



UNIVERSIDAD
DE SANTIAGO
DE CHILE



Universidad
de Concepción



Universidad
de Valparaíso
CHILE



Universidades por el Territorio

HACIA LA FORMACIÓN DE PROFESIONALES DE SALUD QUE CHILE NECESITA

Dilemas y Desafíos en las Enseñanzas- Aprendizajes de las Ciencias de la Salud.

Universidades por el Territorio

2020-2021

ÍNDICE

RESUMEN	3
I. INTRODUCCIÓN	4
Antecedentes/Marcos referenciales.....	6
II. METODOLOGÍA.....	10
Reflexiones Iniciales	14
III. SEMINARIO	25
IV. PROPUESTAS FINALES	33
V. CONCLUSIONES	36
BIBLIOGRAFÍA.....	37
ANEXOS	40
Anexo 1. Resultados consulta Campos Clínicos	40
Anexo 2. Encuesta de inscripción al seminario	52
Anexo 3. Experiencias Exitosas en la Formación de Ciencias de la Salud con Pertinencia Social	59

RESUMEN

En el presente documento, académicos de cinco Universidades de Chile, han logrado integrar una visión conjunta del estado de situación de la enseñanza de las ciencias de la salud en tres ejes: Currículo, Campos Clínicos e Integración con la Comunidad. A su vez se recogieron opiniones, reflexiones desde actores universitarios y actores sociales del territorio.

Los grandes desafíos, contenidos y enseñanzas con pertinencia social, aperturas de las aulas a las necesidades del territorio, recuperación de metodologías activas y participativas, el territorio como un escenario formador. Todo a favor de fortalecer el currículum de formación, incorporando desde los primeros años de formación la Atención Primaria de Salud como una estrategia de desarrollo humano y social.

Al momento de revalorizar las capacidades de autogestión de las comunidades, este grupo de académicos propone revisar los estilos de relación con la comunidad para la enseñanza de las ciencias de la salud e invita a académicos a ser parte de la Alianza de Universidades por el Territorio, a fin de iniciar juntos un camino de reflexividad crítica para comprender los nuevos paradigmas de formación y consensuar las mejores estrategias que permitan avanzar hacia profesionales altamente vinculados con la realidad social.

En este proceso de reflexión participaron académicas y académicos de las siguientes casas de estudios:

- Universidad de Chile: María Soledad Barría Iroume, Lidia Campodónico Galdames, Deiza Troncoso Miranda, Sandra Oyarzo Torres, Mónica Espinoza Barrios y Hernán Aguilera Martínez.
- Universidad de Valparaíso: Astrid Arévalo Salinas y Mario Parada Lezcano.
- Universidad de Concepción: Patricia Villaseca Silva y Bárbara Sepúlveda Bustamante.
- Universidad de La Frontera: Lilian Fernández Fernández.
- Universidad de Santiago: Pedro Yáñez Alvarado.

I. INTRODUCCIÓN

La pandemia que nos ha venido azotando desde marzo de 2020 en adelante nos ha cambiado.

En abril nos encontramos algunos académicos y académicas de cinco universidades: La Frontera, Valparaíso, Concepción, de Santiago y de Chile, pertenecientes a unidades como salud pública, salud o medicina familiar, atención primaria, educación en ciencias de la salud, para explorar juntos lo que estaba sucediendo en los territorios. Se trató de buscar entender, aprehender y aprender de la tremenda fuerza del movimiento social que se organizaba en las bases, ahora para enfrentar la pandemia, así como lo habían hecho meses antes, en el estallido social contra las desigualdades.

Es así como realizamos en mayo una “Consulta Ciudadana” donde participaron más 1.200 personas pertenecientes a diversas organizaciones sociales mostrando la maravillosa capacidad de reacción de nuestra base social y cuyos resultados fueron mostrados en julio pasado (1). En ese momento, considerando las reflexiones de actores sociales y académicos vinculados a las enseñanzas de ciencias de la salud, nos auto denominamos como “Universidades por el Territorio” y destacamos la variedad y riqueza de las diferentes organizaciones a lo largo del país. Sin embargo, nos llamó poderosamente la atención que sólo un tercio de las organizaciones de base mantenían vinculación, en los territorios, con los establecimientos de salud primaria.

Este grupo de académicas y académicos de “Universidades por el Territorio”, continuamos trabajando y buscando por todos los medios influir para que se incorporara la dimensión de participación social en la respuesta oficial frente a la pandemia. En septiembre, elaboramos el documento “Participación comunitaria en desconfinamiento” (2) que tenía por objeto exponer la necesidad de incorporar una perspectiva comunitaria, participativa y descentralizada al proceso de desconfinamiento.

Este trabajo fue presentado, al igual que el trabajo anterior, en la mesa COVID que el Ministerio de Salud tiene con diversos actores sociales. Hasta ahora, desgraciadamente, no ha existido de parte de las autoridades una real apertura a la participación de la comunidad.

Nos preguntamos entonces qué estábamos realizando, como académicos, para incorporar efectivamente a la comunidad en la enseñanza de las ciencias de la salud. Como equipo entendemos la salud como un bien social, determinado mayoritariamente por las condiciones sociales, económicas y ambientales en que viven y se desarrollan esas comunidades. Por ello la promoción de la salud requiere, de manera completamente relevante, una acción de la misma comunidad por mejorar su calidad de vida, por mejorar sus condiciones que determinan su salud. Si no es así, sólo nos abocaremos a recuperar enfermedades y no a promover la salud de nuestra población. Así, nos preguntamos si estábamos entregando en nuestras facultades las herramientas para que los estudiantes analizarán la salud como un bien social y contarán con las competencias en el área social o si conocían, durante su desarrollo, las organizaciones sociales de base y la atención primaria como estrategia de desarrollo de las comunidades o siquiera como establecimientos centrales del sistema público de salud.

Por ello organizamos en el mes de enero 2021 un seminario de nombre “El Curriculum enfermo” donde participaron activamente: comunidad, académicos/as, trabajadores de salud y estudiantes para reflexionar sobre la enseñanza de las ciencias de la salud. La pregunta eje: ¿Cómo estamos formando a los y las personas que se van a desempeñar posteriormente en esos territorios?

El presente documento, reúne las principales revisiones que se realizaron de manera previa para el Seminario, a saber, Atención Primaria (APS) y Currículo, Comunidad y Campos Clínicos, las cuales se enviaron a los más de 100 inscritos; se trabajó en tres grupos de discusión con una fantástica participación, y los principales resultados los encontrarán en la sección III y IV de este documento.

Preparamos en base a todo el proceso anterior, algunas conclusiones (sección V) que queremos poner a disposición de los diferentes actores académicos, políticos, culturales y otros que puedan incidir en los cambios que se necesitan. Estamos convencidos y convencidas de que requerimos un fuerte cambio en la enseñanza de las ciencias de la salud. Varias de nuestras universidades han realizado cambios curriculares, sin embargo, ello no ha sido suficiente. Seguimos formando para la enfermedad y no para la salud, para los hospitales y no para la atención primaria, para individuos y no desde la transdisciplinariedad para la comunidad. Esperamos continuar este análisis hasta lograr cambios efectivos.

Deseamos invitarles a sumarse en este camino de “Universidades por el Territorio”. Estamos seguros y seguras de que somos mayoría quienes deseamos estar al servicio de la Comunidad.

Para efectos de la lectura y reflexión de este documento, hablamos de comunidad cuando encontramos un sistema de interrelaciones, de construcciones sociales, un espacio geográfico con sentido de pertenencia e historicidad, espacios de diálogo participativo, de consenso y disenso, espacios autónomos, colaborativos, espacios de diversidad en evolución, de lo geográfico a lo humano de lo humano, de paradigmas positivistas a interpretativos, sentipensantes, que configuran el llamado territorio.

Comunidad de personas que logran un consenso de valores, visiones y se transforman en motores de acción que requieren ser reconocidas e integradas para lograr desarrollos territoriales y humanos con sentido para quienes la conforman y para retroalimentar las futuras políticas públicas.

Antecedentes/Marcos referenciales

Cuando hablamos de educación en ciencias de la salud, estamos hablando de un modelo pedagógico que debe transitar desde prácticas tradicionales a un modelo socio-constructivista, que integre profesionales de diversas áreas para solucionar problemas de salud con pertinencia social, para propender por un aprendizaje significativo y profundo de discentes y docentes, con apoyo de la Tecnología de la Información y Comunicación (TIC), pero realizando el papel de maestro facilitador como tutor que motiva y apoya al futuro profesional (3, 4). Este modelo, en sintonía con la propuesta de la Organización Mundial de la Salud (OMS), desde los años ochenta, sobre un nuevo enfoque para la formación de profesionales de la salud centrada en el proceso de formación del estudiante con un aprendizaje profundo y significativo versus superficial y memorístico, para trabajar en el proceso de aprendizaje sobre los problemas prioritarios (5, 6), para avanzar de los objetivos al desarrollo de competencias profesionales integradoras de conocimientos, habilidades y actitudes.

A nivel internacional, Harden aportó desarrollando el modelo curricular SPICES, con nuevas estrategias centradas en el estudiante, en la concepción holística del ser humano y en la integración de las disciplinas mediante la resolución de problemas, así como en el establecimiento de una relación más estrecha con la comunidad (7).

En Chile, la Educación en Ciencias de la Salud (ECS) necesita redefinirse y realizar un cambio hacia la comunidad, formación generalista y enfoque APS. Se debe repensar las bases de la ECS y la planificación curricular en las Escuelas que forman a los/as profesionales de Salud.

Los/as actores del proceso educativo mantienen prácticas profundamente arraigadas en la cultura institucional, demostrando resistencia a los cambios de paradigmas, pese a que formalmente hay una adhesión a los objetivos de formación generalista que aborde la política sanitaria existente, lo que explica el distanciamiento entre los perfiles de egreso y el producto final (8).

En el ámbito del currículo informal en la formación, se ha demostrado que el modelaje de los docentes propicia la reproducción del modelo profesional 'hospitalocéntrico', curativo y biologicista, incentivando estos rasgos en las preferencias del estudiantado. Se evidencia una marcada ausencia de docentes que se desempeñen en la APS, lo que dificulta una educación basada en la comunidad, con orientación generalista, con contenidos de ciencias sociales y humanas, salud pública, salud familiar-comunitaria, en definitiva, con enfoque de APS.

Los currículos en medicina presentan diversidades al revisar universidades en Chile, rescatando los esfuerzos de algunas por introducir contenidos de ciencias sociales, determinantes sociales en salud, educación entre otros, pero aún no suficientemente significativos para el logro del cambio.

Una de las razones que se esgrimen para no fortalecer el trabajo comunitario en la formación de los profesionales de la salud, es que no se tienen suficientes evidencias del impacto que tenga en la salud de la población el trabajo que se realiza hacia la comunidad. Al respecto cabe destacar que existe abundante evidencia de los éxitos que tiene el trabajo con la comunidad y el empoderamiento de la población cuando se trata de su situación de salud (9).

Por otra parte se ha hecho un llamado de la comunidad internacional para promover y defender la misión social de las Instituciones formadoras de recursos humanos en salud; asegurando el desarrollo de los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para la práctica, investigación y educación socialmente responsables de los futuros trabajadores de la salud y del público; un enfoque con especial énfasis a las poblaciones más necesitadas, reconociendo al mismo tiempo las innegables fortalezas dentro de estas comunidades. Esto requiere de líderes diversos en todos los niveles que puedan promover su visión y unificar grupos y poblaciones hacia la justicia social; desarrollo y la aplicación de sistemas de evaluación y acreditación fundados en los principios de responsabilidad social para todas las facultades de ciencias de la salud e instituciones involucradas en la selección y producción de profesionales y profesores socialmente responsables; apoyo de las más altas autoridades políticas en los sectores de la salud y la educación (10).

La enseñanza de las carreras de Ciencias de la Salud ha sufrido cambios. La mayoría de las universidades chilenas han buscado innovaciones para cumplir con las expectativas de contar al final de las carreras con él o la profesional que la sociedad y el país necesita. Se ha buscado cambiar el currículo, se han introducido o reforzado importantes temas como la comunicación, algunas universidades han introducido nuevas asignaturas como Medicina General Familiar, sin embargo, el paradigma bajo el cual trabajamos parece no cambiar sustantivamente.

Se continúa mirando la medicina y las otras carreras de las ciencias de la salud, desde la enfermedad y no desde la salud. En la práctica seguimos formando, salvo raras excepciones, personas para trabajar en la recuperación de la enfermedad más que en la salud y para sistemas hospitalarios dispersos más que para sistemas integrados. Trabajando en redes basadas en Atención Primaria que se hagan cargo de sus poblaciones y territorios, que reconozcan la riqueza y cultura de estas.

Siendo la experiencia de la salud, una construcción individual y colectiva se transforma en una cosmovisión tal como lo señala un amplio repertorio de marcos de referencia¹. Ya Alma Ata en 1978 se resalta la relevancia de la participación comunitaria para alcanzar una mejor salud y la necesidad de integrar los saberes tradicionales con los científicos: “se requieren profesionales de la salud formados y multidisciplinarios para responder a las necesidades de su comunidad, los cuales deben procurar integrar los saberes científicos con los tradicionales en salud, y establecer un diálogo de saberes” (11).

Más gráficamente Trevor Hancock, en su artículo “The mandala of health: a model of the human ecosystem” (12), enfatizan la necesidad de profesionales y sistemas de salud que realicen un abordaje integral con un enfoque holístico centrado en las personas y en su salud, más que en la medicina y la enfermedad.

De esta manera los paradigmas actuales entorno a la concepción de salud, exigen una revisión del currículo de enseñanza de las ciencias de la salud, principalmente en la pertinencia social de los

¹ Propuestas al respecto han sido realizadas en otros contextos, por ejemplo, es lo que se declara en la Estrategia salud 21 de la Región Europea de la OMS. “Política Salud 21 para Europa: 21 objetivos para el siglo XXI” en <http://www.gacetamedicabilbao.eus/index.php/gacetamedicabilbao/article/viewFile/586/592>

abordajes que sus futuros egresados desarrollen. Sin embargo, “Las universidades de América Latina son reflejo de la realidad social y en la mayoría de los países se desempeñan en el contexto de políticas neoliberales y de democracias débiles e incompletas, donde las profundas inequidades y la determinación social de la salud explican gran parte de las desigualdades sanitarias y donde el derecho a la salud todavía es más una declaración que una realidad cotidiana” (13).

La instalación de conocimientos, actitudes y habilidades de los estudiantes se debe realizar en función del contexto social que lo queramos o no, configura la comprensión y expresión de la salud y/o en la enfermedad por parte de las personas y comunidades que la conforman.

Sí quisiéramos poner el énfasis en la salud como horizonte y la formación del personal que requieren sistemas de salud que trabajan en redes basadas en Atención Primaria, requerimos probablemente reforzar la entrega de contenidos sociales en el pregrado de las carreras de la salud y no sólo de salud pública o del área biológica (14). Necesitamos entregar herramientas para el trabajo comunitario, participativo y bases de investigaciones cualitativas como la Investigación Acción Participativa (IAP) (15, 16). Nuestro personal de salud debe contar con las habilidades y destrezas para trabajar para, con y en la comunidad.

Hoy día, este nivel primario de atención es el primer nivel de la Red del Sistema Público y encarna, o sigue buscando encarnar, en ese nivel toda la **Estrategia de Atención Primaria** de Alma Ata, cuarenta años después. En efecto, es el nivel de relación con las personas, las familias y comunidades, lugar de trabajo de un gran equipo multiprofesional que va de lo social a lo tecnológico y que debe hacer de la participación social no sólo una estrategia de validación de las políticas como muchas veces sucede, sino que debe genuinamente fomentar el empoderamiento de esas poblaciones para que ellas logren ir modificando sus condiciones de vida y así ir construyendo una mejor salud.

Sector Sanitario en Chile

En Chile, contamos como eje de desarrollo del sector sanitario con 2 componentes estratégicos (18) vinculados a la co-construcción social de la salud:

1- En el *Modelo de Atención Integral de Salud*, de carácter familiar y comunitario, declarado a comienzos de los años 2000, nuestro Sistema de Salud, se define como un Sistema basado en Atención Primaria, y se establecen los principios que orientan el quehacer de los equipos de salud en la red asistencial, desde la anticipación al daño hasta la rehabilitación, de manera cada vez más inclusiva de otras necesidades de salud en el espacio de la familia y la comunidad. Se entiende que la atención de salud debe ser un proceso integral y continuo que centre su atención en las personas y sus familias: que priorice actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y se preocupe de las necesidades de salud de las personas y comunidades, entregándoles herramientas para su cuidado. Su énfasis radica en la puesta en práctica de enfoques integrales para el abordaje de la salud y la enfermedad, desde la promoción de la salud: Integralidad, Participación, Continuidad de los Cuidados, Intersectorialidad, Resolutividad, Interculturalidad.

2- En el *Modelo de Redes Integradas*, el desafío es avanzar en cambios culturales que faciliten superar la fragmentación administrativa, institucional y organizacional en la cual se desempeña el sector salud, lo cual permitirá incorporar la integralidad y continuidad de los cuidados. Se espera que este modelo pueda brindar mayor humanización, accesibilidad, oportunidad y respuesta a la situación de salud que presenta la población.

Sin lugar a duda, las Universidades en Chile debieran estar ejerciendo un rol trascendental en la implementación y consolidación de estos modelos declarados, considerando que su éxito implica el ejercicio de nuevas competencias y tecnologías en los funcionarios de la red sanitaria, alfabetización en salud de las comunidades usuarias, prácticas vinculantes-colaborativas en la red de salud, medicina basada en la evidencia, medicinas integrativas, etc. Sin embargo, sigue centrado el sistema de enseñanza en el hospital, no incorporando estas miradas declaradas, necesitamos avanzar hacia una compleja dinámica de relaciones y construcciones sociales de la salud, centradas en la persona y su entorno como espacios generadores de salud y/o enfermedad.

En la Cumbre de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas del 25 de septiembre de 2015, los líderes mundiales adoptaron la Agenda 2030 de Desarrollo Sostenible (19), un conjunto de 17 Objetivos para el Desarrollo Sostenible (ODS) para poner fin a la pobreza, luchar contra la desigualdad y la injusticia, y poner freno al cambio climático en el horizonte de 2030.

Los gobiernos locales y regionales jugaron un papel importante influyendo en la definición de los ODS, obteniendo el reconocimiento internacional por el papel fundamental que les compete en la causa.

En aquel momento, donde se establece la agenda 2015-2030, el secretario general de las Naciones Unidas de la época, Ban Ki-moon, envió un mensaje claro en este sentido, reconociendo que, en un mundo que se urbaniza rápidamente, “Los espacios locales son, el lugar clave para la provisión y el desarrollo, y, como tales, los gobiernos locales son centrales al éxito del desarrollo sostenible. El consenso un enfoque integrado, multinivel y multilateral y en su ODS 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades.

“Los sistemas de salud debilitados son uno de los principales obstáculos en la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) de salud. Un conjunto de evidencias en políticas públicas y sectoriales de salud dan cuenta de la difícil respuesta a este desafío.” (20)

II. METODOLOGÍA

La metodología de trabajo implicó la conformación de un equipo de docentes de cinco Universidades del país, que se desafían a generar un grupo de pensamiento, reflexión y acción en función del objetivo propuesto. Este equipo avanza en la siguiente ruta:

El primer encuentro de los miembros de las Universidades por el territorio surge a partir de la crisis sociosanitaria generada por la pandemia de COVID19 y la inquietud compartida frente a un débil involucramiento de la Atención Primaria de Salud en las estrategias ministeriales definidas para enfrentar la pandemia y la invisibilización de la gestión comunitaria, ante la ausencia del estado en los territorios. Se constataba a través de la prensa y medios locales de comunicación el arduo y variado trabajo de las organizaciones de voluntariado en las comunidades, para enfrentar las graves consecuencias sanitarias y sociales de la pandemia sobre la vida de las personas, tal es el caso de acciones como ollas comunes, cordones sanitarios autogestionados, acciones de salud integral psicosocial, ayuda solidaria a grupos altamente vulnerables, etc.

Se decide realizar una consulta ciudadana con alcance nacional para levantar información respecto de cómo la comunidad estaba haciendo frente a la pandemia, cómo la organización social se hacía cargo o no de las necesidades emergentes, cuáles eran los mecanismos de comunicación social más utilizados, etc. Para esta iniciativa surge la necesidad de explicitar que no se trataba de una investigación ni un diagnóstico con fines académicos, sino como una forma de aportar desde la academia, desde las universidades, a las soluciones posibles de implementar y que permitieran integrar a toda la red sociosanitaria. Se trataba de alejarse lo más posible de modelos tradicionales utilitaristas de relación con las comunidades y la sociedad civil en general. Es allí donde surge la idea de nombrar a este grupo como “Universidades por el Territorio”.

Realizada la consulta se elaboró un informe ampliamente difundido para que las comunidades se vieran representadas, reflejadas, se pudieran compartir experiencias, se constataron las necesidades y las fortalezas del trabajo realizado por las organizaciones sociales de manera autónoma en su mayoría y con cooperación de la institucionalidad principalmente la Atención Primaria de Salud.

Posteriormente, en esta alianza trascendental de Universidades por el Territorio, acordamos avanzar observando las prácticas académicas en la enseñanza de las ciencias de la salud en tres componentes: Currículo, Vinculación con la Comunidad y Campos “Clínicos”, logrando proponer cambios innovadores en el currículum, de acuerdo con las señales del contexto social imperante. El propósito de esta tarea consistió en analizar los dilemas y desafíos en la enseñanza de las ciencias de la salud en el contexto del marco social imperante, para construir una propuesta participativa orientada a fortalecer el currículum de enseñanza de ciencias de la salud.

En lo específico esto implicó:

1- Generar un espacio de reflexión entre distintos actores acerca de los tres ejes estratégicos: Currículo; Vinculación con la Comunidad; Campos Clínicos.

Universidades por el Territorio

2- Organizar un Seminario de nombre “El curriculum Enfermo”, de convocatoria abierta a las comunidades territoriales, universitarias e institucionales, motivadas por aportar en una propuesta de cambio.

3- Configurar un documento final de propuesta, para el cambio en el currículum de enseñanza de ciencias de la salud, a fin de difundir los resultados en la red participante.

4- Presentar a autoridades claves de las Universidades, el documento de propuesta para establecer líneas estratégicas de avance.

Definición y desarrollo de tres áreas de trabajo

De acuerdo con lo mencionado anteriormente, la reflexión y discusión sobre las preocupaciones sentidas por este grupo se concretaron bajo el análisis de tres grandes áreas de la formación de profesionales de salud:

- Currículo
- Comunidad
- Campo clínico

En cada una de estas áreas trabajó un subgrupo de profesionales. La construcción de formulaciones y contenidos estuvo dada por la búsqueda de acuerdos, la redacción conjunta y la revisión colectiva de los documentos que más tarde se convirtieron en propuestas para cada área. En este documento están recogidas en el apartado que sigue a continuación denominado “Reflexiones iniciales”. Con ellas se realiza posteriormente la convocatoria al seminario “El curriculum enfermo”, esperando acoger las visiones de la comunidad interna y externa participante en los procesos de enseñanza de ciencias de la salud. Se convocaron dirigentes sociales, líderes comunitarios y docentes desde distintas experiencias de formación universitaria pero altamente vinculadas con el aspecto social de la salud.

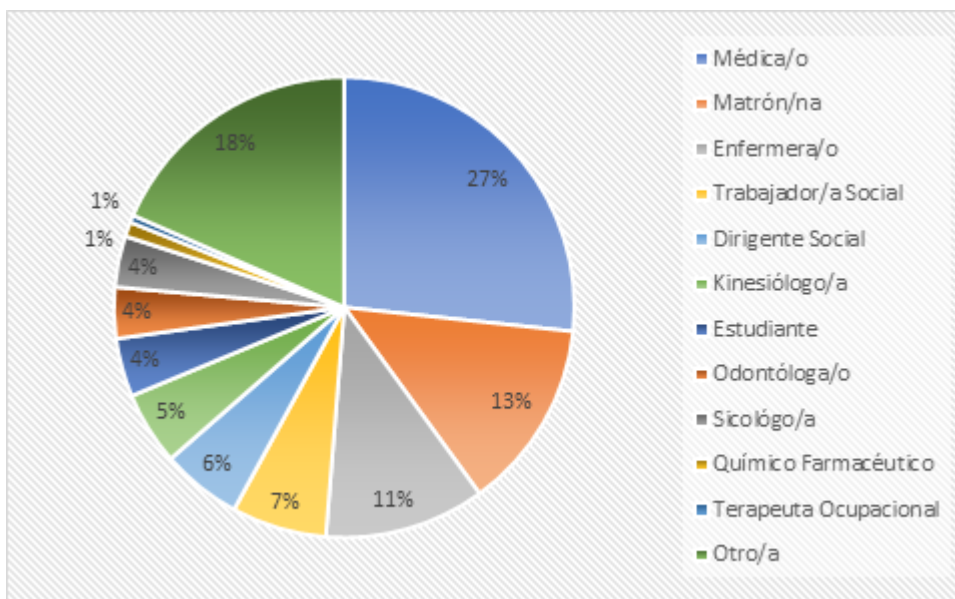
Cada subgrupo de profesionales desarrolló estrategias para identificar dilemas y desafíos en el área a cargo. Por ejemplo, en el subgrupo de campos clínicos se realizó una consulta digital, cuya información sirvió para orientar la motivación y la discusión del seminario. Esta consulta efectuada entre el 23 diciembre de 2020 y el 9 enero de 2021, respondida por 130 personas de distintas regiones del país y consideró la opinión de estudiantes y profesionales de distintas disciplinas de la salud y de las ciencias sociales (resultados en Anexo 1).

Desarrollo de seminario nacional de docentes, alumnos y comunidad denominado “El Curriculum Enfermo”

El seminario se celebra el 14 de enero de 2020 entre 9:00 y 13:00 horas, de forma remota (a través de la plataforma Zoom). La realización de este evento se fundamenta con la intención de que el debate y propuestas surgidas desde este grupo de docentes pudiesen dialogar con las personas que quisieran expresar su opinión al respecto, por ello se realiza una convocatoria abierta a las comunidades territoriales, universitarias e institucionales, motivadas por aportar en una propuesta de cambio. La invitación a participar es amplia y a través de distintos medios disponibles (correos electrónicos, redes sociales, medios de comunicación, etc.).

Universidades por el Territorio

Se inscribieron 195 personas al evento, quienes al momento de registrarse contestaron una pequeña encuesta (mayor detalle en anexo 2), donde destacamos la profesión u ocupación de las y los asistentes:



La coordinación informática del Seminario, estuvo a cargo del equipo APS al día del Departamento de Atención Primaria y Salud Familiar de la Universidad de Chile y la gestión de su desarrollo a través de presentaciones breves de los dilemas, facilitación de los trabajos multidisciplinarios de análisis y discusión, síntesis y plenaria, a cargo de la activa participación de académicos de la Universidad de La Frontera, Universidad de Valparaíso, Universidad de Concepción, Universidad de Santiago y Universidad de Chile. Todas integrantes de la alianza de Universidades por el territorio.

Destaca la diversidad de los participantes en el evento que reunió a estudiantes, docentes, trabajadores de APS, autoridades universitarias, funcionarios de Servicios de Salud, entre otros. Además, destaca que estuvieron conectados desde distintos puntos del país e incluso contó con participantes que lo hicieron desde el extranjero.

La programación del seminario fue la siguiente:

- Bienvenida
- Introducción a la reflexión grupal a través de video con intervenciones de actores comunitarios vinculados por su participación en las enseñanzas de ciencias de la salud: Juan Sancho (representante del Consejo de Salud Norte -RM), Paula Adonea (representante Centro de estudiantes, Universidad de Valparaíso) y Lilian Fernández (docente Universidad de la Frontera).
- Trabajo en pequeños grupos –currículo, comunidad y campos clínicos-.
- Plenaria del trabajo en grupos².

² La grabación de la plenaria se encuentra disponible en el siguiente enlace: <https://youtu.be/YwU9-wviow0?t=195>

Elaboración de un documento síntesis

Se compila en un mismo documento las reflexiones iniciales realizadas por las y los académicos de este grupo más las discusiones y propuestas realizadas por las y los participantes al seminario. Se generan propuestas finales y conclusiones de este proceso.

Gestiones por un cambio en las enseñanzas de las ciencias de la salud

Con el objeto de que las propuestas recogidas en este proceso sean conocidas por las autoridades y decisores, se realizarán presentaciones a autoridades de las universidades participantes de este grupo (facultades, escuelas), y de forma externa con las instituciones y organismos a quienes incumbe la labor educativa de las y los profesionales de salud del país, con el fin de establecer líneas estratégicas de avance.

Reflexiones Iniciales

Las reflexiones con las que se invitó a la participación en el seminario se estructuraron en tres ejes estratégicos: APS y Currículo, Integración con la Comunidad y Campos Clínicos. A continuación se detallan los textos motivadores enviados en forma previa a quienes se inscribieron en el evento:

Ámbito 1: Currículo de la formación de profesionales de ciencias de la salud

La esperada centralidad o prioridad de la APS no se ha concretado en los currículos de la mayoría de las Escuelas de pregrado del país, ni en la mayoría de los países de América, configurándose una crisis en la Educación en Ciencias de la Salud (ECS) para la APS en Chile. Los principales elementos que han contribuido a este escenario de crisis son los siguientes (21):

- Ausencia de una política pública explícita.
- Liberalización de la Educación Superior con escasa regulación.
- Surgimiento de gran cantidad de nuevas carreras de la salud.
- Reforma sanitaria del 2005 que sólo discursivamente dio centralidad a la APS y la salud familiar, y que a 15-20 años no ha permitido consolidar el modelo propuesto.
- Centralidad del discurso socio político de carencia de especialistas, junto con la mayor valoración económica del especialista.
- Desinterés progresivo de médicos formados en Chile por trabajar en APS.
- Aumento de médicos formados en el extranjero trabajando en Chile, prioritariamente en APS.
- Formación con contenidos, actividades prácticas y docentes estructurados por la especialidad, lo que refleja un modelo e influencia especializante en los estudiantes de pregrado³.
- La percepción de ausencia de carrera funcionaria en APS y de malas condiciones laborales.
- La escasez de RHS y la visión del trabajo de médico general como una transición a la especialidad.
- Muchos planes de estudios contemplan prácticas en APS, pero éstas son escasas y cortas, casi todo el trabajo práctico se desarrolla en centros de alta complejidad, entonces cuando el profesional debe actuar en atención primaria no muestra un buen desempeño.

³ Específicamente, en la formación de las y los profesionales médicos, en 2015, se demostró que la mayoría de los perfiles de egreso publicados de las Escuelas de ASOFAMECH no consideran la política pública de salud, ni los objetivos sanitarios como eje movilizador de su formación, junto a un escaso discurso en relación con el trabajo en APS, donde la mayoría de las Universidades no orientan su formación médica hacia el ejercicio de una APS Renovada (22). También, se señaló que los perfiles de egreso definidos presentan una brecha frente al médico que se está formando en estas instituciones, evidenciando un fuerte contraste entre el currículo formal, que es público y conocido, y el informal / oculto que no es explícito y que, de alguna manera, funciona en contraste con el formal (23).

En 2018 el Ministerio de Salud definió el perfil de desempeño del Médico/a General en entorno RISS basada en APS, el cual no ha sido sancionado ni decretado (24). A continuación, algunos detalles:

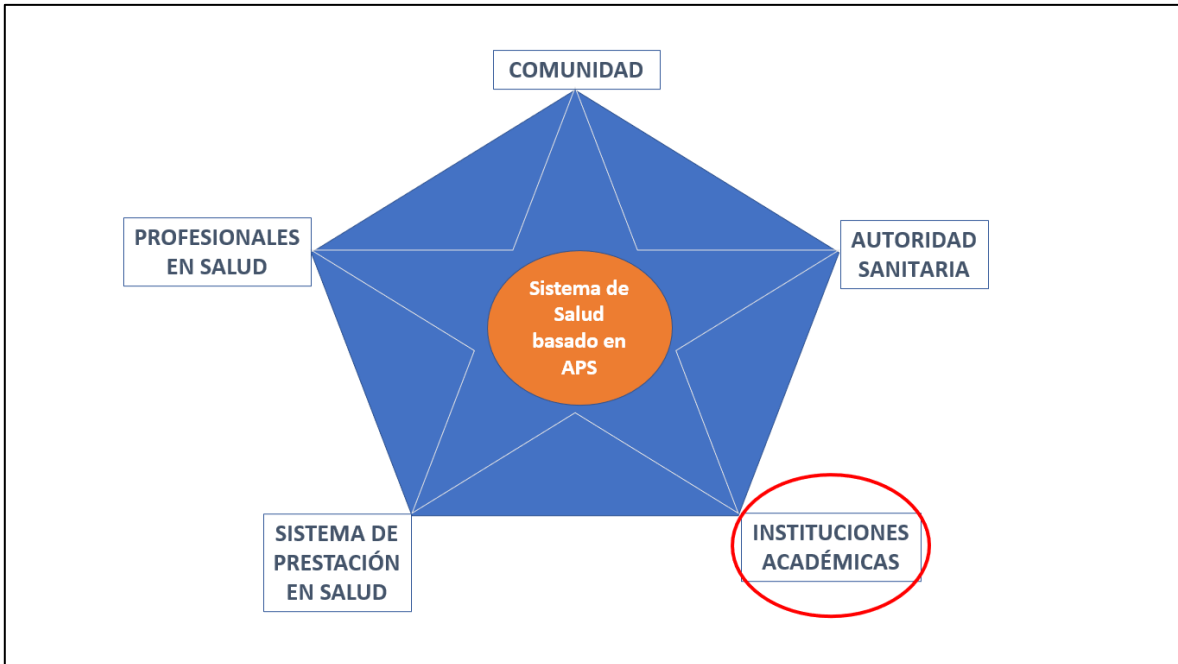
Recuadro: Perfil de Desempeño del Médico/a General en entorno RISS basada en APS

El perfil del Profesional Médico General preparado para desempeñarse en un entorno de RISS basada en Atención Primaria de Salud, es el de un profesional con sólida formación científica, clínica, ética y humanista, consciente de su rol y compromiso con la sociedad en la que está inserto. Actúa con profesionalismo, aplicando principios éticos y logrando una comunicación efectiva con las personas. Entiende que la persona es el centro de la salud – enfermedad –. Su actitud es reflexiva, con capacidad de autorregulación, de formación continua, de adaptación a los cambios y de autocuidado. Orienta sus preferencias laborales en los ámbitos sociales del país en donde más se necesita su presencia, brindando atención integral, especialmente a quienes se encuentran alejados del acceso universal a los servicios de salud. Se desempeña en diferentes contextos, principalmente en la Atención Primaria de Salud, resolviendo patologías prevalentes, prioritarias y situaciones urgentes no derivables, y derivando a otro nivel de atención cuando se requiera. Realiza acciones orientadas a la promoción de la salud y la prevención, curación, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, considerando los determinantes sociales de la salud y el análisis crítico de la realidad. Trabaja en equipos multiprofesionales (interdisciplinarios) e intersectorialmente, y está preparado para el trabajo en el sistema de salud chileno, en coherencia con el marco legal vigente.

Valores del Perfil y sus definiciones

- Integridad: Congruencia entre los valores y la conducta.
- Honestidad: Actuar con verdad y probidad.
- Transparencia: Posibilidad de que su accionar sea auditado. Relacionada con la honestidad y el bien común.
- Respeto: Consideración con la autonomía y valores de otra persona. Ser inclusivo/a.
- Humildad: Conocer las propias limitaciones y debilidades y actuar de acuerdo con tal conocimiento.
- Responsabilidad: Capacidad de compromiso o de cuidado de una persona consigo misma y con su entorno humano, social y físico.
- Bien Común: Considerar el bienestar colectivo de un grupo por sobre el interés individual.
- Equidad: Contribuir a que todas las personas puedan desarrollar su máximo potencial de salud, de tal modo que su posición social u otras circunstancias determinadas por factores sociales, no sean un impedimento para ello.
- Colaboración: Capacidad para trabajar en conjunto con otras personas para realizar una acción. Prestar ayuda.

Esquema: El pentágono para la transformación



Fuente: Adaptado de Declaración de Túnez

Desde las instituciones académicas entonces corresponde realizar una GRAN REFORMA CURRICULAR para orientar la formación profesional hacia las necesidades sociales, epidemiológicas y demográficas, el derecho a la salud, la salud Familiar y la APS.

Ámbito 2: Campos clínicos para la formación de profesionales de la salud

Sabemos del enorme impacto de los determinantes sociales en la salud y debemos relevar la lucha contra las inequidades en salud, debemos preparar personas para actuar frente a cada realidad (25). Debemos formar equipos para “construir salud” con sus comunidades. Eso significa tener habilidades de trabajo participativo, de liderazgo que van más allá del área biológica. También en posgrado es indispensable relevar el trabajo del personal de Atención Primaria, de la salud familiar como especialidad en ese nivel y con médicos formados en medicina familiar capaces de valorar no sólo a los individuos sino las familias y comunidades, trabajando en el sentido anteriormente dicho.

Probablemente no será posible sacar las ciencias de la salud de las garras de la enfermedad y llevarla al campo de la construcción de salud si no ahondamos decididamente en el conocimiento y práctica de nuestros estudiantes en la **Atención Primaria como campo clínico preferente**.

Y ello es especialmente posible y practicable en nuestro país. En efecto, contamos con una Atención Primaria vigorosa, desarrollada, con más de 2.000 establecimientos a lo largo del país. Aun cuando no se reconozca adecuadamente, es la base de un sistema público que cubre al 80% de la población en lo recuperativo y, en la práctica, al 100% de la salud en lo promocional y preventivo, como ha quedado claro en la pandemia. Pese a todos los problemas, ha sido y es un pilar, aun cuando no el único, de los buenos resultados sanitarios de nuestro país y tiene el reconocimiento desde las comunidades (26).

Incluso desde antes de Alma Ata, nuestra Atención Primaria fue inspirada por grandes de nuestro país como Cruz Coke, Jorge Mardones y Salvador Allende. La precoz vinculación en Chile de las causas sociales con las enfermedades -que hoy llamaríamos Determinación Social o Determinantes Sociales- hicieron posible, por una parte, políticas públicas integrales como el agua potable, saneamiento básico, educación obligatoria, etc. Por otra parte, fomentaron el desarrollo, prácticamente continuo, de una gran red de establecimientos de Atención Primaria, en los años 60 y 70 como policlínicos periféricos o barriales de Atención primaria hasta los Centros de Salud Familiar de hoy, a cargo de la salud de sus poblaciones en determinados territorios.

Hoy día, este nivel primario de atención es el primer nivel de la Red del Sistema Público y encarna, o sigue buscando encarnar, en ese nivel toda la **Estrategia de Atención Primaria** de Alma Ata, cuarenta años después. En efecto, es el nivel de relación con las personas, las familias y comunidades, lugar de trabajo de un gran equipo multiprofesional que va de lo social a lo tecnológico y que debe hacer de la participación social no sólo una estrategia de validación de las políticas como muchas veces sucede, sino que debe genuinamente fomentar el empoderamiento de esas poblaciones para que ellas logren ir modificando sus condiciones de vida y así ir construyendo una mejor salud. Se trata no sólo de la recuperación de las enfermedades sino de ser capaces de construir salud y para ello el trabajo indispensable con las poblaciones y con los otros sectores que inciden en esa calidad de vida, lo que hoy llamamos “intersector”, socios en esta construcción de salud.

En el desarrollo de esta tarea conjunta -Atención Primaria y Universidades- se presentan dificultades en algunas localidades para establecer acuerdos de trabajo centrados en la identidad,

pertenencia y destino común en los territorios. En el marco de las licitaciones de campos clínicos, en ocasiones se privilegian valores ajenos a lo comunitario e intersectorial propiamente tal, lo que no aporta a la construcción de identidad y culturas de integración en el territorio, operando con lógicas de corto plazo, desconfianzas y de créditos individuales.

A pesar de lo anterior, para cambiar la formación de nuestros profesionales contamos con sólidas herramientas, textos normativos ministeriales (27), el sueño de miles de personas que participaron en el año 2017 del Congreso de Atención Primaria relevando el rol y valor social de la APS (28) y el interés de miles de funcionarios de la Atención Primaria por trabajar con las universidades. Es una enorme oportunidad la que las Universidades tenemos para trabajar de forma efectiva, para que la Atención Primaria sea en efecto el campo clínico preferido para la enseñanza de las ciencias de la salud. Aclaremos que al hablar de campos clínicos nos referimos a ellos como escenarios de formación, es decir, “oportunidades para explorar no sólo los aspectos asistenciales ambulatorios, sino que se produzca un verdadero intercambio con la comunidad para identificar necesidades, priorizar problemas y formular planes de acción, que involucren al estudiante como un actor clave que aprende en la interacción y en la reflexión colectiva de sus acciones, con metodologías basadas en aprendizaje experiencial” (29).

En la Consulta Ciudadana “Respuesta Comunitaria a la Pandemia” (30) realizada por las “Universidades por el territorio” entre mayo y junio del 2020, con la finalidad de darle visibilidad a los esfuerzos de los ciudadanos en torno a la crisis socio sanitaria en Chile, reveló que, de un total de 1.220 respuestas analizadas, menos de un tercio de las organizaciones estaban vinculadas a instituciones del sector salud (señalando principalmente su articulación con CESFAM y CECOSF).

Llama profundamente la atención la desvinculación de estas organizaciones con el sector salud, planteándose una serie de interrogantes, entre éstas: *¿Comprendemos la APS como estrategia de desarrollo local o sólo como primer nivel?, ¿Las políticas sanitarias continúan poniendo el énfasis en el daño y escasamente en el cuidado de la salud?, ¿Los equipos de APS cuentan con las competencias necesarias para trabajar con y en la comunidad?,* las universidades continúan formando profesionales en campos clínicos hospitalarios, centrados en el daño, egresando profesionales de la salud que además desconocen la APS y sus principios orientadores.

Con el objeto de conocer la opinión de profesionales de APS, académicos y estudiantes de las carreras de la salud sobre estas interrogantes, el 24 de diciembre difundimos una encuesta cuyas respuestas nos hacen un llamado de atención. De un total de 130 participantes, frente a la pregunta: Como estudiante o docente, ¿considera relevante aumentar el porcentaje de tiempo de formación de pregrado en establecimientos de APS, (en comparación al tiempo dedicado actualmente a nivel hospitalario)? Un 79.2% responde que sí y un 65.65% considera necesario aumentar a lo menos un 50% del tiempo de formación en APS y un 18.2% hasta o más de un 75%. Un 80% considera necesaria la participación de agentes comunitarios en la formación de pregrado. Un 90% considera relevante la incorporación de los profesionales de APS en la docencia de pregrado, quienes refieren la necesidad de capacitarse en docencia.

Durante el trabajo de grupo en el Seminario “El currículum enfermo” se pusieron en común algunos conceptos por parte de las facilitadoras con ayuda de una presentación, señalando preguntas/propuestas a ser trabajadas por los grupos, tales como:

Propuestas para la discusión:

1. El 50% de los ramos clínicos en las diferentes carreras se deben realizar en y con la gente de APS y a lo menos el 50% del internado.
2. Incorporar agentes comunitarios como parte de los docentes, tanto en Salud Pública como en Salud Familiar
3. La docencia en establecimientos de APS debe ser mixta: personal de la APS y personal docente
4. Establecer un compromiso de las universidades para formar al personal de APS en los temas de docencia propiamente tal y exigirles a los docentes hospitalarios que conozcan la APS.

Ámbito 3: La enseñanza de ciencias de la salud en integración con la comunidad

En esta alianza trascendental de Universidades por el Territorio, comenzamos a observar las prácticas académicas en la enseñanza de las ciencias de la salud en su componente comunitario-territorial. En las primeras reflexiones vamos coincidiendo en aspectos que vivenciamos en las distintas experiencias universitarias:

- No siempre se logra vincular la teoría con el contexto social, ni representar al mundo cotidiano de las personas,
- No se validan las fuerzas de la comunidad.
- La enseñanza de lo biomédico está desvinculada de la influencia de la realidad social, en las dinámicas de expresión de la enfermedad,
- Las prácticas comunitarias se asocian a riesgo, inseguridad, pobreza,
- Existe un desconocimiento de programas y del quehacer del equipo multiprofesional en APS,
- Las pasantías por APS, sin oportunidad de conocer, no se logra vivenciar el enfoque y principios de la APS, en su componente comunitario,
- Los perfiles de egreso, sin las competencias para vincularse con la APS como estrategia de desarrollo,
- Ausencia del enfoque psicosocial, espiritual y cultural, en la comprensión del fenómeno salud - enfermedad,
- Se observan dificultades en la integración de los contenidos comunitarios en la mirada biomédica.

Esta situación ha ido generando en el trabajo con la comunidad, experiencias de exclusión, desconfianza, con crisis de liderazgos, estigmatización y desinformación en la relación entre las instituciones y el territorio, especialmente en situaciones de crisis como la Pandemia. En el ámbito sanitario, encontramos dificultades para promover la participación comunitaria y el ejercicio democrático del poder.

La participación y el empoderamiento de la comunidad se consideran fundamentales para lograr una atención primaria de salud equitativa y centrada en las personas, se destaca la necesidad de una práctica democrática y un poder de decisión compartido. Sin embargo, observamos que las políticas públicas sólo muestran una vaga conceptualización de cómo empoderar a las comunidades y una falta de estrategias para promover la participación de los grupos vulnerables.

La participación de la comunidad representa la "sangre vital" que permite la "práctica concreta de la democracia". La participación significa activar a las personas para que se apropien y lideren los factores y servicios que afectan a sus vidas. Para conseguirlo, no basta con utilizar una "técnica participativa"; hay que implicar a las personas en verdaderos tomadores de decisiones para que los servicios se co-construyan y sean gestionados con la participación de los ciudadanos.

Cada vez más, la gente quiere y espera tener voz en la planificación de las prioridades sanitarias y en la aplicación de estas prioridades en su comunidad. Mejor informados y mejor conectados gracias a

los medios sociales y a los nuevos modos de comunicación, hacen valer más fácilmente su derecho a la salud, demostrando que son conscientes de la gobernanza y exigiendo responsabilidades. En el enfoque de Atención Primaria en Salud, el sistema sanitario (junto con otros sectores) contribuye a empoderar a las personas mediante la mejora de la educación y la información sanitaria.

Se debe prestar especial atención a las poblaciones en situación de vulnerabilidad, tratando de satisfacer sus necesidades de información y proporcionar orientación para mejorar la salud.

Este componente, identificado como punto crítico, destaca el papel esencial de las personas y las comunidades como participantes activos en la creación de salud y bienestar, a través de tres amplias y necesarias expresiones de empoderamiento y compromiso: como defensores de políticas y acciones multisectoriales para la salud, como co-desarrolladores de los servicios sanitarios y sociales, y como auto-cuidadores y cuidadores.

La Atención Primaria de salud concebida como estrategia de desarrollo y las redes integradas de salud, no son tal, sino incorporan de manera real y efectiva a la comunidad en el proceso de planificación sanitaria, considerando en realmente hacer efectivo un modelo de salud centrado en la comunidad, basado en la construcción de relaciones de confianza, en el ejercicio del poder compartido y de valores generados en conjunto, que permitan avanzar, involucrar a todos los actores, fortalecer y mantener esta co-construcción (31, 32).

A lo anterior, debemos sumar que en más aún en épocas de transformación social, se han evidenciado una serie de desafíos para promover la participación de la comunidad con enfoque de género, derechos humanos e interculturalidad, durante la actual pandemia Covid19 (33), validando la necesidad de abordajes conjuntos- poblacionales, para enfrentar cualquier escenario de crisis como es hoy la pandemia y contrarrestar sus consecuencias socio sanitarias.

La literatura especializada sobre el tema —como Thinking for Health Systems Strengthening, publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2009— nos señala que la utilización del pensamiento sistémico puede contribuir en gran medida a entender y potenciar el desarrollo de los sistemas de salud (34).

“El problema de la salud es que se ve desde el olimpo, con fuertes estructuras de poder y sin participación real de las personas. No se ve a las personas como un todo”.

Texto extraído de las reflexiones en Seminario “El Currículo Enfermo” 2021

Cuando hablamos de un enfoque sistémico, integrado, comunitario ¿De qué estamos hablando? De acuerdo con los planteamientos de Stanfield en su artículo: “¿Cuáles son los elementos de un enfoque de sistema completo para la salud pública centrada en la comunidad?” (35), en un estudio cualitativo con líderes de salud pública en las áreas de autoridades locales de Inglaterra, identifica cuatro ejes de acción y once elementos para lograr un enfoque sistémico integral de salud pública y centrado en la comunidad:

Eje de acción 1. Participación de las comunidades, lo cual considera:

- Generación de conocimiento (investigación cualitativa) junto a las comunidades que permita comprender mejor la vida de las personas, las necesidades y las prioridades de la salud pública.
- Desarrollo de comunidades activas, la acción social y el apoyo a los enfoques de base y la transferencia de activos de la comunidad.
- Implementación de acciones que permitan la participación, la coproducción y la toma de decisiones participativa, como los foros de barrio que reúnen a organismos y miembros de la comunidad para desarrollar acciones conjuntas y relaciones de confianza a largo plazo entre y dentro de las comunidades, los profesionales y las organizaciones, reforzando la capacidad y la habilidad. En el anexo 3, pueden encontrar algunas prácticas exitosas que se han logrado implementar en esta línea.

Eje de acción 2. Reforzar la capacidad y la habilidad de las comunidades, que consiste en:

- Fortalecimiento de la capacidad comunitaria, trabajando con las organizaciones de la comunidad local, los voluntarios y los líderes de la comunidad.
- Desarrollo de los conocimientos y habilidades del personal para crear comunidades conectadas y empoderadas a través de formas de trabajo centradas en la comunidad.
- Integración de la comunidad en toda la red de servicio público de salud.

Eje de acción 3. Ampliación de la práctica, orientada a:

- Una serie de servicios y enfoques de prevención centrados en la comunidad como parte de la salud pública, la asistencia social y servicios nacionales de salud, con enfoques integrados, centrados en la comunidad, a través de trabajo y recursos basados en el territorio descrito como el funcionamiento de los participantes a nivel local, prestando atención a los elementos culturales y abordando las desigualdades en materia de salud.

Eje de acción 4. Mantener los resultados, a través de:

- Fortalecer a las comunidades, manteniendo una estrategia conjunta de trabajo, entre los diferentes sectores participantes.
- Generar indicadores a corto y medio plazo de los determinantes de la salud a nivel comunitario, manteniendo las comunidades resilientes, conectadas y empoderadas.

Universidades por el Territorio

El equipo de trabajo preparó algunos insumos de reflexividad en el ámbito de Universidad-Comunidad-Territorio para el Seminario “El Currículum Enfermo”, desarrollado en Chile el día 14 de enero de 2021, entre las Universidades que han conformado la llamada Universidades por el Territorio y en una invitación a participar conversando y analizando la enseñanza de las ciencias de la salud, se propusieron las siguientes preguntas reflexivas:

1. ¿Qué deben contener los currículos, las metodologías docentes, para ser considerados “pertinentes en lo social”, es decir, que garanticen un vínculo significativo y transformador con la sociedad para la cual se desarrolla?
2. ¿Cómo deben ser los docentes que ejerzan el modelaje de los estudiantes de ciencias de la salud? ¿Cuál es el perfil de docente que se necesita para hacer el cambio?
3. ¿Cuál es el rol de la comunidad en la formación de nuestros estudiantes?

Los participantes del seminario denominado “El Currículo Enfermo”, entregaron sus experiencias, compartieron visiones y reflexiones frente a las preguntas gatilladoras del equipo de trabajo.

III. SEMINARIO



El trabajo en grupos del seminario se realizó en las temáticas de currículum, campos clínicos y trabajo con el territorio/comunidad. Para facilitar la discusión se conformaron varios grupos dentro de cada temática, las discusiones fueron recogidas por un/a vocero/a. Tras el trabajo de los grupos las/os voceras/os consolidaron los comentarios. A continuación, se detalla el resultado del trabajo realizado:

Ámbito 1. Currículo

Principales temas tratados en los grupos:

- Temas de contexto.
- “Falla” en el desarrollo y la formación transversal de los estudiantes.
- No haremos una revolución, pero sí generaremos cambios.
- Valorización del trabajo interdisciplinar e interprofesional
- Necesidad de la formación inicial: Más arte, más filosofía, más ética. Humanización de la medicina.
- Los/as alumnos/as ingresan con sentido de vocación, pero algo pasa en el camino universitario.
- Cambios curriculares y fuerzas homologadoras.

¿Qué nos falta?

- Un cambio profundo.
- Perspectiva desde el que padece “paciente” y la comunidad.
- Aprendizaje de la ética desde la práctica.
- Mayor integralidad en los primeros años, manteniéndolo en forma transversal.
- Pensamiento crítico, Inclusión de lo social y comunitario.
- Evidencia y experiencia desde la base del aprendizaje.

Universidades por el Territorio

- Incluir agentes comunitarios y sociales.
- Incorporar la mirada de los estudiantes
- modelo educativo centrado en las capacidades de los estudiantes, intereses, características, aprendizajes previos, con trabajo transdisciplinar, integral.
- Incorporar en la carrera de medicina más prácticas en atención primaria y con la comunidad, hay que destacar lo que se espera como logro de aprendizaje, para que se cumpla en todos los estudiantes.

Cómo avanzamos en la implementación del cambio curricular:

- Profundizar desde el pregrado la práctica con Modelo de Salud Familiar, los estudiantes debieran realizar prácticas en Atención Primaria y Salud Familiar.
- Aclarar los conceptos del modelo Salud Familiar, comunitario y social.
- Generar competencias en habilidades de comunicación.
- Incluir planificación participativa como parte del currículo.
- Cambiar el modelo de campos clínicos por escenarios formadores. Se necesitan recursos desde la universidad y desarrollo de estrategias conjuntas para generar un programa con la comunidad.
- Cambio en el sistema de salud para realizar la formación desde la práctica con equipos alineados en esta misma dirección.
- Se necesita ampliar la visión de lo comunitario, participación en conjunto con la comunidad con enfoque de género y Derechos Humanos en todas las carreras de pregrado
- Habilitación docente, formación en prácticas pedagógicas más horizontales, donde sea valorado el conocimiento y la experiencia de todos.

Comentarios destacados de los participantes:

- Tener en consideración desde el inicio de la carrera los determinantes sociales de la salud, en la visión de la medicina, que los valores e ideales de los estudiantes no cambien durante la formación y se mantengan hasta el egreso.
- Lo que nos gustaría tener es un profesional con: sólida formación ética, vocación de servicio, comprensión profunda de la naturaleza humana en todas sus aristas, incluyendo lo social y espiritual, compenetración con los recursos científicos y tecnológicos, comunicación fluida con el medio social, medicina como una profesión social. Satisfacción tanto en lo mental como en lo físico.
- Horizontalidad en los docentes, ser integrantes de un equipo y ser buenos modelos para los estudiantes.
- Ampliar el ingreso a trabajadores de la salud a carreras profesionales de la salud, permitiría combatir el currículum oculto.
- Selección “elitista” de profesionales de la salud en base a puntajes de ingreso, permite formación sesgada de profesionales, aumentando la brecha.
- Que la formación incorpore más espacios de prácticas y no tanta teoría.
- Involucrarse en un nivel político si se desea que la educación sea más transversal y con acceso universal, no limitado por el ingreso.

- El modelo biopsicosocial no responde a todos los cambios a los cambios de la sociedad. Incorporar modelos como el de teorías críticas y otros permitiría hacer un abordaje más integral en la formación.
- Incorporar en las asignaturas temas de derechos, género, diversidad, discapacidad, interculturalidad, migración y medio ambiente.
- No sobrecargar el currículo, sino favorecer la integración de las asignaturas existentes.

Ámbito 2. Atención Primaria como Campo Clínico

Se conformaron dos grupos de trabajo y discusión que generaron reflexiones y propuestas expuestas en la plenaria final del evento.

Síntesis del trabajo de grupos sobre Campos Clínicos como escenarios de formación:

- Desde hace aproximadamente 30 años se ha realizado el esfuerzo de formar profesionales con las competencias necesarias para desempeñarse en APS. Las voluntades de modificar la relación con los campos clínicos han estado condicionadas por aspectos políticos y estructurales.
- La mayor parte de los egresados inician su vida laboral en APS, y se da la paradoja que en el pregrado han tenido un contacto desproporcionado con el espacio hospitalario con relación al de la Atención primaria.
- Los campos clínicos son una oportunidad para compartir entre las universidades procesos de formación, en calidad e investigación. Es necesario intercambiar experiencias y contenidos de currículum entre las diversas carreras de la salud y en este ámbito avanzar en docencia y trabajo interdisciplinario. En las carreras de la salud hay distintos avances, nutrición y enfermería están más avanzados que Medicina.
- Desde un punto de vista ético ocurre en la academia un falso saber: el creer saber lo que no se sabe. El verdadero saber se construye en el consenso, en la conversación, nadie tiene la verdad hasta que no la comparte con otro y logran un consenso. Se debe reconocer el saber de la comunidad, validarlo e integrarlo como elemento clave en el trabajo en los territorios.

Sobre el currículo:

- Los estudiantes deben iniciar desde sus primeros años su inserción en APS. Es importante que conozcan los recursos, la estructura y articulación de la red, la interculturalidad entre otros. Además de intencionar la relación entre dirigentes/comunidad, el CESFAM y la universidad. Los agentes comunitarios deben ser incorporados para centrar la formación en las necesidades reales de la comunidad.
- Los campos clínicos se ven condicionados por el currículum de las universidades. Se debe evaluar la forma en que se establece la relación docente asistencial pensando en cuál es el profesional de salud que se requiere y considerar el desarrollo de las habilidades blandas desde la formación de pregrado.

Universidades por el Territorio

- Es necesario incrementar sustantivamente el número de horas que las y los estudiantes realizan en APS y la comunidad. Para ello se debe revisar la carga horaria de los campos clínicos de APS y hospital.
- Es necesario implementar ciclos básicos multidisciplinares en todas las carreras. La idea de cambio social debe considerar a todos los actores, incluidos los líderes sociales.
- Se propone trabajar en un proyecto común entre las universidades y la APS, con mirada integradora de todas las profesiones. Debe buscarse un objetivo común, entre la APS y las Universidades.
- Se debería introducir la salutogénesis, promoviendo la mirada de salud en positivo y empoderar a la comunidad en función de su propia salud.
- Se propone utilizar EUNACOM para que se convierta en una herramienta que permita evaluar las competencias para desempeñarse en APS.
- Las casas de estudio deben incorporar la mirada de la acreditación en salud, desconocida por muchos alumnos que se desempeñan en la APS. Nuestros límites son las normativas que se han transformado en barreras para la formación de pregrado, por ello el trabajo en equipo interministerial es muy importante.
- Incorporar la telesalud en la formación de los estudiantes como oportunidad de mejorar la resolutivez, el modelaje de los campos clínicos es fundamental.

Sobre la docencia en APS:

- Se debe crear un sistema nacional docente asistencial que reconozca a la APS como campo clínico fundamental, así como reformular la política de campos clínicos con una regulación docente asistencial que incluya a la APS.
- Se deben generar sistemas de incentivos para los profesionales de APS para participar en la formación de los estudiantes, establecer un plan de desarrollo común entre los campos clínicos y las universidades con objetivos estratégicos en común, revisar los perfiles de egreso y desde ahí intencionar los cambios, la relación curricular es fundamental con los campos clínicos, relacionando las cátedras con las prácticas y de esta forma evitar que cuando los alumnos llegan a la APS no sea ese el primer conocimiento que tienen.
- Se debe considerar que la infraestructura de los campos clínicos en APS que influye en la capacidad de brindar espacios de formación. Evaluando la cantidad de estudiantes vs la infraestructura de los centros.
- Es importante el compromiso de las universidades con los procesos de capacitación de los profesionales y técnicos de la APS.

Ámbito 3. Propuestas de abordaje para educación de las ciencias de la salud en “integración” con la comunidad.

Los participantes del Seminario denominado “El Currículo Enfermo”, entregaron sus experiencias, compartieron visiones y reflexiones frente a las preguntas realizadas por del equipo de trabajo, concluyendo 3 líneas de abordaje:

LÍNEA 1: INNOVACIÓN EN EL CURRÍCULUM

- Subsanan las brechas entre la teoría y la praxis, transmitir contenidos acordes al contexto social, vinculantes con los fenómenos sociales que enfrentan las personas, las familias.
- Incluir asignaturas relacionadas a la sociología, antropología, historia, economía y pedagogía, ciencias humanistas. Estas disciplinas deberían ser transversales en todas las carreras de ciencias de la salud, porque sus marcos referenciales, enfoques y metodologías cualitativas, permiten profundizar el conocimiento de lo complejo y desarrollar pensamiento crítico.
- Revalorizar la APS como estrategia de desarrollo que debe incorporar el trabajo de lo social como herramienta fundamental de cambio social, es decir con una práctica con reales vínculos a la comunidad.
- Dialogar más con otras asignaturas, erradicando el imaginario que estigmatiza lo comunitario como algo poco serio.
- Trabajar con la persona y no con la enfermedad. Establecer una formación de sustrato humanista.
- Contar con docentes acreditados en experiencia práctica y académica, asociada al desarrollo de la salud comunitaria.
- Propiciar en los enfoques y acciones, la pertinencia social y cultural. Es fundamental incluir la perspectiva de determinación social, integrando el enfoque de derecho, territorialidad, formación e información para generar adhesión, vínculos significativos, valorar la comunidad, “Dar poder y autonomía a la comunidad, para liderar sus procesos de salud-bienestar” e instalar acciones de alfabetización en salud para aumentar los niveles de autogestión”.
- Incorporar la idea de encender la llama del saber en los docentes y que las Universidades retomen el concepto de SER UNIVERSIDAD. Dar espacio amplio a la reflexión, RECONOCERNOS.
- Fortalecer la idea de representatividad y reconocimiento para generar confianzas.
- Que la APS vuelva a ser reconocida como un agente comunitario relevante, como un espacio trascendental en el desarrollo social.
- Incorporar la enseñanza de los saberes populares y ancestrales, como una forma de enfrentar la hegemonía cultural e instalar competencias de facilitación y liderazgo participativo, de procesos de transformación social.

LÍNEA 2: ROL DE LA COMUNIDAD EN LA ENSEÑANZA DE CIENCIAS DE LA SALUD

- Participar, exigir nuestros derechos, saberse ciudadano, organizar espacios de participación, elegir sus representantes verdaderos.
- Fortalecer desde el estado la participación efectiva.
- La comunidad debe tener integrado el modelo de salud para tener lenguaje común o ¿Debemos volver a escribirlo JUNTOS?
- Deben seguir estando, una invitación a no abandonarnos, esperarnos para que avancemos en el mismo carro.
- Permanente en el tiempo, de igual a igual.
- Que la comunidad participe en la academia y la academia en la comunidad.
- Tenemos que relacionarnos con la comunidad organizada, consejos de la red asistencial, consejos de desarrollo local que trabajan para disminuir brechas de atención a usuarios de la salud, estas personas pueden participar en la academia planteando problemática y necesidades.
- La comunidad desea estar en conocimiento del modelo de atención integral de salud comunitaria y familiar, apropiarse de su rol en la creación de salud, creando puentes y lenguaje común.
- Comunidad preparada y formadas para poder interactuar, ejemplos pacientes expertos, grupos de pacientes en relaciones de ayuda mutua, pacientes-personas facilitadores del autocuidado por la salud integral.
- Ampliar promoción y prevención de la salud a acciones en la comunidad intersectorial.
- La comunidad nos va a recibir en la medida que nosotros aportemos primero a ellos, debemos salir al territorio.
- Invitar a agentes de la comunidad a las aulas y/o desarrollar escenarios de formación para los estudiantes en el territorio.
- Se enfatiza en el respeto, la empatía, la acción colaborativa y de apoyo mutuo.

INTEGRAR la capacidad de las personas en las comunidades, "Autogestión"

LÍNEA 3: PERFIL DOCENTE

- Incorporar a otros actores, actoras en un rol docente, que permitan comprender el territorio.
- Propiciar docentes con formación y preparación en APS y experiencia y contacto real con la comunidad.
- El modelaje es dar el ejemplo de esa vinculación, a favor del desarrollo territorial.
- Hacer énfasis en los factores sociales asociados a la salud y la enfermedad, priorizando enfoque preventivo-promocional-anticipatorio en todas las acciones, del continuo salud-enfermedad.
- Propicia un estudiante, como agente transformador, innovador y con herramientas creativas, movilizadoras y en contacto con la realidad.
- Profesionales y docentes deben integrar a las personas y saber escuchar.
- Cuidado con las categorías profesionales, "el otro debe hacer esto"

- Formar estudiantes que apliquen Innovación, transformación, ideas novedosas. Atreverse a salir de lo tradicional.
- Promover la participación entre los estudiantes, profesores empáticos, que propicien desde las emociones.
- Docencia participativa.
- Se sugiere que en el primer ciclo los docentes no sean médicos, más bien una diversidad de disciplinas.
- El Docente debe salir de las cuatro paredes, debemos salir a la comunidad. El rol docente debe ser de integración: la persona no vive sola.
- Para ser agente de cambio uno debe partir por uno mismo: el concepto de MODELAJE es fundamental. Reflexionar que no se trabaja con pacientes. Para hacer un cambio estos tienen que partir de una misma.
- Se cuestiona la palabra paciente, la idea es trabajar con las familias, entorno y buscar soluciones conjuntas.
- Hay que considerar con respeto, el aporte de las personas en el proceso de salud.

“El perfil del docente debe ir de la mano de la reflexión sobre el perfil de estudiante que pueda acoger todo esto. ¿Cómo movilizamos a los estudiantes? “

Texto extraído de las reflexiones en Seminario “El Currículo Enfermo”, 2021.

Declaraciones Fundamentales para la Formación en Ciencias de la Salud en Integración con la Comunidad

<p>Propósito de la Práctica Educativa</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Actuar con pertinencia social en la era del pensamiento complejo. ✓ Ser Universidades que logran introducir cambios que le otorguen pertinencia a su acción educativa en ambientes complejos. ✓ Fomentar un conocimiento autónomo para objetivos transformadores del futuro. ✓ Formar ciudadanos provistos de los instrumentos que les permitan interaccionar con el entorno de una manera creativa, ética e involucrada con las necesidades de su entorno, “Constructores y Cuidadores de saberes”. ✓ Facilitar la expresión de lo “más humano de lo humano”.
<p>Práctica Educativa</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Más Pertinente, Más Sensible, Más democrática, Integradora de las Ciencias Sociales, Naturales y Humanísticas, Entrelaza, conecta polos aparentemente antagónicos. ✓ “Se crea y Recrea en el caminar”. ✓ Logra lo multidimensional, lo integrador, lo intercultural y transdisciplinario. ✓ Aprendizaje rizomático, orientado al entrelazamiento de conocimientos y vivencias que trascienden el espacio disciplinar.
<p>Postula a</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Universidades con un modelo inclusivo, de puertas abiertas. ✓ Un nuevo modo de pensar, basado en lo dialógico, la recursividad, lo multidimensional, el arte, la articulación. ✓ Pensar por medio de macro conceptos, capaces de migrar de un área de conocimientos a otra, emergiendo nuevos. ✓ Un conocimiento con efectividad social. ✓ “Derribar los esquemas mentales que, desde el comienzo de la ciencia moderna, nos han sido impuestos (entre ellos: la visión de un mundo fragmentario y mecánico). Por ello, desde esta perspectiva se habla, no sólo de una nueva educación, sino de una “reforma del pensamiento””. ✓ Contextos de aprendizajes NO lineales.
<p>Estrategias para desaprender desde el espacio universitario</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cursos transdisciplinarios entre carreras de la salud. ✓ Formaciones integrales para docentes y actores comunitarios. ✓ Declaración de valores y principios universales en los programas de formación. ✓ Competencias transversales orientadas a lo complejo, al pensamiento crítico, a la determinación social de la salud, medicina social y colectiva, desarrollo de lo local, salud integral, salutogénesis. ✓ Incorporación de actores, actoras y actuantes sociales, a los espacios formales de diálogo y planificación. ✓ Prácticas profesionales vinculadas a expectativas y necesidades de los grupos objetivos y sus territorios. ✓ Alfabetización digital y herramientas para el diálogo transformador.

IV. PROPUESTAS FINALES

Hacer que los currículos y las metodologías docentes sean “pertinentes en lo social”, es decir, que garanticen un vínculo significativo y transformador con la sociedad para la cual se desarrolla.

Innovación en el currículo

Perfiles profesionales

1. Declaración de valores y principios universales en los programas de formación.
2. Cambiar el currículum de acuerdo a las necesidades de la población.
3. Inclusión de competencias transversales orientadas a lo complejo, al pensamiento crítico, a la determinación social de la salud, medicina social y colectiva, desarrollo de lo local, salud integral, salutogénesis.
4. Orientación hacia el trabajo con la persona y no con la enfermedad.
5. Establecimiento de una formación de sustrato humanista. Facilitar la expresión de lo “más humano de lo humano”.
6. Promoción de un nuevo modo de pensar, basado en lo dialógico, la recursividad, lo multidimensional, el arte, la articulación de saberes.
7. Fomentar un conocimiento autónomo para objetivos transformadores del futuro.
8. Formar ciudadanos/as provistos de los instrumentos que les permitan interactuar con el entorno de una manera creativa, ética e involucrada con las necesidades de su entorno, “Constructores y Cuidadores de saberes”.
9. Erradicación de los currículos explícitos y ocultos del imaginario que estigmatiza la APS como básica, innecesaria, sin resolución, de mala calidad, etc.; de lo comunitario como algo poco serio.
10. Inclusión de las perspectivas de determinación social, que integre el enfoque de derecho y el enfoque territorial.
11. Propicia un/a estudiante, como agente transformador, innovador y con herramientas creativas, movilizadoras y en contacto con la realidad.
12. Para propiciar el cambio se debe propiciar la participación a diversos grupos especialmente incorporando a la comunidad, equipos de salud, empleadores etc., involucrar a socios y ejercer un liderazgo transversal, plural y amplio.

Plan de Estudios – Contenidos

1. APS como estrategia de desarrollo que debe incorporar el trabajo de lo social como herramienta fundamental de cambio social, es decir con una práctica con reales vínculos a la comunidad.
2. Incluir asignaturas relacionadas a la socio-antropología, historia, economía y pedagogía, ciencias humanistas. Estas disciplinas deberían ser transversales en todas las carreras de ciencias de la salud, porque sus marcos referenciales, enfoques y metodologías cualitativas, permiten profundizar el conocimiento de lo complejo y desarrollar pensamiento crítico.
3. Inclusión de los enfoques: derechos, salud colectiva. participación social, determinación social de la salud, equidad en salud, equidad de género, transculturalidad, salud familiar.
4. Énfasis en los factores sociales asociados a la salud-enfermedad-atención-cuidados, priorizando el enfoque preventivo-promocional-anticipatorio en todas las acciones.

Universidades por el Territorio

5. Alfabetización digital y herramientas para el diálogo transformador.
6. Incorporación de la mirada de la acreditación en salud, desconocida por muchos alumnos que llegan a la APS.
7. Introducción de la salutogénesis, promoviendo la mirada de salud en positivo y empoderar a la comunidad en pro de su propia salud.

Metodologías y estrategias pertinentes

“El perfil del docente debe ir de la mano de la reflexión sobre el perfil de estudiante que pueda acoger todo esto. ¿Cómo movilizamos a les estudiantes?”

Texto extraído de las reflexiones en Seminario “El Currículo Enfermo”, 2021

1. Docencia participativa, interprofesional e interdisciplinar.
2. Formación transdisciplinaria entre carreras de la salud y otras.
3. Aprendizaje rizomático, orientado al entrelazamiento de conocimientos y vivencias que trascienden el espacio disciplinar.
4. Transitar desde la formación disciplinar o por especialidad, hacia una formación en bloques curriculares integradores e integrados.
5. Generación de confianzas entre los/as actores/as involucrados/as: academia, comunidad, servicios de salud, otros.
6. El 50% de los ramos clínicos en las diferentes carreras se deben realizar en y con la gente de APS.
7. Profesores generalistas, especialistas en Salud Familiar, Profesores especialistas clínicos en actuación excepcional (clase magistral de actualización).
8. Agentes comunitarios incorporados como parte de los/as docentes, en todos los momentos pertinentes, especialmente en Salud Pública, Salud Colectiva, Salud Familiar.
9. Compromiso de las universidades para formar al personal de APS en docencia propiamente tal.
10. Propiciar el modelaje de los/as docentes con formación y preparación en APS y experiencia y contacto real con la comunidad, a favor de esa vinculación y del desarrollo territorial.
11. Exigirles a los docentes hospitalarios que conozcan la APS.
12. Generación de conocimiento junto a las comunidades que permita comprender mejor la vida de las personas, las necesidades y las prioridades de la salud pública (investigación cualitativa).
13. Aporte al desarrollo de comunidades activas, la acción social y el apoyo a los enfoques de base y la transferencia de activos de la comunidad.
14. Implementación de acciones que permitan la participación, la coproducción y la toma de decisiones participativa, como los foros de barrio que reúnen a organismos y miembros de la comunidad para desarrollar acciones conjuntas y relaciones de confianza a largo plazo entre y dentro de las comunidades, los profesionales y las organizaciones Reforzar la capacidad y la habilidad.
15. Fortalecimiento de la capacidad comunitaria, trabajando con las organizaciones de la comunidad local, los/as voluntarios/as y los/as líderes de la comunidad.
16. Generación de indicadores, de corto y medio plazo, de los determinantes de la salud a nivel comunitario, manteniendo las comunidades resilientes, conectadas y empoderadas.

Campos de enseñanza-aprendizaje teóricos y prácticos

1. Contextos de aprendizajes NO lineales.
2. El 50% de los internados en las diferentes carreras se deben realizar en y con la gente de APS.
3. Prácticas: 1/3 directamente en la comunidad, 1/3 entre los distintos dispositivos de la red incluyendo a la comunidad y 1/3 en desarrollar una capacidad crítica para resolver problemas complejos, está el tema interdisciplinario, gestionando casos.
4. Desde el 1er año en dispositivos de APS como experiencias significativas, en el territorio; con comunidades de base, en hospitales de baja complejidad, excepcionalmente en hospitales de mediana y alta complejidad, fundamentalmente en contextos de atención ambulatoria no cerrada, centradas en la práctica generalista.
5. Hospitalización domiciliaria, aprender cómo se maneja un paciente en sala desde la perspectiva de cómo haríamos esto en la casa.
6. Generación de sistemas de incentivos para los profesionales de APS para participar en la formación de los estudiantes, establecer un plan de desarrollo común entre los campos clínicos y las universidades con objetivos estratégicos en común.
7. Privilegiar la asignación de campos de aprendizaje y práctica a los centros formadores que tengan currículos coherentes con las propuestas señaladas.
8. Potenciamiento de la integración de la comunidad en toda la red de servicio público de salud.
9. Docencia en establecimientos de APS de carácter mixto: personal de la APS y personal universitario.
10. Docentes acreditados/as en experiencia práctica y académica, asociada al desarrollo de la salud comunitaria.
11. Prácticas profesionales vinculadas a expectativas y necesidades de los grupos objetivos y sus territorios.
12. Creación de un sistema nacional docente asistencial que reconozca a la APS como campo clínico fundamental, así como la reformulación de la política de campos clínicos, con una regulación docente asistencial que incluya a la APS.
13. Considerar la infraestructura de los campos clínicos que influye en la capacidad de brindar espacios de formación. Evaluar la cantidad de estudiantes vs infraestructura.
14. Desarrollo de una asignatura multicéntrica, dirigida a estudiantes de pregrado (y postgrado) que recoja las mejores prácticas docentes en Salud Comunitaria, que funcione como asignatura electiva durante el proceso de formación de todos los profesionales de salud.

V. CONCLUSIONES

Las nuevas demandas de salud de la población, vinculadas a fenómenos demográficos y epidemiológicos, sumado a las circunstancias de esta pandemia, han puesto de manifiesto, la necesidad de iniciar un verdadero camino de transformación en la formación de pregrado de las/los futuros profesionales de la salud.

Estas nuevas demandas han puesto de manifiesto la compleja labor de las universidades en la formación de los futuros profesionales de la salud. En este contexto, consideramos la Atención Primaria de Salud como un espacio privilegiado de formación de pregrado, basado en un enfoque familiar y comunitario. Transitando hacia sistemas de cuidados integrales y contextualizados de la salud, a través de toda la experiencia de vida, de personas, familias y comunidades; desde un enfoque salutogénico. La experiencia en este enfoque no ha sido suficiente en los estudiantes, manteniendo un enfoque hospital céntrico en la formación.

Consideramos a la Atención Primaria de Salud, como campo formador de privilegio a nivel de pregrado, desde los primeros años de estudios. Percepción compartida por todas las personas que participaron en el Seminario “El currículum enfermo”, académicas/os, profesionales de la salud que se desempeñan en la Atención Primaria de Salud (APS), población usuaria de APS, estudiantes de las carreras de la salud.

Se han realizado esfuerzos en este sentido, pero han sido insuficientes, segmentados, descoordinados y con énfasis teórico. Se necesitan programas formativos interdisciplinarios, colaborativos, basados en los principios de la APS, con experiencias significativas en el territorio.

En contexto de pandemia, Chile ha sido reconocido internacionalmente por su exitoso proceso de inmunización, atribuido fundamentalmente a nuestra amplia red de Atención Primaria de Salud, con cobertura nacional, con conocimiento de la comunidad, con atención centrada en las personas, sus familias y comunidades.

Proponemos la incorporación de la Atención Primaria de Salud, en los planes de formación de las carreras de la salud desde los primeros años, con experiencias significativas en el territorio, participación activa de los agentes comunitarios en la formación, con buenos modelos docentes con formación y experiencia en APS, incorporando prácticas en la comunidad basadas en el trabajo en equipo interprofesional e interdisciplinar, para transitar a un currículum integrado en las carreras de la salud, cuyo centro es la persona y su familia.

Hacemos un llamado a la acción, existen evidencias, estudios, llamados internacionales. La salud de nuestra población no puede seguir esperando. Debemos actuar.

La alianza de universidades por el territorio puede ser un motor de desarrollo de nuevos modelos de formación con énfasis en APS.

BIBLIOGRAFÍA

- (1, 30) Universidades por el Desarrollo. Consulta Ciudadana: Respuesta Comunitaria a La Pandemia [Internet]. Julio 2020 [consultado 18 mayo 2021]. Disponible en: <http://www.medicina.uchile.cl/atencionprimaria/Otros/universidades-por-el-territorio/respuesta-comunitaria-a-la-pandemia>
- (2) Universidades por el Desarrollo. Participación comunitaria en desconfinamiento [Internet]. Septiembre 2020 [consultado 18 mayo 2021]. Disponible en: <http://www.medicina.uchile.cl/atencionprimaria/Otros/universidades-por-el-territorio/participacion-comunitaria-en-desconfinamiento.html>)
- (3) Pinilla-Roa A. Modelos pedagógicos y formación de profesionales en el área de la salud [Internet]. Acta Med Colomb 2011[Consultado 18 de mayo 2021; 36: 204-218. Disponible en: <http://www.actamedicacolombiana.com/ojs/index.php/actamed/article/view/1451/427>
- (4) Pinilla-Roa A. El maestro universitario como profesional autónomo. Una mirada desde las ciencias de la salud [Internet]. Rev. Fac. Med. 2015 [Consultado el 18 mayo 2021]; 63(1):155-63. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/44740>
- (5) Venturelli J. Modernización de la educación médica: ¿ilusiones inútiles o necesidad imperiosa? En: Venturelli J. (Ed.) Educación Médica. Nuevos enfoques, metas y métodos. Segunda edición. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. 2003. p. 1-32.
- (6) Caillon A. Flexibilidad y competencias profesionales en las universidades latinoamericanas. En: Pedroza R. (Compil.). Flexibilidad y competencias profesionales en las universidades iberoamericanas. Barcelona, México: Pomares. 2006. p. 178-95.
- (7) Harden RM, Sowden S, Dunn WR. Educational strategies in curriculum development: the SPICES model. Med Educ 1984; 18: 284-297.
- (8) Parada-Lezcano M, Romero MI. Política de formación médica para la atención primaria de salud en Chile, crisis y desafíos[Internet]. Cuad Méd Soc (Chile) 2018, 58 (N°1): 61-68. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0034-98872016000800014&script=sci_arttext&tlng=e
- (9) World Health Organization. Subsanan las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud: resumen analítico del informe final. World Health Organization. 2008 [consultado el 18 mayo 2021]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/69830> .
- (10) The Network: Towards Unity for Health (TUFH). Tunis Declaration World Summit on Social Accountability. Hammamet, Tunisia. 2017 [consultado el 18 mayo 2021]. Disponible en: <https://thenetworktufh.org/wp-content/uploads/2017/06/Tunis-Declaration-FINAL-2.pdf>
- (11) World Health Organization (WHO). Declaration of Alma-Ata. Adopted at the International Conference on Roles de los profesionales de la salud en APOC Primary Health Care. Alma Ata: World Health Organization (WHO); 1978.
- (12) Hancock T. The mandala of health: a model of the human ecosystem. Family & community health: the journal of health promotion & maintenance. 1985; 8(3): 1–10.
- (13) Artaza O, Santacruz J, Girard JE, Alvarez D, Barria S, Tetelboin C, et al. Formación de recursos humanos para la salud universal: acciones estratégicas desde las instituciones académicas. Rev Panam Salud Publica.

2020 [consultado el 18 mayo 2021];44:e83. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52503/v44e832020.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

(14) Herreras E. La Docencia a Través de la Investigación–Acción. Revista Iberoamericana de Educación [Internet]. 2004 [consultado 18 mayo 2021], 35(1), 1-9. Disponible en: <https://rieoei.org/historico/deloslectores/682Bausela.PDF>

(15) García Pérez R, Ballbé A, Pina R, Iglesias N. El análisis de la situación de salud y la investigación acción participativa en la formación médica. Gac Méd Espirit [Internet]. 2015 Dic [consultado el 18 mayo 2021]; 17(3): 92-102. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212015000300012&lng=es

(16) Peixoto M, Jesus W, Carvalho R, Assis M. Formación médica en la Atención Primaria de la Salud: experiencia con múltiples abordajes en las prácticas de integración enseñanza, servicio y comunidad. Interface (Botucatu) [Internet]. 2019 [consultado el 18 mayo 2021]; 23(Suppl 1): e170794. Disponible en: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832019000600502&script=sci_arttext&tlng=es

(17) Batista MA, Rojas HNM, González AO, et al. Educación para la Salud desde el curriculum electivo como experiencia de formación integral de estudiantes universitarios [Internet]. Revista Cubana de Educación Médica Superior. 2015 [consultado el 18 mayo 2021];29(3):555-565. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/educacion/cem-2015/cem153n.pdf>

(18) Ministerio de Salud. Orientaciones para la Planificación y Programación en Red [Internet]. 2021 [consultado el 18 mayo 2021]. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/09/20200908_ORIENTACIONES-PARA-LA-PLANIFICACION-EN-RED-2021.pdf

(19) Global Taskforce of Local and regional Governments. Guía para la Localización de los ODS: Implementación y Monitoreo Subnacional [Internet]. 2016 [consultado 18 mayo 2021]. Disponible en: <https://ods.gub.uy/images/GUIA-GLOBAL-TASKFORCE---ODS-Subnacional-1.pdf>

(20) Erazo A. Un enfoque sistémico para comprender y mejorar los sistemas de salud [Internet]. Rev Panam Salud Pública. 2015 [consultado el 18 mayo 2021];38(3):248–53. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2015.v38n3/248-253>

(21) Parada M, Romero MI, Moraga F. Perfiles de egreso de las carreras de Medicina en Chile. Rev. méd. Chile [Internet]. 2015 [consultado 18 Mayo 2021]; 143(4): 512-519. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872015000400014&lng=en&nrm=iso&tlng=en .

(22) Organización Panamericana de la Salud (OPS). Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Washington, DC: OPS; 2007.

(23) Parada M, Romero MI, Moraga F. Perceptions of faculty members and students about undergraduate training in primary health care. Rev. méd. Chile [Internet]. 2016 [consultado 18 May 2021]; 144(8): 1059-1066. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872016000800014&lng=en&nrm=iso&tlng=en

(24) Ministerio de Salud (MINSAL). Ordinario C3 / 1198 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales a Ministra de Salud. Referido a Perfil de desempeño del médico/a general. 2018.

(25) Pupo N, Hernández L, Presno C. La formación médica en Promoción de Salud desde el enfoque de los determinantes sociales. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2017 [consultado

18 Mayo 2021]; 33(2): 218-229. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252017000200007&lng=es.

(26, 28, 31) División de Atención Primaria (DIVAP). Atención Primaria de Salud Construyendo Valor Social: Documento de posición respecto del valor social de la atención primaria de salud [Internet]. 2017 [Consultado 18 mayo 2021]. Disponible en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2018/01/032.Documento-de-posici%C3%B3n-respecto-al-valor-social.pdf>

(27) Ministerio de Salud: Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario en Establecimientos de la Red de Atención de Salud. Serie Cuadernos de Redes N°18 [Internet]. 2005 [Consultado el 18 de mayo de 2021]. Disponible en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/1.pdf>

(29, 32) Borrell RM, Godue C. La formación en medicina orientada hacia la atención primaria de salud [Internet]. OPS, 2008 [Consultado 19 mayo 2021]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/31318>

(33) The Inter-Agency Standing Committee (IASC). Risk Communications and Community Engagement (RCCE) and the Humanitarian System: Briefing Pack [Internet]. 2020 [consultado 24 abril 2021]. Disponible en: <https://reliefweb.int/report/world/covid-19-risk-communications-and-community-engagement-rcce-and-humanitarian-system>

(34) Savigny D, Adam T (Eds.). Aplicación del pensamiento sistémico al fortalecimiento de los sistemas de salud. Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud [Internet]. OMS, 2009 [consultado 18 mayo 2021]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44222/9789243563893_spa.pdf

(35) Stansfield J, South J, Mapplethorpe T. What are the elements of a whole system approach to community-centred public health? A qualitative study with public health leaders in England's local authority areas [Internet]. 2020 [consultado 18 mayo 2021]; 10:e036044. Disponible en: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/10/8/e036044.full.pdf>

ANEXOS

Anexo 1. Resultados consulta Campos Clínicos

Realizada entre el 23 diciembre de 2020 y el 9 enero de 2021.

Total de respuestas: 130

Caracterización

- 65.6% mujeres, 32.8% hombres.
- 62.4% tramo de edad de 20 a 44 años, 20.8% de 45 a 59 años, 13.6% de 60 y más años, 1.6% de 19 años y menos.
- 47.2% RM, 22.4% Valparaíso, 11.2% Bío Bío, 9.6% Araucanía, 3.2% Los Lagos, 2.4% Ñuble, 1.6% O'Higgins, 0.8% Magallanes y Maule.
- 79.46% profesionales / 20.53% estudiantes.
- 49.49% médicas/os (32.65% MF, 36.73% Médico Gral, 26.53% Residentes MF).
- 12.0% EU, 10.1% TS, 9.09% Matronas/es, 7.07% Kinesiólogas/os, 3.03% Psicólogas/os y Nutricionistas, 1.01% Odontólogas/os, Podólogas/os, Química/o Farmacéutico, Antropólogas/os, Sociólogas/os, Periodistas.

I. Preguntas dirigidas a docentes

- Dependientes de la Universidad: 62.1% (69.49% realiza docencia en la Carrera de Medicina, 30.50% en otras Carreras de la Salud: Enfermería, Obstetricia, Kinesiología, Trabajo Social y Nutrición).
- Dependientes del CESFAM: 37.89% (47.22% realiza docencia en la Carrera de Medicina, 52.77% en las otras Carreras de la Salud).

- Como docente, en una escala de 1 a 7, ¿piensa que tiene las competencias necesarias para generar aprendizajes en APS, entendida como estrategia de desarrollo? Fundamente.

Notas 6 y 7 : 71.42%

Nota 5 : 22.6%

Notas 3 y 4 : 5.95%

- ¿Realiza actividades clínicas docentes asistenciales (preventivas, morbilidad, crónicos, entre otras)?

Sí : 60.49%

No : 39.50%

- ¿Realiza actividades docentes en la comunidad (promoción, participación, talleres preventivos)?

Sí: 55.43% (22.58% Residentes Medicina Familiar, 16.1% Enfermera Universitaria, 9.67% Medicina General, Matrona, Kinesiología y TS, 3.22% Psicología, Nutricionista y Antropología).

Universidades por el Territorio

No: 44.56% (40% MF, 20% Méd. Gral, 6.6% Matr y TS, 3.3% Resid MF, EU, Podóloga y Oftalmol.).

- Si su respuesta es Sí, ¿incorpora a personas de la comunidad en las actividades docentes?

Sí : 63.26%

No : 36.73%

- Como profesional, ¿se incorpora a las actividades generadas por la comunidad?

Sí : 60.86%

No : 39.13%

- ¿A cuáles?

- * Participando en eventos gestionados y organizados desde la comunidad en el área de la promoción y prevención de la salud.
- * Marchas, círculos de escucha, talleres.
- * Consejo consultivo de usuarios.
- * Diagnósticos, cabildos, educación, ollas comunes. Otras.
- * En asambleas este último tiempo y antes en acciones directas en salud con grupos de salud, iglesia, talleres, diagnósticos, reunión de junta de vecinos. Las que requieren atención en salud mental y criterios para dirimir aspectos de salud. Este año 2020 en apoyo al rol de las mujeres y ollas comunes durante la pandemia.

- ¿Realiza docencia en Servicios Hospitalarios?

No : 96.6%

- Como profesional de APS, en una escala de 1 a 7, ¿piensa que tiene las competencias necesarias para desempeñarse en APS?

Notas 6 y 7 : 87.23%

Nota 5 : 10.63%

Nota 4 : 2.12%

- De su experiencia docente en establecimientos de APS, mencione 3 fortalezas y 3 debilidades:

Fortalezas:

- * Trabajo en equipo
- * Docencia
- * Trabajo con la comunidad
- * Cercanía a la gente y a los estudiantes

Debilidades:

- * Falta de tiempo
- * Formación docente
- * Infraestructura
- * Sobrecarga de trabajo

II. Preguntas dirigidas a estudiantes

- *¿De qué Carrera?:*

De un total de 29 estudiantes, 24 son de Medicina (2 de 1° y 2° año, 14 de 3° a 5° año, 9 de 6° y 7° año).

- *Como estudiante, en una escala de 1 a 7 ¿Piensa que el pregrado le prepara para su desempeño en APS?*

Nota 7 : 2 estudiantes (de 1° y 7° año)

Nota 6 : 4 estudiantes (de 1° a 5° año)

Nota 5 : 8 estudiantes (de 3° a 7° año)

Notas 2, 3 y 4 : 10 estudiantes (de 3° a 7° año)

Fundamente:

- * Solo tenemos profesores especialistas, que hace mucho tiempo no se desempeñan en APS, además nuestros campos clínicos consisten prácticamente solo en atención hospitalaria.
- * Se explica poco de cómo funciona la atención en APS, ya que las clases generalmente la hacen profesionales especialistas.
- * La UV le da mucho énfasis a la salud pública.
- * Si con pregrado nos referimos a solo 1-5to pues es mínimo, por eso la nota mínima. Muy focalizado a especialidad y poco de APS. Lo de APS se logra en internado, estando incluso en estas instancias al debe. Por eso pongo la nota mínima.
- * Fundamentalmente la carrera de Medicina en la UFRO está fuertemente enfocada en el desempeño hospitalario, lo cual nos da un rodaje interesante desde el punto de vista académico, pero claramente no nos prepara para el ambiente, los recursos y las dinámicas que se dan en APS.
- * Nos formamos desde la práctica inicial en nivel secundario o terciario, las rotaciones por APS o son electivas o duran muy poco tiempo en comparación con las otras. Los conocimientos están enfocados al diagnóstico y tratamiento de patologías y poco al MAIS.
- * Se da demasiado énfasis tanto en contenidos como en el tiempo que se invierte de las actividades prácticas en la atención hospitalaria en centros de alta complejidad y no en APS.
- * Gran parte del pregrado está enfocado en la atención hospitalaria, sin brindar mayor importancia APS.
- * Muchas herramientas y experiencias enriquecedoras para el enfoque integral de la salud, las he adquirido por la participación en organizaciones sociales ya que se otorga una mirada diversa y democrática lo que permite intervenciones de mejor alcance y profundidad.
- * La mayor parte de las prácticas son hospitalarias y las clases son dictadas por subespecialistas, que no se enfocan en lo esencial.

Universidades por el Territorio

- * Creo que la carrera está más enfocada en generar médicos especialistas.
- * Creo que el espacio de práctica en APS es muy bajo para la importancia que esta tiene en el territorio.
- * En Enfermería sí nos preparaban bastante para un desempeño comunitario.
- * Se consideran muy pocas semanas de práctica en APS, teniendo una formación de 3º a 7º muy hospitalo céntrica.
- * Creo que a lo largo de la formación se enfocan en habilidades completas y patologías que se ven solo en sistema hospitalario, además hay poca práctica respecto a las habilidades sociales necesarias para desenvolvernos de manera correcta en APS.
- * Como estudiante, ¿qué espera del establecimiento de APS, como campo formador?
- * Una vinculación desde primer año, docentes trabajadores de APS e introducción a medicina desde la atención primaria.
- * Que nos enseñe cómo es el día a día, para identificar falencias y aportar en ellas.
- * Que sea realista y entregue los conocimientos necesarios y actualizados.
- * Yo creo que es un espacio realmente docente. Lamentablemente esto es tiempo dependiente y eso es lo que menos tiene la atención primaria pública y eso lo sabemos. En ese sentido lo fundamental debería ser tener una agenda médica realmente docente con más tiempo para cada paciente y un docente que sea docente y dedicado a eso. Inicialmente mostrar cómo se atiende con algunos pacientes y hacer de observador, enseñar el uso de la plataforma y al final atender pacientes.
- * Básicamente, ya que en pregrado e internado tenemos una fuerte base teórica, creo que me gustaría estar mejor formado en aspectos administrativos, medidas generales e intervención comunitaria. Como derivar, como adaptarme a un arsenal farmacológico escaso, como solicitar evaluación por otros profesionales de la salud, etc.
- * Que sea un espacio de integración de saberes, tanto desde el ámbito médico como interdisciplinar. Que desde la Dirección y tutoría se abra la posibilidad del trabajo con la comunidad en un espacio constante.
- * Ver de todo, que pregunten más, para hacer el proceso cognitivo y que no sea solo hacer papeleo.
- * Exponerme a la realidad a la que me enfrentaré al desempeñarme como médico.
- * Facilitador de aprendizajes, trabajo con usuarios, dependencias y apoyo nuevos proyectos a realizar con los usuarios.
- * Mayor compromiso con la participación comunitaria. Abrir y propiciar espacios de discusión, planificación y deliberación de actividades sanitarias en conjunto con la comunidad. Darles relevancia a aspectos de determinación social de la salud.
- * Que se dé la oportunidad de ir.
- * Que sea un lugar de práctica con buen ambiente, con un docente a cargo que logre transmitir lo que es importante que aprendamos, que demuestre integralidad en sus atenciones para así nosotros poder absorber eso desde nuestros comienzos como estudiantes de medicina.
- * Que se aprenda de las patologías básicas de salud, con profesionales que se tomen el tiempo de realizar docencia.
- * Personalmente cuando curse la carrera los contenidos en cuanto a Salud fueron los mínimos.

- De su experiencia como estudiante, mencione 3 fortalezas y 3 debilidades de la formación en establecimientos de APS:

Fortalezas:

- * Posibilidad real de atender pacientes, tener el campo.
- * Los pacientes son conscientes de que la atención es del tipo docente y lo entienden y respetan.
- * Existen en algunos casos buenos docentes.
- * Control de pacientes crónicos, consulta de morbilidad, consulta pediátrica.
- * Longitudinalidad en las atenciones y en el cuidado, la posibilidad de hacer seguimiento de la población.
- * Libertad en cuanto a escoger actividades y prestaciones múltiples donde aprender, con rendimiento de tiempo más laxo.
- * Contacto con DDSS que pueden apreciarse con más cercanía que en otros niveles de atención en salud, y además con posibilidad de incidir en su modificación o mejoría.
- * Ver a otros funcionarios de la salud, aprender de cómo ellos trabajan, conocer cómo se puede integrar el equipo de salud (en terciarios eso no lo podemos seguir) y seguir a los pacientes.
- * Aprenden cómo funciona el sistema de salud en APS, Exposición a la realidad epidemiológica en la población, Obtener datos y tips del quehacer diario para facilitar la práctica médica.
- * Gran equipo humano, organizado, conocimiento del área.
- * La posibilidad de acceso muchos centros de práctica / Diversidad de establecimientos / Presencia de profesionales y técnicos de muchas áreas.
- * Amabilidad, docencia, respeto.
- * Trabajar con pacientes no hospitalizados, trabajo de prevención en la consulta, gentileza de profesionales en la docencia.

Debilidades:

- * Falta de campos dedicados con agendas médicas modificadas para tener más tiempo de atención y docentes que sean docentes y no solo médicos de APS.
- * Falta de docencia y feedback al atender.
- * Muchas veces resulta limitado el campo clínico.
- * Consulta de salud mental, aspectos administrativos (derivaciones, interdisciplinariedad, recursos disponibles), SAPU.
- * Papeleo, papeleo, papeleo, no se aprende medicina con papeleo.
- * Pobre coordinación entre los encargados de asignatura y Tutores en el centro de práctica, Pobre Vinculación formal entre los centros APS y la universidad, Calendarización y Listado de actividades a realizar poco claras.
- * Poco interés en innovación, falta de recursos, centrado en las metas MINSAL.

- * Centrado en el modelo biomédico / Casi exclusivo a la atención en box individual, es decir, relación médica-paciente y no con la comunidad-colectivo / Experiencias interesantes dependen de los equipos locales y su motivación particular.
- * Poca disposición de los médicos, poca participación.
- * Falta de tiempo, atención biomédica por tener que cumplir metas.
- * Espacios no adecuados, poco tiempo de consulta por lo que es difícil realizar evaluaciones integrales del paciente, poco resolutivo.

III. Preguntas dirigidas a todos

- Como estudiante o docente, ¿Considera relevante aumentar el % de tiempo de formación de pregrado en establecimientos de APS, (en comparación al tiempo dedicado actualmente a nivel hospitalario)?

Sí: 79.2%

Hasta un 25% : 16.16%

Hasta un 50% : 65.65%

Hasta y más de 75% : 18.18%

No: 4%

No contesta: 16.8%

- Como estudiante o docente, ¿considera necesaria la participación de agentes comunitarios en la formación de pregrado?

Sí: 80%

Si su respuesta fue Sí, ¿Cómo deberían participar?

- * Como agentes comunitarios.
- * En actividades ocasionales, mostrando la visión de salud de sus comunidades y permitiendo el diálogo con los estudiantes.
- * Talleres.
- * Pasantías y activas en terreno.
- * Compartiendo experiencias de liderazgo, de organización comunitaria, de construcción de redes.
- * Es importante conocer la visión de la comunidad respecto a la APS.
- * Experiencias de su comunidad, necesidades de apoyo, códigos de relaciones, etc.
- * Educación para adultos, talleres autocuidado.
- * Conversatorios.
- * Fomentando la participación de los alumnos en los consejos locales de salud, en las mesas territoriales.
- * Deberían ser guías de las prácticas y experiencias clínicas en los barrios y comunidades.
- * En todo el trabajo territorial que se realice y en formación en talleres y en discusión teórico de lo que se debe implementar de las políticas.

Universidades por el Territorio

- * Desde conversatorios conceptuales en los primeros años de las carreras, hasta guiando parte del trabajo de la APS y especialmente en relación al conocimiento situado del territorio en los años de práctica asistencial.
- * Desde la coordinación y visión en la formación hasta en exposiciones magistrales respecto a problemáticas comunitarias.
- * A través de foros, donde nos comentan las principales necesidades de su comunidad en salud.
- * En nuestra universidad, la UV, tenemos un ramo, salud y sociedad, donde interactuamos con gente de la comunidad, creo que la forma en que funciona es muy buena.
- * En relación al conocimiento de la población a cargo.
- * Generar instancias en que se puedan conocer demandas de los agentes y poder aportar con servicios que permitan crear un nexo y beneficio mutuo, por ejemplo, en materias de prevención o educación.
- * Creo que es importante que sea la comunidad la que se pronuncie respecto a los aspectos actitudinales y académicos que les gustaría que manejemos como médicos, no solamente intentar dedicarnos a ser mejores médicos estudiando más.
- * En instancias que ojalá generen horizontalidad en el trato y bidireccionalidad de la enseñanza-aprendizaje. Debiese ser un trabajo a acordar con cada grupo de estudiantes/agentes, ya que cada comunidad es distinta, realizando un diagnóstico participativo entre estas dos figuras. Trataría de que fuera un trabajo anual y que pudiera ir exponiéndose en el tiempo y que sus frutos pudieran exponerse a otras y otros estudiantes, pudiendo darle continuidad a ese aprendizaje.
- * Además, sería maravilloso la creación de instancias permanentes de trabajo y colaboración en tanto en el territorio universitario como comunitario.
- * Conocer desde perspectiva de la realidad.
- * Charlas.
- * Informando de la realidad local y dinámicas que se van dando en la comunidad que afecten a la salud y otorguen contexto en los problemas de salud de la gente.
- * Participando activamente de actividades de docencia, diálogos con la comunidad y estudiantes.
- * En actividades compartidas.
- * Grupos focalizados por ciclo vital para realizar actividades de promoción y prevención.
- * Gestor comunitario.
- * Dando a conocer cómo se entrelazan las redes comunitarias con el centro de salud y su efecto.
- * En seminarios donde sean ellos expositores. En la inclusión de profesionales y estudiantes en formación a actividades propias de la comunidad (asambleas, ferias, etc.).
- * Haciendo clases, charlas.
- * En la generación de asignaturas especializadas en medicina familiar y la búsqueda de perfiles de egreso de los estudiantes.
- * Aportan la experiencia del contexto real, manifestando sus necesidades y expectativas.
- * Creo que se debería tener acercamiento con las comunidades, en especial quienes están directamente ligadas con la atención clínica del/a paciente.

Universidades por el Territorio

- * Desarrollando trabajo conjunto con los estudiantes... intervenciones de salud, capacitaciones, etc.
- * Ir a la comunidad y tener encuentros en sus organizaciones.
- * Presentando sus programas de trabajo.
- * Abriendo los territorios, organizaciones y comunidades a una relación de mutua nutrición y colaboración con los servicios y con las entidades formadoras. Los y las estudiantes pueden y deben ser parte de dicha colaboración, facilitando y promoviendo la participación comunitaria.
- * Es muy relevante que los estudiantes conozcan la visión de la comunidad sobre la atención de salud, no es lo mismo solo verlo e imaginar el resto, a que les cuenten las condiciones de vida que rodean e influyen en la atención de salud.

En caso de haber respondido no ¿Por qué?

- * Creo q es más relevante para formación de post grado.
- * Debemos priorizar otros actores primero.
- * No sé qué a que se refiere con agentes comunitarios.
- * Creo que al hacer la práctica clínica conocen a los agentes comunitarios e interactúan con ellos logrando la vinculación, a lo mejor sería deseable contar con agentes comunitarios en asignaturas de pregrado, pero no siempre uno puede contar con su participación a menos que la instituciones los contrataran.

- Como estudiante o docente, ¿piensa que la docencia en establecimientos de APS debería estar a cargo de:

- * Profesionales de APS y docentes universitarios : 75.2%
- * Profesionales de APS : 10.4%.
- * Docentes universitarios : 3.2%
- * No responde : 11.2%

- Como estudiante o docente, ¿considera relevante la incorporación de los siguientes profesionales de APS, en la docencia de pregrado?

- * Enfermeras/os
- * Médicas/os
- * Trabajadoras/es Sociales
- * Psicólogas/os
- * Kinesiólogas/os
- * Terapeutas Ocupacionales
- * Todos: 90.04%

- Como estudiante o docente, piensa que los campos formadores de equipos multiprofesionales de APS, ¿deben cumplir con alguno de los siguientes requisitos?:

- * Docencia compartida por profesionales del establecimiento, médicos y otros profesionales de APS. Sí: 98.7%
- * Jornadas estudiantiles semestrales para recibir retroalimentación del campo clínico en APS. Sí: 93.58%

Universidades por el Territorio

- * Sistema de capacitación continua a cargo de la Universidad, a profesionales de APS que realizan docencia. Sí: 100%
- * Tiempos profesionales protegidos para docencia. Sí: 98.7%

- *Con relación a la pregunta anterior, ¿Considera usted otro requisito?*

- * Reconocimiento de la docencia de los profesionales de APS por parte de la Universidad.
- * Infraestructura y recursos acordes a poblaciones vulnerables que requieren intervención.
- * Implementar sistemas periódicos de evaluación de los programas por parte de todos los actores involucrados (incluyendo estudiantes y dirigentes comunitarios). Las jornadas semestrales suenan a buena idea, pero deben ir antecedidas de métodos cuanti-cuali de evaluación para luego volcar y discutir los resultados en esas jornadas.
- * Trabajar en conjunto los programas de formación y proyectos de APS.
- * Espacio físico protegido con implementos necesarios para una atención integral.
- * Mayor presencia de los docentes en el proceso.
- * Docentes con formación entregada por las universidades. Realizar encuentros y jornadas "hacer comunidad entorno a este tema".
- * Talleres prácticos de Consejerías familiares, atención multimorbilidad, trabajo grupal, etc...
- * Incentivo económico por la responsabilidad y actividad de docencia.
- * Esquema de trabajo interdisciplinario en temáticas de salud familiar.
- * Insistiría en una formación de base en DDHH y género a todos.
- * Jornadas de reflexión amplias con las comunidades de los centros de salud.
- * Incorporación de la comunidad en el proceso de docencia en su centro de salud.
- * Mejorar enlace entre profesionales clínicos y docentes.
- * Vinculación formal entre universidad y centro APS, muchas veces se da que los profesionales que reciben alumnos no tienen un vínculo formal y sólo los reciben por ser un contacto o ex alumno del centro formador.
- * Infraestructura del centro salas de reuniones, boxes disponibles, sistema de cámaras en box, vehículo disponible para visitas.
- * Se debiera incluir la transdisciplina, como gestionamos una lista de espera cardiovascular sin un ingeniero, como mediamos complejidad del poder sin un sociólogo, como hacemos trabajo comunitario sin un dirigente social.
- * Seminarios y jornadas con dirigentes sociales.
- * Jornadas de interacción no solo estudiantiles, sino que también con los profesionales.
- * La formación en APS debe formar un continuo con la hospitalaria, respondiendo a la continuidad de la atención y del cuidado.
- * Tiempos de rotación suficientes para conocer la gran versatilidad de la APS, como mínimo 6 meses.

- Como estudiante o docente, ¿Qué recomendaciones haría, para facilitar la incorporación del enfoque integral en salud, en el modelo formativo de pregrado?

- * Cambiar la estructura curricular, especialmente del plan general, incorporando temas de Ciencias Sociales y otras.
- * Apadrinamiento de familias que estén de acuerdo en participar en un proceso de recuperación de la salud. Donde se ejercite la entrevista e intervención según necesidad, para desarrollar un sello en el tipo de atención.
- * Más espacios docentes a médicos de familia.
- * Revisión sistemática de los programas existentes por el equipo docente + médicos de familia para evaluar la incorporación del modelo.
- * Que dentro de la malla curricular se integren estas competencias en forma longitudinal a través de los años y en todas las asignaturas. Además, capacitar a coordinadores y docentes de asignatura sobre este enfoque para que puedan incorporarlo.
- * Mayor porcentaje de presencia de estos contenidos en las mallas curriculares de las carreras.
- * Incluir en los planes de salud estos temas, y poder generar redes de contacto con universidades y centros formadores de profesionales de salud.
- * incorporar los conceptos desde el primer año y que se refuercen durante todo el pregrado
- * más ciencias sociales, más instrumentos para el trabajo comunitario
- * realizar rotaciones con objetivos y tiempos claros que evite que los estudiantes se desencanten de su rotación
- * acercamiento de los profesores universitarios en el desarrollo de clases, seminarios o atenciones en salas espejo en los centros de APS
- * Sería ideal que los estudiantes se incorporaran a un sector y participaran en todas las actividades que corresponden, incluyendo promoción, prevención y gestión. La incorporación de docentes del área de las ciencias sociales.
- * Que los docentes conozcan las actividades que se realizan en Aps, usos de los registros clínicos, para ser realmente un apoyo para los estudiantes.
- * Complementariedad
- * Desarrollar un programa desde los primeros años de estudio desde habilidades blandas hasta la aplicación clínica en el internado
- * Continuidad de un campo clínico de APS durante todos los años de formación, y de forma constante
- * Generar motivación a los docentes, profesionalizar la docencia clínica remunerar
- * línea formativa desde el 1er año
- * Clase teórica y visión en terreno
- * Considerar rotaciones en APS durante los 7 años de pregrado, en los distintos ramos que considera la formación (pediatría ambulatoria, medicina adulto-ambulatoria, gine, matrona, etc.).
- * Entender la importancia de la salud familiar y no tener un enfoque tan biomédico
- * Tener docentes que estén trabajando de forma activa en atención primaria y no sólo docentes teóricos

Universidades por el Territorio

- * Incorporarlo como asignatura desde el inicio de la carrera con énfasis en la relación salud-DSS, disminuir aquellas tradicionales científicas, contacto con familias desde el inicio
- * Integración Universidad-APS-Comunidad.
- * Introducir áreas o asignaturas con enfoque de familia y medicina Integrativa
- * Innovación Curricular, integración paulatina de docentes con otro perfil
- * líneas curriculares, competencias del perfil de egreso, actividades en el desarrollo de los primeros años
- * Fortaleciendo la enseñanza de la salud familiar, fomentar seminarios de salud familiar.
- * Prácticas de salud interdisciplinarias, con trabajos evaluados con el mismo enfoque
- * Sin duda se debe revisar toda la curricular formativa incorporando experiencias nacionales e internacionales que lo han realizado me recordaba de la experiencia del Dr. Rovere en Argentina con la Universidad de Matanzas quizás hay que pedir desde ahí experiencias y otras.
- * Incorporación de experiencias "sentipensantes" en terreno precozmente durante las carreras. Acción y reflexión guiada mediante metodologías que promuevan el cuestionamiento de las realidades sociales, sanitarias, culturales y ecológicas.
- * Dedicar más horas a educación sobre APS y menos a temas demasiado especializados (ej: procedimientos de neurocirugía)
- * Distribuir bien los tiempos en especial pensando en la pandemia
- * que los estudiantes participen al menos 1 vez en las distintas prestaciones del CESFAM, no solo atención en box
- * Incorporar a la malla curricular, formación en medicina familiar e integración de nuestra academia con la de ciencias sociales asociadas a la salud, como el trabajo social.
- * Aumentar participación comunidad para centrarse en los requerimientos, no sólo en la oferta.
- * Incluir en la formación de otras materias, como medicina interna, cirugía, pediatría y gine clases sobre salud familiar aplicada a esas áreas
- * Reformular las mallas curriculares con el enfoque preventivo integral, actualmente el enfoque es muy reaccionario y no preventivo.
- * Actividades o contenidos pertinentes en todos los años del currículo
- * Aumentar actividades en APS
- * Aporte multiprofesional
- * Incluir en malla de todas las carreras de salud el MAIS, dedicarle más de una unidad
- * Enfoque en multimorbilidad, sistema de creencias y significados. Determinantes sociales, enfermedad biomédica analizada con enfoque familiar
- * Mayor énfasis de APS en la formación, con mayores horas destinadas al conocimiento y trabajo en éste
- * Incorporar a charlas y experiencias prácticas a agentes comunitarios, dirigentes sociales.
- * Otorgar desde la teoría una mirada integral y amplia acerca del modelo familiar-comunitario, incorporando con mayor fuerza aspectos de la determinación social de la salud.
- * Más tiempo de calidad en APS.

Universidades por el Territorio

- * Clases por médicos familiares en los distintos repartos de especialidad, evaluando casos clínicos, para así orientarnos a aplicar lo aprendido a un contexto biopsicosocial.
- * La obligatoriedad de asignatura de Medicina familiar dentro del currículum. Que todos los ramos clínicos tengan al menos un 30% de sus horarios de prácticas en APS.
- * Evaluación de las necesidades de aprendizaje y expectativas de la comunidad y el campo clínico en el desarrollo del ejercicio profesional
- * Que, dentro del currículum de estudios, los internados sean más extensos. Actualmente por pandemia se ha reducido a 2 semanas y en la "normalidad" a 4, lo que tampoco es un tiempo que les permita desarrollar más lo aprendido en aula.
- * Aumentar las actividades prácticas en APS
- * Mallas curriculares que integren la APS al centro del modelo de atención y de cuidados
- * Trabajo colaborativo entre universidad y campo clínico en la formación
- * Asignar población/territorio "a cargo" en la formación de las y los estudiantes.
- * Que los estudiantes puedan tener rotaciones en APS en distintos años de la carrera, para poder ir profundizando en el conocimiento del Modelo progresivamente, a medida que va aumentando el conocimiento de los alumnos.

- Como estudiante o docente, ¿Considera adecuada para la docencia, la infraestructura de los establecimientos de APS?

Sí	: 33.6%
No	: 52.8%
No responde	: 11.2%

Anexo 2. Encuesta de inscripción al seminario

SEMINARIO CURRÍCULUM ENFERMO

RESULTADOS ENCUESTA

Se aplicó una encuesta junto con el formulario de inscripción al seminario, la que fue respondida por un total de 195 personas. De estas hubo 9 que duplicaron su respuesta, 1 que la triplicó y una que la quintuplicó (sin modificarla). Además, hubo 2 que sólo respondieron 1 o 2 del total de preguntas y no pusieron su nombre por lo que se consideraron en blanco.

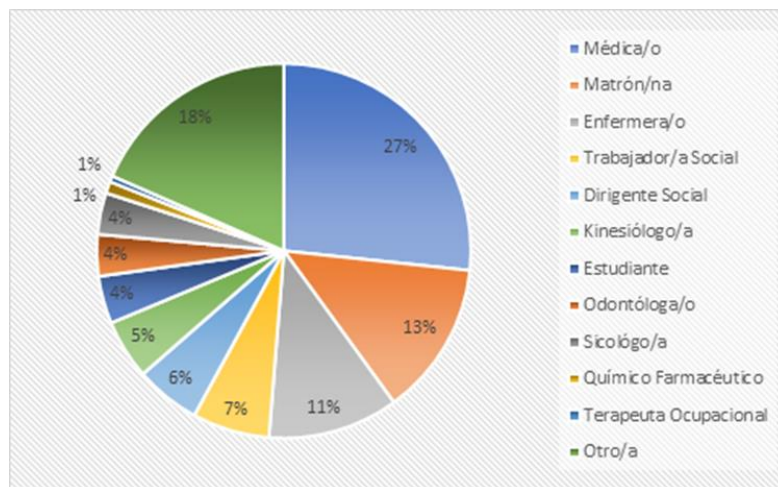
Respecto de las profesiones de los asistentes:

El detalle de todas las profesiones y su participación se presenta en la tabla y gráfico 1:

Tabla 1: Profesión de los asistentes al seminario

Profesión u ocupación	Número
Médica/o	52
Matrón/na	26
Enfermera/o	22
Trabajador/a Social	13
Dirigente Social	11
Kinesiólogo/a	10
Estudiante	8
Odontóloga/o	7
Sicólogo/a	7
Químico Farmacéutico	2
Terapeuta Ocupacional	1
Otro/a	36
Total	195

Gráfico 1: Profesión de los asistentes al seminario



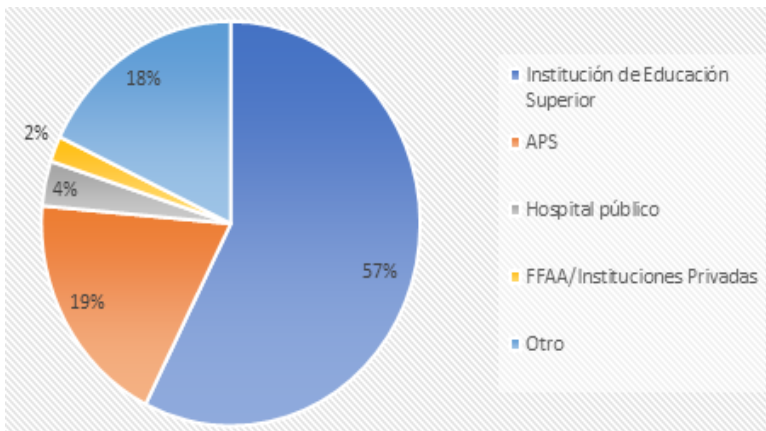
Universidades por el Territorio

En cuanto a la actividad desempeñada por los asistentes, se cuentan las siguientes, según lo indicado en la tabla y gráfico 2:

Tabla 2: Desempeño actual de los asistentes al seminario

Lugar de desempeño	Número
Institución de Educación Superior	112
APS	37
Hospital público	7
FFAA/Instituciones Privadas	4
Otro	35
Total	195

Gráfico 2: Desempeño actual de los asistentes al seminario



Del total, hubo 35 personas que indicaron Otro desempeño, no indicado en las posibles respuestas ofrecidas por la encuesta. Estos desempeños alternativos, se presentan en la Tabla 3.

Tabla 3: Si en la respuesta anterior marcó la opción otro, indicar el lugar donde se desempeña:

Otro lugar de desempeño	
ATE Nuxam	1
Casa de Salud Mapuche "Kume Felen"	1
Cesfam Dr. Mario Salcedo comuna El Bosque	1
Consulta	1
Consulta privada	1
Consultora e investigadora nacional e internacional en políticas públicas, género y salud	1
Consultora OPS	1
Corporación ONG Raíces	1
COSOC- SSMS	1
Departamento de Atención Primaria Servicio de Salud Atacama	1
Dirección Servicio de Salud	1
Dirección servicio salud Biobío	1
Docencia universitaria en salud	1
Dirigente social	1
Escuela Andaluza de Salud Pública	1
Fundación Henry Dunant América Latina	1
Gestión Administración de los Servicios de Salud del Estado Uruguay	1
Gestor de redes y centros de salud	1
Independiente	1
Junta de vecinos	1
Medicina Privada	1
Mutual ACHS	1
Nacional	1
ONG	1
Pastor Iglesia Evangélica Villa Huáscar	1
Presidente del CDLS CESFAM Raúl Cuevas	1
Privado	1
Red Salud Pedro de valdivia	1
Servicio de Salud Atacama	1
Servicio salud Biobío	1
SSVSA	1
Universidad	1
Universidad de Las Américas	2
(en blanco)	1
Total	35

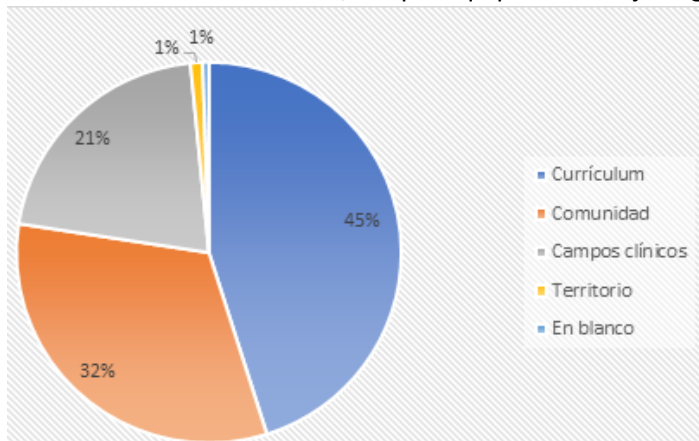
Hay que destacar, que hubo 3 respuestas que indican trabajar en Universidad, a pesar de que la encuesta considera la opción Institución de Educación Superior y 1 persona, dejó en blanco la respuesta, a pesar de haber indicado Otro desempeño en la pregunta anterior.

Respecto de la pregunta sobre en qué equipo de trabajo le gustaría participar, las respuestas se distribuyeron como sigue (tabla 4 y gráfico 3):

Tabla 4: En este seminario ¿En qué equipo de trabajo le gustaría participar?

Grupo de trabajo	Número
Currículum	88
Comunidad	63
Campos clínicos	41
Territorio	2
En blanco	1
Total	195

Gráfico 3: En este seminario, en qué equipo de trabajo le gustaría participar



Como se aprecia, casi la mitad (45%) refiere que prefiere trabajar en equipo de Currículum.

Esta encuesta se realizó con anterioridad a la ejecución del seminario y por eso se incluyó un consentimiento para grabar la sesión. El 96% de los asistentes estuvo de acuerdo y solo 2 personas manifestaron NO querer que se grabe. La tabla 5, muestra este resultado.

Tabla 5: Da su consentimiento para grabar la sesión plenaria del seminario:

Consentimiento	Número	Porcentaje
Si	188	96%
No	2	1%
(en blanco)	5	3%
Total	195	100%

Finalmente, se preguntó sobre la expectativa que tenían sobre el seminario y el por qué les interesaba participar. A continuación, una selección de las ideas expresadas.

- * Abordar los desafíos de construcción de una nueva relación comunidad APS y Universidades centrada en el desarrollo del territorio.
- * Actualización en formación profesional de la salud.
- * Análisis actual y proyección de la APS en un nuevo escenario social.
- * Analizar la situación de la Academia en los territorios de una manera amplia y generar una propuesta sólida aprovechando las condiciones propicias para cambios que se están generando en nuestro país.
- * Aportar a la innovación del currículo.
- * Aportar a la reflexión para los cambios que se necesitan para validar a la APS como campo formador.
- * Aportar a una educación transformadora que esté al servicio de las comunidades, con profesionales dedicados al cuidado y mantención de la salud por sobre la enfermedad, con énfasis en la atención primaria.
- * Apoyar el enfoque de crear un currículo en las escuelas de salud más humanitario y social con énfasis en la participación comunitaria directa de los estudiantes. Como también conocer otras experiencias en el tema.
- * Aprender nuevas estrategias de enseñanza aprendizaje sobre salutogénesis en el Currículum de la carrera.
- * Aprender para aportar a los vecinos.
- * Avanzar en la consideración de las APS como campo clínico, considerando las comunidades y territorios como espacios formativos.
- * Avanzar hacia una formación de profesionales con base en la realidad social y en la certeza de que la salud es un derecho cuyo garante debe ser el Estado y cuya producción requiere ser colectiva.
- * Ayudar a modificar/actualizar las mallas curriculares.
- * Colaborar en el diagnóstico de situación del Currículum de medicina a la luz de la nueva situación mundial, y buscar alternativas de progreso.
- * Compartir experiencias de vínculo entre universidades y comunidad en materias de salud comunitaria y APS.
- * Compartir experiencias educativas en carreras de odontología.
- * Compartir reflexiones respecto a los necesarios cambios en la enseñanza de las carreras de la salud poniendo la prevención, promoción y participación comunitaria en el centro a partir del rol de la APS y el derecho universal a la salud.

Universidades por el Territorio

- * Conocer diferentes perspectivas, problemáticas e ideas de soluciones ante la crisis en la educación médica.
- * Conocer las realidades de otras instituciones y cómo se aborda, en pandemia, el avance académico de los estudiantes.
- * Conocer más interesados por la salutogénesis.
- * Conocer nuevas experiencias sobre la influencia de la comunidad, la academia y la disponibilidad de campos clínicos en las ciencias de la salud.
- * Considero fundamental la educación y empoderamiento de la comunidad respecto a su salud individual y colectiva para lograr aquel concepto llamado salud.
- * Contribuir al diseño e implementación de un nuevo Modelo de Atención Médica desde el pregrado.
- * Espero que avancemos en propuestas concretas para cambios profundos en la enseñanza de pregrado de las profesiones de la salud.
- * Estandarizar programas y currículo con el fin de que los profesionales egresados salgan con un sello de alta calidad para los nuevos tiempos que enfrentamos, con el aporte de todos los académicos, unos con más experiencias por los años de trabajo como los jóvenes que muestra cómo ellos ven el presente, se puede lograr alguna estrategia para enfrentar esta nueva era, considerando que la pandemia ha marcado un antes y un después en todos los aspectos de la vida diaria, profesional, académica, social, técnica y tecnológica... Estamos enfrentando un mundo nuevo... Esta reunión nos permitirá ampliar nuestro horizonte. Conocer que se espera que se haga desde la docencia e investigación. Trabajo en docencia e investigación, y creo es necesario saber si estamos acorde a las necesidades. Mejorar el trabajo en mi área.
- * Homologación de criterios para una acción más efectiva.
- * Incidir para que las Universidades se acerquen a la base social y sus temáticas salgan solo del ámbito académico.
- * Intercambiar experiencia de formación integral en salud con énfasis en APS y trabajo comunitario.
- * La motivación última es transformar colectivamente la actual educación de carácter mercantil en las ciencias de la salud hacia una que se ajuste a las necesidades sociales, ecológicas, políticas y culturales de los diversos territorios del país.
- * La necesidad de formar profesionales activos y enfocados en la promoción y prevención de la salud.
- * Lograr sumar a más actores a la lucha para lograr un sistema único de salud, con más participación social vinculante, que el derecho sea consagrado en la constitución.
- * Manejo adecuado infanto juvenil por la familia. Higiene de sueño etc.
- * Me interesa contribuir a la actualización curricular de las carreras de la Salud.
- * Me interesa participar en la discusión propuesta.
- * Me motiva participar puesto que me parece importante incorporar en los Currículum de las carreras la importancia de la salud familiar, comunitaria y colectiva, como episteme y estrategia de la comprensión de la salud desde los derechos humanos.
- * Mi participación es para entender la forma de trabajar de la APS el x que tanta violencia entre usuarios y funcionarios.

Universidades por el Territorio

- * Mis motivaciones para participar son la necesidad de replantearse la formación actual de los profesionales de la salud en nuestro país, ya que ante la crisis sanitaria que se está viviendo, desde antes de la pandemia, debido a las falencias de nuestro sistema de salud, se necesitan profesionales que con una formación que responda a las necesidades de la población.
- * Orientar la formación en ciencias de la salud hacia la interprofesional y la interdisciplinaria, logrando desde el currículo formar equipos de salud.
- * Revisar currículum en áreas humanistas, sociales y económicas para abordar mejor los Determinantes Sociales de la Salud, así como el aporte comunitario a la salud.
- * Tener más conocimiento y herramientas para mejorar el trabajo con la comunidad.
- * Tener mayor cobertura del funcionamiento y organización de la APS para orientar a los usuarios de la Salud Primaria. Tener más conocimiento del funcionamiento del CESFAM para orientar a los usuarios de la Atención Primaria.
- * Tener una mirada más amplia de lo que se conoce por Currículum, y por qué este se encuentra enfermo.
- * Una propuesta de futuro.
- * Una salud para todos.

Anexo 3. Experiencias Exitosas en la Formación de Ciencias de la Salud con Pertinencia Social

1ª Experiencia:

Nombre de la Experiencia:	SALUD Y SOCIEDAD I y II
Facultad:	MEDICINA
Carreras involucradas:	MEDICINA
Instituciones, Organizaciones y actores Participantes:	<ul style="list-style-type: none"> ● La propia Universidad de Valparaíso en su Campus San Felipe. ● Escuelas de Enseñanza Básica de la comuna de San Felipe. ● Jardines Infantiles dependientes de JUNJI e INTEGRAL de la comuna San Felipe, Putaendo y Santa María. ● Organizaciones territoriales, agrupaciones diversas. ● CESFAM San Felipe El Real, Segismundo Iturra de la comuna San Felipe, Valle los Libertadores de Putaendo, Dr. Jorge Ahumada de la comuna Santa María.
Objetivos de la Experiencia:	<p>Habilitar al estudiante para que comprenda el proceso salud-enfermedad en un contexto social, histórico, epidemiológico, ecológico, de género y cultural, logrando que describa una situación de salud de una población determinada.</p> <p>Profundizar en la relación entre Salud y Sociedad y los principios de la Salud Pública, a través de la vivencia de una intervención en salud comunitaria, sustentada en el enfoque de la Promoción de la Salud.</p>
Breve descripción de su desarrollo:	<p>Los estudiantes de 1º año de medicina desarrollan aprendizaje mediante metodologías participativas en ámbitos conceptuales de Salud, Salud Pública, Determinantes y Determinación Social de la Salud. A su vez que se les prepara para intervención comunitaria en salud mediante la metodología de Diagnóstico Participativo de Salud, con la utilización de técnicas e instrumentos de recolección de información, análisis documental y de participación comunitaria. Se les asigna una institución, agrupación, que para estos efectos se denomina comunidad, a grupos conformados por 5 estudiantes, quienes toman contacto con los agentes claves para hacer el vínculo y posterior proceso de diagnóstico.</p> <p>Los estudiantes de 2do año de medicina, Acompañan a la “comunidad” que realizó diagnóstico participativo en primer año, realizan un proceso de priorización de los problemas encontrados y en conjunto deciden el o los problemas a abordar en una experiencia de intervención comunitaria con eje en la educación para la salud, de fortalecimiento de proceso y gestión participativa, incluyendo la Intersectorialidad en la búsqueda de soluciones. Paralelamente en aula analizan, discuten problemáticas sociales relacionadas con salud colectiva, mediante clases magistrales y Conversatorios con invitados expertos.</p>

<p>Prácticas innovadoras implementadas:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Los estudiantes en primer año realizan un proceso de Diagnóstico participativo en un grupo cerrado o territorio que para efectos se le denomina comunidad. Culminan con un Informe Diagnóstico Participativo escrito y un póster que presentan a la comunidad y en algunos casos al equipo local de salud del territorio correspondiente. ● En segundo año mediante un proceso de priorización participativo seleccionan el o los problemas a abordar, generando un Programa de intervención con actividades educativas, de participación e Intersectorialidad para respuesta al o los problemas seleccionados.
<p>Competencias a las que tributa:</p>	<p>COMPETENCIA GENÉRICA SELLO UV N°2:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Colabora en equipos multidisciplinarios asumiendo diversos roles, liderando tareas y soluciones en entornos complejos en pos de un objetivo común. <p>COMPETENCIA GENÉRICA SELLO UV N°3:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Actúa en forma ética, demostrando un comportamiento inclusivo y con responsabilidad ciudadana, desde un enfoque de género y derechos humanos, respetuoso de la diversidad, para un desempeño profesional de excelencia que considera el impacto sociocultural, económico y medioambiental. <p>Competencia de Licenciatura:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Comprende en su contexto al ser humano multidimensional, para identificar los determinantes biopsicosociales y espirituales que determinan el proceso salud – enfermedad – atención. <p>Competencias Primer Nivel de Dominio:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Identifica los principios básicos del cuidado integral de la salud de las personas y de la población, en tanto sujetos de derecho, a lo largo de su ciclo vital individual y familiar, considerando el contexto social, cultural y espiritual, desde la perspectiva de una medicina humanizada. ● Identifica los aspectos sociales y valóricos del paciente, y el uso racional de los recursos, en el contexto del problema de salud.
<p>Principales resultados:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Promueve el cuidado integral de la salud de las personas y de la población, en tanto sujetos de derecho, a lo largo de su ciclo vital individual y familiar, considerando el contexto social cultural y espiritual, desde la perspectiva de una medicina humanizada. ● Integra la experiencia clínica con el uso racional de los recursos y la evidencia disponible, de acuerdo con los valores y preferencias del paciente para solucionar su problema de salud.
<p>Evidencias de la experiencia (enlaces web, fotografías):</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Informes Diagnóstico diferentes años. ● Póster diferentes años.

2ª Experiencia:

Nombre de la Experiencia:	MIIM Módulos Integrados Interdisciplinarios Multiprofesionales
Facultad:	Medicina Universidad de Chile
Carreras involucradas y años en que se aplica la experiencia:	<ul style="list-style-type: none"> ● Enfermería ● Fonoaudiología ● Kinesiología ● Medicina ● Obstetricia ● Tecnología Médica ● Terapia Ocupacional ● Nutrición ● Periodismo
Instituciones, Organizaciones y actores Participantes:	Dirigentes sociales, ECOSS de Barrio.
Objetivos de la Experiencia:	Favorecer la interacción y participación de los estudiantes en equipos multidisciplinarios y multiprofesionales involucrados en el desarrollo de proyectos o programas de salud, orientados a construir respuestas o participar en acciones asociadas a las mismas que satisfagan las necesidades de salud, con un enfoque de atención integral, familiar y comunitario, movilizando y potenciando competencias de los dominios disciplinar, de gestión y educación de la profesión y genérico-transversales.
Breve descripción de su desarrollo:	El curso se desarrolla con un período inicial de inducción a estudiantes respecto a temáticas relevantes asociadas al curso y se desarrolla en trabajo tutorial, con la guía de un tutor que en conjunto con un dirigente social facilitarán a los estudiantes el logro de aprendizajes asociados a cada MIIM en los territorios y comunidades con las que trabajamos.
Prácticas innovadoras implementadas:	<ul style="list-style-type: none"> ● Intervenciones en ferias libres ● Educación a grupos en organizaciones sociales ● Participación en medios de comunicación local ● Actividades de educación a través de medios digitales.
Competencias a las que tributa:	Transversales asociadas a educación, comunicación, ética social, participación comunitaria, etc.

<p>Principales resultados:</p>	<p>Los estudiantes indagaron en sus saberes previos, asociados a ámbitos disciplinares y experienciales, enfrentaron contextos situacionales que constituyeron una oportunidad para aplicar dichos saberes en el ámbito de la educación comunitaria. La experiencia otorgó dinamismo y adquisición de habilidades para trabajo en equipo, valorando el aporte de los diversos roles profesionales y comunitarios para afrontar una problemática con características transferibles a su futuro desempeño profesional, a su vez planteó nuevos desafíos relacionados al desempeño en el territorio: accesibilidad, coordinación con Líderes comunitarios, experiencia docente en trabajo comunitario y acompañamiento.</p> <p>La implementación de un curso de integración multiprofesional colaborativo en la comunidad permite valorar la integración de saberes desde las diferentes disciplinas, requiere de un estrecho acompañamiento docente y logística adecuada para implementar esta innovación.</p> <p>Los estudiantes valoran la posibilidad de conocer el territorio comunitario, nuevas experiencias que los llevan vivenciar en un espacio real, los desafíos de la educación y su interacción con los Líderes comunitarios.</p> <p>La colaboración entre pares se constituye en un elemento central para el logro de las metas que plantea la interacción con la comunidad, y la generación de nuevos aprendizajes.</p>
<p>Evidencias de la experiencia (enlaces web, fotografías):</p>	<p>Fotografías tomadas durante experiencia MIIM2: formacioncomun.med.uchile.cl/listado_miim.htm</p> <p>Programa MIIM. Unidad de Formación Común. Dirección de Pregrado. Facultad de Medicina. Universidad de Chile</p> 







Artículos relacionados a experiencia MIIM:

- Castillo-Parra S, Oyarzo Torres S, Espinoza Barrios M, Rojas-Serey AM, Maya JD, Sabaj Diez V, Aliaga Castillo V, Castillo Niño M, Romero Romero L, Foster J, Hawes Barrios G. The implementation of multiple interprofessional integrated modules by health sciences faculty in Chile. J Interprof Care. 2017 Nov;31(6):777-780. doi: 10.1080/13561820.2017.1345872. Epub 2017 Sep 18. PMID: 28922024.

<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13561820.2017.1345872?tab=permissions&scroll=top>

- **Libro:** Salud popular desde la mirada de líderes comunitarios: visiones y experiencias (2020) <https://libros.uchile.cl/1088>

Autores/as Mario Aedo Tapia , Camila Barrios Troncoso , Álvaro Besoain-Saldaña, Ciro Erba Coloma , Cecilia González Ruiz , Raúl Martínez Sepúlveda, Vinka Martínez Escobar, Ana María Moretti García, Carla Muñoz Ñancupil, Jame Rebolledo Sanhueza, Mitalia Sepúlveda Rojas, Yolanda Ureta Maldonado. Universidad de Chile

- **Capítulo en el libro:** Relatos desde la experiencia del Diseño y reformulación de cursos de pregrado que involucran dirigentes sociales: La experiencia de MIIM 2. PROFESORAS ASOCIADAS Sandra Oyarzo Torres Mónica Espinoza Barrios Departamento de Educación en Ciencias de la Salud Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Universidades por el Territorio

Datos de Contacto:	<p>Profesora Asociada. Mónica Espinoza Barrios.</p> <p>Coordinadora Unidad de Formación Común/ Dirección de Pregrado</p> <p>Académica Departamento de Educación en Ciencias de la Salud. Facultad de Medicina. Universidad de Chile.</p> <p>mespinoza@uchile.cl</p> <p>Profesora Asociada. Sandra Oyarzo Torres.</p> <p>Coordinadora Programa MIIM/ Unidad de Formación Común/Dirección de Pregrado.</p> <p>Académica Departamento de Educación en Ciencias de la Salud. Facultad de Medicina. Universidad de Chile.</p> <p>soyarzo@uchile.cl</p>
---------------------------	---

3ª Experiencia:


Nombre de la Experiencia:	Escuelas de Construcción de Soberanía en Salud en los Barrios (ECOSS Barrio)
Facultad:	Medicina Universidad de Chile
Instituciones, Organizaciones y actores Participantes:	Académicos de la Universidad de Chile, O'Higgins, Valparaíso, organizaciones comunitarias, Organizaciones gremiales, organizaciones estudiantiles
Propósito	Contribuir, al desarrollo de capacidades en las comunidades, aprendiendo todos los participantes mutuamente en un trabajo continuo para avanzar hacia la soberanía en Salud es decir llegar a tener comunidades que libremente decidan sobre su salud y generen acciones para enfrentar los problemas que les afectan.
Objetivos de la Experiencia:	<p>Generar espacios de aprendizaje, formación y reflexión con organizaciones sociales, instituciones de educación superior, establecimientos de salud y otros actores relevantes, que promuevan el fortalecimiento de la salud pública y el desarrollo de las comunidades, con participación activa de dirigentes sociales en salud.</p> <p>Desarrollar investigación-acción social en salud, generando conocimiento que aporte al fortalecimiento de la salud pública, al desarrollo de políticas que aseguren el derecho a la salud y el desarrollo de las comunidades</p> <p>Establecer redes de trabajo conjunto con organizaciones de la sociedad civil, instituciones de educación, gremios de trabajadores y otros actores territoriales vinculados a la salud.</p>
Breve descripción de su desarrollo:	ECOSS de Barrio surgió a partir del trabajo con dirigentes sociales Asignatura MIIM2. Se decide ampliar y profundizar el trabajo con los dirigentes con el fin de contribuir al desarrollo de los líderes, así como al traspaso de experiencias y generación de conocimientos en conjunto entre la academia y el mundo social. Así surgen las Escuelas de Soberanía en Salud que se transformó en una plataforma de discusión entre el mundo académico, el mundo social, gremial y estudiantil en relación a los problemas de salud de las comunidades. Se establecieron tres líneas de trabajo: 1) Formación de líderes 2) Acción comunitaria en Salud y 3) Investigación para la acción comunitaria en salud.
Prácticas innovadoras implementadas:	<ul style="list-style-type: none"> ● Escuela de formación de Líderes en Salud ● Conversatorios temáticos ● Comunicación y Difusión en redes sociales ● apoyo en campañas solidarias de la Facultad

Universidades por el Territorio

	<ul style="list-style-type: none">● Mesa de trabajo permanente. Discute temas contingentes. Planifica, ejecuta y acciones● Manual “Salud popular desde la mirada de líderes comunitarios”● Participación en la Asignatura MIIM (Módulo de Integración Interdisciplinario y Multiprofesional)● Guía “Consejos para cuidar la salud de las personas que realizan labores de traslado, manipulación y preparación de alimentos en ollas comunes o centros comunitarios”.
Evidencias de la experiencia (enlaces web, fotografías):	<p>https://www.facebook.com/ECOSSdeBarrio/</p> <p>http://www.saludpublica.uchile.cl/noticias/142016/escuela-de-salud-publica-se-integra-a-los-coloquios-comunidad-y-salud</p> <p>https://www.instagram.com/ecossdebarrio/</p> <p>https://twitter.com/ecossdebarrio</p> <p>https://confusam.cl/?p=3495</p> <p>https://www.angolinos.cl/2020/08/universidad-de-chile-lanza-guia-para-preservar-la-salud-en-traslado-y-manipulacion-de-alimentos-de-ollas-comunes/</p> <p>https://tantaku.cl/salud-popular-desde-la-mirada-de-lideres-comunitarios-visiones-y-experiencias-2020/</p>

4ª Experiencia:

Nombre de la Experiencia:	Asignatura Salud Pública y Promoción de la Salud
Facultad:	Medicina Universidad de Concepción
Instituciones, Organizaciones y actores Participantes:	Universidad de Concepción, CESFAM de las comunas de Concepción, Chiguayante, Hualpén, Talcahuano.
Propósito	Integrar a estudiantes de primer año de medicina a organizaciones territoriales vinculadas a la red de APS.
Objetivos de la Experiencia:	<ul style="list-style-type: none"> ● Fomentar la salud de la población, promoviendo el autocuidado, la adopción de estilos de vida saludables y el empoderamiento en salud de los individuos, familias y comunidades, durante todo su ciclo vital. ● Planificar programas educativos participativos destinados al equipo de salud para mejorar la resolución de problemas de salud. ● Gestionar en red estrategias de seguimiento de los pacientes. ● Coordinar la rehabilitación de los pacientes, familias y comunidades. ● Gestionar recursos propios, del equipo y la red en la resolución de problemas de salud en la población con responsabilidad social.
Breve descripción de su desarrollo:	En el año 2017, se realiza una innovación a la malla curricular de la carrera de medicina y entre uno de los principales cambios es la integración de la asignatura de promoción de la salud en primer año de medicina, con una organización de campos clínicos de APS. Se identifica a los referentes de promoción de la salud de la red de APS y a los principales actores comunitarios de cada territorio. Se organizan grupos de aprendizaje entre los estudiantes identificando sus territorios de origen a fin de cultivar fiato, motivación y generación de vínculos. Se implementa la asignatura entorno a las etapas de la planificación sanitaria, pero con base en Investigación Acción Participativa.
Prácticas innovadoras implementadas:	<ul style="list-style-type: none"> ● Actividades en comunidad para generar reconocimiento del territorio, diagnóstico y planificación participativa de acciones de promoción de la salud. ● Se logran los resultados de aprendizaje a través de técnicas participativas. ● Anualmente se realiza una feria abierta a la comunidad con los resultados del accionar en las comunidades en Promoción de la Salud. ● En pandemia el modelo fue implementado hacia las familias de los estudiantes, evaluando estilos de vida, implementando acciones de promoción de la salud.
Competencias a las que tributa:	<ul style="list-style-type: none"> ● Comprender la salud biopsicosocial, y los enfoques del Modelo de Atención Integral de Salud. ● Describir la Situación de Salud y Determinantes de la salud de la población chilena y local.

	<ul style="list-style-type: none">● Analizar los estilos de vida de un territorio en su génesis, consecuencias y en sus posibilidades de fortalecimiento y cambio.● Implementar modos de promover la salud en función de actores, sentidos, objetivos, sentido y metodologías.● Ser participe en desarrollos locales en materia de fomento y promoción de la salud.● Valorar la importancia del desarrollo de las macro-competencias del modelo UdeC en el rol del médico como educador.● Valorar el aporte del sector Público al cuidado de la salud de las personas y comunidades.
<p>Evidencias de la experiencia (enlaces web, foto grafías):</p>	<p>Facebook UDEC PROMOCIÓN DE LA SALUD</p> <p>En pandemia presentes, incorporando nuevas herramientas de aprendizaje y en trabajo directo en los CESFAM</p>  

Activamente en acciones transformadoras y participativas en el territorio.-



Formación y Territorio
en una misma danza
colectiva a favor de la
salud.



Datos de contacto:

basepulveda@udec.cl

+56962388716

Profesora Bárbara Sepúlveda Bustamante
Responsable de asignatura

Pero, ¿Cómo seleccionar la información, los problemas y los significados pertinentes? Sin duda, desvelando el contexto, lo global, lo multidimensional y la interacción compleja. *Los Siete Saberes de Edgar Morin. (9)*