

# FORMACIÓN DE ESPECIALISTAS EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria  
Facultad de Medicina, Universidad de la República

Dr. Juan Manuel Jones \*  
Dra. Alicia Sosa Abella\*\*  
Dr. Julio Vignolo\*\*\*

## Introducción

En el actual contexto de nuestro país asistimos a un importante proceso de reformas en el sector salud, como lo son: el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), la segunda reforma universitaria y los importantes cambios que se vienen produciendo en la Facultad de Medicina de la Universidad de la República.

La orientación del sistema sanitario nacional considera a la salud como un derecho, y al individuo como integrante de una comunidad concreta (que actúa como factor determinante del proceso salud-enfermedad), y al abordaje integral

y en equipo interdisciplinario de los problemas de salud como la estrategia más adecuada. Esta base conceptual, junto con los principios de universalidad, continuidad, integralidad, equidad, calidad, ética, eficacia, eficiencia social y económica, atención humanitaria, participación social y comunitaria y administración democrática, sustentan el nuevo SNIS.

La Universidad de la República se encuentra en pleno proceso de discusión hacia una segunda reforma universitaria, que presenta, entre otros criterios orientadores, constitución de “aulas potenciales”, curricularización de la extensión, conformación de espacios interdis-

ciplinarlos, y en ese sentido se da el reconocimiento de los servicios del SNIS como un ámbito natural de desarrollo del proceso educativo, con un fuerte acercamiento del pre y postgrado a la realidad social.

En este escenario, nos planteamos la formación de especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria. Profesional que centra su trabajo en el primer nivel de atención y que, por tanto, debe reunir conocimientos, destrezas y habilidades que le permitan resolver el 80% a 90% de los problemas que se le presentan desde los equipos interdisciplinarios.

Desde esta perspectiva el especialista debe abordar los problemas y las fortalezas a nivel individual, familiar y comunitario con una fuerte formación no solo clínica, sino desde la estructura y dinámica familiar y los microespacios sociales y comunitarios, es decir, desde la salud colectiva y comunitaria como un todo.

Lemus Elía Rosa la define como “la especialidad efectora de la APS, que posee un cuerpo de conocimientos propios, con una unidad funcional conformada por la familia –el individuo– y la comunidad y tiene como base el método clínico-epidemiológico y social integrando las ciencias biológicas, clínicas y de la conducta”<sup>(1)</sup>.

El número de residentes de la especialidad ha ido en crecimiento

desde su creación en 1997 (cuatro cargos) hasta el próximo llamado 2009 (50 cargos). Esto demuestra la política del MSP, ASSE y Facultad de Medicina hacia el fortalecimiento del primer nivel de atención.

En junio de 2007, el Consejo de la Facultad de Medicina crea el Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria, del cual pasan a depender los postgrados y residentes de la especialidad.

La formación de los especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria se realiza en base al programa de la especialidad aprobado por la Escuela de Graduados en julio de 2003, previa resolución del Consejo de la Facultad de Medicina N° 4 del 16 de julio de 2003, el cual surge del informe de la Comisión Ad-hoc conformada en agosto de 2001.

### **Marco conceptual definido por el programa**

*“El sistema de formación de este especialista tiene por objeto facilitar la adquisición por el alumno de una serie de conocimientos, habilidades y actitudes que le capaciten para prestar con eficacia la asistencia médica a los pacientes de su especialidad, para realizar funciones de prevención, promoción, educación sanitaria y para asumir su autoformación continuada, que le permita desarrollarse en un contexto académico, sociológico, ético, legal y técnico de alto nivel”<sup>(2)</sup>.*

El propio programa se encarga de enmarcar el rol que debe asumir ese especialista, encontrándonos, como fue mencionado anteriormente, en un momento histórico particularmente propicio para el mismo.

*“La institucionalización del postgrado también permitirá contribuir al mejoramiento de la salud nacional:*

1. *Remarcando que la salud es un derecho y que las personas deben participar en su planificación estratégica, en gestar, gestionar sus acciones y en la evaluación de sus resultados así como tener un acceso equitativo y universal a los programas de promoción, prevención y a los servicios de atención.*

2. *Formando profesionales a nivel de postgrado, con las características mencionadas en la definición y en los campos de la acción de la especialidad, que colabore a promover un nuevo enfoque de la práctica médica, fomentando la prevención y la promoción de salud en el primer nivel de atención. Este concepto se contrapone a la tradicional visión asistencialista, tanto de los profesionales como también de la población, enfoque tradicional además incentivado por sectores empresariales y la propaganda, que han ido transformando a la salud de derecho en mercancía.*

*Creemos que si logramos estos profesionales, tendremos recursos eficaces e insustituibles para la transformación de las realidades sanitarias del país, capaces de criticar lo existente, no para desentenderse sino para transformarlo. Capaces de bosquejar cambios y experi-*

*mentarlos con el auxilio de otros profesionales haciendo de la interdisciplina un método de acción y de investigación, no por imposición sino por comprensión de su necesidad. Médicos que potencien y articulen los recursos existentes institucionales y comunitarios. Formadores de nuevos recursos y autodidactas. Médicos que le devuelvan a sus semejantes, en la práctica diaria, el derecho y el deber de ser partícipe en el proceso de producción de salud.”<sup>(2)</sup>*

Define la “especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria, como aquella que adquiere un clínico que ejerce en el área extrahospitalaria y que le permite interactuar con la comunidad con la que trabaja, coparticipando con ella y otros agentes sanitarios, con la finalidad de lograr el máximo nivel de salud para el medio.

*La Medicina Familiar y Comunitaria incluye en sus contenidos a la medicina familiar tal como se entiende y ejerce en múltiples países, desde que la familia es la célula del entramado social. Asimismo desborda la medicina familiar en aspectos tales como sociología, antropología y epidemiología, aplicadas al enfoque comunitario.*

*No pretende sustituir ni competir con el egresado en su calidad de médico generalista, sino que busca ampliar, perfeccionar y extender conocimientos académicos, habilidades y destrezas que no están incluidos en el currículo de pregrado o sólo aparecen como elementos rudimentarios”.*

En suma, el especialista en Medicina Familiar y Comunitaria será un

clínico de acción predominantemente extrahospitalaria y que tendrá un enfoque global del proceso salud-enfermedad, abordando la problemática sanitaria con la comunidad y que debe:

➤ *Poseer criterios sanitarios y sociales para hacer de la salud de una comunidad su objeto de trabajo, a partir del impulso de las diversas estrategias conocidas (APS, Municipios Saludables, SILOS, etc.) de modificaciones o combinaciones de las mismas o introducción de nuevos diseños.*

➤ *Realizar un diagnóstico de condiciones de salud de la comunidad y de sus integrantes con criterios científicos, siendo capaz de manejar los métodos pertinentes y siendo capaz de gestionar el curso de los profesionales correspondientes.*

➤ *Encarar la planificación, ejecución y evaluación del trabajo de conservación y acrecentamiento de la salud con la participación de las personas que integran la comunidad.*

➤ *Ser capaz de diseñar las estrategias de promoción y prevención primaria adecuados a esa realidad específica.*

➤ *Usar las herramientas de promoción y prevención establecidas en lo nacional y municipal (programas específicos y de educación para la salud) y los enfoques de riesgo para la realización del diagnóstico precoz.*

➤ *Tener capacidad de evaluar el funcionamiento, la calidad y adecuación de los servicios de salud existentes, con relación a la comunidad receptora.*

➤ *Ser capaz de impulsar su mejoramiento, la coordinación de ellos entre sí y con centros de mayor nivel, tendiendo*

*a la construcción de un sistema local de salud.*

➤ *Poseer conocimientos clínicos sólidos que le permitan abarcar las problemáticas extrahospitalarias que se presentan más frecuentemente, haciendo de la referencia y la contrarreferencia un mecanismo responsable de solución de los problemas y una fuente inagotable de aprendizaje.<sup>32)</sup>*

En ese marco se “busca formar un médico con conocimientos, habilidades y actitudes certificadas que le permitan proporcionar cuidado integral y longitudinal a los individuos, familias y comunidades, desde un primer nivel de atención, trabajando de manera coordinada e integrada con un equipo de salud multidisciplinario y de manera ordenada y racional con los otros niveles de atención, haciendo énfasis en la promoción de salud, prevención de enfermedades, autocuidado y autorresponsabilización, así como también brindado una atención de elevada calidad.

Constará de fundamentos clínicos en medicina, pediatría, ginecología, cirugía, salud mental y especialidades que desarrollen parte de su quehacer en el área comunitaria en el manejo de la detección del diagnóstico y la terapéutica, como en el seguimiento ambulatorio y la referencia y contrarreferencia; fundamentos en epidemiología, organización, gestión y gerenciamiento en salud, que le permitan realizar una adecuada coordinación intersectorial en la solución de los problemas y fundamentos metodológicos en trabajo comunitario, educación para la salud, bioética, sociología, an-

*tropología, informática y metodología científica*<sup>x(2)</sup>.

A continuación, en el programa se detallan los contenidos temáticos curriculares, uno referido al área clínica y otro al área no clínica, si bien en la práctica son áreas indivisibles.

## **EL MARCO DE LO COTIDIANO**

### **1. Distribución de actividades. Cronograma**

Presentamos la descripción de las actividades en base a las 48 horas semanales que debe realizar el residente. Para aquellos que solo realizan régimen de postgrado se deben restar 12 horas semanales.

Se busca que el estudiante desarrolle el cronograma planteado a través de su presencia en una zona geográfica de manera de lograr la referencia a comunidades comunes. Esta situación si bien ha mejorado, aún resta mucho por avanzar para lograr que el estudiante pueda tener su tutor y centro de salud dentro de una misma área y desarrolle gran parte de sus actividades en estos dos ámbitos de formación.

*“El trabajo de campo tiene como base el concepto que la salud de la comunidad es algo mucho más amplio que la*

*atención de cada individuo, que requiere para su logro no sólo técnicas propias sino sobre todo la educación y la participación de la misma. El profesional deberá realizar un trabajo de relación con la comunidad (que necesariamente es a largo plazo, de ahí que sea importante que permanezca en la misma comunidad), en el que se acostumbrará a descubrir los factores favorecedores y obstaculizadores de la salud comunitaria, a conocer las situaciones de riesgo para desarrollar planes de promoción y prevención particularizados. También deberá desarrollar roles articuladores entre las instituciones y la comunidad con el fin de aumentar el rendimiento de los distintos recursos destinados a la salud y de encauzar la solución de problemas no tratados.*

*Los tiempos de dedicación son pautados por las necesidades de la comunidad y del trabajo que se encare y se realizarán con la flexibilidad necesaria, en los horarios convenidos con la comunidad.*

*Debe quedar claro que así como los horarios de práctica en el servicio de atención, son los del Servicio, los horarios de las actividades de campo deberán adecuarse a la realidad de la zona en la que se actúe.*

*El educando realizará todas las actividades guiado por un tutor y con él irá adquiriendo no sólo las destrezas clínicas sino también los conceptos y habilidades para actuar tanto con la comunidad como con el equipo interdisciplinario que actúe en esa realidad.*

*El seguimiento de los casos (tanto en el domicilio como en una eventual internación de los pacientes) se adecuará a*

*cada caso, tomando en cuenta todas las medidas que garanticen su oportunidad y efectividad.<sup>32)</sup>*

## **A. El primer año**

Los residentes de 1<sup>er</sup> año realizan su aprendizaje clínico, tareas educativas y de abordaje familiar y comunitario a partir de la problemática de salud materno-infantil, en un esquema de dos semestres.

**Ambos semestres tienen una mixtura que permite dar continuidad durante todo el año, tanto a los aspectos pediátricos como ginecotocológicos.**

Cada uno de ellos presenta actividades de pediatría y ginecotocología con distinta preeminencia.

1. Tutor. Durante todo el año realizan actividades con el tutor durante 16 horas semanales.
2. Centro de Salud. En el centro se desarrolla la actividad con los docentes de Pediatría, Ginecología, Salud Mental, Medicina Preventiva y Social (Epidemiología) y Medicina Familiar y Comunitaria. Se realiza actividad en policlínica, lo que demanda la mayor parte del horario, incluyendo actividades que permitan realizar un adecuado seguimiento de los pacientes (visitas domiciliarias, consultas programadas, etcéte-

ra). También deben realizarse actividades extra consultorio y extra centro. Este tiempo debe utilizarse para planificar, programar, llevar a cabo y evaluar las actividades de campo, talleres, reunión de coordinación, etcétera. También para la planificación y el desarrollo de investigaciones.

3. Emergencia. Se realizan 12 horas semanales.

## A. 1. SEMESTRE ÁREA PEDIÁTRICA

### Distribución sin NEONATOLOGÍA (CINCO MESES)

ACTIVIDADES	Hs. sem.
<b>TUTOR:</b> Consulta programada, seguimiento de pacientes y familias. Visitas domiciliarias Actividades educativas en policlínica del Tutor (extra-consultorio). Actividades educativas en la comunidad Actividades con organizaciones de la comunidad.	<b>16</b>
<b>CENTRO DE SALUD:</b>	<b>20</b>
1. ÁREA PEDIATRÍA: Policlínica, actividades de campo, Psiquiatría Infantil (1), Talleres Clínicos Integrales.	16
2. ÁREA GINECOBSTÉTRICA: Policlínica, actividades de campo, Talleres Clínicos Integrales.	4
<b>EMERGENCIA: Puerta de niños</b>	<b>12</b>
<b>ACTIVIDAD ACADÉMICA:</b>	<b>6</b>
1. Cursos Posgrado	3
2. Seminarios de Residentes (2)	3

### Distribución durante NEONATOLOGÍA (UN MES)

ACTIVIDADES	Hs. sem.
<b>TUTOR: (idem tabla anterior)</b>	<b>16</b>
<b>CENTRO DE SALUD:</b>	<b>12</b>
1. ÁREA PEDIATRÍA: Policlínica, actividades de campo, Psiquiatría Infantil (1), Talleres Clínicos Integrales.	8
2. ÁREA GINECOBSTÉTRICA: Policlínica, actividades de campo, Talleres Clínicos Integrales.	4
<b>NEONATOLOGÍA:</b>	<b>20</b>
1. EMERGENCIA: Guardia en Recepción de Recién Nacidos	12
2. SALA ALOJAMIENTO CONJUNTO	8
<b>ACTIVIDAD ACADÉMICA:</b>	<b>6</b>
1. Cursos Posgrado	3
2. Seminario de Residentes (2)	

## A. 2. SEMESTRE ÁREA GINECOOBSTÉTRICA

ACTIVIDADES	Hs. sem.
TUTOR: (idem semestre Área Pediátrica)	<b>16</b>
<b>CENTRO DE SALUD:</b>	<b>20</b>
1. ÁREA PEDIATRÍA: Policlínica, actividades de campo, Psiquiatría Infantil (1), Talleres Clínicos Integrales.	4
2. ÁREA GINECOBSTÉTRICA: Policlínica, actividades de campo, Talleres Clínicos Integrales.	16
<b>EMERGENCIA:</b>	
Puerta de Maternidad (3 meses)	
Sala de Pre-Parto (3 meses)	<b>12</b>
<b>ACTIVIDAD ACADÉMICA:</b>	<b>6</b>
1. Cursos Posgrado	3
2. Seminarios de Residentes (2)	3

(1). Se realiza a partir de instancias clínicas con los docentes de Salud Mental, las interconsultas que se generen desde los pacientes que tenga en seguimiento el residente tanto en el centro de salud como con el tutor o mediante la participación en consultas con los integrantes de los equipos de Salud Mental de cada uno de los centros.

(2). El horario de los seminarios que se realizan los días sábados se incluye en las 48 horas semanales. Se restan de las horas de tutor o del centro o de ambas según las situaciones.



## B. El segundo año

El segundo año es el de aprendizaje de medicina de adultos, incluyendo Salud Mental. Ambos se abordan a lo largo de todo el año, realizando actividades clínicas, educativas, de abordaje

familiar y comunitario a punto de partida de problemas médicos y de salud mental, juntos a los docentes de Medicina Familiar y Comunitaria y el apoyo de los docentes de Medicina Preventiva y Social y de Salud Mental.

### Distribución sin Psicología Médica (NUEVE MESES)

ACTIVIDADES	Hs. sem.
TUTOR: (idem primer año)	20
CENTRO DE SALUD:	16
1. Policlínica Adultos, actividades de campo, Psiquiatría (1), Talleres Clínicos Integrales.	
EMERGENCIA: Puerta de Adultos	12
ACTIVIDAD ACADÉMICA:	6
1. Cursos Posgrado	3
2. Seminarios de Residentes (2)	3

### Distribución con Psicología Médica (TRES MESES)

ACTIVIDADES	Hs. sem.
TUTOR: (idem primer año)	20
CENTRO DE SALUD:	8
1. Policlínica Adultos, actividades de campo, Psiquiatría (1), Talleres Clínicos Integrales.	
PSICOLOGÍA MÉDICA (3)	8
EMERGENCIA: Puerta de Adultos	12
ACTIVIDAD ACADÉMICA:	6
1. Cursos Posgrado	3
2. Seminarios de Residentes (2)	

(1). Se realiza a partir de instancias clínicas con los docentes de Salud Mental, las interconsultas que se generen desde los pacientes que tenga en seguimiento el residente tanto en el centro de salud como con el tutor o mediante la participación en consultas con los integrantes de los equipos de Salud Mental de cada uno de los centros.

(2). El horario de los seminarios que se realizan los días sábados se incluye en las 48 horas semanales. Se restan de las horas de tutor o del centro o de ambas según las situaciones.

(3). Se realiza hasta este año en el Departamento de Psicología Médica, en el Hospital de Clínicas.

### C. El tercer año.

En el tercer año realizan una práctica integral e integradora, a la vez que adquieren mayor autonomía y gestión de un servicio de primer nivel, junto a los docentes de Medicina Familiar y Comunitaria, continuando con el apoyo de los docentes de Medicina Preventiva y Social y de Salud Mental.

El aprendizaje de las especialidades se realiza por medio de talleres clínicos en los centros con docentes o residentes de tercer año de las cátedras de Facultad que asistan al mismo, en las sedes de cada una de las cátedras o departamentos involucrados y/o con especialistas que desarrollan su actividad en el centro.

ACTIVIDADES	Hs. sem.
<b>TUTOR:</b> Consulta programada, seguimiento de pacientes y familias. Visitas domiciliarias Actividades educativas en policlínica del Tutor (extra-consultorio). Actividades educativas en la comunidad Actividades con organizaciones de la comunidad. Actividades de Coordinación y Gestión del Servicio	<b>28</b>
<b>CENTRO DE SALUD:</b>	<b>8 -12</b>
1. Talleres Clínicos Integrales.	0-4
2. Talleres Clínicos de especialidades (Policlínica, revisión de temas, etc.). (1)	4-8
<b>EMERGENCIA: Puerta de Adultos</b>	<b>12</b>
<b>ACTIVIDAD ACADÉMICA (fuera horario residencia):</b>	<b>6</b>
1. Cursos Posgrado	3
2. Seminarios de Residentes (2)	3

(1). Las especialidades son: Otorrinolaringología, Oftalmología, Dermatología, Reumatología y Geriatría.

(2). El horario de los seminarios que se realizan los días sábados se incluye en las 48 horas semanales. Se restan de las horas de tutor o del centro o de ambas según las situaciones.

Los residentes con cargos de la Intendencia Municipal de Montevideo y del Hospital Evangélico mantienen durante los tres años una distribución horaria base similar al primer año.

### D. Los seminarios de residentes

Son parte de las actividades académicas comunes, referidas fundamentalmente a temas orientados a lo familiar y comunitario, donde concurren simultáneamente los estudiantes de las tres generaciones.

Los seminarios son presentados por un equipo integrado por estudiantes de las tres generaciones, coordinado por el estudiante de tercer año, designándose docentes

u orientadores como apoyo en la preparación de los mismos. Se realizan los días sábados, en el horario de la mañana.

Los temas planificados para el 2008 son:

Formación del residente
Perfil del médico familiar y comunitario
Sífilis Neonatal
Necesidades humanas y satisfactores. <i>La impronta socio-cultural</i>
Pobreza, marginalidad y exclusión social.
Factores socio culturales en la atención médica.
Trabajo en redes, coordinación interinstitucional.
Nefroprevención
CIRUGÍA en el Primer Nivel de Atención
Abordajes de intervención comunitaria.
Participación comunitaria. Reseña Histórica. Definiciones, modelos. Formación de agentes comunitarios
Diagnostico comunitario participativo de salud
Práctica del aborto en condiciones de bajo riesgo.
Grupos de Autoayuda
Educación en Salud Cardiovascular
Diabetes en el Primer Nivel de Atención.
La familia I.
La Familia II.
Relación médico-paciente-familia.
Gestión y administración de los servicios de salud en el PNA. <i>Presentación de experiencias.</i>
Consulta programada. Planificación, registro y seguimiento
Visita domiciliaria. Cuando, para qué, cómo hacerla ?.
Violencia doméstica I
Violencia doméstica II
Violencia doméstica III
Salud Ambiental
Zoonosis
Adicciones de sustancias psicoactivas: tabaco, alcohol, etc. Abordaje individual, familiar y comunitario. Estrategias de intervención.

## E. Los cursos de postgrado.

Incluidos en el área NO CLÍNICA del programa, se organizaron según un cronograma por año:

Primer año:

- 1 . Educación para la salud.
- 2 . Informática médica / Búsqueda bibliográfica.
- 3 . Demografía.
- 4 . Medicina legal.

## 5 . Metodología de la investigación

Segundo año:

- 1 . Epidemiología comunitaria.
- 2 . Metodología cualitativa en salud.
- 3 . Antropología y sociología.

Tercer año:

- 1 . Epidemiología clínica.
- 2 . Administración de los Servicios de Salud del Primer Nivel de Atención.

### 3. Salud ambiental.

En dichos cursos participan los departamentos y cátedras de Medicina Legal, Medicina Preventiva y Social, Salud Ocupacional, Unidad de Sociología Médica, docentes invitados y docentes de Medicina Familiar y Comunitaria.

## 2. Dónde nos formamos

### A. El tutor

*“El tutor cumple una labor formativa y de facilitación del proceso de aprendizaje del postgrado/residente actuando como acompañante, modelo de identificación (modelo del rol), apoyo y guía durante su formación curricular, dentro del marco de las exigencias curriculares que su adiestramiento requiere.*

*En este contexto el tutor tiene como responsabilidades centrales:*

- 1) *Orientar, motivar y acompañar la iniciativa, la capacidad de indagación y el trabajo del postgrado en el contexto de la especialidad y requisitos de la disciplina, establecidos por el Programa de Postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria, aprobado por la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina y teniendo en cuenta intereses, necesidades y rasgos personales del postgrado. Debe ser un co-protagonista en el abordaje familiar y comunitario.*
- 2) *Establecer una relación personaliza-*

*da con el postgrado a su cargo, identificando facilidades y dificultades a nivel de conocimientos, destrezas, actitudes y habilidades comunicativas del tutorado.*

- 3) *Actuar como apoyo emocional, identificando problemas que pudieran interferir en su rendimiento.*
- 4) *Evaluar en forma continua a su tutorado, de acuerdo a criterios definidos por el Departamento de Docencia en Comunidad, en acuerdo con la Comisión de Residencias Médicas.*
- 5) *Mantener una comunicación permanente con el Departamento, a fin de informar sobre la situación del postgrado y de estar en conocimiento de los requerimientos curriculares del mismo (programas, horarios, proyectos, investigaciones, etc.).*
- 6) *Mantener una comunicación periódica y activa con los responsables de los ámbitos sanitarios en los que el tutorado esté realizando sus pasantías.*
- 7) *Participar en actividades académicas del Departamento, promoviendo particularmente la presentación de los avances de experiencias concretas en los que el postgrado esté activamente comprometido (Programas. Proyectos de investigación, etc.)<sup>(2)</sup>.*

## La distribución de los tutores es la siguiente

### MONTEVIDEO

Zona	Área de referencia	Nº de tutores	Nº de residentes / año			TOTAL
			1	2	3	
Oeste			1	2	3	
	Barrio Municipal	2	4	2	2	8
	Joanicó / Lavalleja	1	0	0	1	1
	Jardines del Hipódromo	3	2	2	4	8
	Piedras Blancas	4	3	0	1	4
	La Cruz de Carrasco	4	1	1	4	6
	Colón / Lezica	4	7	0	3	10
	SUBTOTAL	18	17	5	15	37
Este	Cerro/La Teja / Tres Ombúes	4	5	4	2	11
Centro/Sur	Ciudad Vieja	2	0	2	0	2
	TOTAL	24	22	11	17	50

### CANELONES

Área de referencia	Nº de tutores	Nº de residentes / año			TOTAL
		1	2	3	
		1	2	3	
Rincón del Colorado	1	0	1	0	1
San Bautista	1	1	1	1	3
Pando	1	1	0	0	1
Las Piedras	3	3	2	1	6
Barros Blancos	2	2	0	0	2
Solymar	1	1	0	0	1
Migues	1	0	1	1	2
TOTAL	10	8	5	3	16

### FLORIDA

Área de referencia	Nº de tutores	Nº de residentes / año		
		1	2	3
Corralón del Tigre	1	0	1	2

### TACUAREMBÓ

Zona	Área de referencia	Nº de tutores	Nº de residentes / año		
			1	2	3
Tacuarembó	Tambores	1	0	1	0
Paso de los Toros		2	0	1	1

## PAYSANDÚ

Nº de tutores	Nº de residentes / año		
	1	2	3
2	2	1	0

## B. EL CENTRO DE SALUD. Distribución de los Centros de Salud

### MONTEVIDEO

Zona	CENTRO	Nº de residentes / año			TOTAL
		1	2	3	
Oeste		1	2	3	
	Policlínica Comunitaria LOS ÁNGELES / GIORDANO	4	2	3	9
	JARDINES DEL HIPODROMO	3	3	4	9
	PIEDRAS BLANCAS	4	2	2	8
	LA CRUZ DE CARRASCO	0	0	4	4
	SAINT BOIS	7	4	5	16
Este	SANTA CATALINA / LA PALOMA	3	1	1	5
	TITO BORJA	2	0	0	2
	Policlínica LA TEJA (IMM)	1	0	0	1
	TRES OMBÚES	0	2	1	3
Centro/Sur	CIUDAD VIEJA	4	3	0	7
	LUISA TIRAPARÉ (IMM)	1	0	0	1
	TOTAL	29	17	20	66

### CANELONES

Zona	Área de referencia	Nº de residentes / año		
		1	2	3
Solymar	Centro Ciudad de la Costa (Hospital Evangélico)	1	0	0

### FLORIDA

Zona	Área de referencia	Nº de residentes / año		
		1	2	3
	Corralón del Tigre	0	0	2

## TACUAREMBÓ

Zona	Área de referencia	N° de residentes / año		
		1	2	3
Tacuarembó	Policlínica Tambores / Centro de Salud Tacuarembó	0	1	0
Paso de los Toros	Centro Auxiliar	0	1	1

## PAYSANDÚ

Zona	Área de referencia	N° de residentes / año		
		1	2	3
	Hospital Escuela del Litoral	2	1	0

## C. LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA

Departamento	Servicio	N° de residentes / año		
		1	2	3
MONTEVIDEO	Centro Hospitalario Pereira Rossell (Hospital de la Mujer)	14	0	0
	Centro Hospitalario Pereira Rossell (Hospital del Niño)	15	0	0
	HOSPITAL MACIEL	0	9 (1)	11
	HOSPITAL PASTEUR	0	7	10
	HOSPITAL EVANGÉLICO	1	0	0
PAYSANDÚ	Hospital Escuela del Litoral	2	1	0
TACUAREMBO	Hospital de Tacuarembó	0	2	1
	TOTAL	32	19	22

### 3. Cómo nos evaluamos.

El programa incluye las evaluaciones comunes a la gran mayoría de las especialidades, definidas en la ordenanza y reglamento de la Escuela de Graduados. Queremos destacar una forma particular dentro de la evaluación continua del estudiante que son las evaluaciones semestrales.

Es una instancia de evaluación continua donde se busca el inter-

cambio personal entre el estudiante, su tutor, docentes y jefes de residentes. Donde se pueda evaluar las actuaciones de todos los involucrados buscando fortalezas y aquellas debilidades que se deban corregir en busca de una mejora continua de la calidad de formación. Si bien son varias las dificultades en cuanto a la concurrencia de todos los actores involucrados, se concibe como una instancia fundamental.

#### 4. QUIÉNES SOMOS. LA DISTRIBUCIÓN DE LOS ESTUDIANTES

Departamento	N° de residentes / año			TOTAL
	1	2	3	
MONTEVIDEO / CANELONES	30 (2)	17 (2)	20 (1)	67 (5)
FLORIDA	0	0	2	2
PAYSANDÚ	2	1	0	3
TACUAREMBO	0	2	1	3
TOTAL	32	20	23	75

Nota: entre paréntesis se menciona el número de estudiantes que cursan solo por régimen de posgrado

#### Consideraciones finales

La especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria ha logrado avanzar, insertándose fuertemente en el ámbito sanitario. Este hecho no es aislado, sino que se enmarca en un contexto de importantes cambios a nivel nacional pero también a nivel universitario y en particular de la Facultad de Medicina, como fuera detallado al inicio. En este contexto histórico de cambios para el desarrollo, se han dado también avances en la aplicación de nuestro programa de formación: la consolidación de una estructura académica propia de la especialidad, pero con fuerte integración a otras disciplinas, el logro de la reducción de las guardias en servicios de emergencia del tercer nivel de atención para los tres años de la Residencia, según se establece en el programa, pudiendo volcar así mayor horario y esfuerzo a la formación en el primer nivel de

atención, la apertura de opciones formativas no solo a nivel público sino también a nivel privado, así como otras.

Durante estos últimos años se han desarrollado algunas experiencias “piloto”, las cuales se planearon con la intención de profundizar la integralidad e interdisciplinariedad, evitando especialmente la compartimentación habitual del conocimiento, respetando la evolución natural de los procesos en el continuo etario y social de individuo-familia-comunidad, favoreciendo la rápida inserción del estudiante con la globalidad de la disciplina. Han sido muy positivas estas experiencias, a tal punto que será uno de los elementos a incluir en el nuevo programa de la especialidad que deberá discutirse en este año. En este marco se plantea también la posibilidad de incluir un cuarto año de formación.



## BIBLIOGRAFÍA

1. Zurro M, Cano Pérez JF. Atención Primaria de Salud. Cap. 1. In: Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 4<sup>ta</sup> Edición. Harcourt Brace. Madrid. España, 1999.

2. Programa de Formación del Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Escuela de Graduados. Facultad de Medicina. Universidad de la República. Julio de 2003.