacionales y comunitarias.

Evaluación por parte de los estudiantes, los tutores estudiantiles y los tutores docentes del trabajo de campo

En los dos años se les pidió a los estudiantes que respondieran a un cuestionario con preguntas sobre su valoración del grado de cumplimiento de los objetivos del trabajo de campo, evaluación de los tutores docentes y estudiantiles y otras consideraciones sobre el trabajo de campo. Lo mismo se les pidió a los tutores estudiantiles y a los tutores docentes. A continuación presentamos en tablas 5, 6, 7 el resultado del procesamiento de dichos datos.

Tabla 5- Distribución de los promedios del cumplimiento de los objetivos del Trabajo de Campo según tutores, en el Ciclo Básico. 2007-2008.

Escala 1 a 5 (5 cumplimiento total, 1 no cumplimiento)

El trabajo de Campo permitió:	Promedios					
	Ests 2007	Ests 2008	Tuts. Ests. 2007	Tuts Ests. 2008	Docs2007	Docs 2008
I.- Un acercamiento al método científico.	3,2	3,15	3,6	4	4,1	4,5
II.- Un aprendizaje sobre el proceso de salud en la comunidad.	3,8	3,44	3,9	4,73	4,5	4,66
III.- Un aprendizaje sobre los factores determinantes de la salud en una comunidad.	4,0	3,60	3,8	3,80	4,3	4,66
IV.- Adquirir herramientas para el trabajo de promoción de salud a nivel grupal y comunitario.	4,1	3,63	4,1	3,73	4,3	4,5
V.- Aprendizaje para el trabajo grupal.	4,1	3,60	4,5	4,38	4,7	5
Total respuestas	608	767	25	26	15	6

Aclaración: El N° total es el número de estudiantes, tutores y docentes que “respondieron al cuestionario”. La metodología empleada es cualitativa con elementos semicuantitativos como estas escalas de Likert.

Tabla 6: Distribución de repuestas de la Evaluación del trabajo de campo según estudiantes y tutores, Ciclo Básico 2007 - 2008

	Estudiantes 2007 (N =608)			Estudiantes 2008 (N =767)			Estudiantes tutores 2007 (N = 25)			Estudiantes tutores 2008 (N = 26)			Docentes tutores2007 (N = 15)			Docentes tutores 2008 (N =6)		
	Sí	No	n/c	Sí	No	n/c	Sí	No	n/c	Sí	No	n/c	Sí	No	n/c	Sí	No	n/c
VII.- ¿Debería esta experiencia reiterarse todos los años como parte del Ciclo Básico?	76,2	15,8	7,9	54,2	24,2	21,5	96	0	4	100	0	0	100	0	0	100	0	0
VIII.- De ser positiva esta afirmación: consideras que habría que hacer modificaciones?	55,9	23,6	20,4	47,7	31,2	21,1	76	8	16	69,2	23,1	7,7	100	0	0	66,7	0	33,3
IX.- ¿Experiencias de trabajo de campo y comunitarias de este tipo deberían continuarse a lo largo de los siguientes ciclos de la carrera?	67,8	18,2	14	54,8	33,1	12,2	96	0	4	96,2	3,8	0	93,3	0	6,6	100	0	0

Aclaración: El N° total es el número de estudiantes, tutores y docentes que “respondieron al cuestionario”

El 5 de julio en una jornada final de integración los grupos de trabajo de campo expusieron sus pósters y defendieron su trabajo. La tabla 7 expone el resultado promedio de la evaluación externa realizada utilizando una escala de Likert (1 a 5).

Tabla 7: Evaluación externa de los pósters por grupos.

Calificación	frecuencia	%
1	0	0
2	0	0
3	2	2,02
4	25	25,25
5	72	72,73%

De la evaluación cualitativa se presentan los cuadros 1, 2,3 que se explican por si mismo.

Cuadro 1: Valoración cualitativa sobre los tutores estudiantiles de parte de estudiantes, tutores estudiantiles mismos y docentes tutores. 2007 - 2008

Estudiantes (N = 168 en 2007) (N = 269 en 2008)	Tutores estudiantiles (N = 25 en 2007) (N = 26 en 2008)	Docentes (N = 15 en 2007) (N = 12 en 2008)
Importante, muy buena, necesaria Aporta su experiencia Apoyo, guía Ejemplo Modelo Integración y funcionamiento grupal Alguien más accesible, cercano Actitud de respeto y solidaridad Facilita información Ayuda a valorar el trabajo de campo Vínculo entre estudiante y docente Aprendizaje mutuo; Apoya como un par; Alguien que motiva y dinamiza; Alguien que muestra una perspectiva de la carrera	Todos las respuestas fueron positivas; No estoy segura de si para los otros años es la modalidad correcta; Implementarse con grupos chicos como se hizo en el básico; El aprendizaje es un proceso que no debe cortarse; Todos plantean que debe repetirse e implementarse en otros ciclos; está acorde con los médicos que el país necesita; Que el tutor sea una figura institucional de la facultad, todos los grupos deben tenerlo.	.Muy positivo; Fundamental; Excelente; Determinante (todos lo que tuvieron). Lamentan no haber tenido (los otros). Formativa; Debería definirse mejor el rol del tutor estudiantil, no como ayudante del docente sino como parte de un equipo; Son un apoyo para los estudiantes y los docentes; Nexo con los estudiantes que facilita.

Cuadro 2: Opinión sobre los tutores en otros años de la carrera

	Estudiantes 2007 162 est,			Estudiantes 2008 212 est.		
	Sí	No	n/c	Sí	No	n/c
¿Crees que los tutores estudiantiles deberían incorporarse en otros años de la carrera?	95,6%	3,7%	0,6%	85,5	14,5	

Cuadro 1: Valoración cualitativa de los tutores estudiantiles, estudiantes, y docentes tutores. 2007 - 2008

Estudiantes (N = 608 en 2007) (N = 767 en 2008)	Tutores estudiantiles (N = 25 en 2007) (N = 26 en 2008)	Docentes (N = 15 en 2007) (N = 6 en 2008)
<p><u>En general</u> Buena forma de acercamiento a la comunidad válido para toda la carrera.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fomentó en mí la visión del médico como quien promueve y previene y no solo como quien cura. • Me enseñó a convivir con diferentes personas y realidades. • Permitted mayor acercamiento con compañeros del Básico. • Vimos una realidad conocida pero ajena a la nuestra, lo cual nos dio otra visión de Montevideo que a veces ignoramos 	<p><u>En general</u> Todos consideran que fue muy positivo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se logró demanda e interés de parte de la población. . Permitted comprender la importancia del trabajo en el primer nivel de atención • Aprender a trabajar en modalidad taller • “adquisición de habilidades comunicacionales en tutores y estudiantes”. • “Colmó las expectativas de quienes tienen ansiedad por participar directamente en la sociedad” 	<p><u>En general</u> Favorece la iniciativa, participación y aprendizaje orientado por problemas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • integral y con óptica poblacional. • Apunta más al perfil de médico que el país necesita. • Actividades de corte preventivo o de promoción de salud. • Importante instancia de aprendizaje en interdisciplina e intersectorialidad • Contribuye a lograr el cambio en el aprendizaje de la medicina que la facultad se ha propuesto
<p><u>La vivencia personal</u> aporte al crecimiento como persona y estudiante; gratificante; buenos recuerdos; me sirvió en lo personal y en la formación; sirve para reflexionar si elegiste bien la carrera</p>	<p><u>La vivencia personal</u> Formativa; Gratificante; Enriquecimiento personal y profesional; Motivante; Ayudar a los estudiantes y aprender de ellos; Sensación de cumplir con una responsabilidad universitaria</p>	<p><u>La vivencia personal</u> Gratificante. Formación continua: profesional y personal; Motivante y Desafiante para transmitir la importancia y metodología del trabajo comunitario.</p>
<p><u>Dificultades, aspectos a modificar</u> Lo alejado de los lugares; el conflicto horario con otras actividades del Ciclo, Pedido de mayor peso en la evaluación final o menor exigencia en el trabajo.</p>	<p><u>Dificultades, aspectos a modificar</u> Que el trabajo de campo sea en el turno; Participación del tutor desde antes del inicio del trabajo de campo; Que los docentes no tengan mas de 3 grupos y los tutores 7-8 estudiantes a cargo</p>	<p><u>Dificultades, aspectos a modificar.</u> Aumentar tiempo para permitir cumplimiento de objetivos; Instrumentar para que la actividad se extienda todo el año.</p>

Comentario

Durante dos años se ha desarrollado, como parte de la actividad curricular de los estudiantes del Ciclo Básico, un trabajo de campo, que de acuerdo a la evaluación de sus actores se ha constituido y consolidado como una experiencia positiva y muy útil en los siguientes aspectos:

1. como primer contacto del estudiante de medicina con la realidad de la salud y sus determinantes
2. para aprehender un enfoque colectivo, humanístico y participativo

3. para valorar la promoción de salud
4. para el aprendizaje del trabajo en grupo
5. para integrar conocimientos teóricos sobre la salud confrontándolos con la realidad en la sociedad y comunidades

Han existido dificultades:

- en lograr una adecuada articulación e integración con el resto de los cursos del Ciclo Básico
- por la competencia y superposición de horarios con otras actividades de las líneas del Ciclo
- por la exigencia simultánea que tiene el estudiante de estudiar para parciales y exámenes
- el peso todavía relativamente menor de la evaluación del trabajo de campo en la evaluación final

Sobre los estudiantes tutores

Se mantiene la continuidad en los dos años de esta experiencia que se basa en el compromiso y entusiasmo asumido por los estudiantes tutores, que reflejan la valoración y compromiso de los estudiantes de Medicina con los cambios en la enseñanza y con el fortalecimiento de la estrategia de Atención Primaria de Salud en los cambios del sistema de salud. La evaluación realizada permite afirmar que:

- En aquellos grupos que los tuvieron fueron valorados muy positivamente por los estudiantes y los docentes.
- La casi totalidad de los tutores desempeñaron su actividad en forma suficiente
- Contribuyen a la formación y se forman
- Facilitan el proceso grupal
- Fueron una ayuda importante para el docente
- Transmiten a los estudiantes una noción de la globalidad de la carrera
- Ayudan a valorar el espacio comunitario como espacio de aprendizaje

La experiencia de dos años los constituye en un instrumento de gran potencial en el mejoramiento de la enseñanza y su generalización a otras instancias de trabajo de

campo de la carrera. Su actividad, adecuadamente evaluada, debería merecer una acreditación para instancias curriculares e inclusive concursables de Facultad.

Tabla 8: RESULTADOS FINALES CURSO CICLO BÁSICO 2007

CICLO BÁSICO 2007 RESULTADO EXÁMENES*												
	Primer Período					Segundo Período					Ambos períodos	
	aprueban	%	reprueban	%	Total	aprueban	%	reprueban	%	Total	Total aprobados	%
Ciencias Humanas	336	57,6	247	42,4	583	126	54,5	105	45,5	231	462	56,8
Mét. Cuantitativos	412	55,6	329	44,4	741	94	30,7	212	69,3	306	506	48,3
Ciencias Biológicas	224	28,0	576	72,0	800	119	22,4	413	77,6	532	343	25,8
Módulo IV**	18	17,3	86	82,7	104	12	15,2	67	84,8	79	30	16,4

*Incluye todas las generaciones ** Generaciones 2003 - 2006

Tabla 9: RESULTADOS FINALES CURSO CICLO BÁSICO 2008

CICLO BÁSICO 2008 RESULTADO EXAMENES												
	Primer Período					Segundo Período					Total aprobados	
	aprueban	%	reprueban	%	Total habilitados	aprueban	%*	reprueban	%	Total 2º Período	Total aprobados	% sobre habilitados
Ciencia Humanas	441	62%	265	38%	706	164	64%	92	36%	256	605	86%
Métodos Cuantitativos	556	79%	138	21%	706	57	41%	81	58%	138	613	87%
Ciencias Biológicas	222	31%	484	69%	706	120	26%	347	74%	467	342	48%

Tabla 10: COMPARATIVO SEIS ÚLTIMOS AÑOS

	Gen 2003		Gen 2004		Gen 2005		Gen 2006		Gen 2007		Gen 2008	
Total de inscriptos	1275		1309		1052		967		739		1029	
Ganaron curso	1093	85.7 %	928	70.9 %	837	79.6 %	769	79,5 %	553	74,8 %	706	69 %
Aprobaron totalidad de exámenes	411	37.6 % ¹	298	32.1 % ¹	400	47.8 % ¹	307	39.9 % ¹	281	50,8 % ¹	490	69 % ¹
No aprobaron	682	62.4 % ¹	630	67.9 % ¹	437	52.2 % ¹	462	60.1 % ¹	272	49,2 % ¹	216	31 % ¹
		32,2 % ²		22,7 % ²		38 % ²		31,7 % ²		38 % ²		48 % ²

¹ Porcentaje sobre quienes estaban habilitados y se presentaron al examen

² Porcentaje sobre el total de inscriptos.

Finalmente

Podemos concluir que la experiencia realizada en estos dos años ha contribuido a los propósitos de cambio y mejora de la carrera de medicina

propuestos en el “Informe de cumplimiento del plan de mejoras” aprobado por el Consejo en febrero 2007. También que se constituye en un antecedente importante para diseñar el Ciclo Introdutorio del nuevo Plan de Estudios.

Es preciso continuar el proceso de desarrollo del trabajo de campo como parte central de la experiencia curricular del inicio de la carrera.

Deberemos mejorar en la articulación de las actividades y contenidos de las líneas con el trabajo de campo.

También mejorar en la distribución de los estudiantes de acuerdo a sus lugares de residencia, para evitar largos traslados, procurando además que se mantenga una continuidad en los mismos lugares donde se desarrollen los trabajos de campo de las siguientes instancias de la carrera.

Organizar actividades de capacitación con tutores docentes y tutores estudiantiles previo al inicio del trabajo de campo y organizar instancias de encuentro durante el desarrollo del mismo.

Continuar mejorando, ajustando y homogeneizando los criterios de evaluación del trabajo de campo, con instancias individuales de evaluación continua.

Mejorar la inclusión de la evaluación del trabajo de campo en el resultado final del Ciclo ponderando su resultado en forma adecuada con relación al conjunto.

Referencias

- Facultad de Medicina, Informe de cumplimiento del plan de mejoras, febrero 2007
- Plan de Estudios Carrera de Medicina, 1968
- Plan de estudios de la carrera de doctor en medicina aprobado por la asamblea del claustro de la Facultad en su sesión del día 27 de diciembre de 2007, en homenaje a la memoria de la Doctora Myrtha Foren
- Comisión de Coordinación del Ciclo Básico, Trabajo de campo anexo a propuesta Ciclo Básico 2007, febrero 2007

Anexo 1

a) EVALUACIÓN DE LA EXPERIENCIA DE TRABAJO DE CAMPO - 2007

Sobre esta experiencia de trabajo de campo puedo afirmar que me permitió:

1 - un acercamiento al método científico

1 a 5: _____

2 – un aprendizaje sobre el proceso de salud en la comunidad

1 a 5: _____

3 – un aprendizaje sobre los factores determinantes de la salud en una comunidad

1 a 5: _____

4 - Adquirir herramientas para el trabajo de promoción de salud a nivel grupal y comunitario

1 a 5: _____

5 - Aprendizaje para el trabajo grupal

1 a 5: _____

6 - Otras consideraciones :

.....

7 – ¿Esta experiencia debería reiterarse todos los años como parte del Ciclo Básico? _____

8 – De ser positiva esta afirmación :

¿Consideras que habría que hacer modificaciones? _____

¿Cuál o cuales? _____

9 – ¿Experiencias de trabajo de campo y comunitarias de este tipo deberían continuarse a lo largo de los siguientes ciclos de la carrera?

Pertenezco al grupo de Trabajo de Campo Nro. _____

b) EVALUACIÓN DE LA EXPERIENCIA DE TRABAJO DE CAMPO – 2007
Por parte de docentes y tutores estudiantiles

Sobre esta experiencia de trabajo de campo puedo afirmar que permitió al estudiante:

1 - un acercamiento al método científico 1 a 5: _____

2 – un aprendizaje sobre el proceso de salud en la comunidad 1 a 5: _____

3 – un aprendizaje sobre los factores determinantes de la salud en una comunidad, 1 a 5: _____

4 - Adquirir herramientas para el trabajo de promoción de salud a nivel grupal y comunitario 1 a 5: _____

5 - Aprendizaje para el trabajo grupal 1 a 5: _____

6 - Otras consideraciones :

.....

7 – Impacto sobre la comunidad o institución : Positivo __ Nulo ____ Negativo

8 – En relación al punto anterior, otra consideración: _____

9 – ¿ Como tutor estudiantil o como tutor docente, qué me significó esta experiencia?:

10 – ¿Esta experiencia debería reiterarse todos los años como parte del Ciclo Básico? _____

11 – De ser positiva esta afirmación : ¿Consideras que habría qué hacer modificaciones?

12 - ¿Cuál o cuales? _____

13 – ¿Experiencias de trabajo de campo y comunitarias de este tipo deberían continuarse a lo largo de los siguientes ciclos de la carrera?

Nombre : _____ Cargo: _____

Grupos y lugares en los que trabajé: _____

c) EVALUACIÓN DE LOS TUTORES DOCENTES

Por parte de los estudiantes

Nombre del tutor y Grupo de Trabajo de Campo : _____

1.Responsabilidad	2.Cumplimiento de la tarea	<u>3.Relaciones Humanas y Éticas</u>	4. Capacidad Docente	5.Organización	6.Global

Escala de 1 a 5 donde 5 expresa el cumplimiento cabal de la afirmación, 1 el no cumplimiento

Responsabilidad:

Asistencia

- Asistencia a las actividades los días acordados
- Participación en las instancias en que le fue solicitado por el grupo de estudiantes o por requerimientos del trabajo de campo.

Puntualidad

- Cumple con el horario acordado

Cumplimiento de las Tareas

- Orienta y apoya al grupo adecuadamente en el desarrollo del trabajo de campo
- Facilita los vínculos del grupo con la comunidad y las instituciones del lugar donde se desarrolla el trabajo de campo
- Comparte periódicamente con el estudiante y el grupo las evaluaciones continuas
- Favorece un espacio de consulta y asesoramiento

Relaciones Humanas y Éticas:

Respeto a los estudiantes y a los interlocutores locales

- Escucha y acepta diferentes opiniones.
- Acepta la crítica a su actividad como tutor docente
- Es autocrítico en su función docente

Capacidad Docente:

Manejo de la Información

- Aporta bibliografía y/o elementos para el acceso a la información
- Comunica en forma clara conceptos y elementos teóricos o metodológicos que apoyen el desarrollo del trabajo de campo
- Contribuye a la reflexión y debate sobre la información trabajada

- Actúa como animador y facilitador de la tarea grupal
- No da respuestas sino que abre nuevas interrogantes
- Ayuda, alienta y motiva al estudio y a la participación
- Promueve la actitud solidaria en el grupo
- Promueve el análisis crítico sobre el proceso grupal, informaciones y resultados obtenidos

Organización

- Presenta los objetivos y tiempos a utilizar
- Estableció con claridad los objetivos y metodología del trabajo desde el inicio
- Sigue sin apresuramientos el Cronograma acordado.

Fecha _____

d) CRITERIOS DE EVALUACIÓN

El docente tutor:

Dedicación

El tiempo dedicado a las tareas y el grado de compromiso con las mismas.
Acompañó a los estudiantes en las instancias más importantes

Se han establecido cuatro dimensiones para la evaluación:

"Dedicación", "Capacidad", "Relaciones Humanas y Ética" y "Calidad de la Tarea". Las tres primeras inciden naturalmente sobre la última por lo que la misma es en parte un resultado de las mismas.

Se estableció una escala de calificación que va de 1 a 5. El 0 representa el extremo deficiente de ausencia o carencia total. El 4 representa la excelencia, el destaque en relación a la media. El 1, 2 o 3 representan las gradaciones intermedias entre los dos extremos.

Para evaluar cada una de las dimensiones se tuvo en cuenta:

-"**Dedicación**": El 0 sería en este caso para el no cumplimiento notorio de las horas asignadas, el incumplimiento de tareas asumidas. El 4 correspondería a quienes cumplen horarios aún por encima del mínimo exigible y con un compromiso muy fuerte por las tareas.

-"**Capacidad**": Aquí se abre un abanico de capacidades relevantes para la tarea donde se toman en cuenta por ejemplo:

- .capacidad profesional
- .capacidad de comunicación
- .capacidad de realizar un abordaje comunitario
- .capacidad de trabajar multidisciplinariamente
- .capacidad docente
- .capacidad de reflexión, autocrítica e innovación

-"**Relaciones Humanas y Ética**". Se toma en cuenta:

- .Relacionamiento y actitudes en relación al equipo y otros docentes
- .Relacionamiento y actitudes con los individuos y las instituciones de la comunidad
- .Relacionamiento y actitudes con los profesionales y técnicos de los servicios de salud e instituciones educativas
- .Relacionamiento y actitudes con los estudiantes
- .Relacionamiento y actitudes hacia los funcionarios del Programa

"**Calidad de la Tarea**". Es función de las tres dimensiones anteriores y una valoración global de la tarea.

- .¿Se valora la existencia de avances significativos en relación a los objetivos de trabajo planteados?
- ¿Se valora su aporte como significativo para la actividad del equipo?
- ¿Se valora su aporte como significativo en relación al aprendizaje en comunidad de los estudiantes?
- .¿Se valora su aporte como significativo en relación al desarrollo de la estrategia de APS y de participación comunitaria en la misma?
- ¿Existen otros aportes relevantes?

Anexo 2

PAUTAS PARA EL TRABAJO DE CAMPO DE LOS ESTUDIANTES DEL CICLO BASICO

- Tomar como sujeto de estudio el barrio o sector barrial, grupo o institución y los problemas vinculados a la dinámica salud – enfermedad que en ella existan.
- Realización de un relevamiento inicial para la elaboración de un cuadro de situación o “diagnóstico” comunitario a través de la consulta a informantes claves y el acceso a fuentes de datos disponibles.
- Identificar un problema teniendo en cuenta que debe ser de interés para los estudiantes y para la comunidad.
- Este puede implicar una “investigación” que sea factible de realizar en el marco de tiempo y dedicación existente.
- Puede consistir en la recolección o sistematización de información o datos ya disponibles.
- Puede ser también la exploración de aspectos de salud y el desarrollo de actividades de promoción de salud que se correspondan con las necesidades o demandas existentes.
- De plantearse una investigación esta deberá seguir los pasos correspondientes (Que se va a investigar? Por qué? y Para qué?)
- En todos los casos elaboración por parte del grupo de un proyecto o programa de trabajo
- La definición de los objetivos constituye una etapa decisiva pues permitirá verificar si los mismos han sido logrados y con que grado de cumplimiento o aproximación.
- Definidos el tema y los objetivos la etapa siguiente es la planificación, atendiendo los recursos humanos y materiales que se necesiten, respondiendo la pregunta de ¿Cómo se va a proceder? Acá se considerará el tiempo acotado de que se dispone.
- De acuerdo al proyecto a desarrollar elaborar un cronograma y plan de ejecución. Se seleccionarán las técnicas y procedimientos necesarios capacitándose adecuadamente en la utilización de las mismas
- Los trabajos de investigación, de recopilación y sistematización de información, tendrán una etapa de captación de datos y luego

procesamiento de la información recabada transformando la información en cuadros estadísticos para su análisis e interpretación.

- El análisis de los datos es la etapa decisiva que permite sacar conclusiones, reafirmar o cuestionar los objetivos propuestos.
- Se planificará en todos los casos una actividad promocional de salud vinculada al proyecto.
- El informe final es la síntesis que describe el trabajo desarrollado, las etapas seguidas, dificultades y logros, resultados, conclusiones, interpreta la realidad investigada y las acciones desarrolladas.

Se informará y dará cuenta a los actores locales en una instancia de retorno o devolución de los resultados y permitir recibir su evaluación de la experiencia.

Marzo 2007

Finalización del Trabajo de Campo Ciclo Básico 2008

Presentación de "Pósters" o Carteles el sábado 5 de julio

Local: **Primer Piso de Alpargatas**

Horario: Se colgarán los pósters a partir de la hora 8 de modo que a la hora 9 estén prontos. Se dividirá el área en 4 sectores de 25 pósters para una distribución más ordenada.

Cada grupo o conjunto de grupos que presenten un trabajo común, armarán un póster o cartel donde en forma sintética se exponga el trabajo realizado.

El tamaño no deberá sobrepasar **un metro de ancho por un metro cincuenta de alto.**

Contendrá:

- Título
- Número del grupo o de los grupos
- Nombre de los Integrantes
- Nombre del Docente Tutor y en caso de que los hubiera de los estudiantes tutores
- Introducción breve incluyendo justificación
- Objetivos
- Metodología y actividades
- Resultados y conclusiones

Se podrá ilustrar con fotos, gráficas o dibujos

No debería contener más de 250 palabras

El número del grupo se escribirá en números grandes en hojas A4 para pegar encima del cartel y hacerlo así de fácil localización

Cada grupo llevará cinta adhesiva para pegar el cartel.

Los grupos deberán estar junto a su cartel a la espera de que los evaluadores externos (docentes tutores de otros grupos, otros docentes, personas de los servicios donde se desarrolló la actividad, personas de la comunidad) concurren y hagan preguntas sobre el trabajo. Ellos utilizarán una planilla para evaluar el trabajo en dos aspectos:

- cómo ha sido expuesto en el cartel
- la respuesta a las preguntas realizadas

La presentación del póster y defensa del mismo son condición para que el trabajo de campo sea aprobado

V.1.2. Ciclo de Estructuras y Funciones Normales:

Curso de Promoción de Salud en el Ámbito Comunitario

Dra. Anahi Barrios

Lic. Adriana Careaga

Dra. Alicia Gómez

Educ. Estela Retamoso

Dra. Grazzia Rey

Dra. Verónica Rodríguez

Dra. Nurit Stolovas

Dr. Roberto Varela

Introducción.

En el actual contexto de nuestro país asistimos a un importante proceso de reformas en el Sector Salud como lo son: el Sistema Nacional Integrado de Salud, la Segunda Reforma Universitaria y los importantes cambios que se vienen produciendo en la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, en lo relativo principalmente al nuevo plan de estudios que se comenzó a implementar en el presente año.

Antecedentes.

Luego que la Facultad de Medicina se presenta voluntariamente al Mecanismo Experimental de Acreditación MERCOSUR (MEXA) de carreras de grado de Medicina en el año 2005, y a partir del documento elaborado por la comisión Ad Hoc de Acreditación y sus recomendaciones, se ponen en marcha una serie de actividades enmarcadas en un Plan de Mejoras Institucional que culminó, en mayo de 2007, con la acreditación regional de la carrera.

En diciembre de 2006 la Comisión de Pasantías del Ciclo Básico (1er. año de la carrera de Medicina) y del Ciclo ES.FU.NO. (2do. año de la carrera de Medicina), integrada por Dres. Grazzia Rey, Anahi Barrios, Julio Vignolo, Gabriel Anesetti, Alicia Gómez y el Consejero Br. Daniel Márquez, re-elaboraron parte del programa de estos ciclos.

Desde el año 2007 (generación 2006), y a partir de estos cambios, se incorpora en el programa de estudio del Ciclo ES.FU.NO., el 1er. “Curso de Promoción de Salud en el ámbito comunitario”. Este Curso se desarrolla hasta este

año (2009, generación 2008) en esta modalidad, dado que en el nuevo Plan de Estudios, el 2do año (y el Curso de Promoción de Salud), queda integrado al Ciclo Básico - Clínico - Comunitario.

El **Objetivo General** del curso es el de capacitar al estudiante en herramientas epidemiológicas y educativas básicas para el abordaje de la comunidad.

Objetivos Específicos.

1. Capacitar al estudiante en el concepto de Epidemiología. Principales métodos de estudio, con especial desarrollo del método descriptivo.
2. Capacitar al estudiante en el concepto de Extensión Universitaria y sus principales actividades de desarrollo.
3. Capacitar al estudiante en Educación para la Salud y Comunicación.
4. Capacitar al estudiante en Promoción de Salud y APS.
5. Capacitar al estudiante en un Diagnóstico de Situación de Salud Participativo.
6. Capacitar al estudiante en Planificación, Programación y Evaluación de programas.
7. Capacitar al estudiante en Gestión Local y en Redes Comunitarias.
8. Capacitar al estudiante en la Familia como Unidad de Atención.
9. Capacitar al estudiante en el concepto de Vigilancia Salud Pública y en Enfermedades de Notificación Obligatoria.

Como objetivo de desempeño el estudiante al terminar la experiencia, será capaz de participar en la realización de un diagnóstico de situación de salud comunitario, formular un programa de promoción de salud y/o participar en el estudio de un brote epidémico en la comunidad.

Metodología

Cambios introducidos en el Ciclo ES.FU.NO:

Se conformó una estructura docente, integrada por:

- Comisión de pasantías⁶⁵:
- Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria⁶⁶:

⁶⁵ Dres. Grazzia Rey, Anahí Barrios, Julio Vignolo, Gabriel Anesetti, Alicia Gómez y el Consejero Br. Daniel Márquez

- Departamento de Educación Médica⁶⁷ . (D. E. M.)
- Coordinadores docentes⁶⁸:

Función de la Coordinación Docente:

Los coordinadores docentes, se integraron por un llamado a concurso de méritos, de nivel grado 2 (10 hs).

En el año 2007, se seleccionaron 10 coordinadores docentes, a los cuales el D.E.M. les brindó un curso de formación docente, y luego un seguimiento y monitoreo de las acciones de tutoría, en lo relativo principalmente al uso del portafolio como herramienta educativa.

El rol de los coordinadores docentes se detalla a continuación:

1. Planificación y organización del curso teórico introductorio.
2. Planificación y organización de las actividades de los estudiantes, distribución en grupos, adjudicación de lugares de trabajo de campo, distribución de los grupos de estudiantes con los tutores, reuniones periódicas con tutores para el control de la evolución de las actividades.
3. Coordinación de la selección de los tutores (lo cual se coordinó con la Comisión de Pasantías).
4. Seguimiento del funcionamiento de las tutorías.
5. Planificación de la evaluación de las actividades por medio de la entrega de informes grupales por parte de los estudiantes, control de la asistencia, informes de los tutores y prueba escrita individual.
6. Evaluación del curso por parte de los estudiantes, tutores y de la comunidad.
7. Informe bimensual a ser entregado a la comisión con el grado de avance del proceso de tutoría y de las actividades comunitarias.
8. Coordinación con las demás Cátedras y Departamentos. Queremos hacer especial énfasis en este punto dado que significó un desafío insertar un curso en un ciclo históricamente organizado para ser llevado a cabo con actividades curriculares académicas dentro del edificio central de la Facultad de Medicina.

⁶⁶ Dres. Prof. Julio Vignolo, Prof. Agda. Alicia Sosa, Prof. Agdo. Eduardo Henderson, Asist. Anahi Barrios, Asist. Álvaro Merele, Prof. Adj. Marcela Cuadrado.

⁶⁷ Dres. Prof. Gastón Garcés, Prof. Agda. Alicia Gómez, Prof. Adj. Grazzia Rey, Prof. Adj. Lic. Adriana Careaga.

⁶⁸ Dres. Verónica Rodríguez, Nurit Stolovas, Elizabeth Chaves, Virginia Cozzolino, Magdalena Estévez, Izabell Nigro, Ma. Laura Fernández, Alejandro Dotta, Gonzalo Paleo, Roberto Varela, Socorro Fierro, Lourdes Pacheco, Virginia Ruiz, Laura Ávila, Ximena Tancredi, Lic. Tr. Soc. Soledad Añorga, Lic. Psic. Gianina Casella, Educ. en Salud Estela Retamoso, Lic. Enf. América Monje.

En el año 2008, se fortalece la estructura docente, integrándose 4 coordinadores más, llegando a un total de 14 coordinadores docentes.

Esto ha permitido mejorar el desarrollo general de la actividad, teniendo en cuenta que la relación grupos de estudiantes / coordinador disminuyó significativamente; pasando de 10 grupos de 6 estudiantes cada uno por coordinador, a una **relación 4:1**.

Estructura del Curso de Promoción de Salud en el Ámbito Comunitario.

El curso se realizó en los años 2007 y 2008. El mismo contó con una carga horaria total de 300 horas y 240 horas distribuyéndose en un 40% en modalidad presencial y 60% de trabajo domiciliario respectivamente para los años 2007 y 2008.

1. Curso Introductorio

1.1 Temario:

- Concepto de Salud: su evolución y sus determinantes sociales.
- Promoción de la Salud.
- Educación Para la Salud.
- Diagnostico de Situación de Salud Participativo.
- Redes Comunitarias.
- Familia.
- Programación en Salud.
- Demografía.
- Epidemiología.
- Extensión Universitaria.

1.2 Modalidad Pedagógica:

Se realizó un curso introductorio, con una modalidad pedagógica de talleres teóricos-prácticos de dos horas de duración, con un primer momento de breve

exposición teórica, coordinado por un docente referente en el tema; y una segunda instancia de trabajo en talleres a cargo de los coordinadores docentes. Los grupos de taller estaban conformados por un número de 20 a 30 estudiantes por coordinador docente. Los contenidos temáticos fueron sobre promoción de salud (lactancia, hábitos saludables, comunicación, salud sexual y reproductiva), epidemiología descriptiva, extensión universitaria, diagnóstico de situación de salud, planificación, programación y evaluación de programas, gestión local y en redes comunitarias, familia como unidad de atención, conceptos de vigilancia en Salud Pública y en enfermedades de notificación obligatoria.

Ambas actividades (teóricos y talleres) fueron realizadas dividiendo al total de los estudiantes en dos turnos

2 Trabajo de campo

2.1 Logística

Para llevar adelante el trabajo de campo fue necesario contar con un número suficientes de tutores de carácter honorario en el ámbito comunitario, que permitieran conformar grupos pequeños de estudiantes (100 tutores en total).

El tutor se definió como un integrante del equipo de salud local (médicos, lic. en enfermería, promotores de salud, etc.) que tuviera conocimiento de la comunidad, inserción en la misma, experiencia e interés en realizar actividades de promoción de salud a nivel comunitario, en conjunto con los estudiantes.

El trabajo de campo de los estudiantes con los tutores referentes de cada zona, se logró a partir de los acuerdos interinstitucionales con: A.S.S.E. (Médicos de Familia, Médicos de Área), I.M.M. (Intendencia Municipal de Montevideo), I.M.C. (Intendencia Municipal de Canelones), Facultad de Medicina (Residentes y Posgrados de Medicina Familiar y Comunitaria).

2.2 Objetivos:

- Trabajo en grupo.
- Caracterización o Diagnóstico de la Comunidad asignada.
- Diseño de un Programa de Promoción de Salud.

- Evaluación del mismo.
- Autoevaluación de desempeño y aprendizaje.

2.3 Modalidad Pedagógica.

Se conformaron grupos de 7 a 9 estudiantes por cada tutor, a nivel comunitario. Los tutores y estudiantes tuvieron el apoyo directo de los coordinadores docentes. El número total de grupos de estudiantes del ciclo ES.FU.NO, en el ámbito comunitario durante los años 2007 y 2008 fue de 111. (Tabla 1.).

Además de los 111 grupos que realizaron el curso regular, destacamos que dos grupos de estudiantes, realizaron un curso especial durante los meses de verano; por ser estudiantes que poseían actividades laborales. Uno de los grupos (generación 2006) realizó el curso de verano en el período 2007-2008 y el segundo grupo (generación 2007), lo realizó en el período 2008-2009.

Se conformaron 79 grupos de estudiantes que trabajaron en Montevideo (2007/ 33; 2008/ 46) y 32 grupos de estudiantes que trabajaron en el interior (2007/ 18, 2008/ 14).

La frecuencia de asistencia a la comunidad era cómo mínimo de 1 vez por semana de 3 a 4 horas, acompañados de su tutor (siendo 10 horas la carga horaria semanal total). El resto del horario era de carácter no presencial, destinado a la búsqueda bibliográfica, planificación, búsqueda de materiales, reuniones de equipo, etc.

Tabla 1. Distribución de grupos de ES.FU.NO. por año.

Año	Frecuencia	FR
2007	51	45,9%
2008	60	54,1%
Total	111	100,0%

- *En los años 2008 y 2009 durante el verano, se trabajó con grupos de estudiantes que por ser trabajadores no pudieron realizar el curso regular.*

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

1er año de desarrollo del curso: Año 2007 – 2008

Actividades	MESES del Año 2007						MESES del Año 2008					
	Julio	Agosto	Setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
Curso Introdutorio												
Trabajo de campo												
Curso de verano												
Entrega del informe de avance por estudiantes												
Entrega de Portafolio por los estudiantes												

2do año del desarrollo del curso: Año 2008

Actividades	<u>MESES del Año 2008</u>											
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Coordinación desarrollo del curso												
Curso Introdutorio												
Trabajo de campo												
Curso de Verano												
Entrega del informe de avance por estudiantes												
Entrega de Portafolio por los estudiantes												

**El grupo de estudiantes trabajadores que no pudo cursar en el año 2008, realizó el curso durante los meses de enero a abril del año 2009*

Se puso en práctica en este curso, como uno de los aspectos novedosos una herramienta de evaluación formativa con una triple finalidad: i) el registro, ii) el aprendizaje, en su proceso de construcción y iii) la evaluación de los logros adquiridos; denominado **PORTAFOLIO**.

Uno de los aspectos más novedosos es la cantidad de estudiantes que utilizaron esta herramienta (450 aproximadamente por cada año del curso).

Decimos **de registro**, porque se van señalando las diferentes actividades referidas al trabajo de campo, **de aprendizaje**, porque incluye la reflexión y el análisis crítico de las actividades realizadas por los estudiantes, **de evaluación**, porque será una producción individual y grupal que permitirá evaluar al grupo, al estudiante y a su vez que éstos puedan autoevaluarse; durante la aplicación y desarrollo del mismo.

El Portafolio es una herramienta de evaluación sumativa, pero fundamentalmente formativa, que va en línea con los cambios en la modalidad pedagógica que nuestra facultad está impulsando, centrada en los procesos de adquisición de los aprendizajes de los estudiantes y del tratamiento del error como fuente de aprendizaje y reflexión.

Fue una tarea compleja para el equipo coordinador docente, la unificación de criterios de las diferentes rúbricas a ser aplicadas en las distintas reparticiones del portafolio, y en la valoración sumativa del mismo. Esta actividad implicó varias instancias de debate que fueron coordinadas por los docentes del D.E.M.

Una estrategia que elaboró el equipo coordinador docente para efectivizar la corrección de los portafolios, fue la corrección en duplas de los mismos. Esto permitió la comparación de los distintos trabajos de los estudiantes, y la aplicación de los criterios elaborados en forma más equitativa y democrática.

El Portafolio posee 6 reparticiones, dos de las cuales son de producción grupal (reparticiones B y C), siendo las 4 restantes de producción individual (reparticiones A, D, E y F), ellas son:

Repartición A: Planilla de Registro.

Repartición B: Caracterización de la Comunidad.

Repartición C: Programa de Trabajo.

Repartición D: Comentarios de la Actividades Realizadas.

Repartición E: Bibliografía comentada.

Repartición F: Autoevaluación.

Ver anexo 1.

Curso de Promoción de Salud para estudiantes trabajadores:

La coordinación del curso tuvo en cuenta a aquellos estudiantes que además de estar cursando el ciclo ES.FU.NO., se encontraban desempeñando actividades en el ámbito laboral.

Fue entonces que para estos estudiantes, el equipo coordinador docente programó e instrumentó un curso de similares características al realizado de forma curricular, durante los meses de verano.

Creemos que este hecho es de capital importancia, primero por no contar con antecedentes similares en los últimos años en la Facultad de Medicina y también porque da respuesta a una demanda que implica una mirada inclusiva del punto de vista social.

Evaluación.

1- Evaluación de las actividades del curso.

Se propuso realizar un relevamiento de las actividades del curso, con la finalidad de examinar si se cumplió con los objetivos desde el punto de vista del equipo coordinador docente.

Uno de los objetivos fue ampliar los lugares tradicionales, donde los grupos de estudiantes, trabajarían la Educación para la Salud, como uno de los pilares de la Promoción de la Salud, a nivel comunitario; así como abordar temas no tradicionales en la currícula de la carrera de Doctor en Medicina.

El equipo coordinador docente también se propuso apostar a una metodología educativa que integrara una batería de técnicas pedagógicas participativas, que apostara a la participación comunitaria en salud, al Empoderamiento de los conocimientos de los vecinos y vecinas, en busca de la reducción del analfabetismo sanitario y la horizontalidad en la comunicación.

En relación a la población objetivo, se buscó que los estudiantes trabajaran con los más variados grupos humanos, tanto en lo relacionado a los aspectos etarios, como a otro tipo de asociaciones. Se buscó la capacidad de desarrollar

tareas de Promoción de Salud, en distintos colectivos, independientemente del motivo que los convocaba.

Objetivo general:

Evaluar el cumplimiento de las actividades pautadas para el Curso de Promoción de Salud en el Ámbito Comunitario 2007-2008.

Metodología.

Los docentes coordinadores seleccionaron un grupo de actividades (lugares, temas abordados, población objetivo, metodología educativa) del Curso de Promoción de Salud. Cada coordinador docente registró las actividades de los grupos de estudiantes por él coordinados.

Estos datos fueron enviados, a la comisión de coordinadores docentes que se encargó de la sistematización de los mismos. Se utilizó el programa EPIINFO para ingresar y analizar los datos.

Comentarios.

Luego de analizados los datos podemos concluir que se cumplieron los objetivos planteados por el equipo coordinador. En cuanto al primero de ellos relacionado a la ampliación de los escenarios de trabajo a nivel comunitario, se trabajó en lugares donde no era habitual que un grupo de estudiantes realizara actividades de Educación para la Salud. Si bien se trabajó en lugares clásicos como escuelas, liceos, CAIF, cooperativas de vivienda; también se trabajó en lugares no tradicionales como fueron radios comunitarias, comisiones vecinales en asentamientos, aulas comunitarias.

La Tabla 2, muestra las instituciones y los lugares en las cuales se trabajó, donde no fueron integrados por omisión los asentamientos. Destacamos que estos lugares son un nuevo escenario, para la enseñanza-aprendizaje, que a la hora de realizar tareas de educación son prioritarios.

Otro punto del análisis se refiere a los temas abordados en los talleres por los estudiantes. Se cumplió el objetivo del equipo coordinador docente, en el curso de Promoción de Salud, que fue el de ampliar los temas clásicamente tratados, y esto se comprueba a analizar la Tabla 3.

Algunos ejemplos son: resiliencia comunitaria, uso del tiempo libre / recreación, seguimiento de la inserción educativa de niños/as egresado/as de la escuela, entre otros.

Con respecto al objetivo referente a la metodología educativa, vemos como además de utilizarse la técnica de taller, se sumaron otras formas de trabajar la Educación para la Salud como fueron: difusión radial, elaboración de material impreso, y participación en ferias y jornadas vecinales; ver Tabla 4.

El aprendizaje de diferentes técnicas pedagógicas, por parte de los estudiantes implicó un aprendizaje valioso para su formación desde lo comunicacional y en lo referente al desarrollo educativo. Para la comunidad también significó un aporte diferencial, no saturándola con una única forma de trabajo educativo como es el taller.

En lo que tiene que ver a la población objetivo, los estudiantes abarcaron en su trabajo a grupos de todas las franjas etarias y de variadas características. (Tabla 5.).

Cada uno de estos objetivos, apuntó a realizar un aprendizaje por parte de los estudiantes en diversas áreas del campo de la salud, a nivel individual, familiar y comunitario.

Tabla 2. Distribución de los lugares donde se desarrolló el trabajo de campo ES.FU.NO, 2007 y 2008.

Lugares	Frecuencia
Escuela	40
Sala de espera	18
Liceo	12
CAIF	8
Centro de Salud	5
Aulas Comunitarias	3
Centro de Jubilados	2
Cooperativa viviendas	1
Radio Comunitaria	1
Complejo viviendas BPS	1
Total	91

**En algunas instituciones trabajó más de un grupo de estudiantes*

Tabla 3. Distribución de contenidos temáticos desarrollados durante la actividad por los diferentes grupos a lo largo del año 2007 y 2008.

Contenidos temáticos	Frecuencia	Frecuencia relativa
Nutrición	26	23,20%
Hábitos Saludables	20	17,90%
Diagnóstico de Situación de Salud Participativo	17	15,20%
Higiene personal	14	12,5%
Salud Bucal	13	11,60%
Salud Cardiovascular	10	8,90%
Salud Medio-Ambiental	10	9,00%
Consumo de sustancias psicoactivas	9	8,00%
Buen trato y prevención de violencia	6	5,40%
Enfermedades/ Infecciones respiratorias	5	4,50%
Uso del tiempo libre / recreación	5	4,50%
Comunicación	4	3,60%
Controles de salud	4	3,60%
Enfermedades de la Infancia	4	3,60%
Cuidados del cuerpo	3	2,70%
Cuidados del verano	3	2,70%
Parasitosis	3	2,70%
Programa Aduana	3	2,70%
Prevención de cáncer genito-mamario	3	2,70%
Controles antropométricos	2	1,80%
Formación agentes comunitarios	2	1,80%
Rendimiento escolar	2	1,80%
Seguimiento de la inserción educativa de niños/as egresado/as de la escuela	2	1,80%
Seguridad Vial	2	1,80%
Afectividad	1	0,90%
Cambios en la adolescencia	1	0,90%

Control pediátrico	1	0,90%
Dengue	1	0,90%
Deportes	1	0,9%
Derechos de niñas/os y adolescentes	1	0,90%
Ética	1	0,90%
Inmunizaciones	1	0,90%
Lactancia Materna	1	0,90%
Primeros Auxilios	1	0,90%
Resiliencia Comunitaria	1	0,90%
Salud en el adulto Mayor	1	0,90%
Salud en el embarazo	1	0,90%
Salud Mental	1	0,90%
Salud Ocupacional	1	0,90%

**Algunos grupos trabajaron un solo tema, mientras que otros grupos trabajaron ciclos de talleres con varios temas.*

Tabla 4. Distribución de metodologías utilizadas por los diferentes grupos de estudiantes durante el trabajo de campo, en el período 2007 y 2008.

Metodología	Frecuencia
Talleres	86
Encuestas	36
Observación	11
Elaboración de material impreso	6
Búsqueda bibliográfica	2
Difusión radial	2
Jornadas control antropométrico	2
Feria y jornada vecinal	1
Recreación	1
Revisión de historias clínicas	1
Stand con folletería	1
Video-debate	1

La población objetivo de las actividades de educación para la salud fue un N° aproximado de 4.550, distribuyéndose por grupos como se muestra en la tabla 5

Tabla 5. Distribución de la población objetivo según grupos receptores de las actividades educativas.

GRUPOS RECEPTORES	Frecuencia
Niños/as	41
Vecinos	30
Adultos	24
Adolescentes	18
Adultos mayores	9
Usuarios de servicios de salud	7
Madres /padres	6
ONGs	4
Agentes comunitarios	1
Comisiones barriales	1
Comisión de trabajo sobre capacidades diferentes	1
Cooperativa viviendas	1
Educadores	1
Hermanas religiosas	1

2- PERCEPCIÓN DE LA EXPERIENCIA POR PARTE DE LOS ESTUDIANTES:

Para el equipo coordinador docente, era fundamental conocer las opiniones de los estudiantes a los efectos de realizar los ajustes necesarios del curso del siguiente año

Objetivo.

Conocer la percepción y el grado de satisfacción de los estudiantes en relación el Curso de Promoción de Salud.

Metodología.

Se realizó durante el año 2008, una encuesta telefónica de satisfacción (anexo 3) a 200 estudiantes de la generación 2006, elegidos al azar. Estos estudiantes habían finalizado el primer curso (2007).

La encuesta fue realizada por personal administrativo entrenado en la materia, perteneciente a la secretaría del Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria.

Comentarios:

Aspectos positivos del curso señalados por los estudiantes.

El 87 % de los estudiantes manifestó, que el trabajo de campo lo ha enriquecido en su formación. El 77.5 % de los estudiantes (155/200), consideró que el curso introductorio fue útil para realizar el trabajo de campo.

El 92,5 % de los estudiantes (185/200), se sintió acompañado por su coordinador docente en las actividades de campo. Tabla 3.

El 91,5 % de los estudiantes (183/200), respondió que se sintieron acompañados por el tutor en el trabajo de campo. Tabla 4.

El 92 % de los estudiantes (161/175), respondió que no tuvo dificultad en el relacionamiento con la comunidad. Tabla 5.

El 84,6 % de los estudiantes (148/175), respondió que no tuvo dificultad en el trabajo en equipo con el resto de sus compañeros. Tabla 6.

Dificultades del curso señaladas por los estudiantes.

El 88,6 % de los estudiantes respondió (156/176), que la mayor dificultad del curso fue la superposición del mismo con otros cursos del ciclo. Tabla 7.

El 68,4 % de los estudiantes (119/174), respondió que la segunda dificultad encontrada fue la elaboración del portafolio. Tabla 8.

El 45,2 % de los estudiantes (80/177) encontró como tercera dificultad del curso la falta de herramientas educativas. Tabla 9.

Del análisis de los resultados se desprende, que la mayoría de los estudiantes percibieron, que este curso les aportó elementos con los que no contaban y que hacen a su formación profesional.

La mayoría de los estudiantes evaluaron como beneficioso la existencia del curso introductorio, como lugar de aprendizaje (ensayo-error) previo a la inserción comunitaria.

Casi la totalidad de los estudiantes, se sintieron acompañados tanto por su tutor como por su coordinador docente, hecho que se debió en gran parte al trabajo en pequeños grupos. Esta forma de trabajo fue beneficiosa tanto para estudiantes, tutores, docentes, como para la propia comunidad. En relación a este punto la mayoría señaló no haber tenido problemas en el relacionamiento con la comunidad. Así mismo los estudiantes mayoritariamente respondieron, no haber

tenido dificultades en el trabajo en equipo con sus compañeros, hecho no menor teniendo en cuenta las destrezas que se espera posean los profesionales egresados en relación al trabajo en equipo.

Los aspectos negativos señalados por los estudiantes, fueron:

1. la coincidencia del curso promoción de salud con otros cursos del ciclo ES.FU.NO., que no les permitió una mayor dedicación horaria al nuevo curso;
2. otra dificultad con la que se encontraron los estudiantes, fue la elaboración del portafolio, lo que era predecible, ya que fue la primera vez que dicha herramienta de evaluación, se incluía en nuestra Facultad. Se trata de una herramienta de escritura, reflexión, elaboración y análisis que obliga al estudiante a ser sujeto de su formación;
3. la tercera dificultad señalada por los estudiantes fue la falta de herramientas educativas para el abordaje del trabajo de campo. Esto es coherente tanto con los contenidos curriculares tradicionales de nuestra Facultad, donde no se incluía la Educación para la Salud como materia; así como con la escasa carga horaria destinada a la formación específica en estos temas, dentro de este curso.

Tabla 6: Resumen de las preguntas planteadas en la encuesta telefónica a los estudiantes ESFUNO

	PREGUNTA	n= 200	Frecuencia	%
1	SEXO			
		FEM	127	64%
		MASC	73	37%
2	EDAD			
		20	78	39%
		21	52	26%
		22	50	25%
		23	11	6%
		24	8	4%
		25	1	1%
3	GENERACIÓN			
		2003	2	1%
		2004	19	10%
		2005	48	24%
		2006	131	65%

4	TRABAJA		
		SI	12 6%
		NO	188 94%
5	¿El trabajo de campo te ha enriquecido para su formación?		
		SI	174 87%
		NO	25 13%
6	¿Se ha sentido acompañado por el coordinador?		
		SI	185 93%
		NO	15 7%
7	¿Se ha sentido acompañado por el tutor?		
		SI	185 93%
		NO	15 7%
8	¿CUALES HAN SIDO LAS MAYORES DIFICULTADES DEL CURSO?		
8.1	¿El trabajo en equipo con el resto de los compañeros?		
		SI	27 14%
		NO	148 74%
		s/d	25 22%
8.2	¿Elaboración del portafolio?		
		SI	119 60%
		NO	55 28%
		s/d	26 22%
8.3	¿La falta de herramientas educativas?		
		SI	80 40%
		NO	97 49%
		s/d	23 21%
8.4	La relación con el tutor		
		mala	17 9%
		buena	160 80%
		s/d	23 21%
8.5	La relación con la comunidad		
		mala	14 7%
		buena	161 81%
		s/d	26 22%
8.6	La superposición con otros cursos		
		mala	156 78%
		buena	20 10%

Reflexión final del equipo coordinador docente.

Consideramos que la inserción del estudiante de medicina en el ámbito comunitario, con su población de referencia e instituciones, desde los primeros

años de la carrera, es altamente positivo y va en línea no sólo con el perfil del egresado definido por la Facultad de Medicina, sino también con las políticas nacionales en relación al SNIS, el fortalecimiento del primer nivel de atención, con un fuerte énfasis en la Promoción de la Salud.

En este sentido la Educación para la Salud, la Participación Comunitaria en Salud y la Comunicación Social son los grandes ejes de aprendizaje de los estudiantes en este curso. El mismo contribuye al cambio de paradigma en referencia al concepto de salud, abordando los determinantes sociales, apuntando a generar una masa crítica de futuros profesionales en esta área.

Los estudiantes adquirieron habilidades de trabajo en equipo, de pensamiento crítico, y de auto evaluación, proyectando un espacio de intercambio y aprendizaje junto a la comunidad, en el marco del proceso de enseñanza-aprendizaje y de extensión universitaria.

Lograron desarrollar capacidades y aptitudes en comunicación, respeto por la diversidad, tanto en lo grupal como con la comunidad. Tuvieron la oportunidad de participar en experiencias de trabajo interdisciplinario y de trabajos grupales.

En el proceso de enseñanza-aprendizaje, los docentes intentamos ser facilitadores y generar un aprendizaje autorregulado, siendo el portafolio la herramienta elegida a tales efectos.

El hecho de utilizar el PORTAFOLIO como método de registro-aprendizaje y evaluación, permite que el estudiante se vuelva reflexivo y crítico en su proceso educativo, que desarrolle la capacidad de comunicación escrita, que comprenda como aprende, que autorregule el conocimiento, entre otras características interesantes de esta herramienta.

Consideramos que fue muy importante contar con un grupo de aproximadamente de cien tutores honorarios a nivel comunitario, procedentes de diferentes instituciones, con diferentes saberes; pero que compartían el hecho de ser referentes comunitarios en el primer nivel de atención a la salud. El trabajo

desplegado por residentes de Medicina Familiar y Comunitaria, Médicos de Área, Médicos de Familia, Promotores de Salud, entre otros, fue evaluado en forma muy positiva, tanto por parte de las instituciones de las cuales provenían, como por parte del equipo coordinador docente del curso.

Es de destacar que los tutores también evaluaron en forma positiva la experiencia, ya que la misma les permitió enriquecer su actividad profesional, sintiéndose acompañados y permitiéndoles profundizar y actualizar los conocimientos en relación a la Promoción de la Salud.

El equipo coordinador docente evaluó que la actividad desarrollada por el tutor, debería tener en un futuro, además del reconocimiento como mérito docente que es entregado en forma de diploma, una retribución económica.

Para finalizar nos gustaría citar una selección de autoevaluaciones realizadas por los estudiantes, dentro de la repartición destinada a tal fin en el portafolio, confrontándolas con el perfil del médico egresado definido por el Claustro en 1995:

De acuerdo al perfil del médico buscado una de las competencias que debe desarrollar es que esté “preparado conscientemente para trabajar en un sistema que priorice la Atención Primaria de la Salud, adiestrado para interactuar armónicamente con los otros profesionales de la salud, que es en definitiva lo que demanda nuestra sociedad.” En este sentido, dos estudiantes opinan:

-“me parece de suma importancia adquirir desde los primeros años de la carrera, habilidades y destrezas de trabajo interdisciplinario y sobre todo en el primer nivel de atención”

-“aprendí a trabajar en grupo, a coordinar reuniones, la importancia del trabajo interdisciplinario, a ver la medicina desde otros puntos de vista, a comunicarme con la comunidad desde los niños a los adultos.”

El perfil el médico establece que debe tener “una sólida formación científica básico-clínica, capaz de realizar diagnósticos correctos, tomar decisiones clínicas precisas, preparado para investigar, educar y educarse, dispuesto siempre a aprender”; un estudiante opina:

-“en lo que respecta a mi crecimiento tanto en lo académico como en lo humano, creo que he logrado crecer bastante junto con los agentes comunitarios, que de no haber sido por esta pasantía no lo hubiera logrado”.

También un médico debe manejar las habilidades comunicacionales como una competencia transversal y específica ya que según el perfil, debe ser *“capaz de comunicarse en su misión de prevenir, curar y derivar adecuadamente; profundamente humanista, crítico,”* y es así que otro estudiante señala:

-“es la única asignatura donde el trabajo en grupo y la comunicación toman un rol primordial, y creo que eso es esencial para el ejercicio de la medicina en cualquier rama”

También los estudiantes percibieron que este abordaje fue positivo en enfatizar el lado humano de la medicina, puesto que según sus testimonios:

-“el poder ayudar con un granito de arena aunque sea a la comunidad desde el principio de la carrera, considero que es muy importante”.

-“es mi humilde opinión afirmar que este trabajo contribuye enormemente a la formación de un medico mas completo, mas humano”.

Y además sintieron que el error no se penalizaba ni se tenía que disfrazar, simplemente se debía tratar para corregir porque como afirma un estudiante:

-“hubo aspectos positivos y negativos, pero de todos modos los aspectos negativos fueron fuente de aprendizaje”

Referencias

OMS- Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Ottawa. Canadá. 1986.

Perfil del Egresado de la Facultad de Medicina. Aprobado por el Claustro de Facultad de Medicina 1995.

Vargas I., Villegas del Carpio O., Sánchez M., Holthuis K. Curso Especial de Postgrados de en Atención Integral en Salud para Médicos Generales. Módulo

dos. Promoción, Prevención y Educación para la Salud. Universidad de Costa Rica. Sistemas de Salud de Postgrado. Facultad de Medicina. Escuela de Salud Pública. Editorial de Salud y Seguridad Social. Costa Rica. 2003.

Comisión Ad Hoc. de acreditación para administrar el Mecanismo Experimental de Carreras de Medicina. Dictamen No. 01/05. Carrera de Medicina de la Universidad de la República. 26 de diciembre de 2005.

Plan de Mejoras aprobado por el Consejo de Facultad de Medicina 10 de agosto de 2005.

Careaga A. Evaluar en la Universidad. Desafíos y Posibilidades. Departamento de Educación Médica, Facultad de Medicina, Universidad de la República. Marzo, 2005.

Careaga A. Fichas de Pedagogía. Acción Tutorial. Departamento de Educación Médica, Facultad de Medicina, Universidad de la República. Marzo, 2005.

Cano, E. El Portafolio del Profesorado Universitario. Un Instrumento para la Evaluación y para el Desarrollo Profesional. Ed. Octaedro. Barcelona 2005.

Anexo 1:

GUÍA ENTREGADA A LOS ESTUDIANTES PARA LA REALIZACIÓN DEL PORTAFOLIO.

Portafolio .

REPARTICIÓN A: Planilla de registro

Se deberá llenar la planilla de registro con las distintas actividades realizadas. Cuando de ello surja un comentario con reflexión se deberá indicar con un número y ubicar el comentario en el numeral D

Se escribirá en la grilla la fecha, la hora, el o los objetivos con los que se realiza la actividad, el “nombre” de la actividad, participantes, duración, y de ser pertinente, en la celda COMENTARIOS se escribirá un número que luego relacionará la actividad con su comentario en la repartición D.

Ejemplos de actividades a registrar: reunión con tutor, entrevista con determinado actor social, búsqueda bibliográfica, planificación de un taller, discusión de objetivos, obtención de recursos materiales, etc.

REPARTICIÓN B: Diagnóstico Priorización

Luego de conocido la problemática del lugar realizar un resumen de las características y porque se estableció esa prioridad.

Caracterización de la comunidad.

- ❖ Mapa de la zona **
- ❖ Datos Históricos: fundación, hechos (o hitos) históricos relevantes, características históricas en común (migraciones, catástrofes**
- ❖ Características:
 - Geográficas: clima, accidentes geográficos, suelo, hidrografía,
 - Demográficas: distribución de la población por edad y sexo (lo máximo: construcción de la pirámide poblacional)

- Epidemiológicas: enfermedades prevalentes (de forma cuantitativa o cualitativa)
- Medioambientales: saneamiento, contaminación (aire, agua, suelos, sonora), presencia de basurales.
- Variables socioeconómicas: población activa, porcentaje de la población por debajo de la línea de pobreza, porcentaje de la población con NBI
- Fuentes laborales locales
- Accesibilidad: **
 - A los centros de asistencia a la salud de primer, segundo y tercer nivel: geográfica(tiempo, caminería, accidentabilidad geográfica, distancia, transporte) económica burocrática cultural
 - A otros servicios: transporte (al centro poblado/administrativo más cercano, etc.), provisión de servicios (alimentación, recreación, farmacias, vestimentas).
 - A Centros de Estudios: primaria, secundaria, UTU, terciarios, etc.

Se debe incluir fuentes de información: INE, fuentes locales, trabajos previos, el propio tutor, etc. **

Referencias: ** imprescindible

REPARTICIÓN C: Informe de avance del trabajo

En esta repartición se registrará el trabajo planteado con la programación y que pasos hasta el mes de diciembre, se han cumplido.

Pasos:

- Introducción - Diagnostico de Situación
- Identificación de problemas y necesidades

- Fijación de Prioridades (elaborados también en el ítem de Diagnóstico y Priorización)
- Justificación
- Marco Teórico
- Propósito
- Objetivo General
- Objetivos específicos
- Población Objetivo
- Metodología
- Metas
- Actividades
- Recursos
- Evaluación
- Cronograma
- Bibliografía (describirla en el ítem E)

REPARTICIÓN D: Comentarios sobre actividades realizadas

Repartición que recopilará comentarios de las actividades con una reflexión acerca de la particularidad observada, que permitió aprender o como superamos una dificultad, que conclusiones nos dejó.

¿Qué actividades se comentan? Aquellas que sean un incidente crítico (algo que despierta nuestra atención).

Posibles actividades: reunión con tutor, reunión de coordinación con otros técnicos, reuniones con actores sociales de la comunidad, talleres/actividades educativas, procesamiento de datos, búsqueda bibliográfica, etc.

MÍNIMO a comentar: 1 actividad semanal (33 semanas)

Estructura de Actividades comentadas:

- 1) Participantes: quiénes participaron (estudiantes y no estudiantes)
- 2) Objetivos: con qué fin se realizó la actividad

- 3) Desarrollo: duración, existencia o no de planificación previa,
- 4) Conclusión: qué problemas se presentaron, cómo se superaron, era prescindible o no realizar la actividad, qué observó que le llamara la atención, qué obtuvo de la actividad comentada, qué importancia tiene esa actividad para la comunidad, qué importancia tiene para el médico en su trabajo.

REPARTICIÓN E: Bibliografía Comentada

Espacio para indicar la bibliografía que fue necesario consultar, la más sustancial con un breve comentario que sintetice la comprensión de la información. En los textos académicos “las voces de los otros” aparecen de dos maneras, o por dos motivos:

Justificar las afirmaciones propias o legitimarlas.

O también discutir las ideas ajenas o contradecirlas.

Estos dichos pueden ser mencionados textualmente, a esta forma se le llama **cita**.

Cuando los dichos son reformulados, o sea expresados con otras palabras se llama **discurso indirecto**.

Las citas o el discurso indirecto deben ser referenciadas.

La referencia indica el nombre del autor, así como el título de la obra.

En la literatura biomédica se utilizan las Normas de Vancouver para, escribir artículos científicos y referenciar la Bibliografía.

Link donde se encuentran las normas de Vancouver.

<http://www.upch.edu.pe/vrinve/doc/nvanco.htm>. (consultado 18 octubre 2007)

Existen en las ciencias sociales algunas diferencias en cuanto a las referencias bibliográficas. Es posible que en algún texto pueden encontrar la referencia indicada de otra manera.

Otro Link donde se indica como referenciar.

<http://www.uchile.cl/bibliotecas/servicios/referencias-bibliograficas.pdf> (consultado 18 de octubre de 2007).

En este espacio se detallará la bibliografía consultada, deberá referenciarse de la manera indicada anteriormente.

Es deseable una pequeña síntesis, con palabras propias, que resuma los aspectos más importantes de esa bibliografía revisada.

REPARTICIÓN F: Autoevaluación

Este espacio se reservará para los aspectos vinculados a la reflexión sobre su trabajo y su aprendizaje.

Se indicará la forma de trabajo en el grupo y su integración

Hoy día, mes, año, yo me autoevalúo de la siguiente forma:

Posibles preguntas orientadoras.

- Qué aprendí.....
- Qué debo analizar, y comprender.....
- Contesté la pregunta formulada
- Cumplí los objetivos propuestos. Profundicé sobre la tarea.....
- Que estrategia debo realizar para cumplirlo.....

- Cómo funcionó el grupo: Señale con un círculo

La integración del grupo fue	1	2	3	4	5
------------------------------	---	---	---	---	---

Mi integración al grupo fue	1	2	3	4	5
-----------------------------	---	---	---	---	---

La comunicación dentro del grupo	1	2	3	4	5
----------------------------------	---	---	---	---	---

En líneas generales el portafolio me resultó una herramienta:	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

1-Muy mala, 2-Mala, 3-Buena, 4-Muy buena, 5-Excelente

Anexo 2:
GUÍA DEL ESTUDIANTE.

UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA. FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN MÉDICA

Curso de PROMOCIÓN DE SALUD – 2008

Coordinadores: Dra. Ma Laura Fernández, Dra. Izabell Nigro, Dra. Verónica Rodríguez, Dra. Elizabeth Chaves, Dra. Nurit Stolovas, Dr. Roberto Varela, Dr. Gonzalo Paleo, Dr. Alejandro Dotta.

Objetivo General

Brindar al estudiante herramientas metodológicas básicas para realización de actividades de Promoción de Salud.

Objetivos Específicos

1. Capacitar al estudiante en Promoción de Salud y Atención Primaria en Salud
2. Capacitar al estudiante en educación para la salud y comunicación.
3. Introducir al estudiante en un diagnóstico de Situación de salud participativo.
4. Capacitar al estudiante en Planificación, Programación y Evaluación de programas.
5. Introducir al estudiante en gestión local y en redes comunitarias.
6. Capacitar al estudiante en los usos básicos de la epidemiología.

Objetivo de desempeño

El estudiante al terminar la experiencia será capaz de participar en la realización de diagnóstico de situación de salud comunitario, y/o realizar un programa de promoción de salud.

Evaluación

1. **Evaluación del curso introductorio:** durante el mes de Julio del 2008.

Realización de trabajo escrito: incluirá los conocimientos adquiridos durante el curso introductorio. Consistirá en la planificación de un taller, de una actividad informativa, de un programa radial y /o de un boletín, entre otros.

2. **Evaluación de la Actividad Comunitaria:**

2.1- Durante el mes de Setiembre del 2008: Entrega del informe de avance.

2.2- Durante los meses de Noviembre - Diciembre del 2008: Entrega de Portafolio.

Asistencias. Se exigirá la asistencia:

1. **Asistencia del curso introductorio:** al 90 % de las actividades.

2. **Asistencia de la Actividad Comunitaria:** al 90% del total de las actividades en la comunidad (de las 22 semanas de duración total)

El control de asistencias será de acuerdo a lo pautado por el Reglamento de Cursos y Exámenes vigente de la Facultad de Medicina.-

Mayor información puede encontrarse en los siguientes links de la Web:

- http://www.fmed.edu.uy/Documentos/Proyecto_de_pasantias_en_Ciclo_BasicoESFUNO.pdf
- <http://www.fmed.edu.uy/index.php?ref=esfuno/esfuno>
- <http://www.medfamco.fmed.edu.uy/>

ACTIVIDADES

1-Curso Introductorio: Este curso capacitará al estudiante con herramientas teóricas para su posterior trabajo en el primer nivel de atención.

2-Actividad Comunitaria.

1 - CURSO INTRODUCTORIO

DISTRIBUCIÓN DE GRUPOS SEGÚN TURNOS	
--	--

GRUPOS A	8:00 a 10:00 horas
GRUPOS B	10:00 a 12:00 horas

LUGAR A DESARROLLARSE LAS ACTIVIDADES	
--	--

TEÓRICOS	Salón de actos del Instituto de Higiene.
TALLERES	Salones del Instituto de Higiene.

CUADRO DE ACTIVIDADES

FECHA	ACTIVIDAD	TEMA
7/4	TEORICO 1	Introducción: del curso. Presentación del grupo
	TALLER 1	
14/4	TEORICO 2	Promoción de Salud Educación para la salud
	PRACTICO 2	
25/4 (viernes)	TALLER 3	Educación para la salud
28/4	TEORICO 4	Diagnostico de situación de salud participativa
	TALLER 4	
5/5	TEORICO 5	Programación
	TALLER 5	
16/5 (viernes)	TEORICO 6	Programación
	TALLER 6	
19/5	TALLER 7	Redes comunitarias
26/5	TEORICO 8	Epidemiología
	TALLER 8	
2/6	TEORICO 9	Portafolio
	TALLER 9	
13/6 (viernes)	TEORICO 10	Extensión universitaria
	TALLER 10	

Anexo 3

ENCUESTA TELEFÓNICA DE SATISFACCIÓN.

Encuesta telefónica al Ciclo ES.FU.NO Generación 2006

Preguntas:

- 1) Clasificar por Sexo – Femenino Masculino
 - ¿Generación de Ingreso a la Facultad?
 - ¿Trabaja? – SI – NO,
 - 1. -¿Consideras que el Curso Introductorio fue útil para realizar el trabajo de campo? SI – NO * Justifique en ambos casos.
 - 2. -¿El trabajo de campo, te ha enriquecido para tu formación? Si–NO *Justifique en ambos casos.

- 2) ¿Te has sentido acompañado por el Tutor? SI – NO
¿Te has sentido acompañado por el Coordinador? SI – NO

- 3) ¿Cuáles han sido las mayores dificultades en este Curso?
 - a) La relación con la Comunidad
 - b) El trabajar en equipo con el resto de tus compañeros
 - c) La relación con el Tutor
 - d) La relación con el Coordinador
 - e) La elaboración del Portafolio
 - f) La superposición con otros Cursos
 - g) La falta de herramientas Educativas

V,1.3 CICLO INTRODUCTORIO A LA MEDICINA INTEGRAL – CIMI.

Dr. Julio Braidá

Dra. Laura Garré

Dra. Claudia Nosei

Introducción - Antecedentes

En el año 2007 se incorpora a los cursos de pregrado dentro del ciclo CIMI (Ciclo de Introducción a la Medicina Integral) la enseñanza de semiológica en el Primer Nivel de Atención (PNA). Esta se implementa tanto en la consulta con los pacientes de los servicios, como con actividades teóricas.

Hay que destacar que hasta el año 2006 la enseñanza de la semiológica estaba restringida al ámbito hospitalario por lo que no contábamos con antecedentes en este curso previo a dicha fecha.

El curso en 2008 tuvo modificaciones con respecto a 2007, las cuales fueron el producto de la evaluación realizada por docentes, estudiantes y equipo coordinador del ciclo.

El curso se divide en tercios, y a la tradicional coordinación por los servicios (Cátedras) de Medicina Interna y Cirugía, se incorpora el Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC), quien es el responsable de la implementación del proceso de aprendizaje de la semiología en el PNA. Así los contenidos del curso son planteados por las tres especialidades que lo coordinan.

Estos cambios en la currícula del pregrado se enmarcan en los objetivos de la Facultad, establecidos para la acreditación MERCOSUR. Cambios imprescindibles para una formación integral del futuro médico, definido por el claustro de la facultad en 1996 como el “perfil del egresado”. Se desarrollan en el proceso de discusión y aprobación del nuevo plan de estudios de la carrera que culmina con su aprobación en diciembre de 2008 e inicia su implementación con la generación que ingresa en el año 2009.

En el plano nacional y de políticas de salud estos cambios están en sintonía y orientados por la implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud

(SNIS) y su priorización del primer nivel de atención en el marco de la estrategia de APS. Nivel de atención donde se resuelve entre el 80 y 90 % de los problemas de salud y definido como puerta de entrada al SNIS.

Objetivos

La definición de los objetivos del curso iniciado en el año 2007 estuvo centrado en permitir introducir al estudiante en la propedéutica y la semiología en el primer nivel de atención, incorporando el enfoque desde las tres dimensiones biopsicológica, familiar y comunitaria. Este año fue de transición, por lo cual, hubo que tener en cuenta que había un número importante de estudiantes que tenían el curso ganado y pendiente la evaluación final de la que seríamos parte, situación que se tuvo presente en la elaboración de objetivos y programa correspondiente. Luego los objetivos se reformularon y con ello se modificó el curso. Estas modificaciones estuvieron a su vez marcadas por la orientación hacia el nuevo plan de estudios y por las evaluaciones hechas el primer año, tanto por estudiantes como por los docentes y que abarcó los contenidos, la metodología y sistema de evaluación.

Los Objetivos del ciclo en el año 2007:

Objetivo General:

Capacitar al estudiante de CIMI en el abordaje del usuario sano y en semiología desde un enfoque familiar laboral y comunitario en el primer nivel de atención, integrado a los ciclos correspondientes en cada rotación

Objetivos Específicos:

- 1)- Elaborar la Historia Clínica desde las dimensiones biológica y psicológica, familiar y comunitaria.
- 2)- Desarrollar adecuada relación médico – estudiante – paciente - familia - comunidad (comunicación, empatía)
- 3)- Desarrollar habilidades de trabajo en equipo e interdisciplinario.
- 4)- Adquirir conocimientos de abordaje del individuo sano y de la semiología de enfermedades prevalentes.

- 5)- Enfocar a la persona como un ser biopsicosocial, dentro de un contexto laboral, familiar y comunitario.
- 6)- Iniciación a un seguimiento longitudinal y evaluación del paciente.
- 7)- Promover la continuidad en la atención al paciente y su familia en el Centro de Salud, en el domicilio y otras instituciones sanitarias y/o comunitarias.
- 8)- Identificar los problemas del paciente y orientar una hipótesis que describa y especifique su realidad.
- 9)- Aplicar las características del proceso salud enfermedad en la atención al paciente (etapas vitales, historia natural del proceso, modelo biosicosocial, influencia familiar y comunitaria).

En el año 2008 el objetivo general permanece sin cambios, sí se producen incorporaciones en los específicos y a partir de estos también en el programa del curso.

Los objetivos incorporados son:

- 10)- Introducción de terminología médica en la elaboración de la historia clínica.
- 11)- Incorporar acciones de Promoción de salud y de Prevención de enfermedades.
- 12)- Utilizar instrumentos de abordaje (e interpretación) Familiar en la elaboración de la historia clínica (familiograma, etapas del ciclo vital familiar).

En función de dichos objetivos desarrollamos el programa del curso de CIMI:

Programa CIMI 2008

- 1)- Usuario sano, control de salud, programas de salud, medidas de Promoción de Salud, de Prevención de enfermedades, inmunizaciones, por edad y sexo, carne del adulto mayor.
- 2)- Historia Clínica orientada por problemas de salud, anamnesis empática desde el enfoque biopsicológico, familiar y comunitario
- 3)- Familia, familiograma, (construcción e interpretación) estructura familiar, ciclo vital familiar(etapas y sus características mas relevantes)
- 4)- Violencia Domestica cuestionario de detección, marco legal, signos y síntomas a tener en cuenta.
- 5)- Visita domiciliaria, planificación y realización como parte del conocimiento y seguimiento de los pacientes. Evaluación de necesidad y oportunidad.

- 6)- Factores de Riesgo (FR) y Factores Protectores (FP). Identificación en cada paciente de sus FR y FP de acuerdo a edad y sexo, RCA (Tablas Score, Framingham)
- 7)- Enfermedades Crónicas prevalentes no transmisibles: Hipertensión Arterial, Diabetes, Dislipemias, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Asma, Síndrome Metabólico, Obesidad. Anamnesis y Examen físico de control de patología crónica y exploración de signos y síntomas de descompensación clínicos y paraclínicos
- 8)- Consumo inadecuado de sustancias psicoactivas: Tabaquismo, alcoholismo, Consumo de riesgo, Consumo problemático de drogas ilegales, Interrogatorio, identificación de riesgo, Test de detección de consumo, consejos breves, Etapas del ciclo de cesación de consumos.
- 9)- Aparato Cardiovascular (CV): Sus patologías prevalentes en el Primer nivel de atención (PNA) : control de Presión Arterial, anamnesis, examen físico Central y periférico, principales signos y síntomas (Dolor torácico, disnea, palpitaciones, síncope, edemas.)
- 10)- Aparato Respiratorio y sus patologías con alta prevalencia en el (PNA) Interrogatorio y examen físico supra torácico e intra torácico, principales signos y síntomas (disnea, tos, expectoración, broncorrea, rinorrea, otalgia, odinofagia) Rinitis, Faringitis, Amigdalitis.
- 11)- Aparato Digestivo signos y síntomas de patologías prevalentes: Gastritis, Reflujo gastro esofágico, síndrome ulceroso, constipación, diarreas, Hepatitis
- 12)- Sistema Osteo músculo articular y sus patologías con alta prevalencia en el primer nivel de atención: Anamnesis y examen físico de artropatías y problemas extra articulares. Exploración de columna, hombro, rodilla, cadera. Patología degenerativa (artrosis, artritis).
- 13)- Piel sana y sus patologías con alta prevalencia en el PNA, descripción de tipo de lesiones más frecuentes (maculas, pápulas, pústulas, vesículas, ampollas, nódulos, ronchas)
- 14)- Aparato Genito Urinario, y sus patologías con alta prevalencia en el PNA. Anamnesis y examen físico de aparato urinario alto y bajo (síndromes urinarios, características de la orina).
- 15)- Sistema Neurológico y sus patologías de alta frecuencia en el PNA: cefaleas, vértigos, mareos, poli neuropatías, meningitis, síndrome de hipertensión endocraneana.

- 16)- Anemias: Interrogatorio y examen físico.
- 17)- Problemas de salud mental prevalentes: Ansiedad, Depresión (Test de detección)
- 18)- Patologías Endocrinológicas con alta prevalencia en el PNA, disfunción tiroidea.
- 19)- Valores normales de exámenes de laboratorio de uso mas frecuente.
- 20)- Interpretar un Electrocardiograma (ECG) normal, un Eco cardiograma normal, Radiografía de tórax.

Metodología

El curso se desarrolla en centros de atención del primer nivel de atención, urbanos y suburbanos, en Montevideo, Canelones desde 2007, en el año 2008 se suma el departamento de Florida.

Se enseña el abordaje de la persona con un enfoque familiar y comunitario. El estudiante desarrollara habilidades para la elaboración de la historia clínica familiar (incluye familiograma, tipo de familia, relaciones entre los integrantes, etapa del ciclo vital familiar), orienta el análisis por lista de problemas, que incluye la integración del individuo inserto en su familia y en la comunidad (laboral, social, religiosa, etc.).

Se promueve el trabajo en equipo con orientación hacia la interdisciplinar, con énfasis en los problemas de salud prevalentes en el PNA. Desde este enfoque se realiza la enseñanza de la semiología.

Se implementa en base al contacto directo con usuarios de los servicios de salud en pequeños grupos que varían de 2 a 5 estudiantes por docente en la actividad clínica de consulta.

Se complementa con talleres y seminarios teórico prácticos en grupos de 18 estudiantes que trabajan en subgrupos con apoyo docente, siendo mínima la enseñanza en base a clases magistrales que se reducen a dos días en el introductorio de la primera semana de clases.

Se introduce el portafolio como herramienta que promueve el auto aprendizaje y auto evaluación.

Los cambios metodológicos del 2008 consistieron:

- Introductorio común con Medicina Interna y Cirugía
- Laboratorio (o taller o seminarios) de Habilidades Clínicas

- Curso de Educación a Distancia

Se realiza la primera semana del curso un ciclo de teóricos introductorios, con temas coordinados con las otras especialidades (Medicina Interna y Cirugía).

Se introduce curso de educación a distancia en forma de foros semanales orientados por docentes y tutorados por estudiantes de ciclos más avanzados.

Se prioriza la enseñanza centrada en el estudiante favoreciendo la autonomía en el aprendizaje, donde el portafolio cobra gran trascendencia y además de registrar las actividades que realiza el estudiante, plantea la autorreflexión.

La evaluación permanente se incorpora como instrumento favorecedor del auto aprendizaje, que incentiva al estudiante a tener una actitud de participación activa en su proceso de aprendizaje. Inclusión de este sistema de evaluación con un peso creciente año a año en la evaluación final.

Cambios

Dados los dos años (2007-2008) de implementación del curso describiremos cada uno y las variaciones en función de las evaluaciones, ya fueron explicitados los cambios en objetivos y programa.

En el año 2007 se inicia con 360 estudiantes distribuidos en tercios entre MFyC, Medicina Interna y Cirugía. El curso se desarrollo entre 10 de Julio y 21 de Diciembre de 2007, con un periodo de 7 semanas por servicio para cada estudiante. Con un promedio de 120 estudiantes por rotación.

Para la implementación del curso, la Facultad de Medicina en convenio con ASSE llama a concurso para cubrir 40 cargos de Grado II , contratados con 12 hs. semanales, que sumados a los 12 Grados II, con 20 hs del Departamento establecían una relación estudiante – docente de 2 a 1 y 4 a 1 respectivamente.

El curso se inicia con 2 días de actividad teórica, donde se explica: características del curso; particularidades del primer nivel de atención y de la semiología desde el enfoque biopsicológico, familiar y comunitario; la construcción de la historia clínica y su lenguaje; la relación estudiante-docente-paciente-comunidad y el Sistema Nacional Integrado de Salud.

La actividad clínica se desarrolla en las consultas de los respectivos servicios de salud, 3 días por semana completando 12 hs semanales, con un

promedio de 12 pacientes por semana superando las 70 consultas al completar el curso.

Durante las 6 semanas restantes la actividad teórico-práctica semanal completa el temario del programa, integrando la exposición docente y el trabajo en grupos mas reducidos en formato de taller para resolver situaciones concretas con viñetas o representación, disponiendo de un día de la semana para elaborar el portafolio y repaso de situaciones clínicas planteadas en las consultas.

En 2008, la rotación por el PNA se coordina desde el inicio con las cátedras de Medicina Interna y Cirugía, lo que promueve una mejor comunicación, una mejor planificación de las actividades de los estudiantes, aunando esfuerzos satisfactoriamente.

En suma durante el periodo 2007-2008 mas de 700 estudiantes comienzan su actividad de Iniciación en la Medicina Integral en mas de 50 servicios de salud con una relación estudiante – docente de 2 a 1 y 4 a 1, viéndose relacionados con miles (mas de 4000) usuarios en el primer nivel de atención, con gran aceptación de estos de la presencia de los estudiantes en la consulta.

Evaluación

Del curso:

Evaluación por los estudiantes:

Los estudiantes evaluaron a través de encuesta telefónica promediando el curso y a través de una evaluación escrita anónima al terminar el curso (tablas 1, 2, 3).

De la evaluación del curso por parte de los estudiantes se destaca la alta valoración del contacto con el paciente en los servicios de salud.

En relación a los teóricos, la disconformidad alcanzo el 50% de las opiniones, 22% manifiesta también no estar de acuerdo con los talleres que no acompañan el curso.

El 20 %, disconformidad con la falta de información y discusión sobre los objetivos.

Tabla 1: Encuesta realizada al estudiante CIMI 1º rotación

Pregunta	n= 88	Frecuencia	%
¿Se ha incorporado al equipo de la Policlínica o Centro de Salud?			
1		0	0%
2		2	2%
3		12	14%
4		29	33%
5		44	51%
¿Siente que están adquiriendo lenguaje médico?			
1		0	0%
2		1	1%
3		19	22%
4		35	40%
5		33	38%
¿Aclara dudas con su docente?			
NO		3	3%
SI		85	97%
¿Con respecto a la relación docente-estudiante, cree que es adecuada?			
1		0	0%
2		0	0%
3		5	6%
4		22	25%
5		60	69%
¿Esta conforme con el Centro de Salud que le tocó?			
1		0	0%
2		3	3%
3		4	5%
4		22	25%
5		59	67%
Evalúe el curso introductorio			
1		0	0%
2		10	11%
3		31	36%
4		37	43%
5		9	10%
Opinión general del curso			
1		1	1%
2		1	1%
3		32	36%
4		48	55%
5		6	7%

¿Cómo evalúa el portafolio como instrumento formativo en su carrera		
1	5	6%
2	14	16%
3	40	45%
4	19	22%
5	3	3%
¿Como valora el enfoque del paciente en su policlínica?		
1	0	0%
2	2	2%
3	8	9%
4	33	38%
5	44	50%

Tabla 2: Encuesta realizada al estudiante CIMI 2º rotación

Pregunta	n= 90	Frecuencia	%
Se ha incorporado al equipo de la policlínica o centro de salud?			
	1	0	0%
	2	2	2%
	3	12	13%
	4	31	34%
	5	45	50%
¿Sienten que están adquiriendo lenguaje médico?			
	1	0	0%
	2	3	3%
	3	23	26%
	4	36	40%
	5	28	31%
¿Aclara dudas con su docente?			
	NO	2	2%
	SI	88	98%
¿Con respecto a la relación docente-estudiante, cree que es adecuada?			
	1	0	0%
	2	0	0%
	3	8	9%
	4	26	29%
	5	56	62%

¿Esta conforme con el Centro de Salud que le tocó?		
1	1	1%
2	4	4%
3	14	16%
4	20	22%
5	51	57%
Evalúe el curso introductorio		
1	4	4%
2	14	16%
3	23	26%
4	11	12%
5	1	1%
Opinión general del curso		
1	0	0%
2	3	3%
3	28	31%
4	57	63%
5	2	2%
¿Cómo evalúa el portafolio como instrumento formativo en su carrera		
1	0	0%
2	0	0%
3	10	11%
4	42	47%
5	58	64%
¿Cómo valora el enfoque del paciente en su policlínica?		
1	0	0%
2	0	0%
3	9	10%
4	38	42%
5	43	48%

Tabla 3: Encuesta realizada al estudiante CIMI 3º rotación

Pregunta	n= 92	Frecuencia	%
¿Se ha incorporado al equipo de la policlínica o centro de salud?			
1		1	1%
2		3	3%
3		7	8%
4		21	23%
5		60	65%

¿Sienten que están adquiriendo lenguaje médico?		
1	1	1%
2	2	2%
3	20	22%
4	36	39%
5	32	35%
¿Aclara dudas con su docente?		
NO	3	3%
SI	89	97%
¿Con respecto a la relación docente-estudiante, cree que es adecuada?		
1	0	0%
2	4	4%
3	8	9%
4	24	26%
5	56	61%
¿Esta conforme con el Centro de Salud que le tocó?		
1	2	2%
2	1	1%
3	4	4%
4	24	26%
5	61	66%

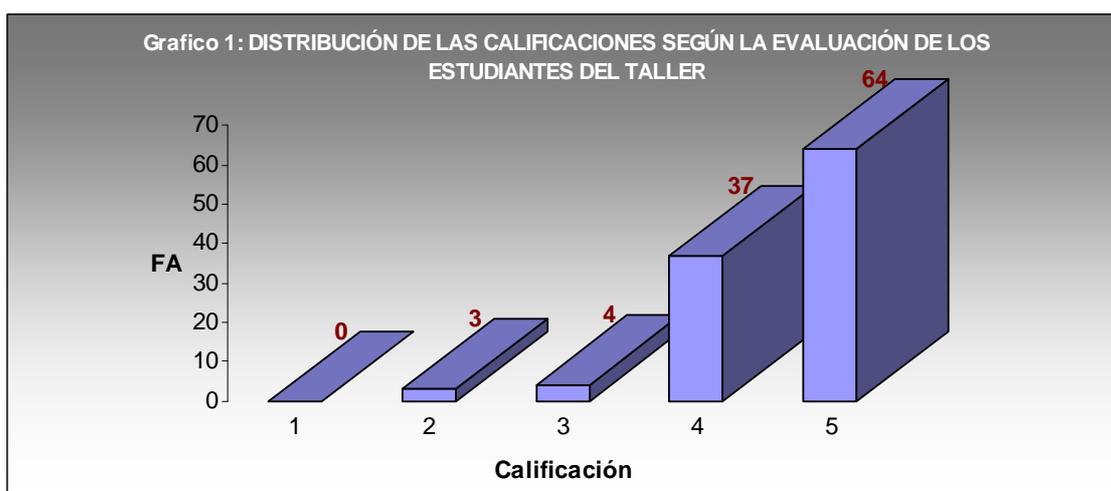
Evalúe el curso introductorio		
1	3	3%
2	21	23%
3	36	39%
4	9	10%
5	1	1%
Opinión general del curso		
1	0	0%
2	2	2%
3	20	22%
4	63	68%
5	7	8%
¿Cómo evalúa el portafolio como instrumento formativo en su carrera		
1	0	0%
2	16	17%
3	49	53%
4	21	23%
5	5	5%

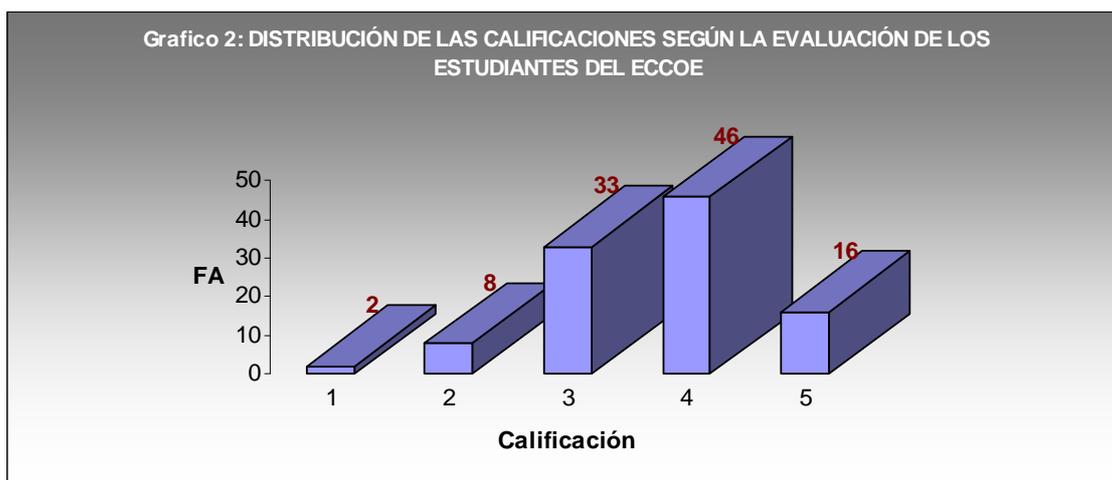
¿Como valora el enfoque del paciente en su policlínica?		
1	0	0%
2	2	2%
3	12	13%
4	32	35%
5	45	49%

EVALUACIÓN DEL ECCOE:

Se introduce el ECCOE (Examen, Clínico, Comunitario, objetivo, Estructurado) al finalizar cada rotación como evaluación formativa en el año 2007. Con el objetivo de preparar al estudiante en este método al que se enfrentara por primera vez en la evaluación final del curso. Este examen tiene como instancia final una DEVOLUCION hecha por docentes del Departamento en la cual se explica contenido y respuestas de cada estación y se aclaran las dudas que el estudiante plantee. Esta actividad fue de las mejor evaluadas por los estudiantes. En el 2008 este examen además de ser formativo adquiere un carácter sumativo, dado que se requiere de un 60 % de su aprobación para salvar el curso, manteniendo su función formativa con la devolución a su finalización. El examen presenta estaciones presénciales de interrogatorio y examen físico y estaciones informáticas.

La aprobación del curso en el 2008 requiere presentar el 60% en la evaluación permanente, en el portafolio y en el ECCOE.





Comentarios

1. El ECCOE constituyó una instancia formativa sumamente eficaz tanto para estudiantes como docentes que se desarrollo por primera vez en nuestro país.
2. Es perfectamente posible utilizar esta instancia de evaluación con un criterio formativo preparando estudiantes de inicio a la actividad clínica para el ECOE final sumativo al final del ciclo.
3. De su evaluación global tanto por docentes como estudiantes se comprueban altos índices de aprobación (76%).
4. Del análisis particular de cada estación se pudieron identificar situaciones a corregir en la metodología de enseñanza en cursos futuros tales como la proceduralización de destrezas
5. El ECCOE puede constituirse en una instancia formativa de la docencia de un curso permitiendo del punto de vista pedagógico la reformulación y corrección de aspectos docentes que de otra manera podrían no haber sido identificados.
6. La retroalimentación o feed-back constituyó un elemento sumamente importante en la estructura del ECCOE que fue valorado positivamente por el 95,5% de los estudiantes.
7. Se encontraron cifras significativas de la pérdida de miedo escénico por parte de estudiantes de inicio a la actividad clínica que fue uno de los objetivos secundarios del curso.
8. Al igual que en la diagramación del ECOE sumativo, se deben preservar los principios y etapas en la organización y elaboración de pautas que deben ser claras y objetivas para estudiantes y docentes.

9. Es posible elaborar un ECOE formativo con ínfimos costos operativos mediante la colaboración de docentes comprometidos y estudiantes.
10. En la elaboración del contenido de instancias de ECOE como la presentada no existen límites, salvo quizás la imaginación de los autores.

Referencias

- Rubinstein A. Atención Familiar y Practica Ambulatoria. Ed. Panamericana, 2ª edición, Bs.As. 2006.
- Zurro M, Pérez Cano, Conceptos, Organización y Practica Clínica. Ed. Elsevier, 5ª edición, Barcelona, 2003.
- Dibarboure H., Macedo J. Introducción a la Medicina Familiar. Depto. de Publicaciones de la Universidad de la Republica, 1998.
- Programa Nacional de la Salud de la Población Adulta, División Salud - SAS – IMM, URMA - RAP - ASSE – MSP, DIGESA – MSP, www.msp.gub.uy 2007.
- Programa de Atención a los Adultos Mayores, División Salud - SAS – IMM, URMA - RAP - ASSE – MSP, DIGESA – MSP, www.msp.gub.uy 2007.
- Programa Nacional de Salud Adolescente MSP, DIGESA, www.msp.gub.uy 2007.
- Guía de Procedimientos en el Primer Nivel de Atención de Salud. Abordaje de Situaciones de Violencia Domestica hacia la Mujer. MSP, DIGESA, www.msp.gub.uy 2007.
- “Problema Drogas: Compromiso de todos. Drogas: mas información menos riesgos. JND. 6ª edición. 2007.
- Pincus H., Wise T., DSM IV para Atención Primaria. Ed Masson. 2004.
- Cat J. Manual de Semiología Cardiovascular y Respiratorio. Ed. Oficina del Libro AEM.3ª edición. 1996.
- Wasertein M., Semiología del Aparato Digestivo. Ed. Librería Medica s.r.l. 1984.
- Dolor Articular. Ed. Oficina del Libro FEFMUR, 2004.
- Cepellini R., Semiología Urológica. Ed. Oficina del Libro AEM, 3ª edición 1993.

- Rodríguez L., Semiología Nefrológica. Ed. Oficina del Libro AEM, 2ª edición 1994.
- Semiología del Sistema Nervioso. Clínica Semiológica. Ed. Oficina del Libro AEM.1992
- Stanham J. Semiología de la Diabetes, Hipo e Hipertiroidismo. Ed. Oficina del Libro AEM, 1995.

V:1.4. CICLO CLÍNICO PATOLÓGICO (CICLIPA II):
CURSO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA 2008

Dr. Gustavo Musetti

Introducción - Antecedentes

El Ciclo Clínico Patológico (CICLIPA) constituye los años clínicos donde el estudiante integra los principales cuadros patológicos en el ámbito clínico. En su segundo año, parte del mismo se desarrolla en el Primer Nivel de Atención. Esta pasantía es responsabilidad del Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria (DMFyC) en coordinación con el Departamento de Medicina Preventiva y Social y de Salud Mental en el primer nivel de atención.

Cursaron en 2008 el CICLIPA II, 478 estudiantes. Dicho curso se desarrolló en ámbitos de práctica en el Primer Nivel de Atención, donde los estudiantes realizaron diversas actividades: tareas vinculadas a la asistencia; discusiones temáticas en talleres y actividades en la comunidad.

Más allá que es un ciclo que ha permitido, por primera vez en algunos casos, introducir al estudiante en el abordaje integral e interdisciplinario del proceso salud-enfermedad de la población y en el conocimiento y reconocimiento de la comunidad como actor fundamental de dicho proceso, su funcionamiento ha sido muy cuestionado.

Destacamos dentro de sus debilidades la deficiente relación docente-estudiante (promedio de un docente cada 15-20 estudiantes), así como el alto número de estudiantes cursando el ciclo (aún con ciclos previos pendientes de aprobación), lo que ha dificultado el desarrollo óptimo de estas actividades, principalmente las vinculadas a la atención a la persona. Esto generó en la interna del DMFyC una propuesta diferente de implementación del ciclo para el año 2008.

Esta propuesta, que comenzó a implementarse en abril de 2008, introduce la presencia de “tutores-docentes” como figuras claves del acompañamiento del proceso de enseñanza-aprendizaje de los estudiantes. De esta manera se integran nuevos ámbitos de práctica en Montevideo y en el

interior del país, en el marco de un acuerdo con la Red de Atención Primaria (RAP – ASSE) en Montevideo y ASSE en el interior.

La propuesta también incluyó un aumento en el número de docentes propios del departamento, algunos de los cuales fueron financiados por la Comuna Canaria en Canelones y ASSE en Florida. Esto permitió optimizar la relación docente-estudiante a 5-9 estudiantes por docente. Otra innovación que se introdujo en el ciclo es un cambio en el sistema de evaluación.

Objetivo general

Generar nuevos ámbitos interinstitucionales para el mejor desarrollo de los procesos educativos de la carrera de Doctor en Medicina en el primer nivel de atención, en el Ciclo Clínico Patológico II (6º año), incorporando a los efectores que componen el SNIS.

Objetivos específicos

1. Lograr una adecuada relación estudiante-paciente en las actividades prácticas en el Primer Nivel de Atención, mejorando la formación de los aspectos clínicos, éticos y comunicacionales.
2. Alcanzar una relación docente-estudiante que permita metodologías innovadoras de enseñanza, favoreciendo el análisis crítico de la práctica clínica en el Primer Nivel de Atención.
3. Aumentar la oferta de nuevos lugares de práctica en el Primer Nivel de Atención y así favorecer el conocimiento de los principales problemas de salud prevalentes en la población general.
4. Integrar la promoción de la salud y la prevención de enfermedades a la práctica clínica curricular.
5. Permitir el desarrollo de actividades en la comunidad relacionadas a los lugares de práctica donde los estudiantes desarrollan el curso en forma coordinada y mediante una adecuada regionalización.

Metodología

DESARROLLO DEL CURSO CICLIPA II 2008.

El proyecto se basó en la generación de núcleos docentes insertos en la red del Primer Nivel de Atención, coordinados en forma regionalizada por docentes grados III de Medicina Familiar y Comunitaria del DMFyC. Dichos núcleos docentes se integran de la siguiente manera (ANEXO 1):

- a) 20 grados II (diez titulares y diez contratados) de MFyC, distribuidos en centros y policlínicas del Primer Nivel de Atención de la región este, oeste y centro de Montevideo y en la zona metropolitana.
- b) 35 docentes-tutores a cargo de médicos de ASSE, distribuidos en centros y policlínicas del Primer Nivel de Atención de Montevideo y de la zona metropolitana.

Estos núcleos docentes tuvieron a su cargo la enseñanza de los aspectos prácticos asistenciales-preventivo-promocionales, con diferentes matices según objetivos y contenidos curriculares. Además, programan, ejecutan y evalúan la tarea de campo en conjunto con los estudiantes, según planificación y realidades locales.

Los grados III de MFyC se encargaron de la supervisión de la actividad práctica de los núcleos docentes de su región, así como del trabajo de campo. Además, implementaron las instancias de taller que acompañaban dichas actividades de los estudiantes de su región. Por lo cual, el área de distribución de los estudiantes está dividida en regiones en función de los centros donde se encuentran los grados III de MFyC (ver ANEXO1):

**Tabla 1: Distribución de estudiantes según Centro de Salud,
CICLIPA II 2008**

CENTRO DE SALUD	Nº estudiantes	Nº de grupos
APEX-Cerro: Policlínica Tito Borja y Cto. de Salud Sta. Catalina.	91	15
Centro de Salud La Cruz de Carrasco y Canelones Este	83	13
Centro de Salud Piedras Blancas y Jardines del Hipódromo.	72	11
Policlínica del Hospital Saint Bois.	70	10
Centro de Salud Maciel y Canelones oeste.	65	9
Policlínica Comunitaria Los Ángeles.	54	11
Florida	29	4

Como elemento innovador destacamos la participación de tres docentes-tutores que se desempeñaron en el departamento de Florida actuando en convenio con las autoridades departamentales de ASSE, quienes han favorecido el traslado y la inserción de los estudiantes en dichos lugares de práctica. Participaron 29 estudiantes en esta nueva experiencia.

Los estudiantes se distribuyeron en 73 grupos integrados con una relación docentes/tutor-estudiantes promedio de $8,4 \pm 4$ estudiantes por docente/tutor. Existieron diferencias entre los docentes propios del DMFyC 12 estudiantes contra 6 estudiantes por tutor. Esta mayor diferencia fue menor en la práctica ya que varios docentes estuvieron a cargo de más de un grupo llevando los promedios de relación docente/tutor-estudiante por grupo a 6 ± 2 estudiantes. Esto acercó las diferencias entre los dos grupos docentes a 7 y 5,6 estudiantes por docente/tutor y por grupo respectivamente.

Esto favoreció una mayor y mejor integración a los servicios donde se llevo a cabo la pasantía, además de un mayor volumen de práctica, favoreciendo el aprendizaje en aspectos comunicacionales y en aspectos éticos.

Otro punto importante a destacar es la realización de un curso de formación docente a cargo del CICLIPA II, el cual fue coordinado en conjunto

con el Departamento de Educación Médica de la Facultad de Medicina y se desarrolló durante los meses de abril a mayo de 2008.

Asimismo, se coordinó con la Unidad de Seguridad Vial (UNASEV), dependiente de Presidencia de la República, un curso de formación dirigida a docentes y estudiantes con la finalidad de aplicar dichos conocimientos en la realización del trabajo de campo en comunidad dada la importancia del tema en la salud de nuestra población.

La Intendencia Municipal de Canelones, aunando esfuerzos y coordinaciones con la Facultad de Medicina, destinó recursos para el desarrollo de unidades docente-asistenciales en Las Piedras, San Bautista, Centro Cívico Salvador Allende (Barros Blancos) y Empalme Nicolich.

El curso abarcó 34 semanas, comenzando el 7 de abril y finalizando el 29 de noviembre. El mismo se instrumentó en dos grandes etapas:

- Una inicial que abarcó las primeras 15 semanas donde los estudiantes concurren 2 veces por semana a la policlínica asignada donde desarrollaron tareas clínico-asistenciales supervisadas por sus docentes/tutores.
- Una segunda etapa en la que dividieron su carga horaria semanal de la siguiente forma:
 - Un día a la semana desarrollaron las tareas correspondientes al trabajo de campo y tareas asistenciales supervisadas en la policlínica
 - el segundo día fue destinado al desarrollo de un curso teórico el cual se implementó de acuerdo a un temario preestablecido, realizando la coordinación los docentes grado 3, de acuerdo a las regiones que concurrían los estudiantes. Los temas abordados se especifican en el siguiente cuadro:

SEMINARIOS CICLIPA II 2008.

TEMA
CONCEPTO DE SALUD – NIVELES DE PREVENCIÓN.
ORGANIZACIÓN SANITARIA NACIONAL.
ATENCIÓN A LA SALUD. NIVELES DE ATENCIÓN. APS.
DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN DE SALUD COMUNITARIO.
PLANIFICACIÓN – PROGRAMACIÓN
EDUCACIÓN PARA LA SALUD
FAMILIA
FAMILIA
HISTORIA CLINICA ORIENTADA POR PROBLEMAS – HCF
VIOLENCIA DOMÉSTICA
DEPRESIÓN – ANSIEDAD
USO DE SUSTANCIAS PSICO ACTIVAS
ACTIVIDADES DE CRIBADO EN ADOLESCENTES – ADULTO – ADULTO MAYOR.
DM II – S METABÓLICO
HTA – RCV
PROBLEMAS RESPIRATORIOS EN EL PNA
PROBLEMAS OFTALMOLÓGICOS EN EL PNA
PROBLEMAS DERMATOLÓGICOS EN EL PNA
PATOLOGÍA OA EN EL PNA
CEFALEAS – VÉRTIGOS. IU
DISTIROIDISMOS.

Evaluación

CAMBIOS EN EL SISTEMA DE EVALUACIÓN.

La evaluación en el CICLIPA II se caracteriza por una evaluación continua que permite la aprobación del curso y habilita a rendir el examen final. Este se efectúa a través del Examen Clínico Objetivo Estructurado (ECO) integrado a las otras áreas clínicas que componen el curso (cirugía y medicina interna).

El cambio fundamental que se introdujo el año pasado, involucra a la evaluación continua y se compone de tres aspectos:

- La elaboración de un Portafolio por parte de los estudiantes. Dicha herramienta de evaluación consiste en un registro de las actividades diarias centradas en la reflexión de las percepciones y los aprendizajes que se dan en todas las realidades a las que se enfrenta el estudiante,

fomentando la búsqueda de materiales y la adquisición de nuevos conocimientos en la clínica. Dicho Portafolio se estructuró por la coordinación con la participación de los profesores adjuntos y fue calificado por estos últimos.

- La realización de una evaluación por parte del docente (tanto el grado II como el docente tutor) de la percepción que tiene del desempeño del estudiante. En esta se incluyen aspectos estructurales y de aplicación de conocimientos teóricos a la práctica sea en consultorio como en actividades comunitarias. Se utilizó un formulario de registro que adjuntamos en el ANEXO 2.
- La evaluación del informe final del trabajo de campo en la comunidad.

Cada uno de estos aspectos se tradujo en un sistema de puntuación que otorga al estudiante la posibilidad de obtener créditos a utilizar en las estaciones del ECOE que correspondan al área Medicina Familiar y Comunitaria. ANEXO 3.

Podemos dividir la evaluación en dos aspectos: la evaluación del curso y los aspectos referidos al desarrollo del mismo y la evaluación de los aprendizajes. La primera será referida a la evaluación del curso a través de una encuesta a los estudiantes y el análisis de los trabajos de campo. La evaluación de los aprendizajes implica la evaluación del desempeño del estudiante durante el curso (evaluación) y la evaluación final.

ENCUESTA TELEFÓNICA.

OBJETIVO: Evaluar las diferentes tareas que desarrollaron los estudiantes durante el curso.

METODOLOGÍA: se diseñó una encuesta que valorara las apreciaciones de estos. La misma se realizó mediante contacto telefónico seleccionándose aleatoriamente una muestra de 149 estudiantes lo que constituye aproximadamente el 30% de la población. El formulario utilizado en la misma se encuentra en el ANEXO 4.

RESULTADOS: Destacamos de dicha encuesta algunos aspectos:

- El 84 % de los encuestados consideran buena o excelente la actividad práctica desarrollada en los policlínicos asignados (tabla 2). Este es un elemento importante que debemos considerar ya que uno de los cambios principales era la inserción en nuevos lugares de práctica diferentes a los que venían siendo utilizados y la influencia de la reducción marcada en la relación docente-estudiante
Debemos recordar además, que este cambio implicó la asignación de grupos de estudiantes a tutores, algunos sin experiencia docente previa y con trabajo en consultorios con alta demanda asistencial.
- Reafirmando el anterior concepto, los estudiantes consideraron que estaban insertos en los equipos de policlínica en un 88%.
- En cuanto al trabajo de campo, el 83% lo calificó de bueno a excelente.
- En relación a la apreciación por parte de los estudiantes encuestados acerca de los seminarios vemos que un 78% los considera positivos. Es importante destacar que existieron irregularidades en la implementación de los mismos dada las diferencias en las modalidades docentes utilizadas entre las regiones, los lugares y momentos en que fueron desarrolladas.

TABLA 2 : Resumen de las preguntas realizadas en la encuesta de evaluación telefónica CICLIPA II, 2008 (n 149)

	PREGUNTA	Frec.	%
1	¿Como considera su actividad práctica en consultorio?		
	Nula	0	0%
	Escasa	7	5%
	Suficiente	17	11%
	Buena	91	61%
	Excelente	34	23%
2	¿Cree que está inserto en el equipo de la policlínica?		
	Si	131	88%
	No	17	11%
	No contesta / No sabe	1	1%

3	¿Dónde realiza su trabajo de campo?		
	25 de agosto	2	
	3 Ombúes	2	
	Acosta y Lara	2	
	Asociación C. Esperanza	1	
	Barros Blancos	4	
	Capitán Tula	1	
	CAPRA	2	
	Colonia Nicolich	1	
	Colón	1	
	COVICO	3	
	COVIPRA	1	
	COVIPRO	1	
	El Santo	1	
	El Sauce	1	
	Flor de Maroñas	4	
	Florida	7	
	Gruta de Lourdes	1	
	Gori y Villa Sarandí , Santiago Vázquez	1	
	Hospital Evangélico	2	
	Jardines del Hipódromo	15	
	La Cruz	2	
	La Loma	4	
	Las Flores	3	
	Las Torres	14	
	Los Ángeles	1	
	Los Paraísos	1	
	M. Solymar	2	
	Monarca	4	
	Montserrat	4	
	Pando	1	
	Paso Escobar	1	
	Piedras Blancas	7	
	Pinar	2	
	Poli. UTE	5	
	R 6, Km 26	1	
	Saint Bois	24	
	San Bautista	3	
	Santa Catalina	3	
	Talar	2	
	Tito Borjas	5	
	Tres Ombúes	1	

	Verdisol	2	
	Villa Manuela	2	
4	¿Cuál es el tema del mismo?		
	Adicciones	15	10%
	Dengue	3	2%
	Diagnóstico de salud	10	7%
	Difusión en radio	1	1%
	Factores de riesgo CV	18	12%
	Imagen corporal	2	1%
	Madres con hijo<2	1	1%
	Parasitosis	6	4%
	Prevención de accidentes	39	26%
	Promoción de hábitos saludables	7	5%
	Rol de la policlínica	1	1%
	Salud Bucal	1	1%
	Salud ocupacional	2	1%
	SSR	31	21%
	Violencia	11	7%
	S/D	1	1%
5	¿Cómo calificaría la marcha del trabajo de campo?		
	Malo	1	1%
	Regular	21	14%
	Buena	56	38%
	Muy buena	51	34%
	Excelente	18	12%
	No contesta	2	1%
6	¿Piensa que el portafolio es una herramienta adecuada para evaluar el curso		
	SI	59	40%
	NO	87	58%
	S/D	3	2%
7	¿Cómo Calificaría la evaluación por portafolio?		
	Mala	0	0%
	Regular	7	5%
	Buena	17	11%
	Muy buena	91	61%
	Excelente	34	23%
8	¿Estuvo de acuerdo con la evaluación de su portafolio?		
	SI	122	85%
	NO	24	17%
	S/D	3	2%

9	¿Cómo evalúas los seminarios clínicos?		
	Malo	9	6%
	Regular	23	15%
	Buena	66	44%
	Muy buena	39	26%
	Excelente	12	8%
10	¿Cree que es suficiente el tiempo desarrollado en Medicina Familiar y Comunitaria durante el ciclo		
	SI	119	80%
	NO	29	19%
	S/D	1	1%

TRABAJO CON LA COMUNIDAD.

Se realizaron 75 trabajos de campo de los cuales existió una gran diversidad de temas tratados y fueron desarrollados en diferentes instituciones de las comunidades.

Las temáticas más trabajadas fueron seguridad vial en un 25% de los casos, salud sexual y reproductiva en un 20%, factores de riesgo cardiovascular en un 12% y consumo inadecuado de sustancias psicoactivas en un 10 %. Otros temas tratados pero por un número menor de estudiantes fue violencia doméstica, diagnóstico de situación de salud de la zona, promoción de hábitos saludables y parasitosis. No debemos olvidar que existió un importante impulso a desarrollar tareas de promoción y prevención en siniestros de tránsito con apoyo de la Unidad de Seguridad Vial (UNASEV) (tabla 2)

Existió una gran diversidad de lugares donde actuaron los estudiantes pero los ámbitos donde se insertaron en mayor medida fueron los centros educativos (escuelas y liceos).

También se destaca la realización al finalizar el ciclo, de jornadas de presentación de los trabajos de campo, con el fin de mostrar estos tanto a la facultad como a la comunidad. Se desarrollaron en las regiones Cerro, Jardines del Hipódromo y Piedras Blancas y La Cruz de Carrasco.

EVALUACIÓN DE LOS APRENDIZAJES. EVALUACIÓN CONTINUA.

OBJETIVO:

Analizar el desempeño de los estudiantes que cursaron CICLIPA II en Medicina Familiar y Comunitaria 2008

METODOLOGÍA:

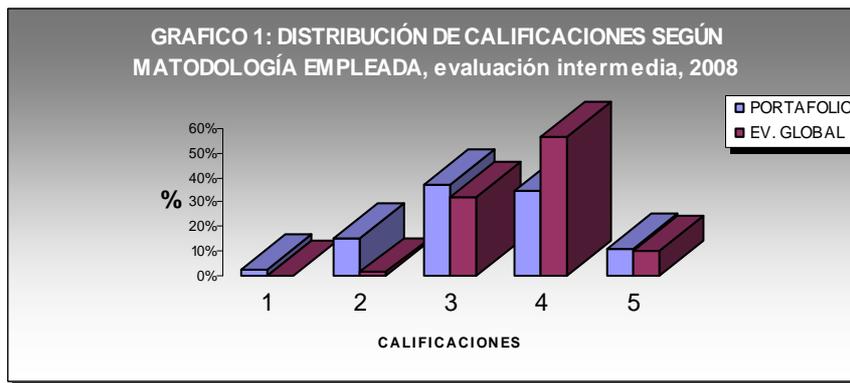
Se realizó un análisis de los formularios de evaluación establecidos previamente. El portafolio fue evaluado por el grado 3 responsable de la región y la evaluación continua fue realizada por el docente/tutor correspondiente.

RESULTADOS:

Como fue descrito al comentar el sistema de evaluación utilizado, se realizó una evaluación a la mitad del curso. En la misma se aplicó la primera evaluación del portafolio y la evaluación de los estudiantes por parte de los docentes. En el siguiente tabla 3 y gráfico 1 se puede observar la distribución de la población de acuerdo a la calificación otorgada en ese momento.

Tabla 3: Distribución de calificaciones obtenido según la herramienta utilizada: portafolio y evaluación global, CICLIPA II, 2008

PUNTAJE	PORTAFOLIO	EV. GLOBAL
1	2%	0%
2	15%	1%
3	37%	32%
4	35%	57%
5	11%	10%



Dicha instancia de evaluación fue realizada en los centros donde se desarrollaba la pasantía, coordinándose instancias en las cuales los profesores adjuntos evaluaban el portafolio y le explicaban a cada estudiante la justificación de dicha calificación. Asimismo, los docentes al establecer la evaluación del estudiante, explicaban los criterios y puntajes utilizados por ellos para elaborar la evaluación. También los estudiantes elaboraban una evaluación de los docentes y del curso hasta ese momento.

Aprobaron el curso 471 estudiantes (98,7%). De estos podemos ver la distribución de la población según la calificación obtenida en el siguiente gráfico 2 y tabla 4.



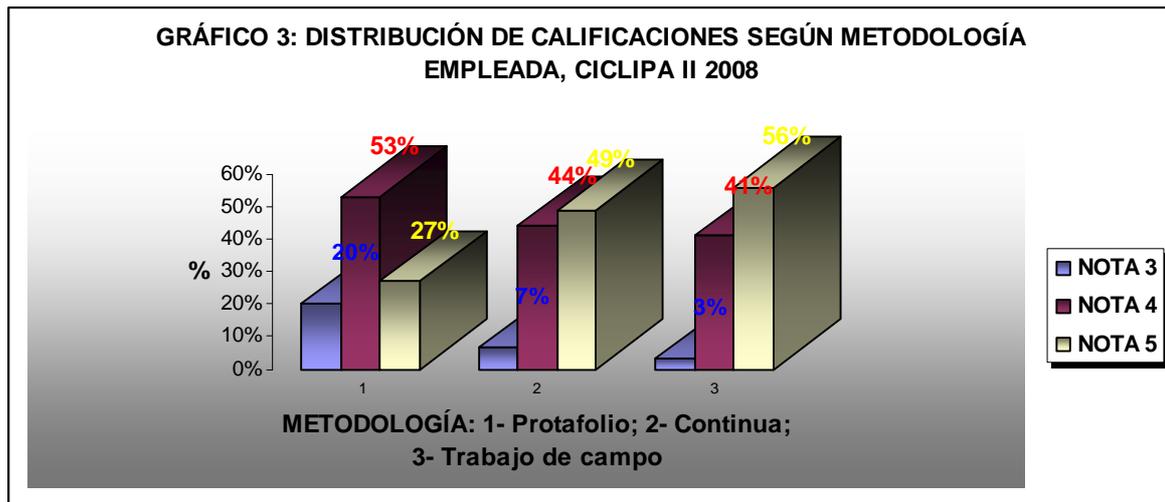
Tabla 4: Distribución de la calificación final CICLIPA II, 2008

CALIFICACION	%
9	1%
10	1%
11	9%
12	21%
13	26%
14	23%
15	15%
REPROBADOS	1%

Recordamos que la nota mínima eran 9 puntos y la máxima 15 y esta nota estaba compuesta por la suma de la nota del portafolio, la evaluación realizada por el docente y la evaluación del trabajo de campo. En la tabla 5 y gráfico 3 a continuación se pueden observar la distribución de calificaciones de acuerdo a cada componente de la misma.

Tabla 5: Distribución de calificaciones según metodología empleada, CICLIPA II, 2008

PORTAFOLIO		CONTINUA		TRABAJO DE CAMPO	
3	20%	3	7%	3	3%
4	53%	4	44%	4	41%
5	27%	5	49%	5	56%



Como vemos en el gráfico anterior, los puntajes más altos se dan en las calificaciones del trabajo de campo (media $4,54 \pm 0,55$), la evaluación del docente (media de $4,43 \pm 0,60$) y la evaluación por portafolio (media $4,08 \pm 0,68$) respectivamente.

Es para destacar que la evaluación continua con puntajes iguales o mayores a 10 otorgaban créditos en la evaluación final.

EVALUACIÓN DE LOS APRENDIZAJES. EVALUACIÓN FINAL.

La evaluación final del Ciclo Clínico Patológico, en su componente clínico se realiza a través de una prueba clínica, objetiva y estructurada (ECO) al final del año. Para poder rendir la misma los estudiantes deben aprobar el curso en todas las pasantías clínicas desarrolladas (medicina familiar y comunitaria, medicina interna y cirugía). Quienes no aprueban el examen pueden rendir el mismo en un segundo período en el mes de febrero. A su vez, el ECO está compuesto por 12 estaciones, 4 de cada una de las áreas anteriormente descritas.

El primer período de ECO del curso 2008 se realizó los días 18 y 19 de diciembre de 2008 en el Instituto de Higiene. Se presentaron 548 estudiantes los cuales aprobaron 440 (80%), no aprobando 108 (20%) estudiantes. Los

criterios de aprobación del examen eran obtener un puntaje global mayor a un punto de corte establecido por la media de la población y aprobar al menos 7 de las 12 estaciones.

Los estudiantes que cursaron en 2008 que se presentaron a este examen fueron 402, de los cuales aprobaron 361 (90%) reprobando 41 estudiantes. Observamos entonces el mayor peso de los estudiantes que cursaron el ciclo en el número de aprobados con relación a los que se presentaron de otras generaciones.

Debemos destacar que un número considerable de estudiantes que cursaron en 2008 no se presentaron, sea por decisión personal o por no estar habilitados ya que es requisito haber aprobado el ciclo anterior para poder presentarse al examen. Esto es importante ya que estos últimos no pueden dar el examen pero si pueden cursar. 68 estudiantes se encontraron en esta situación en el momento de rendir el período de diciembre.

En cuanto a las estaciones de medicina familiar y comunitaria en el primer período, se puede decir que tuvieron puntos de corte relativamente altos como se observa en la tabla siguiente. Destacamos que 176 estudiantes (32%) aprobaron las 4 estaciones, 203 (37%) aprobó 3, 109 (20%) aprobó 2 y 48 (9%) aprobó sólo una. 12 estudiantes no alcanzaron el mínimo en ninguna estación del área.

Tabla 6: Distribución de resultados del primer periodo del CICLIPA II según estaciones de Medicina Familiar y Comunitaria.

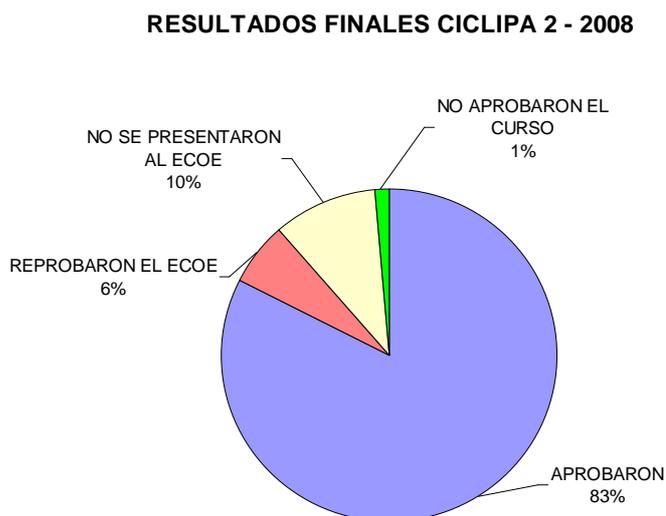
ECOE PRIMER PERIODO	TEMA	Modalidad	Punto de corte %
ESTACIÓN 1	HTA	Paciente simulado	69
ESTACIÓN 2	Cefaleas	Paciente simulado	71
ESTACIÓN 3	Infección urinaria	Estimulo	66
ESTACIÓN 4	Familia	Estimulo	65

El segundo período se llevo a cabo el 7 de febrero de 2009 en el primer piso del Hospital de Clínicas. Rindieron el mismo 142 estudiantes aprobando 53 (37%) y reprobando 89 (63%). Del total de estudiantes, solamente 59 cursaron en 2008 y de estos aprobaron 33 (55%) demostrando nuevamente el mayor peso de esta cohorte de estudiantes en el grupo que aprobó el examen. Como se observa en la tabla 7 y grafico 4, luego de finalizada la evaluación del ciclo, de los 478 estudiantes que cursaron, aprobaron 395 estudiantes lo que constituye un 83% de la población. De los 83 estudiantes que no aprobaron, solamente 7 no aprobaron el curso y 28 lo aprobaron pero no pudieron superar la evaluación final. Es importante destacar que 48 estudiantes (el 10% de la población) aprobaron el curso pero no pudieron rendir el examen.

Tabla 7: Resumen de resultados del Ciclo CICLIPA II 2008

RESULTADO	%
APROBARON EL CICLO	83%
REPROBARON EL ECOE	6%
NO SE PRESENTARON AL ECOE	10%
REPROBARON EL CURSO MFyC	1%

Gráfico 4:



CONCLUSIONES.

Hemos analizado la puesta en marcha de un curso que como dijimos presentaba muchos problemas en la organización del mismo, dada la escasez de recursos docentes así como de ámbitos de práctica.

El cambio implicó un esfuerzo importante de la Facultad de Medicina, canalizado en el Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria, el cual pensamos demostró buenos resultados según los indicadores mostrados, tanto en porcentajes de aprobación como en percepción de los estudiantes que lo llevaron adelante.

De todos modos, más y mejores análisis deben ser realizados con la finalidad de demostrar el impacto no sólo en la población de estudiantes sino también en las comunidades donde estos actúan.

Creemos fundamental mantener y de ser posible mejorar estas intervenciones ya que se basan en un mayor énfasis en la formación del médico general con un enfoque basado en el trabajo en el primer nivel de atención, junto a la comunidad.

ANEXO 1

LISTADO DE POLICLINICAS POR REGIÓN

EL DORADO	Centro de Salud Maciel y Canelones oeste
LAS PIEDRAS	
SAUCE	
TOLEDO	
CIUDAD VIEJA	
HOSPITAL EVANGELICO ACJ	
PARQUE POSADAS	
SAUCE	
CANELONES	
GORI	
LAS TORRES	APEX-Cerro: Policlínica Tito Borja y Centro de Salud Santa Catalina.
TITO BORJA	
SANTA CATALINA	
MONSERRAT - LA TEJA	
SANTIAGO VAZQUEZ	
M. FLORES Y TOMKINSON	

COLON	Policlínica del Hospital Saint Bois.
COVICO	
VERDISOL	
SAINT BOIS	
25 DE AGOSTO. LEZICA	Centro de Salud Piedras Blancas y Jardines del Hipódromo.
EL MONARCA. VILLA GARCIA	
COVIPRO. RUTA 8	
PIEDRAS BLANCAS	
Km 16 CAMINO MALDONADO	Centro de Salud La Cruz de Carrasco y Canelones Este
BARRIO CAPRA	
LA CRUZ DE CARRASCO	
LAGOMAR	
CENTRO SALVADOR ALLENDE - BARROS BLANCOS	
EUSKAL ERRIA	
CARRASCO NORTE	
TALAR.PANDO	
EL PINAR	Policlínica Comunitaria Los Ángeles y Florida
BARROS BLANCOS	
COMPLEJO MARONAS	
VILLA MANUELA	
FLOR DE MARONAS	
LOS PARAISOS	
FLORIDA	

Anexo 2

FORMULARIO DE EVALUACIÓN CONTINUA

CICLO CLINICO PATOLOGICO

EVALUACION DEL ESTUDIANTE

NOMBRE:.....		DOCENTE:	
ÍTEM	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	MITAD	FINAL
DISCIPLINA	Se refiere a la apreciación de la asiduidad, puntualidad y disposición al trabajo que presenta el estudiante.		
MOTIVACIÓN	Corresponde a la percepción del grado de estímulo y motivación observado en cada una de las actividades realizadas.		
TRABAJO EN EQUIPO	Evalúa el relacionamiento con su grupo y quiénes trabajan en el equipo de salud o la comunidad en que desarrolla las actividades.		
CONOCIMIENTOS	Se refiere a la apreciación sobre el manejo de conocimientos clínicos observada en la actuación del estudiante.		
RAZONAMIENTO CLÍNICO	Analiza la información y los conocimientos y al planteo de soluciones apropiadas por parte del estudiante para cada situación, considerando aspectos biopsicosociales y éticos.		
DESTREZAS CLÍNICAS	Se refiere a la apreciación subjetiva de la realización de maniobras semiológicas, de comunicación, u otras destrezas técnicas que desarrolle el estudiante durante el curso.		
TRABAJO DE CAMPO	Se dirige a evaluar el desempeño del estudiante en el trabajo realizado en la comunidad y aquellas actividades comunitarias relacionadas con la actividad del centro donde desarrolla la pasantía.		
EVALUACIÓN GLOBAL			
OBSERVACIONES			
FIRMA DEL DOCENTE:		FIRMA DEL ESTUDIANTE:	

Anexo 3

EVALUACIÓN DE CICLIPA II

EVALUACION DEL CURSO 2008

1. EVALUACIÓN CONTINUA.

a. PORTAFOLIO.

Mínimo aceptado: 3 puntos.

Máximo aceptado: 5 puntos

b. EVALUACION DE PERCEPCIÓN DEL DOCENTE.

Mínimo aceptado: 3 puntos

Máximo aceptado: 5 puntos

Los estudiantes que no alcancen la puntuación mínima en cada uno de los ítems no aprueban el curso.

Al terminar el curso el estudiante va con una nota de evaluación continua cuyo puntaje será en un rango de 1 a 10.

2. EVALUACIÓN DEL TRABAJO DE CAMPO.

El trabajo de campo será evaluado a partir del informe entregado y la presentación al final del curso y tiene un ítem de evaluación en el puntaje de la evaluación continua además de lo que sea incluido en el portafolio.

La evaluación del trabajo será del 1 al 5.

Mínimo aceptado: 3 puntos.

Máximo aceptado: 5 puntos

PESO DE LA EVALUACIÓN DEL CURSO EN LA EVALUACIÓN FINAL.

Los estudiantes que alcancen más de 9 puntos en la evaluación del curso, tendrán una bonificación en el puntaje de las estaciones del ECOE correspondientes al área de medicina familiar y comunitaria. Estos créditos no tendrán peso en el puntaje global de la prueba ni en las otras áreas que componen el ECOE. La distribución de dicho peso se realizará de acuerdo al siguiente esquema:

PUNTOS EN EVALUACION DEL CURSO	PUNTOS EN EL ECOE
9	0
10	2
11	4
12	6
13	8
14 - 15	10

Anexo 4

ENCUESTA DE EVALUACIÓN TELEFÓNICA

1. Nombre: _____
2. ¿A que policlínica concurre? _____
3. ¿Quién es su docente? _____

4. ¿Cómo considera su actividad práctica en consultorio?

nula	Escasa	suficiente	Buena	Excelente
------	--------	------------	-------	-----------

5. Cree que está inserto en el equipo de la policlínica?

SI NO

6. ¿Donde realiza su trabajo de campo? _____

7. ¿Cual es el tema del mismo? _____

8. ¿Cómo calificaría la marcha de este trabajo?

mala	Regular	buenas	Muy buena	Excelente
------	---------	--------	-----------	-----------

9. ¿Piensa que el portafolio es una herramienta adecuada para evaluar el curso?
SI NO

10. ¿Cómo calificaría la evaluación por portafolio?

mala	Regular	buenas	Muy buena	Excelente
------	---------	--------	-----------	-----------

11. ¿Estuvo de acuerdo con la evaluación de su portafolio?

SI NO

12. ¿Cómo evalúa los seminarios clínicos?

Malos	Regulares	buenos	Muy buenos	Excelentes
-------	-----------	--------	------------	------------

13. ¿Cree que es suficiente el tiempo desarrollado en Medicina Familiar y Comunitaria durante el ciclo?

SI

NO

14. ¿Quiere agregar otros comentarios?_____

VI. CONCLUSIONES

Dr. Eduardo Henderson

Prof. Dr. Felipe Schelotto

Prof. Dr. Julio Vignolo

El Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria ha venido participando en la formación de recursos humanos para el 1^{er} nivel de atención anticipándose a los cambios que se venían discutiendo en el Claustro en relación al nuevo plan de estudios.

Fue así que desde el 2007 se fueron incorporando poco a poco elementos en los distintos ciclos en los cuales participa (Básico, ESFUNO, CIMI y CICLIPA II) atendiendo a lo definido por el Claustro en relación al Nuevo Plan de Estudios.

En lo referente a la metodología, tal como está definido por el Claustro como metodología para el Nuevo Plan de Estudios, el Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria elaboró una estrategia tendiente a desarrollar programas educativos en los cuales se priorizara el aprendizaje grupal, que se transformó así en un fin educativo en sí mismo ya que prepara al futuro profesional para el trabajo en equipo. En esa diagramación coexistieron simultáneamente dos formas de abordaje de los contenidos: la habitualmente imprevisible de los emergentes en los campos comunitario y clínico y la secuencia pautada y ordenada del aula y del laboratorio; en tal sentido a la tarea de Policlínica se le incorporó el trabajo en talleres de habilidades clínicas. Sin embargo, el hecho de que ambas sean por definición asincrónicas no ha impedido el tender puentes explicativos y demostrativos en uno y otro sentido. Se adoptó como elemento clave que, para el encuentro con el paciente real, el estudiante debiera estar adecuadamente preparado en los aspectos ético y afectivo y en posesión de las habilidades comunicativas y de exploración física requeridas para el caso. Para ello se elaboraron viñetas clínicas para la simulación de interrogatorios de presentaciones de patologías frecuentes y

para la exploración física se utiliza la práctica entre estudiantes supervisados por un docente experimentado.

Para todo lo anterior un elemento trascendente fue la formación docente: con el apoyo del Departamento de Educación Médica, se realizó un curso obligatorio para todos los docentes del Departamento tanto para docentes titulares como interinos y de todos los grados del escalafón.

En lo referente a la evaluación se incorporaron elementos innovadores tales como la evaluación continua que fue ponderada, la evaluación formativa, dentro de lo cual se incorporó el ECOE comunitario (ECCOE: Examen Clínico Comunitario Objetivo Estructurado) con el objetivo de formar al estudiante en la herramienta de evaluación a la que iba a ser sometido en los siguientes años de su formación: esta modalidad fue altamente evaluada y apreciada por los estudiantes.

Del punto de vista específico por ciclos se puede concluir:

En el Ciclo Básico:

Se pudo concretar como uno de los elementos más importantes el temprano primer contacto del estudiante con la realidad de la salud y sus determinantes. Además el aprendizaje de un enfoque colectivo, humanístico y participativo para valorar la promoción de la salud y el aprendizaje del trabajo en equipo. Se logró a su vez la integración de los conocimientos teóricos confrontándolos con la sociedad y las comunidades.

Otro elemento sumamente importante fue la comprobación de la efectividad de las tutorías estudiantiles: en aquellos grupos en los que participaron tutores estudiantiles, éstos fueron valorados positivamente por los estudiantes, contribuyeron en la formación grupal y transmitieron a los estudiantes una noción de globalidad en la carrera, transformándose muchos de los tutores en sus referentes.

La experiencia del trabajo de campo fue valorada positivamente por los estudiantes, los tutores estudiantiles y los docentes.

Como dificultades se identificaron: el poder lograr una adecuada articulación e integración con las demás disciplinas del Ciclo Básico y dificultades de coordinación en horarios, locales, fechas de exámenes, etc.

En el ciclo ESFUNO

La mayor parte de las actividades del trabajo de campo se realizaron en escuelas, salas de espera, liceos y Centros CAIF.

Los contenidos temáticos más frecuentes fueron nutrición, hábitos saludables, diagnóstico de situación de salud participativa, higiene personal, salud bucal, salud cardiovascular, salud medioambiental, consumo de sustancias psicoactivas y buen trato y prevención de violencia.

Las metodologías utilizadas más frecuentemente fueron: talleres, encuestas y observaciones.

Los grupos receptores más frecuentes de las actividades educativas fueron: niñas y niños, adultos, adolescentes y adultos mayores.

En la encuesta telefónica el 87% de los estudiantes encuestados manifestó que el trabajo de campo lo enriqueció en su formación. El 78% consideró que el curso introductorio fue de utilidad para realizar el trabajo de campo; el 93% manifestó sentirse acompañado por su coordinador; el 92% se sintió acompañado por el tutor del TC; el 92% manifestó que no tuvo dificultad en el relacionamiento con la Comunidad; el 85% respondió que no tuvo dificultad en el trabajo en equipo; el 87% de los estudiantes manifestó que existió superposición del curso con los demás cursos del Ciclo Básico; el 68% manifestó como dificultad la elaboración del portafolio y el 45% encontró como dificultad la carencia de herramientas educativas para el trabajo de campo.

El equipo docente valoró como altamente positiva la inserción del estudiante desde los primeros años en el ámbito comunitario en el trabajo en equipo, y en el desarrollo de habilidades comunicacionales y en la utilización como método evaluatorio del registro en el portafolio.

En el ciclo CIMI

La encuesta telefónica evidenció la alta valoración del contacto con el paciente en las policlínicas del Primer Nivel. Un 50% se manifestó disconforme con los teóricos, lo que motivó como respuesta inmediata su substitución por otras metodologías como los seminarios, el rol playing, etc, y un 80% manifestó su conformidad con los talleres de destrezas clínicas

La relación docente – estudiante fue evaluada como altamente positiva, así como la valoración general del curso fue evaluada de buena a muy buena por los estudiantes.

El enfoque del paciente en su Policlínica fue altamente positivo.

El ECCOE (ECOE comunitario) fue valorado como una instancia formativa tanto por estudiantes como por docentes

Se encontraron cifras estadísticamente significativas de disminución de pérdida del miedo escénico en los estudiantes que se exponen por primera vez al contacto con pacientes reales

El ciclo en su conjunto fue aprobado por el 76% de los estudiantes.

Ciclo CICLIPA II

El 84% de los estudiantes encuestados valoró como buena a excelente la actividad práctica desarrollada en las Policlínicas.

El 88% consideró como muy buena la inserción en Policlínica a nivel de la Comunidad. El 83% valoró como bueno a excelente el trabajo de campo.

Los seminarios fueron valorados en un 78% como muy positivos.

Los temas mas frecuentemente utilizados en el trabajo de campo fueron: seguridad vial, salud sexual y reproductiva, factor de riesgo cardiovascular y consumo inadecuado de sustancias psicoactivas.

La evaluación realizada a mitad de curso evidenció que los puntajes más altos correspondieron al trabajo de campo, la evaluación de los docentes y la evaluación por portafolio.

Se introdujo la evaluación continua en el ciclo con créditos para la evaluación final.

El cambio introducido en CICLIPA II mostró buenos resultados según los indicadores señalados en el capítulo respectivo tanto en porcentaje de aprobación como en la percepción de las estudiantes que lo llevaron adelante.

Los elementos enumerados sirvieron de base para la implementación del Nuevo Plan de Estudios que se comenzó a aplicar a partir del 2 de marzo 2009.

Con respecto al Nuevo Plan de Estudios, como fuera expresado, la tarea institucional fundamental del momento y del futuro inmediato es la del fortalecimiento del cuerpo docente en su organización, su dedicación, su remuneración, sus capacidades de enseñanza, investigación y extensión aplicadas al nuevo plan, a sus objetivos, contenidos y procedimientos. El desarrollo de nuevas aulas y escenarios donde poner en práctica los mecanismos renovados de enseñanza-aprendizaje constituye una prioridad complementaria: salones para pequeños y grandes grupos; laboratorios y equipamiento para trabajo práctico; nuevos centros de trabajo comunitario y de formación en segundo y tercer nivel. El plan de mejoras ligado a la acreditación regional ha permitido encaminar estos avances, cuyo desarrollo debemos acelerar como paso próximo indispensable.

Para hacer posible esta reforma llamamos a organizar la participación de todos y cada uno de los actores institucionales en la implementación del Nuevo Plan de Estudios. A partir de la convicción, elaborada a lo largo de años, de la pertinencia, la oportunidad y la factibilidad de estos cambios, es imprescindible contribuir a la construcción de una voluntad colectiva de impulsar, facilitar y promover dicha implementación.

La fuerza social básica de estas transformaciones radica en los destinatarios de la formación que se optimiza, los estudiantes organizados, y en los beneficiarios sociales de la actividad de los técnicos en formación, es decir, la población a través de sus estructuras representativas. Es necesario, además, sumar el concurso de todos los graduados, estudiantes, funcionarios y docentes, y recoger el aporte constructivo y consciente de sus organizaciones.

La aprobación y puesta en marcha del nuevo plan de estudios es el producto de un proceso de construcción colectiva, y a su vez marca el inicio de un nuevo proceso que no será posible sin la misma construcción colectiva que le dio origen.

Tenemos que llegar a la conclusión que los recursos humanos en salud, los técnicos en salud, deben formarse fundamentalmente en la estrategia de Atención Primaria de la Salud, sobre la base principalmente de la actividad en el Primer Nivel de Atención, aunque la estrategia de APS abarque a todos los niveles de atención y la interrelación apropiada entre todos ellos.

Esto significa también que deben adecuarse las otras acciones que tienen que ver con la formación: el perfil del egresado según sus competencias, sus capacidades, sus conocimientos, sus destrezas; los objetivos del aprendizaje; los diseños de los contenidos formativos; incluso la formación de los docentes, la evaluación de los estudiantes, de los propios docentes y de las actividades de aprendizaje deben todas adecuarse a los modelos de desempeño basados en la Atención Primaria de Salud. Todo esto es lo que está en curso en el cambio del modelo de atención y de la formación de recursos apropiados para ese cambio. Todo esto es lo que debe hacerse. Debemos redefinir las competencias profesionales, adaptándolas a estas necesidades. Estas competencias no son solamente las de los fundamentos científicos de la medicina, o las habilidades clínicas, sino que son una variedad mucho más amplia: valores y comportamiento ético, habilidades de comunicación, de uso de la información, capacidad de pensamiento crítico, creación e investigación, etcétera. Todas deben estar incluidas como fundamento de los objetivos formativos que dan lugar al currículum y las actividades docentes de la Facultad y de los otros servicios de formación de recursos humanos en salud.

El profesional de la salud, el médico que se busca formar, es un trabajador social cuyo rol consiste en contribuir a la conservación, promoción y protección de la salud de las personas, las familias y los grupos sociales, así como a su recuperación cuando es necesario, actuando en equipo con otros profesionales y con la propia población y sus componentes.

Su legitimidad ante la sociedad, sus características, que lo hacen legítimo ante la sociedad, dependen no tanto de su capacidad técnica avanzada de atender la patología compleja como de su competencia para relacionarse positivamente con las personas y los grupos, incluido el propio equipo de salud, para comprender sus interacciones, sus problemas y para manejar los determinantes sociales del proceso salud-enfermedad.

Este rol del médico se construye desde la demanda social y a su vez esta demanda social depende del modelo socio-económico dominante y la organización del sistema de salud que deriva del anterior.

La posibilidad real de construir —como estamos promoviendo— y de sostener nuevos perfiles profesionales surge no tanto de la voluntad académica de progreso y transformación, sino de la oportunidad y la necesidad que ofrece el cambio del modelo asistencial. O sea, no sólo está planteada la necesidad del cambio, sino la oportunidad del cambio combinado en lo asistencial y lo formativo.

Incluso el docente, con toda su influencia formativa, opera más profundamente como modelo profesional y humano que como agente de información o transmisión de conocimientos. En este sentido, su capacidad y modalidad formativa están estrechamente ligadas al modo de actuación profesional, que a su vez depende directamente de la organización del sistema de salud en el cual actúa y del modelo de atención.

En suma:

-El técnico de la salud es un trabajador social cuyo rol debe redefinirse en función de la demanda de la población con fuertes competencias en la esfera humanística y de comunicación interpersonal.

-La posibilidad real de la transformación de su perfil depende más de la oportunidad que ofrece el cambio del modelo asistencial que de la elaboración teórica y la voluntad académica.

-El cambio del modelo de atención y el progreso de la formación de recursos humanos en salud son procesos interdependientes que requieren la construcción de estructuras docente-asistenciales de gestión compartida con el Sistema de Salud como es el Instituto de Atención Primaria de Salud.

VII. RECOMENDACIONES

Dr. Eduardo Henderson

Prof. Dr. Julio Vignolo

Se ha podido demostrar que la inclusión de las mejoras señaladas y evaluadas positivamente en el Nuevo Plan de Estudios es una recomendación que surge a la luz de los resultados y las conclusiones expuestas.

La coordinación adecuada con las disciplinas de los ciclos regulares, en lo que tiene que ver con horarios, superposición de acciones, etc. no han sido problemas de las disciplinas en si mismas, sino el de una facultad con una visión hospitalo-céntrica en donde todo funciona en el horario matutino acorde al desarrollo del mismo.

Se recomienda que el trabajo de campo tenga una continuidad a lo largo de toda la carrera; de esta manera los estudiantes divididos en pequeños grupos, aprenden a realizar un diagnóstico de situación en Salud Comunitaria y a realizar intervenciones comunitarias que mantengan una continuidad en estudiantes de escuelas, liceos, grupos comunitarios desarrollando habilidades comunicacionales y utilizando la metodología de la Investigación y la ética en el desarrollo de la misma todo a lo largo de la carrera.

Desde la sociedad, el impacto social es realmente trascendente y revolucionario porque esos pequeños grupos de estudiantes en número de 700 a lo largo de la carrera (7.000 estudiantes) ejercerían un impacto directo en educación para salud y promoción de salud sobre 100.000 personas aproximadamente, lo cual multiplicados por 4 integrantes del núcleo familiar llegaría a aproximadamente entre 300.000 y 400.000 personas.

A su vez estos grupos de estudiantes de educación terciaria, más allá de las actividades educativas significarían un punto de referencia para los diversos grupos comunitarios y sociales mas vulnerables donde se insertan. De esta manera se generaría una Facultad anclada en la extensión y desde allí desarrollaríamos la docencia y la investigación (estos puntos fueron

desarrollados en el Capítulo “Futuro de la Medicina Familiar y Comunitaria en el Uruguay”).

La inserción temprana de la clínica en los primeros años de la carrera y en el 1er nivel de atención, señalado como uno de los elementos a corregir en el proceso de acreditación, es un elemento recomendable además porque ha quedado demostrada la posibilidad de su realización en nuestro medio.

Con respecto a las recomendaciones específicas:

- en el Ciclo Básico:

- a) Darle mayor continuidad al trabajo de campo
- b) Homogeneizar los criterios de evaluación en términos generales
- c) Mejorar la inclusión de la evaluación del trabajo de campo en el resultado final del ciclo

- en el ciclo ESFUNO:

- a. La mejora de la coordinación y la inserción del DMFyC en un plano de igualdad con las disciplinas básicas.
- b. Evitar la superposición de cursos

- en el ciclo CIMI

Fundamentalmente la mejora en la coordinación de actividades fundamentalmente con aquellas disciplinas que son impartidas de tarde lo cual dificulta la actividad de Policlínica.

- en el ciclo CICLIPA II

- a) Atender el tardío contacto de los estudiantes con los pacientes en el Primer Nivel de Atención y del Trabajo comunitario

Todo esto es recogido ampliamente en el Nuevo Plan de Estudios aprobado por la Facultad de Medicina que se presenta en toda su extensión en el capítulo correspondiente.

