T
SP
P474
2007

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD
SERVICIO AUTÓNOMO INSTITUTO DE ALTOS ESTUDIOS
"DR ARNOLDO GABALDON"
POSTGRADO REGIONALIZADO ESPECIALIZACIÓN DE GESTIÓN
EN SALUD PÚBLICA

CARACTERIZACIÓN DEL PERFIL DEL EGRESADO DE POSTGRADO DE MEDICINA GENERAL INTEGRAL. ARAGUA 2007

Trabajo especial de grado presentado como requisito parcial para optarr al título de Especialista en Salud Pública

Autor: Abel Pérez.
Tutor: Julia R Varela.

Maracay, Octubre de 2007

Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios en Salud Pública
"Dr. Arnoldo Gabaldon"
POSTGRADO ESPECIALIZACIÓN DE GESTIÓN EN SALUD PÚBLICA

ACTA VEREDICTO

Nosotros, miembros del Jurado designados para la evaluación del Trabajo de Especialización de Gestión en Salud Pública titulado: **"CARACTERIZACIÓN DEL PERFIL DE EGRESADO DE POSTGRADO DE MÉDICINA GENERAL INTEGRAL. ARAGUA 2007.",** presentado por el Ciudadano (a) **ABEL PÉREZ,** para optar al Título de Especialista de Gestión en Salud Pública, estimamos que el mismo reúne los requisitos para ser considerado como APROBADO.

Nombres y Apellidos	C.I.	Firma del Jurado
JULIA VARELA **Presidente:**	3.189.753	
MAIQUI FLORES **Miembro:**	9.433.134	
JULIA RATTIA V. **Miembro:**	4.554.447	

Maracay, 12 de Diciembre de 2007

Dedicatoria:

A mi familia en especial a mis padres:
Migdalia Sánchez y Bernabé Pérez,
que en estos momentos he podido sentir
su calor y les agradezco la formación
que me han dado, la disciplina,
la constancia así como la humildad
y el amor por lo que emprendo cada día.

AGRADECIMIENTOS

A mi Dios por darme las Fuerzas, la Luz, y la Energía para realizar este trabajo.

A mi tutora Julia Varela quien desde un comienzo me ofreció todo el entusiasmo y fuerza para llevar adelante este trabajo, por ser una gran amiga, mujer carismática y profesional con un alto nivel humanista.

A todos mis facilitadores en especial a Maiqui Flores, Fanny Dávila, Tulia Hernández, Julia Rattia, Wuilman, Daisy Camacaro, Rosmira Milano, Gustavo Parra, Wuilian Palomo que con su profesionalismo y calidez me impartieron los conocimientos y aportaron ideas valiosas.

A mis Amigos Ludim, Pollo, Alicia, mi niña Vani, Javier, Nelly,Marisol en especial a César y Henry que con su apoyo incondicional día a día han estado pendiente en cada unos de los pasos de la construcción de este trabajo brindándome fuerzas y entusiasmo para su culminación.

A todos mis compañeros de Postgrado especialmente Jenny, Víctor, Jorge, Nelisa y Quintana, Alaín que junto a ellos pude aprender e intercambiar ideas y conocimientos.

A mis compañeros de trabajo en especial a Lester Valentín, Marbelis Regalao, Abel Mujica, Wuilian Sambrano, Poelys Alvarado, Iris Corredor, Abel Poleo, Cristina Rodríguez quienes han estado pendiente de mi desarrollo en esta etapa y su apoyo incondicional.

A Yenitza e Idiana, mujeres abnegadas que cada de uno de sus pasos de apoyo era una gota de calidez que aportaban en este trabajo.

Al Instituto de Altos Estudios "Arnoldo Gabaldon" por darme la oportunidad de superarme en materia de salud pública y abrir espacios para el aprendizaje andragógico.

A los colegas especialistas de Medicina General Integral por permitir y colaborar en esta investigación especialmente a las Dras. Sonia y Soraya.

A todas las abuelitas y abuelitos que me han dado su calor de madre y padre en especial a Margarita, Elba, Cruz, Francelina y aquellos como Mimilla y Juan Bautista que ya no están en este plano terrenal.

A mi Venezuela tierra calida, exótica, y Madre noble por darme la oportunidad de estar en su territorio y poder compartir con su gente, toda la cultura y la riqueza humana que la caracteriza.

INDICE GENERAL

Dedicatoria ii

Agradecimientos iii

Índice General v

Lista de Cuadros vii

Lista de Gráficos viii

Lista de Tablas ix

Resumen xi

Introducción 12

CAPITULO I

Planteamiento del Problema

1.1.- Planteamiento del Problema y Justificación 16

1.2.- Objetivo General 23

1.3.- Objetivos Específicos 23

CAPÍTULO II

Marco Teórico

2.1. Antecedentes Relacionados con la Investigación. 24

2.2. Bases Teóricas 28

2.2.1.- Origen y Desarrollo Atención Primaria (APS) en el mundo. 28

2.2.2. Desarrollo de la APS en Venezuela 35

2.2.3.- Barrio Adentro: Estrategia para Implantar APS en Venezuela. 39

2.2.4. APS y desarrollo del Recurso Humano 42

2.2.5. La Formación en Medicina Familiar/Medicina General Integral en el Mundo. 43

2.2.6.- Medicina Familiar como Especialidad. Perfiles y

Competencias del Especialista Medicina General Integral o Familiar. 50
2.2.7.- Competencias en la Educación Médica 54
2.2.8.- Educación de Postgrado. 54
2.2.9.- Tendencias de la educación de postgrado en Venezuela. 59
2.2.10.- Perfiles, competencias y proceso docente del Médico General Integral en diferentes Países. 61
2.2.11.- Marco Legal. 100

CAPITULO III

Marco Metodológico

3.1.- Tipo y Diseño de la Investigación. 110
3.2.- Unidad de Análisis. 111
3.3.- Población y Muestra 111
3.4.- Instrumento de Recolección de Datos y Fuente de información. 112
3.5.- Validez y Confiabilidad. 113
3.6.- Técnicas de Análisis. 114

CAPITULO IV

Resultados y Discusión

4.1.- Análisis y Discusión de resultados. 116

CAPITULO V

Conclusiones y Recomendaciones

5.1.- Conclusiones y Recomendaciones. 145

Bibliografía 148

LISTA DE CUADROS

Cuadro	Descripción	Pág.
1	Opinión por categorías del porque no adquirieron las competencias los egresados del primer Curso de Postgrado de Medicina General Integral, Aragua 2007.	134

LISTA DE GRAFICOS

Gráfico	Descripción	Pág.
1	Distribución por sexo de los egresados del Primer Curso de Postgrado de Medicina General Integral. Aragua .2007	116
2	Distribución por municipios de los Egresados del Primer Curso de Postgrado en Medicina General Integral. Aragua, 2007.	125

LISTA DE TABLAS

Tabla	Descripción	Pág.
1	Distribución según sexo y edad de los egresados al finalizar el Primer Curso de Postgrado en Medicina General Integral. Aragua 2007.	117
2	Tendencia en años para que las especialista del Postgrado de Medicina General Integral opten a la jubilación. Estado Aragua 2007.	120
3	Tendencia en años para que los especialista del Postgrado de Medicina General Integral opten a la jubilación. Estado Aragua 2007	121
4	Tipo de establecimiento donde laboran los egresados del Primer Curso de Postgrado de Medicina General Integral. Aragua,2007	123
5	Formación académica conducente a titulo de los egresados antes de iniciar el Primer Curso de Postgrado de Medicina General Integral Aragua 2007	127
6	Formación académica conducente a titulo de los egresados según áreas antes de iniciar el Primer Curso de Postgrado de Medicina General Integral Aragua 2007.	128
7	Formación académica no conducente títulos obtenidos por los egresados antes de comenzar el Primer Curso de Postgrado	

de Medicina General Integral. Aragua, 2007. 130

8 Competencias profesionales adquiridas según los egresados del primer curso de postgrado de Medicina General Integral, Aragua 2007 133

9 Expectativas futuras de capacitación en el área clínica para el desempeño en el campo laboral de los egresados del Primer Curso de Postgrado de Medicina General Integral, Aragua, 2007. 138

10 Expectativas futuras de capacitación en el area clínica, por especialidad de interés para el desempeño en el campo laboral 139

11 Expectativas futuras de capacitación en el área no clínica, de interés de los egresados, para el desempeño en el campo laboral 141

12 Expectativas futuras de capacitación según áreas de interés de los egresados, para el desempeño en el campo laboral. 142

REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD
INSTITUTO DE ALTOS ESTUDIOS DE SALUD PÚBLICA
"DR. ARNOLDO GABALDÓN "

CARACTERIZACIÓN DEL PERFIL DEL PRIMER CURSO DE POSTGRADO DE MEDICINA GENERAL INTEGRAL. ARAGUA 2007.

Autor: Abel Pérez.
Tutor: Julia R Varela.
Año: 2007

RESUMEN

El programa de formación de Especialistas en Medicina General Integral surge como política del Estado Venezolano con la finalidad de avanzar en la garantía del derecho a la salud, enmarcado en la Constitución de la Republica Bolivariana de Venezuela. Bajo este nuevo estado de derecho, es necesario fortalecer el Primer Nivel de Atención a través de las estrategias de Barrio Adentro, escenario del quehacer en salud de estos especialistas, la importancia de conocer el perfil de los egresados del Primer Curso en Medicina General Integral, Aragua 2007, viene dada de la necesidad de transformación que requiere el sistema sanitario Venezolano y eso parte de un médico capaz de mirar la salud de un manera diferente que permita dar el viraje necesario a los paradigmas existentes, de allí que esta investigación plantea generar aportes para avanzar en este programa de formación. Este estudio se realizó bajo un enfoque cualicuantitativo, de campo no experimental, descriptivo y de corte transversal, para la recolección de la información se uso la base de datos de la Coordinación Estadal del Programa de Medicina General Integral, las entrevistas a los egresados a través de un cuestionario. Conclusiones: se develó en la opinión de los participantes entre otras, una marcada medicalizacion, debilidades en la evaluación y control del programa, ausencia de algunas competencias necesarias para su desempeño.
Recomendaciones: revisar la ejecución del programa, diseñar un perfil de ingreso, tomar en cuenta el talento humano formado en otras áreas para fortalecer la organización del mismo.

Palabra clave: Atención Primaria. Barrio Adentro. Medicina General Integral.

MINISTRY OF THE POPULAR POWER FOR THE HEALTH
INSTITUTE OF HIGH STUDIES OF PUBLIC HEALTH
"DR. ARNOLDO GABALDÓN"

CHARACTERIZATION OF THE PROFILE OF THE FIRST COURSE OF GRADUATE DEGREE OF GENERAL INTEGRAL MEDICINE. ARAGUA 2007.

Author: Abel Pérez.
Tutor: Julia R Beaches her.
Year: 2007

SUMMARY

The program of formation of Specialists in General Integral Medicine arises as politics of the Venezuelan State with the purpose of advancing in the guarantee from the right to the health, framed in the Constitution of the Republic Bolivariana of Venezuela. Under this new right state, it is necessary to strengthen the First Level of Attention through the strategies of Neighborhood I Penetrate scenario of the one that to make in these specialists' health, the importance of knowing the profile of the egresados of the First Course in General Integral Medicine, Aragua 2007, he/she comes given of the transformation necessity that requires the sanitary Venezuelan system and that a doctor's part able to look at the health in a different way that allows to give the necessary viraje to the existent paradigms, of there that this investigation outlines to generate contribution to advance in this formation program. This study one carries out under a focus cualicuantitativo, of field not experimental, descriptive and of traverse court, for the gathering of the information you use the base of fact of the Coordination Estadal of the Program of General Integral Medicine the interviews to the egresados through a questionnaire. Conclusions: you develo in the participant's opinion among other, a marked medicalizacion, weaknesses in the evaluation and control of the program, absence of some necessary competitions for the acting.Recommendations: To revise the execution of the program, to design an entrance profile, to take into account the human talent formed in other areas to strengthen the organization of the same one.

Key word: Primary Attention. Neighborhood Inside. General Integral Medicine.

INTRODUCCION

La globalización, ha producido un cambio en la naturaleza de las interacciones humanas modificando no solo los parámetros tradicionales de interacción, sino también la necesidad de generar parámetros de regulación de dichas interacciones en los diferentes segmentos de la vida humana. Su esencia contradictoria de unión y discrepancia ha llevado a una oposición entre poder y responsabilidad y no establece correspondencia entre poder económico y responsabilidad social.

En el área de la salud sigue observándose inequidades sociales. La calidad de vida del ser humano no ha adquirido niveles deseables para su existencia y desarrollo, frente a esto se plantea la promoción de salud como un imperativo para el cambio estructural en los estilos y condiciones de vida todo ello será posible con una política orientadora de tipo integral mediante programas de salud y formación de profesionales enmarcados en esta tendencia.

En las ultimas décadas, en el mundo varios países han impulsado el cambio en medio de esta globalización hacia transformaciones y reorganizaciones en sus instituciones de salud, lo que en consecuencia ha sido acompañado de cambios en la practica profesional del personal de salud.

Sin embargo como sucede regularmente muchos de los cambios no van aparejados con la evolución del saber y el conocimiento científico, el cual se vuelve rápidamente obsoleto con practicas profesionales muy arraigadas y valoradas por grupos gremiales o colegiados.

La aparición de un discurso y de una practica que demanda una mayor interdisciplinariedad y multidisciplinariedad ha impregnado los procesos de modificación o reestructuración de los planes de estudios de todos los campos curriculares relacionados con las ciencias de la salud

No deja de ser una realidad el hecho de que se ha estado transitando una estrategia de formación sustentada en modelos tradicionales, hacia modelos de formación centrados en dar respuestas a la problemática social de la población en materia de salud, en el marco de esta tendencia las instituciones encargadas de la formación del nuevo profesional de salud han dirigido su eje hacia la modelos de formación basados en competencias integrales.

Los cambios en la practica profesional como premisa fundamental es importante para el desarrollo de cualquier profesional de la salud, este tendrá cada vez mas que conjugar y equilibrar el uso de la tecnología, la aplicación de competencias y la aplicación de valores personales y sociales ligados a la equidad, el respeto, el trabajo en equipo, la colaboración y la justicia.

En Venezuela Amparados en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela CRBV DE 1999, el Ministerio del Poder Popular

para la Salud (MPPS), ha centrado su estrategia en insertar una política de salud que plantea como objetivo general avanzar hacia la consolidación del Sistema Publico Nacional de Salud, donde la Misión "Barrio Adentro" ha constituido una estrategia clave. El objetivo principal de esta misión es la construcción de un sistema de atención primaria que permita adelantar programas preventivos de atención y abordaje hacia las Comunidades de difícil acceso.

Inmerso a este objetivo del MPPS se incluye como brazo ejecutor de esta estrategia en la formación del profesional de la salud que requiere este sistema, que en el marco de los principios y derechos consagrados en la CRBV, se convierte en un asunto de interés del Estado y por ende de la nueva institucionalidad. En este sentido la política de formación de profesionales de la Salud del MPPS se dirige al proyecto educativo social, vinculado a las demandas del desarrollo.

Es así como nace la necesidad de este recurso humano con formación en Medicina General Integral y abordaje del primer nivel de atención, en este sentido el Estado Venezolano (MSDS), ante la necesidad social de disponer de un médico especialista con formación integral, ha generado una carrera administrativa para dicho profesional, con mecanismos y requisitos claramente establecidos, con un perfil flexible basado en competencias integradas enmarcado en un proyecto educativo social.

En este trabajo nos permitimos hacer una caracterización del Perfil del Egresado del Postgrado de Medicina General Integral Aragua 2007 el cual

permitirá abrir espacios de investigación en este tema e ir aportando conocimientos en pro de las mejoras y el fortalecimiento de la formación de este recurso humano, el cual ejerce su acción en la atención primaria.

La presente investigación se estructuró en cinco Capítulos, para lo que se siguió una secuencia lógica que permitió dar respuestas a los objetivos planteados, en el capítulo uno se describe la problemática general del porque se realiza esta investigación y sus objetivos. En el capítulo dos se expone los antecedentes de la investigación, las bases teóricas y legales, las limitaciones que podían afectar el desarrollo de la investigación y la delimitación en el contexto geográfico del estado Aragua. En el capítulo tres se describe la metodología de la investigación, los instrumentos de recolección de datos y las técnicas para su análisis. El capítulo cuatro permite analizar la información recolectada y se discuten los resultados sustentados con el marco teórico, legal y la metodología planteada. Finalmente en el capítulo cinco se exponen las conclusiones y recomendaciones que arroja esta investigación.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la República Bolivariana de Venezuela, se están produciendo cambios sustanciales y contundentes en todos los sectores sociales, las políticas del gobierno y sus reformas en la nueva carta magna de 1999 dan el aval a una verdadera revolución que va desde lo económico hasta todas las áreas de desarrollo de la nación. Los modelos paradigmáticos liberales y neoliberales se trascendieron, pasando a nuevos paradigmas revolucionarios donde lo social está prevaleciendo.

La Constitución de la Republica Bolivariana de Venezuela define al Estado Venezolano como democrático y social de derecho y justicia con la consecuente responsabilidad de promulgar y velar por la permanencia de los derechos humanos y los principios de justicia, igualdad, libertad, responsabilidad individual y social, solidaridad y pluralismo político (Aguirre, 2005).

En correspondencia con la Carta Magna, el Plan de Desarrollo Económico y Social de la Nación 2001-2007, dirige su eje de Equilibrio Social para responder a las necesidades sociales alcanzando la equidad como nuevo orden de justicia social, lo cual exige una transformación de las condiciones materiales y sociales de la mayoría de la población construyendo una nueva ciudadanía. Para ello se establece que la Educación y el trabajo son procesos fundamentales. Esta direccionalidad del eje de Equilibrio social rompe con la visión tradicional de la focalización y la concepción circular de

la pobreza con políticas y programas de salud y educación fragmentados para los pobres, ambos producto, de un modelo neoliberal que justificaba una realidad injusta llena de inequidades sociales y sus consecuencias.

Otros autores como Laurell y López (1996). plantean:

> *(...) "que con la introducción de lo social comienza una articulación con las demás esferas determinantes que afectan la salud del ser humano, se amplía el concepto de salud (ausencia de enfermedad) conceptualizando a la salud como un proceso colectivo, determinado por las condiciones sociales".* (p-16)

Las consecuencias del modelo neoliberal en Venezuela ha tenido impactos negativos en sector salud, acarreando consigo que la salud y los servicios de salud cayeran en una profunda crisis. Esta se reconocía en la forma de enfermar y morir de los colectivos humanos manifestándose en las estadísticas de morbilidad y mortalidad traducido en una elevada mortalidad infantil y materna, resurgimiento de enfermedades anteriormente controladas como la malaria y la tuberculosis, una elevada incidencia de los padecimientos crónicos degenerativos, tales como cáncer, diabetes, y problemas cardiovasculares, unido a la agudización y el surgimientos de nuevos problemas de salud como el cáncer y el SIDA. (MSDS, 2001).

Al mismo tiempo la crisis es evidente en los servicios de salud, los cuales no estaban en capacidad de hacer frente a los problemas y necesidades de la población ,situación conocida como crisis hospitalarias generada por la gran brecha que existía entre el desarrollo científico técnico

que había concebido una inmensa cantidad de procedimientos diagnósticos. y terapéuticos y el difícil acceso de ellos a grandes sectores de la población, todo esto condujo a desarrollar modelos de atención disociados que separaron lo preventivo de lo curativo, lo biológico y lo individual de lo colectivo, predominando un concepto biologicista centrado en la enfermedad y operativizado en una atención medica curativa, conllevando a acciones de salud como objeto de mercado (Feo, 2003).

Por otra parte la formación de profesionales en Venezuela obedeció a una política implícita en un marco globalizado donde lo neoliberal también estuvo implícito, generando una concepción mercantilista de la educación en salud a espaldas de las necesidades del país, así como la desarticulación de los diversos actores participantes en la formación de profesionales en salud con un fuerte componente de oferta de mercado académico. (MSDS,2001)

Aguirre (2005). expone que las universidades públicas por un lado, formaban recursos sin una definición clara y explicita de la necesidad y pertinencia de la formación por parte de los órganos rectores, por otro lado el estado avalaba propuestas del sector privado para la formación del recurso humano sin ninguna vinculación con el Ministerio de Salud quien había perdido su liderazgo, además acaecía un escenario donde no existía una planificación para determinar los requerimientos de profesionales de la salud, así como una definición no clara de los perfiles y competencias para desenvolverse en el sistema, por lo que la oferta laboral en el sector público se encontraba desfasada y desarticulada. En resumen la formación de los recursos humanos en el sector salud fue la reproducción un sistema político y económico neoliberal imperante a espaldas de las mayorías,

transformándose en un modelo de educación superior absolutamente excluyente.

Todo esto produjo un debilitamiento de las políticas públicas de salud donde el clientelismo y, la centralización, penetraron como fuerza negativa en el sector, socavando los derechos humanos ligado a la vida y como parte del bien colectivo que el Estado tiene la obligación de garantizar.

El Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) amparados en la CRBV DE 1999), ha centrado su estrategia en insertar una política de salud que cuyo Objetivo General es avanzar hacia la consolidación del sistema público nacional de salud, donde la Misión "Barrio Adentro" ha constituido una estrategia clave desde el año 2003 (Defensoría del Pueblo, 2004, citado en Aguirre, 2005).

Del mismo modo e inmerso a este objetivo del MPPS se incluye la formación del profesional de la salud que requiere este sistema, que en el marco de los principios y derechos consagrados en la CRBV, se convierte en un asunto de interés del Estado y por ende de la nueva institucionalidad. En este sentido la política de formación de Profesionales de la Salud del MPPS se dirige al proyecto educativo social, vinculado a las demandas del desarrollo integral de la Nación, y de esta forma facilitar la transición del viejo Sistema de Salud al Nuevo y lograr, la inclusión social de sectores excluidos en la población. (MSDS, 2004)

Aguirre (2005). señala en este sentido que la Educación Superior es un factor estratégico para la transformación social, la consolidación de la soberanía nacional y la construcción de una sociedad mejor. Así es como surge la necesidad de formar nuevos profesionales y técnicos capaces de dar respuestas oportunas a los problemas más frecuentes en las comunidades, familias e individuos.

Es por ello que él (Ministerio para el Poder Popular para la Salud [MPPS], 2007) antiguamente (Ministerio de Salud y Desarrollo Social [MSDS], 2004) de la República Bolivariana de Venezuela, diseñó un programa de especialistas en MEDICINA GENERAL INTEGRAL, sustentado en un diseño curricular nacional, flexible que se fundamentan en la necesidad social del talento humano, estableciendo sus competencias, niveles de actuación y su perfil.

En este programa se describe al profesional egresado en esta especialidad como un médico con un perfil, integrador multi, Inter y transdisciplinario con el concurso de las ciencias básicas, clínicas, sociales, epidemiológicas y humanísticas necesarias; en un escenario de estudio-trabajo, que vincule al educando tempranamente con el individuo sano y enfermo, en todas las etapas del desarrollo de su ciclo vital y, en el contexto de la familia, la comunidad y el ambiente; con dominio de lo epidemiológico y lo ambiental y de los factores de riesgo individuales y colectivos; con pensamiento crítico; sensibilidad y solidaridad para con sus semejantes y, en general, con la vida y la autonomía del ser humano, de tal manera que, resuelva correcta y prontamente los problemas que se le presenten, ó los

refiera oportunamente y adecuadamente, a aquellos niveles del sistema de salud que corresponda (MSDS,2004).

Producto de esta estrategia y siendo el Instituto de Altos Estudios "Arnoldo Gabaldon", brazo ejecutor de las políticas de salud del MPPS, egresa a nivel nacional en el mes de Abril de 2007, 1013 especialistas en Medicina General Integral según la data de la Coordinación Nacional del Postgrado.

Teniendo en cuenta que este es el primer curso de egresados en Venezuela de Médicos Especialistas en Medicina General Integral con esta nueva concepción, nos planteamos hacer una revisión general de la composición del Grupo Egresado en el Estado Aragua en el 2007.

Partiendo de lo expuesto anteriormente y, conociendo que en años anteriores, la formación de profesionales de postgrado en Venezuela estaba inmersa dentro de un marco "globalizado" de corte neo Liberal con poca información sistematizada, centralizada y actualizada de los egresados de los postgrados, este trabajo permitirá abrir espacios de investigación y sistematización bajo esta nueva institucionalidad para ir contrastando el perfil del recurso humano formado con el propuesto por el ente regulador de la Salud en Venezuela, Ministerio del Poder Popular para la Salud.

Por lo anteriormente descrito, nos hacemos las siguientes interrogantes:

- ¿Cómo se compone el Primer Curso Egresados del Postgrado de Medicina General Integral del Estado Aragua en base Sexo y Edad y Grupo Erario y la tendencia a la jubilación de este grupo?

- ¿Cuál es la distribución por municipio de los egresados de primer curso de postgrado de Medicina General Integral del Estado Aragua, y si esta distribución se adapta a las necesidades sociales de cada una de estas comunidades?
- ¿Cuáles son las especialidades médicas y no médicas de los egresados del primer curso de postgrado de Medicina General Integral del Estado Aragua, y según ese reporte poder inferir que áreas hay que reforzar en función de la tendencia obtenida?

- ¿Cuáles son las expectativas de los egresados del Primer Curso de Postgrado de Especialistas en Medicina General Integral del Estado Aragua con respecto a la capacitación futura y su opinión con relación a las competencias adquiridas para el desempeño en el campo laboral y si se contextualiza en el nuevo escenario constitucional?

OBJETIVO GENERAL.

Caracterizar el perfil de los egresados del Primer curso de Postgrado de Medicina General Integral, Estado Aragua, Venezuela, 2007.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Conocer el número y distribución según edad y sexo de los egresados del Primer Curso de Postgrado de Medicina General Integral, Estado Aragua, Venezuela, 2007.
- Determinar la distribución geográfica y el tipo del establecimiento en el que laboran los egresados del Primer Curso de Postgrado de Medicina General Integral, Estado Aragua.
- Investigar sobre la formación académica médica y no médica de los egresados del primer curso de Postgrado de Medicina General Integral, Estado Aragua.
- Identificar la tendencia de jubilación de los egresados del Primer Curso de Postgrado de Medicina General Integral, Estado Aragua.
- Explorar la opinión que tienen los egresados del Primer Curso de Postgrado de Medicina General Integral del Estado Aragua, con relación a las competencias profesionales adquiridas según diseño curricular
- Conocer las expectativas de capacitación futura de los egresados del primer curso de Postgrado de Medicina General Integral del Estado Aragua, con respecto a la formación futura para el desempeño en el campo laboral.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes Relacionados con la Investigación

Pérez y Otero (2004). en su investigación titulada "El Paradigma Biosocial en la atención primaria de salud" : Reflexiones de un Claustro, plantea la elevación de la calidad de la formación de los profesionales, premisa que tiene como objetivo formar profesionales que den respuesta a las necesidades presentes y perspectivas del desarrollo económico y social del país, constituyendo el centro de la actividad y propósito fundamental de la educación superior Cubana .

En este sentido, el perfeccionamiento curricular pasa a ser la vía más importante para lograr este propósito. En la Licenciatura en Enfermería, la imprecisión en el diseño curricular de un sistema de referentes metodológicos esenciales para la formación de este profesional, debilitan este diseño. De acuerdo con la Educación Superior en Cuba se proyectan profesionales para un futuro, en este sentido, contar con un sistema de referentes metodológicos que distingan a este profesional es importante, garantizando de esta forma dar respuesta a la demanda social que enfrentamos.

En los planteamientos de este autor, queda precisada la propuesta de un sistema de referentes teórico-metodológicos para el perfeccionamiento del diseño curricular en la Licenciatura en Enfermería en Cuba

Romero, Ferrert y Collot (1997). en una investigación de Grupo Básico de Trabajo de nuevo tipo, hicieron una evaluación en la formación de cuatro especialidades básicas del egresado de Medicina General Integral (MGI): Medicina Interna, Pediatría, Ginecosobstetricia y Psicología, a las que se añadían en mayor o menor medida la epidemiología, las estadísticas, el trabajo social, la enfermería y la cultura física, entre otras.

Aducen estos autores que el especializado en Medicina General Integral (MGI) contempla en su perfil todas estas disciplinas y, debe lograr un excepcional integrador y generalizador de éstas, que finalmente redunden en un profesional altamente calificado preparado para afrontar los retos de la Medicina Social que aspiramos.

El Grupo Básico de Trabajo (GBT) de nuevo tipo se arriba, además, gracias al desarrollo experimentado por la MGI en estos años, en aquellos policlínicos que cuentan con gran número de especializados, por la experiencia acumulada en 12 años con el programa de trabajo del Médico y la Enfermera de la familia y la aplicación durante 7 años del programa de especialización en MGI. El GBT de nuevo tipo se propone como una modificación al GBT tradicional, en la etapa de consolidación de la fase académica de la especialización de Medicina General Integral (MGI), pues el educando, tanto de pre, como de postgrado, requiere de una imagen de

referencia particularizada del especializado en MGI, que no se lograba al participar.

Desconocedores de la realización de análisis al respecto, con los seleccionados para la puesta en práctica como pilotaje de esta experiencia, hemos escuchado algunos criterios retractores de esta estructura, que alegan que no se ha constatado un gran impacto en los indicadores que muestren un salto cualitativo en la calidad de la atención médica. Esto en última instancia depende de la calidad del trabajo del binomio Médico-Enfermera del consultorio, con la participación activa de la comunidad, lo que no modifica de inmediato la estructura del GBT de nuevo tipo, pero sí debe esperarse a no tan corto plazo, gracias al mejor control y jerarquización que logra este GBT; por lo que nos decidimos a mostrar nuestra experiencia en relación con lo alcanzado mediante su implantación así como sus perspectivas.

Por otro lado Fuertes y Casado (2004). en su investigación titulada: "La Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria con la aplicación de nuevo programa de formación", fundamentaron que la creación de este tipo de Especialización ha contribuido a una mejor formación de los Médicos de Familia y la meta era una mejorar la atención primaria en España.

De igual modo estos autores sustentaron las ventajas del Médico de Familia como puerta de entrada al sistema de salud, como profesional con alta capacidad resolutiva de problemas y como coordinador de recursos y de los flujos de pacientes dentro del mismo, mostrando otros elementos que van

a ser claves para ir conformando el perfil profesional y el cuerpo doctrinal de esta especialidad, lo que igualmente reviste la importancia de la Especialización en este novedoso programa de Especialización con alto sentido de formación social y elevada sensibilidad.

Aunado a lo anterior Segredo, Perdomo y Pérez (2004). en su investigación titulada "Satisfacción de los Egresados de la Maestría de APS con las competencias adquiridas", presentada en la Universidad de la Habana, para optar al Título de Médicos Generales Integrales, realizaron un estudio descriptivo de corte transversal con 31 egresados (86,1%), de un total de 36 graduados que constituyen el universo. El trabajo contempló como objetivo general identificar el nivel de satisfacción de los egresados de la Maestría en Atención Primaria de Salud con las competencias adquiridas en las áreas de docencia, investigación y servicios. Para el desarrollo de la investigación se confeccionó y aplicó un cuestionario que permitió a los egresados expresar su opinión acerca de su nivel de satisfacción. Se comprobó que los egresados perciben haber adquirido la preparación científico - técnica profesional suficiente para su aplicación en la APS; en general expresan satisfacción con los conocimientos adquiridos en las diferentes áreas del conocimiento relacionadas con su perfil de salida como Master en el ciclo básico (entre el 90,3 y el 96,8 %) y, en el específico perciben, en el 41,9 %, algunas dificultades relacionadas con los contenidos del módulo "El Proceso de Gestión en Atención Primaria de Salud".

2.2 Bases Teóricas

2.2.1 Origen y Desarrollo Atención Primaria (APS) en el Mundo

La Declaración de Alma-Ata 1978 (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1978), sobre Atención Primaria de Salud (APS), fue el resultado de tendencias en el pensamiento sobre el desarrollo de los servicios de atención en salud ocurridos a partir de la segunda guerra mundial y representó un hito histórico hasta esa fecha. La Conferencia fue celebrada en torno a un único tema donde participaron 134 naciones y 67 organizaciones, tanto del Sistema de Naciones Unidas como organismos no gubernamentales.

En esta se cristalizaron ideas revolucionarias que dieron como resultado un consenso que fundamenta los principios de salud y desarrollo internacional, como también se preparó el camino y creó las condiciones para lograr significativos compromisos de ámbito global tales como los logrados en la Cumbre Mundial de la Infancia, la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, y los recientemente adoptados Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Rivero, (2003). señala que en 1978, la OMS junto con el UNICEF y los países miembros presentes en Alma-Ata se comprometieron a enfrentar el gran reto moral y técnico de definir la salud como un derecho humano fundamental y adoptaron la estrategia de (APS) para alcanzar la meta de "Salud para Todos". Este mismo autor refiere que el enfoque de la Atención

Primaria de Salud abarca los principios de Equidad, Envolvimiento de la Comunidad, Colaboración Intersectorial, Tecnología Apropiada, Costos Accesibles y Promoción de Salud.

Werner (1993), plantea que en los años ochenta, hubo una idea de que la APS no era factible a corto plazo con los recursos disponibles, lo que condujo al desarrollo de la estrategia de APS Selectiva. Este planteamiento propuso seleccionar enfermedades prioritarias para concentrar intervenciones sobre las mismas, basadas en criterios establecidos en el ámbito central, lo cual condujo y/o reforzó el desarrollo de programas verticales enfocados a enfermedades específicas.

Este enfoque produjo importantes beneficios, como por ejemplo, la reducción de la mortalidad infantil; pero, entró en conflicto con varias ideas de APS como la de integración de los servicios o de la participación de la comunidad en el establecimiento de prioridades de salud. Ello en cierta forma, significó el regreso al modelo de atención curativa, dejando atrás la necesidad de atacar los factores determinantes de la salud.

Martín, Pereira y Torres (1995). señalan que en los años noventa, reconociendo las continuas limitaciones de recursos que enfrentaba el sector salud de la mayoría de los países, el Banco Mundial propuso una herramienta para el establecimiento de prioridades (AVAD) que reunía, en un sólo indicador, información sobre el impacto de las intervenciones en reducir la carga de morbilidad con información de su costo.

Tarimo (1991). expone que con este instrumento, se clasificaban en orden de mayor a menor costo-beneficio y, se seleccionaban las intervenciones prioritarias que conformarían un conjunto mínimo de servicios clínicos conocidos como Paquetes Esenciales de Servicios de Salud.

Al igual que en el enfoque de APS selectiva de los años ochenta, esta estrategia tampoco respondía adecuadamente a los principios de equidad y participación comunitaria enunciados en la APS.

Paganini, JM y Capote (1990) plantean que en 1985, se habían logrado importantes conquistas en modelos organizativos para la ejecución de la APS. Por ejemplo, en las Américas se desarrolló el concepto del Sistema de Salud Distrital, conocido como "Sistemas Locales de Salud" (SILOS). En Europa se desarrolló el enfoque de "áreas de captación" o "pequeñas áreas" o "grupos intermedios". El Sistema Local de Salud (SILOS) es un segmento dentro del sistema nacional de salud; incluye a todas las instituciones (ya sean gubernamentales o de la seguridad social).estos influyeron en la reorganización de los servicios desde su perspectiva local, así como a la descentralización de la administración pública con que frecuentemente están asociados, estos han sido el motor para una verdadera reforma en salud, alejándose del modelo puramente médico y desplazándose hacia un modelo de "salud" basado en la APS.

Sin embargo refieren esto autores que en muchos países, el concepto de sistemas distritales de salud ha sido adoptado de forma equivocada,

limitándose a reformas de gestión y prácticas administrativas o al desarrollo de los programas verticales a nivel distrital.

Según la OPS en su informe la Salud en las Américas del 2000, indica que grandes cambios importantes han tenido lugar durante los dos últimos decenios, como la rápida industrialización en América Latina. Otro cambio fundamental ha sido la globalización progresiva de la economía mundial y el desarrollo de mercados abiertos, lo cual influye en la salud de las poblaciones y sus sistemas de salud.

Muchas evaluaciones se han realizado a los sistemas de atención primaria de salud, tanto por parte de la OMS como por expertos externos, las cuales han confirmado los beneficios, así como el impacto del enfoque de APS; sin embargo, la diversidad de los contextos y de modelos que fueron ejecutados así como la frecuente ausencia de procedimientos de seguimiento incorporados al sistema de salud, han hecho que las evaluaciones hayan sido difíciles.

La Organización Mundial de la Salud,(OMS, 1998) refiere que Durante los últimos 50 años y, aún durante los últimos 25 años, se han logrado considerables avances en el estado de salud. A nivel mundial, la esperanza de vida al nacer ha aumentado, el número total de muertes en niños menores de cinco años se ha quedado en aproximadamente 12 millones en lugar de los 17,5 millones que se había proyectados

En estudios realizados por la (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2002). hacen referencia que en la región de América Latina y el Caribe, se considera un aumento de más de seis años en la esperanza de vida al nacer, para ambos sexos, es un indicador global que refleja el impacto positivo que la estrategia de la APS ha tenido sobre la salud de la población.

Aproximadamente 50% del aumento de la esperanza de vida es atribuible a una reducción del riesgo de muerte por enfermedades transmisibles y por enfermedades cardiovasculares. En niños menores de 5 años de edad, al menos dos años de esperanza de vida se han ganado por haberse reducido el riesgo de morir por enfermedades transmisibles y enfermedades perinatales.

Por otro lado la (Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud en Panamá [OPS/OMS], 2004). señala que el impacto de la estrategia de APS ha sido mayor en los países con menor desigualdad en la distribución de la riqueza, independientemente de los niveles de ingresos absolutos. El progreso ha sido más lento en los países pobres con desigualdad alta en la distribución de los ingresos.

Lavadenz, Schwab y Straatman (2001). exponen que la expansión de los servicios básicos de salud, con mayor extensión hacia la comunidad, mayor movilización de recursos, mayor participación comunitaria entre otros pueden ser acreditados a la APS. Sin embargo, persiste la inequidad en el acceso a los servicios de salud y hay considerable exclusión de los mecanismos de protección social para grupos marginados que ahora

incluyen a poblaciones peri-urbanas, así como las tradicionales poblaciones rurales e indígenas.

Es históricamente conocido y han sido muy documentados los avances que la APS ha tenido en América Latina y el Caribe; se conoce bien las experiencias de Costa Rica, Cuba y Chile, donde, en estos últimos 25 años, se han conseguido logros importantes en el mejoramiento de las condiciones de salud y vida gracias al desarrollo de la APS en forma complementaria con otros modelos de atención a la salud. (OPS/ OMS, 2003).

Sin embargo, desde la Declaración de Alma-Ata, la APS ha enfrentado varios desafíos y cambios que han influido enormemente en su ejecución, causando muchos contratiempos en su implantación. No obstante, estos cambios apuntan hacia la continuada relevancia de la APS.

Según la OPS/OMS en su informe del 2003 de Atención Primaria en Salud propone que la renovación del compromiso con la APS debe realizarse tomando en cuenta lo siguiente aspectos:

- Las transformaciones demográficas y epidemiológicas.
- Las Lecciones aprendidas sobre las reformas del sector salud.
- La Persistencia de las inequidades en salud apuntando hacia la ampliación de los sistemas de protección social y modos solidarios de

financiar la salud. Un enfoque en los criterios de salud de la población como la base para la toma de decisiones.

- La Necesidad de organización de servicios de atención integrados, continuos y calidad, donde estarán vinculados la prevención, la atención de procesos agudos y de procesos crónicos.
- Las Funciones esenciales de salud pública tales como la rectoría en salud, los sistemas de información y vigilancia, la análisis de la salud, la producción de información para la gestión, el monitoreo y la evaluación y el apoyo a la capacitación de los recursos humanos.

La APS es esencial para lograr los objetivos internacionalmente acordados para el desarrollo del milenio.

Las experiencias en la aplicación de la estrategia de la APS subrayan que es posible mejorar el acceso equitativo a los servicios de salud y reorientar los servicios de salud hacia la promoción y prevención. Es posible mejorar la calidad de los servicios de salud y fortalecer la participación social. Se necesita un fuerte compromiso político nacional en base a un diálogo social para, de forma persistente, enfatizar en los grupos vulnerables, asignar recursos suficientes y aplicar enfoques comunitarios y familiares integrando los servicios de salud personales con los de salud pública. Se requiere el fortalecimiento de las competencias y de las aptitudes de la comunidad así como de los equipos de salud para atender los desafíos y oportunidades de la descentralización. Hace falta el establecimiento de un marco político-institucional para promover la participación social y la coordinación intersectorial operativas a todos los niveles. (OPS/OMS, 2003).

Gofin y Foz (1998). opinan que en los últimos años se esta observando un creciente interés por el aspecto de la práctica médica, específicamente en la participación comunitaria, que parecía haberse quedado estancado desde la conferencia del Alma Ata.

2.2.2. Desarrollo de la APS en Venezuela

La evolución y los cambios en el sector salud a nivel mundial tocan todas las puertas de los sistemas de salud de cada uno de los países. Venezuela, también ha presentado cambios sustanciales en este aspecto en el sector salud y relacionado sobre todas las cosas con la atención primaria en salud pasando por varios contextos sociopolíticos. Al respecto el Ministerio de Salud y Desarrollo Social (2004). expone:

> *"que para prestar atención médica ambulatoria rural y urbana, se concibe y adopta la siguiente infraestructura: Ambulatorios Urbanos y Rurales, Tipo I y II. Con tal organización se intenta infructuosamente asumir la estrategia de Atención Primaria de Salud, establecida en la declaración de Alma-Ata"* .

En enero de 1976 se le confiere rango de División a la Oficina de Establecimientos de Atención Médica, para programar, organizar, supervisar, evaluar y controlar las actividades realizadas en los Hospitales, Centros Ambulatorios, Centros de Salud, Unidades Sanitarias, Medicaturas y Dispensarios Rurales, así como la atención médica de fronteras y el desarrollo del Programa de Medicina Simplificada.

Más adelante, las Instituciones de atención ambulatoria se reclasifican en Ambulatorios Rurales Tipo I y Tipo II (Dispensarios y Medicaturas, respectivamente) y Ambulatorios Urbanos Tipo I (Módulos), Dispensarios Urbanos, Unidades Sanitarias (Medicina Preventiva) y Centros Materno-Infantiles. (MSDS, 2004).

Posteriormente, en *Gaceta Oficial* 32650, del 21 de enero de 1983, de conformidad con lo establecido en el ordinal 3° de la Ley Orgánica de Administración Central y en concordancia con lo dispuesto en los artículos 4° y 6° de la Ley de Sanidad Nacional, se decretan las Normas sobre clasificación de establecimientos de atención médica del sub-sector público: Ambulatorios Rurales Tipo I y II; Ambulatorios Urbanos Tipo I, II y III y Hospitales Tipo I, II, III y IV.

Lo expresado anteriormente expone los esfuerzos habidos en el país por organizar, estructural y funcionalmente la atención ambulatoria, definiéndose los niveles y redes de atención y declarándose el énfasis en los programas del primer nivel de atención, sin que hasta el presente se hayan concretado en la realidad los objetivos propuestos, entre otras razones, porque no se cuenta con el personal profesional y técnico necesarios, los Médicos (as) y Enfermeros (as) Generales Integrales que ese tipo de atención demanda. Es así, como cada Distrito Sanitario, urbano o rural, está dividido geográficamente en comunidades, donde debía funcionar un Centro de Atención de Salud Integral de la Comunidad (CASIC), dependiente jerárquicamente del Distrito Sanitario, que debía contar con un equipo de salud, coordinado por un Médico, responsable de la atención a la población y de llevar los registros correspondientes.(MSDS, 2004).

En estas circunstancias, se crea en 1999 el Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS) con dos viceministros (Salud y Desarrollo Social) para asistir al Ministro en la materia de sus respectivas competencias. Dicho Ministerio ha declarado explícitamente su firme propósito de: a) estructurar y desarrollar el SPNS (y, muy especialmente, el primer nivel de atención), con instituciones y redes de servicios para la atención primaria de salud, de especialidades ambulatorias, de hospitales y de emergencias, desde los cuales se garantice atención de salud a toda la población y al medio ambiente. b) Promover, articuladamente con las universidades y demás instituciones educativas, la formación de los profesionales y técnicos requeridos en todas las instituciones de los niveles y redes de servicios de atención, para la ejecución del Modelo de Atención Integral (MAI.) (MSDS, 2001).

En ese mismo año, se inició un proceso de transición política, jurídica, económica y social para poner en marcha un nuevo modelo de desarrollo, donde se fortalezca, el sistema democrático con un estado cónsono una sociedad más justa con una economía aliciente en medio de la globalización. En este año se funciona el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social con el Ministerio de la Familia, creándose lo que actualmente se conoce como Ministerio del Poder Popular para la Salud el cual es el órgano rector.

Este se planteó como prioridad la reestructuración del nivel central, la aplicación de un modelo de atención integral a la población y la creación de un SISTEMA PUBLICO NACIONAL DE SALUD en su plan Estratégico de Salud y Desarrollo Social (2000-2006).

En este plan se plantea garantizar la atención integral a la población, en particular a los grupos vulnerables en situación de riesgo, prevenir y controlar la morbilidad y mortalidad prevalente y garantizar el funcionamiento eficiente, efectivo, eficaz, equitativo y solidario del sistema de servicios de salud y desarrollo social.

En este Plan Estratégico Social se hace referencia también que a partir del año 1999 el sistema comienza a sufrir una reorientación conceptual que se desplaza de la enfermedad al énfasis de la salud, del hospitalocentrismo a la atención primaria en salud APS, de un enfoque individual al comunitario, lo que comienza a conformar un nuevo paradigma en la atención en salud cuyo eje central es la participación ciudadana, buscando lograr la intervención conciente y activa del pueblo en las diversas fases y actividades del proceso salud.

Por otra parte, Feo (2003), plantea que una de las características fundamentales de la salud en Venezuela ha sido el predominio de un modelo conceptual biologicista, hegemonizado por el pensamiento médico, que ha centrado su atención en la enfermedad y no en la salud. Esa concepción dominante, ha privilegiado lo individual y lo curativo y ha hecho del hospital el espacio fundamental para la práctica de las ciencias de la salud, consumiéndose en el estudio de la enfermedad y perdiendo la visión colectiva y poblacional de la salud.

El Médico y el hospital están pensados en función de la enfermedad, ello puede ser correcto; cuando estamos enfermos necesitamos Médicos y Hospitales; pero los sistemas de salud, los trabajadores de la salud – incluidos los Médicos no hospitalarios deberían centrar su atención en la puesta en marcha de los programas de salud a nivel ambulatorio, dirigidos básicamente a la promoción de la calidad de vida, la salud y la prevención de la enfermedad. Sin embargo, la concepción dominante ha priorizado la curación por encima de la prevención, dando mayor importancia a las consultas curativas, postergando la red ambulatoria a un papel secundario, y marginando a la comunidad como espacio básico para el accionar en salud

2.2.3. Barrio Adentro estrategia para implantar APS en Venezuela

González (2005) plantea que un importante paso fue la Misión Barrio Adentro, el 30 de octubre del año 2000. Venezuela y Cuba conscientes de su interés común por promover y fomentar el progreso de sus respectivas economías y las ventajas recíprocas que resultan de una cooperación que tenga resultados efectivos en el avance económico y social de los respectivos países y la integración de América Latina y el Caribe" acuerdan elaborar programas y proyectos de cooperación mutua.

Alvarado (2004). hace referencia sobre la creación de la Misión Barrio Adentro refiere que:

> *"que se origina en la actuación del personal médico cubano, durante la tragedia del Estado Vargas en Diciembre de 1999, a*

partir de esta experiencia, la Alcaldía del Municipio Libertador suscribe un Convenio con la República de Cuba para implantar otra similar en los Barrios de Caracas, donde se encuentran las clases más desposeídas"(p.181).

Gonzáles (2005). refiere que de allí surge la idea de Barrio Adentro como alternativa válida para satisfacer las necesidades de la población caraqueña, que más tarde se convierte en un Plan Integral de Desarrollo Local que conjuga un conjunto de políticas sociales orientadas a mejorar la calidad de vida, promoviendo la organización y participación social de los sectores populares. Como iniciativa local, se crea el Instituto para el Desarrollo Local (IDEL) adscrito a la Alcaldía del Municipio Libertador, posteriormente se extiende al resto de los Estados hasta que en Septiembre de 2003, la Coordinación Nacional de Atención Primaria del Ministerio de Salud y Desarrollo Social, asume conjuntamente con la Comisión Médica Cubana en Venezuela, la implantación de Barrio Adentro en los Estados restantes. Quedando constituidas las Coordinaciones Regionales de Barrio Adentro con la participación de diferentes organismos, y coordinada por el representante del MSDS.

Alvarado (2004) al respecto señala que:

"La «Misión Barrio Adentro» consiste en brindar asistencia integral en salud, mediante la participación de médicos cubanos y venezolanos que se integran con las comunidades en labores preventivas, de diagnóstico y trabajo social, además del desarrollo de la salud, busca promover la educación, cultura y deporte en las comunidades más deprimidas, fomentando el logro de la identidad, el sentido de pertenencia del espacio local, elevar la conciencia que se tiene sobre los problemas del barrio y de las posibilidades que tienen las mismas comunidades para superarlos con la cooperación solidaria".(p.189)

Este autor expone que: Barrio Adentro es la concreción de la Atención Primaria de Salud como se planteó desde la Declaración de Alma Ata en 1978) y como Misión tiene un papel articulador de las políticas públicas y sociales.

González (2005) hace referencia a que Barrio Adentro, cumple un papel integral dentro de la sociedad y, un papel de transformación de la sociedad. Es por esta razón que Barrio Adentro es vista como la Misión de Misiones y la participación social de los Comités de Salud con las diferentes organizaciones sociales como articuladores de una política social que ya no es responsabilidad única del Estado, sino corresponsabilidad de la sociedad que actúa en los diferentes niveles de la gestión pública, en un proceso social de formación que va del diagnóstico a la toma de decisiones sobre su propia cuestión social

Desde el año 2003 se esta consolidando el Sistema de Atención Médica Integral a través de la Misión Barrio Adentro y, a la vez formando especialista en esta materia con una enseñanza integrada a las transformaciones sociopolíticas que se producen en la nación llevando cambios importantes en la educación médica superior como parte de la universalización de las universidades en busca de mayor equidad, calidad y pertinencia, de esta manera la República Bolivariana de Venezuela aporta una respuesta a la deuda social existente en materia de salud a través de la formación de un médico comunitario de perfil amplio para satisfacer el derecho constitucional a la salud (MSDS, 2004).

Esto responde también a lo planteado en La Carta de Ottawa (1986), para la Promoción de la Salud otorgándole al sector sanitario el papel de actuar como un mediador, en esta se plasma que:

> *"El sector sanitario no puede por sí mismo proporcionar las condiciones previas ni asegurar las perspectivas favorables para la salud y, lo que es más, la promoción de la salud exige la acción coordinada de todos los implicados: los gobiernos, los sectores sanitarios y otros sectores sociales y económicos, las organizaciones benéficas, las autoridades locales, la industria y los medios de comunicación. Las gentes de todos los medios sociales están involucradas como individuos, familias y comunidades. A los grupos sociales y profesionales y al personal sanitario les corresponde especialmente asumir la responsabilidad de actuar como mediadores entre los intereses antagónicos y a favor de la salud"*

2.2.4. APS y desarrollo del Recurso Humano

En un balance general de la Reunión de Panamá (OPS/OMS, 2004), se considera que el enfoque de APS fomentó un cambio de paradigma en la práctica de la salud pública. La APS, fue el preámbulo de las reformas del sector salud de los años noventa al cambiar el modelo de prestación de servicios de salud, la APS inició un proceso de reforma del sector, incluyendo un proceso de racionalización, al establecer un paquete de servicios esenciales de salud. Introdujo la participación comunitaria y la colaboración intersectorial como agentes de cambio en salud. Priorizó la promoción de la salud y "desmedicalizó" la salud pública. No obstante, todavía sigue siendo hegemónico el modelo curativo y la coordinación entre los sectores sigue siendo difícil. La participación comunitaria es a menudo limitada a eventuales

consultas a líderes comunitarios. Pero pese a todo ello, se ha logrado un progreso significativo

La (OPS/OMS, 2004) en su informe también señala que con diferentes niveles de intensidad y de alcance, la estrategia de APS influyó en el desarrollo de recursos humanos en la salud. Se promovió la formación de equipos multidisciplinarios, quienes fueron pioneros en el trabajo con la comunidad. Las Escuelas de Enfermería, más que las Escuelas de Medicina, incluyeron la APS en sus programas de estudios

Es un hecho conocido como lo plantea Cuevas y Brito (2002), que los procesos de reforma sectorial traen aparejado un cambio en los modelos de atención .El transito de un modelo sanitarista a uno individual o bien de un modelo clínico a uno centrado en la prevención y la promoción de salud implican diferentes demandas de organización, distribución de recursos y estrategias de atención y cobertura.

2.2.5. La Formación en Medicina Familiar/Medicina General Integral en el Mundo.

Declaración de Edimburgo: Formación del Médico para la Atención Primaria de Salud (El Médico "Generalista" o Médico Integral).

En 1988, la (Federación Mundial de Educación Médica) [WFME] 1988), produjo la Declaración de Edimburgo, en la cual se expone: *"para*

prestar servicios de salud de buena calidad a las personas, las familias y las comunidades, se requiere formar profesionales con las competencias necesarias para resolver eficiente, eficaz y oportunamente las situaciones de salud".

En la práctica, esta declaración pretendía impulsar la formación de profesionales médicos aptos para la instrumentación de la Estrategia de Atención Primaria de Salud (APS), establecida en la declaración de Alma-Ata.

Por lo que en la formulación del diseño del Especialista en Medicina General Integral resulta importante asumir íntegramente la Declaración de Edimburgo, cuyo texto es el siguiente:

a) "La sede de la educación médica a ser impartida debe cambiar de los hospitales a los ambulatorios de Atención Primaria";
b) Los *Currícula* diseñados para la formación del Médico "Generalista" deben estar en consonancia con las necesidades nacionales de salud";
c) "El énfasis curricular debe ponerse en la prevención de enfermedades y la promoción de la salud"
d) "La enseñanza debe centrase en los alumnos, con lo cual se promueve el aprendizaje para toda la vida".
e) "La enseñanza debe dirigirse a adquirir competencias y la evaluación de los alumnos, dirigirse a explorar que éstas fueron adquiridas y no a explorar la adquisición de contenidos";

f) "Los profesores deben ser formados para desempeñarse como educadores";

g) "Las Ciencias Básicas deben estar integradas con las Clínicas (y con las ciencias socio-médicas y humanísticas, agregaríamos nosotros ahora) y propiciar el contacto temprano entre los alumnos y los pacientes" (el individuo, la familia, la comunidad y el ambiente);

h) "La selección de los estudiantes de Medicina debe realizarse con base en atributos no cognoscitivos" (perfiles de interés, motivación al logro, concepto de si mismo, altruismo, etc., agregamos nosotros);

i) "Debe existir coordinación entre la educación médica y los servicios de salud del país";

j) "Debe existir producción balanceada de Médicos "Generalitas" (Médicos Integrales) y Especialistas";

k) "La educación multiprofesional debe ser incorporada a las Facultades de Medicina";

l) "Asumir la educación médica continua como una tarea de las Facultades de Medicina".

Vidal y Lorenzo (2004) refieren que para 1994 en la conferencia patrocinada y organizada por la OMS y WONCA (1994), se formula un grupo de recomendaciones e iniciativas dirigidas a fortalecer la formación en Medicina Familiar en el mundo: el reconocimiento finalmente de la Medicina Familiar como una disciplina especial dentro de la Medicina, ya aceptada en muchos países, debería llegar a ser universal; cada facultad de Medicina debería realizar la enseñanza longitudinal de la atención primaria como parte integral del *currículum* del Pregrado; los Médicos de Familia pueden proporcionar formación básica en Medicina Familiar, una dimensión general hacia la enseñanza de las otras especialidades, y proporcionar a los

estudiantes modelos de desempeño profesional para una elección informada de la futura carrera profesional; cada facultad de Medicina debería hacer de la enseñanza de la atención primaria una parte integral del *currículum* del Pregrado y proporcionar incentivos mayores a los nuevos licenciados que seleccionaran esta carrera profesional .

La (OPS/ WONCA 1996) en la Declaración de Buenos Aires .Argentina refiere que expertos y líderes de salud, reunidos en la "Conferencia sobre Medicina Familiar en la Reforma de los Servicios de Salud de las Américas", se manifestaron a favor de que en los sistemas de educación médica de cada país, las instituciones formadoras de recursos humanos se involucren en la definición del perfil y en la formación de los profesionales necesarios para la atención médica primaria, bajo el contexto de la reforma de los sistemas de salud; de que en las Escuelas y Facultades de Medicina implanten procesos de inserción de la Medicina Familiar dentro de los planes curriculares del Pregrado, para permitir al alumno un contacto temprano, gradual y continuo con los principios universales y las modalidades de práctica de esta disciplina; del requerimiento indispensable para el entrenamiento de los Especialistas en esta disciplina, de un programa de postrado residencial de alta calidad que responda a las necesidades de una fuerza de trabajo equilibrada con las otras especialidades y que ante las necesidades inmediatas de algunos países, por contar con una masa crítica de Médicos de Familia a corto plazo, puedan diseñar y operar programas de reconversión con carácter transicional y temporal.

Dos años después en 1998 en el Reporte de las actividades de OMS y WONCA se resumen las actividades emprendidas por la OMS y sus países miembros y por WONCA y sus organizaciones para la adopción e implantación de las recomendaciones de la Conferencia de Ontario.

Tres años más tarde, en 2002 bajo el lema: "Comprometidos con la salud de la Población", en la Primera Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar, organizada por CIMF, OPS/OMS y SEMFyC (2002), la cual concluyó con la publicación de cuatro documentos técnicos enfocados en áreas temáticas, sintetizados en la "Declaración de Sevilla", con recomendaciones sobre la formación de Pregrado y Postgrado en Medicina Familiar y Atención Primaria: es imprescindible que la disciplina sea incorporada al *currículum* de grado de las facultades de Medicina y se apoyen experiencias curriculares innovadoras y con temprana vinculación con los servicios de salud, así como se establezcan requisitos mínimos comunes para la capacitación de Médicos de Familia, los programas de residencia y las actividades de educación continua, teniendo en cuenta los contenidos y la duración de los programas, los procesos docentes y la formación de profesores.

Dando continuidad en la Cumbre de Sevilla (2002), se reunieron más de 30 expertos procedentes de 20 países de la región, con el objetivo de elaborar documentos técnicos y recomendaciones en temas de enorme interés estratégico para el desarrollo de la Medicina Familiar, y reconocerla como especialidad diferenciada con sus propios cuerpos teóricos y de práctica profesional. Los documentos abordaron la elaboración de marcos de referencia para los procesos de certificación profesional y acreditación de

actividades de educación médica continuada, y programas de Residencias de Medicina Familiar para IberoAmérica.(OPS,2002)

Autores como Vidal et al (2004), plantean que la formación en Medicina Familiar, ya sea mediante su inclusión en los programas de Pregrado o en el desarrollo de diferentes modalidades del Postgrado, ha ido ganando fuerza en los últimos 20 años y que se vienen produciendo, con visibles diferencias entre países y una importante variabilidad en el alcance y el necesario respaldo de las políticas públicas sanitarias y de formación de recursos humanos, un proceso de reorientación de los programas de formación del Médico General básico hacia la adquisición de conocimientos y habilidades que le permitan una práctica médica más resolutiva y cercana al ser humano, de mayor calidez y más centrada en la familia y la comunidad. De igual forma, son cada vez más los países que inician o continúan desarrollando la especialización en Medicina Familiar.

La formación de esta Especialidad como pilar fundamental de la APS se desarrolla en varios países con bases sociales diferentes según los datos de encuestas efectuadas por la WONCA (1996) donde alrededor de 56 países tienen programas de formación de Postgrado en Medicina Familiar.(Pérez et al 2004)

Díaz y Guerrero (1993) .plantean "que en la capacitación y el desarrollo de la Medicina Familiar a escala mundial se ha encontrado serios impedimentos para incorporar Médicos de Familia adecuadamente instruidos al sistema de atención primaria de salud entre ellos el autor señala los

siguientes"(p.336):

"No reconocen la Medicina Familiar como Especialidad".

1. "No ven la necesidad de integrar las prácticas y los servicios clínicos y comunitarios".
2. "No entienden la necesidad de integrar la atención preventiva y la curativa".
3. "Preferencias por la atención selectiva frente a la integral".
4. "Tendencia histórica hacia la Especialización".
5. "Desarrollo y financiamiento desproporcionado hacia la atención terciaria".
6. "Preferencia por la atención urbana frente al desarrollo del sistema de salud rural".
7. "La baja posición profesional de los Médicos de Familia".
8. "Falta de liderazgo y de figuras modelos en Medicina Familiar".
9. "Educación médica predispuesta a favor de la formación de especialistas en hospitales".
10. "Falta de resolución para comprometerse a proveer APS integral".

Feo (2003) expone que el modelo conceptual biologicista y medicalizado también se impuso en las Facultades y Escuelas de Medicina haciendo que la investigación y la formación de profesionales se impregnaran del concepto de la enfermedad, desvinculándose de la salud y sus determinantes. Actualmente, no existe una relación clara entre los centros de formación de Recursos humanos y los servicios. La Universidad se encuentra aislada y muchas veces a espaldas del país. Forma médicos con escasa sensibilidad social, poca capacidad resolutiva y mayor propensión a la

mercantilización. La estructura académica es rígida y, los diseños curriculares poco permeables, lo que dificulta la incorporación de cambios y nuevas formas de enseñanza y conocimientos. La formación es marcadamente clínica, reafirmando el doble discurso presente en todas las áreas de la salud: dicen priorizar la prevención, sin embargo, en la realidad se concentra la enseñanza en hospitales, sin mayor vinculación con las comunidades.

Por otra parte, Cañizares, Sarasa, Labrada (2006). plantean hoy en día la enseñanza integrada como lo plantean constituye un tema de actualidad en la pedagogía contemporánea y un reto en el diseño de programas de formación a nivel internacional en la educación superior.

En congruencia con este nuevo enfoque de enseñanza integrada Rosell, Mas y Domínguez (2002). refieren:

> *"que esta no escapa a la integración como concepción, incluso hacen referencia a que los programas universitarios de formación de recursos humanos reconocen la enseñanza integrada como una forma cualitativamente superior que permite dar respuesta al impacto de la Revolución Científico-Técnica sobre los programas de estudios".*(p.13)

2.2.6. Medicina Familiar como Especialidad. Perfiles y Competencias del Especialista Medicina General Integral o Familiar.

Cuba y Suárez (2002). señalan que a inicios del siglo XX tomó fuerza un movimiento el cual se orientaba la enseñanza de la Medicina a un estudio

científico por especialidades. Un efecto colateral de este proceso de diferenciación y tecnificación fue la tendencia a la sobrespecialización, la cual alentó la atomización de la persona en sistemas, aparatos, órganos e ignoró la dimensión sociopsicológica de la salud y la enfermedad, con el consecuente abandono de la percepción integral y armónica de la persona y una mayor despersonalización de la relación entre los usuarios de los servicios y sus proveedores.

En dicho período se apreció la devaluación de la atención en el nivel primario de servicios de salud y, en los ámbitos académicos, la Medicina General perdió espacio hasta el punto de casi desaparecer de la *currícula* de los programas de formación según refieren estos autores. Por otra parte, estos autores plantean que si bien la Medicina Familiar surge como una especialidad exclusivamente del ámbito de los profesionales médicos, con el desarrollo de los equipos de Salud Familiar y Atención Integral de Salud, esta se viene adaptando a las diferentes ramas profesionales que conforman los equipos que trabajan en el primer nivel de atención, existiendo en diversas realidades especialidades complementarias a las de los Médicos Familiares, como por ejemplo las Enfermeras de Familia, los Odontólogos de Familia, entre otros.

Ceitlin y Gomes (1997), exponen que en 1986 la Sociedad Americana de Medicina Familiar adoptó la siguiente definición:

> *"La Medicina Familiar es la especialidad a la cual concierne la salud total del individuo y su familia, dentro de ella se integran las ciencias biológicas, clínicas y de la conducta".(p.34)*

Estos autores, también hacen referencia a que diversos países buscaron revalorizar la herencia recibida de los antiguos Médicos de cabecera que «por la naturaleza de sus funciones era.(..) "Consejero en los diversos problemas que surgían en el seno de la familia. Cada familia tenia su Médico, siempre el mismo, lo que permitía la continuidad de la atención".

El Instituto Mexicano de los Seguros Sociales en el año 2002 plantea que en Latinoamérica y el Caribe, también se han desarrollado diversas iniciativas en el área de la medicina familiar e integral, en países de la región como México, Brasil, Bolivia, Costa Rica, Argentina, Colombia, Ecuador, Chile, Venezuela, entre otros, donde se tienen programas de postgrado en Medicina Familiar desde 1960 y 1970. Un particular desarrollo en este sentido ha sido alcanzado por México donde, en el primer nivel, existe un Médico Familiar por cada Especialista y en Cuba, donde desde finales de los 60's e inicios de los 70's se consolidó un sistema de salud basado en médicos que «actúan durante un periodo de tiempo como un Medico a cargo de varias familias, la comunidad y los individuos y, por tanto se le identifica como Médicos de Familia, los cuales orientan su acción hacia su demanda de familias adscritas, con un énfasis en la atención comunitaria, orientada a la gratuidad y jerarquización de niveles de atención, con un enfoque epidemiológico y aproximación equitativa a la población, entre otros aspectos.(Cuevas y Brito,2002)

Los profesionales con especialización en Medicina Familiar refieren Cuba et al (2006). Son:

"el recurso humano ideal para impulsar estos cambios, pues su formación los habilita a desempeñarse con eficacia y eficiencia en la oferta de una atención tanto preventiva-promocional, como recuperativa y de rehabilitación, la cual abarca tanto la persona, como especialmente a la familia en la que ella se inserta y la comunidad a la que pertenece. Ello se explicita al considerar que el elemento clave para garantizar la implantación del Modelo de Atención Integral es el recurso humano, el cual deben contar con las competencias necesarias para ofrecer los cuidados esenciales y conducir las acciones estratégicas que se requieren para el logro de los objetivos del modelo"(p.4)

Estos autores opinan también que "dentro de la profesión médica, el profesional más idóneo para desempeñar este papel es el Médico General Integral/Familiar, el cual se constituye en el recurso fundamental de la prestación en el primer y segundo nivel de atención" En consecuencia, los Sistemas de Salud deben hacer todos los esfuerzos para desarrollar un contingente de profesionales con esta especialización, así como promover que las otras ramas profesionales desarrollen en sus miembros este tipo de competencias.

En la II Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar realizada en Santiago de Chile en Octubre de 2005, se planteó que los Médicos de Familia son el recurso ideal para el desarrollo de un sistema de salud centrado en la atención primaria, ya que su entrenamiento y práctica se concentra en forma exclusiva en esta disciplina, como ocurre en la mayoría de los países europeos (en especial el Reino Unido, España, Portugal, Dinamarca y Holanda) así como en Canadá, Australia y Cuba.

En esta Cumbre también se hizo referencia a las características de la práctica del Médico de Familia y del equipo de salud como tal, considerando que estos son el primer contacto con el sistema de salud y que pueden atender en forma longitudinal a una población definida a su cargo. Plantean que la atención debe ser integral y centrada en la familia y en la comunidad. Además, el Médico de Familia es quien debe ejercer la coordinación con los otros niveles de atención médica. Estos atributos, definen el perfil ideal de este profesional.

2.2.7- Competencias en la Educación Médica

Corona y Fonseca (2003). hacen referencia que en las últimas décadas, se han presenciado importantes y permanentes cambios en los propósitos pedagógicos y sociales de la acción educativa, que abarcan todo el sistema de enseñanza-aprendizaje: el desarrollo de las potencialidades del pensamiento, valorativas, comunicativas y creativas, así como la relación con los contenidos de aprendizaje y la inclusión explícita de contenidos valorativos y de procedimientos, en términos de un "saber hacer", que conforman un complejo orientado a la resolución de problemas.

Sin embargo, las reformas educativas como expone Corona et al (2003). para que puedan considerarse como tales, requieren no sólo de cambios estructurales, sino también de modificaciones en las prácticas educativas. Lograr que maestros y alumnos participen de una manera más comprometida durante el proceso de enseñanza-aprendizaje, será posible en la medida en que conozcan, interpreten y hagan suyas las nuevas

propuestas curriculares enmarcadas en el modelo de las competencias profesionales integrales.

Irigoin y Vargas (2002). plantean una definición que:

> *"estas competencias parecen constituir, en la actualidad, una conceptualización y un modo de operar en la gestión de recursos humanos que permite una mejor articulación entre gestión, trabajo y educación. En una visión y organización sistémica las competencias han sido incluso capaces de expresarse como un sistema nacional de certificación de competencias legalmente establecido en varios países del mundo, incluidos proyectos en América Latina. Más que una moda, se trata de "un vínculo entre el trabajo, la educación formal y la capacitación", la implantación de nuevos valores y normas de comportamiento".* (p.252)

En el diseño de instrucción se establecen las competencias, se definen los objetivos de aprendizaje y los estándares de desempeño, y se formulan las metas y descripciones de los cursos. Estas acciones permiten organizar los contenidos en unidades de aprendizaje y estimulan el uso de la tecnología de la información.

Estos autores hace referencia a la formación basada en competencias se busca apoyar el desarrollo de capacidades para su posterior despliegue en el proceso de inserción laboral, mantener el empleo y el desarrollo de la carrera. En el caso de la educación superior, la visión de que las competencias pueden ser una estrategia especialmente indicada para dos aspectos fundamentales del diseño: el diseño de la parte profesional de los planes de estudios y el diseño general en lo que atañe al desarrollo de

competencias genéricas como el trabajo en equipo, comunicación y otras.

González y Sánchez (2003), plantean que pueden establecerse de forma general, tres grupos de competencias:

"Competencias básicas. Son aquellas en las que la persona construye las bases de su aprendizaje (interpretar y comunicar información, razonar creativamente y solucionar problemas, entre otras".

"Las competencias básicas, están relacionadas fundamentalmente con la capacidad de "aprender a aprender" que afirma la erradicación definitiva de la concepción de que es posible aprender de una vez y para siempre y de que en el aula se puede reproducir todo el conocimiento. Requiere de instrumentaciones básicas como la idoneidad para la expresión oral y escrita y del manejo de las matemáticas aplicadas y pone en movimiento diversos rasgos cognitivos, como la capacidad de situar y comprender de manera crítica, las imágenes y los datos que le llegan de fuentes múltiples; la aptitud para observar, la voluntad de experimentación y la capacidad de tener criterio y tomar decisiones".(p-8)

"Entre las competencias básicas que suelen incluirse en los currículos se encuentran la comunicación verbal y escrita, la lectura y la escritura, las nociones de aritmética, el trabajo en equipo, la resolución de problemas y la enseñanza de lenguas extranjeras".

"Competencias personales: Son aquellas que permiten realizar con éxito las diferentes funciones en la vida (actuar responsablemente, mostrar deseo de superación y aceptar el cambio, entre otras)".

"Las competencias personales constituyen un conjunto de difícil definición, pues están en función de las capacidades y potencialidades de expresión de un grupo de características que se manifiestan en dependencia del ambiente en que se desarrolle la actividad, tales como seguridad en sí mismo, capacidad para

dominar los sentimientos y las tensiones emocionales, curiosidad, argumentación crítica y capacidad analítica".

"Competencias profesionales: Son las que garantizan cumplir con las tareas y responsabilidades de su ejercicio profesional".

Este autor refiere también que:

"las cualidades de las personas para desempeñarse productivamente en una situación de trabajo, no sólo dependen de las situaciones de aprendizaje escolar formal, sino también del aprendizaje derivado de la experiencia en situaciones concretas de trabajo y señala que la integración de todas las competencias expuestas representan los factores críticos de éxito profesional"(p.8)

Corona et al (2003). hace referencia a que el modelo educativo por competencias profesionales integradas para la educación es una opción que busca generar procesos formativos de mayor calidad, pero sin perder de vista las necesidades de la sociedad, de la profesión, del desarrollo de la disciplina y del trabajo académico. De ahí la importancia de que el maestro también participe de manera continúa en las acciones de formación y capacitación que le permitan desarrollar competencias similares a aquellas que se busca formar en los alumnos, en lo que se coincide con la opinión que sobre estos temas han emitido diferentes especialistas.

2.2.8. Educación de postgrado.

Morles (2004). se refiere a la educación de Postgrado como:

"el nivel educacional más nuevo y elevado del sistema educativo; pero es, también, el que va adquiriendo cada vez mayor importancia por sus vínculos con la creación intelectual (científica, técnica y humanística), hecho que lo convierte en instrumento estratégico para el desarrollo social y humano". (p.35)

La Educación de Postgrado en Venezuela forma parte de la educación superior, el cuarto nivel del sistema escolar vigente, es decir, del sistema formal de estudios que sigue al conocido comúnmente como educación secundaria, educación media o bachillerato expone Morles (2005).

La Normativa General de los Estudios de Postgrado vigente desde el 20 de noviembre de (2001), Gaceta oficial Nro 37.328 la cual es una reforma de la aprobada por el Consejo Nacional de Universidades en y a su vez sustituyó a la "Normativa para la Acreditación de los Estudios para Graduados" de 1983,

"reconocen como estudios de postgrado aquellos que están dirigidos a "elevar el nivel académico, el desempeño profesional y la calidad humana de aquellos egresados de la educación superior que posean Título de Licenciado o grado equivalente".

En el ***artículo cuarto*** se plantea que los estudios de Postgrado tienen como finalidad fundamental:

a) "Formar recursos humanos altamente especializados que puedan contribuir al desarrollo social, económico, político cultural del país"

b) "Estimular la creación y producción intelectual de los cursantes"

c) "Contribuir con las labores de difusión cultural propia de las instituciones de educación superior".

La normativa vigente establece que los programas o cursos de Postgrado se clasifican en:

"Estudios de Postgrado de carácter formal conducentes a los grados académicos de: a) Especialización Técnica, b) Especialización, c) Maestría, y d) Doctorado y; Estudios no conducentes a grado académico como: a) Ampliación, b) Actualización, c) Perfeccionamiento profesional, y, d) Programas posdoctorales".

Los programas o estudios de Especialización Profesional comprenden un conjunto de asignaturas y otras actividades académicas organizadas en un área específica, destinadas a proporcionar los conocimientos y el adiestramiento necesario para la formación de expertos de elevada competencia profesional (Morles, 2004).

En el Programa de Educación Continua del Consejo Nacional de Universidades (2003) plantea que: "una de las características más relevantes de los estudios académicos no conducente a títulos es que el mínimo de unidades crédito es de 144 horas y un máximo de 336 horas".

2.2.9. Tendencias de la educación de postgrado en Venezuela.

Referente a las tendencias en la educación de postgrado, en Venezuela refieren Cuevas y Brito (2002) existían en 1997 1424 programas

de los cuales 257 se desarrollaban en el campo de salud, de este total la mayoría era de especialización en áreas medicas (83% en postgrado en salud) 14 % eran maestrías Y 3% doctorado, entre los cursos de especialización 86% eran clínicos, 12% del área de salud publica y 2% referidos a medicina familiar. Se ha señalado que esta marcada tendencia a la especialización a la especialización medica asistencial ha afectado la capacidad de investigación en salud por no ser está un requisito de egreso además de subestimar campos importantes como la salud pública y la administración de servicios además "se ha dado una fuerte ampliación de la matricula en el postgrado: ha habido un aumento de 2136 egresados en 1988 frente a 9083 en 1997." (p.392)

> *Por otro lado, Yejo (citado por Cuevas y Brito,2002), ha señalado:*
>
> *"como problemas pendiente en la formación de postgrado las deficiencias curriculares, la selección de objetivos por imitación de otros países, el alto nivel de no culminación del trabajo de grado, el bajo retorno de los egresados a sus sitios de origen una vez concluido los estudios y la escasa vinculación entre la formación de postgrado y la necesidad de las diferentes regiones del país. En general se acorta la distancia entre sistema sanitario y el educativo en salud, pese a que la reforma del sector modificó la concepción de la capacitación al concebirla dentro del proceso de trabajo y partir de propuestas de transformación de la situación sanitaria".* (p.393).

Con relación a cambios curriculares y en las modalidades educativas desde 1994 la Asociación Venezolana de Facultades y Escuelas de Medicina (AVEFAM,1994), comenzó el proceso de construcción de viabilidad al proceso de gestión de la calidad en la educación médica, esta buscaba generar un movimiento dentro de las entidades y en los servicios y gremios

tendentes a aumentar la visibilidad de la misión de las entidades educativas del sector salud. (AVEFAM, 1994).

2.2.10. Perfiles del Medico General Integral en diferentes países.

Fernández (1995). se refiere al término de perfil englobado en el concepto de identificar las capacidades de los ingresantes y de los egresados de un programa educativo. La expresión de estas capacidades se ha dado en función del conjunto de "saberes". Cuando hablamos de perfil de ingreso se ha reconocido el cúmulo de conocimientos y experiencias indispensables para ser admitido en el programa. Este perfil expresa el sector de educandos potenciales o núcleo de usuarios reconocibles para una determinada propuesta educativa.

Este mismo autor señala con respecto al perfil de egreso, que las capacidades generalmente son referidas a ámbitos profesionales o laborales en los cuales los egresados podrán desarrollarse. Las capacidades se expresan en función de tareas o actividades con diversos grados de especificidad.

El perfil del Medico Familiar España.

En España el Nuevo Programa Formativo (2005) de (4 años de duración), aplicable exclusivamente a los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria refiere en su contenido en cuanto al perfil de formación que:

"El perfil del Medico de Familia es el de un profesional para el que la persona es un todo integrado por aspectos físicos, psíquicos y sociales vinculados a un contexto familiar y social concreto, lo que le permite llevar a cabo una atención continuada al colectivo de personas al que atiende para elevar el nivel de salud de las que están sanas, curar a las que están enfermas y cuidar, aconsejar y paliar los efectos de la enfermedad, cuando no es posible la recuperación de la salud".

Estas características específicas del perfil profesional del Médico de Familia conforman un cuerpo propio de conocimientos derivado, fundamentalmente, de su ámbito de actuación específico: el de la Atención Primaria de Salud y de una forma propia de llevar a cabo dicha Atención a través de un enfoque biopsicosocial, en el que adquieren verdadero protagonismo la integración de las actividades de curación de la enfermedad con las actividades de promoción y prevención, rehabilitación y cuidado paliativo

A efectos didácticos, éste perfil profesional se plasma en las cinco áreas competenciales siguientes sobre las que existe un alto nivel de consenso en la Unión Europea.

1.- Área docente de competencias esenciales: comunicación, razonamiento clínico, gestión y bioética.

La principal herramienta del Médico de Familia es su capacidad de comunicación con los ciudadanos que diariamente atiende, por lo que es esencial que desarrolle la capacidad de escuchar y empatía necesarias para

la correcta relación con los usuarios.

El Médico de Familia, atiende habitualmente a personas con problemas de salud poco definidos, en estadios precoces de su historia natural y a menudo banales, por lo que debe tener la capacidad de razonamiento adecuada para distinguir aquellas situaciones que son más graves, elaborando una orientación diagnóstica más concreta, a partir de una queja muy indefinida. En el aprendizaje del razonamiento clínico y la toma de decisiones, son de gran ayuda los protocolos y guías de práctica clínica en cuya elaboración participará el Residente, aprendiendo a usarlos.

El Médico de Familia, realiza su trabajo en el seno de un equipo de profesionales de Atención Primaria con objetivos compartidos y para un mismo grupo poblacional, por lo que debe aprender a trabajar en equipo, a identificar y fijar objetivos comunes así como a establecer normas de funcionamiento interno y mecanismos de coordinación entre los distintos profesionales que intervienen en la atención sanitaria.

Para el correcto desempeño de su trabajo, el Médico de Familia deberá aprender a distribuir adecuadamente su jornada diaria entre las diversas funciones a desarrollar, organizando eficientemente su consulta, haciendo un uso racional de las pruebas complementarias, de los recursos terapéuticos y de las interconsultas con otros Especialistas.

En el ámbito de la Atención Primaria, la información es la base del conocimiento para establecer diagnósticos y para la toma de decisiones, por lo que el Médico de Familia debe saber utilizar los registros y sistemas de información y las herramientas informáticas necesarias, velando por el uso confidencial de todos los datos.

El aprendizaje de la Medicina basada en la evidencia y la utilización de los recursos de Internet son instrumentos fundamentales en el campo de la gestión clínica. El Médico de Familia aprenderá el marco teórico y las dimensiones de la calidad asistencial, sus herramientas de medición, su estructura, proceso y resultado para conocer y mejorar la calidad de su trabajo, promoviendo actividades de evaluación y mejora que le permitan conocer el nivel de satisfacción de los usuarios y de los profesionales.

El Médico de Familia deberá estar capacitado para desarrollar acciones de administración y de gestión básicas en establecimientos de Atención Primaria.

Durante su período de formación, el Médico de Familia incorporará a sus actividades los valores y aspectos éticos de la profesión tanto en su relación con el paciente (respeto, intimidad, confidencialidad, autonomía, consentimiento informado) como en otros ámbitos de su quehacer profesional (en la prescripción, en la distribución de recursos, en la investigación en sus relaciones con la industria farmacéutica, etc.).

2- Área docente de competencias relativas a la atención al individuo.

El Médico de Familia, es fundamentalmente un buen médico clínico que debe prestar atención a los individuos de forma continuada a lo largo de su vida, tanto en la consulta como en el domicilio, de forma programada, a demanda o urgente, para los problemas agudos y para los crónicos, realizando su trabajo de forma eficaz y eficiente.

La atención a la globalidad (al conjunto de la persona) y la longitudinalidad (a lo largo de toda la vida) son dos características esenciales del perfil profesional del Médico de Familia que realizará las historias clínicas de sus pacientes, desde una perspectiva que integre los aspectos biológicos, psíquicos y sociales de la salud y la enfermedad.

El Médico de Familia, adquirirá las habilidades técnicas para un correcto diagnóstico, mediante el manejo y la valoración de las pruebas diagnosticas disponibles en su medio, estando capacitado para llevar a cabo respecto a cada proceso individual de atención sanitaria:

- Un plan diagnóstico, que incluya la realización de un correcto diagnóstico diferencial, una correcta interpretación de las pruebas complementarias y en su caso, la integración de las opiniones de otros especialistas.
- Un plan terapéutico farmacológico o no farmacológico que elaborará y negociará con el paciente, utilizando correctamente los fármacos u otras

terapias accesibles al Médico de Familia y"

• "Un plan de seguimiento con evaluación de la adherencia al tratamiento y los resultados alcanzados, garantizando la atención continuada y específica en determinadas situaciones como las relativas a individuos discapacitados, inmovilizados, enfermos terminales que precisen cuidados paliativos, o también al niño, al adolescente, a la mujer, al anciano etc.

En su contacto con el paciente, el Médico de Familia valorará también la necesidad y oportunidad de realizar actividades de prevención y promoción integradas, por su evidencia, en la práctica asistencial. Se trata de adoptar medidas de educación para la salud y prevención primaria y secundaria para los procesos más prevalentes en la población, como son los relacionados con las enfermedades infectocontagiosas, el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, la salud mental, la infancia y la adolescencia, la mujer, las personas ancianas.

El Médico de Familia tiene que desarrollar, con absoluto respeto a los derechos de intimidad, confidencialidad y autonomía del paciente, las suficientes habilidades para que en la entrevista clínica, encaminada a determinar los problemas de salud, se establezca un proceso de comunicación consentido por el paciente que desarrolle los aspectos específicos de la relación asistencial delimitando el motivo de la consulta y evaluando el problema de salud de que se trate.

3- Área docente de competencias relacionadas con la atención a la familia

La familia tiene una gran importancia en cómo y de qué enferman sus miembros. El Médico de Familia deberá entender a cada familia como una unidad que actúa a dos niveles, como parte del contexto social en que se desenvuelve la vida y la salud, y como recurso para la salud.

El residente deberá ver a la familia como un sistema, incorporar la entrevista familiar, realizar e interpretar el genograma, conocer los ciclos vitales de la familia, la transición de las 10 etapas y los acontecimientos vitales estresantes, evaluándolos y conociendo sus repercusiones.

Es importante que el Médico de Familia adquiera habilidades para el asesoramiento, intervención y mediación familiar, conociendo las herramientas que permiten identificar los recursos familiares, la red y el apoyo social que tienen las personas y sus familias, así como los instrumentos que permiten conocer las disfunciones y problemas psicosociales de origen familiar.

4- Área docente de competencias relacionadas con la atención a la comunidad.

Para mejorar la salud y disminuir las desigualdades, el Médico de Familia debe intervenir sobre los determinantes de la salud que están en un contexto físico y social distinto al del sistema sanitario. La orientación comunitaria del Médico de Familia comienza a través de su atención al individuo ya que toda su actividad en éste área debe realizarla

contextualizada en el entorno de la persona, aprovechando sus recursos y minimizando sus déficit.

A tal fin, el Médico de Familia debe obtener la información suficiente para identificar las necesidades de salud de la población, considerando a la comunidad en su conjunto como sujeto de atención, identificando a los grupos de riesgo que, por razones de clase social, género, etnia, edad, etc., sufren desigualdades en salud, programando e implementando intervenciones para abordar los problemas de salud comunitarios y conseguir el acceso al sistema sanitario de los sujetos mas vulnerables.

En su faceta de atención a la comunidad, el Médico de Familia debe aprender por un lado, a utilizar sistemas de vigilancia epidemiológica que le permita conocer y controlar los aspectos del medio ambiente y sus repercusiones en la salud y por otro, a cooperar activamente con las organizaciones comunitarias (ONG, a asociaciones de ayuda mutua, etc.) y demás instituciones que persiguen mejorar la salud del conjunto de la población.

5- Área docente de competencias relacionadas con la formación e investigación.

"El Médico de Familia debe ser un profesional en continuo proceso de formación que mantiene y mejora constantemente su competencia

profesional, debiendo adquirir las habilidades necesarias para preparar y exponer sesiones clínicas, bibliográficas, de revisión, etc., colaborando asimismo en la formación, de pregrado y de postgrado, en medicina de familia".

El Médico de Familia aprenderá a hacer una búsqueda bibliográfica, conocerá las bases de datos, los recursos de información y documentación médica y la forma de obtener información basada en la evidencia.

El Médico de Familia ha de saber evaluar la calidad y la importancia de los resultados de investigación publicados en revistas científicas, adquiriendo el hábito de la lectura crítica y los conocimientos básicos para desarrollar un proyecto de investigación destinado a responder preguntas e hipótesis procedentes de su trabajo, adquiriendo los conocimientos y métodos propios de la epidemiología clínica y de la medicina basada en la evidencia para ser capaz de efectuar un análisis de la situación de salud de la comunidad bajo la conducción del equipo básico de salud (Médico de Familia y Enfermera).

Perfil del Medico de familia en Perú.

El (Comité Nacional del Residentado Médico [CONAREME], 2005) de Perú expone en sus objetivos curriculares del PROGRAMA DE LA Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria que:

"El Médico General integral tiene conocimientos, habilidades y destrezas para realizar un cuidado de salud, integral, científico, humanitario y ético. Atiende a la persona en el contexto de su familia y de la comunidad de la que forma parte Es competente clínicamente para proporcional la mayor parte del cuidado requerido por la persona, en forma continuada y con un enfoque no solo biológico, sino también social y ambiental. Tiene asimismo la capacidad de conducir, administrar y tomar decisiones con relación al desempeño de los servicios de salud".

El perfil ocupacional del Médico General Integral comprende dos áreas de trabajo:

A. Área de resolución de problemas de salud

1. Su formación general integral abarca las especialidades de Medicina Interna, Cirugía General, Pediatría, Ginecología y Obstetricia, Medicina Legal, Salud Pública y Administración de Servicios de Salud, estando en capacidad de resolver alrededor del 80% de los problemas de salud con acciones de promoción, protección y recuperación de la salud.
2. Dirige sus acciones a la persona, la familia y la comunidad, considerando que los factores determinantes de enfermedad más relevantes -estilos de vida, factores sociales y ambientales- solo pueden ser modificados por acciones conjuntas dirigidas al individuo, a los grupos poblacionales y al ambiente.
3. Está en condición de resolver en los primeros niveles de atención los problemas prevalentes de salud, con adecuados conocimientos y competencias, y con los criterios necesarios para la referencia y

contrarreferencia oportuna y apropiada a los niveles de mayor complejidad.

4. Al estar capacitado en el manejo de los problemas de salud de mayor prevalencia, brinda atención continuada durante todo el ciclo de vida de la persona (salud del niño, del adolescente, de la madre, del adulto y del adulto mayor).
5. Maneja conocimientos y procedimientos básicos de diferentes especialidades médicas, que le permiten desarrollar un mejor enfoque de unidad clínica en la atención, así como facilitar la coordinación y el entendimiento entre diferentes especialistas.
6. Desarrolla conocimientos y competencias que permiten identificar e investigar los problemas de salud de la comunidad y los factores que los condicionan, a fin de actuar sobre ellos.
7. Está en capacidad de abordar los problemas de salud en sus dimensiones biológica, social y ambiental, lo cual a su vez deriva en el desarrollo de equipos multidisciplinarios de trabajo, que propicia, favorece y/o lidera.

B. Área de administración de servicios de salud

1. Desarrolla la administración de servicios utilizando instrumentos modernos de gerencia. Está en capacidad de organizar estructural y funcionalmente servicios de salud, que puede conducir y administrar.
2. Estudia la organización y desempeño del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud y los servicios, para buscar su racionalización y optimización.

3. Está en capacidad de realizar diagnósticos situacionales orientados a la búsqueda de líneas de solución y de formular planes y programas aplicables a su realidad.
4. Establece mecanismos adecuados que le permiten realizar una coordinación, supervisión, evaluación y control satisfactorios.
5. Administra recursos humanos, materiales y financieros, priorizando sus necesidades".
6. Desarrolla su capacidad de concertación y negociación para conseguir un trabajo conjunto con las personas de la comunidad y sus representantes, promoviendo su participación en las acciones de salud.

Perfil del Medico General Integral en Cuba

El Ministerio de Salud Publica de Cuba [MINSAP], 1990), expone en el Programa de Especialización en Medicina General General Integral que este se fundamenta en las bases en las ideas del Comandante en Jefe Fidel Castro cuando se refiere a que:

> *"este Especialista debe responder a las exigencias del desarrollo económico-social actual y perspectivo de nuestra sociedad asi como, a las nuevas y siempre crecientes necesidades materiales y espirituales del pueblo. Se tiene en consideración también la influencia de la Revolución Científico-Técnica y el momento futuro en que desplegará su máxima capacidad y lo enmarca en el primer cuarto del siglo XXI y, por ello señala que es necesario darle una organización científica al sistema de enseñanza y aprendizaje de este profesional, que garantice su más alta preparación científico-profesional y político-ideológica".* (MINSAP, 1989)

El perfil del Especialista en Medicina General Integral en la Republica de Cuba se plantea en tres dimensiones: dimensión social, dimensión ocupacional y dimensión profesional:

La dimensión social permite tener una representación de las cualidades político-ideológicas, ético-morales, científico-técnicas y estético-culturales del profesional a egresar, es decir, determina los componentes de la personalidad comunista que debemos desarrollar y consolidar en este especialista

La dimensión ocupacional la enmarca reflejando el lugar que ocupa este especialista en el universo de trabajo del Sistema Nacional de Salud, define los cargos para los que está capacitado y qué deberes está en condiciones de cumplir. Las funciones que puede desarrollar y el universo de habilidades y conocimientos que determinan la competencia de este Especialista caracterizan la dimensión profesional.

Como lo plantean Alemany, Otero, Borroto y Díaz (2001), En la estructura de estas dimensiones se plantea el modelo con tres perfiles: el de formación comunista, el de calificación ocupacional y el de formación profesional.

El perfil de formación comunista establece que:

"como resultado de la revolución social, nuestro país ha podido estructurar un Sistema Nacional de Salud, según las exigencias del desarrollo experimentado por las Ciencias Médicas en el marco de la revolución científico-técnica. Además, expresa que en el contexto histórico de desarrollo de la sociedad, de la construcción socialista, se requiere la formación de especialidades en las Ciencias Médicas que muestren personalidades multilaterales y armoniosamente desarrolladas, con firmeza ideológica, clara visión política, elevada calidad ético-moral, dominio de las Ciencias Médicas, sensibilidad estética y amplia formación cultural, desde las posiciones del marxismo-leninismo"

Expresa, además, que este Especialista de Primer Grado conocerá profundamente las características y peculiaridades del Sistema Nacional de Salud, y en su trabajo teórico-práctico como médico de sólida formación científico-técnica, actuará en correspondencia con los principios de la Salud Pública Socialista:

Carácter estatal.

Sistema único y planificado.

Carácter gratuito de los servicios médicos.

Acceso de toda la población a los servicios médicos calificados.

Unidad de la Ciencia Médica y la práctica profesional.

Orientación profiláctica y preventiva.

Participación activa de la población en las tareas de salud.

Internacionalismo proletario.

Señalando también que este Especialista, según las directivas para el desarrollo de la Salud Pública, aprobadas en los congresos del PCC, debe estar dispuesto a servir en cualquier circunstancia al pueblo cubano y a otros pueblos hermanos que así lo requieran.

Por otro lado, se describe en las siguientes partes los aspectos que deben integrar esta formación comunista del profesional.

a) Aspecto ideológico-político: Aquí se señala que el Especialista debe tener una concepción científica del mundo, una comprensión dialéctico-materialista de los fenómenos de la naturaleza, de la sociedad y del pensamiento, la cual se logra mediante el estudio profundo del marxismo y de la aplicación consecuente de los conocimientos adquiridos en este campo al análisis de los fenómenos médicos y sociales, con los cuales se enfrenta como activo constructor de la nueva sociedad socialista; para ser consecuente con ello debe desarrollar convicciones y modos de actuar comunistas en contraposición con las ideas, concepciones, hábitos y conductas del pasado, propios de la ideología burguesa

Este Especialista actuará desde las posiciones de los intereses de la clase obrera y en función de la satisfacción de las necesidades siempre crecientes de la población, estará dispuesto a brindar sus servicios en cualquier lugar que el país lo requiera, a manifestar un elevado patriotismo socialista y, principalmente, estará preparado para las tareas de la

defensa del país, tanto en la paz como en la guerra. Consecuente con la ideología de la Revolución Cubana, debe poseer un elevado espíritu internacionalista y estar dispuesto a prestar sus servicios en cualquier país que se estime por nuestro Gobierno y Partido. Asimismo, se establece que debe poseer una clara concepción de su papel como trabajador intelectual sin posiciones elitistas y una comprensión justa de la importancia que para la sociedad tienen los otros trabajadores productores de bienes materiales y de servicios.

b) Aspecto ético-moral: Expresa este documento que, en el ejercicio de su profesión, el Especialista debe atenerse a los principios de la ética marxista leninista y atemperar sus acciones, como médico y como ciudadano, a las exigencias de la moral socialista y el código de ética médica, y mostrar las siguientes cualidades:

- Espíritu de abnegación y sacrificio.
- Sensibilidad para captar el sentir de las masas y las personas con las cuales tiene contacto.
- Elevado sentido de responsabilidad ante el pueblo.
- Actitud crítica y autocrítica.
- Combatividad ante la autosuficiencia, el individualismo y las posiciones elitistas.
- Modestia y sencillez.
- Honestidad y austeridad.
- Combatividad frente al uso de las conquistas de las Ciencias Biológicas como medios de exterminio en masa y agresión al Medio Ambiente.

c) Aspecto científico-técnico: Este Especialista debe tener una clara comprensión del carácter de la revolución científico-técnica y su dependencia de la revolución social, así como de las ventajas en el

socialismo

Debe comprender la unidad que existe entre los aspectos sociales de la medicina y la organización de los servicios preventivo-asistenciales. Dominar profundamente las leyes particulares y las características concretas de los fenómenos médicos, así como la metodología de las investigaciones científicas en el campo de la Biomedicina y de la Medicina social, los fundamentos teórico-científicos de las Ciencias Médicas en la atención integral, sin desatender los aspectos higiénico epidemiológicos, manejar con base científica las acciones de salud, la organización de la administración y de la docencia en la Atención Primaria, y realizarlas con profundo sentido humanista.

d) Aspecto estético-cultural. El Médico como Especialista en Medicina General Integral debe tener una elevada sensibilidad estética y ser capaz de experimentar deleite o repulsión frente a lo bello o lo feo, lo admirable y lo vil, ante lo positivo o lo negativo, desde el punto de vista social. En el orden cognoscitivo, debe tener un amplio basamento cultural de las producciones artísticas y literarias, patrimonio de nuestra cultura y de la humanidad.

El perfil de calificación ocupacional está constituido por las Unidades Básicas de Salud y por los cargos y deberes en ellos, lo cual está planteado según la estructura de estas unidades en aquel momento, señalándose, entre otros, el sector, los puestos entre otros.

El perfil de formación profesional plantea que en función de su perfil ocupacional ejerce diversas funciones en los distintos puestos de trabajo que puede asumir eficiencia múltiples actividades, que, esencialmente, debe desarrollar en su práctica diaria en el nivel primario de la estructura

de la organización de Salud Pública. Y precisa su estructura en las siguientes funciones:

a) Función de Atención Médica Integral: En ella se establecen las habilidades y conocimientos que deben aplicar los especialistas para realizar las acciones de promoción, prevención, diagnóstico oportuno y atención médica a factores de riesgo, problemas de salud, así como la rehabilitación temprana en los individuos, familias, comunidad y Medio Ambiente, por el cual es responsable según su ubicación. Se establecen las vías fundamentales para desarrollarlas, definiéndose como las principales la consulta y el terreno. Establece las prioridades en cuanto a grupos de atención según los principales programas que se ejecutan en la Atención Primaria.

b) Función Administrativa: Precisa que ejerce la dirección científica de la administración de acuerdo con el cargo que ocupa, que sobre la base del análisis e interpretación del cuadro de salud del sector en que desarrolla sus actividades, adopta las decisiones oportunas para su control, mantiene el balance adecuado de los recursos materiales y humanos, y elabora, ejecuta y controla los planes de trabajo para cumplir el programa de salud del sector en que desenvuelve sus actividades profesionales.

c) Función Docente: Ejerce una alta responsabilidad en la educación del colectivo de trabajo al que pertenece, en el orden social, político-ideológico e higiénico epidemiológico tanto en lo que respecta a sus subordinados y homólogos, como a pacientes, familiares y estudiantes de Ciencias Médicas. Planifica, organiza y controla acciones en el campo de la Medicina General Integral, metodológicas vigentes y de acuerdo con la categoría docente que ostente con los estudiantes de Ciencias Médicas,

internos y residentes, según las normas.

d) Función Investigativa: Ejecuta investigaciones en el campo de su especialidad, mediante la aplicación de la teoría marxista-leninista del conocimiento y la metodología científica, que al realizar su actividad parte de las necesidades y demandas presentes y perspectivas del Sistema Nacional de Salud y adopta como propósito fundamental el logro de resultados concretos en el campo de la Atención Primaria; considera las Ciencias Médicas como una ciencia biosocial. Por otra parte, vemos como debilidad de este programa, el no establecer los procedimientos que servirían a los profesores para desarrollar estas cualidades en los médicos en formación como Especialistas. No obstante, este modelo descrito tiene mucha similitud con el que determina el Programa de Especialización en Medicina General Integral del año 1990

Perfil, competencias y proceso docente del Médico General Integral Republica Bolivariana de Venezuela

El (Ministerio de Salud y Desarrollo Social [MSDS],2004) describe el Plan de Estudios de la Especialidad Medicina General Integral (Macro currículo) , como Proyecto Nacional en el cual se plantea que la formulación del especialista en MGI se hizo a partir de:

- La Programación Especial de Formación de Recursos Humanos en Salud y Desarrollo Social del MSDS.
- Lo expuesto sobre Diseño Curricular del Ministerio de Educación Superior, que establece los principios que deben fundamentar los Programas de Postgrado para su consideración y aprobación.

- Lo expuesto en el documento Bases, Criterios y Pautas para el diseño curricular de los Postgrado en el cual se establece los requerimientos necesarios de satisfacer el conocimiento y formación de los profesionales; el carácter flexible e integrador del diseño curricular; el carácter integral y dialógico del proceso de formación; la pertinencia social que debe tener el profesional que se forme así como la articulación de la docencia, la investigación y extensión, a fin de que estén en función del desarrollo integral sostenible y sustentable del país. Para contribuir con el establecimiento y el desarrollo del "Éstado Social de Derecho y de Justicia", previsto en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela.

- La necesidad de que las Unidades Curriculares (contenidos y prácticas de formación que permitan alcanzar las competencias a desarrollar durante todas y cada una de las fases del proceso formativo) se estructuren según los ejes definidos en el diseño curricular del MGI, Criterios y Pautas para el diseño curricular de los Postgrados. Esto es: los ejes (Ético humanista, Comunicación, Investigación, Enfoque integral clínico epidemiológico y social)

- La necesidad de que, tanto los diseños curriculares elaborados, como el desempeño pedagógico de los formadores, estén en función de la capacitación integral de los educandos, el equilibrio de los ejes de formación definidos, la articulación flexible entre los saberes y, de éstos con la docencia, la investigación formativa y la inserción social.

- La necesidad de asumir la salud integral del individuo, la familia, la comunidad y el ambiente como un derecho inalienable del ser humano, indisolublemente vinculado al derecho a la vida. Ello en absoluta concordancia con las tendencias mundiales actuales más avanzadas, que

promueven el deber de garantizar salud de alta calidad con equidad a todos y todas. De todo esto se desprende el imperativo ético de formar profesionales para el sector salud, entre ellos, el médico general integral.

- El hecho históricamente comprobado de que la medicina, como muchas otras ciencias, ha alcanzado un considerable desarrollo científico-técnico y, con ello, elevados niveles de descripción, comprensión y explicación del ser humano integral, tanto en su aspecto individual como colectivo.
Para ello se creo el perfil del medico general integral.

> *"El perfil profesional es el modelo, las características, conocimientos y habilidades que debe poseer un egresado, expresado en un documento en forma de objetivos terminales. Dentro de sus funciones está la de constituir una imagen contextualizada de la profesión en un momento y lugar, orientar la determinación de los objetivos curriculares, servir de referencia para la valoración de la calidad de la formación, y servir de base para la elaboración de clasificadores de cargo".*

El Modelo del profesional está estructurado en cuatro perfiles:

Ético Moral

Profesional

Ocupacional.

Del egresado.

Perfil Ético Moral:

Evidenciar su disponibilidad para trabajar en cualquier lugar de servicio, así como en cualquier otro país y situación, y supeditar sus intereses personales a los sociales, de acuerdo con las necesidades sociales

y a las orientaciones del Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Esto presupone el desarrollo de valores unidos al humanismo y a la democracia participativa -tales como disponibilidad, asertividad, comunicabilidad, incondicionalidad, abnegación, sacrificio y solidaridad que deben adquirirse o perfeccionarse durante toda la carrera.

Es importante también que el egresado de Medicina General Integral conozca y utilice las diferentes manifestaciones del arte en la rehabilitación y tratamiento de diferentes afecciones o trastornos psiquiátricos y psicológicos.

Incrementar constantemente su capacidad para leer, comprender, comunicarse, traducir y escribir en un idioma extranjero.

Procurar la participación consciente, activa y permanente de la población en el Análisis de la Situación de Salud (ASS), como ayuda eficaz y esencial que favorece y hace más efectivo el desarrollo de los programas de salud.

Saber incorporar los adelantos tecnológicos en el ejercicio de la Medicina, sin perder sus principales valores que colocan al ser humano y sus problemas como lo más importante de la práctica médica.

Perfil profesional:

- Atención médica integral

  Identifica las características de la salud individual y colectiva de su población, mediante el análisis de la situación de salud de la comunidad, familias y grupos organizados, según corresponda.
- Brinda atención médica individual y continua a las personas, familias y grupos organizados a él asignados mediante acciones de promoción de salud, prevención de enfermedades y otros daños a la salud, de diagnóstico y tratamiento oportunos y de rehabilitación, con participación activa de la comunidad y sus organizaciones.
- Detecta factores de riesgo ambientales.
- Coordina y ejecuta acciones inherentes a la profilaxis higiénica epidemiológica en su radio de acción.
- Brinda atención médica de urgencia a la población en la comunidad, el ambulatorio, la clínica popular y el hospital.
- Realiza interconsultas con otros especialistas.

Función Educativa y Docente

- Forma y capacita a los líderes de la comunidad para desarrollar acciones de promoción y educación para la salud.
- Ejecuta acciones de promoción y educación para la salud en su comunidad.
- Participa en actividades de formación de recursos humanos en el campo de la atención primaria de salud y la medicina familiar.
- Administración.
- Coordina el trabajo del equipo de atención primaria de salud.
- Ejerce la administración del Consultorio Popular.

- Realiza las acciones administrativas que permitan el cumplimiento de los programas del Ministerio de Salud y Desarrollo Social.
- Establece la interrelación correspondiente con los diferentes niveles de atención del Sistema Nacional Público de Salud.
- Realiza coordinaciones intersectoriales para la solución de Problemas de Salud identificados en la comunidad.

Investigación

- Aplica el método científico a la solución de problemas de salud individuales, colectivos y ambientales de su comunidad.
- Coordina el proceso de análisis de la situación de salud de su comunidad y planifica, de conjunto con la comunidad, las acciones de salud encaminadas a la solución de los mismos.
- Ejecuta o colabora en investigaciones.
- Utiliza las tecnologías de la información y las comunicaciones para su superación profesional y la investigación científica.

Especiales

- Ejecuta las actividades que se dispongan por el Ministerio de Salud y Desarrollo Social ante situaciones especiales (catástrofes naturales y otras.

Perfil Ocupacional

- Los perfiles de cargo relacionados con la atención a las personas, familias y grupos organizados.

Perfil del Egresado

- El egresado de la residencia de Medicina General Integral, poseerá los conocimientos teóricos, metodológicos y técnicos, así como habilidades, destrezas y actitudes que le permitan.
-

Competencias profesionales del Medico General Integral en Venezuela.

En el Macrocurrículo (MSDS,2004) diseñado para la especialización de Medicina General Integral se plantea que : Considerando los conocimientos, habilidades, destrezas, actitudes, valores y modos de actuación del profesional a formar se decidió la **formación basada en competencias profesionales.** Esto implica organizar procesos de enseñanza / aprendizaje orientados al fortalecimiento del saber, saber hacer y saber ser, y su movilización para enfrentar nuevas situaciones. El programa propuesto permite una relación directa entre las competencias requeridas y los contenidos conceptuales, procedímentales y actitudinales.(MSDS,2004).

1- Competencias en el ser:

1. Actitud proactiva.
2. Habilidades para ser un comunicador tanto de manera formal como informal.
3. Habilidad para comprender y asumir entornos cambiantes y dinámicos.
4. Gran disposición al cambio.
5. Habilidades para trabajar en equipo, pero también capacidades para tomar decisiones autónomamente.

6. Capacidad para tomar decisiones adecuadas frente a múltiples opciones.
7. Alto sentido de responsabilidad individual.
8. Capacidad para socializar y comprender valores organizacionales.
9. Capacidad para trabajar en función del logro de resultados.
10. Capacidad para la Identificación con los objetivos y valores de la organización y la sociedad.
11. Comprometido en procurar el mantenimiento y la recuperación de la salud de sus pacientes, sin distingo de sexo, raza, condición económica o social, política o religiosa.
12. Respetuoso de los principios de la ética médica: beneficencia no maleficencia, autonomía, justicia.
13. Respetuoso de los derechos humanos.
14. Respetuoso de la vida y la dignidad humana.
15. Respetuoso de la libertad del enfermo.
16. Consciente de sus capacidades y responsable por sus actos.
17. Fundamentado científicamente de manera permanente.
18. Competente en su acción individual y en el trabajo en equipo.
19. Competencia para ejercer un rol mediador entre las necesidades y problemas de salud y las decisiones políticas.
20. Capacidad para reconstruir el marco histórico social que determine el proceso salud / enfermedad.
21. Competencia para tomar decisiones y generar respuestas correctas.
22. Capacidad para la negociación.
23. Competencia para asesorar técnicamente.
24. Capacidades para desarrollar roles articuladores en y fuera del espacio

25. de trabajo.
26. Capacidades para promover formas organizativas que generen valores sociales desde los procesos de trabajo.
27. Competencia para desarrollar procesos de planificación, gestión y evaluación de manera participativa.

2 -Competencias en el saber:

La acción del médico debe estar fundamentada en sus conocimientos científicos y técnicos, sean estos en el campo biológico, psicológico o social, pues son estos conocimientos los que sustentan la práctica y diferencian al médico del empírico. Por lo tanto para su adecuado desempeño el médico debe *saber (conocer):*

1. La estructura y funcionamiento normal del ser humano, bio-psico-social, desde sus interacciones moleculares, biológicas, bioquímicas, biofísicas, a nivel subcelular, celular, orgánico, sistémico y total del cuerpo humano, en todas las fases de su ciclo vital, desde su desarrollo embriológico, hasta la senectud.
2. La estructura y funcionamiento patológico del ser humano, bio-psico-social, desde sus interacciones moleculares, biológicas, bioquímicas, biofísicas, a nivel subcelular, celular, orgánico, sistémico y total del cuerpo humano, en todas las fases de su ciclo vital, desde su desarrollo embriológico, hasta la senectud.
3. La relación del ser humano, bio-psico-social con el medio ambiente, sus dimensiones biológicas, bioquímicas, biofísicas, a nivel subcelular, celular, orgánico, sistémico y total del cuerpo humano, en todas las fases de su ciclo vital, desde su desarrollo embriológico, hasta la senectud.

4. Reconocer las áreas de conocimiento complementarias que le permitan interpretar los procesos de la salud y la enfermedad desde el punto de vista de su comportamiento social:
5. El impacto de la acción del medio ambiente y del hombre sobre la salud.
6. La estructura y funcionamiento de los servicios de salud.
7. El impacto de la enfermedad individual sobre la salud pública.
8. Competencia para resolver problemas en su proceso de trabajo.
9. Comprensión de la acción social y sanitaria en su conjunto y en el del entorno.
10. Competencia para intercambiar experiencias y aprender de los otros.
11. Capacidades para reconocer e identificar recursos y Competencias socialmente disponibles y ponerlos al alcance de las políticas de salud.
12. Capacidad para generar, producir y articular conocimientos diversos.
13. Capacidad para recuperar el conocimiento ante problemas nuevos.
14. Comprensión de un marco conceptual amplio del proceso salud/ enfermedad, que dé cuenta, explique y describa las causas que determinan las condiciones y características de la salud ambiental y poblacional.
15. Capacidad para articular y conjugar más de un área de conocimientos en la explicación de una determinada realidad sanitaria.
16. Capacidad para interactuar en entornos complejos y restrictivos.
17. Actitudes para resolver problemas de gestión en salud.

18. Actitudes para tomar decisiones en equipo autónomamente basándose en la información y conocimiento útil y apropiado.

3- Competencias en el saber hacer:

Las pruebas de laboratorio, imágenes diagnósticas adecuadas al nivel de complejidad en el cual se desempeña. Las facultades de medicina garantizarán que el egresado, con base en una sólida fundamentación básica y clínica, esté en capacidad de *saber hacer:*

1. Una historia clínica completa, que incluya la anamnesis, el examen físico, y la impresión diagnóstica.
2. Solicitar e interpretar adecuadamente.
3. Establecer un diagnóstico de manejo adecuado.
4. Establecer una conducta terapéutica adecuada, identificando con claridad el nivel de atención en el cual debe ser atendido el paciente.

4- Competencias Generales

- Comprensión de un marco conceptual amplio del proceso salud/ enfermedad, que dé cuenta, explique y describa las causas que determinan las condiciones y características de la salud ambiental y poblacional.
- Habilidades para comunicar políticas y asesorar sobre su impacto en los objetivos de salud.
- Capacidad para articular y conjugar más de un área de conocimientos en la explicación de una determinada realidad sanitaria.

- Habilidad para prever tendencias y explicaciones de problemas de salud complejos.
- Habilidad para interactuar en entornos complejos y restrictivos
- Actitudes para resolver problemas de gestión en salud.
- Actitudes para tomar decisiones en equipo autónomamente basándose en la información y conocimiento útil y apropiado.
- Manejo de conocimientos sobre los problemas de salud y patologías más prevalentes identificadas en el perfil epidemiológico de la población venezolana.
- Manejo y comprensión de las funciones esenciales de la salud pública.
- Capacidad para articular estrategias de intervención en la promoción, prevención curación y rehabilitación.
- Comprensión del concepto de promoción de la salud.
- Manejo del pensamiento epidemiológico como habilidad para hacer visibles los problemas de salud y el impacto de una actuación no oportuna.
- Capacidades para analizar la situación de salud y sus determinantes con énfasis en los aspectos que reflejan inequidades.
- Conocimiento del sistema sanitario desde diferentes áreas del saber.
- Manejo de conocimientos básicos en ciencias sociales, políticas, biológicas y económicas.
- Comprensión de los problemas básicos que enfrentan las organizaciones públicas de salud.
- Capacidad para manejar una perspectiva multisectorial de las políticas sociales y de salud.

- Comprensión de los procesos de reforma y descentralización en salud.
- Manejo de una concepción dinámica del sistema sanitario.
- Conocimientos específicos para generar intervenciones y estrategias innovadoras en salud.

5- Competencias Específicas

- El egresado será capaz de atender los principales elementos que afecten a la salud en la comunidad donde labore, en los niveles de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación
- Efectuará el diagnóstico de salud de la comunidad donde labore
- Conocerá la organización y funcionamiento de la infraestructura sanitaria responsable de proporcionar asistencia médica
- Contribuirá a la resolución de los problemas epidemiológicos del país de acuerdo con lo expresado en los planes estatal y nacional de salud.
- Proporcionará educación prenupcial, atención prenatal, del parto eutócico, del puerperio y la lactancia, así como de las complicaciones más comunes de estas etapas, tanto en el área urbana como en la rural
- Proporcionará atención a los diferentes grupos de edades: recién nacido, lactantes, preescolares, escolares, adolescentes, adultos y ancianos.
- El egresado del programa de Postgrado en Medicina General Integral es un profesional de la medicina que responde a las necesidades y problemas que actualmente se viven en nuestra

realidad nacional, impregnado sólidamente de la metodología científica, conocedor de la historia de su pueblo y de la idiosincrasia de sus habitantes, capaz de hacer promoción de salud, protección específica, diagnóstico, tratamiento, limitación del daño y rehabilitación

- Además de que tenga posibilidad a lo largo de su proceso educacional, de ligar estrechamente el estudio al trabajo a través de aprender-haciendo; es decir, que al mismo tiempo que se asista a clases, le sea posible realizar acciones médicas específicas en la comunidad, en las familias y en los individuos, empleando los recursos posibles y necesarios, donde quiera que éstos se encuentren (laboratorios, casas de la salud y la vida, clínicas populares, consultorios, escuelas, clubes, hospitales, la comunidad, el hogar mismo, entre otros).

6- Competencias a alcanzar en este egresado

En resumen podemos declarar que las competencias a alcanzar en este egresado son las siguientes:

- Conducta ética
- Comunicarse
- Diagnosticar
- Tratar
- Pronosticar
- Investigar
- Administrar
- Educar y autoeducarse

Proceso docente del Especialista de Medicina General Integral en Venezuela. (MSSD, 2004).

El desarrollo de todo proceso docente tiene como propósito esencial el logro de un conjunto de transformaciones en la personalidad del educando involucrado en dicho proceso. Estas transformaciones se refieren a la adquisición, desarrollo o reorganización de los conocimientos, habilidades, hábitos, convicciones, actitudes y rasgos de la personalidad. Las competencias genéricas estarán orientadas por una serie de actitudes, las cuales se constituyen en el eje transversal de todo el proceso educativo, por cuanto se refieren a las competencias actitudinales a promover en todos los grupos:

- Reflexionar, criticar y accionar en la transformación personal y social.
- Potenciar la conformación de equipos para participar del proceso de toma de decisiones en función del logro de objetivos comunes.
- Promover una cultura de trabajo orientada por resultados.
- Promover la movilización social y la concertación de actores en torno a los problemas que afectan el bienestar y el desarrollo humano integral.

Principios científico pedagógicos

a) Enfoque constructivista:

- Implica la participación de los especialistas en la materia y los residentes en la definición de contenidos, es decir, en la construcción y análisis del problema de salud que se le presenta en su práctica profesional diaria, relacionando el saber con el hacer.

- Se reconoce que las experiencias de aprendizaje producen conocimientos, habilidades y actitudes constituidas que se interiorizan, conservan y aplican en forma significativa.

b) Modalidad flexible:

- La forma principal de organización de la enseñanza será la educación en el trabajo con la presencia de los docentes en intervalos de tiempo dependientes de las necesidades docentes asistenciales.
- El desarrollo de la capacidad para la toma de decisiones.

c) Formación integral con régimen mixto:

- La formación será integral. El régimen será mixto, con fases presénciales de aprendizaje con apoyo tutorial en el servicio: Consultorio Popular, la comunidad, la Clínica Popular y/o el hospital y actividades basadas en el inter aprendizaje conducido por facilitadores (tutores) docentes.

d) Aprendizaje en servicio:

- Se trata de promover procesos educativos centrados en las realidades concretas de actuación profesional, consiguiendo un fortalecimiento de sus competencias en su ámbito de trabajo, en una interrelación teórico-practica real, que permite un aprendizaje en servicio. Basado en la comunidad.

e) Proceso docente con énfasis en el aprendizaje, la independencia y basado en problemas:

- Se privilegiará el aprendizaje a través de la actividad docente asistencial investigativa en la educación en el trabajo mediante un enfrentamiento sistémico y sistemático con los problemas de salud de la población asignada.
- El estudio y trabajo independiente del residente será estimulado para garantizar la independencia cognoscitiva, la creatividad en la actuación y la toma de decisiones médicas con un fundamento científico en la solución de los problemas de salud individual, colectiva y ambiental.

f) Funciones didácticas del facilitador docente:

- El aprendizaje está centrado en el residente. El profesor se aleja de la "educación bancaria" y deja de ser la fuente básica y en ocasiones única del saber y del hacer, deja de ser el trasmisor de la información para convertirse en un orientador, en un organizador de las condiciones que favorezcan el aprendizaje y en un controlador de la estrategia y del ritmo del sistema de enseñanza aprendizaje.

g) Los métodos de enseñanza y aprendizaje:

- Se disminuyen al mínimo indispensable los métodos pasivos memorísticos y reproductivos para dar paso a los heurísticos, de búsqueda, productivos. Se trata de aplicar métodos problémicos y estrategias que desarrollen no solo el pensamiento analítico inductivo, sino también el pensamiento sintético deductivo y el carácter original y creador, así como

h) La evaluación:

- Se realizará la evaluación práctica y teórica. Se trata de evaluar la actuación del residente en las condiciones del aprendizaje en el servicio durante la actividad asistencial - investigativa - administrativa – educativa y no solo en las actividades que utilizan como forma de organización de la enseñanza la conferencia, el seminario o el taller.
- Se trata de valorar como el residente integra los procesos cognoscitivos y el hacer en la actuación profesional real y concreta en su puesto de trabajo, como desarrolla su competencia y va adquiriendo su desempeño profesional.

i) Nuevo paradigma educativo:

- Se incluyen los elementos del nuevo paradigma educativo de la educación permanente a los largo de la vida de la Comisión de J. Delors (1995) centrados en el aprender a conocer, aprender a hacer, aprender a ser, aprender a emprender y aprender a convivir.

Sistema Docente.

Lo integran los escenarios en los cuales se va a realizar la formación del especialista y la estrategia docente que se va a seguir.

Lugares de Formación:

El principal escenario de formación serán los consultorios Consultorios Populares y la Comunidad, pero habrá estancias y rotaciones por las Clínicas Populares y los espacios hospitalarios necesarios.

Estrategia Docente:

Es presencial en el Consultorio Popular con rotaciones por las Clínicas Populares o los Hospitales del Pueblo. Estará no menos del 70 % del fondo de tiempo en la atención primaria de salud, por lo que éste es el principal escenario de formación.

El educando estará en contacto con todos los objetos de transformación hacia los que se dirige el trabajo en la Atención Primaria de Salud (APS) coherentes con las competencias declaradas en el programa de la residencia. La unidad curricular que mejor se aviene a esta estrategia formativa es el módulo.

- La enseñanza modular descansa en la identificación de objetos de la profesión sobre los que el egresado ha de actuar y transformar, lo que determina la estrategia didáctica. Esta se conformó no sobre los contenidos de las disciplinas científicas o académicas y las especialidades, sino sobre los que demanda la práctica profesional en la APS.
- Se combinan cuatro ejes conductores de formación que se insertan y analizan en cada módulo a partir del desarrollo del conocimiento y las habilidades que a cada uno le corresponden. Estos ejes son:

  ✓ Ético humanista
  ✓ Comunicación
  ✓ Investigación
  ✓ Enfoque integral clínico epidemiológico y social

- El programa consta de 30 meses agrupados en tres períodos de diez meses cada uno. Está estructurado en seis unidades de aprendizaje y cinco áreas que se corresponden con contenidos de la atención a la familia, a la comunidad, al ambiente y a la salud del niño, el adolescente, el adulto y el anciano.
- En cada una de las unidades de aprendizaje se incluyen las urgencias clínico - quirúrgicas y la aplicación de los contenidos de cada una de ellas en las otras.
- Todos los residentes comenzaran por la unidad de aprendizaje de atención a la comunidad y a la familia continuando de inmediato el resto de las rotaciones o estancias y módulos que establezca cada Centro Coordinador del Estado donde se desarrolla la residencia en coordinación con la institución académica correspondiente.
- El diseño está definido de manera tal que el residente realiza sus actividades en un Consultorio Popular, procediendo a la atención de la población asignada, bajo la atención de un tutor especialista en Medicina General Integral / Familiar, el cual será el responsable de asesorarlo en todos los sentidos y velará por su actuación profesional y su formación académica, participando además en la evaluación del mismo.
- El docente del Centro Coordinador del Estado y/o Municipio será el responsable del control de la actividad de los residentes y tutores correspondiéndole además la planificación y control de toda actividad académica teórica y la evaluación final de cada año de la residencia.
- El docente del Centro Coordinador será el responsable de la programación de la actividad teórica empleando 4 horas semanales, que corresponden a una tarde de la semana.
- Siempre que sea posible se programaran actividades hospitalarias de turnos de urgencia de una vez por semana y un domingo por mes. Lo

ideal es que el residente sea integrado a un equipo de urgencias. Se recomienda que esta actividad comience a las 4 de la tarde y termine en un horario que permita que el residente esté a las 8 de la mañana en su Consultorio Popular en función de lograr la máxima permanencia del residente en el mismo garantizando la atención a su comunidad y la formación en el trabajo.

- Se programaran estancias por Clínicas Populares u Hospitales del Pueblo con énfasis en actividades que incluyan discusión de casos importantes y otras tales como: presentación de piezas frescas, discusión clínico radiológica, entrenamiento en ultrasonido y otras.
- Los contenidos de medicina natural y tradicional forman parte importante del programa de la residencia por lo que se velará su cumplimiento en la educación en el trabajo por parte de los Coordinadores.
- El sistema de evaluación constará de evaluaciones frecuentes, parciales y final, empleándose la escala cualitativa de calificación aprobada por el Ministerio de Educación en la República Bolivariana de Venezuela.
- El Coordinador del Estado y Municipio al elaborar la calificación final del estudiante, en cada módulo, tendrá en cuenta los resultados de las evaluaciones frecuentes, parciales y el examen teórico – práctico final, así como las opiniones de la comunidad asignada, sus líderes y los directivos de salud del territorio a que pertenece. Está evaluación debe tener un carácter integral considerándose que los aspectos éticos, comunicativos y de integración al trabajo comunitario son de igual relevancia que los conocimientos médicos ya que forman parte integrante de la competencia profesional declarada para este especialista.

- Los residentes que no aprueben uno o más módulos y aquellos que, por causas justificadas no puedan cursar uno o más de ellos, serán sometidos a las prescripciones del reglamento establecido por el Ministerio de Educación en la República Bolivariana de Venezuela
- El Coordinador del Estado y Municipio serán responsables de elaborar los calendarios y horarios para el desarrollo de cada módulo de la residencia en cada parroquia, valorando las prescripciones del diseño y las condiciones específicas de cada lugar y municipio, debiendo supervisar sistemáticamente su cumplimiento.
- El Coordinador del Estado y Municipio, así como las universidades designadas, velarán por la adecuada planificación, ejecución y control de la calidad de los procesos y sus resultados y trabajarán en la coordinación con las Direcciones Municipales de Salud y las Coordinaciones de la Misión Barrio Adentro en función del logro de los objetivos de la residencia.

2.2.11. Marco Legal

El Estado como expresión político jurídica de una sociedad , se encuentra en la obligación de proveer y facilitar la satisfacción de las necesidades primarias de la población, tales como trabajo, salud, educación, y todas aquellas que implican el mejoramiento de su calidad de vida. Esta obligación esta reconocida y centra su fundamento en el sistema jurídico de la sociedad, y debe ser ejecutada a través de planes de gobierno, los cuales se elaboran en función de las concepciones que tengan quienes ejercen el gobierno de un país.

En Venezuela a partir de 1999, se inició un proceso de reinstitucionalizacion jurídica fundada sobre la Constitución aprobada en diciembre de ese año, que afecta necesariamente el área de salud, no solo como una condición del cuerpo humano sino también en cuanto a las obligaciones del Estado y de los ciudadanos, así como en la reestructuración de un marco legal que desarrolle los preceptos constitucionales respectivos. La carta magna reconoce que la salud es un derecho humano íntimamente ligado vinculado con el derecho a la vida y que el Estado es su garante pero a su vez otorga a los ciudadanos una cuota de responsabilidad cuando establece la participación comunitaria en la promoción y defensa de la salud como lo señalan los artículos:

> ***Artículo 83.*** La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República. (p.87)

> ***Artículo 84.*** Para garantizar el derecho a la salud, el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad. El sistema público nacional de salud dará prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades, garantizando tratamiento

oportuno y rehabilitación de calidad. Los bienes y servicios públicos de salud son propiedad del Estado y no podrán ser privatizados. La comunidad organizada tiene el derecho y el deber de participar en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución y control de la política específica en las instituciones públicas de salud (p.88) sometido a métodos científicos basados en el sistema de méritos, y el traslado, suspensión y retiro será de acuerdo con su desempeño. (p.142)

Artículo 147. Para la ocupación de cargos públicos de carácter remunerado es necesario que sus respectivos emolumentos estén previstos en el presupuesto correspondiente

Ley Orgánica del Trabajo. 1997. Gaceta Oficial N° 5.152 de fecha 19 de junio de 1997 dispone:

Artículo 8º. Los funcionarios o empleados públicos Nacionales, Estadales o Municipales se regirán por las normas sobre Carrera Administrativa Nacionales, Estadales o Municipales, según sea el caso, en todo lo relativo a su ingreso, ascenso, traslado, suspensión, retiro, sistemas de remuneración, estabilidad y régimen jurisdiccional; y gozarán de los beneficios acordados por esta Ley en todo lo no previsto en aquellos ordenamientos.

Los funcionarios o empleados públicos que desempeñen cargos de carrera, tendrán derecho a la negociación colectiva, a la solución pacífica de los conflictos y a la huelga, de conformidad con lo previsto en el Título VII de esta Ley, en cuanto sea compatible con la índole de los servicios que prestan y con las exigencias de las Administración

Pública. Los obreros al servicio de los entes públicos estarán amparados por las disposiciones de esta Ley.

Ley del Estatuto sobre el Régimen de Pensiones y Jubilaciones de los Funcionarios o Empleados de la Administración Pública Nacional, de los Estados y de los Municipios .Gaceta Oficial Nro 38.426 del 28 de abril 2006.

Artículo 13: El derecho a la jubilación se adquiere mediante el cumplimiento de los siguientes requisitos:

a) Cuando el funcionario o funcionaria y empleado o empleada haya alcanzado la edad de sesenta (60) años si es hombre, o de cincuenta y cinco (55) años si es mujer, siempre que hubiere cumplido, por lo menos, veinticinco (25) años de servicios; o,

b) Cuando el funcionario o funcionaria y empleado o empleada haya cumplido treinta y cinco (35) años de servicio, independientemente de la edad.

Parágrafo Primero: Para que nazca el derecho a la jubilación será necesario en todo caso que el funcionario o funcionaria o empleado o empleada haya efectuado no menos de sesenta (60) cotizaciones mensuales. De no reunir este requisito, la persona que desee gozar de la jubilación deberá contribuir con la suma única necesaria para completar el número mínimo de cotizaciones, la cual será deducible de las prestaciones sociales que reciba al término de su relación de trabajo, o deducible mensualmente de la pensión o jubilación que reciba en las condiciones que establezca el Reglamento de esta Ley.

Parágrafo Segundo: Los años de servicio en exceso de veinticinco (25) serán tomados en cuenta como si fueran años de edad, a los fines del cumplimiento del requisito establecido en el literal a) de este artículo, pero no para determinar el monto de la jubilación.

Artículo 4: Quedan exceptuados de la aplicación de la presente Ley, los organismos o categorías de funcionarios o funcionarias o empleados o empleadas cuyo régimen de jubilación o pensión esté consagrado en leyes nacionales y las empresas del Estado y demás personas de derecho público con forma de sociedades anónimas que hayan establecido sistemas de jubilación o de pensión en ejecución de dichas leyes. En ambos casos deberán hacerse contributivos en forma gradual y progresiva de acuerdo a las respectivas leyes y en caso de que los beneficios sean inferiores a lo dispuesto en esta Ley, se equipararán a los aquí establecidos. La contribución en los supuestos a que se refiere este artículo podrá ser hecha en forma mensual o al final de la relación laboral.

LEY DEL SEGURO SOCIAL Gaceta Oficial N° 4.322 de fecha 3 de noviembre de 1991que al efecto dispone:

Artículo 1: La presente Ley rige las situaciones y relaciones jurídicas con ocasión de la protección de la Seguridad Social a sus beneficiarios en las contingencias de maternidad, vejez, sobrevivencia, enfermedad, accidentes, invalidez, muerte, retiro y cesantía o paro forzoso.

Artículo 3: Las personas que prestan servicios a la Nación, Estados, Territorios Federales, Distrito Federal, Municipios, Institutos Autónomos y en general a las personas morales de carácter público, quedan cubiertas por el régimen del Seguro Social Obligatorio en los casos de prestaciones en dinero por invalidez o incapacidad parcial, vejez, sobrevivientes y nupcias. Se aplicará el seguro de prestaciones de asistencia médica y prestaciones en dinero por incapacidad temporal, cuando el Ejecutivo lo considere conveniente. A estos fines tomará lás providencias necesarias para incorporar los servicios médicos asistenciales de los Ministerios, Institutos Autónomos y demás entidades públicas al Instituto Venezolano de los Seguros Sociales. Para los efectos de esta Ley, las entidades y personas morales mencionadas se considerarán como patronos.

Artículo 27: El asegurado, después de haber cumplido 60 años de edad si es varón o 55 si es mujer, tiene derecho a una pensión de vejez siempre que tenga acreditadas un mínimo de 750 semanas cotizadas.

Si el disfrute de la pensión de vejez comenzare con posterioridad a la fecha en que el asegurado cumplió 60 años si es varón o 55 si es mujer, dicha pensión será aumentada en un 5 por ciento de su monto por cada año en exceso de los señalados.

Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social. 2002 .Gaceta Oficial N° 37.600 de fecha 30 de diciembre de 2002 dispone:

Artículo 16. El Ejecutivo Nacional establecerá el Sistema de Información de Seguridad Social para el registro único obligatorio e identificación de todas las personas y para la afiliación de aquellas que deban cotizar obligatoriamente al financiamiento del Sistema de Seguridad Social, el cual será regulado por un reglamento de esta Ley.

Los empleadores afiliarán a sus trabajadores dentro de los primeros tres días hábiles siguientes al inicio de la relación laboral; igualmente, deberán mantener actualizada la información sobre la nómina de los trabajadores de la institución, empresa, establecimiento, explotación o faena.

Quedan comprendidos en el cumplimiento de esta obligación todos los trabajadores, sean funcionarios, empleados u obreros del sector público y del sector privado. En el sector público se incluyen los empleados, cualquiera sea su naturaleza, y obreros al servicio de la administración pública correspondiente a todos los órganos y entes de las diferentes ramas de los poderes públicos nacional, estadal y municipal, tanto de los órganos centralizados como de los entes descentralizados, cualquiera sea su naturaleza jurídica.

Artículo 17. El Sistema de Seguridad Social garantiza el derecho a la salud y las prestaciones por: maternidad; paternidad; enfermedades y accidentes cualquiera sea su origen, magnitud y duración; discapacidad; necesidades especiales; pérdida involuntaria del empleo; desempleo; vejez; viudedad; orfandad; vivienda y hábitat; recreación; cargas derivadas de la vida familiar y cualquier otra circunstancia susceptible de previsión social que determine la ley. El

alcance y desarrollo progresivo de los regímenes prestacionales contemplados en esta Ley se regula por las leyes específicas relativas a dichos regímenes.

En dichas leyes se establecerán las condiciones bajo las cuales los sistemas y regímenes prestacionales otorgarán protección especial a las personas discapacitadas, indígenas, y a cualquier otra categoría de personas que por su situación particular así lo ameriten y a las amas de casa que carezcan de protección económica personal, familiar o social en general.

Artículo 63. Se crea el Régimen Prestacional de Pensiones y Otras Asignaciones Económicas que tiene por objeto garantizar a las personas contribuyentes, las prestaciones dinerarias que les correspondan, de acuerdo con las contingencias amparadas por este Régimen y conforme a los términos, condiciones y alcances previstos en ésta Ley y las demás leyes que las regulan.

Artículo 64. El Régimen Prestacional de Pensiones y Otras Asignaciones Económicas comprenderá las siguientes prestaciones:

1. Pensiones de vejez o jubilación, discapacidad parcial permanente, discapacidad total permanente, gran discapacidad, viudedad y orfandad.

Artículo 71. El Régimen Prestacional de Pensiones y Otras Asignaciones Económicas estará bajo la rectoría del ministerio con competencia en materia de previsión social; su gestión se realizará a través del Instituto Nacional de Pensiones y Otras Asignaciones Económicas.

El Régimen Prestacional de Pensiones y otras Asignaciones Económicas se regirá por las disposiciones de la presente Ley, por la Ley del Régimen Prestacional de Pensiones y Otras Asignaciones Económicas.

Artículo 121. El Sistema de Seguridad Social reconoce a todos los afiliados al Seguro Social Obligatorio las cotizaciones efectuadas hasta la fecha de entrada en vigencia de las leyes que regulen los Regímenes Prestacionales del Sistema.

El Estado garantiza a las personas que prestan servicio al sector público, la cuantía de las pensiones y jubilaciones establecidas en sus respectivos regímenes especiales preexistentes a la fecha de entrada en vigencia de la presente Ley. Los cambios progresivos en los requisitos de edad y años de servicio necesarios para acceder a estas prestaciones serán establecidos por la ley del Régimen Prestacional de Pensiones y Otras Asignaciones Económicas.

En lo que se refiere a los aspectos normativos, legales y organizativos de la Educación Superior en la Venezuela se rige por principios y normas establecidos en la Constitución Nacional y por un conjunto jurídico en el cual destacan la Ley Orgánica de Educación (de1980) y la Ley de Universidades (de 1958, con reformas de 1970), las cuales evidentemente requieren de reformas para adecuarlas plenamente a los principios y espíritu de la nueva Constitución de la República Bolivariana de Venezuela.

Esta establece en su artículo 2 que: "la educación y el trabajo son los procesos fundamentales" para alcanzar los fines de la sociedad y del Estado"

Los artículos 102 y 103 establecen que:" la educación es un derecho humano y un deber social fundamental, es democrática, gratuita y obligatoria al cual todos los ciudadanos pueden tener acceso en igualdad de condiciones dé calidad, oportunidad y gratuidad (hasta el pregrabo universitario), sin más limitaciones que las derivadas de sus aptitudes, vocación y aspiraciones". Establece, además, (....) "que el Estado asume la educación como función indeclinable en todos sus niveles y modalidades, para lo cual realizará "una inversión prioritaria, por cuanto ella es instrumento para la formación de la personalidad y el aprovechamiento del conocimiento científico, humanístico y tecnológico".

Finalmente en el artículo 104, de la CRVB define los principios que rigen la carrera académica, la cual:

> "estará a cargo de personas de reconocida moralidad y de comprobada idoneidad académica, a quienes se les garantizará la estabilidad en el ejercicio de la carrera docente en un régimen de trabajo y de vida acorde con su elevada misión"

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1- Tipo y Diseño de la Investigación.

La presente investigación es un estudio descriptivo y transversal, tal como lo plantea Varkevisser et al (1995). implica la recopilación y presentación de datos para dar una idea clara de una determinada situación.

En este sentido el objetivo central es la caracterización de los egresados del Primer Curso de Especialistas en Medicina General Integral del Estado Aragua para hacer aportes en el perfil de egreso.

Este estudio tomó información a través de la aplicación de un cuestionario realizado directamente a los participantes del Primer Curso de Postgrado de Medicina General Integral, enmarcándose como una investigación de campo no experimental coincidiendo con lo planteado por Arias (1999) cuando expone que el investigador obtiene la información pero no altera las condiciones existentes, de allí su carácter de investigación no experimental.

Varkevisser et al (1995). expresa sobre los estudios de campo que son aquellos que permiten observar el fenómeno directamente del ambiente o que los datos de interés se obtienen en forma directa de la realidad incluyendo también sus cualidades .

Para alcanzar los objetivos planteados se trabajó un enfoque cuali-cuantitativo. Cook et al. (1986) consideran que el enfoque cuali-cuantitativo permite diferentes ángulos de observación tomando información que midan en cantidad de fenómenos y también sus cualidades.

Estos mismos autores definen los estudios no experimentales como aquellos en los que el investigador se limita a describir y analizar objetos o situaciones que se prestan a la investigación sin intervenir en la misma, aspecto que coincide con el presente trabajo.

3.2 Unidad de Análisis.

El objeto de análisis es los egresados del Primer Curso de Postgrado de Medicina General Integral del Estado Aragua 2007.

3.3 Población y Muestra

La población objeto de esta investigación estuvo representada por los 123 Egresados del Primer Curso de Postgrado de Medicina General Integral del Estado Aragua, según la data de la Coordinación Estadal del Postgrado.

Para el momento de aplicar del cuestionario, se informo que tres (3) de los egresados se encontraban de permiso, doce (12) estaban de vacaciones y seis (6) se negaron a participar, quedando constituido el grupo en estudio por ciento dos (102) egresados.

3.4 Instrumento de recolección de datos y fuente de información.

Se tomó información de la data existente en la Coordinación Nacional del Programa de Medicina General Integral para conocer el numero total de egresados del Primer Curso de Postgrado de Medicina General Integral del Estado Aragua 2007.

Para la recolección de la información aportada por los Especialistas en Medicina General Integral se aplicó un cuestionario constituido por preguntas fijas o taxativas.

Según Varkevisser et al (1995) .las preguntas taxativas ofrecen una lista de opciones o de respuestas posibles que nos servirán para cuantificar y cualificar aspectos de la investigación.

La elaboración del instrumento parte de un proceso de operaciónalizacion de las variables del estudio, definido por Pineda ,Alvarado y Canales (1994), como el proceso mediante el cual se transforma la variable de conceptos abstractos a términos concretos, observables y medibles, es decir dimensiones e indicadores.

El cuestionario está estructurado según el siguiente esquema.

A) Presentación y saludo.
B) Finalidad de la entrevista
C) Entrevista propiamente dicha
D) Agradecimiento

Está compuesto por ocho preguntas estructuradas y semiestructuradas, distribuidas en cuatro grandes aspectos:

- Demográficos (edad y sexo).
- Laborales: ubicación geopolítica y tipo de establecimiento donde labora el egresado en la actualidad.
- Académicos: estudios no conducentes y conducentes a titulo, Competencias adquiridas según el diseño curricular del programa de Medicina General integral.
- Profesionales: expectativas de capacitación.

Dicho cuestionario fue validado por expertos los cuales responden a los objetivos planteados, además sometido a una prueba piloto y aplicado en su totalidad por el investigador. Se les comunicó a los sujetos del estudio la confidencialidad de la información y la importancia de su opinión en los aspectos explorados.

3.5 Validez y Confiabilidad

Para garantizar la validez y confiabilidad de este estudio se estableció:

- Trabajar con todo el universo, es decir los 124 egresados del Primer Curso de Postgrado de Medicina General Integral del Estado Aragua.
- Operacionalizar las variables del estudio para llevarlas de un nivel abstracto a un plano más concreto estableciendo definiciones e indicadores que permitan medirlas.
- Elaborar el instrumento partiendo de la operacionalización de las variables.
- Sómeter el instrumento a juicios de expertos.
- Realizar una prueba piloto en las mismas condiciones planteadas para el estudio.
- La administración del cuestionario será realizada solamente por el investigador.
-

3.6 Técnicas de análisis

El tratamiento del material requiere el uso de una base de datos en Microsoft Excel para el procesamiento automatizado de la información. Una vez sistematizada la misma se procederá a la elaboración de cuadros y gráficos para los cuales se procedió como medida de resumen el porcentaje u otra que requieran las variables en estudio esto aplica en el caso de las primeras cuatro partes del instrumento donde se realizará una sumatoria simple según la frecuencia de la respuesta obtenida. Estos procedimientos estadísticos se enmarcan en la rama de las matemáticas, que según Hurtado (2000). se ocupan del análisis numérico en investigación, permitiendo agrupar, organizar e interpretar resultados, lo que le atribuye el carácter cuantitativo que se presenta en el análisis de los datos.

Los aspectos cualitativos relacionados con la opinión que tienen los participantes acerca de los motivos por los cuales no alcanzaron algunas competencias, se sistematizaron partiendo de un cuadro que recogerá todas las opiniones que posteriormente se agruparan en tantas categorías como sean necesarias.

Al respecto Ulin, Robinson y Tolley (2006) (p.143), explica que se leerá el primer texto para familiarizarse con el y luego se empezara a codificar que no es mas que asignar a los textos palabras claves que permitirán luego agruparlos en grupos de texto que constituirán categorías.

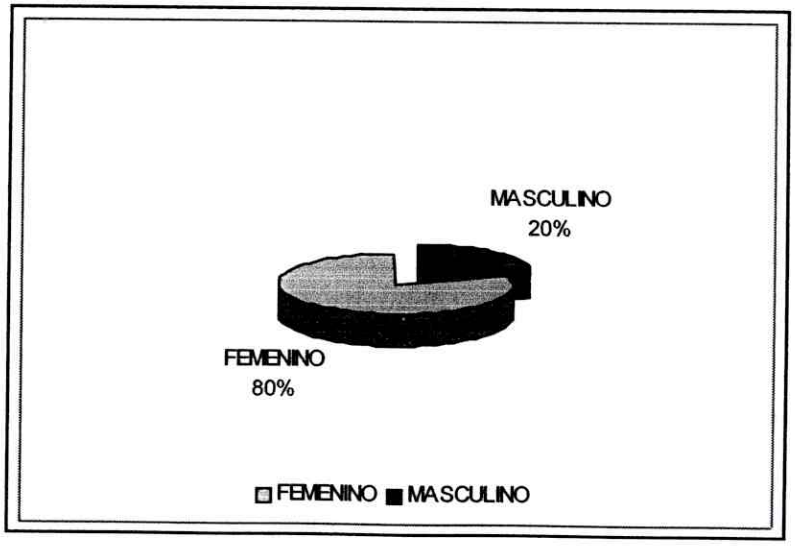
Estos resultados así expresados fueron analizados a la luz de los aspectos conceptuales ya planteados dentro del marco teórico.

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Partiendo de la conceptualizacion de que un perfil profesional es el modelo, las características, conocimientos y habilidades que debe tener un egresado orientado dentro de un diseño curricular, se mostraran a continuación los resultados obtenidos en esta investigación cuyo fin ultimo no es otro que permitir conocer algunos aspectos que caracterizan al primer curso de especialistas en Medicina General Integral para ofrecer un aporte que permita avanzar en el mejoramiento de este programa de formación.

GRAFICO 1.Distribución por sexo de los egresados del Primer Curso de Postgrado de Medicina General Integral .Aragua .2007.



En el presente grafico se puede observar que existe en el primer curso de Especialistas de Medicina General Integral del estado Aragua un predominio del sexo femenino representado por el 80% del total de la muestra en estudio y un 20% del sexo masculino, siendo la razón de cuatro especialistas del sexo femenino por cada masculino.

TABLA 1: Distribución según sexo y edad de los egresados al finalizar el Primer Curso de Postgrado en Medicina General Integral. Aragua 2007.

EDAD EN AÑOS	Femenino				Masculino				Total Egresados	%
	F. A.	F. R.	F. A. A.	F. R. A.	F. A.	F. R.	F. A. A.	F. R. A.		
29-33	5	6,1	5	6,1	0	0	0	0	5	5
34-38	13	15.9	18	22	2	10	2	10	15	15
39-43	25	30,5	43	52,4	7	35	9	45	32	31
44-48	28	34,1	71	86,6	7	35	16	80	35	34
49-53	11	13,4	0	0	2	10	18	90	13	13
54-58	0	0	0	0	2	10	0	0	2	2
TOTAL	82	100	82	100	20	100	20	100	102	100

En relación con la edad con la que culminaron el postgrado se observa que el curso en general sin discriminación de sexo en su gran mayoría se encuentra en el grupo el grupo entre 44 a 48 años de edad representado este por el 34% del total, seguido de los que entran en el rango de 39 a 43 años con el 31%, en este sentido se puede decir que el

65% de los egresados se ubican en el rango de edad comprendido desde los 39 a 48 años.

En este mismo orden de ideas con respecto a la edad y su relación con el sexo se observa que existe una visión en espejo del general de los egresados para ambos sexos.

Para el sexo femenino se evidencia que 28 de las médicas esta en el intervalo comprendido entre 44 y 48 años para un total de 34,1% y un 30,5 % entre 39 y 43 años, para un total de 64,6% entre 39 y 48 años

Con respecto al sexo masculino hay un 35% en el intervalo de 39 a 43 años y 35% entre 44 a 48 años quedando representado el 70 % en una edad comprendida entre 39 a 48 años, pudiendo entonces decir que hay poca variación cuando se compara el grupo general de egresados.

En esta investigación se planteó conocer la tendencia de jubilación, pero para hablar de jubilación se requieren tomar en cuenta dos variables, Edad y Años de servicios. Al revisar los fundamentos legales se encontró que la Ley del Estatuto sobre el Régimen de Pensiones y Jubilaciones de los Funcionarios o Empleados de la Administración Pública Nacional, de los Estados y de los Municipios .Gaceta Oficial Nro 38.426 del 28 de abril 2006 reza en su Articulo 3:

El derecho a la jubilación se adquiere mediante el cumplimiento de los siguientes requisitos:

a) "Cuando el funcionario o funcionaria y empleado o empleada haya alcanzado la edad de sesenta (60) años si es hombre, o de cincuenta y cinco (55) años si es mujer, siempre que hubiere cumplido, por lo menos, veinticinco (25) años de servicios; o,

b) Cuando el funcionario o funcionaria y empleado o empleada haya cumplido treinta y cinco (35) años de servicio, independientemente de la edad".

Esto generó una dificultad para la consecución de este objetivo ya que existe la limitante de los años de servicios, dado que este recurso esta haciendo su ingreso formal como funcionario de la administración publica en el mes de Abril del año 2007.

Se elaboraron las siguientes tablas tomando como referencia los años establecido en las categorías y los % de la tabla # 1 a la que se les anexo la diferencia de años para alcanzar el requisito edad, establecidos por la ley antes mencionada para optar por el derecho a la jubilación para hombres y mujeres, esto permitirá una aproximación, aun cuando sea de manera parcial el objetivo planteado en este estudio.

Tabla 2.Tendencia en años para que las especialista del Postgrado de Medicina General Integral opten a la jubilación. Estado Aragua 2007.

EDAD EN AÑOS	Femenino				Diferencia en años
	F. A. No	F. R. %	F. A. A. No	F. R. A. %	Rango de edad para optar al derecho
29-33	5	6,1	5	6,1	26 – 22
34-38	13	15.9	18	22	21 – 17
39-43	25	30,5	43	52,4	16 – 12
44-48	28	34,1	71	86,6	11 – 7
49-53	11	13,4	0	0	6 – 2
54-58	0	0	0	0	0
TOTAL	**82**	**100**	**82**	**100**	

En el siguiente cuadro de manera general se puede observar, partiendo que la Ley del Estatuto sobre el Régimen de Pensiones y Jubilaciones de los Funcionarios o Empleados de la Administración Pública Nacional, de los Estados y de los Municipios .Gaceta Oficial Nro 38.426 del 28 de abril 2006,que en su Articulo 3 establece el derecho a la jubilación a funcionarias y empleadas que haya alcanzado la edad de cincuenta cinco (55) años o por lo menos, veinticinco (25) años de servicios, que no hay egresadas en este rango de edad ,sin embargo es importante destacar cuando se revisa la posibilidad de poder cumplir con el requisito de años de servicio, dada la acotación que son de resiente incorporación a la administración pública, que el 80% solo podrán cumplir entre 21 y 2 años de

servicios, lo que hace necesario incorporarlas a regímenes especiales a fin de poder garantizarles el disfrute de este derecho.

Tabla 3.Tendencia en años para que los especialista del Postgrado de Medicina General Integral opten a la jubilación. Estado Aragua 2007

EDAD EN AÑOS	Masculino				Diferencia en años
	F. A. No	F. R %	F. A. A.	F. R. A.	Rango para jubilación
29-33	0	0	0	0	26 – 22
34-38	2	10	2	10	21 – 17
39-43	7	35	9	45	16 – 12
44-48	7	35	16	80	11 – 7
49-53	2	10	18	90	6 – 2
54-58	2	10	0	0	0
TOTAL	**20**	**100**	**20**	**100**	

En presente cuadro se puede observar ,partiendo de la misma Ley que establece el derecho a la jubilación a funcionarios y empleados que haya alcanzado la edad de sesenta (60) años o por lo menos, veinticinco (25) años de servicios, que no hay egresados este rango de edad ,sin embargo igualmente como para el sexo femenino, cuando se revisa la posibilidad de poder cumplir con el requisito de años de servicio dada la característica antes señalada, que el 80% solo podrán cumplir entre 21 y 2 años de servicios, lo que hace necesario incorporarlos a regímenes especiales a fin de poder garantizarles el disfrute de este derecho.

Este análisis plantea interrogantes:¿Cómo garantizar el derecho a la jubilación a estos funcionarios?,¿Será necesario incluir en el perfil de ingreso un limite de edad?,¿Incluir un limite de edad en el perfil de ingreso representa exclusión?¿El limite de edad representa selección?,en fin esto no es objeto de esta investigación, quedara para un estudio posterior que elabore el perfil de ingreso del Medico General Integral , talento humano necesario para romper con el paradigma de la salud centrada en la enfermedad.

En la dirección de garantizar el derecho a la jubilación, el articulo 10 de la Ley del Estatuto sobre el Régimen de Pensiones y Jubilaciones de los Funcionarios o Empleados de la Administración Pública Nacional, de los Estados y de los Municipios .Gaceta Oficial Nro 38.426 del 28 de abril 200, expresa:"La antigüedad en el servicio a ser tomada en cuenta para el otorgamiento del beneficio de la jubilación será la que resulte de computar los años de servicios prestados en forma ininterrumpida o no,en órganos y entes de la administración publica.La fracción mayor de ocho (8) meses se computara como un (1) año de servicio.

Parece necesario que el Ministerio del Poder Popular para la Salud revise la trayectoria profesional de estos funcionarios en los organismos públicos, a fin de buscar la vía que garantice derecho.

Tabla 4: Tipo de establecimiento donde laboran los egresados del Primer Curso de Postgrado de Medicina General Integral . Aragua. 2007

Tipo de establecimiento	Nro de Especialistas por tipo de establecimiento.	%
Núcleo de Atención Primaria Integral en Salud (NAPIS)	48	47
Puntos de Consultas. (Garajes, salas de casas, etc.)	47	46
Núcleo de Atención Primaria en Salud (NAPS)	4	4
Centro Diagnostico Integral(CDI)	0	0
Casa Múltiple.	2	2
Otros. (IAESP)	1	1
TOTAL	**102**	**100**

La especialización en Medicina General Integral fue diseñada para egresar un medico con alto compromiso social, con competencias para desarrollarse fundamentalmente en el primer nivel de atención y se forma en un escenario de estudio-trabajo, que vincule al educando tempranamente con el individuo sano y enfermo, en todas las etapas del desarrollo de su ciclo vital, y en el contexto de la familia, la comunidad y el ambiente .MSDS,(2004).

En este orden de idea es de esperar que al egreso desarrollen su ejercicio en el primer nivel de atención.

En esta investigación se pudo observar que el 96% de los egresados cumplen sus funciones en la red de establecimientos de Barrio Adentro, en este sentido el 47% esta en los Núcleos de Atención Primaria en Salud (NAPIS), construidos y dotados con un equipamiento mínimo para el trabajo del Medico General Integral.

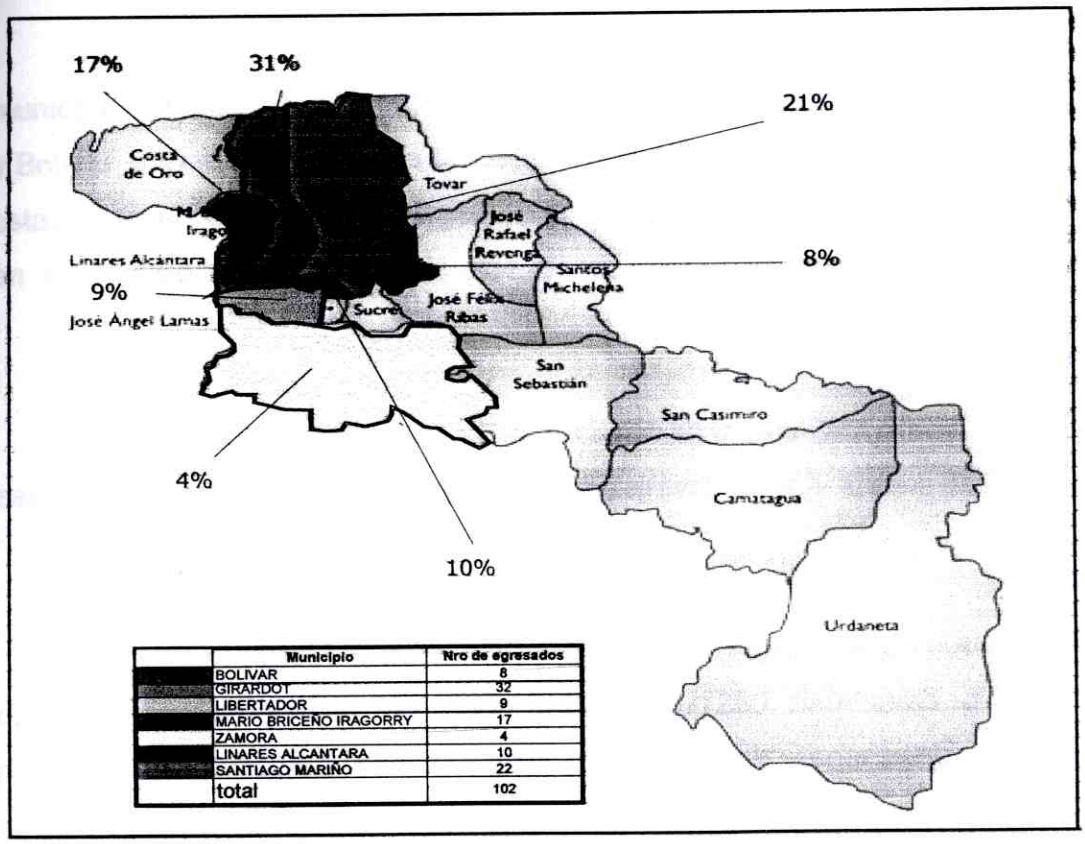
Por otro lado el 46% se encuentra en los denominados puntos de consultas que fueron los espacios donde originalmente se inicia la misión Barrio Adentro, dada la necesidad de brindar la atención médica a la población mas necesitada, estos espacios fueron cedidos en calidad de prestamos por las mismas comunidades que acogieron el programa , por eso se pueden encontrar médicos laborando en garajes , salas de casa entre otros, en espera de la consolidación de los centros del primer nivel de atención.

Llama la atención que el 4% de estos especialistas trabajan en Núcleos de Atención Primaria (NAPS) de la Corporación de Salud del Estado Aragua, Organismo descentralizado de salud dependiente administrativamente de la Gobernación y normativamente del Ministerio del Poder Popular para la Salud.Esto pudiera ser el inicio de la integración del sistema sanitario tradicional con el sistema naciente "Barrio Adentro", elemento fundamental en la creación del "Sistema Publico Nacional de Salud".

En este entendido se tiene que es una prioridad la reestructuración del nivel central, la aplicación de un modelo de atención integral a la

población y la creación de un SISTEMA PUBLICO NACIONAL DE SALUD en su plan Estratégico de Salud y Desarrollo Social (2000-2006).

Grafico 2: Distribución por municipios de los Egresados Primer Curso de Postgrado en Medicina General Integral. Aragua, 2007.



	Municipio	Nro de egresados
	BOLIVAR	8
	GIRARDOT	32
	LIBERTADOR	9
	MARIO BRICEÑO IRAGORRY	17
	ZAMORA	4
	LINARES ALCANTARA	10
	SANTIAGO MARIÑO	22
	total	102

El estado Aragua según Gaceta Oficial Nro 6 Ext. 22-7-1999 expresa que geográficamente esta constituido por 18 municipios y 33 parroquias.

El presente estudio muestra que los especialistas del primer Curso se encuentra concentrados en un 80% del total de la muestra en el eje

metropolitano es decir en los municipios Girardot, Mario Briceño Iragorry, Linares Alcántara, Libertador y Mariño con predominio en el Municipio Capital con 31% seguido de los municipios Santiago Mariño con 21%, Mario Briceño Iragorry 17% y Linares Alcántara con 10%.

Encontrando, que en el eje Este del estado constituido por los municipios, Tovar, José Rafael Revenga, Santos Michelena, José Félix Rivas y Bolívar solo el 8% ubicados en este ultimo, mientras que en el eje Sur del estado hay un 4% de médicos generales integrales en el municipio Zamora y en el resto de los municipios de este eje no hay presencia de los mismos.

En líneas generales puede apreciarse que hay presencia de estos especialistas en siete municipios lo que representa el 39% de los mismos.

El MSDS (1999) "*estableció en diferentes oportunidades que requiere de médicos Generalitas en una relación 1/1250 habitantes o 1/2500*" pudiendo evidenciarse déficit importante de estos especialistas para el estado Aragua dado que se requieren en función de su población 1200 médicos generales integrales lo que invita a formar un numero mayor al existente para poder dar cumplimiento a los artículos 83 y 84 de la Constitución de la Republica Bolivariana de Venezuela que establece que la salud es un derecho social fundamental y que el Estado tiene la obligación de garantizarlo como parte del derecho a la vida.

Es un hecho conocido como lo plantea Cuevas et al (2002) que los procesos de reforma sectorial traen aparejado un cambio en los modelos de atención y el transito de un modelo sanitarista a uno individual o bien de un modelo clínico a uno centrado en la prevención y la promoción de salud implican diferentes demandas de organización, distribución de recursos y estrategias de atención y cobertura.

Por otra parte dentro del perfil ético moral descrito en el Macrocurrículo (MSDS,2004) se menciona:

> *"la disponibilidad que debe tener este medico para trabajar en cualquier lugar de servicio, así como en cualquier país y situación, y supeditar sus intereses personales a los sociales de acuerdo con las necesidades sociales y las orientaciones del Ministerio de Salud y Desarrollo social"*

En este sentido al observar la distribución de los especialistas por municipios parece no haber prevalecido este criterio dado a la ausencia de los mismos en las zonas rurales y de difícil acceso con la notable concentración en las áreas urbanas.

Tabla 5: Formación académica conducente a titulo de los egresados antes de iniciar el Postgrado de Medicina General Integral Aragua 2007

Formación conducente a título	Nro. de egresados	%
DOCTORADO	1	1
MAESTRÍA	4	4
OTRA ESPECIALIDAD	13	13
OTRA PROFESIÓN	2	2
NINGUNA	82	80
TOTAL	**102**	**100**

Morles (2004) define la formación conducente a titulo como los "programas o estudios de Especialización Profesional que comprenden un conjunto de asignaturas y otras actividades académicas organizadas en un área específica, destinadas a proporcionar los conocimientos y el adiestramiento necesario para la formación de expertos de elevada competencia profesional."

Tomando en cuenta lo expresado por, Morles (2004) y lo referido por los egresados, se puede decir que el 13% de los mismos tienen otra especialidad, 4% maestría y 1% doctorado y 2% otra profesión lo que representa que el 20% del total del grupo en estudio, tenían otros estudios conducentes a títulos antes de egresar como especialistas de Medicina General Integral.

Tabla 6: Formación académica conducente a titulo de los egresados según áreas antes de iniciar el Postgrado de Medicina General Integral Aragua 2007.

Formación	Áreas	Egresados	% de egresados con estudios conducente a títulos
Doctorado	Gerencia Hospitalaria	1	5
Maestrías	Educación Superior	2	10
	Medicina Laboral	1	5

Formación	Áreas	Egresados	% de egresados con estudios conducente a títulos
	Entomología	1	5
Especialidad	Salud Publica	3	15
	Pediatría	3	15
	Epidemiología	1	5
	Salud Ocupacional	2	10
	Medicina Familiar	1	5
	Ecosonografiaa	1	5
	Medicina Quántica	1	5
	Medicina Interna	1	5
Otra Profesión	Psicología	1	5
	Enfermera	1	5
Total		**20**	**100**

Haciendo una revisión mas detallada de los estudios académicos conducentes a títulos se encontró que este 20% esta representado por especialidades como Salud Publica en el 15% , Pediatría 15%, Epidemiología 5%, Medicina Interna 5% y otras, siendo de suma importancia tomar en cuenta este talento humano para la conformación de grupos básicos de trabajo (GBT).

Un Grupo Básico de Trabajo según Romero et al (1997) está conformado por médicos de cuatro especialidades básicas, Medicina Interna,

Pediatría , Ginecostetricia y Psicología , a las que se añaden en mayor o menor medida la Epidemiología , las Estadísticas, el Trabajo Social, la Enfermería, y la Cultura Física entre otras para brindar soporte medico Generalista.

En este sentido como lo refiere este mismo autor contar con médicos Generales Integrales con formación en las áreas mencionadas permite conformar equipos de trabajo que sirvan de referencia tanto al pregrado como al postgrado.

Tabla 7: Formación académica no conducente a títulos obtenidos por los egresados antes de comenzar el Postgrado de Medicina General Integral. Aragua 2007.

Cursos no conducentes.	Nro de egresados con cursos no conducentes	% de egresados con cursos
DIPLOMADO	8	8
CURSO MEDIO	52	51
NINGUNO	42	41
TOTAL	**102**	**100**

En el Programa de Educación Continua del Consejo Nacional de Universidades (2003) plantea que: "de los estudios académicos no conducente a títulos cuentan con un mínimo de unidades crédito es de 144 horas y un máximo de 336 horas".

Al explorar este aspecto se encontró que el 59% de los egresados han realizado estos cursos de ampliación en áreas fundamentales como salud publica, toxicología, y salud ocupacional, es importante resaltar que el 26 % de estos tienen mas de un curso, pero para efecto de este estudio se tomo uno solo. En contrapartida se encuentra que el 41% de los egresados no han realizado ningún curso de ampliación.

En relación con los aspectos académicos vinculados con áreas de formación existentes antes de cursar el postgrado se encuentra que el 59% de los mismos tiene cursos de ampliación no conducente a titulo y el 20% otros estudios académicos conducente a titulo.

Estos resultados parecieran guardar relación con la opinión que tienen algunos de los egresados con respecto a competencias adquiridas que consideran que las mismas no fueron obtenidas durante el postgrado, sino dentro del proceso de formación que han tenido durante su carrera médica, y así lo expresaron:

"Tenia tres competencias bien adquiridas aprendí investigación"

"las competencias las aprendí en la carrera no fue en el postgrado"

"yo las traía de la carrera, las competencias mencionadas no fueron dadas en el postgrado."

La formación de Médicos Generales Integrales o Médicos de Familia refiere la Declaración de Edimburgo (1988) que: "para prestar servicios de salud de buena calidad a las personas, las familias y las comunidades, se requiere formar profesionales con las competencias necesarias para resolver eficiente, eficaz y oportunamente las situaciones de salud", para lograr esto ,la enseñanza debe dirigirse a adquirir competencias, y la evaluación debe centrarse en explorar que estas fueron adquiridas y no examinar la adqúisición de contenidos.

Se trata de un profesional con un perfil diferente por lo que el diseño curricular exige hacer énfasis en la prevención de la enfermedad y promoción de la salud ; para esto debe desaprender y aprender paradigmas que van mas allá del mero conocimiento.

Al respecto Feo (2003). apunta que el modelo conceptual biologicista y medicalizado también se impuso en las Facultades y Escuelas de Medicina haciendo que la investigación y la formación de profesionales se impregnaran del concepto de la enfermedad, desvinculándose de la salud y sus determinantes.

Por otra parte los egresados parecieran confundir conocimientos adquiridos con competencias.

Tabla 8: Competencias profesionales adquiridas según los egresados del Primer Curso de postgrado de Medicina General Integral, Aragua 2007

Tipo de competencia	Nro de egresado con competencias.	% de egresado con competencia
ASISTENCIAL	58	57
GERENCIAL	27	26
INVESTIGACIÓN	61	60
DOCENCIA	41	40
ESPECIALES (catástrofe, epidemias)	5	5
NINGUNA	16	16

Con respecto a las competencias profesionales González et al (2003). plantea que son las que garantizan cumplir con tareas y responsabilidades de su ejercicio profesional.

Se reconoce que el desempeño productivo del trabajo no solo depende del aprendizaje escolar formal sino también del aprendizaje derivado de la experiencia en situaciones concretas de trabajo.

Es importante señalar que las competencias profesionales destacadas en este cuadro, son las establecidas en el macro currículo del Programa de Formación de Medicina General Integral. (MSDS, 2004).

En opinión de los egresados refieren haber alcanzado competencias en investigación el 60% , asistenciales 57% ,40% en docencia y un 5% en las especiales .Llama la atención que un 16% manifestó no haber adquirido competencias.

Cuando se exploran los motivos por los cuales no alcanzaron algunas competencias eśtos expresaron básicamente:

Cuadro 1: Opinión acerca de los motivos que limitaron la adquisición de competencias de los egresados del Primer Curso de Postgrado de Medicina General Integral, Aragua 2007.

CATEGORÍA	OPINIÓN
Organización del Postgrado de Medicina General Integral.	▪ Desorganización. ▪ Falta de organización del instituto. ▪ Corto tiempo de duración del postgrado macrocurrículo extenso ▪ Mala planificación del macrocurrículo y mala gerencia ▪ Mala organización del postgrado ▪ No hubieron suficientes horas para algunas actividades ▪ el postgrado de MGI no esta bien organizado ▪ Falta de organización del postgrado en un principio ▪ Falta de planificación
Diseño Curricular.	▪ No se encuentran en el programa ▪ Las especiales ausencia de su contenido en el macro currículo

	▪ Nada novedoso solo, la parte comunitaria ▪ Las especiales ausencia de su contenido en el macro currículo ▪ No estaba las especiales en el macrocurrículo
Docencia.	▪ Tutoría deficiente ▪ Personal docente era pésimo sin ningún tipo de preparación, el alumno estaba mas preparado ▪ Testarudez, inmadurez profesional por parte de los colegas cubanos ▪ Falta de pedagogía por parte de los profesores. ▪ Omitieron los tutores clases y mala preparación. ▪ Los colegas cubanos no estaban preparados para docentes y nosotros estábamos mejor preparados ▪ Parte docente dejo mucho que desear ▪ Tutores son incompetentes. ▪ Gerencia no vimos ninguna actividad y la docencia en una hora ▪ tutores con poca experiencia
Otras causas.	▪ Por falta de interés y motivación ▪ No hubo catástrofe que ameritara mayor ampliación de estos conocimientos ▪ Situación socioeconómica, padres seniles ▪ Tenia tres bien adquiridas aprendí investigación ▪ Las adquirí en la carrera de medicina, no fue por el postgrado ▪ Ya traía experiencia y se completo con la docencia

	del postgrado ▪ Yo las traía de la carrera las competencias allí mencionadas no fueron dadas en el postgrado ▪ Las adquirí en la carrera de medicina, no fue por el postgrado

En relación con la categoría Organización del Postgrado se plantea desde las voces de los especialistas en Medicina General Integral, juicios que invitan a revisar la implementación ,evaluación y control del mismo, cuando opinan: *"Hay mala planificación del Macrocurrículo , mala gerencia y mala organización del postgrado."*

Al respecto en el Macrocurrículo (MSDS,2004) en el ítem de estrategia docente se puede revisar todo el desarrollo de la misma y hace mención que:

> *"El Docente coordinador del Estado y /o Municipio es el responsable del control de las actividades de los Residentes y Tutores correspondiéndole además la planificación ,control de todos las actividades y evaluación. Develando de esta manera que existe en teoría una planificación. Dicha planificación es planteada en calendarios y horarios para el desarrollo de cada modulo y debe supervisarse sistemáticamente su cumplimiento por el Coordinador Docente."*

Al referirse sobre el Diseño Curricular sus opiniones parecen denotar que hay vacíos de algunos contenidos y los existentes no pueden ser

cumplido por considerar que es poco tiempo el que se dedica para la cantidad de objetivos planteado y así lo expresaron:

"Corto tiempo de duración del postgrado, macro currículo extenso", "Las competencias especiales ausentes en los contenidos *del Macrocurriculo"*

En este sentido el mismo documento señala: "que el egresado estará en capacidad dé: ejecutar actividades que se dispongan por el Ministerio de Salud y Desarrollo Social ante situaciones especiales, catástrofes naturales".

Pudiera estar planteándose que estas competencias que si se evidencian en el diseño, no fueron cubierta tal como lo manifiestan los egresados, talvez por falta de tiempo, por déficit en la planificación o por poco control por parte de los responsables del programa.

En lo concerniente a los aspectos docentes opinaron:

"La tutoría fue deficiente, el personal docente era pésimo sin ninguna preparación, falta de pedagogía por parte de los profesores".

El Macrocurrículo (MSDS, 2004) plantea:

"El profesor debe alejarse de la Educación Bancaria y dejar de ser la única fuente del saber y del hacer para convertirse en un orientador". Si bien es verdad este planteamiento, también lo expresado por los participante deja entrever que parecieran existir algunas debilidades en el área docente, en relación con el perfil y las competencias del los implementan el programa nivel de los

Consultorios Populares escenario del aprendizaje de estos Médicos Generalistas

En este orden de ideas en la declaración de Edimburgo se plantea lo siguiente: "Los profesores deben ser formados para desempeñarse como educadores"
En este sentido se puede considera que para impartir formación en Medicina General Integral, no es suficiente con ser especialistas en el área , se requiere también de docentes con perfil para alcanzar los requerimientos del programa.

A juicio de los participantes también influyeron algunas condiciones de orden personal que impidieron o interfirieron en la consecución de las competencias.

Tabla 9: Expectativas futuras de capacitación en el área clínica para el desempeño en el campo laboral de los egresados del Primer Curso de Postgrado de Medicina General Integral , Aragua, 2007.

Expectativas futuras de capacitación. en el área clínica	Egresados que opinaron.	%
DOCTORADO	0	0
MAESTRÍA	6	8
OTRA ESPECIALIDAD	50	67
NINGUNA	19	25
TOTAL	**75**	**100**

Con respecto a las expectativas a futuro de capacitación en el área clínica para un mejor desempeño de su actividad medica, de total de los sujetos de este estudio (102), 75 mostraron interés para formarse en áreas clínicas lo que representa el 73 % de la muestra. Estos especialistas se plantean un 8 % realizar maestría y un 67 % otras especialidades, llama la atención que un 25 % manifestó no tener ninguna expectativa a este

respecto. En el siguiente cuadro se explora con detalles la áreas de formación por las que mostraron mayor interés.

TABLA 10: Expectativas futuras de capacitación en el área clínica, por especialidad de interés para el desempeño en el campo laboral de los egresados del Primer Curso de Postgrado de MGI, Aragua, 2007.

Expectativa de Capacitación	Áreas de Interés	Nro de Especialistas	%
Doctorado	Ninguna	0	0
Maestría	Medicina general integral	6	8
Especialización	Imagenologia	10	13
	Fisiatria	7	9
	Gastroenterologia	7	9
	Dermatologia	3	4
	Ginecologia	5	7
	Pediatria	5	7
	Medicina interna	5	7
	Oftalmologia	3	4
	Terapias Alternativas	1	1
	Cardiología	1	1
	Medicina Nuclear	1	1
	Anatomía Patológica	1	1
	Nutrición	1	1
Ninguna	Ninguna	19	25
Total		**75**	**100**

Se puede observar que el 73% de los egresados que aspiran formarse a futuro tienen preferencias por áreas diferentes a la de Medicina General Integral, mostrando claro interés por las especialidades tradicionales.

Al respecto, Cuba y Suárez (2006). señalan que a inicios del siglo XX tomó fuerza un movimiento el cual se orientaba la enseñanza de la Medicina a un estudio científico por especialidades. Un efecto colateral de este proceso de diferenciación y tecnificación fue la tendencia a la sobrespecialización, la cual alentó la atomización de la persona en sistemas, aparato, órganos e ignoro la dimensión sociopsicológica de la salud y la enfermedad con el consecuente abandono de la percepción integral y armónica de la persona y una mayor despersonalización de la relación entre los usuarios de los servicios y sus proveedores.

Es importante destacar que el país requiere de un sin número de especialista de diferentes áreas. Cabe decir que esto forma parte de la necesidad de mejorar el talento humano y de la formación continua que requiere el mismo, pero sin olvidar que estos deben ser formados bajo los preceptos de la Atención Primaria, donde se privilegie la salud y no la enfermedad, para no retomar viejos paradigmas.

En este mismo sentido Feo (2003), plantea que una de las características fundamentales de la salud en Venezuela ha sido el predominio de un modelo conceptual biologicista, hegemonizado por el pensamiento médico, que ha centrado su atención en la enfermedad y no en la salud. Esa concepción dominante, ha privilegiado lo individual y lo curativo y ha hecho de los hospitales el espacio fundamental para la práctica de las ciencias de la salud, consumiéndose en el estudio de la enfermedad y perdiendo la visión colectiva y poblacional de la salud.

Es necesario conocer la dinámica de las poblaciones locales para detectar las necesidades de formación del recurso y no caer en la tentación de la sobreepecializacion y alejarnos de los preceptos de APS.

Con respecto a la detección de necesidades, [WFME] 1988), dice que:"Debe existir una producción balanceada de Médicos "Generalitas" (Médicos Integrales) y Especialistas"

TABLA 11: Expectativas futuras de capacitación en el área no clínica, de interés, para el desempeño en el campo laboral de los egresados del Primer Curso de Postgrado de Medicina General Integral, Aragua 2007.

Expectativas futuras de capacitación. en el área no clínica	Egresados que opinaron.	%
Investigación	5	19
Gerencia	10	37
Docencia	6	22
Ninguna	6	22
TOTAL	27	100

Con respecto a la expectativas a futuro de capacitación en el área no clínica para un mejor desempeño de su actividad medica, estos especialistas se plantean en un 37% continuar estudios en Gerencia, 22% Docencia, 19% Investigación, es importante que un 22 % no mostró interés en ninguna de estas especialidades.

Continuando con el análisis el siguiente cuadro muestras las principales áreas de especialización no clínica.

TABLA 12: Expectativas futuras de capacitación según áreas de interés por especialidad no clínica para el desempeño en el campo laboral de los egresados del Primer Curso de Postgrado de Medicina General Integral, Aragua 2007.

AREA	ESPECIALIDAD	NRO ESPECIALISTA	%
Investigación	Comunitaria	5	19
Gerencia	Gerencia hospitalaria	2	8
	Gestión comunitaria	1	4
	Gerencia RRHH	2	7
	Epidemiología	2	7
	Gerencia salud pública	2	7
	Gestión administrativa	1	4
Docencia.	Docencia en Educación Superior	6	22
NINGUNA		6	22
TOTAL		**27**	**100**

En este cuadro se pone en evidencia que el 27% del total de los sujetos en estudio tienen interés de continuar formándose en áreas no clínicas, existiendo en este respecto una clara tendencia hacia la gerencia.

Finalmente se puedo observar que hay una fuerte orientación hacia las especializaciones clínicas la cual fue representada por el 73% de las opciones en contrapartida con las no clínicas que solo representaron el 27%.

Esta relación pudiera venir dada por la enseñanza de pregrado profundamente medicalizada que se imparten en las universidades, y de la cual los médicos están impregnados dado que el escenario fundamental para su formación son los hospitales, donde el individúo deja de ser sujeto para convertirse en un objeto de estudio fragmentado en aparatos y sistemas, y desvinculado de la familia y la comunidad. Al respecto Feo (2003) expone que:

"El modelo conceptual biologicista y medicalizado también se impuso en las Facultades y Escuelas de Medicina haciendo que la investigación y la formación de profesionales se impregnaran del concepto de la enfermedad, desvinculándose de la salud y sus determinantes. Actualmente, no existe una relación clara entre los centros de formación de Recursos humanos y los servicios. La Universidad se encuentra aislada y muchas veces a espaldas del país. Forma médicos con escasa sensibilidad social, poca capacidad resolutiva y mayor propensión a la mercantilización. La estructura académica es rígida y, los diseños curriculares poco permeables, lo que dificulta la incorporación de cambios y nuevas formas de enseñanza y conocimientos. La formación es marcadamente clínica, reafirmando el doble discurso presente en todas las áreas de la salud: dicen priorizar la prevención, sin embargo, en la realidad se concentra la enseñanza en hospitales, sin mayor vinculación con las comunidades."

La tendencia para la educación médica de postgrado no es diferente a la del pregrado, Cuevas y Brito (2002), comentan que, existían en el año 1997 unos 1424 programas de formación de los cuales 257 se desarrollaban en el campo de salud , de este total la mayoría era de especialización en áreas medicas (83% en postgrado en salud) 14 % eran maestrías Y 3% doctorado , entre los cursos de especialización 86% eran clínicos , 12% del área de salud publica y 2% referidos a medicina familiar . Se ha señalado que esta marcada tendencia a la especialización a la especialización médica asistencial ha afectado la capacidad de investigación en salud por no ser está un requisito de egreso además de subestimar campos importantes como la salud publica y la administración de servicios."(p.392).

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

1. El primer Curso de Especialistas de Medicina General Integral del estado Aragua tiene un predominio del sexo femenino representado por el 80% del total de la muestra en estudio.
2. Los egresados se encuentra en un rango de edad entre 39 a 48 años en un 65%.
3. El 80% del total de la muestra solo podrán cumplir entre 2 –21 años de servicios por alcanzar la edad establecida por la Ley del Estatuto sobre el Régimen de Pensiones y Jubilaciones de los Funcionarios o Empleados de la Administración Pública Nacional, de los Estados y de los Municipios.
4. Los egresados desarrollan su actividad primordialmente en la red Barrio Adentro, encontrándose que el 47% están ubicados en los Núcleos de Atención Primaria Integral en Salud y el 46 % en los puntos de consultas.
5. Los establecimientos donde laboran están ubicados en zonas urbanas del Estado Aragua, el 80% en el eje Metropolitano, prevaleciendo el municipio Capital (Girardot) con un 31%.
6. Referente a la formación académica conducente a titulo el 13% de los egresados tienen otra especialidad.
7. El 59% de la muestra en estudio tiene al menos un curso no conducente a título.

8. EL 16% de los egresados refieren no haber alcanzado ninguna competencia.
9. En relaciona al diseño curricular y su desarrollo manifestaron que es muy extenso y presenta ausencia de contenido para alcanzar competencias en el área gerencial y eventos especiales.
10. Con respecto a la docencia manifestaron que las tutorías fueron deficiente por falta de experiencia y pedagogía por parte del personal docente cubano.
11. En relacióna a las expectativas de formación el 67% manifestó interés en realizar otra especialidad en el afea clínica.
12. Las áreas clínicas de mayor interés para la capacitación fueron la imagenología, fisiatría y la gastroenterología.
13. El 23% manifestó interés en formarse a futuro en áreas no clínicas, con un predominio hacia la Gerencia Pública.

Recomendaciones

- Revisar el perfil de ingreso para el postgrado de Medicina General Integral.
- Realizar evaluación de todos los componentes del programa de formación con los docentes, participantes del postgrado y demás autoridades en competencias para superar las debilidades planteadas.
- Diseñar actividades desde el postgrado que permitan articular la red de establecimientos de Barrio Adentro con la red de establecimientos del estado, a fin de empezar promover desde este espacio de formación la integración y dar inicio a la construcción del sistema publico nacional de salud.

- Diseñar estrategias dirigidas para que los cursantes atiendan los municipios mas alejados y de difícil acceso del estado como parte de su formación.
- Organizar el talento humano ya formado en docencia y gerencia en salud publica para que participen de manera activa en la implementación del programa de medicina general integral en el estado.
- Organizar el talento humano ya formado en áreas clínicas para que conformen equipos básicos de trabajo a fin de fortalecer la atención primaria en las comunidades.
- Diseñar un plan de capacitación continua por el departamento de recursos humanos, fundamentado en la detección de necesidades de recurso humano, mas que en los interese individuales.
- Promover la Medicina General Integral como especialidad orientada hacia la atención integral y continua ,la promoción de la salud ,prevención y rehabilitación , así como la prestación de servicios de este recurso humano en el primer nivel de atención, como actor mas apropiado para realizar acciones de salud necesarias en un contexto de Atención Primaria en Salud.
- Revisar la historia laboral de los especialistas para garantizarles los derechos establecidos en las Leyes Venezolanas.

ANEXOS

MATRIZ DE OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Objetivos	Definición conceptual.	Definición operacional	Escala de medición.
Objetivo 1	Total de egresados	Egresados del primer curso de postgrado de medicina general integral Aragua 2007	Cuantitativa discreta
Objetivo 1	Edad	Edad en años cumplidos para el momento de egreso del postgrado	Cuantitativa discreta.
Objetivo 1	Sexo	Masculino femenino	Nominal dicotomica M(1) F(2)
Objetivo 2	Tipo de establecimiento	Establecimientos del MPPS o Barrio Adentro.	Nominal policotomica. -Punto de Consulta. -NAPIS -NAPS. -CDI. -Otros.
Objetivo 2	Distribución geográfica	Ubicación geográfica del establecimiento de salud donde labora el egresado.	Nominal policotomica Municipio

Objetivo 3	Formación medica y no medica	Cursos conducentes a títulos Cursos no conducentes a título: con un mínimo de 144 horas y Máximo 336 horas según Consejo Nacional de Universidades.2003.	Conducentes a títulos -Doctorados -Maestrías -Especialidad -Otras profesiones -Ninguno. No conducente a títulos -Diplomado -Curso medio -Ninguno
Objetivo 4	Tendencia a la jubilación	Tiempo trascurrido entre la edad en años al momento del egreso y la edad establecida para hombres y mujeres según la ley del estatuto sobre el régimen de pensiones y jubilaciones de los funcionarios o empleados de la administración pública, de los estados y municipios y su reglamento.	Escala cuantitativa discreta.
Objetivo 5	Competencias adquiridas según el diseño curricular.	Son las competencias adquiridas en opinión del egresado basado en las descritas en el diseño curricular.	Nominal policotomica -Atención medica integral -Administrativa -Educativa-docente -Investigación -Especiales (catástrofes naturales, epidemias, entre otras.) -Ninguna.
Objetivo 6	Expectativas de capacitación del egresado del postgrado de medicina general integral	Intereses del egresado de medicina general integral en formarse en algún área clínica o no clínica para su desempeño en el área laboral.	Nominal dicotomica Clínica -Doctorado -Maestría -Otra especialidad -Ninguna No clínica. -Investigación -Gerencia. -Docencia. -Ninguna.

De: Abel Pérez.
Tesita Postgrado regionalizado Gestión
Salud Pública. Aragua.2007.

Estimados colegas.

Solicitamos su valiosa colaboración en el llenado de este cuestionario que tiene como finalidad recoger información destinada a la caracterización del perfil de los egresados del Primer Curso de Postgrado de Medicina General Integral del Estado Aragua.

-Se requiere que el mismo sea llenado en su totalidad.

-En caso de alguna duda solicite ayuda al encuestador.

-La información requerida es anónima y para fines académicos del desarrollo de un trabajo especial de grado.

-Los resultados definitivos pudieran contribuir al enriquecimiento del diseño curricular del postgrado, por lo que se requiere de su participación.

Muchas gracias.

Bolivariano de Venezuela
Ministerio del Poder Popular para la Salud
Venezuela
AHORA ES DE TODOS

CUESTIONARIO MEDICINA GENERAL INTEGRAL.

NÚMERO DE CUESTIONARIO _____ FECHA _____

Conteste una por una todas las preguntas que siguen después de leerlas atentamente.

I ASPECTOS DEMOGRAFICOS:

1- SEXO: ***Masculino*** ☐ **Feminino** ☐

2- Diga cual era su edad en años para el momento de terminar el curso de postgrado en Medicina General Integral_____

II ASPECTO LABORALES

3- Diga el tipo y localización del establecimiento donde labora actualmente.

Tipo de establecimiento:

1- NAPIS ☐

2- PUNTO DE CONSULTA ☐

3- NAPS ☐

4- CDI ☐

5- OTROS (explique) _____

Localización:

MUNICIPIO: _____

PARROQUIA: _____

*BARRIO O URBANIZACIÓN:*_____

_____

III ASPECTOS ACADEMICOS

4- Tiene usted otros estudios ó Títulos Académicos culminados seleccione:

Doctorado ☐ *Maestría* ☐ *Especialidad* ☐ *Otra profesión* ☐
ninguno ☐
En caso de tener algún titulo Académico especifique:

_____

5- Tiene usted otros estudios ó cursos de ampliación mayor de 144 Horas académicas.

Diplomado ☐ *Curso Medio* ☐ *ninguno* ☐

En caso de tener algún curso de Ampliación especifique cual:

_____

_____

6. según su opinión cuales de las competencias profesionales expresadas en el macro-currículo usted adquirió durante su formación en el programa de Medicina General Integral:

Asistencial ☐ *Gerencial* ☐ *Investigación* ☐ *Docencia* ☐

Especiales ☐ *Ninguna* ☐
(Catástrofe Naturales etc.)

7- De no haber adquirido alguna de las competencias antes mencionadas, diga a su juicio que influyo en esta situación, explique brevemente:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

IV. ASPECTOS PROFESIONALES

8- Diga cuales son sus expectativas futuras de capacitación para el desempeño en el campo laboral en relación con estas áreas.

AREA CLINICA:

1 2. Doctorado. ☐ *Maestría* ☐ *3. Otra especialidad.* ☐ *4. ninguna.* ☐

*.Explique el área de interes.*_____

_____

_____

_____

AREA NO CLINICAS:

1. Investigación ☐ *2. Gerencia* ☐ *3. Docencia* ☐ *4. Ninguna* ☐

Explique el área de interes._____

_____

_____

_____

.Gracias por participación

BIBLIOGRAFIA

Aguirre, V. (2005).*Políticas de Reformación de Profesionales y Técnicos en Salud Dirección General de Investigación y Educación .Ministerio de Salud y Desarrollo Social*. Caracas.

Alemany, E., Otero, J., Borroto, R. & Diaz-Perera, G. (2001).*El Modelo del Especialista en Medicina General Integral en los Programas de Formación.* Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. Cuba. Extraido del sitio web de fecha 21/08/2007: http://www.ucmh.sld.cu/rhab/articulo_rev7/alemany.html.

Alvarado, N.(2004). Pobreza y Exclusión en Venezuela a la luz de las Misiones Sociales (2003-2004). Revista *Fermentum.* Mérida - Venezuela. AÑO 14 - Nº 39 - ENERO - ABRIL .181-232.

Arias, F. (1999) .*El Proyecto de Investigación*, 3era. Edición, Editorial Episteme,. Caracas, Distrito Capital, Venezuela, 1999.[Versión Electronica].

Asociación venezolana de Facultades y Escuelas de Medicina. (1994). *Gestión de la calidad en la educación medica .Construcción de Viabilidad* .Caracas.

Cañizare, C. , Sarasa, C. Nélida y Labrada, C.(2006). Enseñanza integrada de las Ciencias Básicas Biomédicas en Medicina Integral Comunitaria. *Revista. Cubana Educación Medica Superior.* 20,(1)0-0.

Ceitlin J & Gomes, G. (1997). Medicina de Familia, la clave de un nuevo modelo. CIMFsemFYC Madrid. España.

Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar [WONCA]. (2005). Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar. Santiago de Chile, Octubre de 2005. II CUMBRE IBEROAMERICANA DE MEDICINA FAMILIAR - COMPROMISO DE SANTIAGO DE CHILE OCTUBRE 2005. disponible En el sitio web: http://www.sovemefa.net/ChileCumbreIberoamericana.pdf

Consejo Nacional de Universidades [C.N.U.]. (2003). *Programa de Educación Continua del Consejo Nacional de Universidades*. Venezuela.

Cook, T. & Reichardt, C. (1996). *Método Cuantitativo y Cualitativo en Investigación Evolutiva.* Morante. Madrid.

Corona, L. & Fonseca, M. (2003). *La* Toma de Decisiones Médicas y su Formación como habilidad profesional. *Revista Cubana de Educación Medica Superior..*17(4) p.0-0.[Versión Electrónica]

Cuba, M., Suárez, M.. (2006) .Introducción a la Medicina Familiar .Comisión de Alto Nivel. Informe Final. *Revista de Atención integral de salud y Medicina familiar para la atención Primaria.* Perú. Extraída de fecha 20/07/2007 del sitio web: www.idefiperu.org/rampa.html. 4-13 p.

Cuba. Ministerió de Salud Pública. (1990). *Programa de trabajo del médico y la enfermera de la familia, el policlínico y el Hospital.* Programa de Especialización en Medicina General Integral. La Habana

Cuevas, L. & Brito, P (2002).*Presente y futuro en la formación, practica y regulación profesional en Ciencias de la Salud.*México:OPS/OMS.

Defensoria del Pueblo. (2004). *Síntesis del Plan Barrio Adentro* .Caracas. extraído el 15 de octubre del sitio web: http://www.defensoria.gov.ve/lista.asp=190702

Díaz, J., Guerrero, A. (1993) Algunas consideraciones sobre la Formación de Especialistas en la Atención Primaria. *Revista. Cubana de Medicina General Integral.* 9 (4): 336-344.

Federación Mundial de la Enseñanza de la Medicina. [WFME]. (1988). *Declaración de Edimburgo.* Extraído en fecha 20/07/2007 del sitio web: http://www2.uca.es/facultad/medicina/gdobjetivos.html

Feo, O. (2003). *Repensando la Salud: Propuesta para salir de la Crisis.* Universidad de Carabobo. Maracay. 134 p.

Fernández, A.(1995). El formador en el espacio formativo de las redes. Revista Electrónica de Tecnología Educativa. Universidad de Barcelona. España. Extraído del sitio web: http://www.uib.es/depart/gte/ferrandez.html.

Fuentes, C. & Casado, V. (2004). *La Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria con la aplicación de nuevo programa de formación.*

ANALES, Departamento de Salud del Gobierno de Navarra.26 (2), 291-294.

Gofin J. & Foz, G. (1998). *La Orientación Comunitaria de la Atención Primaria*: El Legado del Prof. SL Kart (1911-1998). Atención Primaria 23: 136-138.

González, C & Sánchez, L. (2003*).El diseño Curricular por Competencias en la Educación Médica*. Escuela Nacional de Salud Pública. Ciudad de La Habana. 1-8 p.

Hurtado de Barrera,J.(2000).*Técnicas de Análisis aplicado al lenguaje ,la forma, la estimación y el contenido.* Metodología en Investigación Holistica. Publicaciones del IESA L/UNESCO. Caracas. 505-509 p.

Gonzáles, J. (2005). *Misión Barrio Adentro: Programa de Atención, Inclusión y Equidad en Salud. Maracay* .I "IASEP Dr. Arnoldo Gabaldón" (material mimeografiado)

Irigoin, M & Vargas, F.(2002). *La formación basada en competencias. El diseño de la formación basada en* competencias En: Competencia laboral: manual de conceptos, métodos y aplicaciones en el sector salud. (Módulo 2, unidad 5). Montevideo: Cinterford/OPS/ 252 p.

Laurell, A. & Lopez, O (1996). *Market Comoditiess and proverty relief. The World Bank Proposal for health*",.[Version Electrónica]. International Journal of Health Services. Vol. 26

Lavandenz, F., Schwab, N. & Straatman, H. (2001) Redes Publicas, Descentralizadas y Comunitarias de Salud en Bolivia. *Revista Panamericana de la Salud Publica*/Pan Am J Public Health 9(3), 182-188. [Versión Electrónica]

Martin, J., Pereira, J. & Torres, A. (1995).Una Agenda a Debate: El informe del Banco Mundial " Invertir en Salud" . *Revista Especialidad Salud Pública. 69 (5): 385-391.* [Versión Electrónica]

Ministerio de Salud y Desarrollo Social .(2001). .*Documento de base sobre Modelo de Atención Integral de Salud en Venezuela*.7ma versión preliminar. Caracas.

Organización Mundial de la Salud. (1998). *Informe sobre la Salud en el Mundo*. Extraído el 2/09/2007 del sitio web: http://www.who.int/whr/1998/media_centre/es/index.html

Organización Mundial de la Salud. (2004). *Haciendo el ejercicio médico y la Formación Médica más adecuados a las necesidades de la Población: la contribución del médico de familia* .Conferencia OMS-WONCA. Extraído del sitio web: http://www.semfyc.es

Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de Médicos de Familia (WONCA). (1996). *Conferencia sobre Medicina Familiar en la Reforma de los Servicios de Salud de las Américas*". Declaración de Buenos Aires.. Buenos Aires, Argentina. Extraida de fecha20/07/2007 del sitio web: http://www.sovemefa.net/DecArgentina.pdf

Organización Panamericana de la Salud. (2002). *La Salud en Las Américas*.(Ed). Volumen I y II.

Organización Panamericana de la Salud. (2002). *Primera Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar*. Extraída de Fecha 20/07/2007 del sitio web: www.sovemefa.net/rev_11-2-2.pdf

Organización Panamericana de la Salud. (2002). *Salud en las Américas*. Volumen I, Edición de 2000.Publicación Científica - Técnica. nro. 587. Washington. OPS.

Organización Panamericana de la Salud (2003). *I Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar."Comprometidos con la salud de la población"* . Extraída de Fecha 20/07/2007 del sitio web: http://www.sovemefa.net/Dec_Sevilla.pdf

Organización Panamericana de la Salud /Organización Mundial de la Salud. (2003). *Atención Primaria de Salud: las enseñanzas extraídas a lo largo de 25 anos y los retos futuros*. OPS, OMS, 44 Consejo Directivo, 55 sesión del comité regional.18 Julio. CD 44/9

Organización Panamericana de la Salud.(2004). *Una Revisión de Práctica y Tendencias*. Ministerio de Salud de Panamá. Representación de OPS/OMS en Panamá. Extraído el 2/09/2007 del sitio web: www.ops-oms.org.pa/fulltex%5CAPS.pdf

Paganini, J.M & Capote, R. (1990) . *Los Sistemas Locales de Salud, Concepto -Métodos-Experiencias.* Publicación Científica 519. Washington O.P.S.

Pérez, T & Otero, J. (2004). El Paradigma Biosocial en la Atención Primaria de Salud: Reflexiones de un Claustro. *Revista Cubana de Ciencias Medicas.* 9 (3).Fecha de Extracción: 10/08/2007 de dirección electrónica: http://www.ucmh.sld.cu/rhab/articulo_rev9.htm#pdf

Pineda, E., de Alvarado, E. & de Canales, F. (1994). Metodología de la Investigación. Manual para el Desarrollo de Personal de Salud. 2d Ed.

República Bolivariana de Venezuela (1938). Ley de Sanidad Nacional publicada en *Gaceta Oficial de la República de Venezuela N° 19.626* de fecha 22 de julio de 1938.

República Bolivariana de Venezuela.(1983). Ley Orgánica de Administración Central. *Publicado en Gaceta Oficial de la República de Venezuela* 32650, del 21 de enero de 1983.

República Bolivariana de Venezuela. (1991). Ley del Seguro Social. Publicada en la *Gaceta Oficial de la República de Venezuela en el N° Extraordinario 4322* de fecha 3 de Octubre de 1991.

República Bolivariana de Venezuela. (1997). Ley Orgánica del Trabajo. Publicada en la *Gaceta Oficial de la República de Venezuela en el N° 5.152* de fecha 19 de junio de 1997.

República Bolivariana de Venezuela (1999). Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Publicada en *Gaceta Oficial de la República de Venezuela bajo el No. 36.860* del 30 de diciembre de 1999

República Bolivariana de Venezuela (2001). Normativa General de los Estudios de Postgrado para las Universidades e Instituciones debidamente autorizadas por el Consejo Nacional de Universidades. Publicada en la *Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela con el N° 37.328* del 20 de noviembre de 2001.

República Bolivariana de Venezuela.(2002) .Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social. Publicada en la *Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela en el No 37600* del 30 de Diciembre del 2002.

República Bolivariana de Venezuela. (2004). *Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Informe de Venezuela logros en Promoción del la Salud con respecto a los compromisos asumidos en la Declaración de México.* Plan Estratégico de Salud y desarrollo Social. Extraído en fecha 2/09/2007 del sitio web:http://www.barrioadentro.gov.ve/ops.pdf

República Bolivariana de Venezuela (2006). Ley de Estatutos sobre el Regimen de Jubilaciones y Pensiones de los Funcionarios o Empleados de la Administración Pública Naciona, de los Estados y Municipios. Publicada en la *Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela en el N° 38.426* del 28 de Abril de 2006.

Rivero, D. (2003). Alma-Ata: 25 Años Después. *Revista Perspectivas de Salud. Organización Panamericana de la Salud.* 8 (2). Fecha de Extracción: 15/08/2007 de la dirección electrónica: http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/persp17span.pdf

Romero, M., Ferrer, I. & Collot, J. (1997) Grupo básico de trabajo de nuevo tipo: Nuestra experiencia. *Revista Cubana Medicina General Integral.* 13 (3), 249-251 p.

Rosell, W, Más, M. & Domínguez, L. (2002). La enseñanza integrada: necesidad histórica de la educación en las Ciencias Médicas. *Revista Cubana Educación Médica Superior.* 16(3):13-9 p.

Segredo, A., Perdomo, I. & Pérez, J. (2004) Satisfacción de los Egresados de la Maestría de APS con las competencias adquiridas. *Revista Cubana Medicina General Integral.*20 (2)1-6 p.

Sociedad Peruana de Medicina Familiar, Integral y Gestión en Salud [sopemfig] (2005) *Situación de la Medicina Integral/familiar en el Perú. Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar. [WONCA].* Extraído del sitio web: http://www.cimfweb.org/site/det_articulo.asp?broiscmsid=312&broiscms_catid=5

Tarimo, E. (1991). Por un Distrito sano: Cómo Organizar y Administrar sistemas de salud de distrito basados en la atención primaria .Ginebra. OMS. p: 105.

Ulan, P., Rbinson, E. & Tolley, E. (2006). *Investigación Aplicada en Salud Pública. Métodos Cualitativos.* Publicación Científica y Técnica. No. 614. Organización Panamericana de la Salud [OPS]. 286 p.

Varkevisser, C., Pathmanathan C. & Bownlee A. (1995). *Diseño y realización de proyectos de investigación sobre sistemas de salud. Parte I. Desarrollo de propuestas y trabajo sobre el terreno. Parte II. Análisis de datos y redacción de informes. Ottawa*: Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo; 995. (Serie de Capacitación en Investigación sobre Sistemas de Salud. Vol 2).

Vidal, M & Lorenzo, A. (2004) Enseñanza de la Atención Primaria de Salud.[Versión Electrónica*] Revista Cubana de Educación Médica Superior.*18 (3).

Werner, D. (1993). The Life and Death of Primary Health Care, or The McDonaldization of Alma Ata (Vida y Muerte de la Atención Primaria de Salud, o la McDonaldización de Alma Ata). Disponible a través de HealthWrights, 964 USA.

Yejo, N.(1999). *Análisis de la Situación de los Planes y Programas de Capacitación y Formación de Salud"*.Plan Rector de Formación de Recursos Humanos en Salud y Diseño de un Sistema de Planificación , Seguimiento y Evaluación de Planes y Programas definidos en esta área, Producto 1.Caracas