

Experiencias sobre salud comunitaria y familiar: primera cohorte de la formación de médicos en Venezuela

Experiences on community and family health: first cohort of the formation of doctors in Venezuela

Patricia Guevara Ferrer¹, María Magdalena Abreu Herrera², Yanet Vásquez González³, José Ramón Valdés Utrera⁴, Raimundo López Reyes⁵

¹ Doctora en Medicina. Especialista de I Grado en Higiene Escolar. Máster en Salud Pública. Profesor Auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara. Cuba. Correo electrónico: patriciagf@ucm.vcl.sld.cu

² Doctora en Medicina. Especialista de I Grado en Higiene y Epidemiología. Asistente. Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara. Cuba. Correo electrónico: mariam@capiro.vcl.sld.cu

³ Doctora en Medicina. Especialista de I Grado en Higiene y Epidemiología. Asistente. Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara. Cuba. Correo electrónico: patriciagf@ucm.vcl.sld.cu

⁴ Doctor en Medicina. Especialista de I Grado en Fisiología. Asistente. Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara. Cuba. Correo electrónico: josevu@ucm.vcl.sld.cu

⁵ Doctor en Medicina Veterinaria. Asistente. Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas. Villa Clara. Cuba. Correo electrónico: patriciagf@ucm.vcl.sld.cu

RESUMEN

Fundamento: el Programa Nacional de Formación en Medicina Integral Comunitaria surge para garantizar la formación del médico que requiere la nueva sociedad venezolana, eliminar los elevados niveles de exclusión existente en la atención de salud, con la calidad, la cobertura y atención adecuadas para la totalidad de la población del país.

Objetivo: caracterizar el comportamiento de la disciplina Salud Comunitaria y Familiar compuesta por una serie de asignaturas o unidades curriculares: las sociomédicas, incluyendo el Servicio Comunitario Estudiantil que se introduce en sexto año.

Métodos: se realiza una investigación descriptiva sobre la primera cohorte de estudiantes graduados en el Programa Nacional de Formación de Medicina Integral Comunitaria, comprende desde el curso 2005-2006 hasta el 2010-2011. Se emplearon métodos teóricos: histórico-lógico, inductivo-deductivo y analítico-sintético y empíricos: análisis documental del programa, y matemáticos para los resultados en números absolutos y porcentos.

Resultados: en el programa están contemplados los contenidos correspondientes a la salud comunitaria y familiar desde el primer año de la carrera, los resultados de promoción son satisfactorios, con algunas insatisfacciones sobre las evaluaciones frecuentes, en la ejecución del servicio comunitario estudiantil los resultados cuantitativos son buenos.

Conclusiones: se apreció un buen diseño en cuanto a distribución de asignaturas por año y número de horas, debilidades en el componente evaluativo, que motivaron la propuesta de cambio en el sistema de evaluación final y la importancia del Servicio Comunitario Estudiantil a través de la interacción de los estudiantes con la comunidad evidenciada en la defensa de los proyectos presentados.

DeSC: Desarrollo de programa, educación médica, educación en salud, apoyo a la formación profesional.

ABSTRACT

Background: the National Formation Program in Community comprehensive Medicine arises to guarantee the doctor's formation that requires the new Venezuelan society, to eliminate the current high exclusion levels in health care, with the quality, spreading and attention for the whole population of the country.

Objective: to characterize the behavior of the Community and family Health discipline composed by a series of subjects or curricular units, and the social-medical, including the Student Community Service that is introduced in the sixth year.

Methods: it is carried out a descriptive investigation on the first cohort of graduated students in the National Formation Program in Community comprehensive Medicine, from the academic year 2005-2006 up to 2010-2011. Theoretical methods were used: historical-logical, inductive-deductive and analytic-synthetic, empiric ones: documental analysis of the program, and mathematics for the results of absolute values and percents.

Results: the contents corresponding to the community and family health are contemplated in the program since the first year of the career, the promotion results are satisfactory, with dissatisfactions on the frequent evaluations, and the quantitative results are good in the work with the student community service.

Conclusions: a good design was observed in regard to distribution of subjects per year and numbers of hours, weaknesses in the assessment component have motivated the change proposal in the system of final assessment and the importance of the Student Community Service through the interaction of the students with the community evidenced in the defense of the presented projects.

MeSH: Program development, education, medical, health education, training support.

INTRODUCCIÓN

El Programa Nacional de Formación en Medicina Integral Comunitaria (PNFMIC) se comenzó a impartir en la República Bolivariana de Venezuela en el mes de octubre del 2005.¹ Surge <http://www.revedumecentro.sld.cu>

para garantizar la formación del médico que requiere la nueva sociedad venezolana, enfascada en eliminar los elevados niveles de exclusión existente y propiciar la creación de un Sistema Público Nacional de Salud, con la calidad y niveles de acceso que permitan la cobertura y atención adecuadas de la totalidad de la población del país.²

En este programa se prevé el desarrollo del proceso formativo en los escenarios del futuro desempeño profesional, con una estrecha interrelación entre la teoría y la práctica, y abordaje interdisciplinario. Se basa en el aprender interactuando con la comunidad desde los primeros años de la carrera para la formación de un médico con elevados valores humanísticos, morales y éticos y un verdadero compromiso con su pueblo y la humanidad.

Las unidades curriculares que integran la disciplina Salud Comunitaria y Familiar (sociomédicas) estudian la salud del ser humano como unidad biopsicosocial en los diferentes ámbitos en que desarrolla su vida, integran contenidos esenciales aportados por las ciencias sociales y de la salud y su enfoque interdisciplinario y transdisciplinario contribuye a la fundamentación científica de la práctica médica integral.¹ Esta área de la formación profesional garantiza el cumplimiento de las grandes funciones de la atención integral a la salud que se sustenta en la atención primaria como estrategia integradora y pertinente con los cambios que se proponen estos sistemas; la salud y la sociedad son su campo de acción.³

El estudio de estas asignaturas fortalece la atención primaria como estrategia encaminada a promover, proteger, restaurar y rehabilitar la salud de las personas, las familias y la comunidad, en un proceso conjunto de producción social de salud; trata además la comunicación y la participación social como herramientas para la promoción de salud en el ámbito comunitario, sustentadas en los principios éticos y humanistas que caracterizan al profesional médico; la comunidad, la familia y el individuo son su objeto de estudio.

Los contenidos de estas asignaturas permiten demostrar que la salud humana es un punto de encuentro donde confluyen lo biológico y lo social, el individuo y la comunidad, la política

social y la económica, todo lo cual constituye un índice del éxito alcanzado por una sociedad y sus instituciones de gobierno en la búsqueda del bienestar de la población. Están diseñadas teniendo en cuenta el carácter multicausal de los problemas de salud a resolverse mediante programas en los que participan además de los prestadores, los individuos, las familias, la comunidad y otros sectores sociales que tienen un papel significativo en los factores que determinan y condicionan el estado de salud de la población; por lo que la salud pública es un problema eminentemente intersectorial.⁴

En el sexto año de la carrera se incorpora al programa el Servicio Comunitario Estudiantil (SCE) de acuerdo con lo establecido en el Artículo 135 de la Constitución de la República y el artículo 4 de la Ley de Servicio Comunitario del Estudiante de Educación Superior (LSCEES) que por sus características puede ser considerado la conclusión de todo lo aprendido durante los años anteriores, demostrado en la competencia y desempeño en el trabajo con la comunidad.

El Servicio Comunitario Estudiantil es un conjunto de actividades interrelacionadas para alcanzar objetivos, en un tiempo y espacio determinados, donde se combinen el trabajo organizado, el aprovechamiento de recursos y la coordinación de esfuerzos, de modo que sus efectos permanezcan en el tiempo y modifiquen una situación que afecte la vida de un grupo de personas, y se produzcan de esta forma cambios favorables para su desarrollo; se declara como una actividad académica extracurricular y obligatoria, de contenido práctico, que contribuye a la formación integral de los estudiantes de educación superior.⁵

Los autores no han encontrado estudios realizados sobre las experiencias y resultados en relación con la disciplina Salud Comunitaria y Familiar en la formación de los estudiantes graduados en la primera cohorte del PNFMIC en Venezuela, lo cual resulta pertinente para valorar el alcance educativo de las unidades curriculares que la integran. Por lo que el objetivo de la investigación fue caracterizar el comportamiento de la mencionada disciplina, incluyendo el Servicio Comunitario Estudiantil que se introduce en sexto año.

MÉTODOS

Se realizó una investigación documental en el periodo comprendido entre los cursos 2005-2006 hasta el 2010-2011, el objeto de estudio fue el comportamiento de la disciplina Salud Comunitaria y Familiar en la primera cohorte de estudiantes graduados en el PNFMIC.

Se utilizaron métodos teóricos, empíricos y matemáticos.

Teóricos:

Histórico-lógico: para el análisis de los procesos y resultados de la primera cohorte y su progresión.

Inductivo-deductivo: para el estudio de los fundamentos teóricos generales de la evaluación del aprendizaje en la educación médica superior y asumir las concepciones aplicables en las condiciones concretas del PNFMIC.

Analítico-sintético: para definir los elementos de las asignaturas que brindan las herramientas para el trabajo con la familia y la comunidad en los diferentes cursos académicos y la generalización de regularidades como resultado de los análisis efectuados.

Empíricos: análisis documental de los programas de las asignaturas que integran la disciplina de los cursos 2005-2006 hasta el 2010-2011, actas de promoción, y las normativas para el trabajo metodológico en el referido programa de formación.

Matemáticos: se presentan los resultados en números absolutos y porcentos.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Análisis documental:

En el Plan de Estudios inicial del PNFMIC aparecen las unidades curriculares sociomédicas con la denominación general de Proyecto Comunitario del I al V, las cuales, a partir de 2011

<http://www.revedumecentro.sld.cu>

fueron renombradas de la manera siguiente, para alcanzar una mayor pertinencia y contextualización en los escenarios formativos de la Atención Primaria de Salud (APS): Introducción a la APS, Salud Comunitaria y Familiar I, II, III y IV, Atención Integral a la Salud, Análisis de la Situación de Salud, Ambientes Específicos, Intervención en Salud, Medicina de Desastres, Medicina Física y Rehabilitación, Medicina Tradicional y Natural, Medicina Legal y Toxicología y Atención Integral a la Familia y a la Comunidad, sin variar los contenidos anteriores. Esta disciplina se considera como la integradora y rectora en el programa de formación. Al ser este un programa de nuevo tipo, demandó un perfeccionamiento sistemático, teniendo en cuenta los escenarios disponibles en la Atención Primaria de Salud de Barrio Adentro y las particularidades de la organización de los servicios en los escenarios hospitalarios.

Según el análisis de los programas de las asignaturas que integran las unidades curriculares sociomédicas, están contemplados los contenidos correspondientes a la salud comunitaria y familiar; desde el primer año de la carrera se introducen contenidos que permiten la familiarización de los estudiantes con el trabajo comunitario; en primer año: el 10,7 % de horas declaradas en el programa, en segundo: el 24, 8 %; en tercero: 25,5 %; en cuarto: 29,1 %; en quinto: 15,9 % y en sexto: 25 %. Ocupan el 36 % de los contenidos del programa. Este diseño facilita la integración necesaria para la formación del Médico Integral Comunitario sustentado en el paradigma emergente de la salud y concebido como calidad de vida, bienestar, bien hacer y promoción de las condiciones de existencia y la salud como riqueza social.⁵⁻⁷

La vinculación del estudiante con el paciente y la comunidad es una fortaleza para la profesión, pues el programa se desarrolla en los escenarios propios de su futuro desempeño, favorece la formación en sus propias comunidades, y la incorporación a tareas relacionadas con los problemas de salud de su entorno de trabajo.²

Resultados de promoción:

Al analizar los resultados de promoción en las referidas asignaturas se observa que son

satisfactorios, aún cuando existen algunas insatisfacciones declaradas por los estudiantes con las evaluaciones frecuentes, pues consideran que algunas pudieran elevar el nivel de exigencia en la comprobación del cumplimiento de los objetivos, y que no todos los docentes evalúan de la misma manera. Estos resultados están en correspondencia con las principales deficiencias que se presentaron en la Evaluación Acreditativa Final (EVAF) con respecto a la presentación y caracterización de las familias.

Los resultados de promoción en la EVAF fueron de 99,8 % como promedio, sin embargo, al valorar su calidad se constata que las calificaciones están en el rango de 70-89 puntos. Los autores atribuyen estas calificaciones a dificultades en el sistema de evaluación donde se evidencian insuficiencias para evaluar las habilidades prácticas necesarias en el trabajo con las familias y la comunidad.

Sobre la base del análisis de las fortalezas y debilidades observadas en la EVAF y la revisión de la circular de evaluación, el equipo docente metodológico hizo una propuesta de cambios en el componente de la evaluación final de algunas asignaturas. En la primera cohorte de graduados, 5 asignaturas (35,7 % del total) tenían un examen teórico-práctico; 4 asignaturas solo exámenes teóricos (28,6 %); y 4 terminaban con proyectos integrados. Para elaborar la propuesta de cambios que se aplicaría a partir del curso 2011-2012, se tuvieron en cuenta las asignaturas con gran contenido sobre familia, y las integradoras por su función de medir o explorar las habilidades prácticas que los estudiantes debían adquirir.

En este sentido, 6 asignaturas (42,8 % del total) asumen su evaluación final solo con exámenes teóricos, 2 (14,3 %) con exámenes prácticos, se mantienen 4 (28,6 %) con proyectos integrados, y se incrementan 2 (14,3 %) con exámenes práctico y teórico. Además se perfeccionaron las guías para la evaluación, las cuales discriminaron con mayor exactitud las habilidades a adquirir en el trabajo con las familias y la comunidad.

El Servicio Comunitario Estudiantil, introducido en sexto año, es un proyecto que parte del Análisis de la Situación de Salud de la población perteneciente al consultorio popular,

transita por la prioridad de los problemas, su aprobación por los miembros que representan la comunidad y las universidades, el cumplimiento de los principios éticos, la utilización de los conocimientos de la Metodología de la Investigación, y la aplicación de los contenidos académicos recibidos aplicando competencias y habilidades en beneficio de la sociedad.⁵⁻⁷

Este proyecto está determinado en el documento Guía para el desarrollo del proyecto del Servicio Comunitario Estudiantil.

Los principales problemas identificados en la comunidad para la ejecución del Servicio Comunitario Estudiantil, en su mayoría estuvieron relacionados con las temáticas que se relacionan a continuación:

- El embarazo en la adolescencia.
- Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).
- Las enfermedades crónicas no transmisibles: diabetes mellitus, hipertensión arterial, asma bronquial, cardiopatía isquémica.
- Las enfermedades crónicas transmisibles: parasitismo, enfermedad diarreica aguda.
- El saneamiento ambiental.

Los objetivos principales expuestos en los proyectos fueron:

- Incrementar el nivel de conocimientos.
- Implementar estrategias educativas.
- Implementar acciones de educación para salud.
- Promover estilos de vida saludables.
- Intervenir en el saneamiento ambiental.
- Incentivar la participación comunitaria.
- Estrechar relaciones entre los miembros de la comunidad.
- Involucrar a los actores sociales de la comunidad.

En la primera cohorte de egresados los resultados cuantitativos de este ejercicio fueron satisfactorios. Se consideran estas actividades como verdaderos espacios científicos para la <http://www.revedumecentro.sld.cu>

reflexión y lograr modificar estilos y modos de vida en la comunidad. Sirvieron de referencia para la toma de decisiones, reorientar políticas y para investigaciones futuras sobre el tema.

La concepción de la participación comunitaria en salud ha cambiado sustancialmente en Venezuela, toda vez que en la actualidad se concibe como una expresión de autonomía y de ejercicio democrático, lo que le confiere al individuo y a las comunidades un rol verdaderamente protagónico, siendo la adopción de este modelo el reto más importante a enfrentar. Las experiencias de participación comunitaria en salud datan de los años setenta, la mayoría promovidas desde el Ministerio de Salud o las gobernaciones de los Estados y en otros casos desde las propias comunidades.^{8,9}

La participación comunitaria constituye un elemento esencial en la gestión de las políticas públicas de salud bajo el nuevo paradigma de la democracia protagónica y participativa, condición necesaria para garantizar la construcción de la ciudadanía.¹⁰⁻¹²

CONCLUSIONES

Al realizar la caracterización del comportamiento de la salud comunitaria y familiar en la primera cohorte de graduados del PNFMIC, se apreció un buen diseño de la disciplina Salud Comunitaria y Familiar en cuanto a distribución de asignaturas por año y número de horas, insuficiencias en el sistema de evaluación que motivaron la propuesta de cambios por parte de los autores en el sistema de evaluación final para algunas asignaturas y la significación especial del Servicio Comunitario Estudiantil a través de la interacción de los estudiantes con la comunidad, evidenciada en la defensa de los proyectos presentados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Programa de Formación Medicina Integral Comunitaria. Caracas: Ministerio del Poder Popular para la Educación Universitaria; 2010.
2. El Modelo de Atención Integral (MAI). Caracas: Ministerio de Salud y Desarrollo Social; 1999.
3. Álvarez Blanco AS, Álvarez Pérez AG. Planificación estratégica de intervenciones en salud. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 1998.
4. Rojas Ochoa F. Pasado, presente y futuro en el Desarrollo Humano. [CD-ROM]. La Habana: GIESP ENSAP; 2003.
5. Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela. Ley del Servicio Comunitario del Estudiante de Educación Superior. Gaceta Oficial No. 38.272 del 14-09-05. Disponible en: <http://www.unearte.edu.ve/sites/default/files/pdf/servicio.pdf>
6. González García G. Prólogo. Hacia un cuidado integral de la salud para la equidad: De Alma Ata a la Declaración del Milenio. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2007.
7. Ministerio de Salud Pública. Plan de Estudios de la carrera de Medicina. La Habana: MINSAP; 2005.
8. Navas Perozo R, Rojas de Morales T, Álvarez CJ, Fox Delgado M. Participación comunitaria en los servicios de salud. Rev Ciencias Sociales [Internet]. 2010 [citado 15 Mar 2015];16(2): [aprox. 13 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-95182010000200013&lng=es&nrm=iso
9. Gómez Zayas O, Segredo Pérez AM, Hernández García L. Evaluación de habilidades clínicas en estudiantes del Nuevo Programa de Formación de Médicos. Educ Med Super [Internet]. 2011 [citado 20 Jul 2013];25(4): [aprox. 9 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412011000400009&lng=es
10. Romeu Escobar MR, Miyar Piega EP. Adquisición de habilidades clínicas en egresados de la primera cohorte de Medicina Integral Comunitaria. EDUMECENTRO [Internet]. 2015 [citado 25 Abr 2015];7(1): [aprox. 17 p.]. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742015000100005&lng=es

11. Batista Rojas O, Martínez Sánchez R. Intervención comunitaria en las parasitosis intestinales parroquia Santa Bárbara, Estado Anzoátegui, 2010. Rev haban cienc méd [Internet]. 2011 [citado 23 Mar 2015];10(2): [aprox. 11 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2011000200010&lng=es
12. García Ramírez JA, Vélez Álvarez C. América Latina frente a los determinantes sociales de la salud: políticas públicas implementadas. Rev Salud Pública [Internet]. 2013 [citado 12 Mar 2015];15(5): [aprox. 12 p.]. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v15n5/v15n5a09.pdf>

Recibido: 30 de junio de 2015.

Aprobado: 31 de julio de 2015.

Patricia Guevara Ferrer. Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara. Cuba. Correo electrónico: patriciagf@ucm.vcl.sld.cu