



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

Septiembre, 2009



FUNDACIÓN PARA LA COOPERACIÓN
Y SALUD INTERNACIONAL DEL
SISTEMA NACIONAL DE
SALUD DE ESPAÑA



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



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

Actividad incluida en la Línea de Intercambio: III.2-1.08 Calificación de los Recursos Humanos necesarios para la prestación de servicios en sistemas de salud organizados en torno a la APS -2008

Elaboración del Documento

Erno Harzheim¹
Verônica Casado Vicente²
Pablo Bonal Pitz³

Coordinación Técnica del Intercambio

Fundação Oswaldo Cruz/ Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Brasil)
Ligia Giovanella⁴

Coordinación Financiera

Fundación para la Cooperación y Salud Internacional del Sistema Nacional de Salud de España
Alfredo Rivas⁵
Juana Rubio Moraga

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Sul, ernoharz@terra.com.br

² Academia de Medicina de Familia de España de la Sociedad Española de la Medicina de Familia y Comunitaria – semFYC, veronica.casado@telefonica.net

³ Academia de Medicina de Familia de España de la Sociedad Española de la Medicina de Familia y Comunitaria – semFYC, pablo@bonal.net

⁴ giovanel@ensp.fiocruz.br Tel. +55 21 2270-6937/ Fax +55 21 2270-1793

⁵ arivas@fcsai.es Tel.: +34 91 822 29 60/ Fax: +34 91 822 29 68

La formación de los recursos humanos para la APS y Salud Familiar y Comunitaria en América Latina y Europa

RESÚMEN EJECUTIVO.....	5
INTRODUCCIÓN.....	10
ESPECIFICIDAD DE LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN APS.....	10
I. FORMACIÓN DE GRADO PARA LA APS.....	15
1. ESTRATEGIAS DE REORIENTACIÓN CURRICULAR EN MEDICINA Y ENFERMERÍA EN AMÉRICA LATINA: NUEVOS ESCENARIOS DE PRÁCTICAS.....	15
<i>Programa docente asistencial en APS para el pregrado en Medicina</i>	16
i) El Formato del Internado en Medicina de Familia.....	19
ii) Existencia de Departamentos de Medicina de Familia.....	20
iii) Tutorías: cómo atraer profesionales de la red para realizar tutorías en medicina de familia.....	21
iv) Incentivos Necesarios para la Reorientación Curricular en Medicina hacia la Medicina de Familia y la Atención Primaria de Salud.....	22
<i>Programa Docente Asistencial en la Formación de Pregrado en Enfermería</i>	22
i) El internado de APS en enfermería.....	23
ii) Propuestas para la reorientación curricular de Enfermería para la APS.....	24
2. LA FORMACIÓN DE GRADO CON ESTRATEGIAS DE REORIENTACIÓN CURRICULAR EN MEDICINA Y EN ENFERMERÍA EN EUROPA.....	24
3. ESTRATEGIAS PARA PROMOVER LA FORMACIÓN DE GRADO EN APS.....	30
II. POSGRADUACIÓN PARA LA APS.....	32
1. POSTGRADUACIÓN EN SALUD DE LA FAMILIA Y LA COMUNIDAD EN AMÉRICA LATINA.....	32
<i>Posgrado en Medicina</i>	32
i) La especialización en Medicina de Familia y el desafío de la calificación médica para la Atención Primaria de Salud: médicos que trabajan en la APS con otra formación de base.....	32
ii) Residencia Médica para la Atención Primaria de Salud: la especialidad de Medicina de Familia.....	35
Residencia Médica como Ordenadora del Mercado.....	36
Requisitos para un Programa de Residencia en Medicina de Familia.....	36
Metodologías Educativas.....	38
Formación de Tutores.....	38
Perspectivas de la residencia médica para la Atención Primaria de la Salud.....	39
<i>Posgrado en Enfermería</i>	39
i) Residencia Multiprofesional en APS para Enfermería.....	39
ii) Contenidos necesarios en los programas de posgrado en APS para enfermería.....	40
iii) Dificultades, nodos críticos y respuestas visualizadas en los programas de posgrado en APS para enfermería.....	41
2. POSGRADUACIÓN EN SALUD Y MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA EN EUROPA.....	43
<i>La residencia en Medicina Familiar y Comunitaria en Europa</i>	43
Estrategias de mejora de la formación especializada.....	48
<i>Enfermería Familiar y Comunitaria</i>	49
i) Introducción, referencia histórica y marco actual de la especialidad.....	49
ii) Competencias de la enfermera especialista en enfermería familiar y comunitaria.....	50
III. ESTRATEGIAS DE EDUCACIÓN CONTINUA PARA LA APS.....	52
1. ESTRATEGIAS DE EDUCACIÓN CONTINUA EN AMÉRICA LATINA.....	52
<i>Estrategias de Educación Continua Presencial</i>	52
i) Directrices clínicas.....	52
ii) Consultor académico.....	54
<i>Estrategias de Educación Continua a Distancia</i>	54
i) Tele-salud.....	54
ii) Modelos didáctico-impresos/multimedia.....	55
<i>Evaluación de prácticas de Educación Continua</i>	55
2. FORMACIÓN CONTINUADA Y RECERTIFICACIÓN PROFESIONAL EN EUROPA.....	56
<i>Formación continuada y recertificación profesional UE</i>	56

Formación continuada y recertificación profesional dirigida al reconocimiento de título de especialista en medicina familiar para médicos generales 60

IV. AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD **62**

1. EL ROL DEL AGENTE COMUNITARIO DE SALUD Y SUS COMPETENCIAS 63

2. ESTRATEGIAS DE FORMACIÓN DE AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD 63

V. CONCLUSIONES **66**

VI. REFERENCIAS **68**

RESÚMEN EJECUTIVO

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

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

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

profesionales que recibieron formación para otros escenarios y ahora son llamados a cualificarse en una nueva perspectiva.

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

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

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

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

El segundo componente esencial de la formación de posgrado en APS, es la necesidad de incentivar nuevas posibilidades y estrategias de desarrollo de médicos y enfermeros ya formados, pero no especialistas en APS, e incorporados a los servicios de APS. La calificación de los profesionales que ya trabajan en APS constituye hoy, un foco prioritario para el avance y consolidación de los derechos en salud, principalmente en América Latina, donde la carencia por estos profesionales es mayor que en Europa. Esto significa reconocer que tal proceso precisa centrarse en las especificidades profesionales de médicos y

enfermeros. Los procesos educativos que traten estas profesiones como si fueran un “único profesional de APS” no permitirán tal reconocimiento, resultando poco atractivos para los médicos. El abordaje conjunto de un campo de competencias común no conseguirá sustituir a un específico y largo abordaje de los elementos propios y separados de cada profesión. La capacitación tanto en enfermería como en medicina de posgrado, denominada especialización, se sitúa como una estrategia prioritaria en este momento, principalmente al incluirse la modalidad a distancia. Para este fin, es fundamental que junto a la identidad con el núcleo de la especialidad de enfermería comunitaria y medicina de familia y comunidad, se desarrolle una pedagogía apropiada para el adulto (andragogía), basada en el estudio de casos complejos de APS y con una enseñanza basada en problemas; ambas cuestiones son la base del proceso; las competencias propias de cada categoría profesional deben ser el foco de aprendizaje. España, así como México, han desarrollado estrategias de especialización en medicina de familia para médicos generales que, una vez más, pueden servir de ejemplo para América Latina.

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

El equipo multiprofesional de APS tiene como eje fundamental la actuación de los médicos de familia y del enfermero familiar y comunitario, pero los otros integrantes del equipo son indispensables para la consecución de los objetivos propuestos por la APS. En este sentido, el rol de los agentes comunitarios de salud es sumamente importante en América Latina, con competencias profesionales singulares, entre

ellas las atribuciones que forman parte del conocimiento del área geográfica de adscripción de las Unidades de APS. De la misma forma, el proceso de formación técnica de los agentes comunitarios también debe seguir un proceso específico. Las estrategias de formación de los ACS deben incluir un modelo de formación básica y modelos de educación continua que permitan la actualización y perfeccionamiento de las acciones desarrolladas en su proceso de formación inicial. Los países europeos deberían observar la experiencia de América Latina con los agentes comunitarios y, quizá, adaptar esta categoría profesional a sus sistemas de salud con el objetivo de aproximar los equipos de APS a las comunidades.

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

INTRODUCCIÓN

ESPECIFICIDAD DE LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN APS

La Atención Primaria de Salud (APS), conforme la Organización Panamericana de Salud (OPS), debe constituir la base de los sistemas nacionales de salud por ser la mejor estrategia para producir mejorías sostenibles y una mayor equidad en el estado de salud de la población (OPAS 2005). La APS abarcadora es un conjunto de valores: derecho al más alto nivel de protección de la salud, solidaridad y equidad, efectividad, eficiencia y viabilidad; un conjunto de principios: responsabilidad gubernamental, sostenibilidad, intersectorialidad, participación social entre otros; y un conjunto de elementos estructurantes del sistema de servicios de salud (atributos de la APS): acceso de primer contacto, integralidad, longitudinalidad, coordinación, orientación familiar y comunitaria y competencia cultural (Starfield 1992). Para garantizar la legitimidad de esta estrategia frente a la sociedad, el sistema de servicios de salud basado en la APS debe estar caracterizado por el más alto patrón de excelencia posible. Este objetivo solo puede ser alcanzado con la presencia de profesionales calificados formados específicamente para tal fin.

Partiendo de las necesidades en salud reales de la población, la APS es una estrategia capaz de optimizar la salud de los individuos y comunidades con equidad, ampliando el acceso y disminuyendo las desigualdades evitables en el estado de salud de la población (Starfield 2005). Sin embargo, el reto de reorganizar los sistemas de salud a través de una APS abarcadora de calidad (OPAS 2005) solo será alcanzado con la participación de profesionales que comprendan y practiquen los atributos de la APS. Para ello se necesita formación profesional específica, que vaya más allá de la formación de pregrado* para los profesionales de nivel superior. El médico especialista en medicina de familia y el enfermero con especialización en salud familiar y comunitaria son los ejes de este equipo multiprofesional que debe ser complementado, de acuerdo con las condiciones de cada país y las características demográficas y epidemiológicas de cada población, por otros profesionales de salud de nivel superior, nutricionistas, psicólogos, etc, con especialización en salud familiar y comunitaria, además de personal técnico, técnicos en enfermería y agentes comunitarios de salud, con formación técnica suficiente para incorporar los conceptos y prácticas de la APS relativos a cada categoría profesional. La expresión 'médico de familia' ya ha sido motivo de innumerables controversias de cuño ideológico y también corporativo y de significado distinto en los diferentes países. Hasta hoy, hay confusión acerca de la definición, rol y competencias del médico generalista y del médico de familia. Por otro lado, es claro que para alcanzar un sistema de salud

* En el texto utilizaremos indistintamente los términos 'pregrado' o 'grado' para referir a la formación profesional de graduación de nivel superior, independiente de ser una licenciatura o diplomatura.

con base en la APS de calidad, son necesarios profesionales (médicos, odontólogos, enfermeros y otros) con formación especializada para tal fin, con valores, competencias, actitudes y habilidades específicas para la práctica de la APS. En este documento, utilizaremos la definición de medicina de familia defendida por la Asociación Mundial de Médicos de Familia (WONCA 2005), que caracteriza ejemplarmente la especialidad médica adecuada para el trabajo en atención primaria de sistemas nacionales de salud caracterizados por el acceso universal, la búsqueda de la equidad, efectividad y eficiencia. Así, en este documento, el profesional médico especialista en la APS será denominado médico de familia.

El desarrollo de un conjunto de estrategias de formación de profesionales, que parta de la formación de nivel técnico y de nivel de pregrado, pase por la especialización y la residencia, y alcance las estrategias de educación continua para cada una y para el conjunto de las categorías profesionales específicas para la actuación en APS, en número y calidad suficientes para atender las demandas de reorganización de los sistemas nacionales de salud en América Latina y Europa, no es un desafío sencillo. Se necesita la unión de esfuerzos de múltiples instituciones como universidades y centros formadores de nivel superior o técnico, colegios, sociedades y sindicatos profesionales, servicios de salud y otras instituciones bajo la coordinación de los Ministerios de Salud y de Educación. Estas instancias deben proponer -a partir de la participación de los profesionales, usuarios del sistema de salud y sus gestores- el formato ideal de cada etapa de formación profesional para la APS, sus requisitos, objetivos fundamentales y competencias a ser adquiridas. La formación profesional en APS en cada una de estas distintas etapas debe siempre mantener el foco en las actividades formativas dirigidas al campo y al núcleo de cada categoría profesional, a fin de facilitar el trabajo interdisciplinar y mantener las competencias propias de cada profesión (Campos 2005).

Sin embargo, la historia de la formación de recursos humanos para la salud en Europa y en América Latina no siguió este camino. Desde el comienzo del siglo XX, tanto en Europa, como en América Latina, la formación de profesionales de salud, especialmente médicos, tomó el rumbo de la especialización basada en la práctica hospitalaria y en la adquisición de tecnología de alta densidad. Este movimiento, alejó la formación en salud de la práctica de ambulatorio, de las actividades fuera del entorno hospital - en la comunidad - y de la importancia de la adquisición de tecnología de baja densidad, pero de alta complejidad: la tecnología del cuidado.

La organización de los sistemas de salud, de cuño nacional o segmentado, también siguieron el mismo rumbo hacia la súper-especialidad y el cuidado basado en la práctica hospitalaria. Sin embargo, principalmente a partir de los años 70, en Europa, diversos países promovieron reformas en sus sistemas de salud con el objetivo de garantizar la universalidad y la integralidad como sus valores y principios, por medio de la ampliación de la red de atención primaria de salud. Tanto más éxito consiguieron estos países, cuánto más ordenado por la atención primaria se tornaron sus sistemas de salud. En América Latina, salvo

quizá la excepción de Costa Rica y Cuba, este movimiento es más reciente, pero no por su poca edad, menos intenso.

Este cambio de posición, de la centralidad del hospital, para la centralidad de la atención primaria, infelizmente, no se acompañó de un cambio en el aparato formativo de las profesiones del área de la salud. Muy probablemente por el aspecto conservador y poco innovador en relación a su propia estructura, las universidades, en ambos continentes, siguieron el curso de la enseñanza centrada en la práctica hospitalaria, en la súper-especialización, y en el valor supremo de la adquisición de tecnología de alta complejidad, que muchas veces es poco efectiva. Claro que no se puede ignorar la influencia de los intereses económicos en el mantenimiento de un sistema de enseñanza contradictorio a los valores y principios de los sistemas de salud basados y centrados en atención primaria. Pero a pesar de las diferentes causas, la consecuencia es obvia: la aún no suficiente oferta de profesionales bien formados y capacitados para actuar en atención primaria en parte de los países europeos, a pesar de haber avances importantes en algunos países europeos después de 30 años de reforma en la formación profesional, y la baja oferta en los países latinoamericanos que emprendieron o están emprendiendo cambios hacia la atención primaria en sus sistemas de salud. Lo más preocupante es que esta dificultad en la oferta de recursos humanos adecuados empieza a ser uno de los principales obstáculos para que estos sistemas de salud ejerzan su plena potencialidad para mejorar la salud de la población, con menores costes globales y mayor satisfacción de los usuarios (Starfield 2005). Las recomendaciones de agencias internacionales, la OMS y OPAS, por ejemplo, convergen hacia la expansión de sistemas de servicios de salud basados en la Atención Primaria como forma de atender tales propósitos. Evidencias recientes nos muestran la necesidad de profesionales con competencias específicas en APS para que estos sistemas de salud alcancen mejores y más costo-efectivos resultados (Shi 2003). El número insuficiente de personal trabajando a partir de tales competencias es aún uno de los factores que frena el impacto potencial de la Atención Primaria de Salud sobre los indicadores de salud de la población (Gervás 2006).

Por otro lado, en Europa, tanto la consolidación de sistemas universales de salud con base en Atención Primaria, como el redireccionamiento de la formación de recursos humanos del área de la salud hacia Atención Primaria están más avanzados que en América Latina. El panorama general de la formación de recursos humanos en Europa, en general ha acompañado la reforma y se ha pasado de discutir hace 15 años sobre la formación específica en MG/MF de al menos dos años, a que, en el momento actual, la mitad de los países ofertan una formación especializada en Medicina de Familia de 3 años y obligatoria en todos por Directiva Europea y en el otro 50% los programas formativos son de 4, 5 y hasta 6 años (Euract 2004). La UEMO ha solicitado al parlamento europeo que se homogeneice esta situación y que los programas formativos sean de al menos 5 años. La especialidad de enfermería familiar y comunitaria también se va

extendiendo en los países europeos. También se ha observado que en la mitad de los países, la Universidad se ha implicado en el tema y no sólo ha apoyado este cambio sino que ha cambiado sus currícula y ha creado departamentos de Medicina de Familia, con profesorado específico e integración de esta materia con el resto. Mientras que otro 50% de países han tenido que desvincular la formación de postgrado de la Universidad para poder hacer este cambio y es precisamente en estos países dónde la formación de grado es menos receptiva a la entrada de la medicina de familia, estando anclados en planes de estudio del pasado: hospitalocentristas, centrados en la enfermedad y en la teoría. Se espera que el Espacio Europeo de Enseñanzas Superiores que ha promovido cambios en todos los países y que propugna la orientación hacia los perfiles más demandados y hacia una formación polivalente sea el promotor del cambio

Ya en América Latina no hay una uniformidad o un direccionamiento legal de base continental para el cambio en los sistemas de formación de recursos humanos para la salud. Algunos países poseen políticas de fortalecimiento de la enseñanza hacia la Atención Primaria, pero, muchas veces, sin alcance nacional, representando todavía, dentro de cada país, experiencias aisladas. En el conjunto de América Latina hay carencia de médicos de familia (MF), enfermeros y personal de nivel técnico con formación específica para proveer cuidado en APS. La gran mayoría de los países de América Latina no poseen una proporción adecuada de médicos especialistas en APS en función de la población existente (Ceitlin 2006). En relación a la enfermería esta inadecuación es más evidente dado que el número de estos profesionales es mucho menor que el de los médicos y la especialización en el área de enfermería en atención primaria es mucho más reciente.

Así, en las próximas páginas, de manera sucinta, intentaremos describir estrategias que Europa y América Latina, dadas sus peculiaridades y especificidades, están emprendiendo para superar esta contradicción entre los principios y estructura de sus sistemas de salud y las políticas y estrategias de formación de recursos humanos para la salud. Centraremos esta discusión en la formación de grado y postgrado en medicina y enfermería, en estrategias de educación continuada en atención primaria y en la formación de agentes comunitarios de salud. La separación del texto entre experiencias y propuestas para América Latina y Europa es imperativa, visto que en Europa la formación de recursos humanos para la Atención Primaria de Salud está más consolidada que en América Latina.

El presente documento pretende exponer las características esenciales de la formación de 3 profesiones: médicos, enfermeros y agentes comunitarios de salud. Serán sucintamente descritas cada etapa de formación profesional, con apuntes acerca de los principales desafíos y dificultades actuales, identificándose estrategias y buenas prácticas que puedan favorecer el reto de ofrecer, en cantidad y calidad adecuadas, los profesionales que los sistemas de salud necesitan para renovar la atención primaria

en ambos continentes. Esta decisión de abordar solamente estas 3 categorías profesionales se basa en el hecho de que estas profesiones son, junto a los equipos de salud bucal – odontólogos y técnicos de odontología -, matronas y fisioterapeutas el eje principal de los equipos de APS para la renovación de la APS en América Latina y Europa. Por otro lado, la realidad coyuntural en la política, la economía, en las políticas sociales y en la realidad epidemiológica de cada país, sumada al grado de participación social, es la responsable por la definición de la composición de los equipos de APS en nivel nacional. El papel de las otras profesiones en la APS, y su formación específica, no serán abordados en el presente documento.

I. FORMACIÓN DE GRADO PARA LA APS

1. ESTRATEGIAS DE REORIENTACIÓN CURRICULAR EN MEDICINA Y ENFERMERÍA EN AMÉRICA LATINA: NUEVOS ESCENARIOS DE PRÁCTICAS

La enseñanza de pregrado en medicina y enfermería está centrada en los hospitales, a pesar del estudio de Green y cols (2001) que demostró que las enfermedades ocurren mayoritariamente fuera del ambiente hospitalario. En la mayor parte de las escuelas médicas de América Latina, los hospitales continúan siendo el ámbito privilegiado para el entrenamiento práctico de los estudiantes (Ortega 2002). En Brasil, 86% de la carga horaria de la formación médica se desarrolla en los hospitales (Campos 1999).

Por otro lado, los movimientos actuales de reorganización de la práctica médica indican una tendencia progresiva a la des-hospitalización y ambulatorización de los cuidados (altas precoces, cirugía mayor ambulatoria, traslado de tecnología a medio ambulatorio y a atención primaria...), ya que gran parte de las prácticas asistenciales se pueden desarrollar con calidad, de manera más eficiente y con menores costos en los ambulatorios, en la comunidad y en los domicilios (Rede Unida 1998). Los escenarios de enseñanza, por consiguiente, deben ser diversificados, agregándose a este proceso, además de las unidades y centros de atención primaria de salud, las estructuras comunitarias características de cada región, como escuelas, centros comunitarios, comedores, órganos de participación social del sistema de salud, entre otros. El cambio de escenarios aumentará la experiencia de los alumnos frente a las enfermedades prevalentes de la población en oposición a los casos más raros de los hospitales universitarios (Rede Unida 1998, Campos 2001). Este hecho posibilitará a los alumnos el contacto con una distribución epidemiológica de las enfermedades más próxima de la realidad de la atención primaria de salud, inserida dentro del contexto sanitario de cada sistema de salud.

Se necesita que estos nuevos escenarios garanticen la calidad estructural mínima para el desarrollo de la formación de grado en medicina y enfermería, principalmente la calidad pedagógica y clínica de los tutores y profesores. Es importante resaltar que los servicios de atención primaria elegidos como sitio de prácticas deben ser adecuados a un patrón mínimo de calidad, ajustada a la nueva realidad que involucra tanto la misma enseñanza, como el proceso asistencial de la población. Exponer a los alumnos de enfermería y medicina a servicios de APS que poseen graves problemas de estructura física, mala calidad asistencial y/o baja capacitación docente de los tutores, constituye un retroceso frente a la necesidad creciente de valoración de la práctica de APS, de la medicina de familia y de la enfermería comunitaria junto a los alumnos de estas carreras universitarias.

Programa docente asistencial en APS para el pregrado en Medicina

La exposición extra-muros hospitalarios de los alumnos de medicina debería, idealmente, ocurrir en un programa docente-asistencial con integración horizontal y vertical (Conill 2007) de los distintos niveles o puntos del sistema de salud, con base territorial claramente definida. Esta configuración ideal debería partir de la creación de distritos docente-asistenciales caracterizados por un área geográfica definida, cuya población podría estar adscrita territorialmente a una red de distintos servicios de APS, integrados horizontalmente a la red intersectorial local de servicios públicos y comunitarios. Esa red de servicios de APS tendría como soporte asistencial una red de servicios de nivel secundario (soporte diagnóstico, centros de rehabilitación, centros médicos de especialidades focales, entre otros) y un hospital de nivel secundario/terciario, configurando un sistema local de salud que posibilitaría el acceso universal e integral a la población adscrita al distrito asistencial. A fin de configurar este distrito como un distrito docente-asistencial sería necesario que la o las Facultades de Enfermería y Medicina se integrasen a la asistencia en sus distintos puntos o niveles, con presencia de alumnos y docentes en toda la red asistencial, tanto de nivel primario, como secundario y terciario, además de las actividades extra-muros en los equipamientos comunitarios o en la red intersectorial. La integración posibilitaría al alumno una visión del sistema como un todo, comprendiendo el flujo que los usuarios realizan para atender sus necesidades en salud. Los propios alumnos serían como un anillo en la cadena de intervenciones necesarias para mejorar la integración entre los distintos niveles asistenciales.

De esta forma, se posibilitaría la interacción activa del alumno con la población y con los profesionales de salud de forma continua desde el comienzo del proceso de formación, favoreciendo al alumno el trabajo sobre problemas reales, asumiendo responsabilidades crecientes como agente prestador de cuidados, compatibles siempre con su grado progresivo de autonomía. En este escenario, el tutor, un profesional médico del sistema de servicios de salud, juega un papel muy importante como enlace en el desarrollo del razonamiento clínico de los estudiantes a través de diversas estrategias de enseñanza (Trejo-Mejía 2002). Los tutores deben ser profesionales de la red asistencial calificados y dispuestos a participar del proceso de enseñanza de pregrado, lo que demanda tiempo y compromiso.

Para tornar efectivas las relaciones entre la enseñanza y la práctica asistencial de los servicios sanitarios (Campos 2005) es necesario que haya una contratación clara de responsabilidades con la red pública de servicios sanitarios (proyectos de integración, contratos, convenios, etc.). Sin embargo, esta situación no es uniforme entre los países de América Latina. La creación de la infraestructura básica para la enseñanza en APS necesita inversión ya que los locales donde actualmente trabajan los equipos no están necesariamente preparados para recibir un grupo de alumnos, aunque este sea pequeño. Es importante que las universidades, en conjunto con los Ministerios y las Secretarías Provinciales/Municipales de Salud y

Educación, elaboren proyectos para adaptar estos espacios para la enseñanza. Otras medidas de valor para el establecimiento de esta cooperación universidad-red pública de servicios asistenciales en salud son (Campos 2005):

- ❖ Asociación estrecha entre el profesorado universitario, la gestión local y los equipos de salud (reuniones, discusiones, planificación conjunta, etc.) en todos los locales donde ocurran las prácticas. Además del contrato general con el gestor municipal, es importante que cada docente universitario con sus alumnos realicen un contrato verbal –explicitación del proyecto de enseñanza y asunción de compromisos compartidos - con el dirigente local y con el equipo junto al cual las prácticas tendrán lugar.
- ❖ Diseño de prácticas que valoricen el contacto horizontal propiciando la construcción de vínculos, tanto con el usuario/población como con los equipos, favoreciendo la construcción de una identidad profesional apta para este tipo de trabajo.
- ❖ Elaboración de una red de cooperación entre hospital universitario y red de APS, respetando las directrices de regionalización existentes, y el rol de coordinación de la APS frente a la red de servicios.
- ❖ Montaje de dispositivos de desarrollo docente con apoyo institucional, objetivando la educación continua de los docentes universitarios y de los tutores de la red asistencial, por medio de discusión de temas teóricos, casos clínicos y problemas originados en la propia experiencia de los alumnos y en otras experiencias análogas. Estas discusiones y actividades, idealmente, deberían promover la integración vertical entre distintos niveles asistenciales y distintos docentes implicados en las más variadas especialidades médicas focales y de medicina familiar, así como entre docentes y alumnos de otras profesiones del área de salud, como la de enfermería.
- ❖ Definición de un grupo docente compuesto por profesores universitarios y tutores, profesionales de la red de servicios de salud, con formación, especialización, en Medicina de Familia.
- ❖ Apoyar a los docentes, profesores universitarios y tutores, y alumnos para que la red de APS se constituya en un campo de investigación y producción de conocimiento, siempre que sea posible y conveniente, implicando múltiples profesionales de la red de servicios de salud local.

De las consideraciones anteriores emerge el formato ideal de la integración docente asistencial. En esta propuesta de integración, las escuelas de medicina estarían plenamente integradas con la asistencia universal e integral de la población, con base en servicios de atención primaria de salud que deberían presentar las siguientes características (Campos 1999):

1) En relación a los escenarios de aprendizaje:

Servicios de APS propios o conveniados junto al gestor de salud del municipio / provincia completamente integrados a la red de APS, con soporte de nivel secundario y terciario, incluyendo la posibilidad de hospitalización de los usuarios, a partir de las unidades de APS. Desarrollo de mecanismos institucionales de referencia y contra-referencia entre la red de atención, bajo coordinación de los servicios de atención primaria. Amplia participación clínica y comunitaria del alumno, siempre con orientación de los profesores, docentes universitarios o tutores, en Unidades de APS adaptadas y adecuadas a la enseñanza. Actividades extra-muros en centros comunitarios, escuelas y otros equipos sociales a lo largo de toda la carrera, con grados crecientes de complejidad, con foco principal en los determinantes socioeconómicos del proceso salud-enfermedad. Durante los primeros años de graduación, se proponen actividades extramuros multiprofesionales con experiencias de integración horizontal enfatizando la problemática biopsicosocial del proceso salud-enfermedad, con participación de docentes universitarios de las áreas básicas y clínicas.

2) En relación al currículo:

Currículo integrado, sin disciplinas aisladas, con los contenidos organizados en módulos, sin la precedencia cronológica del ciclo básico. Los temas deben ser abordados de modo que las áreas básicas funcionen como base efectiva y de referencia para la búsqueda de los conocimientos para la solución de problemas clínicos reales y para el enfrentamiento intersectorial de los determinantes del proceso salud-enfermedad. El área de conocimiento de medicina de familia y las actividades de APS deben ser incluidos de forma longitudinal en la enseñanza de grado desde el inicio del curso, con énfasis en la práctica clínica en APS desde el primer contacto con la red asistencial, a fin de cautivar el interés clínico del alumno. En México, las modalidades educativas incorporadas a los planes de estudio que se relacionan con los contenidos de la medicina de familia son materia obligatoria en el pregrado con 25.8% de la carga horaria; materia de libre elección en el pregrado con 6.5% de la carga horaria; incorporación del internado rotatorio en medicina familiar en el pregrado con 45.2% de la carga horaria del internado (Ortega 2002). Las escuelas universitarias deberían definir las oportunidades de aprendizaje de acuerdo con la importancia de los factores determinantes de la salud. Para ello, desarrollarían una fuerte interacción con los servicios de salud y servicios sociales o comunitarios, enfocando articuladamente aspectos relativos a la promoción de la salud, prevención y curación de enfermedades.

3) En relación a la orientación de los alumnos:

Aprendizaje activo con orientación tutorial continua, desarrollándose en múltiples escenarios y utilizando múltiples fuentes de conocimiento, como bibliotecas, comunidad, laboratorios de simulación, servicios de procesamiento de informaciones de salud, etc. Evaluación formativa y sumativa de todos los

aspectos de la formación del estudiante: conocimientos, actitudes y habilidades. Procesos de sensibilización y capacitación de los docentes en la enseñanza de la atención primaria deben ser desarrollados en las universidades alcanzando tanto a los profesores universitarios, como a los profesionales – tutores - de la red de atención primaria que actúan en la supervisión de los alumnos, dado que las deficiencias en la supervisión han sido señaladas como problemas centrales en la integración docente asistencial (Pinto 2007, Goic 2003). Los atributos de un buen tutor de medicina de familia y comunidad comprenden: buenas habilidades de comunicación interpersonal, credibilidad profesional, sólida base de conocimiento clínico, capacidad de compromiso mutuo, capacidad de acercamiento y mantenimiento de la relación profesor-alumno aún fuera de la escuela. El tutor debe ser amigable, buen modelo de médico, tener auto-confianza, ser clínicamente hábil, entusiasta, mostrar respeto hacia los demás y ser promotor del aprendizaje autodirigido (Trejo-Mejía 2002).

4) En relación a la investigación académica:

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

i) El Formato del Internado en Medicina de Familia

En los primeros años de la carrera universitaria, las prácticas formativas en la red de APS se dirigirían para el campo clínico de la medicina de familia y para los conceptos y actividades del área de salud pública relacionadas a la APS. A partir del cuarto año y en el internado, sin embargo, se recomienda un mayor énfasis en las prácticas clínicas en la red de APS. La enseñanza de la medicina familiar depende de la práctica clínica que acontece en los centros de APS. En esta situación es importante que los profesores de medicina de familia se acerquen a los servicios de atención primaria de la red asistencial, buscando articular la enseñanza práctica con la lógica de funcionamiento del modelo de atención de la red de APS; operando con agentes de salud, haciendo discusión de casos en equipo interdisciplinar, visita domiciliaria, educación en salud, elaboración de proyectos terapéuticos integrados y de proyectos de intervención colectiva sobre la población, el territorio y los determinantes sociales del proceso salud-enfermedad.

El formato de internado más adecuado parece ser el que contiene actividades prácticas en los servicios de APS que tengan médicos de familia como tutores y en el cual el alumno pueda vivenciar, en turno integral durante 8 a 12 semanas, todas las actividades desarrolladas como consultas, visitas domiciliarias, actividades de educación en salud y contacto con el equipo multiprofesional, con mayor

énfasis en las actividades clínicas. El internado debe ser integrado como obligatorio en la currícula tanto como los internados de otras grandes áreas de la medicina (pediatría, ginecología, obstetricia, clínica médica y cirugía general). Es importante que el internado, además de las actividades prácticas, tenga también discusiones de temas relacionados con la APS de forma científica (discusión de casos clínicos, seminarios) para reforzar la base teórica sobre esta área del conocimiento, pero ocupando pequeña carga horaria frente a las actividades prácticas.

ii) Existencia de Departamentos de Medicina de Familia

Como afirma Tomás Pantoja (2003), durante los últimos 50 años la Medicina Familiar y Comunitaria se ha establecido no sólo como una parte fundamental de muchos sistemas de salud - por ser la especialidad médica caracterizada por la integralidad y por ser la ideal para la configuración de equipos de APS - sino también como una disciplina académica con currículo propio y como áreas de conocimiento con el desarrollo de investigaciones y de publicaciones periódicas. El proceso de desarrollo y reconocimiento de esta disciplina ha estado íntimamente ligado al ejercicio profesional de los médicos de familia en los sistemas de salud, a partir del cual se ha avanzado en la teorización y posterior institucionalización en las entidades académicas (Tomás Pantoja 2003).

Según orientación de la Organización Mundial de Salud en conjunto con la Asociación Mundial de Médicos de Familia (WONCA), implantar Departamentos o Unidades de Medicina de Familia en instituciones universitarias provee las condiciones necesarias para la inclusión de la disciplina en el espacio académico, favoreciendo la organización de los recursos necesarios para articular la tríada: enseñanza, cuidado al paciente y programas de investigación (Anderson 2004). Al involucrar un número adecuado de médicos de familia como profesores se crean las condiciones para capacitar los estudiantes a respecto de una elección informada acerca de su futura especialización (Polo 1995). Las escuelas y facultades de Medicina son las responsables por cubrir tales necesidades y la creación de Departamentos de Medicina de Familia ha sido la respuesta a dichas políticas (Ortega 2002). La conclusión a que llegan Haq y colaboradores (1996) es que el establecimiento de Departamentos Académicos de Medicina de Familia en las Facultades de Medicina es de vital importancia para la realización de una accesible, efectiva y amplia atención primaria de salud. La existencia de recursos financieros gubernamentales para el desarrollo de estos departamentos y de los cambios curriculares en la enseñanza médica que favorezcan la formación de profesionales preparados para responder a las necesidades de las comunidades y del sistema de salud de cada país, colaborarían fuertemente en el aumento del número de estudiantes que eligen la especialidad de medicina de familia (Rosenblatt 1993).

iii) Tutorías: cómo atraer profesionales de la red para realizar tutorías en medicina de familia

Según Ostergaard (2003), en esta época de grandes avances tecnológicos y de cambios en los enfoques de la medicina no podemos dejar de lado la función tutorial como elemento esencial en el proceso de formación de los médicos actuales. La función tutorial en medicina de familia debe ser realizada por profesionales médicos de la red de APS, con especialización en medicina de familia, y entrenados para ejercer esta función docente. La presencia de profesionales legitimados en medicina de familia, tanto académica como clínicamente, es absolutamente esencial para que los estudiantes de medicina la consideren como especialidad y decidan realizar su residencia médica en medicina de familia (Ostergaard 2003). El tutor debe servir como modelo en su actividad clínica, como definido en el apartado anterior, en el trato con los pacientes, en su actitud ética ante la medicina y la tecnología y hacia sus propios colegas (Trejo-Mejía 2002). Los profesionales de la red asistencial deben ser estimulados a participar del proceso de entrenamiento de los alumnos. Para alcanzar este fin, se necesitan algunas adaptaciones en la dinámica de trabajo y una definición clara de las tareas de enseñanza que deben ser agregadas a la rutina asistencial.

Diferentes formas de incentivo pueden ser propuestas para los profesionales de la red que desarrollen actividades de enseñanza tutorial. Algunos estudios demuestran que se necesita dedicar cerca de 73 minutos por día de trabajo del profesional asistencial, el tutor, a cada alumno. Esto genera una reducción en el número de consultas ofrecidas a la población por día de trabajo (Doyle GA 1997). Una diferenciación en la carga horaria de consultas y/o reducción en la relación médico/población adscrita, pueden proporcionar los momentos adecuados para la enseñanza y constituyen una forma de incentivar a los profesionales de la red asistencial en APS a la adhesión a este proceso. Otra forma de incentivo es ofertar a los tutores oportunidades de participación en actividades de educación continua y capacitaciones para la función de tutoría. Así como ofrecer posibilidades de participación en eventos científicos que sirvan como práctica de actualización científica en medicina de familia y atención primaria, propiciando el intercambio de ideas, proyectos y experiencias de buenas prácticas. Se abre, también, la posibilidad para que estas actividades sean valoradas en la revalidación/certificación del diploma de especialidad en medicina familiar en los países que ya poseen este sistema.

Además, los gobiernos y las instituciones de enseñanza deben crear incentivos, individuales e institucionales, para la participación en el programa de tutoría: creación de convenios entre la Universidad y las Unidades de APS y/o Municipio; acreditación de los establecimientos de salud como unidades de docencia; reconocimiento formal de los profesionales que coordinen u orienten las actividades prácticas; ofrecimiento de equipamientos para la práctica clínica individual y colectiva; y, por último, pero fundamental, la oferta de becas o gratificaciones financieras para los tutores implicados.

iv) Incentivos Necesarios para la Reorientación Curricular en Medicina hacia la Medicina de Familia y la Atención Primaria de Salud

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

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

Programa Docente Asistencial en la Formación de Pregrado en Enfermería

Los procesos de integración docente asistencial constituyen una recomendación fundamental también para la Enfermería. Este proceso posibilita la integración de la Universidad con los servicios y la oportunidad para que los servicios asistenciales se transformen en laboratorios de enseñanza y de investigación. La integración de actividades de los servicios con las de enseñanza puede aprovecharse de la experiencia y conocimiento de los profesionales en el área de APS para una formación de enfermeros en consonancia con las necesidades y demandas más amplias de la población. La integración docente asistencial es una doble vía, el servicio deberá considerar y utilizar toda la “tecnología” que las Universidades puedan ofrecer actuando de forma articulada con la investigación y producción de conocimiento y, al mismo tiempo, la Universidad podrá invertir más en la reflexión y problematización de la

realidad calificando el proceso de formación de los enfermeros. El mismo modelo propuesto en la sesión acerca de la formación de pregrado en medicina se aplica a la enseñanza de enfermería familiar y comunitaria.

i) El internado de APS en enfermería

Múltiples experiencias prácticas comunes en la formación de enfermería en América Latina fueron desarrolladas en ámbitos del primer nivel de atención, tales como los Centros de Salud, hospitales-día y consultorios comunales, abarcando también otros ámbitos tales como centros comunitarios, comedores, jardines maternos, escuelas, hogares especiales y fábricas)(OPAS 1999). Estas experiencias pueden resumirse en: realización de diagnóstico de salud comunitario; participación en programas de salud vigentes; participación en la programación de actividades con el equipo interdisciplinario de salud; participación en la programación de actividades con otros sectores relacionados a la salud; consulta de enfermería; visitas domiciliarias y seguimiento; control de crecimiento y desarrollo del niño; inmunizaciones; control de embarazadas; control del adulto mayor y educación para la salud en niveles individuales y grupales (OPAS 1999)

En general, los contenidos relacionados a la APS no se encuentran agrupados bajo una asignatura de pregrado con tal nombre sino incorporados como conceptos o filosofía en asignaturas tales como Salud Pública, Promoción de la Salud y , raras veces, Enfermería Comunitaria. Estos contenidos también aparecen en asignaturas relacionadas a la atención de enfermería focalizada para grupos poblacionales específicos tales como Salud Materno-Infantil, Salud Familiar, Salud del Niño y del Adolescente, Salud del Adulto y del Anciano, Salud Mental y Salud de los Trabajadores. También se encuentran contenidos de APS en las áreas de Administración de los Servicios de Enfermería, Epidemiología, Bioestadística, Educación y Ética. Sin embargo, esto implica en el riesgo de que la atención primaria no ocupe un rol central en la formación de pregrado en enfermería en América Latina. Así, es importante crear un espacio disciplinario propio de la APS en el pregrado de enfermería, preferentemente con característica de internado.

No existe en América Latina, salvo raras excepciones, en la formación de enfermería un internado en APS como ocurre en algunas de las facultades de medicina del continente. La formación en APS ocurre a lo largo del proceso general de formación, de modo fragmentado en las diferentes disciplinas. Por ejemplo, en Brasil, en algunas Facultades de Enfermería, el estudiante puede, en el 9º semestre de formación, elegir libremente el área de salud de la familia para realizar su internado con duración de un semestre. La adopción de un internado obligatorio en enfermería familiar y comunitaria, podría alcanzar efectos semejantes para la formación de pregrado en enfermería tal como el internado en medicina de familia viene ejerciendo sobre la formación médica.

ii) Propuestas para la reorientación curricular de Enfermería para la APS

Un Grupo de Trabajo de Expertos en Educación en Enfermería analizó documentos regionales buscando entender los modelos conceptuales que subyacen a los contenidos y métodos de la enseñanza de la APS, sus principales contradicciones y vacíos conceptuales que persisten y cuáles los principales conflictos que se enfrentan en la enseñanza de la APS (OPAS 2007). Este Grupo de Trabajo definió un conjunto de recomendaciones para el desarrollo de la enseñanza de Enfermería en APS en América Latina, entre ellas (OPAS 2007):

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

2. LA FORMACIÓN DE GRADO CON ESTRATEGIAS DE REORIENTACIÓN CURRICULAR EN MEDICINA Y EN ENFERMERÍA EN EUROPA

La incorporación de la Medicina de Familia y los servicios asistenciales de la Atención Primaria en la Universidad en algunos países europeos comenzó principalmente durante los años setenta y en España no comenzó hasta el año 1987, momento en que el marco legal incorpora la necesidad de que todas las Facultades de Medicina deben de disponer de tres Centros de Salud Universitarios para la docencia de grado.

Los grandes cambios de la Medicina de finales del XIX y principios del XX, condicionaron que la docencia universitaria médica se fuera configurando como hospitalaria, basada en los hospitales de beneficencia, y era impartida por competentes médicos de su época. La transmisión de estas técnicas y conocimientos, con un gran componente empírico, no presentaba la magnitud de los contenidos actuales y, en general, el profesorado de las Facultades de Medicina se aproximaba mucho más a los que hoy consideramos médicos generales o de familia que a los denominados especialistas hospitalarios. La realidad de los conocimientos médicos establecía esta circunstancia. Los conocimientos y prácticas de la mayoría de los médicos abarcaban a todas las personas y patologías, eran genuinos médicos generalistas. Las diferencias en la formación con los cirujanos se mantuvieron hasta final del siglo XIX.

Con el comienzo del siglo XX y más concretamente a partir del Informe Flexner (Flexner, 1930) la presencia de la medicina general académica sufrió un profundo alejamiento de las universidades. Además, con el advenimiento de las especialidades médicas a lo largo de todo el siglo pasado, se produjo un amplio abismo entre las Facultades de Medicina y el profesional del tronco común de la Medicina, el médico general. Sin embargo, esta ausencia del médico general en la formación de los estudiantes de Medicina comenzó a tener sus consecuencias. Comenzó una progresiva pérdida de competencias clínicas en los médicos de Atención Primaria conforme la eclosión de las especialidades y subespecialidades, cuantitativa y cualitativamente, establecían un desequilibrio en el sistema sanitario con una hipertrofia de actividades sobre problemas de salud menos prevalentes y con tecnologías de alto coste. La formación en medicina pasó a ser impartida en exclusividad por médicos hospitalarios con una visión parcial, biomédica y curativa de la actividad del médico que formaban.

De forma paralela y en el ámbito asistencial, el médico general quedó relegado a un papel de filtro asistencial del hospital y los especialistas de ambulatorio, cuidador de patologías banales y burócrata dispensador de citas y recetas, siendo impensable, ante esta situación, que el médico general tuviera algún tipo de oferta docente para la universidad. Con estas condiciones laborales, lógicamente, la Medicina de Familia no podía asumir responsabilidades docentes en pregrado. El crecimiento cuantitativo y cualitativo de la Medicina hospitalaria consolidó, de manera definitiva, el papel de los especialistas hospitalarios en la formación médica. Paralelamente a este hecho, las posibilidades de investigación se ampliaron de forma descomunal, hipertrofiándose la investigación biomédica. La Universidad priorizó la investigación como herramienta de la mejora científica y tecnológica, mientras que la disponibilidad de recursos en Atención Primaria descartaba cualquier tipo de aportación significativa a la universidad en este campo. Simultáneamente a la priorización de la investigación se produjo una dejación, en ocasiones muy significativa, de las obligaciones docentes en las Facultades de Medicina. Dadas todas las anteriores premisas, la siguiente conclusión fue que no todos los médicos podían ser docentes en la universidad, estableciéndose el medio hospitalario como el único capacitado, y financiado para realizar docencia de grado y de postgrado.

A finales de los años setenta y sobre todo a principio de los años ochenta comenzó un proceso de revitalización de la Atención Primaria. El cambio hacia una mejor asistencia médica en Atención Primaria se inició con la apuesta por una formación específica en Medicina General / Medicina de Familia con formación de postgrado mediante una residencia en múltiples países europeos. Gracias a la creación de una infraestructura de centros de salud, el desarrollo de la especialidad y el incremento del número de médicos de familia con formación postgrado específica, se pudo conseguir la progresiva implantación del modelo de Atención Primaria de Salud.

Coincidiendo con esto, desde finales de los años sesenta, diversos países de cultura centroeuropea y anglosajona, tomaron conciencia de las carencias formativas en el pregrado con un tipo de docencia basada únicamente en las especialidades médico-quirúrgicas. Evidenciaron que esta situación estaba generando un importante déficit formativo en aspectos trascendentales como la relación médico-paciente, la visión global de los problemas de salud de las personas en su triple dimensión psíquica, física y social (integralidad y longitudinalidad de la atención), la integración de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en la actividad clínica diaria, etc.

Estas situaciones podían mejorar con la incorporación de la Medicina de Familia en las Facultades de Medicina. A partir de ahí, comenzó un proceso de recuperación de la Medicina de Familia e incorporación en los currículos docentes en numerosas Facultades de Medicina europeas y norteamericanas .

Por ejemplo en España desde comienzos de los años noventa, la legislación estatal estableció unas nuevas Directrices Generales de los Planes de Estudios de la Licenciatura de Medicina y obligaba a establecer los correspondientes Convenios entre la Universidad y los Servicios de Salud. De esta manera todas las Facultades de Medicina de España debían contar con al menos tres centros de salud universitarios. Esto abrió la posibilidad de que la Medicina de Familia pudiera estar presente en alguna medida en las Facultades de Medicina españolas. En general, la propia universidad reconoce serias carencias en el aprendizaje de competencias clínicas y profesionales en el modelo vigente pero las consideran inevitables por la masificación y la escasez de recursos. De manera más o menos implícita delega al postgrado la responsabilidad de su adquisición. Sin embargo, en el postgrado esto se realiza de manera incompleta e irregularmente. En el caso de las habilidades, el gran peso que tienen las especialidades de Atención Hospitalaria en el Sistema Sanitario y en la formación de pregrado, da como resultado que buenos especialistas hospitalarios no sepan manejar a sus propios pacientes en aquellos aspectos básicos y esenciales, pero que no son de su especialidad. El problema de las actitudes es aún más grave, ya que los alumnos no realizan en su formación universitaria ningún tipo de actividad en que se plantee o reflexione sobre los aspectos más dignos y humanos de la Medicina. Así, se han olvidado cuestiones tales como la vocación, la profesionalidad, actitudes éticas, el compromiso profesional con uno mismo y la sociedad, las relaciones con los pacientes y sus familias como parte inseparable del buen profesional, etc. La importancia reside en que la enseñanza universitaria de la Medicina, profesionalmente, debe dar respuesta a las necesidades y problemas de salud de la sociedad, sus contenidos en conocimientos, habilidades y actitudes deben estar supeditados al contexto social y sanitario de la sociedad que la financia.

Actualmente una gran parte de los médicos que se forman en las Facultades de Medicina van a trabajar en Atención Primaria. Una razón más para se incluir contenidos específicos de Medicina de Familia para mejorar la preparación de los futuros médicos de familia y para que el resto de especialistas focales conozcan los conocimientos, las metodologías y los procedimientos médicos en Atención Primaria, asegurando la mejor eficacia sanitaria y coordinación entre Atención Primaria y Hospital. La Atención Primaria de Salud debe tener un papel central en los Servicios de Salud, todas las propuestas de cambios y reformas sanitarias de todo el mundo pasan por esta premisa. Es difícilmente defendible que un modelo asistencial basado en la Atención Primaria, como legalmente es el español, no tenga en sus Facultades de Medicina profesorado, departamentos y actividades de Medicina de Familia. Más aún, la Medicina de Familia debe ser en las Facultades de Medicina lo que la Atención Primaria debe ser en el Sistema de Salud: su función central y su núcleo principal (Casado 1997, Bonal 1998).

Las dificultades para que la Medicina de Familia esté presente en las estructuras académicas universitarias en igualdad al resto de disciplinas provienen esencialmente de la propia estructura universitaria. Su carácter endogámico y el miedo de las áreas clínicas a la pérdida de poder (los presupuestos de los Departamentos se establecen en base a la carga horaria de sus asignaturas, una nueva asignatura supone una merma para las de sus correspondientes especialidades). Sin embargo los centros de salud también son un lugar de formación idóneo para el aprendizaje de la Medicina, ya que el alumno, en su proceso de “aprender a ser médico”, encuentra el instrumento docente más importante en su quehacer: “las personas”. Los pacientes son su gran libro abierto y actualizado de la Medicina, a través de los cuales conoce directamente los problemas de salud y las enfermedades que a las personas les importan. En los países más avanzados, la aportación docente de los médicos de familia no es anecdótica, como sucede en España. Muy al contrario, existen en sus universidades Departamentos de Medicina de Familia (Tabla 1) con importantes actividades de docencia e investigación. Así, ocurre en el Reino Unido, Irlanda, Estados Unidos, Canadá o Australia. En estos países, los alumnos dedican varios meses y cursos a aprender a ser médicos en los centros de salud. Instituciones como la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomiendan a las facultades de Medicina actualizarse y acompañar los cambios que se están produciendo en los sistemas de salud y en la sociedad, adaptando sus programas a los perfiles profesionales que precisan las personas y el sistema sanitario. Es además un hecho que el mayor porcentaje de médicos trabajará en el futuro en Atención Primaria, pero con el sistema de formación actual, en algunos países, se da la paradoja de que la mayoría de ellos no habrá tenido ningún contacto, ni información con ella. La sociedad, que financia a su universidad, tiene el derecho a exigirle que ponga todo su mejor hacer en el momento de establecer los Planes de Estudios, y los procedimientos de incorporación de docentes a las Facultades de Medicina. La Medicina de Familia dispone para ofrecer a la universidad en primer lugar pacientes, familias, y en general, entornos docentes idóneos y reales para los alumnos. Por

ello, ambos servicios, hospitales y Atención Primaria, deben ser complementarios en el terreno asistencial, docente e investigador.

Tabla 1 – La Medicina de Familia en las Facultades de Medicina Europeas

Países	% de departamentos de MF	Materia obligatoria
Alemania	100	En 4º, 5º y 6º
Austria	50	En 11º y 12º semestre (120 horas)
Bélgica	100	En 4º curso
Croacia	100	En periodo clínico (140 horas)
Dinamarca	100	En periodo clínico (7 semanas)
Eslovenia	100	En 6º curso (7 semanas)
España	0	Obligatoria en 3 FM, en otras voluntaria
Finlandia	100	En 1º y 3º (Turku) y en 4º y 6º (Helsinki)
Francia	30	En periodo clínico
Grecia	20	En 6º curso (Creta)
Holanda	100	En periodo clínico
Hungría	75	En 5º y 6º curso
Irlanda	100	En 4º, 5º y 6º curso
Italia	0	En 4 universidades de 36
Malta	100	En 3º, 4º y 5º curso (12 semanas)
Noruega	100	En 10º Term (10-15 semanas)
Polonia	100	En 6º curso (100 horas)
Portugal	100	En 6º curso
Reino Unido	100	En todo el periodo clínico
Suecia	100	En 6º, 7º, 8º y 9º semestre

Fuente: Elaboración propia

Entre los objetivos fundamentales de la Unión Europea se encuentra la coordinación de las políticas y normas legislativas de sus Estados miembros en cuestiones relacionadas no sólo con el desarrollo económico, sino también con el progreso y el bienestar de los ciudadanos. Este objetivo se ha extendido, en la última década, al ámbito de la educación y, muy singularmente, de la enseñanza superior. La construcción del Espacio Europeo de Enseñanza Superior (EEES) se inicia con la Declaración de la Sorbona (1998) y se consolida y amplía con la Declaración de Bolonia (1999). En esta última, se insta a los Estados de la Unión Europea a adoptar un sistema de titulaciones basado en 2 niveles (primer y segundo nivel), comparable mediante un sistema de créditos europeo, conocido como ECTS (European Credits Transfer System), para promover la movilidad, las oportunidades de trabajo y la competitividad

internacional del sistema educativo superior europeo. Impulsa la cooperación europea para garantizar la calidad, desarrollar criterios y métodos educativos comparables, promover la dimensión europea de la educación superior, en particular el desarrollo curricular, la cooperación institucional, esquemas de movilidad y programas integrados de estudios, de formación y de investigación. Posteriormente, el comunicado de Praga (2001) introduce algunas líneas adicionales: el aprendizaje a lo largo de la vida como elemento esencial para alcanzar una mayor competitividad europea, para mejorar la cohesión social, la igualdad de oportunidades y la calidad de vida; el rol activo de las universidades, de las instituciones de educación superior y de los estudiantes en el desarrollo del proceso de convergencia, y la promoción del EEES mediante el desarrollo de sistemas de garantía de calidad y de mecanismos de certificación y acreditación.

La obligatoriedad de homologar los estudios universitarios en Europa ha hecho que 40 países estén poniendo en marcha actuaciones que permitan cumplir el objetivo de acabar todo el proceso antes del final de 2010. Debe reseñarse que las materias sanitarias se hallan incluidas en este marco, aunque están también sujetas a normativas europeas, así mientras en otras carreras la duración del grado será de 4 años, en Europa los estudios de medicina seguirán teniendo una duración de 6 años. Para la integración del sistema universitario español en el EEES se necesita adaptar el sistema de créditos, la estructura de las titulaciones, el Suplemento Europeo al Título (SET) y la garantía de calidad. Se debe realizar la adaptación de las enseñanzas y títulos oficiales universitarios, para armonizar la estructura cíclica de las enseñanzas universitarias. El primer ciclo, «el grado», debe tener una orientación profesional y diseñarse en función de los perfiles profesionales con una perspectiva tanto nacional como europea y de unos objetivos que deben hacer mención expresa de las competencias genéricas, transversales y específicas (conocimientos, capacidades y habilidades) que se pretende alcanzar. En definitiva, la orientación europea se define por: formación orientada a las necesidades y problemas y a su resolución, así como a los perfiles profesionales que demanda la sociedad, basadas en el aprendizaje y centradas en el alumno, eminentemente prácticas, incorporando al trabajo habilidades y capacidades que se pretende alcanzar.

La medicina de familia aporta a la universidad y a la consecución de su objetivo de integración en el EEES los siguientes elementos:

- Completa y reorienta la formación del estudiante incorporando la formación biopsicosocial, centrada en las personas y en la comunidad, y orientada a la resolución de problemas y a un perfil profesional que debe ocupar al menos el 50% del total de médicos del sistema sanitario (Starfield 2004).
- Contenidos teórico-prácticos genéricos, transversales y específicos.

- Métodos docentes: autoaprendizaje dirigido, estancias tutorizadas, clases, grupos de trabajo y talleres.
- Una estructura docente consolidada para la formación de posgrado.
- Transversalidad y comunicación horizontal entre departamentos.

3. ESTRATEGIAS PARA PROMOVER LA FORMACIÓN DE GRADO EN APS

- Crear de Departamentos Universitarios de Medicina de Familia con profesores médicos de familia, siendo necesario este criterio en los procedimientos de acreditación y reacreditación estatal para las Facultades de Medicina.
- Definir el rol de la Medicina Familiar y Comunitaria en el pregrado, considerándola una disciplina académica y materia básica del grado. Dado el carácter transversal de las competencias que deben adquirirse en el grado y la transversalidad intrínseca de la medicina familiar y comunitaria, esta disciplina debe estar presente en la integración horizontal de todas las materias clínicas. Adicionalmente, dado que una proporción importante de los médicos de los sistemas sanitarios deben ser médicos en Atención Primaria, las estancias clínicas deben ser proporcionales a esta realidad y al menos deben dedicarse 35% de los créditos de práctica tutelada en Atención Primaria.
- Establecer en los procedimientos de selección y nombramiento de profesores titulares y catedráticos de Medicina de Familia en las Facultades de Medicina criterios curriculares específicos de este área académica o de conocimiento.
- Establecer una financiación finalista y exclusiva para la creación de Departamentos de Medicina de Familia en las Facultades de Medicina, para la contratación de profesorado con titulación en dicha especialidad e incardinado dentro del entorno asistencial de la Atención Primaria de Salud.
- Promocionar normas legales estatales que establezcan una adecuada proporción de la carga docente entre los servicios sanitarios de Atención Primaria y Atención Hospitalaria de los Pensus o Planes de Estudios de Grado en las Facultades de Medicina.
- Incorporar contenidos de Medicina de Familia y Atención Primaria de Salud en todas las pruebas locales o estatales que evalúen la formación de Grado en su globalidad, o cualquier sistema para la selección de personal del sistema sanitario público.
- Establecer que en la acreditación, convenio o autorización para la docencia de Grado en los Hospitales y su denominación oficial de Hospital Universitario implique la simultánea acreditación para la docencia de Grado de los Centros de Salud de su ámbito asistencial otorgándoseles a los mismos la denominación de Centros de Salud Universitarios.

- Establecer en las normas estatales reguladoras de todas las especialidades médico-quirúrgicas, áreas de conocimiento o disciplinas académicas y universitarias, etc, la presencia la Medicina de Familia en igualdad académica al resto de disciplinas universitarias.

Como un esfuerzo de síntesis, en el cuadro 1 se presenta un resumen de las características de la formación de grado en APS con estrategias de reorientación curricular en medicina y en enfermería en América Latina y Europa.

Cuadro 1 – Síntesis de las características de la formación de grado en APS con estrategias de reorientación curricular en medicina y en enfermería en América Latina y Europa

Aspecto	América Latina	Europa
Estrategias de reorientación curricular en Medicina y Enfermería	Nuevos escenarios de prácticas: - red de servicios públicos de salud, con énfasis en Unidades de APS - Comunidad: actividades multiprofesionales e intersectoriales	En todos los países europeos con la creación de EEES
Programas docente asistenciales en APS para el pregrado en Medicina / Enfermería	Experiencias aisladas en algunos países	En todos los países (tabla 1)
Materia transversal integrada con otra disciplinas	Excepcionalmente ocurre, México es un buen ejemplo dónde ocurre	En los países dónde la formación no está orientada por asignaturas, fundamentalmente presente en los países de influencia anglosajona: Reino Unido, Países nórdicos...
Asignatura obligatoria propia	Excepcionalmente ocurre, nuevamente cabe destacar el ejemplo de México	En todos los países, excepto en España que solo está presente como obligatoria en 3 Facultades
Internado en Medicina de Familia y Comunidad y en Enfermería Comunitaria	Tendencia creciente de incorporación de estos internados en la graduación	Tendencia creciente
Existencia de Departamentos de Medicina de Familia y Comunidad / Enfermería Comunitaria	Muy pocos	70% de países europeos tiene departamento en el 100% de sus facultades de medicina. Con ningún departamento o en menos del 50% de facultades: España, Italia, Francia, Grecia
Tutorías: modelos que incluyen profesionales de la red asistencial. Prácticas asistenciales obligatorias en el grado	Junto a las experiencias de internado	En todos los países

Fuente: Elaboración propia.

II. POSGRADUACIÓN PARA LA APS

1. POSTGRADUACIÓN EN SALUD DE LA FAMILIA Y LA COMUNIDAD EN AMÉRICA LATINA

Posgrado en Medicina

i) La especialización en Medicina de Familia y el desafío de la calificación médica para la Atención Primaria de Salud: médicos que trabajan en la APS con otra formación de base

La dimensión de la APS como nivel o punto de un sistema de servicios de salud presenta, de acuerdo con la OPAS, un requisito necesario, entre otros: “es directamente relacionada a la disponibilidad de médicos actuantes con especialización en clínica general o medicina familiar” (CIMF-WONCA 2008). A pesar de esto, en los países de América Latina, existe un número relativamente pequeño de plazas en Programas de Residencia Médica (PRM) para Medicina de Familia, y una dificultad persistente para ocupar las pocas existentes. El reducido prestigio social y corporativo, sumado a valores depreciados en el pago a los médicos-residentes, muchas veces, llevan el recién-graduado a optar por otras especialidades o por ninguna, insertándose directamente en el mercado de trabajo. Además, hay un número desproporcionadamente grande de médicos especialistas de otras áreas actuando en APS en países como Brasil, donde la red APS ha crecido sustancialmente en los últimos años. Brasil cuenta actualmente con casi 30.000 equipos de salud familiar, donde cada equipo es formado, por lo menos, por un médico, un enfermero, 1-2 técnicos de enfermería y 4 a 6 agentes comunitarios de salud, responsables por una comunidad de máximo 4.000 personas. De estos 30.000 médicos, solo aproximadamente 2.000 son especialistas en medicina de familia.

Así, al lado de políticas de valorización de los Programas de Residencia Médica de medicina de familia, son necesarios procesos de ‘reconversión en larga escala’ para que todos los médicos que trabajan en APS alcancen los patrones de adecuación exigidos. Tal comprensión se ha diseminado a tal punto que diversos liderazgos gubernamentales, académicos y científicos han alcanzado consenso en recomendar un período de 5 años para que los países de Iberoamérica lleven a cabo procesos de esta naturaleza. De este modo, sería factible pensar de aquí a 10 años, en la existencia de una Residencia Médica en medicina de familia de exigencia continental, como un requisito para la inserción médica en la red de APS, semejante a lo que ocurre en Europa (CIMF-WONCA 2008).

Respondiendo a este contexto de transición, es necesario incentivar nuevas posibilidades y estrategias de desarrollo de médicos ya formados (Ortega F 2003). La calificación de los profesionales que ya trabajan en APS es hoy un foco prioritario para el avance y consolidación de los derechos en salud

(Ortega F 2003;WONCA 2005). Tal avance requiere, paralelamente, un sistema de acreditación y certificación que permita aquilatar las competencias alcanzadas, inclusive considerando dichas competencias para la obtención de título formal de especialista por aquellos que, en este período, no tuvieron acceso a los programas de residencia médica en medicina de familia. El impulso a la titulación reconocida entre pares es un poderoso estímulo para que los médicos participen activamente de los procesos de calificación (Marín-Zurro 2002).

Esto significa reconocer que tales procesos precisan centrarse en las especificidades profesionales de médicos y enfermeros. Procesos educativos que traten estas profesiones como si fueran un único 'profesional de APS' no permitirán tal reconocimiento, resultando en una baja atracción para los médicos. El abordaje conjunto de un 'campo de competencias' común no podrá, así, sustituir un nuclear, específico y largo abordaje de los elementos propios y separados de cada profesión. Experiencias contrarias a esto ya fueron testadas sin reversión del cuadro tradicional (Castro-Filho ED 2008).

La capacitación médica de postgrado lato senso, la especialización, se sitúa, entonces, como una estrategia prioritaria en este momento (CIMF-WONCA 2002), principalmente al incluirse la modalidad a distancia. Enfocadas en estimular las capacidades de aprender a aprender, como un médico de familia en el día-a-día profesional, tales especializaciones son tanto más relevantes para las necesidades de salud de la población cuanto más incluyan la adopción de actitudes apropiadas y dominio del método propio de la medicina de familia, además de los conocimientos y habilidades instrumentales. Inseridas en la línea de frente de esta estrategia, las Sociedades Científicas del área deben ser estimuladas a desarrollar sus sistemas evaluativos en esta dirección. Las estrategias nacionales son llamadas a fortalecer el protagonismo de los propios especialistas en medicina de familia en las tareas docentes, de especialización y certificación (CIMF-WONCA 2003). Dadas las particularidades de la medicina de familia y de sus diferencias de horizonte en relación a las especialidades focales de órganos, género y rango de edad (pediatría y geriatría), es importante superar la etapa inicial de su desarrollo en algunos países, donde la formación del médico de familia era o es realizada solamente por la actividad conjunta de especialistas de otras áreas.

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

1) *Acceso*: la especialización será ofertada de modo tal que se compatibilice con la manutención del trabajo del médico en el equipo de APS.

2) *Continuidad (valorización)*: es importante que se disponga de incentivos para la fijación de los profesionales así calificados y certificados en los territorios en que están insertos. Es fundamental

diferenciar financieramente al especialista médico en APS, el médico de familia, de quien no se ha calificado para el trabajo en esta área. Tal previsión puede ser decisiva en el aprovechamiento de la inversión pedagógica.

3) *Integralidad* inteligente: la lógica que preside el delineamiento de estos procesos precisa tener en cuenta tanto los principios de la medicina de familia como el perfil de los profesionales y las necesidades de salud en los territorios. En su formación anterior, los médicos vivenciaron oportunidades de aprender que deben ser complementadas y reorientadas para la integralidad de las dimensiones del cuidado en el proceso de calificación para APS.

4) *Coordinación*: es necesaria la coordinación de un conjunto de recursos orientados para las necesidades del trabajo en APS. No se puede suponer que el especialista de la integralidad, el médico de familia, sea adecuadamente formado con la mera fusión antipedagógica de especialidades focales, como pediatría, ginecología o clínica médica. Cuando ejerce el cuidado de niños, mujeres, adultos, personas/familias/comunidades que sufren orgánica y psíquicamente, el médico de familia lo hace siempre a partir de la integralidad de las necesidades de salud, no fragmentadas. Actúa a partir de un cuerpo de conocimientos específicos y mediante técnicas propias a este abordaje. Las prácticas junto a especialistas médicos focales para el desarrollo de habilidades específicas deben ser coordinadas en esta perspectiva. La identidad con el núcleo de la especialidad de medicina de familia y el desarrollo de una pedagogía apropiada para el adulto (andragogía) deben ser las bases de este proceso de especialización en larga escala.

Competencias buscadas

Las competencias atribuidas al médico de familia son universales, sistematizadas y revisadas regularmente por la WONCA, Asociación Mundial de los Médicos de Familia y sus respectivas regionales (Wonca 2005, SBMFC 2005). Estas competencias deben estar adecuadamente contempladas en el camino rumbo a la especialización en medicina de familia. Para el desarrollo de estas competencias, el especializando médico debe estar sensibilizado para aprender a:

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

5. Tener compromiso individual con el propio proceso de desarrollo profesional continuo.

Frente a la necesidad de los adultos de aprender con base en situaciones que tengan significado en su vida concreta, se sugiere basar el proceso de aprendizaje en la discusión de casos complejos. Estos son basados en problemas de salud más prevalentes y/o de gran relevancia, siempre teniendo en cuenta dimensiones transversales como organización de la demanda y abordaje familiar o comunitario, política de salud, sistema de salud, APS, habilidades de comunicación, abordaje centrado en la persona, vigilancia en salud, evaluación y calidad, coordinación del cuidado (trabajo en equipo – acceso – coordinación - longitudinalidad – integralidad - abogacía), salud basada en la evidencia, educación en salud, ética en salud y vulnerabilidad social. Estos casos son llamados casos complejos porque permitirán la identificación y problematización de diagnósticos individuales, familiares y comunitarios del proceso salud-enfermedad-cuidado, así como el abordaje de temas transversales. Los casos pueden ser presentados en niveles crecientes de complejidad en lo relativo al abordaje individual, familiar y comunitario.

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

ii) Residencia Médica para la Atención Primaria de Salud: la especialidad de Medicina de Familia

El perfil del profesional médico adecuado para la APS fue discutido en la I Cumbre Iberoamericana de Medicina de Familia. La Declaración de Sevilla, resultante de este encuentro, afirmó que “desde hace años se viene demostrando que médicos bien formados y entrenados en su práctica de APS son más efectivos y más eficientes que otros especialistas para la prestación de las funciones propias de la APS (Starfield 2001). También se ha evidenciado que la medicina de APS, la Medicina de Familia, debe tener sus tareas perfectamente definidas, con un conjunto de conocimientos, actitudes y habilidades que le son propias” (CIMF-WONCA 2002). La Asociación Mundial de Médicos de Familia refuerza que “los médicos de familia son médicos especialistas entrenados en los principios de su disciplina” (WONCA 2005). El reconocimiento de esta especialidad médica es crucial para la construcción de un sistema basado en la Atención Primaria de Salud, porque define un campo de actuación, provee credibilidad al área y la torna respetable como opción de carrera médica (Carta de Fortaleza 2001).

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

Residencia Médica como Ordenadora del Mercado

Starfield resalta, en publicación electrónica de la sociedad estadounidense de los profesores de medicina de familia, el modo en que la formación profesional guía al sistema de salud en este país (Starfield 2008). Mientras la formación de los profesionales y la oferta de vacantes para residencias continúen guiadas por las especialidades focalizadas y descontextualizadas de las necesidades en salud, la APS continuará carente de profesionales calificados y el sistema de salud continuará lejos de un modelo sustentable y más efectivo. Para Starfield, los especialistas de las áreas focalizadas no van a ceder su poder sobre la formación y resistirán a los cambios dirigidos hacia la APS mientras no se demuestre su eficacia con una teoría sólida y con evidencias científicas robustas, implementadas por políticas que reorienten la formación médica (Starfield 2008).

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

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

Requisitos para un Programa de Residencia en Medicina de Familia

El Programa de Residencia Médica en Medicina de Familia tiene como objetivo entrenar al médico-residente en un abordaje biopsicosocial del proceso salud-enfermedad, integrando acciones de promoción,

protección, diagnóstico, tratamiento, recuperación y de educación en salud en el nivel individual y colectivo (SBMFC 2005).

El entrenamiento del médico-residente en MFC es desarrollado en la comunidad, fundamentalmente en un Centro o Unidad de Atención Primaria de Salud y en un ambiente multiprofesional. Según Starfield, esto aún es poco frecuente en el mundo (Starfield 2008). El entrenamiento en el contexto hospitalario, donde la prevalencia de enfermedades graves entre los pacientes es mayor, lleva a la sobre valorización de medios diagnósticos. Este contexto impide que el profesional en formación pueda identificar riesgos acerca de la realización de pruebas innecesarias en una población mayoritariamente saludable.

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

- Actividades en el Centro/Unidad de Atención Primaria de Salud: ambulatorio (consultas programadas y no-programadas); actividades en grupo; reuniones de equipo; actividades de gestión y planificación; acompañamiento y coordinación de acciones programáticas.
- Actividades en la Comunidad: consultas domiciliarias, actividades en grupo, participación en espacios de control social.
- Actividades en niveles secundario, terciario y urgencias: prácticas y guardias.
- Actividades teóricas: seminarios, discusión de casos, lectura crítica de artículos científicos.
- Actividades de investigación: desarrollo de un proyecto y relato de la investigación.
- Actividades de evaluación: de los residentes, tutores, equipo de salud y del programa de residencia.

Cabe resaltar que las actividades en el Centro o Unidad de Atención Primaria y en la comunidad deben corresponder a la mayor exposición del tiempo del residente en su formación. En el cuidado a los pacientes, el médico-residente deberá apropiarse del Método Clínico Centrado en la Persona (Stewart 2003) como herramienta fundamental de su práctica del cuidado de las personas, familias y comunidad bajo su responsabilidad.

Las competencias clínicas que deben ser desarrolladas son relativas a: (a) salud del niño y del adolescente: realizar puericultura, implementar acciones de promoción y protección, diagnosticar y tratar las afecciones más frecuentes, (b) prenatal, puerperio y asistencia al parto normal: prestar asistencia al embarazo de bajo riesgo, al puerperio y al parto normal, diagnosticar y tratar las afecciones más frecuentes del ciclo del embarazo-puerperio, reconocer y referenciar al prenatal de alto riesgo, (c) salud de la mujer,

del adulto y del anciano: implementar acciones de promoción y protección, diagnosticar y tratar las afecciones más frecuentes, (d) reconocer y proporcionar los primeros cuidados a las afecciones graves y urgentes, (e) evaluar y constatar anormalidades en exámenes complementares y de diagnóstico, (f) diagnosticar y tratar disturbios psicológicos y psiquiátricos más comunes, (g) diagnosticar patologías quirúrgicas frecuentes y derivar para su resolución, (h) ejecutar cirugía ambulatoria de pequeño porte, (i) derivar, para servicios adecuados, pacientes que necesiten de procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos especializados, (j) orientar el pre y post-operatorios de las intervenciones más simples, (l) diagnosticar y tratar los problemas más frecuentes de salud del trabajador, (m) realizar la coordinación del cuidado. Además de las competencias clínicas, el médico residente debe incorporar al largo del proceso de formación competencias relacionadas al abordaje familiar; al abordaje comunitario, al trabajo en equipo, a la gestión y planificación, así como competencias relacionadas a la enseñanza, investigación y al auto-aprendizaje.

Metodologías Educativas

La organización pedagógica del Programa de Residencia en Medicina de Familia así como los cursos de especialización ya descritos, deben estar basados en metodologías activas de enseñanza-aprendizaje direccionada para la educación de adultos (Llamas 2007), con mayor parte de la carga horaria dedicada actividades práctico-asistenciales. El método preferencial es el del aprendizaje basado en problemas. De esta forma, las actividades teóricas son realizadas más frecuentemente en pequeños grupos, con un tutor médico de familia. El estudio de los contenidos previstos en el programa teórico es realizado a partir de situaciones-problema recogidas por el residente, generadas en el cotidiano de la práctica en la Unidad de Atención Primaria.

Formación de Tutores

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

Perspectivas de la residencia médica para la Atención Primaria de la Salud

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

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

Posgrado en Enfermería

i) Residencia Multiprofesional en APS para Enfermería

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

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

servicios que desarrollan Programas de Residencia se puede observar que los residentes y las necesidades de enseñanza/servicio tensionan los equipos para la búsqueda de la educación continua.

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

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

ii) Contenidos necesarios en los programas de posgrado en APS para enfermería

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

- Actividades en la Unidad de APS, tales como: consultas; actividades con grupos; reuniones de equipo; actividades de gestión; acompañamiento y coordinación de acciones programáticas.
- Actividades en la Comunidad, como: asistencia domiciliaria, actividades en grupo, participación en espacios de control social.

- Actividades en niveles secundario y terciario: prácticas y guardias en otros niveles de atención a la salud, incluyendo las urgencias.
- Actividades teóricas: seminarios, discusión de casos, lectura crítica de artículos científicos, aulas expositivas-dialogadas.
- Actividades de investigación: desarrollo de proyecto y relato de investigación.

Los contenidos abordados en los programas de residencia de enfermería en APS son dirigidos a las necesidades de salud de la población, por lo tanto deben ser definidos de forma regionalizada. A continuación, se describen de forma genérica los ítems que deben componer la parte específica de contenidos de enfermería en programas de residencia en Enfermería para APS. Estos contenidos específicos buscan siempre hacer una correlación con el conjunto de contenidos comunes estudiados, entre ellos el contexto y las políticas de salud, los modelos de atención a la salud, la investigación, la ética, la educación en salud, entre otros.

Los contenidos de núcleo de enfermería deben abordar en general los siguientes temas:

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

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

Los estilos de educación en servicio se mantienen en buena medida desarticulados de la práctica, requieren ser revisados y orientados a procesos y modelos de educación continua basados en pedagogías

críticas que vinculen educación y trabajo para la mejora continua de la calidad de los servicios de APS y estímulo y motivación de las enfermeras.

En la presentación de las Orientaciones Estratégicas de la OMS para Enfermería y Partería 2002-2008, la OMS indicó que la falta de disponibilidad de enfermeras y parteras para prestar servicios de salud básicos, el éxodo de este personal, las condiciones laborales inadecuadas y la inapropiada integración de estos profesionales a los servicios, tendrá graves consecuencias en la calidad y alcance de la atención de la salud. Sin profesionales de enfermería suficientes en calidad y cantidad, los Objetivos de Milenio y la Salud para Todos serán expresiones retóricas. La situación de la fuerza de trabajo en enfermería en América Latina enfrenta en la actualidad una compleja problemática integrada por condiciones de naturaleza y desarrollo de la propia enfermería, antiguos y persistentes problemas de recursos humanos (hasta los años 90), aquellos derivados de las reformas de los años 90 y los actuales, producto de la globalización y sus consecuencias (Malvárez S. 2006).

El difícil acceso a bibliografía actualizada y a revistas indexadas, por razones tanto físicas como de limitaciones en el dominio de un segundo idioma y la baja visibilidad de la producción intelectual de las enfermeras latinoamericanas, son barreras para la modernización académica de los currículos y para aspirar a credenciales internacionales. Pero no todo es negativo. Se cuenta también con importantes centros de formación con trayectoria y formación de docentes en niveles de posgrado *strictu sensu*, programas acreditados en Argentina, Chile, Colombia, Brasil y México entre otros, así como programas de doctorado en seis países (Malvárez S. 2006).

En cuanto a recomendaciones generales para posgrado orientadas al enfoque y a metodologías educativas para la APS se sugiere (República de Colombia, 2002):

- a) Aplicar métodos propios de la formación de adultos;
- b) Proponer cambios orientados a fomentar la interdisciplinariedad, el trabajo en equipo y el abordaje sistémico por problemas;
- c) Fomentar la actitud de “aprender a aprender”;
- d) Desarrollar la metodología de aprendizaje basada en problemas;
- e) Fomentar la profesionalización de la docencia;
- f) Fomentar el trabajo en equipo;
- g) Incorporar el concepto de calidad como un objetivo esencial de la prestación de servicios;
- h) Mejorar la calidad de programas a través del desarrollo de políticas efectivas de posgrado, renovación y articulación con la práctica de enfermería.

2. POSGRADUACIÓN EN SALUD Y MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA EN EUROPA

La residencia en Medicina Familiar y Comunitaria en Europa

La formación específica en MF/GP es obligatoria en todos los países de la UE y en todos los países adscritos a Euract (Wonca) y es reconocida como especialidad en el 93.3% (EURACT 2004). En la UE existen 18 especialidades consideradas universales, es decir presentes en todos los países y de homologación automática y una de estas 18 es la Medicina Familiar y Comunitaria. Los tiempos de formación en Medicina Familiar y Comunitaria oscilan entre 2 años (3 años es el tiempo mínimo para los países de la UE de formación específica mínima reconocida por Directiva Europea) y 6 años (ver Tabla 2). El 44% de los países ofertan 4, 5 y 6 años de formación y 46%: 3 años:

En el 50% de los países la denominación es Medicina de Familia y en el 50% Medicina General y ambas denominaciones (3 países): Bélgica, Portugal, Rusia. Existe Programa oficial en el 70% de los países, con rotaciones prefijadas en el 76% de los programas, Formación teórica práctica en el 73.3%. La investigación se incluye en el 73% de estos. En cuanto al tiempo de formación el 57% mismo tiempo o más tiempo de formación en Atención Primaria (Tabla 2). Mismo tiempo en Atención Primaria que en Hospital (9 países), más tiempo en Atención Primaria (8 países) y más tiempo en Hospital (13 países). Es notorio resaltar que los países con más desarrollo de la Atención Primaria y de la medicina de familia como disciplina y como especialidad cuentan con programas formativos en los que paulatinamente el tiempo de formación se va acrecentando en Atención Primaria frente a las estancias formativas en hospitales.

En la mitad de los países el responsable de la formación es la Universidad y en la otra mitad es gobierno/profesión. En los países que en los que la Universidad ha apostado por la formación especializada, esta depende de ella, y para ello ha hecho un cambio importante acompañando la reforma del postgrado con una profunda reforma del grado, creando estructuras (departamentos) y profesorado específico médico de familia para impartir la disciplina académica ya sea como asignatura o imbricada como materia con otras de manera transversal. Esto depende de que se trate de facultades que tienen planes de estudio basados en asignaturas, en materias integradas o basados en resolución de problemas. Si bien en algunos países el nulo movimiento de su Universidad llevó a separar la formación de postgrado y que esta dependiera de gobierno/profesión.

El porcentaje de médicos en formación especializada en MF en relación al total

- Más del 50%: Austria
- 40-50%: Bélgica, Francia, Polonia, Reino Unido.
- 30-40%: Dinamarca, Lituania, Noruega, Portugal, España
- 20-30% Bosnia, Finlandia, Alemania, Israel, Holanda, Eslovenia, Estonia.
- 10-20% Albania, Grecia, Hungría, Italia, Rumania, Eslovaquia, Suecia

- Menos del 10%: Croacia, R. checa, Turquía

Los países que más porcentajes de médicos forman como médicos de familia tienen más probabilidades de garantizar la tasa de reposición y de alcanzar el estándar de calidad fijado por Starfield del 50% (Starfield 2004) o por la OMS del 60% de médicos de familia en Atención Primaria en relación al total de médicos del sistema.

Tabla 2 – Duración de la formación especializada de la medicina familiar y comunitaria en Europa

País	A	H/CS	Programa Formativo Nacional	Rotaciones prefijadas	Contenido Teórico-práctico	Examen final obligatorio	Responsables de la formación	Obligatorio para la practica	Recertificación
Alemania	5	=/=	SI	NO	80h	SI	G/P	SI	NO
Austria	3	+/-	Si	Si		Si	G/P	Si	No
Bélgica	4	-/+	NO	NO	440h	SI	U	SI	SI
Croacia	3	=/=	SI	SI	9M.	SI	U	SI	SI
Dinamarca	5	+/-	SI	SI	200h	NO	G/P	SI	NO
Estonia	3	=/=	SI	SI	180h	SI	U	SI	SI
Eslovaquia	3	+/-	SI	NO		SI	G/P	SI	SI
Eslovenia	4	=/=	SI	NO	400h	SI	G/P	SI	SI
España	4	=/=	SI	SI	300h	NO	G/P	NO	NO
Finlandia	6	-/+	SI	NO	120h	SI	U	SI	NO
Francia	3	+/-	SI	NO	150h	NO	U	SI	NO
Reino Unido	3	=/=	SI	NO	360h	SI	G/P	SI	SI
Grecia	4	+/-	Si	Si	No	Si	U	SI	NO
Países Bajos	3	-/+	SI	NO		NO	U	SI	SI
Hungría	5	-/+	SI	SI	300h	SI	U	SI	SI
Irlanda	4	+/-	SI	SI		SI	G/P	SI	NO
Islandia	5	+/-	NO	NO		SI		SI	NO
Italia	2	+/-	SI	NO	400h	SI	G/P	SI	SI
Lituania	3	+/-	SI	SI	600h	SI	U	SI	SI
Luxemburgo	3	-/+	NO	NO				SI	NO
Malta	4	-/+	NO	NO				SI	NO
Noruega	5	-/+	SI	NO	420h	NO	G/P	NO*	SI
Polonia	4	=/=	SI	SI	264h	SI	U	NO*	NO
Portugal	3	-/+	Si	Si	180h	SI	G/P	Si	No
R. Checa	3	+/-	SI	SI		SI	G/P	SI	NO
Rumania	3	=/=	SI	NO		SI	U	NO	Si
Suecia	5	-/+	SI	NO	2000h	NO	U	SI	NO
Suiza	5	+/-	NO	NO		SI	G/P	NO	NO

A: Tiempo en años – H= hospital; CS Centro de Salud; U= Universidad; G/P= gobierno/profesión; No*= no pero con pago diferente

Fuente: Euract (WONCA) 2004.

En los programas formativos aprobados en los últimos años, como ha sido el caso de España se objetiva (Comisión Nacional 2005):

- La incorporación en la formación de los valores profesionales del médico de familia,
- La revisión del perfil profesional.
- La incorporación de competencias esenciales: la comunicación, el razonamiento clínico, la gestión de la atención y la bioética
- La adaptación a las necesidades sociales y sanitarias, que se verían reflejados en el área de atención al individuo, tanto en su bloque de atención a problemas y necesidades de salud como en el área de abordaje de grupos poblacionales y de riesgo
- El cambio de terminología empleada al referirse a las áreas de atención al individuo, ya que el médico de familia no aprende cardiología, neurología o urología, sino que aprende el abordaje de problemas cardiovasculares, problemas del sistema nervioso o problemas de las vías urinarias, etc,... Porque este abordaje forma parte tanto de nuestra especialidad como de las otras especialidades anteriormente mencionadas.
- La profundización en las competencias que se consideran “específicas” del médico de familia, que son la Atención a la Familia y la Atención a la Comunidad.
- El desarrollo de las competencias relativas a la formación, docencia e investigación.
- La ampliación de los años de formación
- La definición de unas características que los determinan:
 - El Programa debe ser flexible. Lo importante son las competencias determinadas por el perfil profesional: “tiempos y métodos deben estar a su servicio”.
 - El Programa debe permitir la pluripotencialidad, es decir, formar médicos de familia que puedan trabajar no sólo en el Centro de salud, sino en otros entornos laborales, como las urgencias, los cuidados paliativos, la atención a grupos de riesgo... etc,...
 - El Programa debe pivotar en el eje tutor-residente. El Tutor es el responsable de la formación tutorizada, continuada y estructurada, independientemente de las estancias formativas en el Centro de Salud.
 - Se determina un contacto amplio inicial con Atención Primaria

En el Cuadro 2 se recoge como ejemplo el perfil profesional y de competencias del programa formativo de la especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria en España y su cronograma en el cuadro 3. Para este caso, el ámbito de formación de la especialidad en España incluye 97 Unidades Docentes de Medicina de Familia y Comunidad (MF y C) con 2.143 plazas acreditadas para docencia de postgrado en el área, 2.736 centros de salud de los cuales 856 están acreditados para formación especializada en MF y C. Junto con 214 hospitales, 37% de médicos del Sistema Sanitario son Médicos de Familia (MF): 32.000 de los cuales 3.000 MF están acreditados para la docencia MIR (Comisión Nacional 2005).

En algunos programas se establecen niveles de prioridad (Prioridad I: indispensable y -determina la aptitud-, II: Importante y III: Excelente) fundamentales para la evaluación formativa y sumativa). Se determinan tres niveles de responsabilidad (primario, secundario y terciario, según el grado de responsabilidad del médico de familia en su resolución), que tiene especial relevancia para la relación entre ámbitos asistenciales y para forjar la competencia relacionada con el conocimiento de los propios límites

En general los programas sólidos tienen importantes repercusiones, no sólo para la propia especialidad. En España a la luz del nuevo programa de MFyC se han revisado todos los formatos de los libros del residente (libro de referencia para la evaluación formativa y sumativa), se ha legislado sobre las funciones, perfiles y sistemas de acreditación de unidades docentes, centros, jefes de estudio y tutores, se han puesto en marcha auditorias docentes y planes de calidad y se ha creado una resolución por la cual 18 especialidades tienen que tener una formación específica de al menos dos meses en Atención primaria. (Resolución de 15 de junio de 2006, de la Dirección General de Recursos Humanos y servicios económicos-presupuestarios, del Ministerio de Sanidad y Consumo sobre la incorporación progresiva de una rotación en atención primaria de salud, en los programas formativos de determinadas especialidades sanitarias (aparato digestivo, cardiología, cirugía general y del aparato digestivo, cirugía ortopédica y traumatología, dermatología, nefrología, neumología, neurología, otorrinolaringología, endocrinología, geriatría, medicina física y rehabilitación, medicina interna, obstetricia y ginecología, oftalmología, psiquiatría, reumatología y urología).

Cuadro 2 – Perfil profesional y de competencia del especialista en Medicina Familiar y Comunitaria en España

Dimensiones	Competencias	Campos de actuación
Valores profesionales esenciales	La comunicación asistencial	
	El razonamiento clínico	
	La gestión de la atención	La gestión clínica El trabajo en equipo La gestión y organización de la actividad Los sistemas de información La gestión de la calidad La responsabilidad civil y médico-legal
	La bioética	
Atención al individuo	Abordaje de necesidades y problemas de salud	Factores de riesgo y problemas cardiovasculares (problemas Cardiovasculares, hipertensión arterial, hiperlipemia) Problemas respiratorios Problemas del tracto digestivo y del hígado Problemas infecciosos Problemas metabólicos y endocrinológicos (diabetes mellitus, Obesidad, problemas tiroideos, otros problemas metabólicos Y endocrinológicos) Problemas de la conducta y de la relación. Problemas de salud Mental Problemas del sistema nervioso Problemas hematológicos Problemas de la piel Traumatismos, accidentes e intoxicaciones Problemas de la función renal y de las vías urinarias Problemas musculoesqueléticos problemas de cara-nariz-boca-garganta y oídos Problemas de los ojos Conductas de riesgo Atención a las urgencias y emergencias
	Abordaje de grupos Poblacionales y grupos Con factores de riesgo	Atención al niño Atención al adolescente Atención a la mujer Atención al adulto Atención a los trabajadores Atención al anciano Atención al paciente inmovilizado Atención al paciente terminal, al duelo y a la cuidadora/cuidador atención a las situaciones de riesgo familiar y social (exclusión social, discapacitados, violencia familiar)
Atención a la familia		
Atención a la comunidad		
Formación docencia e investigación		

Fuente: Modificado de Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina familiar y Comunitaria: Programa formativo de la Especialidad de Medicina familiar y Comunitaria. 2005.

Cuadro 3 – Cronograma del programa formativo de la especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria en España *

Año	Contenido**	Duración
Primero	Aprendizaje de campo en atención primaria:	3 - 6 meses
	Aprendizaje de campo en medicina interna y especialidades:	5-8 meses
	Vacaciones	1 mes
Segundo y tercero	Aprendizaje de campo en medicina interna y especialidades médicas y médico-quirúrgicas:	8 meses
	Aprendizaje de campo en atención primaria	3 meses (r2) en centro rural
	Aprendizaje de campo en atención al niño	2 meses
	Aprendizaje de campo en salud mental:	3 meses
	Aprendizaje de campo en atención a la mujer	3 meses
	Estancias electivas complementarias o aprendizaje de campo en el centro de salud	3 meses (r3)
	Vacaciones	2 meses
Cuarto año	Aprendizaje de campo en atención primaria:	11 meses
	Vacaciones	1 mes

* Con carácter general el aprendizaje de campo se hará con tutorización continuada e incremento progresivo de responsabilidad, a medida que el residente vaya adquiriendo competencias profesionales según su proceso de aprendizaje.

** Todos los años de formación incluyen aprendizaje de campo en urgencias (guardias), autoaprendizaje y clases/trabajo grupal/talleres.

Fuente: Modificado de Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina familiar y Comunitaria: Programa formativo de la Especialidad de Medicina familiar y Comunitaria. 2005.

Estrategias de mejora de la formación especializada

- Elaboración de programas de formación especializada sólidos (Greco y Eisenberg 1993)
- Incorporación de la MFyC en la troncalidad de los planes de estudios de medicina y de políticas activas para la presencia universitaria de profesores de MFyC con estructuras académicas específicas.
- Prueba única nacional de acceso a la formación médica especializada para todas las especialidades, que evalúe competencias y valores profesionales.
- Sistemas de formación médica especializada, basado en el estudio, el autoaprendizaje dirigido que incluya el feed-back y la práctica tutelada con responsabilidad progresiva.
- Introducción de la troncalidad en los programas de formación especializada, que incluya la formación en Atención Primaria para la mayor parte de especialidades. Presencia de los contenidos de la MFyC en todos los troncos y como eje principal del tronco médico.

- Ajuste del número de especialidades a las necesidades socio-sanitarias y a la coordinación con Europa, pero con sistemas de capacitación que respondan a las necesidades del sistema y a los nuevos avances de la medicina.
- Establecimiento de Puentes de Capacitación o Pasarelas entre especialidades del mismo tronco.
- Fomento de la investigación en el periodo de especialización.
- Fomento del aprendizaje de metodologías de mantenimiento y mejora de la competencia, como soporte posterior para el desarrollo profesional y la formación continua.
- Desarrollo y generalización de herramientas docentes y evaluativas
- Evaluación de las competencias adquiridas al final del periodo formativo, como puerta de entrada al desarrollo profesional continuo
- Incorporación los procesos de certificación y recertificación como garantía de desarrollo profesional continuo y vinculación a carrera profesional.

Enfermería Familiar y Comunitaria¹

i) Introducción, referencia histórica y marco actual de la especialidad

Desde la aparición de las primeras Enfermeras de Distrito en Liverpool en la segunda mitad del siglo XIX, de las enfermeras de Salud Pública creadas por Lillian Wald años más tarde en Estados Unidos o más cercanamente las primeras enfermeras visitadoras a principios del Siglo XX, muchas han sido las transformaciones tanto de la formación como del desarrollo de lo que hoy conocemos como Enfermería Familiar y Comunitaria.

La primitiva denominación de Enfermería de Salud Pública siguió siendo utilizada hasta la década de los años 70, momento en el que la OMS y la OPS se plantearon la necesidad de esclarecer la contribución de la enfermera al mejoramiento de la salud de las comunidades y la necesidad de cambios esenciales, tanto en la concepción como en la reforma de los planes de estudios. Así la denominación de "Enfermería Comunitaria" comienza a ser utilizada en 1974 por la OMS al convocar el primer seminario llamado "Community Nursing", que fue llevado a cabo para esbozar un enfoque comunitario de los cuidados de enfermería. Por tanto, no es casualidad la evolución conceptual y de denominación de "salud pública" a "salud comunitaria".

¹ Basado en Comisión Nacional de Enfermería Familiar y Comunitaria, 2009.

Si bien cada país se encuentra en una etapa diferente en el proceso de desarrollo de la Enfermería Comunitaria, las ideas básicas que la definen son compartidas en todo el mundo. En algunos países, a pesar de la ausencia de un programa formativo reglado de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria, se ha venido desarrollando una atención específica de enfermería comunitaria coincidente con la implantación del nuevo modelo de Atención Primaria de Salud iniciado en la década de los años 80 y que emanaba de la Declaración de Alma Ata.

El Real Decreto de Especialidades de Enfermería de 2005 en España se recoge, entre otras, la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. Desde esta perspectiva y tal como define la OMS la enfermera Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria “ha de contar con conocimientos profundos sobre la complejidad, tanto de las personas, familias y grupos como de las interacciones que se producen entre ellos. Así mismo, ha de conocer la comunidad en la que ofrece servicios, los recursos disponibles, las diferentes maneras de interactuar entre sus miembros, etc.” Establece que la enfermera familiar y comunitaria “necesita también estar preparada para intervenir en órganos de salud pública, ya que ella puede identificar elementos en el barrio o en la comunidad que influyen de manera positiva o negativa en la salud de la familia y las personas que la componen. Deberá ser una activa participante de la comunidad en lo que se refiere a programas de salud, incluyendo colegios locales, organizaciones no gubernamentales, grupos de la comunidad, culturales, sociales, religiosos, etc. elaborando una acción comunitaria como un elemento esencial de la Atención Primaria de Salud”.

ii) Competencias de la enfermera especialista en enfermería familiar y comunitaria

Denominación oficial de la Especialidad: Enfermería Familiar y Comunitaria

Duración de la Especialidad: 2 años (pendiente de aprobación definitiva)

Titulación previa requerida: Diplomado o Graduado Universitario en Enfermería

El nuevo programa de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria de España contempla competencias:

- De intervención avanzada en el ámbito familiar y comunitario, relacionadas con la atención directa en el ámbito comunitario a personas a lo largo de su ciclo vital y a las familias en todas sus etapas, tanto en lo que se refiere a su gestión, como planificación y desarrollo.
- De intervención en salud pública y comunitaria, relativas al diseño de programas de educación para la salud, a vigilancia epidemiológica y medioambiental, y a situaciones de emergencia y catástrofe.
- Docentes, tanto con las personas y familias como con estudiantes y profesionales.

- De gestión de cuidados y servicios en el ámbito familiar y comunitario, teniendo en cuenta los principios de equidad, efectividad y eficiencia y desarrollando estrategias de mejora de la calidad asistencial en los cuidados a la comunidad.
- De investigación, para la utilización de la mejor evidencia científica disponible, para generar conocimiento y para difundir el ya existente

En el cuadro 4 se presenta una síntesis de los tipos de especialización en Medicina de Familia y en Enfermería Comunitaria existentes tanto en América Latina como en Europa.

Cuadro 4 – Posgraduación en Medicina y Enfermería Familiar y Comunitaria en América Latina y Europa

Aspecto	América Latina	Europa
Tipos de especialización en Medicina de Familia	Residencia Médica Cursos de especialización	Residencia Médica Homologación y ECOE
Tipos de especialización en Enfermería Comunitaria	Residencia Multiprofesional Cursos de especialización	Residencia Multiprofesional Cursos de especialización

Fuente: Elaboración propia.

III. ESTRATEGIAS DE EDUCACIÓN CONTINUA PARA LA APS

1. ESTRATEGIAS DE EDUCACIÓN CONTINUA EN AMÉRICA LATINA

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

El proceso de Educación Continúa en Salud solo se mantiene sobre las bases de un trabajador que es sujeto de su proceso de trabajo, lo que requiere instituciones más democráticas o que acaba por desencadenar un proceso de democratización institucional (Ribeiro 2006, Haddad 1990, Rovere 1994). Es importante la interacción entre los diversos sectores implicados en la formación, tanto en la atención y en la gestión, como en el control social. Este proceso puede organizarse durante toda la vida laboral; a partir de las necesidades identificadas; con el empleo de métodos activos y participativos: la enseñanza crítica.

De acuerdo con Oxman (1995) y colaboradores, no existe una “píldora mágica” para mejorar la calidad de la salud, pero existen diversas intervenciones que, usadas de forma apropiada y combinada, pueden generar una importante mejoría en la práctica profesional y en los resultados de salud de los pacientes y comunidades. A seguir, haremos una breve descripción de algunos de estos abordajes metodológicos que engloban tanto estrategias de Educación Presencial, como de Educación a la Distancia.

Estrategias de Educación Continua Presencial

i) Directrices clínicas

Las directrices clínicas son identificadas como una herramienta para la organización del modelo de atención. Generalmente son desarrolladas por una sociedad de especialidad; en inglés llamadas *clinical guidelines*, vienen siendo definidas como recomendaciones sistemáticamente elaboradas para auxiliar a los profesionales de salud, y pacientes, en el proceso de toma de decisión sobre el cuidado más apropiado en relación a su salud en situaciones clínicas específicas (Rosenberg 1995). Con el avance tecnológico en el área de salud son innumerables las opciones diagnósticas y terapéuticas disponibles para el manejo de un problema de salud o de enfermedad. Para que los profesionales puedan tomar las mejores decisiones deben disponer de informaciones actualizadas, de calidad, de fácil interpretación y aplicación (Sackett 2003).

Por otro lado, cuando se formulan recomendaciones, el grupo que elabora la guía debe plantearse hasta qué punto éstas son confiables y reportarán más beneficios que daños. Esta decisión compleja - influida por múltiples factores - la convierte en la etapa más delicada en la elaboración de una guía. En muchos casos el esfuerzo y los recursos invertidos en la elaboración de guías no se ven reflejados en su utilización por parte de los profesionales sanitarios o en cambios sustanciales en la calidad asistencial ni en los resultados de salud de la población (Ribeiro 2006, Haddad 1990). Esta situación se pone de manifiesto cuando la elaboración de una guía no va acompañada de un proceso simultáneo que facilite la utilización y aplicación de las recomendaciones. O cuando la directriz o la guía clínica se ha desarrollado en un nivel del sistema - un hospital por ejemplo - que quiere implantarla en un servicio de APS. Las diferencias de proceso de trabajo y de perfil epidemiológico entre servicios de APS y servicios de nivel secundario o terciario impiden que las guías clínicas elaboradas para un contexto sean exportadas a otro sin un proceso de adecuación y validación. En las publicaciones originales sobre metodología para la elaboración de guías, Field y Lohr (1992) destacaban que las “*guías de práctica clínica no se implantan solas*” y que si se quiere que una guía sea efectiva, el proceso de implantación debe ser consistente y planificado de acuerdo con las características de la población-objetivo y con el proceso de trabajo del equipo de APS. Además, las guías o protocolos asistenciales para la APS no pueden basarse sólo en una categoría profesional, debiendo siempre ser elaborados en el ámbito de los distintos roles de cada categoría profesional que caracteriza a los equipos de APS.

Las directrices clínicas pueden ser instrumentos poderosos de gestión, de mejoría de la calidad asistencial para la población y también de educación continua de los profesionales de APS, siempre que se acompañen de un proceso participativo y multiprofesional de adopción, complementado por cambios en el proceso de trabajo (Rogers 2000). Existen evidencias significativas de que el proceso de trabajo se califica, la gestión se torna más ágil y racional, y los pacientes se benefician, cuando se utilizan recursos comprobados por la literatura científica. La utilización sistemática de estos instrumentos, contextualizados por la realidad y capacidad local del sistema de salud, puede contribuir para la resolución de algunos de los llamados obstáculos de los sistemas nacionales de salud.

La implementación de protocolos asistenciales es una medida que puede contribuir para el alcance en los servicios de atención primaria de efectividad, eficiencia, accesibilidad, equidad y que la atención esté centrada en la persona (Stewart 2003). Este proceso de atención no puede ser visto como aislado en las unidades de APS, pues para alcanzar la integralidad es importante que haya una integración entre los distintos puntos o niveles del sistema de salud, con flujo adecuado de pacientes entre estos puntos, así como con una interfaz con otros servicios de otros sectores de las ciudades. Las líneas-guía son justamente la extrapolación de un protocolo asistencial de un servicio exclusivo de salud para toda la red de

cuidados, definiendo atribuciones a cada punto del sistema y un flujo de comunicaci3n adecuado entre ellos.

ii) Consultor acad3mico

El consultor acad3mico puede ser utilizado para suplir la necesidad de desarrollar m3todos efectivos para implementaci3n de directrices o protocolos cl3nicos que aseguren la calidad de la atenci3n a la salud y la adecuada distribuci3n de recursos, enfocado en cambios del proceso de trabajo de los equipos de APS. Entre las atribuciones del consultor acad3mico, junto a los integrantes del equipo de APS, est3 el desarrollo de recomendaciones basadas en evidencias sobre determinado tema o condici3n de salud: iniciando con la identificaci3n de problemas relevantes de la comunidad, considerando los recursos existentes y la aplicabilidad y costo-efectividad de las acciones. El consultor acad3mico realiza una orientaci3n individual de profesionales entrenados, especialmente farmac3uticos, m3dicos o enfermeros (Soumerai, 1990). La meta del consultor acad3mico es modificar la prescripci3n de medicamentos y que esta sea consistente con la mejor evidencia m3dica, seguridad del paciente y costo-efectividad. Es importante que el consultor acad3mico no tenga ning3n v3nculo con la industria farmac3utica (O'Brien 2007).

Estrategias de Educaci3n Continua a Distancia

i) Tele-salud

Diversos estudios demostraron que los m3dicos de APS (Coumou 2006), como los dem3s, tienen dudas decurrentes de su actividad cl3nico-pr3ctica. En este sentido, la tele-educaci3n se constituye en una importante herramienta en el proceso de educaci3n continua en salud porque, adem3s de auxiliar en la elucidaci3n de las principales dudas de la pr3ctica cl3nica y de su potencial en promover la comunicaci3n entre diferentes niveles de atenci3n para garantizar la integralidad, fornece subsidios para planificaci3n de las Unidades de APS con base en indicadores de salud locales y regionales y califica la asistencia a las demandas del paciente en consulta.

Actualmente, la terminolog3a m3s utilizada para la designaci3n del uso de recursos tecnol3gicos es tele-salud, evidenciando que la utilizaci3n de recursos para la comunicaci3n a distancia no se restringe a los profesionales m3dicos, sino tambi3n a los dem3s profesionales que desarrollen actividades en el 3rea de la APS. De acuerdo con Norris (2002), tele-salud es el uso de las tecnolog3as de informaci3n y comunicaci3n para transferir informaciones y datos a los servicios cl3nicos, administrativos y educacionales de salud. Entre los usos m3s conocidos de tele-salud y tele-educaci3n est3n las videoconferencias, los trabajos colaborativos, la educaci3n a distancia, la educaci3n continua, el perfeccionamiento y la actualizaci3n en el 3rea de capacitaci3n profesional, la segunda opini3n formativa, la consulta *on-line*, el tele-diagn3stico por imagen y las capacitaciones de los Agentes Comunitarios de Salud (ACS).

ii) Modelos didáctico-impresos/multimedia

En América Latina, principalmente en Argentina y Brasil, los sistemas de educación continua a distancia, basados en medios impresos y otras estrategias se han popularizado como herramienta para la actualización profesional, más allá de ofrecer puntos para la obtención de certificación o re-certificación de especialistas, incluyendo medicina de familia y comunidad (SEMCAD, 2008). Se componen de material didáctico elaborado por las sociedades científicas e instituciones relacionadas a los profesionales-blancos, sean ellos médicos de familia o enfermeros, con un proceso pedagógico y editorial buscando facilitar el aprendizaje, y con una estructura de acompañamiento y evaluación a lo largo de todo el proceso.

El Programa de Educación Continua a Distancia de Salud Familiar Ambulatoria y Comunitaria – PROFAM (2008), localizado en Argentina, pero con alcance en diversos países de América Latina, es un curso esencialmente clínico, desarrollado sobre los preceptos de la epidemiología clínica y de la medicina basada en evidencias, donde se abordan diferentes temas de manera práctica, enfocando en las tareas habituales de los profesionales de APS.

Evaluación de prácticas de Educación Continua

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

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

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

2. FORMACIÓN CONTINUADA Y RECERTIFICACIÓN PROFESIONAL EN EUROPA

Formación continuada y recertificación profesional UE

En las ciencias médicas y en su práctica clínica actual, hay permanente cambio e innovación en los conocimientos y en las técnicas de diagnóstico y tratamiento. Esto direcciona al médico y al personal paramédico hacia la actualización continua y permanente, así como hacia el anhelo ético del profesional de la medicina de adquirir una formación que le permita mejorar la atención de sus pacientes.

Es bien sabido que por muchos años que se alargue el grado y la formación especializada si no hay procesos de desarrollo profesional no hay garantía de mantenimiento de la competencia por:

- ▶ Obsolescencia de los conocimientos
- ▶ La tasa de olvido
- ▶ La necesidad de incorporar, mantener y mejorar las habilidades y actitudes
- ▶ La necesidad de incorporar nuevas competencias

Múltiples estudios demuestran la correlación entre los años de fin de especialidad y los conocimientos que somos capaces de mantener. El 50% de los conocimientos médicos se modifican de forma significativa en un periodo de entre 3-5 años.

Si el médico no actualiza sus conocimientos, es probable que en 5-10 años pierda su competencia profesional. El desarrollo profesional continuo a través de la formación continua tiene el objetivo de establecer, mantener y mejorar la competencia necesaria de los profesionales para adaptarse a los cambios sociales y al progreso científico y tecnológico. Y esto lo justifica el compromiso que el médico tiene con las personas, con la sociedad, con la profesión, con la mejora continua de la calidad y por compromiso ético

En síntesis, desde la perspectiva del desarrollo profesional, la formación continua puede ser definida como el elemento cualitativo que potencia este desarrollo mediante el aprendizaje o actualización en nuevas alternativas para el desempeño laboral, bien para responder directamente a las exigencias del empleo, o para las necesidades surgidas de la visión del propio profesional.

La formación médica continuada no está reglamentada de manera generalizada en Europa, lo que posibilita que cualquier organización, pública o privada, pueda establecer sistemas de formación y sus correspondientes requisitos de acreditación y realización de actividades. En este amplio marco que engloba la formación médica continuada pretenden situarse todos los organismos e instituciones que creen que

deben participar en este cometido: los Ministerios de Salud/Sanidad, los Colegios profesionales, las universidades, los sindicatos médicos y las sociedades científicas.

La formación médica continua es un derecho de los pacientes y un deber de cualquier médico. En España, la situación de la formación médica continuada ha mejorado tras el convenio conseguido en el Consejo Internacional del Sistema Nacional de Salud que ha creado la Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud. Las sociedades científicas, ya han mostrado el importante papel que han desempeñado y su capacidad para la formación continuada del profesional médico y la necesidad de que les sea otorgada la acreditación delegada. Desde este punto de vista, son las sociedades científicas los entes que pueden valorar mejor la adecuación de una actividad de formación continuada hacia un perfil profesional concreto. También reconocen la necesidad de que la administración desempeñe un papel armonizador y de supervisión sobre los sistemas de acreditación.

En la actualidad, en Europa estamos asistiendo a un desplazamiento desde la voluntariedad de la FMC/DPC a su obligatoriedad. En términos generales, quienes postulan la obligatoriedad de la FMC/DPC lo hacen en base a asegurar que los médicos y los especialistas en concreto mantengan su competencia profesional en la prestación asistencial para los pacientes.

La UEMS (Union Européenne des Médecins Spécialistes) creó el Consejo Europeo de Acreditación de la Formación Médica Continuada (EACCME) con el objetivo de ayudar a los especialistas médicos europeos a acumular créditos de FMC a través de su asistencia a reuniones internacionales aprobadas/acreditadas por los organismos nacionales de acreditación, con objeto de evitar duplicaciones del proceso.

En este sentido, EACCME está destinado a convertirse en una especie de "clearing house" europea, para los países de la UE y sus organismos acreditadores. El objetivo fundamental es obtener un reconocimiento por parte del organismo acreditador nacional y, a la vez, por la sección de la especialidad correspondiente de la UEMS.

La cuestión fundamental radica en saber cuáles son los sistemas que resultan más eficientes. Así múltiples investigadores han tratado de valorar las evidencias de algunas de ellas. El NHS Centre for reviews and dissemination de la Universidad de Nueva York en 44 revisiones sistemáticas demostraron la poca base de evidencia con la que cuentan muchas intervenciones de uso generalizado como la difusión de material impreso, la formación continuada con enfoque pasivo y los programas de mejora de la calidad.

La mayoría de las intervenciones efectivas incluyen:

- ▶ La participación activa de los profesionales
- ▶ Adaptación a las circunstancias concretas

- ▶ Acercamiento de las recomendaciones al nivel de decisión
- ▶ Esfuerzos sostenidos capaces de crear un ambiente positivo a la práctica propuesta

Greco y Eisenberg (1993) determinaron que los instrumentos más utilizados en el objetivo de mejora de competencias son la formación, el feed-back, la participación activa en el proceso de formación continuada, las reglas administrativas y los incentivos y penalizaciones financieras, pero que estos aisladamente no tienen impacto y para tenerlo deben combinarse. Giufrida y cols (2009) en 1 estudio dónde evalúa 149 prácticas determina que no existen evidencias de que los pagos por objetivos ofrezcan un método para mejorar la atención y que las actividades clásicas de educación médica continua no garantizan un mejor estilo de práctica y los mejores resultados en los pacientes. Diferencia entre la práctica real y la ideal. Davis y col (1995) en 14 ensayos sobre el efecto de las intervenciones de EMC observa que los factores que influyen en la práctica son internos al individuo: Motivación (creencias, valores y expectativas) y competencia y externos o del entorno: organización: barreras a superar, tiempo, número de profesionales y sistemas de colaboración entre el equipo o con otros niveles y sectores.

Grimshaw y Rusell (1993) en una revisión sistemática sobre el efecto de las guías clínicas en la práctica médica obtienen como conclusiones consistentes que:

- Las intervenciones educativas sin la intervención activa del receptor de las mismas no suelen tener influencia en el cambio del comportamiento.
- Las intervenciones multifactoriales: supervisión más retroalimentación (audit-feed-back), visitas educativas en el lugar del trabajo más recuerdos periódicos son más efectivas que las intervenciones simples.
- No todas las estrategias de intervención son efectivas en todas las circunstancias.

De forma paralela, en múltiples países se asiste al diseño de la carrera profesional, que es definida por Carrell, Elbert y Hatfield (1995) como "*proceso de diseño e implantación de objetivos, planes y estrategias que posibilita a los profesionales de recursos humanos y directivos satisfacer las necesidades en materia de fuerza de trabajo y permite a los individuos alcanzar sus objetivos profesionales*". Sus objetivos son:

- ▶ Motivar e incentivar
- ▶ Potenciar el crecimiento y el avance profesional
- ▶ Mejorar la competencia del profesional
- ▶ Promover la excelencia en el desempeño
- ▶ Potenciar el crecimiento y la mejora de la empresa

- ▶ Reconocer y premiar al mejor: capacidad de discriminación
- ▶ Promover la innovación y el avance
- ▶ Mejorar la satisfacción profesional e indirectamente la del pacientes

Al mismo tiempo, algunas sociedades científicas ya han creado su sistema de acreditación de actividades de formación continuada con el objetivo de proporcionar al médico criterios de calidad, definidos para seleccionar aquellas actividades formativas más adecuadas, para mantener y mejorar su competencia profesional, estimular la docencia y la formación continuada y mejorar la calidad de las actividades de dicha formación.

En Europa, los diversos sistemas existentes en los distintos países, hacen que dependa de cada autoridad médica nacional la presencia de procesos de recertificación que se implementaron en 2003, similares a la recertificación necesaria cada cinco años para el médico general en el Reino Unido. Esta recertificación es primordial también para el médico general en los Países Bajos y en Noruega (Tabla 3).

Tabla 3 – Procesos de reacreditación o recertificación profesional en Europa

Pais	Periodicidad	Crédito/año	Evaluación por pares	Examen	Régimen salarial
Bélgica	3	20h	Si	no	Si
Croacia	6	120h	Si	no	Si
Rep. Checa	5		No	no	
Estonia	5	80h	No	no	
Hungría	5	150h	Si	no	
Italia	5	30h	No	test	
Lituania	5	40h	No	no	
Holanda	5	40h	Si	no	
Noruega	5		Si	No	25%
Rumania	5	200/5	No	no	
Eslovaquia	5	200h	No	no	
Eslovenia	7	No	No	Si	
Reino Unido	5		Si	Portafolio	

Fuente: Euract (WONCA) 2004

Los sistemas de acreditación y reacreditación deben ir orientados a estimular el mantenimiento y mejora de la competencia.

- ▶ Debe ser activo, reflexivo y por lo tanto centrado en el profesional y los objetivos que este debe conseguir
- ▶ Debe ser planificado y secuencial
- ▶ Debe ser incentivado y favorecido
- ▶ La formación continuada es una de las herramientas del desarrollo profesional, pero su mera realización no garantiza este desarrollo.
- ▶ Los procesos de reacreditación y recertificación basados en la competencia pueden favorecer el DPC.
- ▶ La carrera profesional debe estar ligada al reconocimiento de competencias y la evaluación del desempeño.

Formación continuada y recertificación profesional dirigida al reconocimiento de título de especialista en medicina familiar para médicos generales

De forma paralela al debate de la recertificación de los que ya son especialistas y se debe comprobar el mantenimiento de la competencia, se encuentra el debate de la homologación para aquellos profesionales que ya trabajan en un ámbito pero que no han cursado la especialidad correspondiente. A este efecto, se han desarrollado varios procesos para el acceso a la especialización de los profesionales ya integrados en la Atención Primaria.

En España, durante los años 90 se estableció un proceso formativo basado en la acreditación del tiempo trabajado (al menos 5 años en Atención Primaria) y la realización de un curso presencial de 3 meses de duración y la realización de un proyecto personal. Posteriormente se estableció otro modelo de reconocimiento del título basado en la experiencia previa, la acreditación de 300 horas de formación en el marco competencial de la medicina de familia y en la realización de una Evaluación Clínica Estructurada Objetiva de 9 estaciones ECOE- OSCE). La ECOE es una prueba de evaluación de la competencia profesional del aspirante en situaciones muy similares a las que se producen en el entorno real del especialista en Medicina Familiar y Comunitaria en el ejercicio de su actividad profesional. Esta prueba tiene un carácter eminentemente práctico, orientada a valorar la competencia profesional del interesado en el ejercicio de sus funciones como Médico de Familia, a través de la resolución de diversos casos clínicos adaptados a los contenidos formativos propios de la especialidad, y articulada en un circuito de estaciones o situaciones por las que los interesados rotarán de forma consecutiva.

En la prueba ECOE están incluidas las siguientes competencias clínicas:

- Habilidades clínicas básicas: Anamnesis y exploración física.
- Comunicación
- Habilidades técnicas
- Manejo de las situaciones (diagnósticas, terapéuticas y de seguimiento)
- Atención a la familia
- Habilidades preventivas

Con las normativas europeas este proceso se encuentra en su fase final y este año será la última ECOE para reconocimiento del título. De todas maneras aquellos médicos que ya estén en activo desde el año 1995 en el Servicio Público de Salud podrán seguir ejerciendo su trabajo, aún sin poseer el título de especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Los médicos que finalizaron su Grado a partir del año 1995 deben realizar una formación postgrado de manera obligatoria para poder ejercer en el Servicio Público de Salud.

IV. AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD

Los Agentes Comunitarios de Salud (ACS) actúan en los sistemas de salud de algunos países de América Latina integrados a la red de Atención Primaria de Salud. En Europa, todavía, los sistemas sanitarios no han incorporado este profesional en el intento de acercar los equipos de atención primaria a la comunidad. En América Latina, la relación establecida entre los profesionales de APS de nivel superior y medio con los Agentes Comunitarios de Salud pretende garantizar que las acciones de promoción, prevención y de responsabilidad sanitaria - vigilancia - tengan mayor compromiso comunitario. En Brasil, el mejor ejemplo de estructuración de un programa de agentes comunitarios es el programa del estado de Ceará, donde de forma pionera, se construyó una política que ha trascendido aspectos políticos y coyunturales y fue la base del Programa Nacional que se inició en 1994 y perdura hasta hoy, llamado Programa de Agentes Comunitarios de Salud (PACS).

A pesar de la experiencia exitosa en varios países con relación al trabajo de los Agentes Comunitarios de Salud en APS, aún existen pocos estudios experimentales que evalúen la efectividad de sus acciones en este nivel de atención. Aún menos frecuentes son los estudios de costo-efectividad (Walker 2005). Los estudios en general evaluaron de manera focalizada el impacto de las acciones del ACS, generalmente enfocando un grupo poblacional específico por un período del ciclo vital o por enfermedad. En su conjunto, estos estudios pudieron identificar que el trabajo de los ACS pueden incrementar el acceso de los usuarios a los servicios de salud (Swider 2002), con el aumento del rastreo de enfermedades, con una mejora de la cobertura de vacunación en niños y adultos, con mejora de los cuidados para enfermedades infecciosas seleccionadas, y, también, se ha mostrado positivo en relación a la promoción de la lactancia materna (Lewin 2005). La actuación de los ACS, parece estar relacionada a una reducción de las tasas de hospitalización entre menores de cinco años, reducción de la mortalidad materna, mejora del cuidado de niños desnutridos y mejor desarrollo neurológico en niños con retraso en el desarrollo. En el cuidado a pacientes con enfermedades crónicas no-transmisibles, en especial la hipertensión, diabetes, dislipidemia, así como en portadores de enfermedades cardiovasculares ya instaladas, se están acumulando evidencias de resultados positivos de las intervenciones realizadas por los ACS, principalmente relacionados a los resultados intermedios, como el control de los niveles presóricos, glicéricos y lipídicos. Otro efecto demostrado en estos estudios es la capacidad de reducir inequidades de salud cuando se promueve el acceso de forma amplia a los grupos de mayor vulnerabilidad social. El trabajo de los ACS se mostró efectivo también en el cuidado de individuos portadores de enfermedades infecciosas.

Con base en estas evidencias se puede percibir el grado de importancia de la necesidad de este profesional en la calificación del cuidado prestado en APS. Sin embargo, para alcanzar niveles de alta calidad y efectividad es esencial el desarrollo de un proyecto de formación específico para los ACS. Es clara también la necesidad de realizar evaluaciones tanto del proceso de trabajo, como de los resultados de la actuación del agente comunitario de salud, para que se tengan evidencias más robustas acerca de su rol en la APS.

1. EL ROL DEL AGENTE COMUNITARIO DE SALUD Y SUS COMPETENCIAS

Uno de los principios fundamentales de la organización de las acciones de los Agentes Comunitarios de Salud es su vinculación con el territorio lo que garantizará la identidad cultural entre el ACS y la comunidad. El ACS debe actuar, de preferencia, en la misma área donde reside. Esto, asociado al rol de vínculo entre el equipo de salud y la comunidad, evidencia su importancia para las acciones desarrolladas por el equipo de APS (Aerts 2004), principalmente las de carácter educativo y de promoción de la salud.

Entre las competencias de los agentes de salud podemos listar: atribuciones que forman parte del conocimiento del área de adscripción (realización del registro de familias, mapeo, identificación de micro-áreas de riesgo, identificación de individuos y familias en situación de alta vulnerabilidad social y sanitaria), atribuciones que forman parte del acompañamiento, monitoreo y prevención de enfermedades de importancia epidemiológica local (prevención y acompañamiento de enfermedades crónicas no-transmisibles como las enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, diabetes mellitus, etc.) y atribuciones acerca de actividades de promoción de la salud general (cuidados con entorno) o específicas (lactancia materna exclusiva, cuidado al recién-nacido, inmunizaciones, rehidratación oral). En relación a la educación en salud y promoción los temas principales a abordar serían: promoción del auto-cuidado y de hábitos promotores de salud como la higiene personal, desarrollo de acciones de educación en salud, sea en el ámbito familiar sea en grupos de educación. Y, aún, actuar en la vigilancia sanitaria y ambiental, así como fomentar la participación comunitaria, entre otros (Bornstein 2008). Sus competencias relacionadas a la orientación comunitaria de los equipos de APS son también amplias, dado que cabe al ACS apoyar la realización de diagnósticos de comunidad y de la situación de salud, la vigilancia en salud, el rastreo de enfermedades, y otras formas de acción comunitaria. Estas atribuciones son características indiscutibles del rol del ACS, e incluso dependen decisivamente de la actuación de los agentes comunitarios de salud para que se puedan cumplir dentro del equipo multiprofesional de APS.

2. ESTRATEGIAS DE FORMACIÓN DE AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD

Las estrategias de formación de los ACS deben incluir un modelo de formación básica (cursos técnicos para Agentes Comunitarios de Salud) y modelos de educación continuada donde se habilitará la

actualización y perfeccionamiento de las acciones desarrolladas y la adquisición continua de las atribuciones ya citadas frente a problemas reales y concretos enfrentados por los agentes en sus actividades habituales. En Brasil, Vidal y cols (2003) verificaron una alta frecuencia de cumplimiento de intervenciones en la práctica asistencial (80-99%) relacionada a orientaciones alimentares, vigilancia del crecimiento sobre el calendario de inmunizaciones y también en cuanto a las verificaciones de señales de riesgo y alerta de un programa de Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes en la Niñez conducidas por los ACS, después de una capacitación sobre el tema. En otros países como Bolivia y Colombia, los ACS participan de modelos de formación específicos para la salud del niño (AIEPI), siendo fundamentales para desarrollar acciones de prevención y promoción de la salud dentro de estos programas.

Según un estudio conducido en la ciudad de Sorocaba, en Brasil (Duarte 2007), es necesario considerar en la formación de los agentes comunitarios de salud los diferentes aspectos del proceso salud-enfermedad. Conocimientos como el abordaje comunitario, la construcción de espacios de control social, además del saber biomédico, precisan ser incorporados en su formación. Otros conocimientos, como métodos sencillos de planificación, de priorización de las acciones y de abordaje familiar, deben favorecer el proceso de identificación de las necesidades de las familias, así como la interacción con las mismas.

Para la construcción de un referencial curricular para los cursos técnicos de agentes comunitarios de salud, se debe definir el encuadramiento profesional del ACS: o inserto dentro del grupo de profesionales del área de enfermería (en la medida en que actúa realizando cuidados en salud), o definir que el ACS es un trabajador singular en el ámbito del sistema de salud, considerando su relevancia en el contexto de cambio de las prácticas de salud y su papel social junto a la población, sobre todo, por su rol de mediador social (Bornstein 2008). En Brasil, se ha definido que el ACS es un trabajador de salud singular, con características, atribuciones y competencias propias, lo que implica un proceso de formación diferenciado de las otras categorías profesionales. Tanto que en 2002 (Brasil 2002), esta profesión fue legitimada, por medio de una ley del Ministerio de la Salud. El ACS en Brasil debe, según esta normativa, desarrollar actividades de prevención de enfermedades y promoción de la salud, por medio de acciones educativas individuales y colectivas, en los domicilios y en la comunidad, con énfasis en actividades de vigilancia sanitaria. Así, su proceso de formación, definido en conjunto por los Ministerios de Salud y de Educación, debe llevar en consideración la valorización de la singularidad profesional del ACS, como un trabajador de salud con interfaz en la asistencia social, educación y medioambiente.

Es importante enfatizar que el proceso de formación de los ACS en muchos países de América Latina es todavía fragmentado e insuficiente para desarrollar las competencias necesarias para el adecuado desempeño de sus atribuciones. Se necesita reconocer también que en el proceso de apropiación del conocimiento biomédico por parte del ACS, el conocimiento popular acaba, muchas veces, poco valorado y

puesto en segundo plan en razón del prestigio social que el nuevo conocimiento le confiere (Tomaz 2002). Distintas iniciativas han sido propuestas para que el proceso de formación pase a incorporar no solamente el desarrollo de competencias técnicas características de su función, sino que sean inductoras de autonomía, de inclusión y de ciudadanía como es el caso de la continuidad de la formación básica a través de la educación continua en servicio. Según la OMS, la adecuación del conocimiento objeto del proceso de educación continua del ACS debe estar fundada en sus necesidades reales y las de la comunidad donde está inserto (OMS 1988), del mismo modo que lo subrayamos para los cursos de especialización en servicio para los médicos de APS.

La propuesta del Ministerio de Salud de Brasil para la construcción del curso técnico básico de formación del ACS está dirigida a la preparación de técnicos de nivel medio que deben actuar en equipos multiprofesionales para que desarrollen acciones de cuidado y protección de la salud de individuos y grupos sociales, en domicilios y colectividades junto a los equipos de APS (Brasil 2004). Las competencias que definen el perfil del Agente Comunitario de Salud en Brasil son:

- Integración del equipo de salud con la población local: desarrollo de acciones que busquen esta integración, considerando las características y las finalidades del trabajo y el acompañamiento de individuos, grupos sociales y colectividades.
- Planificación y evaluación: realizar estas actividades en conjunto con el equipo, en el ámbito de adscripción de la Unidad de APS.
- Promoción de la salud: desarrollo, en equipo, de acciones de promoción de la salud con vistas a la mejoría de la calidad de vida de la población, la gestión social de las políticas públicas de salud y el ejercicio del control de la sociedad sobre el sector salud.
- Prevención y monitoreo del riesgo ambiental y sanitario: desarrollo de acciones de prevención y monitoreo dirigidas a las situaciones de riesgo ambiental y sanitario para la población, conforme al plan de acción del equipo de salud.
- Prevención y monitoreo de grupos específicos y de morbilidad: desarrollo de acciones de prevención y monitoreo dirigidas a grupos específicos y a enfermedades prevalentes, conforme definido en el plan de acción del equipo de salud y en los protocolos de salud pública.

A partir de este perfil de competencias profesionales del Agente Comunitario de Salud se puede estructurar una propuesta de curso de formación básica del Agente Comunitario de Salud por módulos, en la perspectiva de la habilitación profesional y técnica, no impidiendo su incorporación concomitante al trabajo en equipo. Este grupo de competencias, aliadas a un proceso de identificación de necesidades de

conocimientos, habilidades y actitudes originadas de la práctica diaria del ACS, son también, la base para la definición de un programa de educación continuada de estos profesionales, obviamente con la incorporación de los otros integrantes del equipo de APS.

V. CONCLUSIONES

A pesar de las diferencias apuntadas en el proceso de formación profesional para atención primaria de salud en Europa y América Latina, algunas conclusiones generales son posibles.

Primera:

Es imperativo un esfuerzo de los gobiernos, en el área de salud y de educación, de las sociedades de especialistas y/o de los sindicatos profesionales, de los profesionales y de los órganos de control social de los sistemas de salud para la ampliación de la participación de la medicina de familia y de la enfermería familiar y comunitaria en las facultades por medio de departamentos específicos, con asignaturas obligatorias longitudinalmente a cada carrera universitaria y con internados obligatorios específicos en medicina de familia y enfermería familiar y comunitaria en la etapa final de cada carrera. Tanto mejor serán estas asignaturas, cuanto mejor estén entrenados los médicos y enfermeros familiares y comunitarios como docentes y tutores. El escenario ideal para el desarrollo de estas actividades en el pregrado parece ser la conformación de distritos docente-asistenciales, donde la integración entre la universidad y la red de servicios de salud beneficie tanto al alumnado, como la población por medio de la calificación de la enseñanza y de la asistencia.

Segunda:

Como ya definido en Europa, el modelo ideal de formación del especialista en medicina de familia es la residencia médica. Este modelo debería ser objeto de incentivo gubernamental para alcanzar el estándar de 50-60% del total de médicos de cada país como médicos de familia. La enfermería familiar y comunitaria posiblemente también se beneficiará en desarrollar el modelo de residencia como el modelo ideal de especialización para la práctica de la atención primaria de salud.

Tercera:

Los médicos y enfermeros sin formación específica para trabajar en atención primaria de salud, pero ya integrados en las redes asistenciales de APS, deben ser público-diana de estrategias de especialización en servicio, que tengan en consideración el mantenimiento de su práctica profesional, pero con el objetivo de calificar estos profesionales, elevando la calidad asistencial media de toda la red de atención primaria. Europa, y en particular España, tienen experiencias exitosas en este sentido que pueden ser adaptadas para la realidad latinoamericana.

Cuarta:

El desarrollo fundamental de estrategias de educación continua es un desafío para ambos continentes. No hay un formato ideal, pero sí recomendaciones que deben ser seguidas: participación activa de los profesionales, adaptación a las circunstancias concretas, acercamiento de las recomendaciones al nivel de decisión y esfuerzos sostenidos capaces de crear un ambiente positivo en la práctica propuesta.

Quinta:

La incorporación de los agentes comunitarios de salud a los servicios de atención primaria en América Latina tiene la potencialidad de ampliar la efectividad de la APS. Sin embargo, para alcanzar tal fin, las competencias y el rol profesional de los agentes dentro de los equipos debe ser claramente definido, configurando el agente comunitario como un trabajador de salud singular. De esta forma, su proceso de formación debe ser específico para la adquisición de sus competencias profesionales y para que pueda ejercer efectivamente su papel dentro de los equipos.

Frente a los innumerables desafíos para ampliar y calificar la formación profesional para la atención primaria de salud en Europa y América Latina, las estrategias de colaboración intercontinentales son muy importantes, para evitar que algunos países sigan caminos desastrosos y otros puedan adaptar estrategias ajenas exitosas a sus realidades, contribuyendo para la consolidación de sistemas de salud universales e integrales, centrados y ordenados por la atención primaria, con el compromiso de la búsqueda de mejorar el estado de salud de población con equidad.

VI. REFERENCIAS

Aerts D, Ferraz L. Agente comunitário de saúde em Porto Alegre: "um vendedor de saúde". Saúde em Debate. 2004; 28 ((66)): 68-74.

American Board of Internal Medicine. Project Professionalism. 2001. Disponible en: <https://www.abim.org/pdf/publications/professionalism.pdf>

Anderson, MIP, Demarzo, M, and Rodrigues, RD. A Medicina de Família e Comunidade, a Atenção Primária à Saúde e o ensino de graduação: recomendações e potencialidades. 2004. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.

Boerma WGW, Dubois CA. Mapping primary care across Europe. In Saltman RB, Rico A, Boerma, W, edit. Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Berkshire: Open University Press; 2006. p. 22-49.

Bonal P, Casado V, Serrano M. Atención Primaria de Salud. En: Serrano M, Casado V, Bonal P, editores. Manual de medicina de familia: guía educativa. Pp: 23-43. Barcelona: Ariel; 2005.

Bornstein VJ, Stotz EN. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão da literatura. Ciência & Saúde Coletiva. 2008; 13 (1): 259-68.

Borrell-Carrio F, Suchman AL, Epstein RM. The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry. Ann Fam Med. 2004 Nov-Dec;2(6):576-82. Disponible en <http://www.annfammed.org/cgi/reprint/2/6/576>

Brailovsky C. La importancia de la evaluación profesional en la práctica de la medicina familiar. Isla Margarita: WONCA, CIMF; 2003. Disponible en: URL: <http://www.cimfweb.org/bn_admin/include/images/pdf/Doc_Tec_esp.pdf>

BRASIL .Ministério da Saúde.Ministério da Educação. Referencial curricular para curso técnico de agentes comunitários de saúde: área profissional saúde. 2004. Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. Cria A profissão de Agente Comunitário de Saúde. lei 10.507. 20-7-2002.

Buchel TL, Edwards FD. Characteristics of effective clinical teachers.Fam Med. 2005 Jan; 37(1):30-5. Disponible en: <http://www.stfm.org/fmhub/fm2005/January/Tamara30.pdf>

Campos FE, Ferreira JR, Feuerwerker L, Sena R. Caminhos para Aproximar a Formação de Profissionais de Saúde das Necessidades da Atenção Básica. Revista Brasileira de Educação Médica. 2001; 25 (2): 53-9.

Campos GWS. Educação médica, hospitais universitários e o Sistema Único de Saúde. Cad. Saúde Pública. 1999; 15 (1): 187-93.

Campos, GWS. Papel da rede de atenção básica em saúde na formação medica- diretrizes. 2005. Rio de Janeiro, ABEM.

Carrell M, Elbert N y Hatfield R. Human Resource management: Strategies for managing a diverse and global workforce. Fort Worth, TX. Harcourt/Dryden. 2000.

Carta de Fortaleza. Seminário internacional sobre saúde da família formação, certificação e educação permanente do médico de família. Carta de Fortaleza. Fortaleza, Brasil: 2001.

Casado V, Serrano M, Bonal P. Medicina de Familia y Comunitaria._En: Serrano M, Casado V, Bonal P, editores. Manual de medicina de familia: guía educativa. Pp. 45-65. Barcelona: Ariel; 2005.

Casado V. La residencia en medicina familiar y comunitaria: 4 años, suma y sigue_Atención Primaria. 2005. Extraordinario I: 35: 5-38.

- Casado V. La salud y el médico de familia en la Europa del siglo XXI. Centro de salud. 2001: (1). 9: 18-24
- Casado V et al. Tratado de Medicina de Familia y Comunitaria. Barcelona. semFYC ed. 2007.
- Casado V. Troncalidad y Medicina de Familia. Atención primaria. 2009: 41 (4) 179-80.
- Castro Filho ED, et al. Especialização em Medicina de Família e Comunidade e o Desafio da Qualificação Médica para a Estratégia Saúde da Família. Rev Bras Med Fam Com. 2008 (Sup 2).
- Cátedras de patrocinio de Medicina de Familia y Academia de Medicina Familiar y Comunitaria de España. Competencias, contenidos y Metodologías de la asignatura de Medicina Familiar y comunitaria. 2009. Disponible en:
http://www.semfyec.es/pfw_files/cma/Informacion/modulo/documentos/Medicina%20de%20Familia/asigmadefam.pdf
- Ceitlin J. La medicina familiar en América Latina. Presentación. Aten Primaria. 2006; 38 (9): 511-4.
- CIMF-WONCA. I CUMBRE Iberoamericana de Medicina Familiar de 14-17 de Mayo 2002. 2002. Sevilla, España.
- CIMF-WONCA. I Reunión Iberoamericana de Expertos en Certificación Profesional y Acreditación de Programas en Medicina Familiar, en Isla Margarita. 2003. Isla Margarita, Venezuela.
- CIMF-WONCA. III Cúpula Iberoamericana de Medicina Familiar - Declaração de Fortaleza, 2008. Fortaleza, Brasil.
- Comisión Nacional de Enfermería familiar y Comunitaria. Guía formativa de la Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. Ministerio de Sanidad y Política Social. Madrid. 2009
- Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Programa Oficial de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid; 2005. Disponible en: URL: <http://www.msc.es/profesionales/formacion/docs/medifamiliar.pdf>
- Conill, E. M. and Fausto, M. C. R. Análisis de la problemática de la integración de la aps en el contexto actual: causas que inciden en la fragmentación de servicios y sus efectos en la cohesión social. 2007. Fundação Oswaldo Cruz/ Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Brasil) e Fundação para la Cooperación y Salud Internacional Carlos III (Espanha).
- Coumou HC, Meijman FJ. How do primary care physicians seek answers to clinical questions? A literature review. J Med Libr Assoc. 2006; 94: 55-60.
- Davis DA, Thomson MA, Oxman AD, Haynes RB. Changing physician performance. A systematic review of the effect of continuing medical education strategies. JAMA. 1995 Sep 6;274(9):700-705.
- Declaraciones de las Conferencias de Ministros participantes en el proceso de Bolonia de creación del Espacio Europeo de Enseñanzas superiores: Declaración de la Sorbona de 25 de mayo de 1998, Declaración de Bolonia de 19 de junio de 1999; Comunicado de Praga de 19 de mayo de 2001; Declaración de Berlín de 19 de septiembre de 2003; Declaración de Bergen de 19-20 de mayo de 2005; Declaración de Londres de 17-18 de mayo de 2007; Declaración de Leuven de 28-29 de abril de 2009. Disponibles en: <http://www.eees.es/es/documentacion>
- Doyle, GA and Patricoski, CT. Costs of Teaching for Community Teachers of Family Medicine. Society of Teachers of Family Medicine (For the Office-based Teacher of Family Medicine). 1997. 27-5-2008.
- Duarte L.R, Silva D.S, Cardoso S.H. Construindo um programa de educação com agentes comunitários de saúde. Interface (Botucatu). 2007; 11 (23): 493-47.
- Engel G. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science. 1977;196:129

Epstein RM, Hundert EM. Defining and assessing professional competence. *JAMA* 2002 Jan 9;287(2):226-35

Euract. GP/FM training schemes in Europe (2004). Disponible en: URL: <http://module.achg.be/euract/Specialist/Euract03SPEC1+2horiz.php>

Field MJ, Lohr KN. Guidelines for clinical practice. From development to use. Washington, DC: National Academy Press; 1992.

Fincher RM. The road less traveled--attracting students to primary care. *N Engl J Med*. 2004; 351 (7): 630-2.

Flexner A. *Universities: American, English, German*. Oxford. University Press. 1930

Gérvas J, Fernández MP. Atención Primaria fuerte: fundamento clínico, epidemiológico y social en los países desarrollados y en desarrollo. *Rev Bras Epidemiol*. 2006; 9 (3): 284-400.

Gervas J, Mena Pane O, Mainar, A S Capacidad de respuesta de la Atención Primaria y buena reputación profesional, algo más que buen trabajo clínico *Med Clin (Barc)* 2007; 128(14):540-4 Disponible en <http://www.doyma.es>

Giuffrida A, Gosden T, Forland F, Kristiansen IS, Sergison M, Leese B, Pedersen L, Sutton M. Pagos por objetivos en la atención primaria: efectos sobre la práctica profesional y sobre los resultados de la atención de salud. In: *The Cochrane Library, Issue 1, 2009*. Oxford: Update Software Disponible en <http://www.cochrane.org/reviews/es/ab000531.html>

Goic A. Seminario sobre formación de médicos en la actualidad en Chile / Medical training in Chile at the present time. *Rev Med Chile*. 2003; 131 (2): 209-12.

Gómez T, Ceitlin J. *Medicina de Familia: La clave de un nuevo modelo*. Madrid: semFYC & CIMF; 1997.

Gonzalez B, Barber P. Oferta y Necesidad de Médicos especialistas en España (2006-2030). Disponible en http://www.msc.es/novedades/docs/necesidadesEspeciales06_30.pdf

Greco PJ, Eisenberg JM. Changing physicians'. *N. Engl J Med* 1993, 329 (17) 1271-3

Green L, Yawn B, Dovery S, Novo W. The ecology of medical care revisited. *New Engl J Med*. 2001; 344: 2021-5.

Grimshaw JM, Russell IT. Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations. *Lancet*. 1993 Nov 27;342(8883):1317-1322.

Grishaw JM, Winkens RAG, Shurran L, Cunningham C, Mayhew A, Thomas R, Fraser C. Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 1, 2007*. Oxford: Update Software. Disponible en <http://212.169.42.7/newgenClibPlus/pdf/CD005471-ES.pdf>

Grupo de Trabajo semFYC. Perfil profesional básico del médico de familia. Documentos semFYC, 4. Barcelona: semFYC 1994

Grupo de trabajo semFYC. Sobre bioética y medicina de familia. Documentos semFYC, 7. Barcelona: semFYC; 1996

Grupo de troncalidad del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la salud. *La Troncalidad en las Especialidades Médicas*. Ministerio de Sanidad y Ministerio de Educación. Madrid 2008. Disponible en: <http://www.semfy.com/es/e-commerce/tienda/catalogo/detalle/La+troncalidad+en+las+especialidades+m%E9dicas/>

Haq C, Ventres W, Hunt V, Mull D, Thompson R, Rivo M et al. Family practice development around the world. *Family Practice*. 1996; 13 (4): 351-6.

- Haddad J, Roschke M, Davini M. Proceso de Trabajo y Educación Permanente de Personal de Salud: Reorientación y Tendencias en América Latina. *Educ Med Salud*. 1990; 24 (2): 136-204.
- Jovell J A. El futuro de la profesión médica. Análisis del cambio social y los roles de la profesión médica en el siglo XXI. <http://www.fbjoseplaporte.org/docs/futuropm.pdf>
- Lewin SA, Dick J, Pond P, Zwarenstein M, Aja G, van WB et al. Lay health workers in primary and community health care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005 (1): CD004015.
- Ley 44/2003 de 21 de noviembre de Ordenación de Profesiones Sanitarias. BOE nº 280. 22 de noviembre de 2003.
- Llamas JS. Cómo puede convertirse un tutor en un docente efectivo. *Aten Primaria*. 2007; 39: 151-5.
- Malvárez S, Castrillón M. Panorama de la fuerza de trabajo en enfermería en América Latina: segunda parte. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 2006; 14 (3): 145-65.
- Macinko, J., Starfield B., Shi, L., The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. *Health Services Research* 38:3 (June 2003)
- Martín-Zurro A. Evaluación de la formación posgraduada, certificación y recertificación profesional de los médicos de familia en diferentes países (Reino Unido, Estados Unidos, Canadá, Holanda, Australia y España). *Aten Primaria*. 2002; 30: 46-56.
- Martín-Zurro A, Cano JF, editores. *Atención Primaria: conceptos, organización y práctica clínica*. 6. ed. Barcelona: Harcourt Brace de España, S.A. 2008.
- McWhinney I. *Medicina de familia*. Barcelona: Mosby/Doyma; 1994.
- Médicos sin Fronteras -MSF-. Asistencia médica de emergencia a la población desplazada y formación de agentes comunitarios de salud. 2p. 1999. Santafé de Bogotá, D.C.: MSF COL-OPS/OMS.
- Melguizo-Jiménez M, Cámara-González C, Martínez- Pérez JA, López-Santiago A, Prieto-Orzanco A. Proyecto Atención Primaria del Siglo XXI: Análisis de situación. Madrid; 2006.
- National Primary Care Research and Development Centre. Centre for Public Policy and Management Outpatient Services and Primary Care. A scoping review of research into strategies for improving outpatient effectiveness and efficiency. Report to the NHS Service Delivery and Organisation R&D Programme, University of Manchester, march 2006
- Norris AC. *Essentials of Telemedicine and Telecare*. Baffins Lane, England: John Wiley & Sons; 2002. 177p.
- O'Brien, M. A., Jamtvedt, G. et al. Educational outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* CD 4. 2007.
- OMS - Organización Mundial de la Salud. Pautas para capacitar a los Agentes de Salud Comunitarios en Nutrición. 1-121. 1988. Ginebra; Organización Mundial de la Salud.
- OMS-Unicef. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma Ata, Unión Soviética, 6-12 septiembre. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1978. Serie «Salud para todos», n.º 1. Disponible en: URL: <<http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>>
- OPAS - Área de Fortalecimiento de Sistemas de Salud. Unidad de Recursos Humanos para la Salud. Enseñanza de la APS en las Escuelas de Enfermería del Cono Sur. 49. 2007. Washington, D.C, OPS. Série Recursos Humanos para la salud.
- OPAS. Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. 2005.

OPAS-Organización Panamericana de la Salud. La Enfermería en la Región de la Américas. Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud. OPS/OMS. 16. 1999. Washington, DC, OPS/OMS. HSO.

ORDEN ECI/332/2008, de 13 de febrero, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Médico. BOE núm. 40 de 15 de febrero de 2008: 8351-8355.

ORDEN SCO/1198/2005, de 3 de marzo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Medicina Familiar y comunitaria. BOE núm. 105 de 3 de mayo de 2005: 15182-225

Ortega F, et al. Curso semiescolarizado de especialistas en medicina familiar en México (1993 - 1999). Aten Primaria. 2003; 31 (2): 114-9.

Ortega M, Rosas R, Hernández C, Ibáñez S. Los programas de medicina familiar en las Facultades y Escuelas de Medicina en México. Rev Fac Med UNAM. 2002; 45 (1): 32-4.

Ostergaard DJ. Slow Progress-But Progress Nonetheless. Fam Med. 2003; 35 (8): 596-8.

Oxman AD, Davis D, Thomson MA, Haynes RB. No magic Bullets: sistematic review of 102 trials of intervention to improve professional practice. CMAJ. 1995; 153 (10).

Pinto L, Formiglib V, Rêgo R. A dor e a delícia de aprender com o SUS: integração ensino-serviço na percepção dos internos em Medicina Social. Rev Baiana de Saude Pub. 2007; 31 (1): 115-33.

Polo J. La formación de la Atención Primaria en el Pregrado. Actuación actual de SEMERGEN en el Pregrado. Atención Primaria. 1995: 33-46.

PROFAM. Programa de Educación Continua, a Distancia, de Salud Familiar, Ambulatoria y Comunitária. Fundación MF, Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, Departamento de Docencia e Investigación (DDI), and Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA). http://www.foroaps.org/profam-visor.php?cod_producto=2176&bizq=mod2 . 2008. 24-5-0008.

Real Decreto 2015/1978, de 15 de julio, por el que se regula la obtención de títulos de especialidades medicas. (BOE número 206 de 29/8/1978).

Real Decreto 3303/1978, de 29 de diciembre, de regulación de la medicina de familia y comunitaria como especialidad de la profesión medica. (BOE número 29 de 2/2/1979).

Rede Unida. Contribuição para as novas diretrizes curriculares nos cursos de graduação da área da saúde. Olho Mágico. 1998; 16: 11-28.

República de Colombia Ministerio de Salud and Programa de Apoyo a la Reforma de Salud. Programa de Apoyo a la Reforma de Salud: Proyecto Plan Multidisciplinario para la Modernización de la Educación, Capacitación y Entrenamiento en Salud. Documento 2. 2002. Bogotá, D.C., Organización del Proceso de Planeación Educativa en Salud Recomendaciones para la Educación em Pregrado, Postgrado, Educación Continuada y Educación no Formal.

Resolución de 15 de junio de 2006, de la Dirección General de Recursos Humanos y servicios económicos-presupuestarios, del Ministerio de Sanidad y Consumo sobre la incorporación progresiva de una rotación en atención primaria de salud, en los programas formativos de determinadas especialidades sanitarias.

Ribeiro ECO, Motta JIJ. Educação Permanente como Estratégia na Reorganização dos Serviços de Saúde. Divulg Saúde Debate. 2006; 12 (Jul): 39-44.

Rogers S, Humphrey C, Nazareth I, Haines A, Tomlin Z. Strategies from an exploratory study of two change professional practice in primary care: lessons. BMJ. 2000; 320.

Rosenberg W, Donald A. Evidence based medicine: an approach to clinical problem-solving. BMJ. 1995; 310 (6987): 1122-6.

- Rovere MR. Gestión Estratégica de la Educación Permanente en Salud/ Strategic management of health continuing education. In: Hayes RJ, Roschke M, Davini M, editors. Educación Permanente de Personal de Salud. Washington, DC: OPAS/OMS; 1994. p. 63-106
- Rosenblatt RA, Whitcomb ME, Cullen TJ, Lishner DM, Hart LG. The effect of federal grants on medical schools' production of primary care physicians. *Am J Public Health*. 1993; 83 (3): 322-8.
- Sackett DL, et al. Medicina baseada em evidências: prática e ensino. 2ª ed. Porto Alegre, Brasil: Artmed; 2003.
- Saltman RB, Rico A, Boerma, W, Editors. Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Berkshire: Open University Press; 2006.
- SBMFC. Projeto de Expansão da Residência em Medicina de Família e Comunidade - Bases para expansão e desenvolvimento adequado de programas de residência de MFC. 23; 1. 2005. Rio de Janeiro, Brasil.
- SEMCAD. Sistema de educação Médica Continuada a Distância. *Artmed* . 2008. 24-5-2008.
- Shi L, Macinko J, Starfield B, Wulu J, Regan J, Politzer R. The relationship between primary care, income inequality, and mortality in US States, 1980-1995. *J Am Board Fam Pract*. 2003; 16 (5): 412-22.
- Soumerai SB, Avorn J. Principles of educational outreach ('academic detailing') to improve clinical decision making. *JAMA*. 1990; 263 (4): 549-56.
- Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *The Milbank Quartely*. 2005; 83 (3): 457-502.
- Starfield B. ¿Es la Atención Primaria esencial? *Lancet* 1994; 344: 1129-33.
- Starfield B. Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Barcelona: Masson; 2001.
- Starfield B. Primary Care: concept, evaluation and policy. Oxford Univ Pr; 1992.
- Starfield, B. Implications of Evidence on the Contributions of Primary Care to Medical Education. *STMF Messenger Online* . 2008. 8-6-2008.
- Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, Freeman TR. Patient-Centered Medicine: Transforming the clinical method. 2003. **360p**.
- Straus SE, Green ML, Bell DS, Badgett R, et al. Evaluating the teaching of evidence based medicine: conceptual framework. *BMJ*. 2004; 329 (7473): 1029-32.
- Swider SM. Outcome effectiveness of community health workers: an integrative literature review. *Public Health Nurs*. 2002; 19 (1): 11-20.
- Terés J, Capdevilla JA, Nonell F, Cardellach F, Bundó M y Torres M. Formación troncal de las especialidades médicas: un reto del presente para una mejora del sistema sanitario. *Med Clin (Barc)* 2006; 127 (4): 139-44.
- Thomas Mulet V. Medicina de Familia ¿próxima estación? *Atención primaria*. 2001; 28 (6), 367-70
- Tomás Pantoja C. ¿Por qué un Departamento Académico de Medicina Familiar? *Rev Med Chile*. 2003; 131 (3).
- Tomaz JBC. O agente comunitário de saúde não deve ser um "super-herói". *Interface - Comunic Saúde Educ*. 2002; 6 (10): 84-7.

Trejo-Mejía JA, Larios Mendonza H, Estrada-Salgado FD, Campos Aragón L, Gracia-Ramírez A. Sistemas de tutorización en el pregrado de medicina familiar. Arch Med Fam. 2002; 4 (2): 71-4.

Vázquez JR. Continuidad de la Atención Sanitaria. En: Serrano M, Casado V, Bonal P, editores. Manual de medicina de familia: guía educativa. Barcelona: Ariel; 2005.

Vidal S, Silva E, Oliveira M, Siqueira A, Felisberto E, Samico I. Avaliação da aplicação da estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI) por Agentes Comunitários de Saúde. Revista Brasileira de Saude Materna e Infantil. Revista Brasileira de Saude Materna e Infantil. 2003; 3 ((2)): 205-13.

Walker DG, Jan S. How do we determine whether community health workers are cost-effective? Some core methodological issues. J Community Health. 2005; 30 (3): 221-9.

WONCA. A Definição Européia de Medicina Geral e Familiar (Clínica Geral / Medicina Familiar). Justin Allen et al and WONCA. 2002.

WONCA. Euract. La Definición Europea de Medicina general/ Medicina de Familia. Documentos semFYC nº23. Barcelona 2005. Disponible en <http://www.woncaeurope.org/Web%20documents/European%20Definition%20of%20family%20medicine/Wonca%20definition%20spanish%20version.pdf>

WONCA-OMS. Haciendo el ejercicio médico y la formación médica más adecuados a las necesidades de la población. La contribución del médico de familia. Barcelona: semFYC, 1996

World Federation for Medical Education (WFME). Trilogía de la WFME. Estándares globales en Educación médica. Pregrado, postgrado y desarrollo profesional continuo. Educación médica. 2004: 7 (2).