

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
HOLGUÍN



MAESTRIA EN EDUCACION MÉDICA SUPERIOR

Título: Sistema de acciones para la competencia docente en los tutores de los Consultorios Médicos de la Familia.

Autora: Dra. Ana Leydis Oliveros Casas

Tutora: Dra. María de los Ángeles Carrasco Feria

Trabajo para optar por el Título de Master en Educación Médica Superior

2012

“Año 54 de la Revolución”

Agradecimientos.

A Dios por guiar mi vida.

A la Revolución por permitir mi formación.

A mi tutora por su apoyo incondicional.

A mis profesores de la maestría por su esmero y dedicación.

A todas aquellas personas que de una forma u otra han contribuido a la realización de este importante trabajo.

A todos

MUCHAS GRACIAS

Dedicatoria.

A mis hija, mi orgullo e inspiración

A mi esposo por su esfuerzo y dedicación

A mi madre

A mi familia

Pensamiento.

“la idoneidad para enseñar, no la idoneidad para lucir o deslumbrar: he aquí lo que ardientemente buscamos: si bien es verdad que no solo el que sabe, sabe enseñar, tampoco es menos cierto que para enseñar se necesita saber bien”. (...)”

José de la Luz y Caballero

Resumen.

Se realizó una investigación de desarrollo con el objetivo de elaborar un sistema de acciones para el desarrollo de las competencias docentes en los médicos que se desempeñan como tutores en los Consultorios Médicos de la Familia del municipio Holguín, Facultad de Ciencias Médicas, octubre del 2011 a marzo del 2012. La muestra estuvo constituida por 159 tutores de los Consultorios Médicos de Familia pertenecientes a los nueve Policlínicos del área urbana. Se utilizaron métodos teóricos, empíricos, y procedimientos estadísticos con el fin de realizar un diagnóstico del nivel de competencia docente en los tutores, que junto con los fundamentos teóricos permitieron elaborar el sistema de acciones. Entre los resultados más relevantes se encontró que la etapa más afectada de la educación en el trabajo fue la de organización, en la ejecución del proceso se apreció poca creatividad de los tutores, dificultades en la aplicación del método clínico, que traduce un control deficiente del GBT y carencias por los tutores en el dominio de las categorías didácticas. Se concluyó que existen dificultades en las diferentes etapas del proceso de la educación en el trabajo en el escenario del CMF, con insuficiencias en la competencia docente por el tutor y se presenta una propuesta de sistema de acciones para favorecer el desarrollo de esta competencia en el profesional médico que se desempeña como tutor en los Consultorios Médicos de la Familia.

Índice.

Introducción	1
Marco Teórico	10
Objetivos	48
Diseño Metodológico	49
Análisis y discusión de los resultados	55
Conclusiones	87
Recomendaciones	88
Referencias Bibliográficas	89
Anexos	i

Introducción.

Antecedentes

A partir del 1959 con el triunfo de la Revolución se produce un cambio radical, se proclama la salud como un derecho del pueblo y deber del Estado, imprimiendo a la atención médica un carácter gratuito y una orientación preventivo-curativa, con énfasis en los aspectos profilácticos. Este acontecimiento desató en el alma mater habanera todas las ansias reprimidas de reformas radicales de enseñanza en parte del profesorado y del estudiantado. La impaciencia por realizarla llevó a momentos de extrema tensión como el llamado “colinazo universitario” de febrero del propio año, en que un grupo de profesores y alumnos tomaron el alto centro docente y destituyeron al resto del profesorado y a la dirección universitaria¹.

Entre la Reforma Universitaria en 1962 y el 1980 hubo cinco planes de estudio de medicina, en ese período suceden hechos de trascendencia como la creación del Ministerio de Salud Pública y del Sistema Nacional de Salud que inicia un desarrollo ascendente de la Atención Primaria, creando los Hospitales rurales y los Policlínicos. Conllevó la urgente necesidad de formar un mayor número de médicos, lo cual propició el desarrollo de la Educación Médica Superior. En 1976 se crea el Ministerio de Educación Superior, que ejerce la función rectora metodológica en el país en la formación de profesionales de nivel superior, tanto para los centros dependientes de él como los adscritos a los Organismos de la Administración Central del Estado, como lo es Salud Pública.

Durante los años 1981 y 1982 se realizó en todo el país un análisis de la Educación Médica Superior con una amplia participación de profesores, egresados, trabajadores de la salud, estudiantes de diferentes años, dirigentes de Salud Pública, de las organizaciones estudiantiles y sindicales, con participación de la comunidad. También se enviaron dúos de profesores a visitar Universidades Médicas de prestigio reconocido en Europa, Canadá, Estados Unidos y América Latina, con el objetivo de conocer los Planes de Estudio y las características y experiencias en la enseñanza de la medicina ².

Ello sirvió junto a las demandas provenientes de la situación real de la Salud Pública y la Educación Médica cubanas, sus logros, deficiencias y perspectivas, el marco conceptual de la Educación Superior cubana y las tendencias mundiales de la educación médica, se decide elaborar un nuevo currículo con el objetivo de formar un médico general (básico) categorizado así para diferenciarlo del especialista de Medicina General Integral, y que ejercerá como médico de familia en la comunidad.

La enseñanza de la Medicina ha estado influenciada desde sus inicios por el desarrollo de la ciencia en general y de las ciencias médicas en particular, el modelo de práctica médica imperante y el desarrollo económico social existente lo que justifica las transformaciones ocurridas en los procesos formativos a partir de los cambios en el sector salud con el desarrollo de la Atención Primaria de Salud (APS).

La medicina familiar surgió a partir de un movimiento social para atender las necesidades de atención sanitaria de la población y la necesidad del profesional de “reintegrar la medicina a su debido lugar”. La especialidad se inició como el arte de proporcionar una atención sanitaria a las personas, un proceso en el que los médicos de familia aplicaron sus conocimientos, habilidades y el ejemplo de otras especialidades ^{3,4}.

Las escuelas y facultades de Medicina de todo el mundo, en mayor o menor escala han iniciado la formación de sus profesionales, con una característica especial: integrar la educación a los procesos productivos y los servicios, con el propósito de mejorarlos. En tal sentido, es importante enfatizar que los servicios en la atención médica tienen una relación muy estrecha con la población que los recibe y en ello radica que la atención primaria de salud adquiera un papel preponderante, por establecer una mayor vinculación con la comunidad; haciendo énfasis en la prevención de las enfermedades y en la promoción de la salud, para adecuar el contenido del programa de formación al cambio demográfico y del sistema de salud ⁵.

El objetivo de formar médicos mejor capacitados se hizo explícito en el Proyecto "Salud para Todos en el año 2000" de Alma Atá en el año 1978. Muchas han sido las declaraciones en respuesta a esa estrategia, ejemplos de ellas son la Carta de Ottawa de 1986, las declaraciones de *Sundsvall Statement on Supportive Environments* de 1991 así como las declaraciones realizadas en las cumbres mundiales de Educación Médica realizadas en la década del 90⁶⁻⁸.

En el campo de la educación médica se han realizado numerosas reformas, ejemplo de ello está en el cambio que algunas universidades han realizado en el proceso enseñanza-aprendizaje sobre el "enfoque centrado en el profesor" a la nueva propuesta de "enfoque centrado en el estudiante". Otro ejemplo de estos cambios es el aprendizaje basado en la solución de problemas, liderado por universidades anglosajonas, así como la tendencia del currículo orientado hacia la comunidad^{7, 9-11}.

Por otra parte, novedosos métodos de evaluación van perfilando un cambio en la filosofía de la formación de los recursos humanos en salud. No obstante, el cambio que exige la sociedad contemporánea relacionado con las competencias que debe poseer un médico, debe conllevar cambios más profundos en la concepción de la formación médica para asumir las tendencias contemporáneas de la práctica pedagógica referidas, pero respondiendo de forma esencial y sistémica al encargo que exige la sociedad actual al subsistema de Educación Médica¹²⁻¹⁴.

La experiencia cubana muestra la inserción de Cuba en la posición de la Declaración de Edimburgo, asume el enfoque que relaciona la sociedad con la universidad para hacer corresponder la formación de profesionales con el encargo social¹⁴.

Para lograr este objetivo ha sido necesario realizar diferentes cambios en el Plan de Estudio para su perfeccionamiento continuo, de acuerdo a los requerimientos provenientes del sistema de salud, o en busca de un mejor desarrollo del proceso docente educativo, en respuesta a los avances

científicos y las tendencias de la Educación Médica, fundamentalmente con la orientación a la Atención Primaria.

Uno de los hechos mas significativos que ha constituido un reto para el sistema de salud y la educación superior lo ha sido la universalización de la enseñanza, que en el sector de la salud cobró fuerzas en el 2002 con los Programas de Salud al calor de las actividades promovidas por la Batalla de Ideas, con la formación emergente de enfermeras, como respuesta para satisfacer el déficit existente en la capital del país y la formación emergente de Técnicos de la Salud, en los cursos de formación en las especialidades de técnicos de rayos X, terapia física y rehabilitación, laboratorio clínico y banco de sangre, como parte de los programas encaminados a elevar el nivel de vida de nuestro pueblo.

En nuestra provincia desde el curso 1986-1987 se establece la realización del ciclo clínico de la carrera de Medicina en tres municipios: Moa, Mayarí y Banes, lo que constituyó un precedente de la universalización y creadas Filiales de Ciencias Médicas en estos municipios y posteriormente se le sumaron las Filiales de Sagua y Gibara.

Otro precedente lo fue la extensión de las asignaturas propias de la disciplina MGI de primero y cuarto año a otros municipios además de los antes mencionados.

En el 2003 ocurre una revolución educacional con la implementación del internado profesionalizante y en el 2004 se implementa el Proyecto Policlínico Universitario que comienza con cinco policlínicos en la cabecera de la provincia y luego en el próximo curso se incorporaron cinco más y se inicia en Nuevo Programa de Formación de Médicos que se extiende a los 14 municipios y 28 áreas de salud.

En el año 2010 por necesidad de actualizar el perfil profesional, objetivos generales educativos e instructivos, problemas de salud dominantes, sistema de habilidades, modos de actuación (competencias en el egresado) y crear un diseño factible de aplicación en todos los escenarios de formación acreditados

fue perfeccionado el plan de estudio modificando el tipo de médico a egresar de médico general básico a médico general.

A pesar de los logros en el desempeño del Médico General Básico y del especialista de Medicina General Integral, los retos que nos impuso la universalización, se requiere de un proceso de formación con un continuo perfeccionamiento en aras de elevar los niveles de competencia y desempeño previstos en el diseño curricular de estos profesionales y específicamente en su rol asistencial y en el de formador de recursos humanos en salud, por ser estas funciones simultáneas en su práctica médica y por el presupuesto educacional de que este proceso tiene lugar en los escenarios propios de la Atención Primaria de Salud.

Estos profesionales son los protagonistas en este proceso de formación, convertidos en profesores-tutores, constituyen uno de los recursos fundamentales para garantizar la calidad y el cumplimiento de las funciones de la Educación Superior: docencia, investigación y extensión en este contexto, por tanto, es necesario ofrecerles posibilidades encaminadas a perfeccionar su formación en la enseñanza de posgrado, dándole una atención especial a la preparación científica técnica y pedagógica para que esté en condiciones de desarrollar un proceso de enseñanza aprendizaje con el pregrado de acuerdo a las exigencias actuales.

En la formación del médico cubano, la educación en el trabajo es la forma de organización fundamental de la enseñanza y para que haya una total correspondencia entre las condiciones en que se forma y su perfil de salida o modelo de profesional, hoy las áreas de salud en la atención primaria son los escenarios formativos en la carrera de Medicina, con el gran aporte de la enseñanza tutorial, transformando el policlínico y consultorio médico en el escenario fundamental donde se forma las futuras generaciones de médicos.

En estos escenarios reales, el tutor, un profesional médico del sistema de servicios de salud, juega un papel muy importante como enlace en el desarrollo del razonamiento clínico de los estudiantes a través de diversas estrategias de enseñanza. Los tutores deben ser profesionales de la red asistencial calificados

y dispuestos a participar del proceso de enseñanza de pregrado, lo que demanda tiempo y compromiso, debe servir como modelo en su actividad clínica, en el trato con los pacientes, en su actitud ética ante la medicina y la tecnología y hacia sus propios colegas¹⁵.

La tarea de enseñar, por perfecta que sea, no puede provocar por sí misma el aprendizaje. Aprender es algo que sucede en el estudiante y viene, ciertamente, condicionado por múltiples variables personales del alumno que los profesores no tenemos capacidad para variar. Pero siendo esto así, resulta igualmente obvio que la actuación didáctica del profesor constituye uno de los principales factores de determinación del proceso de aprendizaje que realiza el alumno. Lo que en términos sencillos quiere decir que nuestros estudiantes aprenderán más o menos, más en profundidad o más superficialmente, con más gusto o más disgusto, según sea la forma en que planteemos nuestro trabajo docente¹⁶.

De ahí la necesidad que nuestros profesionales sean portadores de competencias docentes, como una batería de conocimientos, habilidades y actitudes que garantizarán el buen desempeño en su función docente, fundamentalmente como formador del recurso humano que será el futuro médico.

La actividad de tutoría orientada a la formación integral del estudiante, es relativamente reciente y muy compleja y los profesores, aún cuando cuenten con amplia experiencia de trabajo en la educación superior, no es suficiente la preparación para cumplir sus funciones (diseñar la tutoría, caracterizar a los estudiantes, planificar las acciones y evaluar los resultados)¹⁷.

Justificación.

La educación médica cubana propugna la integración de la universidad con la vida y su propósito fundamental es preparar al educando para el trabajo activo, consciente y creador. Tiene un objetivo formativo al desarrollarse en el propio espacio objeto de su futuro trabajo profesional, en contacto directo con la realidad que lo circunda; aprendiendo con el empleo de los propios métodos de trabajo profesional a enfrentar y solucionar los problemas de salud del

individuo, la familia y la comunidad. Tiene también un objetivo económico ya que contribuye con su trabajo a satisfacer las necesidades de salud de la población¹⁸.

Los problemas actuales de salud de nuestra población, las demandas y perspectivas del desarrollo socioeconómico del país, exigen la formación de un médico general de perfil amplio, por tanto, es necesario el contacto y la identificación temprana de los estudiantes con las actividades que realizará como futuro profesional.

El estudiante se forma en la propia área del ejercicio de la profesión: el servicio de salud; en interacción con el resto de los integrantes del equipo de trabajo, donde su objeto de estudio es el propio objeto del trabajo profesional y sus métodos de aprendizaje son los del trabajo profesional. Se forma como un profesional capaz de continuar su formación como especialista y posteriormente su capacitación, a través de la educación permanente durante toda la vida.

El profesor de la universidad médica cubana dirige el proceso de formación de los recursos humanos en salud casi siempre como función simultánea a su práctica asistencial, razón por la cual su proceso de formación requiere de continuo perfeccionamiento, en función de elevar los niveles de competencia y desempeño profesoral que deben caracterizar al claustro universitario, la magnitud del problema requiere que se desarrollen acciones transformadoras enfocadas particularmente al desarrollo de competencias docentes.

En el ámbito internacional y en Cuba son frecuentes las experiencias relacionadas con la función docente del Especialista de Medicina General Integral como formador de los recursos humanos en salud.

En la Facultad de Ciencias Médicas de Holguín, liderado por el departamento de MGI, que asumía el proceso de formación en los escenarios de la APS, se implementaron múltiples acciones dirigidas a la preparación del tutor, previo al Policlínico Universitario, luego con este modelo la proyección de la universidad continuó enfocando la formación hacia la APS y en el 2008 se elaboraron orientaciones metodológicas al tutor, tomando como referencia la experiencia

en cursos anteriores por la disciplina y la carpeta metodológica del proyecto policlínico, donde se brindaron las orientaciones necesarias para la adecuada planificación, organización, ejecución y control de la educación en el trabajo de los estudiantes en los diferentes años de la carrera, fundamentalmente en el escenario del Consultorio Médico, además se incluyeron conceptos fundamentales sobre esta actividad.

No obstante a las acciones desplegadas por la facultad de medicina en nuestra provincia y particularmente por el departamento de MGI, para el buen desarrollo del proceso docente educativo en la APS y que tiene como protagonista al tutor, aun no han sido suficientes, principalmente en los escenarios donde se ejecuta la educación en el trabajo, en los que se han identificado dificultades medulares que repercuten directamente y de manera negativa en el proceso de formación del estudiante.

En el presente trabajo pretendemos identificar un grupo de competencias docentes básicas relacionadas con el desempeño como tutor en los escenarios de la APS propios de la carrera de Medicina, teniendo en cuenta su importancia teórica, práctica y social; así como proponer un sistema de acciones para el desarrollo del componente docente en estos profesionales.

Evaluar el desempeño pedagógico del tutor y aplicarle el sistema de acciones propuesto mejoraría su propio accionar, que en su mayoría no cuentan con los conocimientos docentes-metodológicos para enfrentar el proceso docente-educativo, la tutoría es la estrategia para elevar la calidad de la educación y del futuro profesional en su desempeño como guardián de la salud.

El contenido de la investigación responde a los objetivos de trabajo del (MINSAP) para este año relacionado con Gestión y formación de recursos humanos que plantea : Consolidar las estrategias de formación, capacitación e investigación que garanticen un elevado nivel científico de los profesionales y técnicos y a los objetivos de los programas ramales científico técnicos en salud, asumida por la Educación Médica Superior específicamente el tema que aborda “La gestión universitaria en los procesos de municipalización y

universalización de la formación, capacitación y superación de los recursos humanos en Salud”.

El tema tiene gran importancia y actualidad, la nueva estrategia cubana de formación médica establece una real concordancia entre los escenarios de formación y los laborales, en virtud de que la formación transcurra allí donde el estudiante habrá de desempeñarse como profesional, al ser los escenarios de la APS los espacios principales de formación académica para el desarrollo de la Medicina General, que sirve además como primer escalón de la formación de especialistas en Medicina General Integral, que es el tipo de profesional que necesita el país, en el que la figura del tutor posee una relevancia especial.

Aporte Teórico.

El aporte teórico de esta investigación se evidencia en la fundamentación teórica pedagógica que se basa en la elaboración de una propuesta de sistema de acciones para el desarrollo de la competencia docente en el profesional médico que se desempeña como tutor, dirigidas al componente académico, didáctico y organizativo, fundamentándose en una identificación de necesidades de aprendizaje y la caracterización de modos de actuación general de los tutores que laboran en los Consultorios Médicos de la Familia (CMF) de los Policlínicos Universitarios que atienden a estudiantes de la carrera de Medicina.

Aporte práctico.

Aporta un sistema de acciones, con sus premisas, dirigido a elevar la preparación del profesional médico que se desempeña como tutor en la carrera de Medicina, en la APS, lo que tributa al buen desarrollo de la educación en el trabajo y a la formación de un profesional médico competente.

Debido a esta situación se pretende dar solución al siguiente **problema científico**: ¿Cómo contribuir al perfeccionamiento de las competencias docentes básicas en los profesionales que se desempeñan como tutores para el desarrollo de la educación en el trabajo en los CMF?

Marco teórico.

Breve reseña del Sistema Nacional De Salud y la APS.

La medicina familiar tomó cuerpo en nuestro país a partir de la idea de nuestro Comandante en Jefe Fidel Castro: “...de convertir a Cuba en una Potencia Médica Mundial, cuando en Alma Atá en 1979 se había lanzado el reto de “Salud para todos en el año 2000”. Asumir nuevas metas significó replantearse el enfoque hacia un nuevo paradigma en la formación del profesional egresado de la carrera de medicina, que tendría a su cargo la atención integral del individuo, la familia, la comunidad y el ambiente, conduciendo a la promoción de salud, la prevención de enfermedades, el diagnóstico precoz y la rehabilitación de la población con un enfoque biopsicosocial, en definitiva: “ser el guardián de la salud de nuestro pueblo”^{19,20}.

Desde 1982 se plantea la modalidad del Médico de Familia en Cuba, y el 4 de enero de 1984 en un área de salud del Policlínico de Lawton, en Ciudad de la Habana se da inicio a una nueva forma organizativa de la atención primaria: el médico y enfermera de la familia, programa que se fue extendiendo paulatinamente al resto de la nación, convirtiéndose en el modelo predominante del egresado en la carrera de Medicina²¹.

Es entonces que se establece la Medicina General Integral como especialidad y disciplina general integradora y la APS en la base fundamental de nuestro Sistema Nacional de Salud (SNS). Teniendo en cuenta los objetivos terminales del Médico General Básico, se hizo necesario la introducción de forma gradual de contenidos propios de esta especialidad dentro del proceso de formación del futuro egresado, los cuales están estrechamente relacionados con las actividades que realizará en el desempeño de su profesión, realizándose en la Actualidad 5 Estancias, y 1 Rotación de la Carrera de Medicina por la APS²².

La creación del Ministerio de Salud Pública (MINSAP), del sistema de policlínicos para la APS y de programas de salud, así como la formación de institutos de investigaciones médicas, constituyeron las bases para el desarrollo impetuoso de la salud pública cubana. Estos cambios y la urgente necesidad de formar a un mayor número de médicos aceleraron el desarrollo

de la Educación Médica Superior (EMS). Entre la Reforma Universitaria de 1962 y 1980 hubo cinco planes de estudio.

Después de incorporar la EMS al MINSAP (1976) y a raíz del análisis diagnóstico de la EMS realizado en 1981-1982, esta se extendió a todo el país. Se decidió elaborar un nuevo currículo de estudios médicos con el propósito de formar a un médico general básico (MGB) que, a través de su trabajo en la APS, se formara como especialista en Medicina General Integral (MGI) y ejerciera la profesión como médico de familia en la comunidad ¹⁹.

En las últimas cuatro décadas, se han producido un conjunto de acontecimientos que indudablemente sentaron las bases para lo que será un nuevo paradigma de la educación médica en el siglo XXI. Se destaca la década de los 60, el trabajo desarrollado en la Universidad de McMaster que introdujo la enseñanza basada en problemas.

En la década de los 70, el congreso de Alma Atá, sobre la prioridad en la atención primaria de la salud. En los 80, se produce el informe de la Asociación de Escuelas de Medicina de Estados Unidos que propugnaba entre otros elementos: (a) la reducción de las conferencias y su duración; (b) enfatizar la promoción de salud y la prevención de enfermedades; (c) integración de la educación básica y clínica y (d) la solución de problemas en forma activa por parte de los estudiantes¹⁹.

Es también en esta década, donde se produce la declaración de Edimburgo (1988) en el contexto de la conferencia mundial sobre educación médica de la Federación Mundial para Educación Médica que orientó la formación de recursos humanos en salud en el sentido de la producción de médicos que promuevan la salud de toda la población ¹⁹.

Reseña histórica del desarrollo de la carrera de Medicina en Cuba.

La enseñanza de la medicina en Cuba comenzó en 1726, antes de la fundación de la Universidad de La Habana en 1728. Su nivel científico era bajo, se usaban métodos de estudio metafísicos y había una dicotomía absoluta entre la teoría y la práctica. Durante el período colonial, se hicieron reformas de la

enseñanza médica en 1797, 1842, 1863 y 1887; se introdujeron cambios curriculares, nuevas asignaturas, cátedras extrauniversitarias y prácticas en los hospitales ².

De 1902 a 1958, varios planes de estudio sucesivos ajustaron la enseñanza médica al desarrollo científico de la época. En todos persistieron el cientificismo y el enciclopedismo, los métodos pedagógicos obsoletos y la falta de atención a las necesidades de salud de la población. Los médicos se formaban para una práctica predominantemente individualista, biologista y mercantilista.

La ausencia total de una política sanitaria, el escaso desarrollo de las instituciones de salud estatales, la carencia de atención médica a la población rural y la inadecuada formación de especialistas fueron algunas características de la formación médica y del panorama de salud de esa época ².

Cuando triunfó la revolución, en 1959, se produjo un cambio de política radical. El derecho a la salud y el deber del estado de garantizarla, dándole una orientación predominantemente profiláctica a la atención médica y haciéndola gratuita, fueron factores determinantes.

En 1942 a partir de enero de 1959 el plan de estudios vigente sufre algunos cambios en las asignaturas, las que se agrupan en planes de liquidación de seis años de duración para los alumnos de cada curso, que habían sufrido el cese de las actividades de la universidad desde 1956.

El plan de estudios médicos de la reforma estará vigente solamente en el curso de 1961-1962 pues ya en 1963, a consecuencia de la diáspora contrarrevolucionaria que sacó del país en los cuatro primeros años del período revolucionario 1 554 médicos, se pone en vigor un plan de estudios, emergente, de cinco cursos de duración, incluyendo el año de práctica o internado, obligatorio para todos los alumnos, una de las grandes conquistas de la reforma y se permite el ingreso por examen, sin el título de bachiller en ciencias ²³.

Este plan conocido como Plan Baeza, por ser entonces director de la Escuela de Medicina el inolvidable Maestro doctor Pedro M. Baeza Vega, sólo

alcanzará tres cursos, pues limitadas las salidas médicas y estudiado mejor el fenómeno, se vio que en los mismos primeros cuatro años se graduaron 1 497 nuevos galenos por lo que la diferencia era sólo de 57 profesionales y es preciso aclarar que el año que menos médicos hubo en Cuba fue en 1961 con 5 996 y nunca quedaron tres mil, pues esa cifra errónea es producto de restar las salidas a los 6 405 existentes en 1958 y no sumarle los nuevos graduados por años ²⁴.

Por lo tanto en 1966 se pone nuevamente en vigor el plan de estudios de la reforma con ligeros cambios y en 1969 se establece el más novedoso de todos estos ensayos médico-pedagógicos, el plan integrado, producto de la vocación, el talento y la dedicación a estos estudios del doctor Fidel Ilizástigui Dupuy, quien como el doctor Flexner en su tiempo, estudió todas las formas de enseñanza de la medicina existente en los países de una larga tradición en el mundo, adaptando esas ideas a las características y necesidades concretas de nuestro país ²⁵.

A partir de 1978 se vuelve al plan por asignaturas, lo que se mantiene en los de 1986 y 1994, todos de seis años de duración y bajo la orientación del profesor Ilizástigui se pone especial énfasis en la formación del médico que en cada momento necesita nuestro Sistema Nacional de Salud único para cumplir cabalmente los principios de la salud pública socialista cubana que son: marcado acento preventivo, de promoción y rehabilitación en las acciones de salud; accesibilidad y gratuidad de dichas acciones; participación del pueblo organizado en el cumplimiento de las mismas y la solidaridad internacional de nuestra medicina ²⁶.

Para el cumplimiento de esos objetivos Cuba, que al inicio del período revolucionario socialista tenía una sola Facultad de Medicina, cuenta hoy ante el asombro del mundo con 4 Institutos Superiores de Ciencias Médicas, 22 Facultades de Medicina y 20 filiales que abarcan todas las provincias del país, el Instituto de Ciencias Básicas y Preclínicas “Victoria de Girón”, una Escuela Nacional de Salud Pública de postgrado, la Escuela de Medicina Latinoamericana y la Escuela de Medicina Caribeña y un plan de estudios

enfocado a la atención médica primaria, que ha hecho posible la dispensarización de acciones de salud a casi la totalidad de la población del país con el modelo de atención médica primaria del médico y la enfermera de la familia ²⁷.

Formación del pregrado en la APS.

Una propuesta que cobró relevancia en el continente a partir de 1976 para acercar la formación de los médicos hacia la comunidad es la relacionada con la “integración-docente-asistencial”. Con estos procesos y a la vez estrategia educativa, se intentó buscar aproximaciones sucesivas entre la formación, el servicio y la investigación, fundamentalmente a nivel local.

Con este concepto se entiende el proceso de creciente articulación entre instituciones de educación y de servicios de salud, para mejorar la atención de salud, orientar la producción de conocimientos y la formación de personal, tomando como base el perfil epidemiológico en un determinado contexto poblacional y regionalizado, que permita la continuidad del proceso educacional (proceso de educación permanente) que nazca en el trabajo y sea capaz de transformarlo ²⁸.

En un principio, los propósitos fundamentales de esta estrategia buscaban acercar la educación a la práctica con el objeto de mejorar la salud de la población, mejorar el proceso de enseñanza-aprendizaje, garantizar una práctica social adecuada a las necesidades reales de la población y lograr la participación de la comunidad en forma activa y conciente a las causas que originan los problemas de salud. A esta idea se le agregó como criterio “la participación temprana y equilibrada del alumno en todos los niveles de atención, en una región de salud, con predominio de las actividades de atención primaria” ²⁹.

Diversas experiencias muestran que es posible ir a un equilibrio tendiente a formar una fuerza laboral en ciencias de salud que facilite el desarrollo de un modelo de APS. Una revisión sistemática reciente sintetizó que la experiencia temprana en la comunidad ayuda a los estudiantes de medicina a aprender y a desarrollar las actitudes apropiadas hacia sus estudios y hacia la práctica

futura; a su vez, orienta el currículo médico hacia las necesidades de la sociedad²⁸.

Por otra parte, experiencias publicadas desde Sudán hasta EUA muestran que la asociación de la universidad con los gobiernos y la comunidad puede significar una mejoría de las condiciones de salud de la población donde se destacan las siguientes experiencias²⁹:

En Norteamérica, son varias las experiencias llevadas a cabo tanto en EUA como en Canadá. En 1993, la Escuela de Medicina de Rockford de la Universidad de Illinois implementó un Programa de Educación Médica Rural (RMED) con el objeto de producir médicos de familia para la región rural de Illinois. Sus características salientes son la selección de los estudiantes buscando afinidad con la práctica rural, la orientación comunitaria en la formación y la preceptoría rural en la que los estudiantes se ponen en contacto con el medio de práctica profesional³⁰.

La Universidad de Nuevo México, a principio de los ochenta, implementó un nuevo programa fuertemente orientado a la comunidad y que promovía la integración curricular, manteniendo el programa anterior como alternativa para los estudiantes. Los estudios comparativos entre ambos programas los llevaron a suspender el programa tradicional³¹.

El proyecto de demostración denominado "Undergraduate Medical Education for the 21st Century (UME-21)" ha promovido la exposición de los estudiantes a una integración curricular de todas las disciplinas relevantes para la atención primaria en el tercer año del ciclo de rotaciones clínicas. De estos proyectos, se destacan los de la Escuela de Medicina de Dartmouth, la Universidad de Pittsburgh y la Universidad de Wisconsin. Todos ellos han incorporado un estrecho contacto de estudiantes con médicos de atención primaria en la búsqueda del efecto que el modelo de rol puede ejercer sobre el estudiante³².

En Canadá, la experiencia de la Universidad de Sherbrooke permitió demostrar que la transición desde un modelo tradicional a uno orientado en la comunidad se asocia con una significativa mejoría de los cuidados preventivos y una mayor continuidad de atención, así como en la mejoría de los indicadores de

rendimiento diagnóstico. Para este análisis se tomaron como referencia las bases de datos de salud provincial de 4 a 7 años de práctica ³³.

En Inglaterra, a partir del documento del General Medical Council “Tomorrow’s Doctors”, los currículos más modernos se han desarrollado en torno a programas basados en la comunidad y el aprendizaje basado en problemas. Estos modelos incluyen una mayor preocupación por los problemas de la gente y otorga bases epidemiológicas para la práctica. Estos modelos permiten un balance más adecuado entre la formación hospitalaria, con una integración dinámica de la APS con base comunitaria en un modelo de atención holística.

Siguiendo estas directrices, los estudiantes tienen desde el comienzo una aproximación a la práctica del médico de familia/médico general y una mayor responsabilidad en el seguimiento longitudinal familiar para terminar en la práctica de la medicina familiar en los últimos años. Este modelo educacional responde a la existencia en este país de una práctica de servicios de salud que tiene como eje y fuente de entrada los servicios de salud de la familia.

En la Región de América Latina son de destacar las iniciativas de Cuba y Brasil, con un alto compromiso gubernamental en el desarrollo de la APS, considerando el pregrado como la fuente natural de profesionales y por tanto promoviendo currículos acorde con esta necesidad de fuerza de trabajo. El modelo de atención en el sistema de salud de Cuba se ha basado en la APS desde la década de 1960. Tanto la formación de pregrado como la de postgrado han estado orientadas a la formación de un sólido cuerpo profesional orientado a la atención primaria.

Desde 1984, se inició de forma experimental el trabajo del médico de la familia. Al concluir seis años de estudios universitarios egresa un médico de perfil amplio, un médico general básico que comienza a trabajar por uno ó dos años; transcurrido este tiempo, comienza a formarse mediante un régimen de residencia, como un especialista en medicina general integral, manteniendo su responsabilidad por la atención a la salud de la población a él asignada³⁴.

A partir de 2003, se implementa un cambio importante afianzando el concepto y la estrategia de la APS y descentralizando la formación en los escenarios de

trabajo, especialmente los policlínicos, donde los alumnos son recibidos por el claustro del policlínico, quienes ejercen la función de tutoría. El modelo está basado en el concepto de aprender haciendo y sobre la base de la educación virtual.

En Brasil, en el 2002, los Ministerios de Salud y Educación lanzaron el programa PROMED para reorientar la educación médica y conseguir exponer a los estudiantes a un patrón de práctica más relevante. En un comienzo, veinte escuelas de medicina en forma voluntaria recibieron apoyo económico para hacer una prueba piloto. El 60% tuvo éxito logrando establecer una alianza con los servicios locales de salud, aumentando las oportunidades de aprendizaje de los estudiantes en todos los niveles de atención de la salud. En el año 2005, un nuevo programa, el PRO-SAÚDE (Pro-Salud) agregó la formación de enfermeras y odontólogos³⁵.

Estos programas tienen como distintivo señalar la importancia de que los gobiernos muestren su determinación sobre el modelo sanitario que sostienen. En este esquema, las escuelas que se suman a los proyectos deben proponer una estrategia caracterizada por una reorientación curricular (énfasis en determinantes sociales de la salud), diversificación de la práctica (prioridad a la APS) y aprendizaje activo. Bajo este esquema se presentaron 180 proyectos de los que 93 comenzaron a implementarse.

La situación sanitaria en la actualidad ha sido un incentivo fundamental para los cambios que se han sucedido en el proceso de formación médica en Cuba; tal situación sanitaria exige de las universidades médicas egresar profesionales que satisfagan las necesidades sociales en salud del individuo, la familia y la comunidad, constituyendo un desafío para los sistemas nacionales de salud.

Estas circunstancias imponen a la reforma del sector salud el profundo reto de trazar estrategias que den solución a las múltiples necesidades sociales de la humanidad en esta área. Entre las posibles estrategias para el siglo XXI destacan la formación y perfeccionamiento de recursos humanos más pertinentes a las necesidades de salud y a la estrategia de atención primaria de

salud. En Cuba los cambios y procesos de formación médica responden a esta importante estrategia.

Los antecedentes de los cambios propuestos en la educación médica a nivel mundial desde la segunda mitad del siglo pasado hasta el presente contienen un número de documentos ampliamente divulgados y escritos en forma de declaración de objetivos, entre los que se destacan “La educación profesional general de los médicos del siglo XXI” de la Asociación de Escuelas de Medicina de los Estados Unidos (AAMC) de 1984; la Declaración de Edimburgo” de 1988 y el informe de la Fundación Robert-Wood Jhonson ⁷.

Los autores del informe de la AAMC, observaron una erosión de la competencia de los clínicos practicantes y encontraron que el problema radicaba en los métodos de enseñanza y en la organización del diseño y manejo de los programas de las escuelas de medicina. Producto de estos análisis se elaboró una propuesta que estaba orientada a disminuir el número de conferencias y su duración, a hacer más hincapié en la prevención de las enfermedades y en la promoción de la salud, a encontrar un contenido que reflejara el cambio demográfico y del sistema de atención de la salud, y a integrar la educación básica y clínica mediante el aprendizaje independiente y la resolución de problemas por parte del estudiante.

Por otra parte la Declaración de Edimburgo ⁸⁸, más sensible a las estrategias de la atención primaria de la salud y de Salud para Todos en el año 2000 de la Organización Mundial de la Salud (OMS), orientó la educación médica en el sentido de la producción de médicos “que promuevan la salud de toda la población”. El contenido de esta educación debe integrar la salud y su promoción, los problemas comunitarios y la comprensión de las personas en su totalidad, de los valores sociales y de la comunicación. Los métodos deben ser activos y autodirigidos con el fin de promover la capacidad de los estudiantes de aprender y comunicarse ^{7, 36}.

Es evidente que la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud y los Ministros de Salud de Países No Alineados consideran que la APS continúa siendo la principal estrategia para lograr

equidad y calidad en salud en función de los objetivos anteriormente expuestos.

La autora se pronuncia por los que consideran que los diseños curriculares para la formación médica deben ser consecuentes con los objetivos trazados por la OMS hasta el 2020 y los mismos deben de responder con el egreso de un médico generalista capaz de resolver los problemas básicos y generales de la salud con su desempeño en la APS tendientes a elevar la salud de la población mundial, a experiencia de la Universidad Médica Cubana ha respondido a este fin desde hace más de cuatro décadas.

La nueva estrategia cubana de formación médica, establece una real concordancia entre los escenarios de formación y los laborales, en virtud de que la formación transcurra allí donde el estudiante habrá de desempeñarse como profesional, siendo los escenarios de la APS los espacios principales de formación académica para el desarrollo de la Medicina General Básica, que sirve además como primer escalón de la formación de especialistas en Medicina General Integral, que es el tipo de profesional que necesita el país.

El proceso formativo en estas experiencias es dirigido por el especialista en Medicina General Integral, que es el profesor por excelencia y este proceso se caracteriza por:

- El desarrollo de la gestión docente asume como principio didáctico esencial la relación docente-asistencia- investigativa.
- La función docente educativa es inherente al perfil de desempeño del especialista en Medicina General Integral.
- El perfil del egresado del Nuevo Programa de Formación Médica toma como modelo el desempeño del Médico General Integral cubano internacionalista.
- El especialista en Medicina General Integral es el profesor principal responsable de la formación de pregrado y responde integralmente por la formación en ciencias básicas y por el trabajo clínico, epidemiológico,

social y comunitario, con la participación de otros profesionales del sistema de salud.

- La gestión docente se acompaña de la modernización de los procesos de aprendizaje con la introducción de recursos informáticos y métodos activos de enseñanza lo cual, unido a lo expresado con anterioridad, determinará una mayor eficiencia en el proceso de aprendizaje con la consecuente elevación de la competencia de los graduados para dar satisfacción a los problemas de salud que se le planteen^{37, 38}.

Estas características que distinguen el proceso formativo en Cuba evidencian el rol protagónico de los especialistas de MGI como tutores en la formación de los profesionales de la salud y la responsabilidad que demanda esta función.

Como se enunció anteriormente en el Modelo del Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral de enero del 2004, vigente actualmente se define como función docente educativa educativa: “Planificar, organizar, ejecutar y controlar actividades educativas, en el campo de la Medicina General Integral con la población que atiende y con los educandos de ciencias médicas de pre y postgrado, según les corresponda y de acuerdo a los planes y programas de estudios vigentes”.

Borroto ER, Lemus ER y Aneiros R, en 1998, profundizan en esta función y la caracterizan de la siguiente forma, cita textual: “La función educativa se define como la participación del médico de familia en la formación de los recursos humanos en el escenario de atención primaria con el apoyo del resto de los niveles del sistema de salud”³⁶.

“Esta formación se produce de forma consustancial al proceso de atención médica, insertando en esa práctica concreta a los educandos de modo tal que el proceso de enseñanza y aprendizaje en el escenario primarista utiliza como método fundamental la educación en el trabajo y por el trabajo con el objetivo de adquirir conocimientos y habilidades en el desempeño profesional propio de la atención primaria”³⁶.

“La formación en la que participa el médico de familia puede ser de pregrado, postgrado o educación permanente. La función educativa implica que el médico de familia sea formado en la atención primaria o que participe en la formación de estudiantes de Medicina y de otras carreras de la salud propias de la educación universitaria. La adecuada capacitación de los médicos de familia, enfermeros, agentes comunitarios y otros trabajadores de la APS se constituye en un elemento esencial para el éxito de la medicina familiar”³⁶.

La función educativa expresada por estos autores, se corresponde con la función educativa prevista en el Plan de la Especialidad en MGI. El análisis de estas ideas evidencia, que el desarrollo de esta función está relacionado con las competencias docentes básicas, tales como la didáctica, la organizativa y la de comunicación, atributos éstos que permiten una gestión docente más efectiva y pertinente³⁸.

La formación académica de la medicina familiar tiene el objetivo de desarrollar un nivel de competencia profesional que garantice un desempeño exitoso en el proceso de atención a la salud, incrementando el poder resolutivo, la calidad, la pertinencia y la calidez de las prestaciones sanitarias, de manera tal que satisfaga eficientemente las necesidades de salud que orientaron su formación y contribuya al aumento permanente de la credibilidad social de este modelo de atención, lo que se relaciona con un desempeño exitoso de la función docente educativa.

La otra vertiente de la función educativa consiste en el rol que juega el médico y su equipo de salud como educador de las conductas y estilos de vida de los individuos, las familias y la comunidad; así como la capacitación activa de los líderes comunitarios y los agentes de salud³⁶.

Elementos específicos del proceso enseñanza aprendizaje y la educación en el trabajo en la APS.

La tendencia de la enseñanza de la medicina en la actualidad es la formación de los estudiantes en los escenarios laborales donde habrá de desempeñarse como profesional. El estudio - trabajo acorta el tiempo que media entre la adquisición de los conocimientos y las habilidades y su empleo en las tareas

propias del futuro profesional, con lo que se va conformando su modo de actuación.

Las ideas acerca de la combinación del estudio con el trabajo, como principio del sistema educacional cubano a todos los niveles de enseñanza, han tenido su origen en los idearios martiano y marxista. Al respecto Martí señaló ³⁹:

"Que el hombre viva en analogía con el universo y con su época... Esto no se aprende o se aprende mal en los libros... Hay que venir a aprender esto donde está en pleno ejercicio y curso práctico... Esta educación directa y sana; esta aplicación de la inteligencia que inquiere a la naturaleza que responde; este empleo despreocupado y sereno de la mente en la investigación de todo lo que salta de ella, la estimula y le da modos de vida...

"Que la enseñanza científica vaya, como la sabia de los árboles, de la raíz al tope de la enseñanza pública".

C. Marx y F. Engels a su vez puntualizaron^{40, 41}:

"... la combinación del trabajo productivo con la enseñanza desde una edad temprana es uno de los más potentes medios de transformación de la sociedad actual".

"... en la sociedad socialista el trabajo y la educación deben ir unidos con lo cual se asegurará una formación técnica múltiple y una base práctica para la educación científica...".

En la experiencia de la Universidad Médica Cubana ha sido una realidad desde hace más de cuatro décadas la concreción de estas aspiraciones en relación con la formación médica, con la puesta en marcha de diseños curriculares que han privilegiado la formación de un médico generalista y escenarios formativos propios de la práctica profesional.

En cada territorio las unidades docentes, atencionales e investigativas del SNS se constituyen en "complejos de salud", que son la base de la integración docente -atencional - investigativa; donde esta última actúa como eje integrador

y factor esencial para elevar la calidad de la práctica médica y la educación médica.

El servicio de salud es el espacio donde coexiste esta integración e interfase, y se desarrollan los procesos laboral y educativo, tanto del pregrado como del postgrado, y donde es necesario promover la calidad total y la acreditación correspondiente, con el fin de elevar la eficiencia y eficacia de la salud pública³⁴.

La organización del servicio la centramos en el principio del estudio - trabajo, se concreta en la educación en el trabajo, como actividad única, integradora de las acciones del grupo básico de trabajo o el equipo de salud, y cuyos resultados se verifican mediante la evaluación de la competencia y el desempeño profesional de profesores y educandos, así como a través de la auditoría médica.

Adoptamos en este trabajo la concepción de Ilizástigui de la educación en el trabajo como principio y forma organizativa principal del proceso docente educativo, así como de la integración docente, atencional e investigativa en los servicios de salud^{42,43}.

La educación en el trabajo debe entenderse como la formación e instrucción del educando a partir de la práctica médica, para cualesquiera de las funciones esenciales de la educación médica, complementadas congruentemente por actividades de estudio que profundicen y consoliden los conocimientos, las habilidades sensoriales e intelectuales, las destrezas, los valores, sentimientos y conductas profesionales, surgidos de la práctica médica. Al finalizar las actividades de estudio, realizadas las veces que sean necesarias, es pertinente volver de nuevo a la práctica médica, para hacer más plena, eficiente, profunda, esencial y motivadora la preparación del educando⁴².

Asumimos el trabajo como la acción transformadora de la realidad, por lo que la educación debe considerarlo como medio de acción y como fin último de transformación del estado de salud de la población. La práctica médica es el medio para "construir" los sistemas de conocimientos y de habilidades

esenciales en el educando, así como transmitirle nuestro sistema de valores morales que contribuyan al desarrollo de su personalidad.

La educación en el trabajo se caracteriza por^{42, 44}:

- El educando aprende trabajando en el contexto real del trabajo profesional: el servicio de salud y la comunidad, y su objeto de estudio es el propio objeto del trabajo profesional;
- se desarrolla en un proceso único, a través de la aplicación del método científico de trabajo profesional: método epidemiológico, método clínico, proceso de atención de enfermería, método tecnológico, método científico y método dialéctico materialista;
- los métodos de trabajo profesional se emplean como métodos de aprendizaje y son el motor impulsor de las actividades de estudio;
- se concreta en tareas docentes problémicas (que se basan en los problemas de salud), que se ejecutan de forma progresiva, con complejidad creciente y la participación activa del educando, que a través del par dialéctico acierto - error, va consolidando sus conocimientos y desarrollando las habilidades;
- mientras el educando aprende trabajando, participa en la consolidación o transformación del estado de salud de la comunidad, la familia y el individuo;
- se organiza y desarrolla la integración docente – atencional – investigativa - administrativa, que no es más que el proceso de interacción entre los docentes, los educandos y la sociedad, que al efectuar la enseñanza aprendizaje en condiciones reales y productivas, contribuye de manera directa al incremento de la calidad de la atención a la población.

Según el reglamento para la organización del proceso docente educativo para los Centros de Enseñanza Médica Superior la educación en el trabajo es la forma fundamental de organización del proceso docente-educativo en los años

de estudio superiores de las carreras de la Ciencias Médicas, en la que el estudiante recibe docencia y participa en la atención de personas sanas o de enfermos y contribuye, en alguna medida, a la transformación del estado de salud del individuo o de la colectividad.

Además permite profundizar en el conocimiento científico-técnico y particularmente en el dominio de los métodos y técnicas de trabajo de las ciencias médicas, que son de aplicación en la atención médica, estomatológica y de enfermería y su principal objetivo es la contribución a la formación de las habilidades y hábitos prácticos que caracterizan las actividades profesoras del egresado de ciencias médicas; la adquisición de los métodos más avanzados del trabajo y los rasgos que conforman su personalidad en la sociedad socialista.

Contribuye también a consolidar y ampliar los conocimientos adquiridos durante el desarrollo del proceso docente-educativo y para que se desarrolle adecuadamente este proceso se necesita de un profesional que cumpla con los requisitos científicos, pedagógicos, metodológicos y además posea un alto nivel de valores, para que se cumplan las indicaciones previstas en la planificación, organización y desarrollo de la formación de los profesionales de la salud ^{45, 46}.

Para el diseño curricular de Medicina en Cuba, el tutor es "un profesional de la Atención Primaria de Salud que participa en la formación integral de los estudiantes de las carreras de Ciencias Médicas (Carpeta Metodológica. Organización, desarrollo y control del proceso docente-educativo en la Atención Primaria de Salud. Ministerio de Salud Pública. La Habana, Cuba. 2002) ⁴⁷.

A través de los diferentes tipos de actividades de la educación en el trabajo: pase de visita, atención ambulatoria, guardia médica, presentación y discusión de problemas de salud, etc., el educando desarrolla los modos de actuación profesional; se apropia de los métodos de trabajo; se familiariza con las tecnologías propias de cada nivel de atención médica; desarrolla su pensamiento creador e independiente; aprende a trabajar en equipos multidisciplinarios; aprende a identificar sus problemas cognoscitivos y

conativos, organizando las acciones correspondientes; consolida los principios bioéticos; y aplica los métodos investigativos en su propia práctica médico social ⁴⁵.

Para poder desarrollar la educación en el trabajo como forma organizativa esencial del proceso docente educativo en las Ciencias de la Salud, se requiere según Ilizástigui y Salas-Perea en primer orden de un diseño curricular que la privilegie en cada uno de sus componentes: objetivos, contenidos, métodos, medios y evaluación del aprendizaje. En segundo lugar el proceso docente educativo tiene que estar organizado en cada asignatura y disciplina (estancia y rotación), según la lógica de las ciencias de la salud, en correspondencia con el objeto de trabajo, el campo de acción, la esfera de actuación profesional, así como con los principios y las normas de la educación médica contemporánea ^{42,44}.

En tercer orden se requiere una organización en régimen de estancias por el carácter programado o aleatorio de las necesidades de aprendizaje y los niveles de supervisión, control y responsabilidad requeridos.

En cuarto lugar, que el trabajo docente atencional se desarrolla a través del equipo de trabajo: profesores (de diferentes categorías docentes), tutores, especialistas, profesionales, residentes (de diferentes años), enfermeros, técnicos, internos y demás estudiantes; y hay que organizarlo siguiendo el principio del "trabajo en cascada", donde cada uno tiene la obligación de enseñar y controlar a los compañeros del escalón inmediato precedente, en una dinámica en que todos aprenden de todos, tomando como eje la problematización de las propias situaciones de salud. ^{42,44}

Como se hizo referencia en el tercer aspecto enunciado anteriormente la organización en estancias facilita el desarrollo de la educación en el trabajo. La estancia es una unidad curricular que organizativamente toma la educación médica para llevar a efecto el proceso docente educativo a partir de la práctica médica en el ciclo clínico epidemiológico del currículo. Es la forma de desarrollar concentradamente, en un periodo dado, una asignatura o parte de una disciplina centro, a dedicación total; que puede tener pasantías o

subestancias y cuenta con un sistema de evaluación propio, basado en la evaluación de la competencia y desempeño profesional de los modos de actuación correspondiente. Es una forma de organizar la educación en el trabajo que requiere de un tratamiento previo como proceso por el personal responsable, que incluye al profesor y directivos docentes de la institución¹³.

La educación en el trabajo no aflora de forma espontánea durante la ejecución de sus diferentes actividades, sino que requiere de planificación, organización, dirección y control. El profesor-tutor, a punto de partida de los objetivos específicos de cada actividad docente en correspondencia con las temáticas de estudio, tiene que asegurar el desarrollo de la estrategia docente de la estancia en cuestión y establecer las tareas docentes que cada integrante del equipo tiene que ejecutar en cada actividad de la educación en el trabajo.

A su vez tiene que definir las acciones individuales, relacionadas con la tarea docente y que como trabajo independiente cada cual tiene que realizar (dentro y fuera del tiempo lectivo), y cuyos resultados serán controlados y evaluados en la próxima actividad docente⁴⁸.

Por lo que el tutor desempeña un papel esencial en la formación integral del estudiante y tiene la responsabilidad de integrar el sistema de influencias educativas presentes en los distintos ámbitos de su desarrollo personal. Para ello, debe poseer una preparación pedagógica que le permita identificar las necesidades educativas de los estudiantes, realizar las acciones personalizadas que correspondan y valorar la efectividad de las mismas⁴⁹.

El papel del tutor en el proceso de formación en los escenarios de APS.

Los nuevos modelos pedagógicos y escenarios producen el surgimiento de nuevos roles entre los implicados en los procesos formativos, en particular en la educación superior, y en el trabajo se reflexiona para llegar a fundamentar y precisar la denominación de orientador para lo que hasta ahora se ha nombrado el profesor o tutor⁵⁰.

El rol fundamental que desarrolla el orientador es el de tutoría en sus tres áreas:

- Psicológica, atendiendo aspectos personales, familiares y sociales del docente en formación que impacten en su desempeño académico.
- Pedagógica, incidiendo básicamente en el desarrollo de habilidades de aprendizaje, con énfasis en el autoaprendizaje y el aprendizaje colaborativo.
- Orientación profesional, en este caso dirigido en lo fundamental a la labor que como docente universitario debe desempeñar.

La tutoría se entiende como la actividad que realizan determinados profesores fuera del contexto de la clase. Los tutores son aquellos profesores encargados de orientar al estudiante en aspectos específicos de su formación: en el desarrollo de las tareas de investigación (tutores científicos), o de las tareas vinculadas a la práctica profesional (tutores para el desarrollo de las prácticas laborales), o al desarrollo personal para el desarrollo de cualidades personales: autoestima, independencia, competencias sociales; para la orientación en el proceso de adaptación a la Universidad, el desarrollo de habilidades de estudio⁵¹.

El profesor-tutor acompaña al estudiante, en el proceso de su formación y lo orienta de acuerdo a sus necesidades, por lo que constituye una atención personalizada.

La comprensión de la función tutorial en la universidad depende además de la concepción del proceso de enseñanza-aprendizaje que se asuma. Como decíamos anteriormente, en la actualidad existe un consenso en considerar que la tutoría es una función inherente a la actividad del profesor, al respecto Zabalza, expresa: Que la función tutorial llega a impregnar el propio concepto de profesor. Parece fuera de toda duda que todo profesor, sea cual sea la etapa educativa en la que ejerce su función, es no solo enseñar, sino también tutor de sus estudiantes. La tutoría ha pasado a formar parte de la idea generalizada de que enseñar no es sólo explicar unos contenidos sino dirigir el proceso de formación de nuestros alumnos ⁵¹.

En el trabajo del tutor se integra el sistema de relaciones básicas que se establece a partir de la asesoría académica e investigativa de los profesores de

las diferentes asignaturas, la extensión universitaria, el colectivo laboral al que pertenece el educando y la orientación hacia la profesión que estudia.

El primer deber del tutor en todo su trabajo tutelar se refiere a la adquisición de una capacitación sólida para su actividad.

Sobre lo que debe conocer el profesor-tutor para orientar profesionalmente a sus tutelados se enuncia a criterio de algunos autores con los cuales coincidimos.

- Las características de la labor que realizan: Ello le permite estimular al estudiante para emplear en su trabajo diario los elementos propios de la profesión que vayan adquiriendo en su vida como estudiantes. A partir de aquí el estudiante puede aplicar su profesión a la ocupación que realiza, propiciándose la unidad entre lo académico, lo laboral y lo investigativo.
- Las características del objeto de estudio de la profesión, sus campos de actuación, principales problemas profesionales y el modelo del profesional que se aspira a formar. Este requerimiento se da en el caso de los profesores tutores que no son graduados de la misma especialidad que estudia el alumno.
- El plan de estudios de la carrera por semestres y años académicos: Esto posibilita ir vinculando los conocimientos y habilidades que van adquiriendo los alumnos en su labor cotidiana, a la vez que facilita el logro de una matrícula responsable y en un orden lógico de las asignaturas.
- Los elementos necesarios de Psicología de la Personalidad, Psicología del Desarrollo y Psicología de la Educación para resolver el proceso de formación motivacional a través de la educación ^{52, 53}.

En las propuestas anteriores se agrupan aspectos básicos y abarcadores que exigen una preparación íntegra del profesor y competencias docentes inherentes a complejidad de la labor que le corresponde realizar.

El tutor de las sedes universitarias se define como el educador “responsable de integrar el sistema de influencias educativas, cuyos modos de actuación se identifican con orientar en los distintos ámbitos de la formación del estudiante, promoviendo el crecimiento personal y el desarrollo de la autodeterminación”⁴⁷.

Las funciones del Tutor son de guía de orientación, de apoyo y control de la preparación del estudiante en su desempeño profesional y en su formación integral teniendo en cuenta los estilos de aprendizajes.

El profesor-tutor se debe situar en el contexto de la comunicación didáctica, a lo largo de la historia de la pedagogía, y según el modelo o paradigma que desarrolla su labor; en la actualidad, adquiere un papel relevante, lejos de ensombrecerse; debe ser capaz tener dominio del diseño y desarrollo del curriculum, que le convierten en elemento privilegiado en todo el proceso intercomunicativo y brindar una ayuda efectiva en los procesos individuales de aprendizaje, orientador y organizador de dinámicas, experiencias y situaciones de aprendizaje.

El trabajo que desarrolla este profesor ha de tener un verdadero valor social; debe estar pedagógicamente estructurado; y su organización debe motivar al educando y propiciarle la consolidación y aplicación de los conocimientos esenciales, así como el desarrollo de las habilidades y los hábitos requeridos.

Según la Carpeta Metodológica del Policlínico Universitario, puesta en vigencia en el 2005 se establecen características, funciones, obligaciones y necesidades del tutor donde enuncia que debe ser un médico graduado (Especialista o Residente de MGI) que contribuye directamente a la formación integral del estudiante. En virtud de sus funciones y relevancia social, el Tutor posee elevadas cualidades morales, políticas y científicas, destacándose por su excelente desempeño profesional en la relación con la comunidad, la familia y el individuo⁴⁷.

Dentro de las funciones que debe desarrollar el tutor podemos citar en primer lugar la función asistencial donde debe ser modelo de trabajador y obtener buenos resultados en su trabajo, en segundo la función investigativa en la cual debe desarrollar de investigaciones que contribuyan a resolver las

problemáticas que presente su población y contribuir en el desarrollo de habilidades en la metodología de la investigación de los estudiantes y en tercer lugar la función docente educativa en que juega un papel integrador del conocimiento (interdisciplinariedad).

Se consideran también en sus funciones la preparación para lograr vincular las ciencias básicas con las clínicas, orientar hacia el perfil de salida (contribuir en la formación del profesional que se necesita), contribuir a la formación de la personalidad del estudiante y del futuro trabajador de la salud (participar en la elaboración y ejecución de los proyectos educativos) y participar, emitiendo criterios, en la evaluación integral del estudiante en las diferentes asignaturas, aclarando que su orden no define prioridad de una sobre otra.

Todas las funciones enunciadas con anterioridad traducen un profesional competente, con un desempeño laboral exitoso y que constituya un verdadero ejemplo para el estudiante en formación, esto sin duda se revierte en calidad de la atención médica en la APS.

El tutor tiene además obligaciones que debe cumplir dentro de las que se destacan conocer el plan de estudios de manera general, las asignaturas que se imparten en cada semestre y el papel que le corresponde desempeñar en el desarrollo de los contenidos de cada una de ellas, desde su puesto de trabajo, asistir al estudiante en el proceso de aprendizaje durante toda la formación y participar en su formación político- ideológica, ética y estética; colaborar con el desarrollo de adecuados métodos de estudio y habilidades para la organización del tiempo del estudiante.

Entre otros deberes que se les atribuye son las de propiciar la inserción del estudiante en el trabajo con el individuo, la familia y la comunidad, demostrándole la necesidad del enfoque en sistema del trabajo comunitario (orientación al perfil de salida), participar en el desarrollo de habilidades para la comunicación y con ello la prevención, promoción y rehabilitación de la salud y la curación de la enfermedad, colaborar en el desarrollo de habilidades relativas al logro de la participación de la comunidad en la búsqueda de soluciones a los problemas de salud, contribuir a la identificación de dificultades

personales de los estudiantes y trabajar en la búsqueda de las soluciones correspondientes.

Los tutores además tienen el compromiso de contribuir al desarrollo de una cultura investigativa en los estudiantes, participar en el proceso evaluativo de los estudiantes, asistir a las actividades de preparación metodológicas que se les oriente y superarse en temas de orden pedagógico para poder jugar el rol de educador, que contribuya directamente en la formación de la personalidad del estudiante; así como en los propios de la especialidad.

Para poder desarrollar su función de tutoría también tiene la necesidad de disponer de cuatro horas semanales (Colectivos de año, otras actividades de preparación científica y pedagógica) y tener acceso a todos los materiales docentes (programas, P1, videos, Software, etc).

En la opinión de la autora estas necesidades declaradas en la carpeta metodológica no son suficientes para cumplir con las obligaciones que se le imputan, en el Plan perfeccionado del médico y enfermera de la familia no está designado ningún espacio para la autopreparación del tutor, ni de participación en reuniones metodológicas, elementos medulares para el buen desarrollo del proceso docente educativo en el CMF⁵⁴.

Formación del Especialista de MGI y la enseñanza de posgrado.

El diseño del sistema de formación del especialista de Medicina General Integral (MGI) en el subsistema de Educación de Posgrado en Cuba tiene como objetivo fundamental la superación constante y sistemática del personal de salud en sus conocimientos generales y especializados, el desarrollo de sus habilidades y destrezas que permitan el incremento de la calidad de los servicios y contribuya a la satisfacción de las necesidades sociales. Este subsistema se estructura a partir de las siguientes modalidades de formación académica: Especialidad y maestría^{55, 56}.

La otra modalidad que es la superación profesional agrupa a los diplomados, cursos, otras formas que incluyen la autopreparación, la conferencia especializada, el taller, el seminario, el debate científico, el encuentro de

intercambio de experiencias y otras que posibiliten el estudio y la divulgación de los avances de la ciencia, la técnica y el arte.

Cuba ha impulsado el desarrollo del nivel de atención primaria desde el inicio de la Revolución en 1959. No obstante, no es hasta la primera mitad de la década de los ochenta, con la concepción y puesta en marcha de un nuevo modelo de atención primaria basado en el médico y la enfermera de la familia y en la formación de un especialista en Medicina General Integral en la propia comunidad, con un enfoque de "guardián de la salud" es decir, predominando la promoción de la salud la prevención de enfermedades y la participación activa, de la comunidad en la identificación y solución de sus propios problemas^{57, 58}.

De los 42 634 médicos existentes en el país en diciembre de 1991, trabajaban como médicos de familia 15 141. De ellos 10 328 trabajaban directamente en la comunidad ya fuese en áreas urbanas o rurales, zonas montañosas o cooperativas agropecuarias, de tal modo que el 67,6% de la población está atendida por médicos de familia. Este modelo constituye una "atención primaria de salud integral, continua, calificada, que aplique tecnologías apropiadas, realmente adecuadas a las necesidades que plantean los problemas de salud de la población" ⁵⁹.

En Cuba la especialidad de MGI, se estudia durante tres años como proceso de formación de postgrado, a partir de un médico general básico que requiere seis años de formación de pregrado con un perfil profesional orientado a la Atención Primaria de Salud (APS). Dicha especialidad tiene como principal escenario de formación a la propia comunidad en la que el residente se desempeña como médico de familia, bajo la asesoría permanente de un grupo de profesores tutores de las especialidades de Medicina Familiar, Medicina Interna, Pediatría, Ginecobstetricia y Psicología.

El sistema de enseñanza para la formación de especialistas de MGI se apoya en el principio de la educación cubana de vincular al hombre con la vida y a la educación con el trabajo y tiene como eje fundamental la educación en la práctica del servicio concreto de APS, además rotaciones en las principales

áreas de atención secundaria y culmina con la realización de un examen estatal ejecutado ⁶⁰.

La MGI integra los conocimientos y habilidades de las ciencias socio-bio-médicas con una sólida preparación clínica que permite resolver la mayoría de las necesidades de salud de la población. La estructura del programa de la especialidad presenta cinco áreas que responden a la función rectora de atención médica y que abarca las Bases de la Medicina Familiar, las Actuaciones Básicas en Medicina Familiar, las Acciones de Salud en la Comunidad, Acciones de Salud en la Familia, Acciones de Salud en Grupos y Colectivos y Acciones de Salud en el Individuo.

Tiene entre sus premisas fundamentales la transformación comunitaria en verdadero sujeto-objeto de las acciones de salud, orientada a lograr que las modificaciones en los perfiles de salud-enfermedad sean el resultado no solo de los cambios conductuales individuales, sino de la adopción colectiva de conductas más saludables ⁶⁰.

A partir de la Cumbre Mundial de Educación Médica celebrada en Edimburgo en 1993, se viene desarrollando un movimiento internacional para la búsqueda de un cambio articulado entre la educación médica, la práctica médica y la organización de salud que posibilite la formación de un profesional que responda a las necesidades económico-sociales de sus respectivos países y sea capaz de enfrentar los avances científicos y tecnológicos, sobre la base de la cooperación e interrelación, tanto en los ámbitos nacionales y regionales como mundial ⁶¹.

El desafío que hoy se abre es el de una universidad que busca la creatividad y flexibilidad curricular, junto con el avance en la producción intelectual y científica de aplicación, tanto en la creación de conocimientos como en la producción y los servicios; por tanto, una universidad que establece relaciones con todos los sectores de la sociedad y con los distintos contextos socioculturales del territorio, provincia, nación y con otros países ⁶¹.

En la educación en el trabajo, el papel del profesor y el residente difieren de las formas tradicionales de la enseñanza. El profesor deja de ser fuente básica del saber y del hacer y se convierte en un tutor cuya función es orientar y organizar las condiciones que favorecen el aprendizaje. Por otra parte, el residente se convierte en objeto de su propio aprendizaje al trabajar y estudiar independientemente.

Al enfrentarse al desempeño de su actividad profesional, el residente aprende por sí mismo, adquiere independencia en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y en la toma de decisiones ante problemas de salud, y aplica la creatividad y el criterio científico necesario para solucionar cada situación. El estudio independiente le hace adquirir hábitos y habilidades que le permiten buscar información científico-técnico para mantenerse al día en su especialidad.

En la formación profesional en general y mucho más en la de postgrado en ciencias de la salud, el educando debe desarrollar: habilidades clínicas, técnicas y de interacción personal; conocimientos teóricos y prácticos; valores sociales y morales en general que le permita la toma de decisiones en la solución de los problemas de la práctica médica.

El programa de formación posgradual de la Medicina General Integral en Cuba debe responder a las características y necesidades de la comunidad, de forma tal que el perfil del egresado sea consecuente con estas necesidades y pueda contribuir a la elevación de los niveles de salud de la población. Por tanto los contenidos de dicho programa deben responder a los fundamentos que le dieron origen.

La especialidad Medicina General Integral tiene el objetivo de desarrollar un nivel de competencia profesional que garantice un desempeño exitoso en el proceso de atención a la salud, incrementando el poder resolutivo, la calidad, la pertinencia y la calidez de las prestaciones sanitarias, de manera tal que satisfaga eficientemente las necesidades de salud que orientaron su formación y contribuya al aumento permanente de la credibilidad social de este modelo de atención.

Las funciones previstas en el perfil de esta especialidad son, las de: atención médica, docente educativa, investigación y administrativa. La precisión de la función docente educativa sustenta el desempeño de este especialista como profesor en el campo de la MGI, tanto en el pregrado, como en el postgrado.

Por otra parte la enseñanza de la Medicina desde el primer año de la carrera transcurre en los espacios propios de la APS, convirtiéndose el CMF en el escenario formativo fundamental, donde al mismo tiempo se desempeña el especialista y se forma al residente.

La formación del especialista de Medicina General Integral se ha caracterizado básicamente por potenciar su perfil asistencial restando importancia a la función docente, que también comprende un conjunto de actividades que complementan su desempeño profesional.

El programa de estudio del MGI contiene la relación de obligaciones funcionales a cumplir por el futuro especialista. Las funciones definidas para este Especialista son cinco: la de Atención Médica Integral, la Docente-Educativa, la de Administración, la de Investigación y las Especiales, todas ellas engarzadas en un sistema por la estructura de la formación ético-humanística y en el que la función rectora es la de Atención Médica Integral⁶².

Dentro de la función Docente y Educativa se contemplan las siguientes: En primer lugar planifica, organiza, ejecuta y controla actividades docentes, en el campo de la Medicina General Integral, con los educandos de Ciencias Médicas de pre y postgrado, según le corresponda y de acuerdo a los planes y programas de estudio vigentes; en segundo lugar capacita a los líderes de la comunidad para desarrollar actividades de promoción y educación para la salud en su población, así como realiza dichas actividades con las personas, familias, grupos y colectivos objeto de su atención.

En tercer lugar participa en actividades de formación académica y de superación profesional posgraduada en el campo de la Atención Primaria de Salud y la Medicina General Integral, en las tres funciones.

Según el programa de estudio los residentes de MGI deben cursar el módulo de Docencia en el primer año de la especialidad el que está programado para solo dos semanas, donde se propone como objetivos desarrollar un proceso de autosuperación y autoevaluación, lograr una pericia pedagógica y científica para el desempeño de su labor como parte del proceso docente educativo y alcanzar una superación política e ideológica y de valores morales que le permitan aplicarlo en el proceso docente.

La autora tiene el criterio que no hay concordancia entre el tiempo que se dispone para desarrollar el módulo de docencia en los residentes y las funciones declaradas en el egresado como especialista de MGI y si además se tiene en cuenta que es el primer contacto del médico con ese contenido pues en el currículo de carrera no se aborda en ningún año de la carrera.

Es esta una de las debilidades que generan dificultades en las competencias docentes en estos profesionales, cuando los retos que nos impone la universalización de la enseñanza y la extensión de nuevos escenarios de formación requieren de un especialista mejor capacitado para enfrentar el proceso docente educativo con calidad.

Competencias docentes.

Existe una preocupación justificable de que los deficientes hábitos de aprendizaje de los estudiantes de medicina son con frecuencia agravados por la falta de experiencia educacional de sus profesores. Sin embargo, las habilidades aprendidas en las investigaciones mejoran la capacidad de los profesores para ayudar a los estudiantes a captar los conceptos de las ciencias biomédicas, sociales y psicológica.

La competencia profesional es el conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes que permitan el ejercicio de la actividad profesional conforme a las exigencias de la producción y el empleo, consigue la mejora de dicho ejercicio profesional y obtiene como resultado un aumento en la calidad del desempeño profesional en líneas generales⁶³.

En este concepto podemos resaltar la visión de conjunto de los conocimientos, habilidades y actitudes, mostrando una interdependencia, combinación de ellos, y no como características aisladas.

Para el holandés Mertens la competencia laboral consiste en la aptitud de un individuo para desempeñar una misma función productiva en diferentes contextos y con base en los requerimientos de calidad esperados por el sector productivo. Esta aptitud se logra con la adquisición y desarrollo de conocimientos, habilidades y capacidades que son expresados en el saber, el hacer y el saber hacer ⁶⁴.

Esta definición anterior de competencias profesionales, con lo que coincide la autora, revela la importancia de la unidad de la teoría con la práctica, al definirse la competencia en términos de lo que sabe el hombre y lo que hace con eso que sabe, aunque la identifica con el término aptitud.

Este mismo investigador en el marco de un Seminario Internacional sobre Gestión del Recurso Humano por Competencias, celebrado en Colombia a finales del 2005, considera que el mundo está entrando a una nueva generación de competencias, donde las personas contribuyen al logro de los objetivos corporativos, con el desarrollo de unas funciones específicas y además, aportan creatividad, innovación y mejoramiento continuo para hacer posible el cambio en los procesos productivos, ser más eficientes y rápidos en la respuesta a las exigencias del mercado.

Para Vargas Zúñiga, las competencias implican la intersección de varios conjuntos de habilidades, destrezas, conocimientos y actitudes necesarios para el desempeño óptimo en una ocupación o función productiva determinada. Este autor también valora la unidad de características puestas en práctica para una función determinada, lo cual supone que varíe la combinación de características en dependencia de la situación ⁶⁵.

En el estudio de las competencias también se proponen múltiples clasificaciones, una de ellas es en competencias básicas y generales, otra es la clasificación en técnicas, metodológicas, participativas y personales, específicas e inespecíficas, otra las agrupa en prospectivas, argumentativas e

interpretativas, estos y otros criterios toman como punto de partida ya sea las funciones, o los procesos que tiene lugar en la estructuración de las competencias viéndolas desde lo general hasta lo particular⁶⁶⁻⁶⁸.

Los investigadores cubanos, con el propósito de perfeccionar nuestros sistemas formativos y de cumplir con la máxima de nuestra educación de formar hombres y mujeres para la vida, también han desarrollado diferentes conceptos de competencias para lograr acortar la distancia entre ellos y la sociedad demandante, en el afán de formar a una persona para nuestra sociedad con la formación integral que se requiere, y que sea capaz de resolver problemas de la práctica en Cuba y en el mundo.

Para Cejas Yanes, las competencias tienen que ser integradoras de conocimientos, habilidades, actitudes y capacidades, tienen que ser competencias para formar al hombre para la vida, no competencias para formarlos para un puesto de trabajo. No formar un graduado trabajador desechable, que una vez concluido su ciclo productivo planificado quede desamparado en el mundo del trabajo. No formar máquinas sino hombres para la vida. Este investigador plantea que cualquier definición de competencias debe contener los siguientes elementos: sistema de conocimientos, habilidades, actitudes, aptitudes, motivaciones, que posee el individuo en la aplicación de su trabajo, resultando evidente un desempeño eficiente⁶⁹.

López Calichs enfoca a las competencias como la expresión de un conjunto de atributos de la persona que van más allá del conocimiento y abarca la formación de manera más integral, incluyendo las habilidades, actitudes, comunicación y personalidad, y por otra, la relación entre el conjunto de dichos atributos y el resultado o desempeño, lo que compromete a su vez, la actualización y perfeccionamiento constante del conocimiento y de las formas de hacer⁷⁰.

La competencia, como un enfoque integral de formación desde su diseño mismo, conecta el mundo del trabajo y la sociedad en general, con el mundo de la educación. Valiente Sandó considera que la competencia se expresa a través de cualidades del profesional que lo hacen apto, mostrando su

pertinencia en el desempeño exitoso de determinadas funciones, tareas y/o roles que son propios de la interacción con el objeto de su profesión, se afilia a la definición que ofrece Roca quien, citado por este autor, la define como una configuración que expresa los elementos, relaciones y sentidos que caracterizan los estados dinámicos del desempeño de un sujeto, atendiendo a su naturaleza dialéctica y holística, evidenciando sus posibilidades para un mejoramiento de su actividad laboral acorde con las cambiantes exigencias sociales⁷¹.

Otras definiciones que aportan un enfoque psicológico al término, lo hacen los investigadores González Maura y Nogueira Sotolongo, Rivera Michelena y Blanco Horta^{72, 73}.

Para González Maura, la competencia profesional es una configuración psicológica compleja que integra en su estructura y funcionamiento formaciones motivacionales, cognitivas y recursos personológicos que se manifiestan en la calidad de la actuación profesional del sujeto, y que garantiza un desempeño profesional responsable y eficiente⁷².

En este concepto analiza la estructura de las competencias, integrándola por formaciones motivacionales (interés profesional, valores, ideales), formaciones cognitivas (hábitos, habilidades) y formaciones afectivas (emociones, sentimientos), esto se integra en la regulación de la conducta profesional en la búsqueda de soluciones a problemas profesionales.

La competencia es una configuración psicológica individual compleja, que integra dinámicamente particularidades cognitivas, afectivas y motivacionales para responde a una demanda de la realidad. Desde el punto de vista pedagógico no solo van a interesar los conocimientos, sino los valores, motivaciones, sentimientos, habilidades actitudes, construidos socialmente por el hombre con una manifestación individual.

No obstante, para la concepción de las competencias, la posesión de determinadas estructuras o formaciones psicológicas como las anteriores no va a definir la competencia de éxito, es la forma de su funcionamiento dinámico, su forma de combinarse, las posibilidades de activarse para la realización

adecuada de la actividad que sin igualarla con las capacidades humanas, sí requiere del desarrollo de estas para poder manifestarse⁷⁴.

Posesión de un nivel satisfactorio de conocimientos y de habilidades relevantes que incluyen componentes relacionales y técnicos. Estos conocimientos y habilidades son necesarios para realizar las tareas propias de la profesión. La competencia difiere de la actuación puesto que ésta implica siempre las actividades que se llevan a cabo en situación de la vida real.

La competencia tampoco es lo mismo que el conocimiento pues incorpora la capacidad aplicativa. Cuanta más experiencia tiene el profesional que está siendo evaluado, más difícil es elaborar una herramienta para determinar su comprensión de la realidad y las complejas habilidades que suponen las tareas que lleva a cabo. La capacidad para integrar los conocimientos, las habilidades y el nivel de juicio profesional, es decir, el modelo genérico de competencia no puede ser observada directamente y sólo se puede inferir a partir de la actuación (performance)⁷⁴.

La competencia profesional o laboral en salud comporta e integra el conjunto de capacidades (conocimientos, habilidades y destrezas) desarrolladas a través de los procesos educacionales (formación académica y educación permanente) y la experiencia laboral alcanzada, sobre la base de los valores y actitudes conformados; que son aplicados para la identificación y solución de los problemas cotidianos que enfrenta en su práctica laboral en un área o servicio de salud determinado.

Por tanto, poseer capacidades no significa ser competente. La competencia no reside en las capacidades que una persona posee, sino en su movilización para resolver problemas. “Saber”, además no es poseer, sino utilizar; al poner en práctica una acción es que se llega a ser competente. Por otra parte, el “saber hacer” no es aplicar rutinariamente los saberes del individuo, sino es un “saber actuar”. El “saber actuar” conlleva un conjunto de acciones, donde la ejecución de cada uno es dependiente del cumplimiento del todo. La competencia exige saber encadenar diferentes actuaciones y no sólo aplicarlas aisladamente⁷⁵.

Las competencias van a ser adquiridas a lo largo de toda la vida laboral activa, y no pueden entenderse al margen del contexto particular donde se ponen en juego, o sea, no pueden separarse de las condiciones específicas del escenario donde se evidencian. Esto no quiere decir que cada contexto “exija” una competencia particular, lo que sería infinito, interminable. Gracias a su flexibilidad y adaptabilidad, el individuo dispone de sus recursos y en una acción combinatoria (integradora), a partir de experiencias anteriores, obtiene la solución o respuesta idónea para dicha nueva situación⁷⁵.

En dicho concepto, sobre todo a partir de la propia acción y del contexto, las competencias van más allá de la mera especialización técnica, para incluir dimensiones relacionales y sociopolíticas. El comportamiento técnico y metodológico ha de completarse con el comportamiento personal, político y social. Por otra parte, se sabe que el conocimiento científico es perecedero; por lo tanto toda competencia y calificación son también perecederas en el tiempo y el espacio⁷⁵.

En las diferentes definiciones del concepto de competencia laboral, tiene un papel preponderante el posicionamiento ideológico del autor, así como el nivel sociopolítico del país en cuestión, así como el desarrollo y la evolución de su sector educativo.

La evaluación de competencias es un proceso de verificación de evidencias del desempeño laboral, contra un estándar definido como norma, para determinar si es competente o aún no, para realizar una función laboral determinada. Siempre hay que tener presente que en ninguna evaluación es posible evaluarlo todo, por lo que siempre tiene que ser muestral; y su éxito dependerá de la calidad del contenido seleccionado, que tiene que contemplar acciones inherentes a cada una de las funciones de su desempeño laboral⁷⁵.

La evaluación de competencias es fundamentalmente de orden cualitativo. Se centra en establecer evidencias de que el desempeño fue logrado con base a la norma. Son evaluadas con el pleno conocimiento de los trabajadores y en la mayor parte, con base a la observación de su trabajo y de los productos del

mismo. También suele contener evidencias del conocimiento teórico y práctico aplicado en la ejecución de las actividades laborales.

Se entiende por Competencias Profesionales Pedagógicas: "las configuraciones de la personalidad del profesional de la educación que lo hacen idóneo para el desarrollo de la actividad pedagógica. Constituyen el contenido principal de su modo de actuación y se manifiestan en el desempeño de sus funciones. Son constructos que permiten estudiar, proyectar, revelar, evaluar de manera integrada un conjunto de conocimientos, habilidades y hábitos, capacidades pedagógicas, habilidades profesionales, intereses, motivaciones, valores, normas, estilos, orientaciones y cualidades de la personalidad del docente en relación con el desarrollo de funciones específicas. El contenido de las competencias incluye componentes conceptuales, procedí mentales, motivacionales y actitudinales, que en una interacción dinámica la configuran" (Pla, 2006) ⁷⁶⁻⁷⁸.

Son muchos los conceptos y definiciones que sobre competencia existen, La autora de este trabajo asume un concepto operacional que sirve de instrumento para su identificación, formación y desarrollo, por ello consideran que las competencias constituyen: "la posibilidad real que tiene el ser humano de integrar y movilizar sistemas de conocimientos, habilidades, hábitos, actitudes, afectividad y valores para la solución exitosa de aquellas actividades vinculadas a las satisfacción de sus necesidades cognitivas y profesionales, demostradas en su desempeño, al tomar decisiones y solucionar las situaciones que se presenten en su esfera de trabajo" ⁷⁹⁻⁸².

Últimamente han ido proliferando este tipo de propuestas sobre catálogos de competencias para definir el perfil profesional del profesorado. Es bien conocido el trabajo de Perrenoud y sus diez competencias del profesor. También la colega catalana Elena Cano ha desarrollado una propuesta de competencias. La autora coincide con la propuesta de Zabalza de diez competencias como marco para concretar la identidad y el desarrollo profesional de los docentes universitarios ^{16, 82,83}:

1. Planificar el proceso de enseñanza–aprendizaje;

2. Seleccionar y presentar contenidos disciplinares;
3. Ofrecer informaciones y explicaciones comprensibles;
4. Manejar didácticamente las NNTT;
5. Gestionar las metodologías de trabajo didáctico y las tareas de aprendizaje;
6. Relacionarse constructivamente con los alumnos;
7. Tutorizar a los alumnos y, en su caso, a los colegas;
8. Evaluar los aprendizajes (y los procesos para adquirirlos);
9. Reflexionar e investigar sobre la enseñanza;
10. Implicarse institucionalmente.

El profesor Zabalza MA al tratar el tema de las competencias docentes, destaca familias de competencias donde cada competencia básica puede posteriormente ser desglosada en unidades más específicas de competencias y las define de manera general como “conjunto de conocimientos y habilidades que los sujetos necesitan para desarrollar algún tipo de actividad”¹⁶.

A pesar la coincidencia de la autora con la propuesta de Zabalza, para la realización de este trabajo por la complejidad y lo novedoso de la educación en el trabajo como forma de organización de la enseñanza en el CMF y factibilidad para la evaluación de las competencias, asumimos las agrupaciones que nos propone Nogueira^{16, 17, 73}.

Esta reconocida autora ha investigado sobre la insuficiencia e importancia del desarrollo de competencias docentes básicas del profesional médico con funciones docentes, reconociéndolas como aquellas que no pueden dejar de caracterizar al profesor en la dirección del proceso de enseñanza-aprendizaje y de las que no hay duda de su pertinencia, se identifican tres las competencia académica, didáctica, y organizativas.

1. Competencia académica. Dominio de los contenidos propios de su asignatura.
2. Competencia didáctica. Manejo de los componentes personales y no personales del proceso enseñanza-aprendizaje. Tratamiento sistémico de las categorías: objetivos, contenidos, métodos, medios, formas de enseñanza y la evaluación como importante control de este sistema. Comprensión del proceso en su dimensión humana, y su valoración como un proceso bidireccional (relación alumno-profesor).
3. Competencia organizativa. Dominio de todo lo relacionado con la planificación, organización, ejecución y control de las acciones pedagógicas y didácticas involucradas en la formación del que aprende.

No obstante, los tiempos actuales exigen que la labor del profesor se caracterice por niveles de competencia y desempeño en correspondencia con las múltiples situaciones propias de la gestión docente, por ello, las competencias básicas, se enriquecen con la formación y desarrollo de otras tales como: Organizar y dirigir situaciones de aprendizaje, dirigir la progresión del aprendizaje involucrar a los alumnos en su aprendizaje y en su trabajo, trabajar en equipo, utilizar nuevas tecnologías de Información y de comunicación enfrentar los problemas éticos de la profesión, administrar su propia formación continua y utilizar una comunicación efectiva.

La formación del personal docente en todas las épocas ha constituido un problema álgido a partir de la misión asignada a estos profesionales y de las transformaciones que sufren las funciones de las instituciones docentes en dependencia del contexto sociohistórico, de los modos culturales, de los cambios sociales, del desarrollo tecnológico y en la actualidad, del fenómeno de la globalización que permite la intercomunicación entre diferentes culturas, idiosincrasias y grupos sociales. Es en este contexto, que la escuela debe preparar al hombre para la vida, desarrollar su capacidad de aprender contenidos nuevos y de resolver problemas y situaciones inéditas con creatividad así como fomentar su poder resolutivo.

Al personal docente se le plantean nuevos retos, con una nueva función: enseñar para aprender; de modo tal, que los estudiantes desarrollen procesos cognoscitivos para ser aplicados a situaciones cambiantes, para lo cual debe desarrollar habilidades, actitudes y competencias ⁸⁴.

Las competencias tienen dos finalidades: primero dan la posibilidad de diagnosticar la calidad de la actividad, la eficiencia, cómo ocurre el aprendizaje y las necesidades de este y segundo certifican el nivel académico, profesional, tecnológico y científico del individuo. Es competente el profesional instruido, cuyos conocimientos han sido comprobados y ha sido capaz de demostrar la experiencia adquirida en su quehacer ⁸⁵.

Si se toma como punto de partida el desarrollo científico y tecnológico alcanzado en las ciencias médicas actualmente, se impone la necesidad de que el profesor esté capacitado tanto técnica, científica como pedagógicamente, que adquiera las competencias esenciales para responder a las nuevas exigencias de su encargo social.

Los programas de capacitación, con el fin de fortalecer la práctica y formación profesionales y mejorar el desempeño profesional, responden a la premisa de que mientras mejor informado y preparado esté el docente, más eficiente será su labor educativa. En la profesionalización de los docentes es imprescindible proporcionarles la posibilidad de enriquecer sus conocimientos y habilidades así como desarrollar las actitudes asertivas, con el objetivo de elevar la cualificación de la actividad docente.

En la esfera de la Salud en Cuba, a partir del curso 1993-1994 se incrementaron sustancialmente las propuestas de superación profesional con un alto nivel técnico e influencia en la productividad, calidad del servicio a la población y solución de problemas de salud. Estos resultados tienen en su base la sistematización de la política de educación permanente a partir de la identificación de necesidades de aprendizaje y la consolidación de la evaluación de la competencia y el desempeño de profesionales y técnicos ⁸⁶.

El logro de una atención de Salud con calidad y de excelencia requiere el perfeccionamiento y superación continua de los recursos humanos y su vinculación con la docencia, la investigación y la asistencia médica. Las competencias profesionales constituyen un instrumento mediante el cual el profesional demuestra y aplica los conocimientos adquiridos.

Por lo general, en el período de formación, las competencias relacionadas anteriormente no siempre se obtienen, y entonces se hace necesario adquirirlas en cursos de superación profesional, lo que corrobora el criterio expuesto, de ahí la continua necesidad de la educación permanente en la actualización de las competencias básicas para la docencia y unido a ello, la validación de la sociedad, de las instituciones, de las preferencias personales de los docentes y la acreditación de las competencias básicas.

Objetivos.

General:

Elaborar un sistema de acciones para el desarrollo de la competencia docente de tutores de los Consultorios Médicos de la Familia.

Específicos:

1. Caracterizar el desempeño del tutor durante la educación en el trabajo en los Consultorios Médicos de la Familia.
2. Identificar los aspectos sensibles que influyen en la competencia docente de los tutores de los Consultorios Médicos de la Familia.
3. Estructurar un sistema de acciones para el desarrollo de la competencia docente de los tutores de los Consultorios Médicos de la Familia.

Diseño metodológico.

Se realizó una investigación de desarrollo con el objetivo de proponer un sistema de acciones para el desarrollo de las **competencias docentes** en el profesional médico que se desempeña como tutor en los Consultorios Médicos de la Familia del municipio Holguín. Facultad de Ciencias Médicas. Octubre del 2011 a marzo del 2012.

Campo de estudio: Proceso enseñanza y aprendizaje.

Objeto de estudio: Competencias docentes del tutor en los consultorios médicos.

El universo de estudio estuvo constituido por todos los tutores del municipio Holguín y la muestra se escogió de forma intencionada seleccionando a 159 tutores de los Consultorios Médicos de Familia pertenecientes a los nueve Policlínicos Universitarios del municipio Holguín del área urbana.

MÉTODO TEÓRICO:

Análisis documental: Para el desarrollo de esta investigación se realizó el análisis de los siguientes documentos:

- Plan de Estudio de la carrera de Medicina. Médico General Básico (MGB), en lo correspondiente al modelo profesional, con énfasis en los objetivos generales instructivos del MGB.(1985)
- Plan de Estudio perfeccionado de la carrera de Medicina. Médico General (2010-2011)
- Plan de Estudio de la Especialidad del Médico General Integral (MGI), en lo correspondiente al perfil profesional.(2004)
- Carpeta metodológica para la Atención Primaria de Salud, en los acápites correspondientes al proceso docente en esta área.
- RES 210/2007

Análisis y Síntesis: Permitió analizar diferentes fuentes bibliográficas y documentos, así como los diferentes aspectos del tema de competencias

docentes, las regularidades que condicionan el proceso tutorial y los elementos a tener en cuenta en la propuesta de las acciones.

Inducción-deducción: Facilitó la identificación de los elementos que sustentan y fundamentan la necesidad de elaborar una propuesta de acciones para elevar la competencia docente de los tutores, además procesar y analizar los resultados.

Histórico-lógico: Nos permitió identificar las distintas etapas histórico-contextuales del proceso de formación de los tutores, permitió procesar la información acumulada como resultado del análisis de documentos y en la sistematización de los diferentes enfoques sobre el tema en cuestión.

Modelación: Se empleó en la elaboración de un modelo teórico y para establecer las fases y acciones que están presentes en la propuesta de acciones.

MÉTODO EMPÍRICO:

La encuesta aplicada a los tutores de consultorios médicos de familia.

Observación que se realizó en los consultorios médicos de familia donde se desarrollaba la educación en el trabajo.

Los instrumentos fueron aplicados en el periodo de noviembre del 2011 a febrero del 2012, elaborados y aplicados por la autora de investigación y colaboradores.

Cuestionario: Previo a la observación del proceso se aplicó el cuestionario (Anexo I) a 159 tutores, en los propios consultorios, se utilizaron los datos generales y las preguntas 2 y 4 del cuestionario 2CP1 validado para la acreditación de la carrera de medicina en la Universidad de Ciencias Médicas de Holguín, con el objetivo de obtener la siguiente información:

- Años de graduado,
- categoría docente,

- grado académico,
- conocimiento relacionado con el diseño y organización de la carrera de medicina,
- grado de preparación en las categorías didácticas y orden en que necesitan la preparación y
- opinión sobre su formación profesional, si responde a los requerimientos que exige la asignatura que imparte u otra función docente que desempeñe.

Observación: Se observaron 32 actividades docentes de educación en el trabajo apoyado en una guía de observación (Anexo II) que recoge cuatro etapas del proceso, con las actividades consecutivas, pero específicas para cada una de ellas.

Etapas del proceso.

1. Planificación del proceso.
2. Organización del proceso.
3. Ejecución del proceso.
4. Control del proceso.

En la etapa planificación se consideraron siete actividades (1-7) a cumplir con un criterio de medida en una escala de estimación numérica de 1, 2 y 3 que se corresponden 1 con todos, 2 con algunos y 3 con ninguno.

En la etapa organización se consideraron cinco actividades (8-12) a cumplir con un criterio de medida igual a la etapa anterior.

En la etapa ejecución se consideraron 19 actividades (13-30) a cumplir con un criterio de medida en las siete primeras con una escala de estimación numérica de 1, 2 y 3 que se corresponden 1 con bien, 2 con regular y 3 con mal. Otros aspectos evaluados en esta etapa y sus criterios de medida:

- Utilización de la documentación establecida donde se dan cinco opciones para marcar las que utilice.
- Orientación al estudiante de la utilización de la documentación con las opciones si o no.
- La incorporación en la conducta de acciones de promoción de salud con las opciones de respuestas si o no y a quien va dirigido: familia, individuo y comunidad.
- La incorporación en la conducta de acciones de prevención curación y rehabilitación de salud con las opciones de respuestas si o no y a quien va dirigido: familia, individuo y comunidad.
- A continuación se incluyen siete actividades más (24-30) a desarrollar por el tutor en la etapa con las opciones de respuesta por el observador si o no.

En la etapa de control se incluyen 10 actividades (31-40) con las opciones de respuesta por el observador si o no.

Criterio de especialistas: Otro instrumento aplicado fue una entrevista (Anexo III) semidirigida e individual a 6 especialistas, se utilizó una guía aplicada de forma directa con diálogo orientado donde cada tema propuesto se abordó con preguntas abiertas, posibilitando que el entrevistado discurrese libremente sobre el mismo.

El objetivo de la entrevista fue obtener informaciones y opiniones de los profesores en relación con el desempeño del tutor en los escenarios de la APS y de la validez y eficacia del sistema de acciones propuesto. La selección de los informantes de los expertos, fue una muestra intencionada con los criterios: experiencia en el proceso docente y participación en la dirección o gestión del proceso y tutores de experiencia en la tutoría de pregrado y en esta función actualmente.

La investigación se realizó en tres momentos:

Primer momento: se correspondió con el diagnóstico, para dar salida a los objetivos específicos uno y dos, donde se caracterizó el desempeño del tutor en el desarrollo de la educación en el trabajo y se analizaron aspectos sensibles que influyen en la competencia docente de éstos.

Segundo momento: se correspondió con el procesamiento de toda la información obtenida por los diferentes métodos aplicados.

Tercer momento se correspondió con la propuesta del sistema de acciones de superación dirigidas a perfeccionar la competencia docente de los tutores en desarrollo de la educación en el trabajo.

El sistema de acciones se estructuró con los siguientes elementos: la fundamentación, los criterios diagnósticos y la planeación de las acciones; las cuales estarán agrupadas, para facilitar su desarrollo, en tres componentes:

1. Competencia académica.
2. Competencia didáctica.
3. Competencia organizativa.

Se coincide con el criterio de Perrenoud sobre la denominación de las Competencias Docentes Básicas, por ser éstas las más factibles al trabajar las competencias docentes inherentes al tutor en el desarrollo de la educación en el trabajo.

El diseño del sistema de acciones parte de la definición conceptual la competencia docente y sus tres componentes de competencias docentes básicas: Competencia académica, competencia didáctica y competencia organizativa. Desde estos sustentos teóricos se establecen las interrelaciones lógicas necesaria entre ellos, se define el objetivo general y los objetivos que en cada componente permiten alcanzarlo, así como las acciones desde cada uno de ellos y a cada nivel, articuladas con la divulgación del proceso.

El procesamiento estadístico de la información recogida se realizó aplicando el análisis de frecuencia simple. Los resultados se mostraron en tablas y gráficos,

utilizando la base de datos Microsoft Excel para su análisis. Se empleó una microcomputadora Aspire AMD y sistema operativo Windows XP. Los textos se procesaron con Microsoft Word XP y la tabla y los gráficos se realizaron con Microsoft Excel XP.

Se cumplió durante los diferentes momentos con las normas éticas plasmadas en la Declaración de Helsinki. Advirtiéndole a los participantes que los datos obtenidos no se utilizarían con fines ajenos al estudio.

Análisis y discusión de los resultados.

Se procede al análisis y discusión de los resultados de la aplicación de los diferentes instrumentos, que corresponde con la etapa diagnóstica.

Análisis de los resultados del cuestionario.

Tabla 1: Datos generales de los tutores

Datos generales	Nº	%
Instructor	95	59,7
Asistente	36	22,6
Auxiliar	2	1,3
Titular	1	0,6
Máster	58	36,4
2do grado	10	6,3
Doctor en ciencias	1	0,6

Fuente: Cuestionario 2 CP1 n=159

Los tutores encuestados tienen un promedio de 14,4 años de graduados, en la tabla 1 se encontró que más de la mitad de ellos (59,7%) ostentan la categoría docente de instructor, el 36,6% tiene el grado académico de máster y el 6,3% son especialistas de segundo grado, dentro del grupo solo encontramos un profesor titular.

Este resultado evidencia que el grupo de tutores que se desempeña en los CMF tienen experiencia profesional, sin embargo predomina la categoría docente de instructores, categoría transitoria con la cual se inicia y que traduce que el tiempo dedicado a esta actividad es inferior a los cinco años.

Otro elemento a considerar en este punto es que el proceso de universalización generó un incremento en el proceso de categorización docente, pero que junto al constante movimiento de la fuerza médica en función de cumplir con los compromisos internacionales, se generó un constante cambio en este personal y por tanto, incorporación de nuevos profesionales a las áreas donde se

imparte la docencia, aspecto sobre el que estamos llamados a trabajar intencionadamente para lograr el tránsito a categorías docentes superiores que sin duda, tributan a la calidad del proceso docente que protagonizan estos profesionales

Tabla 2: Tutores según respuestas correctas relacionadas con el diseño y organización de la carrera de medicina.

Diseño y organización de la carrera de medicina	Total de respuestas		correctas	
	Nº	%	Nº	%
Disciplina principal integradora	141	88,6	109	77,47
Principal forma de organización de la enseñanza	142	89,3	104	73,28
Ciclos en que se organiza la carrera	153	96,2	139	91,45
Perfiles de salida	141	88,6	30	21,50
Funciones del médico general declaradas en el plan de estudio	146	91,8	117	80,55

Fuente: Cuestionario 2 CP1

n=159

Al analizar los resultados de la tabla 2 podemos observar que 91,45% de los tutores encuestados conocen los ciclos en que se organiza la carrera, mientras que 21,5 % desconocen los perfiles de salida del egresado de la carrera de Medicina.

Este resultado puede estar en relación con la vivencia que tiene el médico en su formación del pregrado de los ciclos por los que transitó, no así del perfil que si depende de una revisión del plan de estudio, al mismo tiempo el desconocimiento de los perfiles de salida del egresado se traduce en las dificultades presentes en su desempeño como tutor particularmente su función docente.

Resulta alarmante, que al desarrollarse la carrera en los propios escenarios donde se brinda la atención médica, con la educación en el trabajo como la principal forma de organización de la enseñanza y el papel protagónico del tutor, exista un elevado desconocimiento del plan de estudio al ser éste junto a los programas analíticos, documentos rectores metodológicos de gran valor, sin

los cuales el profesor no puede conocer con exactitud qué enseñar, en qué medida y cómo organizar ese proceso docente-educativo.

Se realizan teniendo en cuenta los principios didácticos esenciales relativos al carácter científico, la sistematización, el carácter único por niveles, la interrelación intermateria y la vinculación del estudio y el trabajo, en este documento se relaciona de forma concreta los conocimientos, competencias, habilidades y aptitudes que el profesional habrá de desarrollar para resolver los problemas profesionales de un campo de acción determinado⁸⁷.

En estudio que se hizo en una Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo de México encontraron resultados similares donde se evidenció que hay desconocimiento del Perfil del egresado por parte del 15.89% de los profesores estudiados, así como del 39.73% en lo relacionado con el Plan de Estudios vigente, lo que representa mas de la tercera parte de los mismos⁸⁸.

Tabla 3: Tutores según su opinión del grado de preparación sobre las categorías didácticas.

Categoría didácticas	Grado de preparación que consideran									
	Muy bien		Bien		Regular		Mal		Muy mal	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Objetivos	32	20,1	85	53,4	18	11,3	0	0	0	0
Contenidos	54	40,0	78	49,1	5	3,1	0	0	0	0
Métodos	29	18,2	92	57,8	15	9,4	0	0	0	0
FOE	36	22,6	90	56,6	9	5,7	0	0	0	0
Evaluación	33	20,7	92	57,8	10	6,3	0	0	0	0

Fuente: Cuestionario 2 CP1

n=159

En la tabla 3 se muestra la preparación de los tutores en las categorías didácticas, donde encontramos que de forma general ninguno de los encuestados se autoevalúa mal, ni muy mal preparado, sin embargo el mayor promedio (54,9%) se corresponde con los que se consideran bien preparados, seguidos por 24,7% que se considera muy bien preparados.

Cuando analizamos de manera particular cada una de las categorías los resultados se comportan similar para todas, aunque resultó la categoría objetivos la del por ciento mas bajo (73,5 %) de repuestas positivas y el contenido el mas elevado (89,1%) seguido de la forma de organización de la

enseñanza (79,2%), si consideramos los que se consideran bien y muy bien preparados por cada una de ellas.

Era de esperar que el contenido resultara la categoría relevante debido a los conocimientos y habilidades propias que como profesional debe poseer para su desempeño, sin embargo este resultado evidencia la carencia de elementos básicos de la didáctica y la pedagogía del profesional de la salud desde su formación en el pregrado y en la especialidad y junto a esto la poca experiencia a lo que se le suma la inestabilidad en la asistencia de las actividades de preparación metodológicas que se realizan en los diferentes niveles al tener planificado el grueso de su fondo de tiempo a la función asistencial.

Tanto es así que el Plan perfeccionado del médico y enfermera de la familia no contempla ningún espacio para la participación de los tutores en las actividades docentes-metodológicas siendo la reunión del GBT el único momento donde se pueden abordar estos temas, por lo que existe una contradicción con las obligaciones declaradas en la carpeta metodológica del policlínico universitario del 2005 donde se expresa que el tutor tiene la obligación de asistir a las actividades metodológicas y la necesidad de disponer de cuatro horas semanales al efecto, incluyendo la autopreparación y aún así la autora es de la opinión que debe particularizarse en cada caso a partir de la complejidad de proceso que asuma en cuanto a total de estudiantes, diversidad en años de la carrera, e incluso características de los estudiantes que le corresponde tutorear para poder cumplir sus funciones docentes^{47,54}.

Del análisis anterior se infiere un proceso docente educativo en el área de desempeño de ese profesional con dificultades teniendo en cuenta que este se caracteriza por la relación dialéctica entre los objetivos, el contenido, los métodos, los medios y la evaluación. Estos elementos establecen una relación lógica de sistema, donde el objetivo ocupa el lugar principal, pues expresa la transformación planificada que se desea lograr en el educando, en función de la imagen del profesional o especialista, y por lo tanto, determina la base concreta que debe ser objeto de asimilación.

Los objetivos proyectan el trabajo del profesor hacia el futuro al expresar las transformaciones graduales que se deben lograr en el sistema de

conocimientos y habilidades de los educandos, así como en sus actitudes, convicciones, sentimientos, ideales y valores, son la categoría rectora de toda la actividad que se va a desarrollar en cualquier FOE y en la educación en el trabajo específicamente es indispensable para poder orientar adecuadamente el sistema de tareas que debe desarrollar el estudiante y esencialmente cuando se tiene bajo la tutoría a estudiantes de varios años de la carrera ⁸⁹.

En la Facultad de Medicina “Julio Trigo López” de Ciudad de La Habana se realizó un estudio de competencias docentes en los médicos de familia y se encontraron resultados similares, el mayor por ciento no tenían suficiente desarrollo en el manejo de los objetivos y su importancia para la organización del grupo, la selección de los métodos de enseñanza y su vinculación con los contenidos y tipo de clase¹⁷.

Análisis de los resultados de la guía de observación.

El proceso docente educativo tiene que ser desarrollado sobre bases científicas y ser concebido, con enfoque sistémico, todos los aspectos que permitan organizar, planificar, ejecutar y controlar dicho proceso.

En la etapa de planificación.

Tabla 4: Tutores según la disponibilidad de los documentos normativos del proceso, recursos y medios que lo sustentan.

	Todos		Algunos		Ningunos	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Dispone del listado de los estudiantes que tiene asignado al CMF por años.	23	71	2	6,2	7	21,8
Dispone en el CMF de habilidades por años de la carrera.	24	75	6	18,7	2	6,2
Tienen planificadas las tareas a desarrollar por años en correspondencia con el P1.	14	43,7	10	31,2	8	25
Tiene identificadas las HSF con familias y pacientes con situaciones de salud de utilidad para las diferentes actividades de educación en el trabajo.	24	75	6	18,7	2	6,2
Tiene información de los recursos materiales disponibles en el CMF necesarios para desarrollar las habilidades en los estudiantes.	26	81,2	5	15,6	1	3,1
Distribución de estudiantes que por días y hora que asistirán al CMF.	19	59,3	5	15,6	8	25
Información de los escenarios disponibles en la comunidad y	25	78,1	6	18,7	1	3,1

policlínico de utilidad para desarrollar las habilidades en los estudiantes.

Fuente: Guía de observación

n=32

Cuando analizamos el desarrollo proceso docente educativo en la educación en el trabajo en la tabla 4 se relacionan aspectos que tienen ver con la etapa de planificación, se observa que 78,1% de los tutores tenían información de los escenarios disponibles en la comunidad y policlínico de utilidad para desarrollar las habilidades en los estudiantes, mientras que solo 43,7% tenían planificada las tareas a desarrollar por años en correspondencia con el Plan calendario(P1), seguido del 59,3% que contaban con la distribución de estudiantes que por días y hora que asistirán al CMF y un 71% disponía del listado de los estudiantes que tiene asignado al CMF por años.

Este resultado evidencia falencias en esta etapa del proceso fundamentalmente en la documentación que depende del policlínico donde los directivos docentes tienen la responsabilidad de abastecer a tiempo al tutor para su buen desempeño, no siendo así para la información de los escenarios disponibles en la comunidad y policlínico de utilidad para desarrollar las habilidades en los estudiantes que puede estar en correspondencia con los servicios que cotidianamente utiliza para su labor asistencial.

Tiene especial significación el por ciento tan bajo que representan los tutores que tenían planificada las tareas a desarrollar por años en correspondencia con el plan calendario, si consideramos que la tarea docente esta entendida como célula del proceso docente, es la acción del profesor y los estudiantes dentro del proceso, que se realiza en ciertas circunstancias pedagógicas, con el fin de alcanzar un objetivo de carácter elemental, de resolver el problema planteado al estudiante por el profesor y para lo cual tiene que desplegar acciones (habilidades); se logran en la medida en que se van planificando y organizando, dicho sistema de tareas docentes debe ser que previsto en el colectivo de asignatura. La tarea docente contiene no sólo el aspecto intencional (el objetivo) sino también el operacional (las formas y métodos)⁹⁰.

En la etapa de planificación se tiene en cuenta el momento orientador de la habilidad, en la etapa de la ejecución se atiende al proceso de asimilación del

contenido por parte del estudiante y en la etapa del control a las características de la habilidad anteriormente señaladas⁹¹⁻⁹³.

En la etapa de organización del proceso.

Tabla 5: Tutores según modalidades de organización de los estudiantes en la educación en el trabajo.

	Todos		Algunos		Ningunos	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Distribución de los estudiantes por familias.	23	71,8	5	15,6	4	12,5
Distribución de los estudiantes por escenarios del CMF y de la comunidad.	21	65,6	9	28,1	2	6,2
Disposición de los estudiantes de acuerdo al contexto, las situaciones reales y las características de la actividad.	16	50	11	34,3	5	15,6
Distribución de los estudiantes por las diferentes modalidades de la educación en el trabajo.	20	6,2	7	21,8	5	15,6
Define tareas a realizar por otros integrantes del Equipo Básico de Salud y estudiantes de años superiores.	18	56,2	12	37,5	2	6,2

Fuente: Guía de observación

n=32

En la etapa de organización del proceso docente los educando se organizan de acuerdo con la forma de organización de la enseñanza, con el fin de que los objetivos propuestos sean alcanzables. Al evaluar los resultados de la tabla 5 encontramos que 71,8% de los tutores distribuyeron a los estudiantes por familias, sin embargo el 50% organizaron a los estudiantes de acuerdo al contexto, las situaciones reales y las características de la actividad, seguido de 56,2% que definieron las tareas a realizar por otros integrantes del Equipo Básico de Salud (EBS) y estudiantes de años superiores.

Este resultado corrobora el hallazgo en la tabla 4 donde se evidenciaron dificultades en la etapa de planificación principalmente en las tareas a desarrollar por los estudiantes; al no contar con éstas, se obstaculiza la disposición de los estudiantes de acuerdo al contexto, las situaciones reales y las características de la actividad a pesar de que el tutor debe tener iniciativas y aprovechar sus capacidades en función de los intereses y necesidades del grupo y ser capaz de emplear los diferentes métodos y formas de enseñanza existentes para

propender a la atención individual de cada educando, de organizar su trabajo como profesor y de organizar las actividades individuales y grupales de sus estudiantes^{93, 94}.

También se encontró dificultades en la orientación de las tareas a realizar por otros integrantes del EBS y estudiantes de años superiores, lo que traduce insuficiencias en las competencias pedagógicas del tutor si tenemos en cuenta que es el responsable del EBS, dirige y guía el proceso docente-educativo y por lo tanto, tiene que encaminar sus acciones hacia una mejor planificación, orientación y control de la calidad del trabajo en el servicio de salud y la comunidad; así como del aprendizaje de su grupo involucrando al personal de enfermería⁵⁴.

El tutor a la vez que dirige la actividad del colectivo, tiene que dedicar una atención particular al trabajo de cada estudiante, residente y saber aprovechar las ventajas de la cascada docente donde el integrante de mayor nivel científico participa en la docencia del resto de los miembros del grupo.

Es importante destacar que en esta etapa un por ciento mayor lo obtuvo la distribución de los estudiantes por familias esto se debe a la indicación de que desde el primer año de la carrera, al estudiante le sea asignada de tres a cinco familia con la que trabajará todos los años de la carrera para poder lograr transformaciones en su estado de salud.

La planificación y organización son elementos principales que aseguran el desarrollo de un proceso-educativo eficiente y eficaz; a los colectivos de la asignatura y los colectivos de año le concierne estos componentes y la planificación de las orientaciones metodológicas, según corresponda, con la precisión de las posibles formas y métodos a emplear; la regulación, con la acción operativa del mismo; y el control, con la determinación de en qué medida el educando en su desarrollo se acerca al objetivo.

En la etapa de ejecución del proceso.

Tabla 6: Tutores según la actuación con el paciente para la enseñanza de las habilidades propias de la profesión.

	Bien		Regular		Mal	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Se conduce con ética y profesionalidad frente al paciente y el estudiante	27	84,3	5	15,6	0	0
Establece la adecuada comunicación con el paciente y el estudiante.	29	90,6	3	9,3	0	0
Realiza la motivación a partir de la situación y facilita la comunicación del estudiante con el paciente. (Relación profesor-estudiante-paciente).	18	56,2	8	25	6	18,7
Realiza el interrogatorio frente al estudiante.	28	87,5	3	9,3	0	0
Realiza el examen físico frente al estudiante.	27	84,3	2	6,2	3	9,3
Explica la habilidad del examen físico al tiempo que la ejecuta si es de nueva incorporación (objetivo de la actividad) o la recuerda si ya fue trabajada antes.	21	65,6	5	15,6	6	18,7
Orienta la habilidad si es de nueva incorporación y luego la ejecuta el estudiante con su conducción; si es ya adquirida, la realiza el estudiante en presencia del profesor.	24	75	4	12,5	2	6,2

Fuente: Guía de observación

n=32

La educación en el trabajo es la forma de organización del proceso docente que contribuye a la conformación del modo de actuación profesional de los estudiantes.

En la tabla 6 se analizó la actuación de los tutores con el paciente para la enseñanza de las habilidades propias de la profesión, elementos que se observaron en la etapa de ejecución del proceso, resultó relevante que 90,6% de los tutores establece una adecuada comunicación con el paciente y el estudiante, en tanto que 56,2% realiza la motivación a partir de la situación y facilita la comunicación del estudiante con el paciente. (Relación profesor-estudiante-paciente), seguido de 65,6% de ellos explica la habilidad del

examen físico al tiempo que la ejecuta si es de nueva incorporación (objetivo de la actividad) o la recuerda si ya fue trabajada antes.

Este resultado enfatiza que la comunicación cobra especial importancia en la Medicina Familiar puesto que su utilización constituye una de las principales armas diagnóstica y terapéutica de la práctica médica familiar y, al propio tiempo, es idóneo en el desarrollo de las acciones de promoción de salud y de prevención de las enfermedades en el marco de una práctica médica que reconoce al ser humano en su integridad bio-psico-social. Es responsabilidad del médico dirigir el proceso de comunicación, en su relación con el hombre, objeto de su trabajo, dado que su preparación técnica debe capacitarlo para esta tarea primordial ⁹⁵.

Es a través de la actividad conjunta entre estudiantes y profesores y entre los propios estudiantes el desarrollo de una adecuada comunicación pedagógica y clima afectivo que se propicia trabajar en la zona de desarrollo próximo de manera de formar en los alumnos los conocimientos, habilidades, intereses, cualidades de la personalidad, afectos y formas de comportamiento deseado ⁹⁶.

No podemos despreciar que solo la tercera parte de los tutores realiza la motivación a partir de la situación y facilita la comunicación del estudiante con el paciente (relación profesor-estudiante-paciente), si consideramos que la motivación se realiza en la parte introductoria de la actividad y constituye un elemento esencial en su estructura.

Al mismo tiempo los procedimientos que garantizan el logro de las acciones, se encuentran en las operaciones cuya determinación está dada por las motivaciones, circunstancias o condiciones en las que el estudiante desarrolla la actividad. En este sentido, es preciso que se manifieste una coincidencia entre el motivo y los objetivos que incitan al estudiante, pues de esta forma las acciones que él despliega realmente estarán en íntima relación con su motivo, como concreción de sus necesidades profesionales ⁹⁷.

Una vía para que esta coincidencia tenga lugar es la correcta selección de los problemas docentes vinculados a la vida profesional del futuro egresado, lo que

debe caracterizar el contenido de la tarea docente como célula base del proceso pedagógico.

Teniendo en cuenta los argumentos anteriores, es imprescindible establecer un trabajo de coordinación entre las diferentes disciplinas que se imparten, con el propósito de establecer la estrategia y la táctica para la formación de los modos de actuación profesional en los diferentes niveles. Esto permite dar sólidos pasos en el logro de la necesaria vinculación básico-clínica, pues sólo así se podrá, de forma objetiva y científica, ir desarrollando los modos de actuación proyectados en el modelo del profesional.

Otro elemento a destacar en esta tabla es que menos de la mitad de los tutores realiza bien la acción de explicar la habilidad del examen físico al tiempo que la ejecuta si es de nueva incorporación (objetivo de la actividad) o la recuerda si ya fue trabajada antes, lo que traduce la falta de aplicación de los principios didácticos tan necesarios en el desarrollo del proceso enseñanza-aprendizaje, especialmente el de la solidez de los conocimientos⁹³.

En este principio la maestría pedagógica del docente desempeña un papel principal; el profesor debe tener en cuenta, en el momento de la preparación de las actividades docente-educativas, la lucha sistemática y enérgica contra el olvido, lo cual forma parte de los procesos psíquicos normales, con el propósito que los educandos dominen la esencia del contenido temático de cada disciplina (invariantes de conocimientos y de habilidades), y que a su vez tenga un significado práctico para él.

En este sentido los hallazgos mas relevantes encontrados hasta aquí tienen una vinculación lógica entre sí, donde existe una interrelación dialéctica de los fenómenos, uno se manifiesta como consecuencia del otro, partiendo del desconocimiento del perfil de salida, la insuficiente preparación de la categoría objetivo, la dificultad en la planificación de las tareas a desarrollar en correspondencia con el P1, dificultad en la disposición de los estudiantes de acuerdo al contexto, las situaciones reales y la característica de la actividad hasta la motivación de ésta revelando una falla en el proceso que se desarrolla en estos escenarios de la APS.

Tabla 7: Tutores según la utilización de la documentación establecida en los CMF.

Documentación establecida	Utiliza				Muestra y orienta			
	Si Nº	%	No Nº	%	Si Nº	%	No Nº	%
Hoja de registros estadísticos	32	100	0	0	14	43,7	18	56,2
Historia clínica individual	28	87,5	4	12,5	15	46,8	17	53,1
Historia de salud familiar	9	28,1	23	71,8	8	25	24	75
Análisis de la situación de salud	4	12,5	28	87,5	3	9,3	29	90,6

Fuente: Guía de observación

n=32

Los propios instrumentos de trabajo del médico y enfermera de la familia (Historia de Salud Familiar, Historia clínica individual, Hoja de registros estadísticos, Análisis de la situación de salud, pesa, tallímetro, esfigmomanómetro, estetoscopio y material para procedimientos de enfermería) son considerados los principales medios de enseñanza en la APS⁹⁸.

En la tabla 7 se recogen algunos de estos elementos que se observaron en la etapa de ejecución del proceso, se obtuvo como resultado significativo que 100% de los tutores utiliza la hoja de registros estadísticos a pesar de que un 56,2% no muestra y orienta su utilización a los estudiantes; peor resultado se mostró con la utilización del Análisis de la situación de salud (87,5%) y (90,6%) que no muestra ni orienta su utilización.

En opinión de la autora este resultado obedece a la propia actividad diaria del tutor en su función asistencial; la hoja de registros estadísticos es el medio con lo que mayormente el Grupo Básico de Trabajo (GBT) le controla los resultados de trabajo; no obstante menos de la mitad no muestra y orienta su utilización a pesar de la importancia que tiene el conocimiento de este documento para los estudiantes, a través de éste se registran todas las actividades diarias del EBS, se obtiene una información más actual de la morbi-mortalidad del área de salud, sirve de guía para encaminar estrategias a corto plazo de los problemas encontrados y evaluar los resultados alcanzados en el trabajo del EBS⁵⁴.

Es interesante resaltar la poca utilización del Análisis de la situación de salud y casi nula muestra y orientación de su utilización a los estudiantes, si tenemos en consideración que es una práctica necesaria en la APS, que persigue identificar las características socio psicológicas, económicas, históricas, geográficas, culturales y ambientales que inciden en la salud de la población, así como los problemas de salud que presentan los individuos, las familias y la comunidad en su conjunto, para desarrollar acciones que contribuyan a su solución; su objetivo general es contribuir al mejoramiento del estado de salud de la población.

Debemos señalar que las habilidades específicas a desarrollar por los estudiantes para la realización de este documento son orientadas en la asignatura de Medicina comunitaria en segundo semestre del segundo año de la carrera y en la asignatura de Salud pública en quinto año según gráfico docente y que la observación se realizó mayormente en el primer semestre del curso académico; no obstante los elementos que lo componen sirven de herramientas para el proceso de enseñanza-aprendizaje en todos los años de la carrera.

Si los estudiantes no logran interpretar la importancia del uso de esta documentación básica en la APS, se pierde la esencia de la razón para lo que son formados, pues las acciones de salud que realizarían obedecerían a la casualidad de aparición de problemas y no a un razonamiento científico producto de una valoración epidemiológica, clínica y socialmente de la información recogida en estos instrumentos y así establecer un plan de acción que modifique el estado de salud de la población que atiende.

Tabla 8: Tutores según las acciones que realiza en la conducta con el paciente y los estudiantes.

Acciones en la conducta con el paciente y los estudiantes.	Si		No	
	Nº	%	Nº	%
Acciones de promoción de salud dirigida al individuo	29	90,6	3	9,3
Acciones de promoción de salud dirigidas a la familia y la comunidad	28	87,5	4	14,5
Acciones de prevención del riesgo y otros daños a la salud, curación y rehabilitación dirigidas al individuo	29	90,6	3	9,3
Acciones de prevención del riesgo y otros daños a la salud, curación y rehabilitación dirigidas a la familia y la comunidad.	26	81,2	6	18,7
Acciones de curación acorde con la afección del paciente.	30	93,7	2	6,2
Acciones de rehabilitación acorde con la afección del paciente	22	68,7	10	31,2
Indica las investigaciones basadas en el diagnóstico y posibilidades institucionales y explica al estudiante su objetivo	20	62,5	12	37,5
Orienta al paciente y explica al estudiante el criterio de seguimiento o íter consulta	22	68,7	10	31,2
Orienta estudio independiente en correspondencia con los contenidos que corresponden por P1.	15	46,8	17	53,1
Estimula la búsqueda de información a partir de las situaciones presentadas en la actividad práctica	19	59,3	13	40,6
Da participación a estudiantes de años superiores y otros miembros del EBS	19	59,3	13	40,6
Fuente: Guía de observación	n=32			

En la tabla 8 se observó como indicador positivo que 93,7% de los tutores realizan acciones de curación acorde con la afección del paciente, en tanto que 46,8% de ellos orienta estudio independiente en correspondencia con los contenidos que corresponden por plan calendario, seguido de 62,5% que indica las investigaciones basadas en el diagnóstico y posibilidades institucionales y explica al estudiante su objetivo.

Si comparamos las acciones del tutor que dependen de las actividades propias como médico de familia en su función asistencial y las que reflejan su función docente nos percatamos que las primeras tuvieron mejores resultados, esto evidencia, como ya habíamos analizados en tablas anteriores las dificultades en su formación como docente tanto en el pregrado como en el postgrado.

En este caso se manifiesta fundamentalmente cuando menos de la mitad de los tutores orienta el estudio independiente en consecuencia con los contenidos que corresponden por plan calendario, esto corrobora el resultado de la tabla 4 en relación con la planificación de las tareas a desarrollar por años en correspondencia con el programa y evidencia el desconocimiento de los contenidos del plan calendario resultado del trabajo poco eficiente de los directivos docentes referente, a la planificación y control del proceso docente educativo en estos escenarios.

El trabajo independiente del estudiante es una de las formas fundamentales de organización del proceso docente educativo; es planificado, indicado, controlado y evaluado por el docente, tiene como objetivo que el estudiante adquiera activa e individualmente habilidades, hábitos de trabajo y búsqueda de información, que le permita la solución efectiva de los diferentes problemas de salud y el cumplimiento de los objetivos de la asignatura, la estancia o la rotación correspondiente ⁴⁵.

El profesor que alcance como rasgo de su maestría pedagógica el tacto necesario, estará en condiciones tener la capacidad movilizativa para mantener la atención de los alumnos y promover actividades independientes ⁹⁴.

Como parte del análisis de esta tabla no podemos pasar por alto el hecho de que solo el 62,5% de los tutores indica las investigaciones basadas en el diagnóstico y posibilidades institucionales y explica al estudiante su objetivo, este resultado revela la poca aplicación de método clínico menoscabando la importancia de su utilización como método de enseñanza en la carrera de Medicina que contribuye a la sistematización de todas aquellas habilidades que, en forma de sistema, se integran en la ejecución de este.

La formación de profesionales de la salud en nuestro país con las concepciones de la medicina familiar, como modelo cubano de atención médica, exige la enseñanza del método clínico traspasado a una concepción humanística y ética en aras de preservar y restaurar la salud del ser humano y lograr una elevada calidad de atención en salud. Es un sistema de pensamiento aplicado al individuo enfermo, con la finalidad de establecer un

diagnóstico e instituir un tratamiento⁹⁹.

Debemos recordar que los avances de la tecnología nos ayudan marcadamente al diagnóstico clínico, pero es un error señalado por muchos profesionales que la misma puede sustituir o hacer obsoleta a la clínica, el abuso de la tecnología no mejora la calidad de la atención médica, sino, que la perjudica y ha deteriorado la educación de los médicos en la aplicación del método clínico, determinando una disminución del énfasis en el entrenamiento de los estudiantes de medicina para hacer una adecuada interpretación los exámenes complementarios y un uso racional de los recursos.

A todas luces, procede promover una utilización de la tecnología en congruencia y no como sustituto de la clínica, como medio y no como un fin, perfeccionar las habilidades clínicas de comunicación, exploración y comprensión multidimensional del paciente, garantizar tanto la calidad científico-técnica como la calidad humana de la atención, neutralizar el desenfreno tecnológico con un refinamiento clínico y una reafirmación de los valores éticos y humanos de la profesión^{100, 101}.

El educando tiene que construir sus propios marcos referenciales inmersos en una práctica clínica transformadora que le permita apropiarse del modo de actuación profesional. La enseñanza acorde con estos propósitos tiene que propiciar ese aprendizaje activo, mediante formas particulares centradas en la educación en el trabajo, donde el tutor juega un papel fundamental en la enseñanza del método clínico.

El docente universitario debe ser un modelo educativo para sus estudiantes. En la medida que el docente exprese en su actuación profesional y en sus relaciones con los estudiantes valores tales como la responsabilidad, el amor a la patria y a la profesión, la honestidad, la justicia entre otros propiciará su formación como motivo de actuación en los estudiantes¹⁰².

Siguiendo esta línea de pensamiento se ratifica la importancia que en el orden didáctico tiene la precisión de un sistema de habilidades que fortalezca el dominio del método clínico en su dimensión pedagógica. Su enseñanza adquirió gran desarrollo bajo el estímulo de los avances de las técnicas de

comprobación y exploración diagnóstica y terapéutica, sin embargo, esos mismos desarrollos tecnológicos han ejercido a la postre un efecto paradójico en detrimento del método y su enseñanza¹⁰³.

Nada sustituye el basamento de la Medicina como profesión u oficio que consistió, consiste y consistirá en interesarse por el ser humano necesitado de atención a su salud, mediante la relación médico-paciente y la correcta aplicación de las reglas de la Semiología y el razonamiento clínico. El mejor profesor no es el que más conocimientos pueda exhibir, sino el que constituya el mejor modelo profesional para los educandos, por brindar su sabiduría y calor humano a quienes lo necesitan, con una proyección humana y científica ejemplares.^{104, 105}.

En la etapa de control del proceso.

Tabla 9: Tutores según las acciones que realiza de control y evaluación de los estudiantes.

Acciones en el control y evaluación de los estudiantes.	Si		No	
	Nº	%	Nº	%
Existencia de la tarjeta de control de habilidades actualizada hasta la semana anterior.	28	87,5	4	12,5
Uso adecuado de la tarjeta de control de habilidades según lo establece cada año.	17	53,1	15	46,8
Correspondencia entre las habilidades que se evalúan con las que aparecen en la tarjeta (semana actual y/o precedentes).	15	46,8	17	53,1
Dominio por el estudiante de las habilidades a evaluar y de los resultados en evaluaciones anteriores.	19	59,3	13	40,6
Evalúa las habilidades comunicativas y cumplimiento de principios éticos que desarrolla el estudiante durante la actividad.	27	84,3	5	15,6
Evalúa las habilidades para el examen físico que desarrolla el estudiante durante la actividad.	26	81,2	6	18,7
Evalúa la capacidad de reproducción y aplicación en la vinculación básica clínica desarrollada en el estudiante durante la actividad, si es del ciclo básico.	24	75	8	25
Evalúa la capacidad de razonamiento y juicio clínico desarrollada en el estudiante durante la actividad, si es del ciclo clínico.	24	75	8	25
Evalúa en el estudiante las posibles acciones de promoción y prevención de acuerdo a la situación y características del contexto.	28	87,5	4	12,5
Brinda atención diferenciada a los estudiantes con dificultades durante la actividad o ya identificadas anteriormente.	18	56,2	14	43,7
Fuente: Guía de observación	n=32			

En la etapa de control del proceso (tabla 9) observamos las acciones que realiza el tutor de control y evaluación de los estudiantes encontrándose que 87,5% de los tutores tenían las tarjetas de control de habilidades actualizadas hasta la semana anterior; mientras que solo 46,8% de ellos evalúan las habilidades en correspondencia con la semana y/o precedentes, seguido de 53,1% que hace un uso adecuado de la tarjeta de control de habilidades según lo establece cada año.

Es meritorio destacar que aunque no se exhiben resultados satisfactorios con el uso adecuado de la tarjeta de habilidades, la Facultad de Medicina ha realizado grandes esfuerzos para que el 100% de los estudiantes la porten, a lo que le atribuimos este resultado, a pesar de que todavía persisten dificultades.

Se evidenció, al observar, que no existía correspondencia entre las habilidades que se evaluaron con las orientadas en la semana y/o precedentes lo que trae a la luz que se realizó de una forma empírica, sin tener presente que la evaluación del aprendizaje es una parte esencial del proceso de enseñanza-aprendizaje que nos posibilita su propia dirección, así como el control y la valoración de los modos de actuación que los estudiantes adquieren a través del desarrollo del proceso docente, al comprobar el grado con el que se alcanzan los objetivos propuestos¹⁰⁶.

Como experiencia de la autora en la realización de este estudio se encontraron situaciones predominantes donde se evaluaron de excelente todas las habilidades a desarrollar desde la primera semana de rotación y en otras ocasiones habilidades que podían haber sido evaluadas en la etapa, sin evaluar, razones que nos confirman los resultados de la tabla 3 donde menos de un cuarto de los tutores encuestados manifestaron sentirse muy bien preparados en la evaluación como categoría de la didáctica.

En la educación en el trabajo la forma de evaluación que se utiliza son los controles frecuentes utilizando la tarjeta de habilidades creadas al efecto como el instrumento que le facilita a los tutores valorar la evolución del proceso enseñanza-aprendizaje y de los educandos permite cumplir la función de

retroalimentación de la evaluación al realizar las correcciones necesarias para acercar cada vez más los resultados a las exigencias de los objetivos.

Posibilita además que el estudiante tenga información de su propio progreso lo que contribuye a que incremente su responsabilidad en el aprendizaje, se plantee mayores exigencias y constituya un motor impulsor, consciente y voluntario en el aumento de la calidad del auto estudio y del trabajo independiente (función educativa).

Por lo tanto, hay que considerar la evaluación del aprendizaje como una herramienta importante del profesor y del estudiante en el desarrollo del trabajo diario, que tiene que realizarse de forma continua y no a saltos, ya que nos tiene que permitir conformar un criterio dinámico, evolutivo, de tendencia, acerca del aprovechamiento de cada estudiante. Como señalábamos con anterioridad, todo ello nos retroalimenta y posibilita la adecuada dirección del proceso de enseñanza-aprendizaje¹⁰⁷.

El colectivo de la asignatura o disciplina, juega un papel fundamental, pues define el sistema de evaluación que se debe emplear en la misma; determina las variantes (métodos) posibles a emplear en relación con las formas y tipos de control a aplicar y los contenidos que deberán ser objeto de control (su nivel de profundidad y de asimilación) de acuerdo con los objetivos a verificar; confecciona cada instrumento evaluativo de acuerdo con lo anterior, empleando los procedimientos y las técnicas mas idóneas para su verificación, y define los criterios para su calificación¹⁰⁶.

En este caso a este nivel también deben definirse los criterios evaluativos, el grado de consecución y el nivel de desempeño para cada habilidad a desarrollar por semanas. El tutor debe ser capaz de determinar el grado de efectividad de la acción dentro de la habilidad, por lo que es conveniente ser entrenados antes de poner en práctica la metodología orientada de forma tal que a partir del conocimiento de los criterios que se utilizan permita a los profesores noveles evaluar a los estudiantes de manera uniforme.

Recordemos que evaluar es la actividad que consiste en el análisis e interpretación de los resultados de diferentes instrumentos de medición sobre

la actuación de un educando o candidato ante una actividad y/o tarea, en comparación con un patrón o modelo estandarizado, y que se efectúa con la finalidad de tomar una “buena” decisión¹⁰⁷.

Resumen de la etapa diagnóstica.

En relación con esta fase de la investigación se obtuvieron los siguientes resultados:

1. Del análisis de la encuesta aplicada a los tutores.

- Más de la tercera parte de los tutores conoce los ciclos en que se organiza la carrera de medicina.
- Menos de la cuarta parte de ellos conocen el perfil de salida de los egresados de la carrera de Medicina.
- De forma general alrededor de la mitad de los encuestados se considera bien preparados en las categorías de la didáctica.
- Como promedio solo un cuarto de éstos se consideran muy bien preparados en las categorías de la didáctica.
- El objetivo resultó la categoría donde se consideran menos preparados y los contenidos donde más.

2. Del análisis de la guía de observación.

a) De la etapa de planificación del proceso.

- Más de la tercera parte de los tutores tenían información de los escenarios disponibles en la comunidad y policlínico de utilidad para desarrollar las habilidades en los estudiantes.
- Menos de la mitad de los tutores tenían planificada las tareas docentes a desarrollar por años en correspondencia con el P1.
- Solo las dos terceras partes de los tutores contaban con la distribución de estudiantes que por días y hora asistirán al CMF.

- Un tercio de los tutores no disponía del listado de los estudiantes que tiene asignado al CMF por años de la carrera.

b) De la etapa de organización del proceso.

- Las dos terceras partes de los tutores tenía distribuido a los estudiantes por familias.
- La mitad de ellos organizaron a los estudiantes de acuerdo al contexto, las situaciones reales y las características de la actividad.
- Un poco más de la mitad de los tutores definieron las tareas a realizar por otros integrantes del EBS y estudiantes de años superiores

c) De la etapa de ejecución del proceso.

- La mayoría de los tutores establece una adecuada comunicación con el paciente y el estudiante.
- Alrededor de la mitad de los tutores realiza la motivación a partir de la situación y facilita la comunicación del estudiante con el paciente.
- Un poco más de la mitad de ellos explica la habilidad del examen físico al tiempo que la ejecuta si es de nueva incorporación (objetivo de la actividad) o la recuerda si ya fue trabajada antes.
- Todos los tutores utilizan la hoja de registros estadísticos, pero alrededor de la mitad no muestra y orienta su utilización a los estudiantes.
- Un número pequeño de ellos muestra y orienta la utilización del Análisis de la situación de salud a los estudiantes.
- Casi todos de los tutores realizan acciones de curación acorde con la afección del paciente.

- Menos de la mitad de ellos orienta estudio independiente en correspondencia con los contenidos que corresponden por P1.
- Dos tercio de los tutores indica las investigaciones basadas en el diagnóstico y posibilidades institucionales y explica al estudiante su objetivo.

d) De la etapa de control del proceso.

- La mayoría de los tutores tenían las tarjetas de control de habilidades actualizadas hasta la semana anterior.
- Menos de la mitad de ellos evalúan las habilidades en correspondencia con la semana y/o precedentes.
- Cerca de la mitad de los tutores hace un uso adecuado de la tarjeta de control de habilidades según lo establece cada año.

Resultados de la entrevista a expertos.

Entre los elementos imprescindibles para lograr la calidad en el desempeño del tutor en los escenarios de la APS, los expertos coincidieron en que estos profesionales requieren obtener la categoría docente superior; adecuada preparación académica y científica; conocimiento de los documentos rectores de la carrera; disponer de un tiempo para la autopreparación y superarse en temas de educación médica.

Las dificultades más significativas que debilitan el desarrollo de la educación en el trabajo según los expertos, son:

- No utilización de todos los escenarios disponibles en la APS.
- Inexistencia de un sistema de selección y formación de tutores.
- Pérdida de idoneidad de los escenarios docentes por las dificultades materiales existentes.

- Mantenimiento de la necesaria relación docente-asistencial, que no siempre se logra, en detrimento del aspecto docente, lo que trae como consecuencia falta de motivación, improvisación y por ello pobre preparación docente.
- Los administrativos no tienen sentido de pertenencia con el proceso docente.

Todos los expertos expusieron criterios positivos en relación la propuesta del sistema de acciones considerándola válida y factible su aplicación.

A partir de los resultados expuestos podemos resumir un grupo de elementos que nos permiten establecer las premisas para proponer nuestro sistema de acciones:

Premisas:

1. El especialista de MGI requiere una preparación mínima antes de iniciar su desempeño como tutor del pregrado.
2. Para a superación se utilizaran preferentemente los espacios docentes-metodológicos establecidos.
3. Se priorizará la atención personalizada al tutor y en el puesto de trabajo, para su preparación por el equipo designado.
4. Se dará participación en la asesoría en el puesto de trabajo a los profesores de las asignaturas que tienen la educación en el trabajo como forma de organización de la enseñanza.
5. Se asumirá la organización del trabajo en CMF según lo establece el programa perfeccionado del Médico y Enfermera de la familia.
6. Los talleres y otras actividades de asesoría estarán respaldadas por las resoluciones que norman el trabajo docente-metodológico, con los programas y guías correspondientes creadas al efecto.
7. Los jefes de los GBT requieren insertarse a las actividades de

superación para el adecuado control y asesoría al tutor en el CMF.

8. Se requiere que el proceso docente educativo se desarrolle en policlínicos con sus escenarios para la educación en el trabajo acreditados para la docencia.

Fundamentación de la propuesta del sistema de acciones.

La formación de los profesionales de nivel superior y su calidad constituye un reto permanente para las instituciones de educación superior. Tanto a lo largo del proceso de su formación y como egresados en ejercicio, los profesionales de la educación superior representan un importante factor de desarrollo de la ciencia y los avances del conocimiento.

La Educación Médica Superior Cubana, con una experiencia acumulada en la superación y capacitación de sus docentes, enfrenta actualmente el proceso de universalización de las carreras de Ciencias Médicas, lo que hace imposible desconocer que para enfrentar los retos de este modelo de formación pedagógica la figura del tutor, que debe recibir preparación y capacitación juega un papel decisivo.

Resulta una exigencia social de primer orden, en relación con los procesos formativos, valorar una capacitación pedagógica del claustro profesoral pensada en términos de las competencias docentes que tienen que caracterizar al profesor para el desempeño de una docencia comprometida con el modelo profesional en salud que la sociedad actual exige, de forma tal que la gestión profesoral de respuesta a este reclamo social, que se sustenta en el hecho de contar con recursos humanos de salud que tengan los niveles requeridos de competencia y desempeño profesional que les permita resolver con profundidad, creatividad, independiente e integralmente los problemas de salud que se presenten en el individuo, la familia y la comunidad.

A partir de las deficiencias observadas en el proceso docente educativo CMF referidas en la fase diagnóstica, las limitaciones del modo de actuación profesional de los tutores para transformar dicha situación y los supuestos teóricos en que se sustenta el proceso de docente-educativo, hemos

considerado oportuno ofrecer un sistema de acciones que faciliten la gestión docente de los tutores en los escenarios de la APS.

Sistema de acciones.

El diseño del sistema de acciones parte de la denominación de las competencias docentes básicas que comprenden tres agrupaciones, las cuales asumimos como componentes del sistema: competencias académicas, competencias didácticas y competencias organizativas. Desde los sustentos teóricos se establecen las interrelaciones lógicas necesaria, se define el objetivo general y los objetivos que en cada componente permiten alcanzarlo, así como las acciones específicas para dar salida a cada uno de ellos, articuladas para su implementación.

Componentes, objetivos y acciones.

I- Componente: competencia académica.

Objetivo: Garantizar la utilización de los conocimientos y habilidades de la especialidad de la MGI en función del adecuado desarrollo de la educación en el trabajo en el CMF.

Acciones:

1. Reelaborar las guías de tareas para el estudiante, y perfeccionar en ellas los objetivos y actividades fundamentales con posibilidades reales de ejecutar en la educación en el trabajo de acuerdo al escenario.

Espacio: Colectivo de asignaturas.

Responsable: Jefe de colectivo de la asignatura.

2. Proveer semanalmente al tutor las orientaciones generales de la guía que portarán los estudiantes, elaboradas previamente en los colectivos de asignaturas a partir de situaciones de salud presentes en el ejercicio práctico y en correspondencia con el año.

Espacio: en visitas a CMF y colectivos de año.

Responsable: metodólogo de carrera y profesor de la asignatura.

3. Orientar directamente a los tutores en como desarrollar las habilidades teniendo en cuenta la integración básico-clínica a través de situaciones reales o modeladas en los CMF correspondientes a cada asignatura por año de la carrera de Medicina.

Espacio: En reunión de colectivo de año.

Responsable: J' de colectivo de año.

4. Demostrar en cada CMF, como se ejecutan las diferentes modalidades de educación en el trabajo en la APS (Pase de visita docente en la comunidad, interconsulta docente y la discusión de un problema de salud en la comunidad) por profesionales seleccionados, preferentemente los profesores del GBT.

Espacio: En las visitas programadas a los CMF.

Responsable: VDD del Policlínico, metodólogo de la carrera.

5. Asesorar a los tutores sobre la correcta utilización de las Historias Clínicas Familiares e Individuales con fines docentes.

Espacio: En las visitas programadas a los CMF.

Responsable: J'GBT y metodólogo de carrera.

6. Asesorar a los profesores del GBT para el tratamiento diferenciado a los tutores con dificultades en su desempeño que repercuten directamente en el proceso de formación.

Espacio: Reunión metodológica.

Responsable: VDD.

7. Asesorar al tutor de cómo orientar al estudiante tareas que tributan a la investigación científica.

Espacio: En las visitas programadas a los CMF.

Responsable: Metodólogo de carrera.

8. Identificar los tutores con dificultades en su desempeño para organizar su planificación de formas de superación que así lo requiera.

Espacio: Reunión del GBT.

Responsable: VDD y J'GBT.

II- Componente: competencia didáctica.

Objetivo: Actualizar los conocimientos y habilidades sobre el manejo de los componentes del proceso enseñanza-aprendizaje que incluye el tratamiento a las categorías de la didáctica en una FOE específica, la educación en le trabajo.

Acciones:

1. Impartir talleres con frecuencia bisemanal sobre temas de educación médica específicos para la función docente que desempeña el tutor y profesores de GBT (Anexo V).

Espacio: Reuniones metodológicas y colectivos de año.

Responsable: VDD.

2. Identificar los CMF y tutores que puedan emplearse como referencia por cada área e insertar, como observadores, los tutores noveles o con dificultades previa coordinación con asistencia médica.

Espacio: Reunión del GBT.

Responsable: VDD y J'GBT.

3. Incluir en la reunión de GBT tema de actualización sobre elementos básicos de educación médica.

Espacio: Reunión del GBT.

Responsable: VDD.

4. Desarrollar la clase metodológica instructiva dirigida a la educación en el trabajo en el CMF con la presencia de los tutores.

Espacio: Actividad planificada en el plan metodológico.

Responsable: VDD del Policlínico y metodólogo de la carrera.

5. Desarrollar la clase metodológica demostrativa en un CMF, aunque implique desarrollarla en varias actividades con la presencia de los tutores en horarios de menos afluencia de pacientes.

Espacio: Actividad planificada en el plan metodológico.

Responsable: VDD del Policlínico y metodólogo de la carrera

6. Realizar entrenamiento con los tutores con dificultades en su desempeño sobre la conducción del proceso y aprovechamiento de las situaciones reales a partir de vinculación básico clínica y correcta utilización del método clínico.

Espacio: En las visitas programadas a los CMF.

Responsable: VDD del Policlínico, metodólogo de la carrera.

III- Componente: competencia organizativa.

Objetivo: Potenciar la preparación de los tutores en lo relacionado con la planificación, organización, ejecución y control de las acciones pedagógicas y didácticas involucradas en el desarrollo de la educación en el trabajo.

3.1. Planificación:

Objetivo: Ampliar la preparación de los tutores para la planificación de la actividad educación en el trabajo.

Acciones:

1. Asesorar a los tutores sobre la importancia del conocimiento y uso de los documentos de planificación: Plan de estudio de la Carrera de Medicina,

listado de estudiantes asignados al CMF, registro de asistencia y evaluación, habilidades a desarrollar por años de la carrera, P1 de la asignatura integradora.

Espacio: En las visitas programadas a los CMF.

Responsable: VDD y metodólogo de la carrera.

2. Realizar presentación sobre el plan de estudio y generalidades de la carrera previa al inicio de su trabajo como tutor.

Espacio: En reunión metodológica planificada.

Responsable: VDD y metodólogo de la carrera.

3. Orientar a los tutores como elaborar un sistema de tareas docentes, con situaciones de salud de familias y pacientes identificados en el CMF, a desarrollar por los estudiantes durante la educación en el trabajo.

Espacio: En las visitas programadas a los CMF.

Responsable: VDD, metodólogo de la carrera y J'GBT.

4. Sugerir a los tutores como aprovechar los escenarios disponibles en la comunidad y policlínico de utilidad para desarrollar las habilidades en los estudiantes.

Espacio: En las visitas programadas a los CMF.

Responsable: J'GBT.

3.2. Organización:

Objetivo: Reforzar la preparación de los tutores para la organización de la actividad de educación en el trabajo.

Acciones:

1. Participar con el tutor en la distribución de los estudiantes por los diferentes espacios donde pueda realizarse la educación en el trabajo y

según el año que cursa, para cumplir con las tareas orientadas.

Espacio: En las visitas programadas a los CMF.

Responsable: Metodólogo de carrera.

2. Incluir en el proceso de entrega del CMF al tutor la información relacionada con la docencia.

Espacio: En proceso de entrega del CMF.

Responsable: Metodólogo de carrera y J'GBT.

3. Orientar al tutor en como distribuir y organizar actividades a los estudiantes para garantizar la participación de los de años superiores en la formación de los de años inferiores.

Espacio: En las visitas programadas a los CMF.

Responsable: Metodólogo de carrera y J'GBT.

4. Realizar actividad metodológica al inicio de cada semestre donde se presenten aspectos de la planificación y organización de la carrera.

Espacio: Reunión metodológica.

Responsable: VDD y Metodólogo de carrera.

3.3 Ejecución:

Objetivo: Fomentar la preparación de los tutores en lo relacionado con la ejecución de la actividad educación en el trabajo.

Acciones:

1. Orientar a los tutores la utilización adecuada de la documentación establecida: Hoja de registros estadísticos, historia clínica individual, historia de salud familiar y Análisis de la situación de salud con fines docentes.

Espacio: En las visitas programadas a los CMF.

Responsable: J'GBT.

2. Orientar a los tutores en como implementar las estrategias curriculares a desarrollar en la Carrera de Medicina.

Espacio: En las visitas programadas a los CMF.

Responsable: J'GBT, VDD y Metodólogo de carrera.

3.4. Control:

Objetivo: Fortalecer la preparación de los tutores en lo relacionado con el control en la actividad educación en el trabajo.

Acciones:

1. Enseñar a los tutores como evaluar las habilidades orientadas en cada año de la carrera de medicina.

Espacio: En las visitas programadas a los CMF.

Responsable: J'GBT, VDD y Metodólogo de carrera.

2. Asesorar a los tutores como usar adecuadamente la tarjeta de habilidades orientadas en cada año de la carrera de medicina.

Espacio: En las visitas programadas a los CMF.

Responsable: J'GBT, VDD y Metodólogo de carrera.

3. Realizar visita con frecuencia mensual de control y asesoría al tutor en la actividad de educación en el trabajo con apoyo de la guía para el control de la educación en el trabajo (Anexo IV).

Espacio: En las visitas programadas a los CMF.

Responsable: VDD y Metodólogo de carrera.

4. Entrenar al tutor en la evaluación frecuente de las habilidades de los

estudiantes con el paciente.

Espacio: En las visitas programadas a los CMF.

Responsable: VDD y Metodólogo de carrera.

5. Capacitar al tutor para que a través de un buen control logre que el estudiante realice de manera correcta las tareas orientadas por él, que favorecen el trabajo asistencial del CMF respetando los contenidos que debe desarrollar diferentes años de la carrera.

Espacio: En las visitas programadas a los CMF.

Responsable: J'GBT, VDD y Metodólogo de carrera.

6. Proveer semanalmente al tutor las orientaciones metodológicas con los criterios evaluativos, el grado de consecución y el nivel de desempeño para cada habilidad a evaluar por semanas en cada año de la carrera de medicina.

Espacio: en visitas a CMF y colectivos de año.

Responsable: metodólogo de carrera y profesor de la asignatura.

Conclusiones.

- Existen dificultades en el desarrollo de la educación en el trabajo en el escenario del CMF, donde la etapa mas afectada resultó la de organización del proceso, con carencias en el conocimiento de las categorías didácticas, principalmente en los objetivos y la evaluación del aprendizaje.
- Se presenta una propuesta de sistema de acciones para el desarrollo de la competencia docente en su componente académico, didáctico y organizativo en el profesional médico que se desempeña como tutor en los Consultorios Médicos de la Familia.

Recomendaciones.

- Aplicar el sistema de acciones propuesto en Policlínicos Universitarios seleccionados de la provincia para completar su validación.

Referencias bibliográficas

1. Ilizástegui F, Douglas R. LA formación del médico general básico en Cuba. Rev. Educación Médica y Salud. Organización Panamericana de la Salud. 1993, 27(2):189-205.
2. Fundamentación del perfeccionamiento del plan de estudio de medicina, Comisión Nacional Carrera Medicina. Universidad De Ciencias Médicas De La Habana. 2010
3. Díaz-Velis Martínez E, Ramos Ramírez R, Romero Monteagudo E. El currículo y el profesor en la transformación del binomio práctica médica-educación médica. Rev Cubana Educ Med Sup [serie en Internet]. 2005 [citado 20 Feb 2009]; 19(2): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412005000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
4. Taylor R. Aspectos Actuales y perspectivas futuras. Medicina familiar 5ta ed. Barcelona; 1999. P.3.
5. Rivera N. Fundamentos Metodológicos del Proceso Docente-Educativo. El Modelo de la actividad. CD ROM. PEA_B01A. La Habana. Maestría Educación Médica 2005.
6. World Health Organization, Primary health care, Alma Ata Health for All. Series Geneva: WHO; 1978.
7. Byrne N, Rosebthal M. Tendencias actuales de la educación médica y propuesta de orientación para la Educación Médica en América Latina. Educ Méd y Sal. 1994; 28: 53-93.
8. Pacheco Leal D. LA educación médica en las Américas. Propuestas emanadas de las conferencias internacionales. Rev Mex Educ Méd. 1991; 2 (1):245-9.
9. Flexner A. Medical education in the United States and Canada. New York: Carnegie Foundation for the Advancement of Teching; 1990.
10. Neufeld UVR, Barrows HS. The Mc. Master philisophy: an approach to medical education. J Med Educ 1974; 49:104-50.
11. Neufeld UVR, Woodward CA. The Master MD program. A case study of a renewal inmedical education. Acad Med. 1989; 64:423,32.

12. Martínez Calvo S. Las categorías Promoción y Prevención de salud en los programas de Medicina General Integral. Rev Cubana Med Gen Int. 1994,10(4): 326-31.
13. Jardines JB, Oubiña J, Aneiros-Riba RS. La educación en Ciencias de la Salud en Cuba. Educ Med Salud 1991; 25 (4): 387-409
14. Ilizástegui F, Douglas R. LA formación del médico general básico en Cuba. Rev. Educación Médica y Salud. Organización Panamericana de la Salud. 1993, 27(2):189-205.
15. Trejo-Mejía JA, Larios Mendonza H, Estrada-Salgado FD, Campos Aragón L, Gracia-Ramírez A. Sistemas de tutorización en el pregrado de medicina familiar. Arch Med Fam. 2002; 4 (2): 71-4.
16. Zabalza, M.A. Las competencias docentes del profesorado universitario: calidad y desarrollo profesional. Madrid: Narcea. 2003
17. Nogueira Sotolongo M, Rivera Michelena N, Blanco Horta F. Competencias docentes del medico de familia en el desempeño de la tutoría en la carrera de medicina. Rev Cubana Educ Med Sup [serie en Internet]. 2005 [citado 20 Feb 2009]; 19(1): [aprox.8p.]. Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412005000100004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
18. Torres M, Salas-Perea RS, Borroto O, Aragón A. Integración docencia-producción-investigación en la formación de la fuerza de trabajo calificada (Mesa Redonda). En: Memorias del Congreso Pedagogía '93. La Habana: Editorial Pueblo y Educación, 1993: 86-95.
19. García N.E, Aranda Reyes R, Valdés Vento A C, García Fernández I, Núñez Díaz B Una valoración integral del programa de la asignatura "introducción a la medicina general integral" de la carrera de medicina.issn1561-3194 rev. de ciencias médicas Pinar del Río. 2007;11 (2.2)
20. Andrade J. El proceso del diseño del plan de estudio. Rev Educ Méd Salud. 1971; 5(2):p.22.
21. Borroto Cruz R, Aneiros-Riba YR. La Educación Médica en los Albores del Tercer Milenio. Material de la Maestría en Educación Médica. 2005

22. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Área de Docencia e Investigaciones. Organización, Desarrollo y Control del Proceso Docente Educativo en la APS. Programa de la Asignatura Introducción a la MGI. s/lugar: s/n; 2000 (Parte II): p. 82- 96
23. La reforma universitaria y la enseñanza de las ciencias médicas. Ed. Universidad de La Habana. 1963.
24. Araujo Bernal L. y Rodríguez Gavaldá R. Migración de profesionales. Tribuna Médica de Cuba. 1966; 25(493-500): 13-27.
25. Ilizástigui Dupuy F. Salud, Medicina y Educación Médica. Ed. Cien. Med. La Habana, 1985.
26. Ilizástigui F. La Educación Médica Superior y las necesidades de salud de la población. Ed. Inst. Cien. Med. Habana, La Habana 11-22. Material de la Maestría en Educación Médica. 2005
27. Ilizástigui Dupuy F. Experiencia cubana en la formación del Médico General Básico como Médico de la Familia. Ed. Inst. Sup. Cien. Med. Habana, La Habana: 73-90. Material de la Maestría en Educación Médica. 2005
28. Vidal Layseca C. Apuntes de una vida dedicada a la gente. Lima: SINCO Editores, 2004.
29. Ferreira JR. Misión del hospital a la luz de las nuevas tendencias de la educación médica. Edu. Med. Salud 10 (2):104-151, 1979.
30. Stearns HJ, Stearns MA, Glasser M, Londo RA. Illinois RMED: A Comprehensive Program to Improve the Supply of Rural Family Physicians. Fam Med, 2000; 32(1):17-21).
31. Kaufman A, Mennin S, Waterman R, Duban S, Hansbarger C, Silverblatt H, Obenshain SS, Kantrowitz M, Becker T, Samet J, et al. The New Mexico experiment: educational innovation and institutional change. Acad Med. 1989; 64(6):285-94.
32. Pipas CF, Peltier DA, Fall LH, Olson AL, Mahoney JF, Skochelak SE, Gjerde CL Collaborating to Integrate Curriculum in Primary Care. Medical Education: Successes and Challenges From Three US Medical Schools. Fam Med 2004; 36(January suppl):S126-S132.
33. Tamblyn R, Abrahamowicz MD, Dauphinee MD, Girard N, Bartlett G, Grand'Maison P, Brailovsky C. Effect of a community oriented problem

- based learning curriculum on quality of primary care delivered by graduates: historical cohort comparison study. *BMJ* 2005; 331; 1002.
34. Jardines Mendes JB, Aneiros-Riba R, Salas-Perea RS. Cuba: Recursos Humanos en la Atención Primaria de Salud y su Estrategia de Desarrollo. *Educ Med Salud*; 1993, 27:145-159.
 35. Campos FE, Ferreira JR, Feuerweker L, Sena RP, Batista Campos JJ, Cordeiro H, Cordoni Jr. L. Caminhos para Aproximar a Formação de Profissionais de Saúde das Necessidades de Atenção Básica. *Revista Brasileira de Educação Médica*; 2001, 25: 53–59
 36. Declaración de Edimburgo '88. Edimburgo: Federación Mundial de Educación Médica; 1988.
 37. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Proyecto Policlínico Universitario. Marco Conceptual. Versión 1. La Habana: MINSAP; 2004.
 38. Acosta Y. Principios Rectores y Mapa Curricular del Nuevo Programa de Formación de Médicos. Documento de Trabajo. La Habana: ENSAP; 2006.
 39. Martí J. Obras Completas. Tomo 8. La Habana: Editorial Nacional de Cuba, 1963: 276, 278, 287.
 40. Marx C. Crítica del Programa de Gotha. En: C. Marx y F. Engels. Obras Escogidas en Tres Tomos. Tomo III. Moscú: Editorial Progreso, 1973: 26.
 41. Engel F. Anti-Dühring. 4ta. ed. La Habana: Editorial Pueblo y Educación, 1975: 391-392.
 42. Ilizástigui F. Educación en el Trabajo como Principio Rector de la Educación Médica Cubana (Conferencia). En: Taller Nacional "Integración de la Universidad Médica a la Organización de Salud: su contribución al cambio y al desarrollo perspectivo. La Habana: Ministerio de Salud Pública, 1993
 43. Organización Panamericana de la Salud. "IV Taller sobre Educación para la Salud". Documento del Grupo A. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud, 1975.
 44. Salas-Perea RS, Padrón L, Hatim A, Oliver M. Experiencias en la Educación en el Trabajo en la Formación y Perfeccionamiento de los Profesionales en Ciencias de la Salud (Mesa Redonda). En: Taller

- Nacional "Integración de la Universidad Médica a la Organización de Salud: su contribución al cambio y al desarrollo perspectivo. La Habana: Ministerio de Salud Pública, 1993.
45. Reglamento para la organización del proceso docente educativo: centro de enseñanza medica superior. R.M / 15. (Art.36-37) 1988.
 46. Reglamento para el trabajo docente y metodológico en la educación superior. Ministerio de educación superior. RESOLUCION No. 210/2007 (Art 28)
 47. Carpeta Metodológica. Organización, desarrollo y control del proceso docente-educativo en la Atención Primaria de Salud. Ministerio de Salud Pública. La Habana, Cuba. 2005
 48. Alonso Chil O, Ilizástigui F, Fernández Sacasas J, Salas-Perea RS, et al. Orientaciones Metodológicas sobre la Educación en el Trabajo (Folleto). La Habana: Ministerio de Salud Pública, 1990
 49. Andrés Rodríguez Jiménez. La Educación de la Responsabilidad de los estudiantes y el Trabajo del profesor guía. Rev. Panorama Salud. No. 1; mayo-septiembre 2006.
 50. Molina Contrera S, D. L. Concepto de orientación educativa: Diversidad y aproximación. En: Revista Iberoamericana de Educación. España. El nuevo rol del profesor – tutor la de orientador. Autores: J. J. Fonseca Pérez*, U. Mestre Gómez* 111-422-1-PB. 2002
 51. González Maura V. El profesor tutor: una necesidad de la universidad del siglo XXI. Rev Educ Sup (revista en Internet). 2006. Disponible en: www.dict.uh.cu/Revistas/Educ_Sup/022006/ART3.pdf. Citada 23 de Enero 2010.
 52. Ministerio de Educación superior. El tutor en las SUM. Folleto. Editorial Félix Varela. La Habana, 2005.
 53. Vecino Alegret, F: Reglamento sobre el funcionamiento de las Sedes Universitarias Municipales. Diciembre del 2005.
 54. Plan perfeccionado del médico y enfermera de la familia 2011
 55. Borroto Cruz, R, Lemus Lago RE, Aneiros-Riba R. Atención primaria de salud, medicina familiar y educación médica. Biblioteca de Medicina Vol XXXIV, Universidad Mayor de San Andrés, La Paz, Bolivia, 1998. (Modificado por los autores en 2000).

56. Hatim Ricardo A. La educación de Postgrado en el Sistema Nacional de Salud. Literatura básica Módulo de Postgrado. Material de estudio de la Maestría de Educación Médica, La Habana, 2002.
57. Ministerio de Salud Pública. La Medicina de la comunidad en Cuba, La Habana, 1975
58. Ministerio de Salud Pública. Fundamentación para un nuevo enfoque de la medicina en la comunidad, La Habana, 1976
59. Rojas Ochoa, F. La universidad y las prácticas de salud. En: P. Yépez (ed) "La universidad latinoamericana y la salud de la población, informe de los núcleos latinoamericanos". Litobrit, c.a. Caracas. 1991, pp 213-215.
60. Programa de Especialización en Medicina general Integral. Ministerio de Salud Pública de Cuba, 1990.
61. Salas Perea RS. La calidad en el desarrollo profesional. Avances y desafíos. Educ Méd Super 2000; 14(2):136-47.
62. Fernández Sacasas J A. Reingeniería del plan de estudio de La especialidad de Medicina General Integral. 2004
63. Convenio Fundación Biodiversidad Universidad Politécnica de Valencia. Portal Medioambiental. [citado 25 Mar 2009] Disponible en: http://www.fundacion-biodiversidad.es/es/inicio/noticias_noticias?limit=50§ionid=100036&task=category&start=300
64. Mertens L. Competencia laboral: sistemas, surgimientos y modelos. Montevideo: Cinterfor; 1996. p. 119.
65. Vargas Zúñiga F. Algunas líneas para el diseño curricular de programas de formación basados en competencias. [citado 25 Mar 2009] Disponible en: <http://www.ilo.org/public/spanish/region/ampro/cinterfor/publ/sala/vargas/diseno.pdf>
66. Cejas Yanes E, Pérez J. Un concepto muy controvertido: competencias laborales. ISPETP; 2003. [citado 25 Mar 2009] Disponible en: <http://www.monografias.com>
67. Cela J, Montserrat S, Flores O. Competencias profesionales de un perfil psicopedagógico en el proceso de incorporación de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) a la docencia universitaria. U. de Lleida. Virtual Educa 2002. [citado 25 Mar 2009] Disponible en:

- <http://www.ice.udl.cat/aside/observatori/documents/virtualeduca02.pdf>
68. Salas Zapata W. Formación por competencias en educación superior. Una aproximación conceptual a propósito del caso colombiano. [citado 20 Abr 2010]. Disponible en:
<http://www.rieoei.org/deloslectores/1036Salas.PDF>
69. Cejas Yanes E. Los fundamentos del diseño curricular por competencias laborales [monografía en Internet]. [citado 20 Feb 2010]. Disponible en:
<http://www.monografias.com/trabajos25/fundamentos-competencias/fundamentos-competencias2.shtml>
70. López Calichs E. El proceso de formación de las competencias creativas. Una vía para perfeccionar el proceso de formación profesional de los estudiantes de la Carrera de Licenciatura en Estudios Socioculturales. Gestiópolis.com. 2005 [monografía en internet]. [citado 12 Feb 2010] ;(aprox. 5 p). Disponible en:
<http://www.gestiopolis.com/canales7/eco/formacion-de-competencias-creativas-y-profesionales.htm>
71. Valiente Sandó Pedro. La modelación de la profesionalidad de los dirigentes educacionales: una necesidad para dirigir su formación y desarrollo. [citado 18 Mar 2011] Disponible en:
<http://www.mes.edu.cu/folletos/2001/9/48801903.pdf>
72. González Maura V. ¿Qué significa ser un profesional competente? Reflexiones desde una perspectiva psicológica. [citado 18 Mar 2011] Disponible en: <http://www.rieoei.org/deloslectores/Maura.PDF>
73. Nogueira Sotolongo M. Desarrollo de competencias para la gestión docente en la educación médica superior. Educ Med Super. 2003; 17(3).
74. Andrzej Wojtczak. Glosario de términos de educación médica. International Institut for Medical Education (IIME). Nueva York, USA. Traducción del Dr. Jorge Palés, Presidente de la SEDEM y de la Dra. Maria Nolla, Jefe de Estudios de la Fundación Dr. Robert. Educ. méd. v.6 supl.2 Barcelona jul.-sep. 2003.
75. Salas Perea, R S. Propuesta de Estrategia para la Evaluación del desempeño laboral de los médicos en Cuba. Tesis Doctoral en Ciencias de la Salud. [Biblioteca de la Escuela Nacional de Salud Pública]. Enero 2009. Ver resumen en Revista Educación Médica Superior. 2010;

- 24(3)387-417. [citado 18 Mar 2011] Disponible en:
<http://scielo.sld.cu/pdf/ems/v24n3/ems11310.pdf>
76. Pla, R. Modo de actuación del docente desde un enfoque integral y contextualizado (libro electrónico), 2006.
77. I taller internacional "La educación superior y la formación de profesionales" Título: La gestión de la información en educación y la visibilidad de la producción científica. Autores: Dr. Gerardo Ramos Serpa. MSc. Adriana López Falcón. Institución: Centro de Estudio y Desarrollo Educacional. Universidad de Matanzas Cuba. 2007
78. Angulo, Noel. Normas de competencia en información. Revista Biblioteconomía y Documentación. No. 11. Facultad de Biblioteconomía y Documentación, Universidad de Barcelona, España. [citado 18 Mar 2011] Disponible en:
http://www2.ub.es/bid/consulta_articulos.php?fichero=11angul2.htm
79. Perrenaud P. Las 10 nuevas competencias para enseñar. Editora Aique. Porto Alegre. 2000.
80. Pedagogía diferenciada. Porto Alegre, Brasil: ARTMED; 2002.
81. Perrenoud P. Gather E. As competencias para ensinar no seculo XXI. Porto Alegre, Editorial ARTMED; 2002.
82. Perrenoud P. Constreindo Competencias. Sao Paulo, Brasil: Nova Escola; 2000.
83. Cano, E. Cómo mejorar las competencias docentes. Guía para la autoevaluación y el desarrollo de las competencias del profesorado. Barcelona: Graó. 2005
84. Bazdresch Parada M. Las competencias en la formación de docentes. Jalisco: ITESO; 2005. [citado 18 Mar 2011] Disponible en:
educacion.jalisco.gob.mx/consulta/educar/o5/basdresc.html
85. Soler Martínez C. Reflexiones acerca del término competencias en la actividad docente Rev. Educ Med Super 2004;18(1)
86. Haddad Q. Educación Permanente del Personal de Salud. Washington DC: OPS; 1994 (Serie Desarrollo de Recursos Humanos No.100).
87. La formación de la competencia de dirección del proceso pedagógico en la formación inicial del profesor. Fundamentos teóricos de un modelo didáctico. Josefa Calzada Trocones, Fátima addine Fernández. 2010

88. López Molina RA. La facultad de medicina de la universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo: Resumen de su historia. Morelia (Michoacán); 2004.
89. García Alum N. E y colaboradores Una valoración integral del programa de la asignatura “introducción a la medicina general integral” de la carrera de medicina. ISSN 1561-3194 Revista de Ciencias Médicas Pinar del Río. 2007; 11 (2.2)
90. Rivera Michelena N. La didáctica como ciencia. Su objeto. Los objetivos de la enseñanza. Enfoque sistémico de la didáctica en la educación superior. Tomado de: fundamentos teóricos de la dirección del proceso docente educativo en la educación superior cubana. Proceso enseñanza aprendizaje: lecturas seleccionadas. Material de estudio de la maestría de educación médica. La habana, 2005
91. Álvarez de Zayas C. M. “La dirección del proceso docente educativo”. Tomado de: Hacia una escuela de Excelencia. La Habana: Editorial Academia 1996.
92. Rivera Michelena N. "Fundamentos metodológicos del proceso docente-educativo. El modelo de la actividad. Proceso enseñanza aprendizaje: Lecturas seleccionadas. Material de estudio de la Maestría de Educación Médica. La Habana, 2005
93. Salas Perea R S. “Los Principios Didácticos”. Tomado de: Educación en Salud. Competencia y desempeño profesionales. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 1999.
94. Fernández oliva B, Nolla Cao N. La maestría pedagógica, su relación con el modelo comunicativo de la enseñanza contemporánea; 2011
95. La comunicación en la práctica médica. Material de estudio de la Maestría de Educación Médica 2005.
96. Sanz Cabrera T, Rodríguez Pérez M E. El enfoque histórico –cultural: su contribución a una concepción pedagógica contemporánea tomado de: tendencias pedagógicas en la realidad educativa actual. Bolivia 2000.
97. Rivera Michelena N. Un sistema de habilidades para las carreras de las ciencias médicas. Proceso enseñanza aprendizaje: Lecturas

- seleccionadas. Material de estudio de la Maestría de Educación Médica. La Habana, 2005
98. Tendencias de la educación médica orientada a la atención primaria de salud Material de estudio de la Maestría de Educación Médica 2005.
99. Corona Martínez L A, Fonseca Hernández M El método clínico como método de enseñanza en la carrera de medicina. Rev. Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos Medisur 2009; 7(6) ISSN:1727-897X
100. Salas Perea R S. La calidad en el desarrollo profesional: avances y desafíos. Revista Cubana de Educación Médica Superior. 2000; 14 (2): 136-47.
101. Selma-Housein Abdo E. Guía de acción para la excelencia en la atención médica. Ciudad de la Habana: Científico-Técnica; 2002
102. Barrios Osuna I, Rivera Michelena N. La visión lógico-intelectual y ético reflexiva de las habilidades en la educación médica superior. Material de estudio de la Maestría de Educación Médica 2005
103. Molerio Sáez L E. Manual para la enseñanza del método clínico. VillaClara, Cuba: ISCM_VC, 2004.
104. Moreno Rodríguez M A. El arte y la ciencia del diagnóstico médico: principios seculares y problemas actuales. La Habana: Edit Científico-Técnica; 2001
105. Fernández Sacasas J A. La enseñanza de la Clínica María Vidal Ledo Reflexiones sobre el tema. Escuela Nacional de Salud Pública. Educ Med Sup 2005;19(2)
106. Salas Perea R S. Evaluación del Aprendizaje. Material de estudio de la Maestría de Educación Médica 2005
107. Salas Perea R S. Evaluación de la competencia profesional. La Evaluación en la Educación Superior Contemporánea. Biblioteca de Medicina, Volumen XXIV, Universidad Mayor de San Andrés, La Paz, 1998 pps 30-35

Anexos.

ANEXO I

Del cuestionario 2CP-1 validado para la acreditación de la carrera de Medicina se utilizaron las siguientes preguntas:

Datos generales del encuestado:

Años de graduado: _____

Categoría docente: Instructor _____ Asistente _____ Auxiliar _____ Titular _____

Grado académico: Máster _____ 2do Grado _____

Grado científico: _____

2. Relacionado con el diseño y organización de la carrera Complete:

La principal disciplina integradora de la carrera es: _____

La principal forma de organización de la enseñanza es: _____

La carrera está organizada por ciclos, mencione cuales son: _____

Los perfiles de salida del egresado son: _____

Las funciones del médico general declaradas en su plan de estudio son: _____

4. Sobre las categorías de la didáctica, señale como consideras su grado de preparación.

	Muy bien	Bien	Regular	Mal	Muy mal
Objetivos					
Contenidos					
Métodos					
FOE					
Evaluación					

ANEXO II

GUÍA DE OBSERVACIÓN PARA EL TUTOR DEL CMF

Objetivo:

Evaluar como el tutor planifica, organiza, ejecuta y controla el proceso docente educativo en el CMF para los diferentes años de la carrera.

Etapas de planificación y organización del proceso.

Respuestas: 1- Todos 2- Algunos 3- Ninguno

	Planificación del proceso:	1	2	3
1.	Dispone del listado de los estudiantes que tiene asignado al CMF por años.			
2.	Dispone en el CMF de habilidades por años de la carrera.			
3.	Tienen planificada las tareas a desarrollar por años en correspondencia con el P1			
4.	Tiene identificadas las HSF con familias y pacientes con situaciones de salud de utilidad para las diferentes actividades de educación en el trabajo.			
5.	Tiene información de los recursos materiales disponibles en el CMF necesarios para desarrollar las habilidades en los estudiantes.			
6.	Distribución de estudiantes que por días y hora que asistirán al CMF.			
7.	Información de los escenarios disponibles en la comunidad y policlínico de utilidad para desarrollar las habilidades en los estudiantes.			
	Organización del proceso:	1	2	3
8.	Distribución de los estudiantes por familias.			
9.	Distribución de los estudiantes por escenarios del CMF y de la comunidad.			
10.	Disposición de los estudiantes de acuerdo al contexto, las situaciones reales y las características de la actividad.			
11.	Distribución de los estudiantes por las diferentes modalidades de la educación en el trabajo.			
12.	Define tareas a realizar por otros integrantes del Equipo Básico de Salud y estudiantes de años superiores			

Etapa de ejecución del proceso.

Actuación con el paciente para la enseñanza de las habilidades propias de la profesión.

Respuestas: 1- Bien 2- Regular 3- Mal

	Ejecución del proceso:	1	2	3
13.	Se conduce con ética y profesionalidad frente al paciente y el estudiante			
14.	Establece la adecuada comunicación con el paciente y el estudiante.			
15.	Realiza la motivación a partir de la situación y facilita la comunicación del estudiante con el paciente. (Relación profesor-estudiante-paciente).			
16.	Realiza el interrogatorio frente al estudiante.			
17.	Realiza el examen físico frente al estudiante.			
18.	Explica la habilidad del examen físico al tiempo que la ejecuta si es de nueva incorporación (objetivo de la actividad) o la recuerda si ya fue trabajada antes.			
19.	Orienta la habilidad si es de nueva incorporación y luego la ejecuta el estudiante con su conducción; si es ya adquirida, la realiza el estudiante en presencia del profesor.			
20.	Utiliza la documentación establecida.			

- Hoja de registros estadísticos_____
- Historia clínica individual _____
- Historia de salud familiar_____
- Análisis de la situación de salud y otros_____
- Otras_____

21. Muestra al estudiante y orienta la utilización de la documentación
 Sí_____ No_____

22. En la conducta incorpora las acciones de promoción de salud
 Si_____ No_____

Si es positiva, dirigida a:

- Individuo _____
- Familia_____
- Comunidad____

23. En la conducta incorpora las acciones de prevención del riesgo y otros daños a la salud, curación y rehabilitación
 Si_____ No_____

Si es positiva, dirigida a:

- Individuo _____
- Familia_____
- Comunidad____

		Sí	No
24.	En la conducta incorpora acciones de curación acorde con la afección del paciente.		
25.	En la conducta incorpora acciones de rehabilitación acorde con la afección del paciente		
26.	Indica las investigaciones basadas en el diagnóstico y posibilidades institucionales y explica al estudiante su objetivo.		
27.	Orienta al paciente y explica al estudiante el criterio de seguimiento o ínter consulta		
28.	Orienta estudio independiente en correspondencia con los contenidos que corresponden por P1.		
29.	Estimula la búsqueda de información a partir de las situaciones presentadas en la actividad práctica		
30.	Da participación a estudiantes de años superiores y otros miembros del EBS		

Etapa de control del proceso

	Control del proceso	Sí	No
31.	Existencia de la tarjeta de control de habilidades actualizada hasta la semana anterior.		
32.	Uso adecuado de la tarjeta de control de habilidades según lo establece cada año.		
33.	Correspondencia entre las habilidades que se evalúan con las que aparecen en la tarjeta (semana actual y/o precedentes).		
34.	Dominio por el estudiante de las habilidades a evaluar y de los resultados en evaluaciones anteriores.		
35.	Evalúa las habilidades comunicativas y cumplimiento de principios éticos que desarrolla el estudiante durante la actividad.		
36.	Evalúa las habilidades para el examen físico que desarrolla el estudiante		

	durante la actividad.		
37.	Evalúa la capacidad de reproducción y aplicación en la vinculación básica clínica desarrollada en el estudiante durante la actividad, si es del ciclo básico.		
38.	Evalúa la capacidad de razonamiento y juicio clínico desarrollada en el estudiante durante la actividad, si es del ciclo clínico.		
39.	Evalúa en el estudiante las posibles acciones de promoción y prevención de acuerdo a la situación y características del contexto.		
40.	Brinda atención diferenciada a los estudiantes con dificultades durante la actividad o ya identificadas anteriormente.		

ANEXO III

Guía de entrevista a expertos:

Profesor(a): Por su conocida experiencia como profesor-tutor necesitamos su opinión acerca de competencia docente del profesional médico que se desempeña como tutor en los Consultorios Médicos de la Familia y la validez y eficacia del sistema de acciones propuesto.

1. ¿Qué elementos consideras imprescindibles para lograr la calidad en el desempeño e del tutor?
2. ¿Cuáles son las dificultades más significativas que debilitan el desarrollo de la educación en el trabajo, como Forma de Organización de la Enseñanza, dirigida por el tutor en el CMF?
3. ¿Considera válida la propuesta del sistema de acciones como vía para el desarrollo de competencias docentes y particularmente para el de la competencia didáctica, organizativa y académica, que redunde en el perfeccionamiento del desempeño docente de los tutores de los Consultorios Médicos de Familia?
4. ¿Cuáles serían sus recomendaciones relacionadas con la preparación pedagógica del tutor que se desempeña en la APS para elevar su nivel de desempeño como profesor?

ANEXO IV

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS MARIANA GRAJALES COELLO

Guía de control a la educación en el trabajo en los escenarios de la APS.
Carrera de Medicina.

Datos generales

Sede _____ Municipio _____ CMF _____ Curso _____
Semestre _____ Semana P1 _____ Fecha _____ Hora inicio _____ Terminación _____
Total de Estudiantes _____ 1ro _____ 2do _____ 3ro _____ 4to _____ 5to _____ 6to _____
Pertenece a la sede _____ Provenientes de Reversión _____
Asistencia _____ Por ciento de asistencia _____
Nombre y apellidos del tutor controlado _____
Categoría docente _____

Profesores evaluadores:

Categoría docente:

Cargo:

Aspectos a controlar.

Planificación del proceso:

- Dispone del listado de los estudiantes que tiene asignado al CMF por años.
- Dispone en el CMF de habilidades por años de la carrera.
- Tienen planificada las tareas a desarrollar por años en correspondencia con el P1.
- Tiene identificadas las HSF con familias y pacientes con situaciones de salud de utilidad para las diferentes actividades de educación en el trabajo.
- Utiliza los recursos materiales disponibles en el CMF necesarios para desarrollar las habilidades en los estudiantes.
- Tiene la distribución de estudiantes que por días y hora que asistirán al CMF.

Organización del proceso:

- Distribución los estudiantes por familias, escenarios del CMF y la comunidad.

- Disposición los estudiantes de acuerdo al contexto, las situaciones reales y las características de la actividad.
- Distribución de los estudiantes por las diferentes modalidades de la educación en el trabajo.
- Define tareas y da participación a estudiantes de años superiores y otros miembros del EBS.

Ejecución del proceso:

- Se conduce con ética y profesionalidad frente al paciente y el estudiante.
- Establece la adecuada comunicación con el paciente y el estudiante.
- Realiza la motivación a partir de la situación y facilita la comunicación del estudiante con el paciente. (Relación profesor-estudiante-paciente).
- Realiza el interrogatorio frente al estudiante y el examen físico frente al estudiante.
- Explica la habilidad del examen físico al tiempo que la ejecuta si es de nueva incorporación (objetivo de la actividad) o la recuerda si ya fue trabajada antes.
- Orienta la habilidad si es de nueva incorporación y luego la ejecuta el estudiante con su conducción; si es ya adquirida, la realiza el estudiante en presencia del profesor.
- Muestra y orienta al estudiante la documentación establecida para el trabajo del medico de familia.
- Realiza frente al estudiante acciones de promoción de salud, prevención del riesgo y otros daños a la salud, curación y rehabilitación dirigidas al individuo la familia y la comunidad.
- Indica las investigaciones basadas en el diagnóstico y posibilidades institucionales y explica al estudiante su objetivo. (Método clínico)
- Orienta al paciente y explica al estudiante el criterio de seguimiento o ínter consulta.
- Orienta estudio independiente en correspondencia con los contenidos que corresponden por P1.
- Estimula la búsqueda de información a partir de las situaciones presentadas en la actividad práctica.

Control del proceso

- Los estudiantes portan la tarjeta de control de habilidades actualizada hasta la semana anterior.
- Uso adecuado de la tarjeta de control de habilidades según lo establece cada año.
- Correspondencia entre las habilidades que se evalúan con las que aparecen en la tarjeta (semana actual y/o precedentes).
- Evalúa las habilidades comunicativas y cumplimiento de principios éticos que desarrolla el estudiante durante la actividad.
- Evalúa las habilidades para el examen físico que desarrolla el estudiante durante la actividad.
- Evalúa la capacidad de reproducción y aplicación en la vinculación básica clínica desarrollada en el estudiante durante la actividad, si es del ciclo básico.
- Evalúa la capacidad de razonamiento y juicio clínico desarrollada en el estudiante durante la actividad, si es del ciclo clínico.
- Evalúa en el estudiante las posibles acciones de promoción y prevención de acuerdo a la situación y características del contexto.
- Brinda atención diferenciada a los estudiantes con dificultades durante la actividad o ya identificadas anteriormente.

Observaciones:

Recomendaciones:

Evaluación _____ Conforme _____ Inconforme _____

Firma del tutor _____ Firma del responsable del control _____

ANEXO V

Programa del taller con temas de educación médica superior.

Tipo de Actividad: Taller.

Duración: 48 horas- 12 hs presenciales distribuidas en 3 temas de 4 hs cada uno. 2hs semanal por 6 semanas.

Título: La enseñanza de la medicina en la APS.

Fundamentación:

La Educación Médica Superior Cubana, con una experiencia acumulada en la superación y capacitación de sus docentes, enfrenta actualmente el proceso de universalización de las carreras de Ciencias Médicas, lo que hace imposible desconocer que para enfrentar los retos de este modelo de formación pedagógica la figura del tutor, que debe recibir preparación y capacitación juega un papel decisivo.

Hoy las áreas de la APS son los escenarios estudiantiles de la carrera de Medicina con el gran aporte de la enseñanza tutorial, transformando el policlínico y consultorio médico en el escenario real donde se formaran las futuras generaciones de médicos.

En estos escenarios, el tutor, un profesional médico del sistema de servicios de salud, juega un papel muy importante como enlace en el desarrollo del razonamiento clínico de los estudiantes a través de diversas estrategias de enseñanza. Los tutores deben ser profesionales de la red asistencial calificados y dispuestos a participar del proceso de enseñanza de pregrado, lo que demanda tiempo y compromiso, debe servir como modelo en su actividad clínica, en el trato con los pacientes, en su actitud ética ante la medicina y la tecnología y hacia sus propios colegas.

La actividad de tutoría orientada a la formación integral del estudiante, es relativamente reciente y los profesores, aún cuando cuenten con amplia experiencia de trabajo en la Educación Superior, no poseen suficiente preparación para cumplir sus funciones (diseñar la tutoría, caracterizar a los estudiantes, planificar las acciones y evaluar los resultados)

Objetivo general:

1. Elevar la preparación de los tutores en educación médica para desarrollar el proceso docente-educativo en la APS.

Orientaciones metodológicas generales:

Para iniciarse cada uno de los temas, el coordinador o facilitador dará las orientaciones generales, el objetivo del tema, contenido y principales actividades a realizar. Se presentará las conferencias orientadoras en cada tema con 1h de duración; se entregarán a los tutores el tema a discutir, que puede ser un documento impreso o en formato digital. Se dividirá el grupo en varios subgrupos que oscilan entre tres y cinco personas, luego 1h para el debate y las conclusiones (tiempo total para la actividad será de 2 horas), se puede invitar a personalidades expertas en los mismos. Se tratará de promover la participación de la mayoría de los tutores que permite conocer sus criterios y opiniones.

El profesor en su función de coordinador debe ser responsable de que el grupo funcione y se centre en la tarea educativa propuesta. Sus intervenciones deben ser pocas y breves. En este sentido, deberá actuar señalando contradicciones, efectuando síntesis que muestren las posiciones adaptadas a la discusión, destacando -para que sea considerado- algún punto de vista o dato importante que haya pasado inadvertido por el grupo, rescatando temas abandonados, conduciendo el análisis a un episodio, interpretando el acontecer del grupo, problematizando en todo momento con preguntas que abran y amplíen la discusión, aportando información que luego será profundizada por la investigación del grupo, la entrega de algún material o la exposición de un miembro del equipo de investigación o invitado especial. En cada encuentro deberá realizarse un acta del debate donde queden recogidos todos los criterios emitidos por el grupo, y las conclusiones de la actividad.

Los encuentros se realizarán una vez semanal, en horario de 1:00 a 3:00 p.m.

Tema1: La didáctica como ciencia. Las categorías didácticas. Enfoque sistémico de la didáctica.

Duración: 4 horas.

Objetivo: Valorar la importancia del conocimiento de la didáctica a partir de las categorías que la componen desde un enfoque en sistema.

Contenido:

- Los objetivos. Enfoque de sistema de los objetivos instructivos. El objetivo de las actividades docentes en el CMF.
- La tarea docente como célula del PDE. La tarea docente en el CMF.
- Nivel de asimilación de los contenidos.
- Nivel de sistematicidad de los contenidos.
- La educación en el trabajo como forma fundamental de organización de la enseñanza en la carrera de Medicina. Modalidades de educación en el trabajo el APS. Escenarios de la APS aprovechables en la docencia de los estudiantes de medicina.
- Sistema de habilidad en la carrera de Medicina. Situaciones reales y contexto en que pueden desarrollarse.

Método: Diálogo reflexión.

Tema 2: El proceso docente educativo en APS.

Duración: 4 horas.

Objetivo: Interpretar el PDE en la APS a partir de su planificación y organización, teniendo en cuenta los documentos que lo norman en la Carrera de Medicina.

Contenido:

- El plan de estudio de la Carrera de Medicina. Perfil del egresado. Objetivos terminales de la carrera
- Planificación y organización del PDE en los escenarios de la APS.
- El proceso enseñanza-aprendizaje en la APS.
- Las competencias docentes en los profesionales de la salud.
- Papel del tutor en los CMF.

Método: Diálogo reflexión.

Tema 3: La evaluación del aprendizaje en los escenarios de la APS.

Duración: 4 horas.

Objetivo: Interpretar la evaluación del aprendizaje a partir de las características particulares de los escenarios de la APS.

Contenido:

- Principios para el desarrollo de la evaluación del aprendizaje.
- Métodos de evaluación de la competencia centrada en el paciente.
- Indicaciones metodológicas para la evaluación del aprendizaje. El papel del colectivo de asignatura en la determinación de las indicaciones.
- La evaluación de habilidades profesionales en los CMF.
- La calificación de las habilidades profesionales. Patrón aprobado-desaprobado. Nivel de consecución.
- La tarjeta de habilidades como instrumento de control del desarrollo de las habilidades.

Bibliografía

1. Tendencias de la educación médica orientada a la atención primaria de salud Material de estudio de la Maestría de Educación Médica 2005.
2. "La dirección del proceso docente educativo". Tomado de: Hacia una escuela de Excelencia. Autor: Carlos M. Álvarez de Zayas. La Habana: Editorial Academia 1996. Material de estudio de la maestría 2005.
3. Rivera Michelena N "Fundamentos metodológicos del proceso docente-educativo. El modelo de la actividad En: Proceso enseñanza aprendizaje: Lecturas seleccionadas. Material de estudio de la Maestría de Educación Médica. La Habana, 2005.
4. Fundamentación del perfeccionamiento del plan de estudio de medicina, Comisión Nacional Carrera Medicina. Universidad De Ciencias Médicas De La Habana.2010.
5. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Proyecto Policlínico Universitario. Marco Conceptual. Versión 1. La Habana: MINSAP; 2004.
6. Ministerio de Educación superior. El tutor en las SUM. Folleto. Editorial Félix Varela. La Habana, 2005.

7. Vecino Alegret, F: Reglamento sobre el funcionamiento de las Sedes Universitarias Municipales. Diciembre del 2005.
8. Reglamento para el trabajo docente y metodológico en la educación superior. Ministerio de educación superior. RESOLUCION No. 210/2007
9. Carpeta Metodológica. Organización, desarrollo y control del proceso docente-educativo en la Atención Primaria de Salud. Ministerio de Salud Pública. La Habana, Cuba. 2002.
10. Nogueira Sotolongo M. Desarrollo de competencias para la gestión docente en la educación médica superior. Educ Med Sup. 2003;17(3).
11. La didáctica como ciencia. Su objeto. Los objetivos de la enseñanza. Enfoque sistémico de la didáctica en la educación superior. Tomado de: fundamentos teóricos de la dirección del proceso docente educativo en la educación superior cubana. En: Rivera Michelena N. Proceso enseñanza aprendizaje: lecturas seleccionadas. Material de estudio de la maestría de educación médica. La Habana, 2005.
12. "Los Principios Didácticos". Tomado de: Educación en Salud. Competencia y desempeño profesionales. Autor: Dr. Ramón Syr Salas Perea. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 1999. Material de estudio de la maestría 2005.
13. Un sistema de habilidades para las carreras de las ciencias médicas. Rivera Michelena N. Proceso enseñanza aprendizaje: Lecturas seleccionadas. Material de estudio de la Maestría de Educación Médica. La Habana, 2005.
14. Corona Martínez L A, Fonseca Hernández M El método clínico como método de enseñanza en la carrera de medicina. Rev. Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos Medisur 2009; 7(6) ISSN:1727-897X
15. La visión lógico-intelectual y ético reflexiva de las habilidades en la educación médica superior. Irene Barrios Osuna, Natacha Rivera Michelena. Material de estudio de la Maestría de Educación Médica 2005
16. Molerio Sáez LE. Manual para la enseñanza del método clínico. Villa Clara, Cuba: ISCM_VC, 2004.
17. Evaluación del Aprendizaje. Material de estudio de la Maestría de Educación Médica 2005.

18. Salas Perea R S. Evaluación de la competencia profesional. Material de estudio de la Maestría de Educación Médica 2005.