

FORMACIÓN DE PREGRADO EN EL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

Dr. Julio Braida*, Dra. Diana Doménech**, Dra. Laura Garré*, Dr. Gustavo Musetti*, Dra. Clara Niz**, Dra. Verónica Rodríguez*, Dr. Roberto Varela*, Dr. Eduardo Henderson***, Dra. Alicia Sosa Abella***, Dr. Julio Vignolo****

* Asistente DMFyC; ** Prof. Adjto. DMFyC; *** Prof. Agdo. DMFyC; **** Prof. DMFyC

Introducción

En nuestro país asistimos a un importante proceso de reformas en el sector salud como lo son: el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), la segunda reforma universitaria y los importantes cambios que se vienen produciendo en la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, como son la Acreditación MERCOSUR (MEXA), el nuevo plan de estudios de pregrado 2009⁽¹⁾ y la creación del Instituto de Atención Primaria de Salud⁽²⁾.

En el marco de la reforma universitaria se apuesta actualmente a la constitución de “aulas potenciales”, curricularización de la extensión, conformación de espacios interdisciplinarios desde la formación de pregrado, y en ese sentido se da el reconocimiento de los servicios del SNIS como un ámbito natural de desarrollo del proceso educativo, con un fuerte acercamiento del pre y postgrado a la realidad social⁽³⁾.

La Facultad de Medicina se presenta voluntariamente al Mecanismo Experimental de Acredi-

tación MERCOSUR (MEXA) de carreras de grado de Medicina en el año 2005. El 26 de diciembre del mismo año la Comisión Ad hoc de Acreditación, designada para tal fin, eleva un documento donde señala fortalezas y debilidades de la institución. De las últimas destacamos: *El sesgo biologicista del Plan de Estudios, centrado en la formación clínica en el ámbito del 2º y 3er nivel de atención, la discordancia entre la demanda educativa y la capacidad educativa de la institución, que redundan en una relación docente-alumno que atenta contra la calidad de la enseñanza y del aprendizaje, sobre todo en las actividades prácticas. La inadecuada relación alumno-paciente que también impacta en la calidad de los procesos de enseñanza y del aprendizaje y provoca la incomodidad del paciente. El tardío contacto inicial del alumno con el paciente y la comunidad.* Producto de este informe se pusieron en marcha una serie de actividades enmarcadas en un plan de mejoras institucional que culminó, en mayo de 2007, con la acreditación regional de la carrera.

La Asamblea del Claustro aprueba en diciembre de 2007 un nuevo plan de estudios para la carrera de Doctor en Medicina, que prioriza la enseñanza en el ámbito comunitario, la inserción temprana del estudiante en el mismo, su

permanencia durante toda la carrera y la existencia de un título intermedio de Técnico en promoción de la salud y prevención de enfermedades.

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

En este breve período, el Departamento se ha posicionado en la formación de pregrado en los ciclos: BÁSICO, ESFUNO, CIMI y CICLIPA II, promoviendo cambios importantes en algunos e insertando por primera vez a los estudiantes en el primer nivel y en el ámbito comunitario en otros, acordes con el plan de mejoras propuesto y con el perfil del egresado de la carrera de Doctor en Medicina aprobado por la Asamblea del Claustro en el año 1995. El DMFyC cuenta actualmente con 3.000 a 3.500 estudiantes.

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

como del postgrado.

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

Hoy podemos decir que prácticamente todos los ciclos de la Facultad se encuentran insertos en el Primer Nivel de Atención, mejoras que se habrán de profundizar en el marco del nuevo plan y del Instituto de Atención Primaria aprobado por el Consejo de la Facultad y en proceso de aprobación en el área salud de la Universidad de la República.

El DMFyC cuenta con una clara perspectiva interdisciplinaria e intersectorial, teniendo a su cargo la enseñanza, asistencia, extensión e investigación en el Primer Nivel de Atención del individuo, la familia y la comunidad. Este perfil contribuye a generar un proceso de enseñanza-aprendizaje y de atención a la salud, continua, integral, holística y contextualizada en la realidad social y comunitaria en que el futuro profesional o el especialista se encuentra inserto y donde desarrolla su proceso educativo.

Ciclo Básico

Este ciclo tiene los **siguientes objetivos**:

1. Permitir al estudiante, al inicio de su carrera, una reflexión crítica sobre su propia elección.
2. Incentivar la actitud crítica y la capacidad creadora del estudiante.
3. Desarrollar en el estudiante su capacidad para el trabajo grupal.
4. Introducir al estudiante en la percepción y análisis del continuo salud-enfermedad con una perspectiva multidisciplinaria: biología, psicología y sociología.
5. Promover que el estudiante se haga un planteo precoz de los problemas relativos a la inserción de la medicina en la sociedad, la estrategia de atención primaria de salud, la organización del sistema de salud y las transformaciones planteadas en la actualidad.
6. Reflexionar sobre los aspectos éticos de las tareas desarrolladas con proyección a la ética médica.
7. Acercar al estudiante al ejercicio del método científico en el estudio de problemas sencillos, definidos a partir de necesidades de los equipos de salud, ins-

tuciones o grupos donde se desarrolla el trabajo de campo.

8. Incorporar conocimientos específicos en disciplinas enmarcadas en las tres líneas temáticas: Métodos cuantitativos, Ciencias biológicas y naturales y Ciencias del hombre.
9. Aprender las maniobras de soporte vital básico.

El trabajo de campo contribuye en forma determinante al cumplimiento de los primeros siete objetivos de este ciclo. Permite al estudiante tomar contacto en forma temprana con la comunidad y con el Primer Nivel de Atención (desde el inicio de su carrera), insertarse en ella, interactuar con un equipo de salud del Primer Nivel de Atención, con grupos o instituciones de referencia de la comunidad (educativas, recreativas, deportivas o de otro tipo) así como con organizaciones sociales y con la propia comunidad.

Es en esta instancia que el estudiante se aproxima al abordaje de problemas de salud en la comunidad, integrando los contenidos humanísticos, biológicos y cuantitativos en el marco ético de servicio social. Se fomenta la capacidad de trabajar en grupos con la supervisión de un docente facilitador y el acompañamiento de tutor estudiantil.

Trabajo de campo

Se concibió entonces como elemento central para posibilitar la inserción temprana de los estudiantes en la comunidad y la integración de las líneas (biología, ciencias humanas, métodos cuantitativos) en torno a un objeto común de trabajo.

Los **objetivos del trabajo de campo** son:

1. Lograr un acercamiento al método científico.
2. Reflexionar sobre el continuo salud-enfermedad en la comunidad.
3. Reflexionar sobre los factores determinantes de la salud en una comunidad.
4. Adquirir y aplicar técnicas en educación para la salud.
5. Adquirir habilidades para el trabajo en promoción de salud y prevención de enfermedad a nivel grupal y comunitario.
6. Desarrollo de habilidades para el trabajo grupal y en equipo.

La participación del DMFyC en el Ciclo Básico es fundamental, ya que son sus docentes, junto con los de Medicina Preventiva y Social (MPyS), los que orientan, autorizan y supervisan el trabajo de campo.

El DMFyC participa en el Ciclo de Salud Pública I organizado

por el Departamento de MPyS, y en ese sentido se ha innovado con la reciente inclusión de temas de clara pertinencia como: planificación-programación, diagnóstico de situación de salud, educación para la salud y familia.

El DMFyC, junto al equipo coordinador del Ciclo Básico, y a la Asociación de los Estudiantes de Medicina, asumió un gran compromiso en la inclusión en este ciclo de un elemento innovador, muy novedoso, como fue la figura del tutor estudiantil, aceptando el reto de la convocatoria, selección, capacitación y seguimiento de esta nueva figura de nuestra Facultad. Su presencia potenció el aprendizaje de los estudiantes del Ciclo Básico, fomentó el cumplimiento de los objetivos de dicho ciclo, pero contribuyó también en forma significativa a la profundización de conocimientos, a la adquisición de habilidades y herramientas para el trabajo en comunidad y en el Primer Nivel de Atención.

En el contexto de la enseñanza superior un tutor es una persona responsable del proceso de aprendizaje de un estudiante o pequeño grupo, es quien acompaña, orienta, guía, estimula, apoya, no da las respuestas sino que fomenta su búsqueda.

Surge en este ciclo, en el trabajo de campo, como un actor con ca-

racterísticas propias, competencias específicas, catalogandosele como un importante recurso humano de apoyo a la docencia. El rol del tutor no sustituye en ningún caso el rol docente, sino que lo complementa y lo potencia. La tutoría se destaca por la posibilidad de orientar a los estudiantes a partir del conocimiento de sus problemas y necesidades académicas, así como de la valoración de sus inquietudes y motivaciones profesionales.

La Facultad de Medicina tiene una matrícula de ingreso cercana a 1.000 estudiantes por año y un egreso aproximado de poco menos de 400 estudiantes por año. Es en los primeros tres años de la matrícula donde se observa una disminución mayor en el número de estudiantes por generación.

Este fenómeno significa un alto costo social y puede explicarse por diversas causas, entre las que se encuentran factores propios de la estructura de la carrera y factores más relacionados a aspectos socioculturales de la población de estudiantes que la desarrolla. Entre estos destacamos el momento de cambio, que es el pasaje de la enseñanza secundaria a la terciaria, que en muchos casos implica no solo un cambio en la inserción a una nueva institución de enseñanza, sino también un cambio en las costumbres o los lugares donde viven esos estudian-

tes. No debemos olvidar que dicha transición se da en una edad de la vida donde el proyecto no siempre es estable y requiere en muchos casos de un apoyo en la orientación vocacional.

En ese sentido, el tutor estudiantil, en el primer año, podría contribuir a disminuir la deserción universitaria tan negativa para nuestros jóvenes y, por ende, para la sociedad en general. Puede significar un apoyo como modelo a seguir y, a su vez, configura una guía en aspectos vinculados indirectamente a la actividad académica. Podría considerarse, por ello, como una experiencia capaz de promover y motivar el aprendizaje en los estudiantes, lo que indefectiblemente llevará a mayores éxitos académicos y una notoria disminución de la mortalidad estudiantil.

El trabajo de campo se lleva a cabo a lo largo de todo el ciclo, 16 semanas, teniendo una carga horaria asignada de cinco horas semanales para los estudiantes.

En general, al inicio toman contacto con un equipo de salud del Primer Nivel de Atención de Montevideo y zona metropolitana, orientados por el docente. En base a la priorización hecha por dicho equipo o a las actividades programadas, los estudiantes del ciclo optan, en conjunto con su docente, por una actividad determinada

y la desarrollan. Generalmente son actividades de promoción de salud, de diagnóstico o de prevención de problemas prevalentes. Esta actividad se desarrolla en grupos pequeños (6-8 estudiantes) orientados por el docente y el tutor estudiantil. Se trata de integrar en el trabajo de campo los conceptos adquiridos en las distintas líneas del ciclo: Ciencias biológicas, Ciencias humanas, Métodos cuantitativos. La evaluación instrumentada ha sido continua, formativa y sumativa.

Evaluación del trabajo de campo

Más de dos tercios de los estudiantes valoraron positivamente la experiencia del trabajo de campo y consideraron que se debería repetir como parte del Ciclo Básico, y también que experiencias de inserción comunitaria de ese tipo deberían darse a lo largo de la carrera.

Los docentes tutores y los tutores estudiantiles compartieron ese juicio en grado aún mayor, superando en ambos casos el 90% de las opiniones.

En la evaluación cualitativa expresaron los estudiantes juicios positivos tales como:

“Es una buena experiencia”.

“Buena forma de acercamiento a la comunidad, válido para toda la carrera”.

“Fomentó en mí la visión del mé-

dico como quien promueve y previene y no solo como quien cura”.

“Todos los años debemos tener experiencia con la comunidad”.

“Me enseñó a convivir con diferentes personas y realidades”.

“Permitió mayor acercamiento con compañeros del Básico”.

“Fue rebuena, espero siga todos los años”.

“Se tendría que considerar esta experiencia durante toda la carrera”.

También expresaron disconformidad con algunos aspectos tales como:

La lejanía de los lugares:

“A algunos nos tocó lugares muy alejados, con mucha pérdida de tiempo”.

La organización en general:

“Hacen referencia a la organización de este trabajo con relación a los horarios de clase y exámenes, a la falta de tutor o cambio de docente en algunos casos y a la organización a la interna del grupo para llevar a cabo el trabajo”.

El conflicto de horas con el estudio para las “líneas”:

“Nos quitó horas de estudio”.

Aunque algunos consideraron que el tiempo dedicado al trabajo de campo fue insuficiente: *“Que sea por tiempo más prolongado”.*

Un grupo no mayoritario pero

significativo reclamó un contacto más directo con el sistema de atención a la salud: *“Más relación con la carrera de medicina”, “que tenga más relación con medicina y no tan enfocado a sociología”.*

La figura del tutor estudiantil fue evaluada también por los estudiantes:

“Importante, muy buena, necesaria”.

“Aporta su experiencia”.

“Apoyo, guía”.

“Ejemplo, Modelo”.

Preguntados, más del 95% de los estudiantes opinaron que la experiencia con tutores estudiantiles debería repetirse en otros años de la carrera.

Está pendiente una evaluación fundamental: la valoración del impacto que han tenido estas actividades en la comunidad es sumamente necesaria, si bien fueron muy bien recibidas, y, en general, se trabajó involucrando a la comunidad, aún no es posible tener una evaluación objetiva.

Esto es clave porque determinará de alguna manera qué mirada tendrá la Facultad de Medicina y cómo se orientará con la implementación del nuevo plan de estudios con una alta carga horaria en la comunidad. En el nuevo plan se habrá de instrumentar un seguimiento longitudinal a lo largo de la

carrera en las comunidades con un gran impacto social, producto de un trabajo continuado en los siete años de pregrado, todo lo cual permitirá el desarrollo de la extensión universitaria como eje y a punto de partida de la misma la docencia y la investigación.

ESFUNO

En el ESFUNO estos cambios curriculares toman forma como Curso de promoción de salud en el ámbito comunitario. El mismo tiene como **objetivo general**: capacitar al estudiante en las herramientas epidemiológicas y educativas básicas para el abordaje de la comunidad.

Objetivo de desempeño

El estudiante al terminar la experiencia será capaz de participar en la realización de diagnóstico de situación de salud comunitario, un programa de promoción de salud y en el estudio de un brote epidémico en la comunidad.

Estructura docente

1. Comisión de pasantías.
2. Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria.
3. Departamento de Educación Médica.

4. Coordinadores docentes.
5. Tutores referentes comunitarios (honorarios), se les entrega reconocimiento por la actuación.

Función de la coordinación docente

Para la coordinación del curso en 2007 se seleccionó un grupo de diez coordinadores docentes GII (diez horas), que tenía y tiene por función:

1. Planificación y organización del curso de promotores en salud para los estudiantes de medicina del Ciclo ESFUNO.
2. Planificación y organización del curso teórico introductorio.
3. Planificación y organización de las actividades de los estudiantes, distribución en grupos, adjudicación de lugares de pasantía, distribución de los grupos de estudiantes a los tutores, reuniones periódicas con los tutores para el control de la evolución de las actividades.
4. Coordinación de la selección de los tutores (lo cual se coordinará con la comisión de pasantías).
5. Seguimiento del funcionamiento de las tutorías.
6. Planificación de la evaluación de las actividades por medio de

la entrega de informes grupales por parte de los estudiantes, control de la asistencia, informes de los tutores y prueba escrita individual.

7. Evaluación del curso por parte de los estudiantes, tutores y de la comunidad.
8. Informe bimensual a ser entregado a la comisión con el grado de avance del proceso de tutoría y de las actividades comunitarias.

En la segunda versión del curso en el 2008, luego de la contratación de cuatro coordinadores más (total 14), la relación grupos de estudiantes/coordinador disminuyó significativamente (se pasó de diez grupos de seis estudiantes aproximadamente por coordinador, a una relación 4:1), mejorando esto el desarrollo general de la actividad.

Estructura del curso

1. Curso introductorio

Temas

- a. Concepto de salud: su evolución y sus determinantes sociales.
- b. Promoción de la salud.
- c. Educación para la salud.
- d. Diagnóstico de situación de salud participativo.

- e. Programación en salud.
- f. Epidemiología.
- g. Extensión universitaria.

Metodología

Talleres teóricos-prácticos, que incluyen contenidos en temas de promoción de salud (lactancia, hábitos saludables, comunicación, salud sexual y reproductiva, etcétera).

Cronograma

Clase semanal de dos horas de duración (período abril-julio).

2. Trabajo comunitario

Logística

Se distribuyen los estudiantes en el área metropolitana Montevideo, Canelones y Área Metropolitana.

La distribución se realiza con tutores médicos solicitados a las instituciones —MSP, IMM, Facultad de Medicina— conocedores y referentes de sus comunidades, mejor evaluados por las mismas, y residentes de MFyC (2^o y 3^{er} año).

Objetivos

- Trabajo en grupo.
- Caracterización o diagnóstico de la comunidad asignada.
- Diseño de un programa de promoción de salud.
- Evaluación del mismo.
- Autoevaluación de desempeño y aprendizaje.

Metodología

Trabajo en grupo de estudiantes (siete a nueve).

Guiado por tutor y coordinador docente.

Cronograma

- Concurrencia semanal a la comunidad asignada.
- Carga horaria semanal diez horas.
- Carga horaria con tutor dos horas mínimo semanal.
- Duración del trabajo comunitario julio-noviembre.

Se introduce en este curso como uno de los aspectos novedosos la herramienta de registro, aprendizaje y evaluación denominada **Portafolio**.

Decimos de registro porque se van anotando las diferentes actividades referidas al trabajo de campo; de aprendizaje porque incluye la reflexión y el análisis crítico de las actividades; de evaluación porque será una producción individual que permitirá evaluar al estudiante y autoevaluarse durante la aplicación y desarrollo del mismo, es un elemento de evaluación sumativa y fundamentalmente formativa.

Evaluación hasta la fecha: creemos que la inserción del estudiante de medicina en el ámbito comunitario, desde los primeros años de

la carrera, es muy importante y altamente positivo, y va en línea no solo con el perfil de médico definido por la Facultad de Medicina, sino también con las políticas nacionales en relación al SNIS, el fortalecimiento del Primer Nivel de Atención, con fuerte énfasis en la promoción de la salud.

En este sentido, la educación para la salud, la participación comunitaria en salud y la comunicación social son los grandes ejes de aprendizaje de los estudiantes en este curso.

El hecho de utilizar el **Portafolio** como método de registro-aprendizaje-evaluación, permite que el estudiante se vuelva crítico de su aprendizaje, que comprenda cómo aprende, que autorregule el conocimiento, entre otras características muy interesantes de esta herramienta.

Si bien recién la primera generación se encuentra terminando la experiencia, a modo de cierre nos gustaría dejar registradas las autoevaluaciones de algunos estudiantes:

“Me parece de suma importancia adquirir desde los primeros años de la carrera, habilidades y destrezas de trabajo interdisciplinario y sobre todo en el Primer Nivel de Atención”.

“Es la única asignatura donde el trabajo en grupo y la comunicación toman un rol primordial, y creo que eso es esencial para el ejercicio de la medicina en cualquier rama”.

“Hubo aspectos positivos y negativos, pero de todos modos los aspectos negativos fueron fuente de aprendizaje”.

“Aprendí a trabajar en grupo, a coordinar reuniones, la importancia del trabajo interdisciplinario, a ver la medicina desde otros puntos de vista, a comunicarme con la comunidad, desde los niños a los adultos”.

“El poder ayudar con un granito de arena, aunque sea, a la comunidad desde el principio de la carrera, considero que es muy importante”.

“En lo que respecta a mi crecimiento tanto en lo académico como en lo humano, creo que he logrado crecer bastante junto con los agentes comunitarios, que de no haber sido por esta pasantía no lo hubiera logrado”.

“Es mi humilde opinión afirmar que este trabajo contribuye enormemente a la formación de un médico más completo, más humano”.

Anexo: guía entregada a los estudiantes para la realización del Portafolio

Portafolio

REPARTICIÓN A: Planilla de registro
--

Se deberá llenar la planilla de registro con las distintas actividades realizadas. Cuando de ello surja un comentario con reflexión se deberá indicar con un número y ubicar el comentario en el numeral D.

Se escribirá en la grilla la fecha, la hora, el o los objetivos con los que se realizada la actividad, el “nombre” de la actividad, participantes, duración, y de ser pertinente, en la celda Comentarios se escribirá un número que luego relacionará la actividad con su comentario en la repartición D.

Ejemplos de actividades a registrar: reunión con tutor, entrevista con determinado actor social, búsqueda bibliográfica, planificación de un taller, discusión de objetivos, obtención de recursos materiales, etcétera.

REPARTICIÓN B: Diagnóstico Priorización

Luego de conocida la problemática del lugar realizar un resumen de las características y por qué se estableció esa prioridad.

Caracterización de la comunidad

- ❖ Mapa de la zona. **
- ❖ Datos históricos: *fundación, hechos (o hitos) históricos relevantes, características históricas en común (migraciones, catástrofes.* **
- ❖ Características:
 - Geográficas: *clima, accidentes geográficos, suelo, hidrografía.*
 - Demográficas: *distribución de la población por edad y sexo (lo máximo: construcción de la pirámide poblacional).*
 - Epidemiológicas: *enfermedades prevalentes (de forma cuantitativa o cualitativa).*
 - Medioambientales: *saneamiento, contaminación (aire, agua, suelos, sonora), presencia de basurales.*
 - Variables socioeconómicas: *población activa, porcentaje de la población por debajo de la línea de pobreza, porcentaje de la población con NBI.*

- Fuentes laborales locales
- Accesibilidad: **
 - A los centros de asistencia a la salud de primer, segundo y tercer nivel: *geográfica (tiempo, caminería, accidentalidad geográfica, distancia, transporte) económica, burocrática, cultural.*
 - A otros servicios: *transporte (al centro poblado/administrativo más cercano, etcétera), provisión de servicios (alimentación, recreación, farmacias, vestimenta).*
 - A centros de estudios: *primaria, secundaria, UTU, terciarios, etcétera.*

Se deben incluir fuentes de información: INE, fuentes locales, trabajos previos, el propio tutor, etcétera.

Referencias: ** imprescindible

REPARTICIÓN C: Informe de avance del trabajo

En esta repartición se registrará el trabajo planteado con la programación y qué pasos hasta el mes de diciembre se han cumplido.

Pasos

Introducción - Diagnóstico de situación.

Identificación de problemas y necesidades.

Fijación de prioridades (elaborados también en el ítem de Diagnóstico y Priorización).

Justificación.

Marco teórico.

Propósito.

Objetivo general.

Objetivos específicos.

Población objetivo.

Metodología.

Metas.

Actividades.

Recursos.

Evaluación.

Cronograma.

Bibliografía (*describirla en el ítem E*).

actividades educativas, procesamiento de datos, búsqueda bibliográfica, etcétera.

Mínimo a comentar: una actividad semanal (33 semanas).

Estructura de actividades comentadas

- 1) Participantes: *quiénes participaron (estudiantes y no estudiantes).*
- 2) Objetivos: *con qué fin se realizó la actividad.*
- 3) Desarrollo: *duración, existencia o no de planificación previa.*
- 4) Conclusión: *qué problemas se presentaron, cómo se superaron, era prescindible o no realizar la actividad, qué observó que le llamara la atención, qué obtuvo de la actividad comentada, qué importancia tiene esa actividad para la comunidad, qué importancia tiene para el médico en su trabajo.*

REPARTICIÓN D: Comentarios sobre actividades realizadas

Repartición que recopilará comentarios de las actividades con una reflexión acerca de la particularidad observada, qué permitió aprender o cómo superamos una dificultad, qué conclusiones nos dejó.

¿Qué actividades se comentan?

Aquellas que sean un incidente crítico (algo que despierta nuestra atención).

Posibles actividades: reunión con tutor, reunión de coordinación con otros técnicos, reuniones con actores sociales de la comunidad, talleres/

REPARTICIÓN E: Bibliografía Comentada

Espacio para indicar la bibliografía que fue necesario consultar, la más sustancial con un breve comentario que sintetice la comprensión de la información.

En los textos académicos “las voces de los otros” aparecen de dos maneras, o por dos motivos: justificar las afirmaciones propias o legitimarlas. O también discutir las ideas ajenas o contradecirlas. Estos dichos pueden ser mencionados textualmente, a esta forma se le llama **cita**. Cuando los dichos son reformulados, o sea expresados con otras palabras, se llama **discurso indirecto**.

Las citas o el discurso indirecto deben ser referenciados. La **referencia** indica el nombre del autor, así como el título de la obra. En la literatura biomédica se utilizan las Normas de Vancouver^(4,5) para escribir artículos científicos y hacen referencia a la bibliografía.

Existen en las ciencias sociales algunas diferencias en cuanto a las referencias bibliográficas. Es posible que en algún texto se pueda encontrar la referencia indicada de otra manera.

En este espacio se detallará la bibliografía consultada, deberá referenciarse de la manera indicada anteriormente.

Es deseable una pequeña síntesis, con palabras propias, que resuma los aspectos más importantes de esa bibliografía revisada.

REPARTICIÓN F: Autoevaluación

Este espacio se reservará para los aspectos vinculados a la reflexión sobre su trabajo y su aprendizaje.

Se indicará la forma de trabajo en el grupo y su integración

Hoy día, mes, año, yo me autoevalúo de la siguiente forma:

Posibles preguntas orientadoras

- Qué aprendí. Qué debo analizar, y comprender.
- Contesté la pregunta formulada.
- Cumplí los objetivos propuestos.
- Profundicé sobre la tarea.
- Qué estrategia debo realizar para cumplirlo. Cómo funcionó el grupo: Señale con un círculo.

La integración del grupo fue	1	2	3	4	5
Mi integración al grupo fue	1	2	3	4	5
La comunicación dentro del grupo	1	2	3	4	5
En líneas generales el portafolio me resultó una herramienta:	1	2	3	4	5

1 Muy mala. 2 Mala. 3 Buena. 4 Muy buena. 5 Excelente

CIMI

La Facultad de Medicina resuelve incorporar un curso de semiología en el Primer Nivel de Atención (PNA) desde el inicio del ciclo clínico de la carrera, paso coherente con el nuevo plan de estudios de pregrado a iniciarse en el año 2009.

Es así que a partir de junio del 2007, el DMFyC asume el inicio de dicho curso.

El contacto con el usuario sano, el control de patologías crónicas y las consultas por patologías prevalentes son entre el 80% y 85% de los problemas de salud que se ven en el Primer Nivel de Atención.

Que los estudiantes aprendan el estudio de los síntomas y signos con una visión integral de las personas, desde una perspectiva biopsicosocial, contemplándolas dentro de su familia y su comunidad, facilitará el conocimiento de los factores que influyen en el proceso salud-enfermedad.

Este aprendizaje de la semiología, a diferencia de la formación hospitalaria, donde solo hace un

corte transversal en la vida de la persona, se da de forma longitudinal.

Todas estas características son importantes dado que en este momento de la carrera el estudiante debe comenzar a aprender a construir la relación médico-paciente, la cual es la base para el estudio semiológico.

Para alcanzar los objetivos del curso: de aprender a elaborar una historia clínica con lenguaje médico, que la elabore desde las tres dimensiones, biológica y psicológica, familiar y comunitaria; la detección, agrupación y análisis de signos y síntomas que orienten al diagnóstico; desarrollar una adecuada relación estudiante-paciente-familia-comunidad y habilidades para el trabajo interdisciplinario, entre otros, se implementa un curso donde la estructura, metodología y sistema de evaluación respondan a los mismos.

En la estructura se disminuyó la relación estudiante-docente con el aumento de tiempo en contacto directo con los usuarios.

Esto se logró desarrollando las

actividades en 52 lugares diferentes, entre policlínicas y centros de salud distribuidos en Montevideo, Canelones y Florida.

La relación docente-estudiante es de 1 a 2 en la mayoría de los casos, haciendo que la docencia sea más personalizada y generando un impacto muy positivo en los estudiantes y en el acompañamiento de su aprendizaje.

La actividad teórica-práctica semanal, llamada Laboratorio de habilidades clínicas, llevada a cabo por docentes GIII del DMFyC, se desarrolla en grupos reducidos de 18 estudiantes en forma de taller, donde se facilita la participación activa del estudiante.

En el 2008 se introduce la educación a distancia como instrumento nuevo, incorporando la tecnología como apoyo al proceso de aprendizaje e intercambio de conocimiento.

En este curso, además de los docentes coordinadores de cada grupo, participan 18 tutores estudiantiles, lo que hace que cada grupo de estudiantes tenga dos tutores estudiantiles en una relación de 1 cada 9 estudiantes.

Cada semana, el grupo de 18 estudiantes tiene un tema que se analiza y se debate en foro, el que se va corrigiendo diariamente hasta la conclusión al finalizar la semana.

Esta estructura permite al docente una metodología de enseñanza centrada en el estudiante, a fin de que éste pueda desarrollar habilidades para la elaboración de la historia clínica familiar, lista de problemas, familiograma, trabajo interdisciplinario y se motive, buscando así una actitud activa en su formación.

El sistema de evaluación incluye:

La evaluación del estudiante a través de la asistencia, la evaluación de desempeño del estudiante, hecha por el docente, por Portafolio y el ECCOE (examen clínico comunitario objetivo y estructurado).

El Portafolio como instrumento que guíe el proceso de aprendizaje a través de la reflexión sobre el problema de salud y cómo resolverlo. No es un simple registro de actividades, sino el registro de cómo se desarrolla el aprendizaje del estudiante para que sea un instrumento guía de autoformación y autoevaluación.

En el mismo se solicita la elaboración de una historia clínica semanal, que deberá estar corregida por su docente.

El ECCOE es un instrumento formativo dado que en cada rotación, al finalizar dicho examen, se

produce la devolución como forma de entender y corregir errores.

La evaluación del curso hecha por los estudiantes a través de encuestas, promediando el mismo, que incluye la valoración de cada componente del curso en forma independiente y que se repite al finalizar el curso.

La evaluación del docente por el estudiante incluye: responsabilidad, cumplimiento de la tarea, relaciones humanas y éticas, organización, capacidad docente.

CICLIPA II

Introducción

El Ciclo Clínico Patológico (CICLIPA) constituye los años clínicos donde el estudiante integra los principales cuadros patológicos en el ámbito clínico. En su segundo año, parte del mismo se desarrolla en el Primer Nivel de Atención. Esta pasantía es responsabilidad del DMFyC en coordinación con el Departamento de Medicina Preventiva y Social y de Salud Mental. Cursan actualmente el CICLIPA II, 496 estudiantes.

Dicho curso se ha venido desarrollando en ámbitos de práctica en el Primer Nivel de Atención, donde los estudiantes realizan diversas actividades: tareas vinculadas a la asistencia; discusiones te-

máticas en talleres y actividades en la comunidad.

Más allá de que es un ciclo que ha permitido, por primera vez en algunos casos, introducir al estudiante en el abordaje integral e interdisciplinario del proceso salud-enfermedad de la población y en el conocimiento y reconocimiento de la comunidad como actor fundamental de dicho proceso, su funcionamiento ha sido muy cuestionado. Destacamos dentro de sus debilidades la deficiente relación docente-estudiante (promedio de un docente cada 15-20 estudiantes), así como el alto número de estudiantes cursando el ciclo (aún con ciclos previos pendientes de aprobación), lo que ha dificultado el desarrollo óptimo de estas actividades, principalmente las vinculadas a la atención a la persona.

Esto generó en la interna del DMFyC una propuesta diferente de implementación del ciclo para el año 2008.

Esta propuesta, que comenzó a implementarse en abril del corriente año, introduce la presencia de “tutores-docentes” como figuras claves del acompañamiento del proceso de enseñanza-aprendizaje de los estudiantes. De esta manera se integran nuevos ámbitos de práctica en Montevideo y en el interior del país, en el marco de un acuerdo con la Red de Atención

Primaria (RAP – ASSE) en Montevideo y ASSE en el interior.

La propuesta también incluyó un aumento en el número de docentes propios del departamento, algunos de los cuales fueron financiados por la Comuna Canaria en Canelones y ASSE en Florida. Esto permitió optimizar la relación docente-estudiante a 5-9 estudiantes por docente.

Otra innovación que se introduce en el ciclo es un cambio en el sistema de evaluación, tanto de estudiantes como de docentes.

Objetivos de la propuesta de funcionamiento para CICLIPA II - 2008.

Objetivo general

Generar nuevos ámbitos interinstitucionales para el mejor desarrollo de los procesos educativos de la carrera de Doctor en Medicina en el primer nivel de atención, en el Ciclo Clínico Patológico II (6° año), incorporando a los efectores que componen el SNIS.

Objetivos específicos

- Lograr una adecuada relación estudiante-paciente en las actividades prácticas en el Primer Nivel de Atención, mejorando la formación de los aspectos

clínicos, éticos y comunicacionales.

- Alcanzar una relación docente-estudiante que permita metodologías innovadoras de enseñanza, favoreciendo el análisis crítico de la práctica clínica en el Primer Nivel de Atención.
- Aumentar la oferta de nuevos lugares de práctica en el Primer Nivel de Atención y así favorecer el conocimiento de los principales problemas de salud prevalentes en la población general.
- Integrar la promoción de la salud y la prevención de enfermedades a la práctica clínica curricular.
- Permitir el desarrollo de actividades en la comunidad relacionadas a los lugares de práctica donde los estudiantes desarrollan el curso en forma coordinada y mediante una adecuada regionalización.

Desarrollo del curso CICLIPA II 2008

El proyecto se basa en la generación de núcleos docentes insertos en la red del Primer Nivel de Atención, coordinados en forma regionalizada por docentes grados III de Medicina Familiar y Comunitaria del DMFyC.

Dichos núcleos docentes se integran de la siguiente manera:

a) 19 grados II (diez titulares y nueve contratados) de MFyC, distribuidos en centros y policlínicas del Primer Nivel de Atención de la región este, oeste y centro de Montevideo y en la zona metropolitana.

b) 37 docentes-tutores a cargo de 37 médicos de ASSE, distribuidos en centros y policlínicas del Primer Nivel de Atención de la región este, oeste y centro de Montevideo y de la zona metropolitana.

Los núcleos docentes tienen a su cargo la enseñanza de los aspectos prácticos asistenciales-preventivo-promocionales de los estudiantes de pregrado de los ciclos CIMI y CICLIPA II, con diferentes matices según objetivos y contenidos curriculares. Además, programan, ejecutan y evalúan la tarea de campo en conjunto con los estudiantes de CICLIPA II, según planificación y realidades locales.

Los grados III de MFyC tienen a su cargo la supervisión de la actividad práctica de los núcleos docentes de su región, así como del trabajo de campo. Además, implementan las instancias de taller que acompañan dichas actividades de los estudiantes de su región. Por lo

cual, el área de distribución de los estudiantes está dividida en regiones en función de los centros donde se encuentran los grados III de MFyC:

Región 1: Policlínica del Hospital Saint Bois.

Región 2: APEX-Cerro: Policlínica Tito Borja y Centro de Salud Santa Catalina.

Región 3: Centro de Salud Piedras Blancas.

Región 4: Centro de Salud Jardines del Hipódromo.

Región 5: Policlínica Comunitaria Los Ángeles.

Región 6: Centro de Salud La Cruz de Carrasco.

Región 7: Centro de Salud Maiciel.

Como elemento innovador destacamos la participación de tres docentes-tutores que se desempeñan en el departamento de Florida actuando en convenio con las autoridades departamentales de ASSE, quienes han favorecido el traslado y la inserción de los estudiantes en dichos lugares de práctica. Participan actualmente 30 estudiantes de esta nueva experiencia.

El desarrollo del programa ha permitido que los grupos de estudiantes se integren en una relación de 8-9 por grado II y de 5 a 6 por docente-tutor, favoreciendo una

mayor y mejor integración a los servicios donde se lleva a cabo la pasantía, además de un mayor volumen de práctica, favoreciendo el aprendizaje en aspectos comunicacionales y en aspectos éticos.

Otro punto importante a destacar es la realización de un curso de formación docente para el cuerpo docente a cargo del CICLIPA II, el cual fue coordinado en conjunto con el Departamento de Educación Médica de la Facultad de Medicina.

Asimismo, se coordinó con la Unidad de Seguridad Vial (UNASEV), dependiente de Presidencia de la República, un curso de formación dirigida a docentes y estudiantes con la finalidad de aplicar dichos conocimientos en la realización del trabajo de campo en comunidad.

Recientemente, la Comuna Canaria, aunando esfuerzos y coordinaciones con la Facultad de Medicina, ha destinado recursos para el desarrollo de unidades docente-asistenciales en Las Piedras, San Bautista, Centro Cívico Salvador Allende (Barros Blancos) y Empalme Nicolich.

Sistema de evaluación

La evaluación en el CICLIPA II se caracteriza por una evaluación continua que permite la aproba-

ción del curso y habilita a rendir el examen final. Este se efectúa a través del ECCOE integrado a las otras áreas clínicas que componen el curso (cirugía y medicina interna).

El cambio fundamental que se introdujo en el presente año lectivo, involucra a la evaluación continua y se compone de tres aspectos:

- La elaboración de un Portafolio por parte de los estudiantes. Dicha herramienta de evaluación consiste en un registro de las actividades diarias centradas en la reflexión de las percepciones y los aprendizajes que se dan en todas las realidades a las que se enfrenta el estudiante, fomentando la búsqueda de materiales y la adquisición de nuevos conocimientos en la clínica. Dicho Portafolio se estructura y califica por los docentes grados III.
- La realización de una evaluación por parte del docente (tanto el grado II como el docente tutor) de la percepción que tiene del desempeño del estudiante. En esta se incluyen aspectos estructurales y de aplicación de conocimientos teóricos a la práctica sea en consultorio como en actividades comunitarias.

- La evaluación del informe final del trabajo de campo en la comunidad.

Cada uno de estos aspectos se traduce en un sistema de puntuación que otorga al estudiante la posibilidad de obtener créditos a utilizar en las estaciones del ECCOE que correspondan al área Medicina Familiar y Comunitaria.

Resultados

El curso se está desarrollando con total normalidad y habiendo superado poco más de la mitad, se realizó una evaluación intermedia del mismo destacando:

- la muy buena evaluación del curso fundamentalmente realizada por los estudiantes,
- la dificultad en la coordinación de horarios con las otras actividades que desarrollan los estudiantes en el ciclo, debido a la gran heterogeneidad de lugares y horarios y la extensa carga horaria que tienen los estudiantes,
- la inserción de los estudiantes en el ámbito comunitario y la posibilidad de realizar un mayor número de actividades prácticas.

La Facultad de Medicina ha apostado al fortalecimiento de la formación del pregrado en el Pri-

mer Nivel de Atención y en el ámbito comunitario. Creemos que la experiencia del CICLIPA II 2008 es coherente con dicho propósito, y deberá ser completamente evaluada para su continuidad y perfeccionamiento.

En síntesis: en los diferentes cursos de pregrado donde el DMFyC dicta docencia —Básico, ESFUNO, CIMI y CICLIPA II— se realiza un tipo de enseñanza que tiende a ser centrado en el estudiante, que priorice la autonomía de aprendizaje del estudiante. Este tipo de enseñanza intenta irse adaptando a los tiempos de cambio por los que recorrerá nuestra Facultad con la implementación del nuevo plan de estudios a partir del 2009. En concordancia con todo ello, se tiende a realizar una evaluación continua y un tipo de autoevaluación reflexiva a través del Portafolio, que contribuya tanto a la evaluación del docente al estudiante como viceversa, paso inicial de un tipo de evaluación de 360 grados (que además de la autoevaluación agrega la coevaluación o evaluación entre pares). Para todo esto un elemento fundamental lo constituyó la formación docente en toda esta metodología, para lo cual se utilizó una metodología de tipo *blended learning* o híbrida, combinando instancias presenciales e instancias

a distancia mediante la plataforma Moodle⁽⁶⁻⁹⁾. Esta plataforma será en poco tiempo la plataforma educativa oficial de nuestra Facultad.

* **Médico. Jefe de Residentes Medicina Familiar y Comunitaria**

** **Médica. Profesora Agregada Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria**

*** **Médico. Profesor Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria**

Bibliografía

1. Nuevo Plan de Estudios. Documentos, Claustro. Noviembre, 2007

2. **Doménech D.** IAPS Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria. Disponible en: www.medfamco.fmed.edu.uy - Consultado el 2/08/2008.

3. UDELAR. Reforma Universitaria, documentos. Informe de Avance de la Reforma 2008. Disponible en: www.universidad.edu.uy . Consultado el 3/08/2008.

4. Normas de Vancouver. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/doc/nvanco.htm> (consultado el 18/10/07)

5. Normas de Vancouver. Disponible en: <http://www.uchile.cl/>

[bibliotecas/servicios/referencias-bibliograficas.pdf](#) (consultado el 18/10/07).

6. **Cabero J.** Bases pedagógicas del e-learning. Revista de Universidad y Sociedad del Conocimiento (RUSC) (2006) [artículo en línea]. Vol. 3, Nº 1. UOC. [Consultado el 01/08/08]. <http://www.uoc.edu/rusc/3/1/dt/esp/cabero.pdf>.

7. **Cebrian M.** Innovar con tecnologías aplicadas a la docencia universitaria. (2003). In: Cebrian, M. (Coord). *Enseñanza virtual para la innovación universitaria*, Madrid, Lancea, p. 21-36.

8. **Lusalusa S, Fox G.** Les technologies de l'information et de la communication en situation de classe: ébauche d'une méta-analyse de travaux récents (2004). In: Actes du 21 Congrès de l'Association Internationale de Pédagogie Universitaire-AIPU Marrakech (Maroc) 3-7 mayo 2004. [http://www.ulb.ac.be/ulb/cte/docs/AIPU %202004_LusalusaTICE.pdf](http://www.ulb.ac.be/ulb/cte/docs/AIPU_%202004_LusalusaTICE.pdf). Consultado el 6/5/08.

9. **Arter JA, Spandel V.** Using portfolios of student work in instruction and assessment (1992). *Educational Measurement: Issues and Practice*; 11: 36-44.