

Metodología de aprendizaje en atención primaria y medicina de familia

A.C. Forster, M.R. Lapregá, A.L. Dal-Fabbro, G.M. Rocha, J.S. dos Santos, M.E.D. Yazlle, C.S. de Souza y J.C. Daneluzzi

En los últimos 30 años la universidad, para estructurar la formación pregrada y posgrada en medicina, viene enfrentando el reto de adecuarla al ámbito dinámico de los sistemas sanitarios, desde proporcionar «a los estudiantes experiencia en la teoría y en la práctica de un modelo de salud integrado», y que ésta les permita la vivencia con el enfoque global de los problemas de salud, hasta los aspectos preventivos y de promoción de la salud, del nivel de atención primaria (AP)¹. Los informes técnicos sobre la formación médica de pregrado apuntan una tendencia de la enseñanza-aprendizaje en la comunidad a su práctica en estructuras asistenciales comunitarias y ambulatorias^{2,3}.

Según la opinión de médicos prácticos, las facultades con el currículum orientado a la comunidad fueron las que mejor atendieron sus necesidades de formación en comparación con las tradicionales⁴.

En Brasil, los programas de salud pública y el Programa de Salud de la Familia (PSF)⁵ son algunos servicios con los cuales el estudiante de medicina ha tenido escaso contacto en el plan de estudios. En la Facultad de Medicina de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo (FMRP-USP) la enseñanza de la AP se ha incrementado desde los años cincuenta, aunque la experiencia en medicina de familia empezó en

1997, tras el marco de la política sanitaria del Ministerio de Saúde de Brasil, con el PSF (1994). Con la reforma curricular del plan de estudios de la FMRP en 1993, se creó una unidad docente multidisciplinaria, el Centro de Atención Primaria y Salud de la Familia, interdepartamental, que ha ido impulsando la docencia e investigación en AP y PSF desde 1997.

Este trabajo analiza la implementación de una guía de prácticas de AP según su viabilidad operativa en la enseñanza pregrada de medicina y presenta una propuesta de metodología de aprendizaje orientada hacia la evaluación y la autoevaluación del alumno de medicina, basada en normas de AP y salud de la familia.

Metodología

Las actividades analizadas constaron de dos asignaturas de quinto curso: «Estancia en atención integrada en centros de salud» y «Medicina comunitaria I», con una duración de 8 semanas y 360 h, del nuevo plan de estudios de la facultad⁶. Las prácticas se organizaron en tres bloques, de salud pública, de AP y de salud de la familia, y se realizaron en centros universitarios, CS (centro de salud y núcleo de salud de la familia), centros de salud pública y el entorno comunitario.

Participaron en el trabajo 100 estudiantes de medicina (EM) de quinto curso en el año 2000 y 200 familias adscritas al núcleo de salud de la familia (total, 900 familias); las actividades prácticas consistieron en hacer la inscripción de la familia al PSF, la elaboración del diagnóstico de salud de la familia y la prestación de asistencia médica con supervisión docente. Se utilizaron los siguientes instrumentos: el sistema de información de salud de los CS (carpeta de la familia y del paciente y formularios del examen periódico de salud [EPS]) y los formularios I y II (figs. 1 y 2). En el for-

LECTURA RÁPIDA

▼ La formación en medicina debe proporcionar «a los estudiantes experiencia en la teoría y en la práctica de un modelo de salud integrado».

▼ Según la opinión de médicos prácticos, las facultades con el currículum orientado a la comunidad fueron las que mejor atendieron sus necesidades de formación.

▼ Este trabajo analiza la implementación de una guía de prácticas de AP según su viabilidad operativa en la enseñanza pregrada de medicina.

▼ Presenta una propuesta de metodología de aprendizaje orientada hacia la evaluación y la autoevaluación del alumno de medicina, basada en normas de AP y salud de la familia.

**Centro de Atención Primaria e Saúde da Família.
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto.
Universidade de São Paulo. Brasil.**

Correspondencia:
Aldaisa C. Forster.
Departamento de Medicina Social. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto.
Av. Bandeirantes, 3.900.
Ribeirão Preto-SP.
Brasil 14049-900.

Correo electrónico: aldaisa.cassanho@uam.es

Palabras clave: Educación médica en atención primaria. Medicina de familia. Enseñanza en la comunidad.



LECTURA RÁPIDA

Metodología

▼ Las prácticas se organizaron en tres bloques, de salud pública, de AP y de salud de la familia.

▼ La metodología de aprendizaje empleada consistió en sesiones prácticas en grupos pequeños (tutor y 5 alumnos), seminarios e informes.

mulario I, «Aplicación de prácticas de APS/PSF», figuraban las siguientes variables: datos del alumno y de la familia, cita previa del EPS, orientación de vacunación, derivación hacia la asistencia especializada, medidas de promoción de la salud, de prevención y otras, y en el formulario II, «Situación de la familia en el PSF», se recogían: datos del alumno y de la familia, posición de la familia en el PSF y las posibilidades de asistencia según propuestas del grupo.

La metodología de aprendizaje empleada consistió en sesiones prácticas en grupos pequeños (tutor y 5 alumnos), seminarios e informes (tabla 1). Se analizaban los datos clínicos y epidemiológicos recogidos de las familias asignadas (5 familias/un EM) de acuerdo con la Guía de AP/PSF (organizada por ciclos de vida, etc., y normas técnicas de asistencia⁵) y con las variables de los formularios I y II. Se discutían el abordaje de las familias, la situación sanitaria y mejoras, y la programación de actividades.

Los criterios de evaluación del alumno aplicados fueron: asistencia a las actividades, informe escrito de las familias, presentación oral (en grupo) del informe de un caso de familia (seminario final). Se intentaba un diálogo consensuado entre alumno

y profesor para fomentar el hábito de la autoevaluación discente. Las actividades en grupo correspondieron a un 30% de la calificación final y las individuales a un 70%. Al final de las dos asignaturas se celebraba una reunión de evaluación global de las actividades académicas y se recogían propuestas de mejoras.

El manejo de la Guía de Atención Primaria/Programa de Salud de Familia

La mayoría de los EM se consideraban motivados para trabajar en promoción y prevención. El abordaje de los problemas psíquicos resultó más difícil que los físicos para los EM; a menudo se identificó a pacientes psiquiátricos que no acudían al ambulatorio o aún no estaban diagnosticados. Al final de 2000, el 95% de las familias asignadas fueron entrevistadas, un 50% estaba en seguimiento, el 20% habían sido citadas para visita, el 25% sólo registradas y un 5% desplazadas. Las decisiones consensuadas entre los EM y tutores fueron: mantener la guía; sugerencias de normas técnicas mínimas; 2 visitas domiciliarias/familia/año, un EPS por paciente/año; fomentar medidas de prevención y promoción de la salud, y programación de aten-

Alumno (nombre y apellido)	Examen personal de salud (EPS)	Vacunación niño	Vacunación embarazada/adulto	Derivación asistencial	Medidas de promoción de la salud	Medidas de prevención	Otras medidas
1. N.º carpeta de la familia	S () N () n.º de casos ____	S () N () n.º de casos ____	S () N () n.º de casos ____	S () N () N procede ()	S () N () ¿cuál?	S () N () ¿cuál?	
2. N.º carpeta de la familia	S () N () n.º de casos ____	S () N () n.º de casos ____	S () N () n.º de casos ____	S () N () N procede ()	S () N () ¿cuál?	S () N () ¿cuál?	
3. N.º carpeta de la familia	S () N () n.º de casos ____	S () N () n.º de casos ____	S () N () n.º de casos ____	S () N () N procede ()	S () N () ¿cuál?	S () N () ¿cuál?	
4. N.º carpeta de la familia	S () N () n.º de casos ____	S () N () n.º de casos ____	S () N () n.º de casos ____	S () N () N procede ()	S () N () ¿cuál?	S () N () ¿cuál?	
5. N.º carpeta de la familia	S () N () n.º de casos ____	S () N () n.º de casos ____	S () N () n.º de casos ____	S () N () N procede ()	S () N () ¿cuál?	S () N () ¿cuál?	

FIGURA 1

Aplicación de prácticas de Atención primaria de Salud/Programa de Salud de la Familia (APS/PSF) (evaluación y autoevaluación del discente).

Alumno	Período de estancia	Subgrupo de trabajo
Carpeta de la familia	Situación de la familia en el PSF	Sugerencia del subgrupo
	Participativa () En seguimiento () Desinteresada () Prefiere asistencia privada () Mudanza de dirección () Otra ():	Atención domiciliaria () Visita anual () Seguir programación de actividades () Actualizar carpeta familiar () Exclusión del PSF () Otra ():
	Participativa () En seguimiento () Desinteresada () Prefiere asistencia privada () Mudanza de dirección () Otra ():	Atención domiciliaria () Visita anual () Seguir programación de actividades () Actualizar carpeta familiar () Exclusión del PSF () Otra ():
	Participativa () En seguimiento () Desinteresada () Prefiere asistencia privada () Mudanza de dirección () Otra ():	Atención domiciliaria () Visita anual () Seguir programación de actividades () Actualizar carpeta familiar () Exclusión del PSF () Otra ():
	Participativa () En seguimiento () Desinteresada () Prefiere asistencia privada () Mudanza de dirección () Otra ():	Atención domiciliaria () Visita anual () Seguir programación de actividades () Actualizar carpeta familiar () Exclusión del PSF () Otra ():
	Participativa () En seguimiento () Desinteresada () Prefiere asistencia privada () Mudanza de dirección () Otra ():	Atención domiciliaria () Visita anual () Seguir programación de actividades () Actualizar carpeta familiar () Exclusión del PSF () Otra ():

FIGURA 2

Situación de la familia en el Programa de Salud de la Familia de la Facultad de Medicina de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo (PSF-FMRPUSP), 2000 (evaluación y autoevaluación del discente).

ción domiciliaria a personas mayores que viven solas.

La guía cumplió el papel de sistematizar el conocimiento del alumno^{5,7-11} en la actua-

ción primaria (seminarios) y fundamentar un conjunto de nuevas prácticas integrando los trabajos clínicos y la promoción de la salud. El abordaje de la familia permitió

TABLA 1

Objetivos operativos del bloque Atención Primaria de Salud (APS) y Programa de Salud de la Familia (PSF) de las asignaturas «Estancia en atención integrada en un centro de salud» y «Medicina comunitaria I», Facultad de Medicina de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo, 2000

Objetivos	Contenidos	Habilidades	Actitudes
Asistencia integrada de salud	1. Ser biopsicosocial 2. Promoción de la salud 3. Prevención de enfermedades 4. Examen periódico de salud (EPS) y prevención clínica	1. Abordaje psicosocial 2. Consulta sistemática de salud 3. Aplicar medidas de prevención y de promoción 4. Aplicar tratamientos ambulatorios 5. Actuar en EAP	1. Comprender la atención primaria como parte del proceso asistencial 2. Considerar el papel del médico en EAP
Programa de salud de la familia	1. Entorno familiar y social del paciente 2. Diagnóstico de salud 3. Comunicación en salud 4. Programación, ejecución y evaluación en salud	1. Abordaje familiar 2. Análisis de variables clínico-epidemiológico-administrativas 3. Informaciones de salud para los pacientes y familias 4. Programas de salud	1. Considerar el entorno familiar en salud 2. Entender la aplicación del diagnóstico de salud 3. Considerar el protagonismo del paciente



LECTURA RÁPIDA

▼ Los criterios de evaluación aplicados fueron: asistencia, informe escrito de las familias y presentación oral (en grupo) del informe de un caso de familia (seminario final). Se intentaba un diálogo consensuado entre alumno y profesor.

El manejo de la Guía de Atención Primaria/Programa de Salud de Familia

▼ El abordaje de los problemas psíquicos resultó más difícil que los físicos.

▼ La guía cumplió el papel de sistematizar el conocimiento del alumno en la actuación primaria (seminarios) y fundamentar un conjunto de nuevas prácticas integrando los trabajos clínicos y la promoción de la salud.

Evaluación y autoevaluación del alumno

Se aplicó un sistema de evaluación continuada, asignando un grupo de alumnos a un grupo fijo de docentes.

Conclusiones

La evaluación puesta en marcha por la Comisión de Enseñanza de Pregrado ofreció resultados satisfactorios en cuanto a los programas docentes de las dos asignaturas.

conocer las dificultades del tratamiento de la enfermedad mental por el EM¹². Hubo mejoras en la operatividad del programa (presentación del PSF a través de un folleto explicativo, acceso al programa a través de una decisión conjunta de la pareja, fomentar un ambiente de corresponsabilidad con los usuarios, articular mejor la atención domiciliaria con la ambulatoria, etc.). En general, los usuarios y profesionales sanitarios se mostraron favorables a la APS y al PSF, pero en la práctica reaccionaron de manera distinta¹⁰. El EPS, las acciones de prevención secundaria y terciaria, etc., fueron bien acogidos como técnicas de APS/PSF, eran acogidos por la mayoría de los EM, mientras que un 20% se hallaba poco dispuesto a trabajar fuera del hospital.

Evaluación y autoevaluación del alumno

En las sesiones prácticas y ambulatorias se aplicó un sistema de evaluación continua, asignando un grupo de alumnos a un grupo fijo de docentes. Este último se encargaría de observar el desempeño del discente en este proceso clínico, los conocimientos, las habilidades y actitudes en AP. En las sesiones prácticas el estudiante era valorado por su capacidad de apuntar los problemas en la práctica clínica de AP y salud de la familia, y por intentar medidas de mejora. Cuando discutía los informes y formularios I y II, el alumno lograba una evaluación objetiva de su práctica asistencial, tenía más seguridad al definir el plan de asistencia de cada familia, empezaba a reconocer el protagonismo de los pacientes en la asistencia sanitaria y mejoraba la comunicación en salud. En el seminario final la presentación del caso de familia era más objetiva, los alumnos se mostraban más satisfechos, porque tuvieron una imagen del conocimiento, habilidades y actitudes del área de AP y PSF, para la aplicación en su futura práctica profesional.

Otros aspectos observados fueron los siguientes: solicitud de más bibliografía en el tema de primaria, incremento de la búsqueda de bibliografía a través de Internet y mejoras en la actuación en primaria en otras asignaturas. Bonal Pitz et al¹³ comentaron que la autoevaluación favorece la autonomía del estudiante y les ayuda a prepararse para la formación médica continuada.

Conclusiones

Fueron condiciones institucionales favorables a la aplicación de esta experiencia docente en la facultad: el interés de un grupo de docentes de 5 departamentos clínicos, el apoyo de la Comisión de Enseñanza de Pregrado, la experiencia de los equipos de AP de los centros universitarios, además del nuevo programa de formación de especialistas en medicina de familia. La evaluación puesta en marcha por la Comisión de Enseñanza de Pregrado, en la que los alumnos suelen valorar las asignaturas y a sus docentes, ofreció resultados satisfactorios en cuanto a los programas docentes de las dos asignaturas². La implementación de la metodología era costosa, debido al proceso de supervisión continuada.

Bibliografía

1. Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Docencia en atención primaria y medicina de familia. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, editores. Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 4.^a ed. Madrid: Hartcourt-Brace, 1999; p. 140-60.
2. Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Organización de las actividades en atención primaria. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, editores. Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 4.^a ed. Madrid: Hartcourt-Brace, 1999; p. 44-56.
3. Otero A, Carreira J, Villamor J. Nuevas tendencias en la enseñanza de la medicina. Evaluación de la rotación en centros de salud. Aten Primaria 1992;9:512-5.
4. Hyppölä H, Kumpusalo E, Virjo I, Mattila K, Neittaanmäki L, Halila H, et al. Evaluation of undergraduate medical education in Finnish community-oriented and traditional medical faculties: a 10-year follow-up. Med Educ 2000;34:1016-8.
5. Ramos BN. Programa de Saúde da Família. Como fazer? São Paulo, 1998.
6. Forster AC, Rocha GM, Santos JS, Dal-Fabbro AL, Yazlle MED, Souza CS, et al. Ensino de medicina de familia no internato. Actas del Congresso Paulista de Educação 2º, 2000; p. 34.
7. Ministerio de Sanidad y Consumo. Cartera de Servicios de Atención Primaria. Definiciones, criterios de acreditación, indicadores de cobertura y normas técnicas. Madrid: Instituto Nacional de la Salud, Subdirección General de Atención Primaria, 1999.

8. Kikano G, Stange KC, Flocke SA, Zyzanski SJ. Put prevention into practice: outcomes in a family practice center. *Am J Prev Med* 1997;13:352-4.
9. Prevención clínica. Guía para médicos OPAS-OMS, Washington, 1998.
10. Nutbeam D. Glosario de promoción de la salud. En: Promoción de la salud: una antología, OPAS-OMS, Washington 1996; p. 383-403.
11. Duncan BB, Schmidit MI, Giugliani ERJ. Medicina ambulatorial. Condutas clínicas em assistência primária. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.
12. Lorenzo-Cáceres A, Otero A, Calvo E, Engel JL. Contacto precoz del alumno con el paciente en atención primaria. Una experiencia de aprendizaje basada en la resolución de problemas. *Educación Médica* 1998;1:24-31.
13. Bonal Pitz P, Campa Valero F, Bullon Fernández B. Evaluación de la docencia de pregrado en los centros de salud. *Cuadernos de Gestión* 2000;6:52-9.