

**ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA EN ECUADOR. DOCENTES CUBANOS PARTICIPANDO EN SU DISEÑO Y EJECUCIÓN.
SPECIALTY OF FAMILY AND COMMUNITY MEDICINE IN ECUADOR. CUBAN TEACHERS PARTICIPATING IN ITS DESIGN AND EXECUTION.**

Autores:

MSc Dra. Martha Ortiz García, dramortiz2000@yahoo.es; mortiz@infomed.sld.cu
Misión Médica Cubana en Ecuador, Cargo Asesora Docente, Profesor Auxiliar y Consultante de Pediatría, Master en Educación Médica

MSc Dr. Jorge Jiménez Armada, jjarmada@hotmail.com, Misión Médica Cubana en Ecuador, Cargo Jefe de Misión, Profesor Auxiliar, Master en Educación Superior

DrC Carlos Gafas González, carlos.gafas@yahoo.es Misión Médica Cubana en Ecuador, Secretario Docente, Profesor Titular, Doctor en Ciencias de la Salud

Resumen:

La atención primaria de salud es la principal estrategia para lograr salud para todos y para el acceso a servicios de salud de calidad, es imprescindible la voluntad política de los gobiernos y sus sistemas de salud. Esto lleva implícito la formación del recurso humano que garantice la atención. En la República del Ecuador, el Ministerio de Salud Pública, en el marco del Plan Nacional del Buen Vivir, diseña la estrategia de construcción de los Distritos Integrales de Salud a fin de que se implemente el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural. En este proyecto se inserta el programa de formación del especialista de Medicina Familiar y Comunitaria que desarrollan 8 universidades ecuatorianas y la Misión Médica Cubana como parte de un convenio entre los Ministerios de Salud de ambos países. Los territorios de la cooperación contarán además de los integrantes de los Equipos de Atención Integral de Salud y las especialidades de los Grupos Básicos de Trabajo, otras especialidades de salud. Se expone cómo se desarrolló el diseño del programa el cual se ejecutará fundamentalmente en los servicios del primer nivel de atención así como la selección de los postulantes al posgrado. La Misión Médica Cubana está profundamente comprometida con la formación del especialista que demanda la población ecuatoriana y su sistema de salud.

Palabras clave: Especialidad Medicina Familiar y Comunitaria. Formación para la APS.

Summary:

The primary health care is the main strategy to achieve health for all and access to quality health services, it is essential to the political will of governments and health systems. This implies the formation of human resources to ensure adequate care. In the Republic of Ecuador, the Ministry of Public Health, under the National Plan for Good Living, designed the building strategy Comprehensive Health Districts so that it implements the Model Comprehensive Health Care family, community and intercultural. This project is part of the specialist training program of Family and Community Medicine to develop eight Ecuadorian universities and the Cuban Medical Mission as part of an agreement between the Ministries of Health in both countries. The areas of cooperation will in addition to the members of the Teams of Comprehensive Health Care and the specialties of the basic working groups, other health specialties. It discusses how they developed the design of the program which will run primarily in the services of primary care and the selection of candidates to graduate. The Cuban Medical Mission is deeply

committed to training specialist who demand the Ecuadorian population and its health system.

Keywords: Specialty of Family and Community Medicine. Training for PHC.

Introducción:

La atención primaria de salud es la principal estrategia para lograr salud para todos, lo que no podría lograrse si no contamos con recursos humanos de calidad en el sector y con las competencias necesarias que nos permitan alcanzar ese propósito. (Organización Panamericana de la Salud. Serie APS renovada n° 2, 2008).

En la Agenda de Salud para las Américas (Organización Panamericana de la Salud, 2007), formulada y aprobada por todos los Ministros de Salud de las Américas, se estableció el compromiso entre todos los países de la Región para dar respuesta, en la década del 2008 al 2017, a las necesidades de salud de la población. Esta agenda plantea diez áreas de acción entre las que se encuentra el acceso a servicios de salud de calidad, para lo cual es imprescindible la voluntad política de los gobiernos y sus sistemas de salud.

De igual forma, la formación del talento humano para la atención primaria de salud, no se logra si no existe un cambio en los escenarios de formación y el necesario compromiso entre las universidades y los propios servicios de salud a través de sus gobiernos locales y nacionales.

El gobierno del Ecuador, en el marco de los mandatos constitucionales y el Plan Nacional del Buen Vivir, impulsa el proceso de Reforma Democrática del Estado con el objetivo de lograr mayor eficiencia, equidad y articulación de las entidades públicas a nivel territorial que permita mejorar la prestación de los servicios públicos, acercar el Estado a la ciudadanía y potenciar las intervenciones intersectoriales en el territorio en función del logro del Buen Vivir. (Constitución del Ecuador, 2008) (República del Ecuador, SENPLADES, 2009).

Teniendo en cuenta que uno de los servicios públicos priorizados es la salud, se diseña la estrategia de construcción de los Distritos Integrales de Salud (DIS) como parte de la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) que comprende tanto la red pública de servicios de salud como la complementaria. (Órgano del Gobierno del Ecuador, 2010).

El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural, es el conjunto de políticas, estrategias, lineamientos y herramientas que al complementarse, organiza el Sistema Nacional de Salud para responder a las necesidades de salud de las personas, las familias y la comunidad, permitiendo la integralidad en los tres niveles de atención en la red de salud. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2012)

El Propósito del MAIS-FCI es: “Orientar el accionar integrado de los actores del Sistema Nacional de Salud hacia la garantía de los derechos en salud y el cumplimiento de las metas del Plan Nacional de Desarrollo para el Buen Vivir al mejorar las condiciones de vida y salud de la población ecuatoriana a través de la implementación del Modelo Integral de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) bajo los principios de la Estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada, y transformar el enfoque médico biológico, hacia un enfoque integral en salud centrado en el cuidado y recuperación de la salud individual, familiar, comunitaria como un derecho humano”. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2013)

Tiene además como Objetivo: “Integrar y consolidar la estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada (APS-R) en los tres niveles de atención, reorientando los servicios de salud hacia la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, fortalecer el proceso de la recuperación, rehabilitación de la salud y cuidados paliativos para brindar una atención integral, de calidad y de profundo respeto a las personas en su diversidad y su entorno, con énfasis en la participación organizada de los sujetos sociales”. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2013)

La organización territorial de la red pública y complementaria de salud se estructura en zonas, distritos y circuitos geográficos lo cual posibilita asignar responsabilidades específicas, identificar y solucionar problemas de salud en la población en un espacio y una población definida.

El primer nivel de atención se ubica en los Distritos de Salud y es el centro de la red y la puerta de entrada obligatoria al sistema que, por su contacto directo con la comunidad, debe cubrir a toda la población. Este nivel debe resolver las necesidades básicas y/o más frecuentes del proceso salud-enfermedad de la comunidad. De esta forma los servicios darán atención integral dirigida al individuo, la familia y la comunidad, enfatizando en la promoción y prevención.

Para iniciar esta estrategia de los Distritos Integrales de Salud, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP) ha determinado realizar la intervención en determinados territorios teniendo en cuenta la representación de la diversidad del país, su población, el potencial impacto social y factibilidad técnica y política, y que permitan validar la estrategia, de manera que pueda ser aplicada a nivel nacional y contribuir a la consolidación de los distritos del Buen Vivir.

Inicialmente fueron seleccionados los distritos de Colta-Guamote en la provincia de Chimborazo, Tena-Archidona-Arosema Tola en la de Napo y Monte Sinaí en la provincia de Guayas y posteriormente el distrito Pascuales, también en esta última provincia y las de de Cotopaxi y Tungurahua.

En estas zonas se inserta la cooperación cubana como parte de un convenio entre los ministerios de Salud Pública de las Repúblicas de Cuba y el Ecuador, para apoyar la implementación del MAIS y la formación de recursos humanos, contribuyendo así a la formación de los profesionales ecuatorianos en la asistencia médica, docencia, gestión, administración e investigación en salud y sustentados en la ley orgánica de Educación Superior de la República del Ecuador (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, MAIS-FCI 2012 y 2013; Órgano del Gobierno del Ecuador, 2010.).

Para fortalecer la calidad del talento humano que laborará en la atención primaria de salud, se diseñan dos programas de formación: la de Técnicos en Atención Primaria de Salud (TAPS) y la de especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria (MFC), aunque participamos en los dos, el trabajo se refiere a este último.

El programa de posgrado de Medicina Familiar en el Ecuador tiene sus antecedentes:

- 1987 comienza la formación de especialistas en medicina familiar con la implementación del primer programa universitario de Especialidad en Medicina Familiar.
- 1988 Fundación de la Sociedad Ecuatoriana de Medicina Familiar.
- Más de dos centenares de médicos de familia formados en el país y muchos más formados en el exterior.

Actualmente el Programa de esta especialidad es de prioridad y alcance nacional, que en convenio con el Ministerio de Salud Pública, es implementado por las Universidades

que han participado en programas de formación de médicos familiares o universidades en cuyos territorios se decidió el desarrollo del Distrito Integral de Salud. Todas las instituciones de educación superior que participan, son de categoría A.

Se trata entonces de un programa paradigmático e histórico, con una malla curricular única, que permitirá apuntalar el Modelo de Atención Integral de Salud en el sistema público de salud en busca del Buen Vivir y que tiene su anclaje programático en la Constitución de la República del Ecuador, el Plan Nacional para el Buen Vivir y en la Agenda del Sector Social. (Constitución del Ecuador, 2008; Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, 2009)

Objetivo:

Exponer la participación de la Misión Médica Cubana en el programa de Medicina Familiar y Comunitaria en el Ecuador

Metodología:

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal de las actividades desarrolladas por la Misión Médica Cubana en el programa de Medicina Familiar y Comunitaria en el Ecuador desde febrero 2012 a marzo de 2013.

Desarrollo:

El Distrito Integral de Salud es un subconjunto del Sistema Nacional de Salud de la República del Ecuador que permite el primer contacto con los servicios de salud y puerta de entrada al sistema, y una forma pertinente de acercar los servicios de salud a la población, desplazando la concepción de la atención secundarista y curativa, la práctica en hospitales de segundo nivel y de especialidades, por un servicio de calidad en el primer de atención. De esta forma pueden ser atendidas la mayor parte de las necesidades de salud de la población en instituciones que cuenten con la infraestructura, el equipamiento y el recurso humano que demanda el sistema. Su accionar debe centrarse en la promoción y la prevención. (Organización Panamericana de la Salud. Serie APS renovada n° 1, 2008).

El objetivo de integrar y consolidar la estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada, como parte integral del desarrollo del sistema de salud, permite que el sistema no atienda solamente los problemas de salud del individuo, sino que la familia y la comunidad son consideradas también en la planificación y las intervenciones de salud, de manera integral, con enfoque intercultural, con énfasis en la promoción y prevención y con la representación intersectorial, ya que conservarla y recuperarla, no es exclusivamente del accionar del sistema sanitario. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, MAIS-FCI 2012 y 2013)

Entre los elementos esenciales de un sistema de salud basado en APS y a los que se le debe prestar especial atención, es al desarrollo de los recursos humanos, quienes deben poseer las competencias para que se desempeñen con la calidad necesaria dentro del equipo de salud y sean verdaderos agentes transformadores de la salud de sus comunidades. (Organización Panamericana de la Salud, 2007)

La cooperación médica cubana en Ecuador viene trabajando en el diseño del programa de Medicina Familiar y Comunitaria conjuntamente con 8 universidades ecuatorianas que han participado en programas de formación de médicos familiares, o universidades en cuyos territorios se decidió el desarrollo del distrito integral de salud. Fueron convocadas estas universidades ya que el proceso de formación debe tener un ámbito nacional y masivo, de manera que puedan formarse a partir del inicio del posgrado, 1000 médicos familiares en todo el país.

Para el diseño del programa se realizaron diferentes talleres con una amplia participación y toma de decisiones de forma consensuada entre todos los participantes. Las principales actividades en las que participó la cooperación cubana fueron las siguientes:

I Taller MFC:

En el mismo participaron autoridades del Ministerio de Salud Pública (MSP) del Ecuador, varias universidades y la Sociedad de Medicina Familiar, quedando establecido que el parámetro de referencia para la formación de especialistas de Medicina Familiar y Comunitaria, es el MAIS-FCI.

En este taller se realizó un análisis de la experiencia en posgrados en Medicina Familiar y el llenado de una matriz con las características, realidades, fortalezas y debilidades del posgrado. Dentro de las características las Promociones, Número de egresados, Perfil del egresado (fortalezas y debilidades, donde trabajan), Enfoque de formación (Clínico, hospitalario, psicosocial, comunitario, etc.), Metodología de formación (tradicional, Aprendizaje Basado en Problemas (ABP), en comunidad, en hospital, a distancia, semipresencial, etc.), Tiempo de formación y Proceso de formación (ingreso, rotaciones, graduación. Los representantes de la Misión Médica Cubana expusieron los resultados de la formación de médicos generales en el Proyecto ELAM que ha graduado a más de 250 jóvenes ecuatorianos.

II taller MFC:

Este taller tuvo como objetivo consensuar el macro y meso currículo para la especialidad a través de una metodología participativa con grupos de trabajo y retroalimentación en plenaria y se definieron los ejes diacrónicos y sincrónicos.

La elaboración del macro y meso currículos tuvo como premisas que el currículo debe responder a la realidad epidemiológica del país y de la comunidad; tener enfoque de género y respetar la cultura y el entorno. Para su construcción se realizó la revisión del perfil profesional del Médico Familiar aprobado por el Ministerio de Relaciones Laborales al que se le hicieron sugerencias pero que no pudieron ser tomadas en cuenta ya que estaba aprobado. Fueron además revisadas las mallas curriculares existentes como prerrequisito para la construcción curricular y los perfiles epidemiológicos del país y de las áreas de influencia.

A punto de partida del perfil profesional y para transitar desde este hacia el meso y minicurrículo, fueron acordadas como decisiones primarias:

- Años de duración de la especialidad: mínimo 3 años.
- Curso propedéutico: Aspecto ampliamente debatido. Se consideró poco factible teniendo en cuenta la necesidad de comenzar el programa de la especialidad en un tiempo breve. Las deficiencias deben corregirse con un tratamiento individualizado a cada residente durante el proceso.
- Existencia de compromiso de atención: debe existir un compromiso institucional, que responda a una política pública, fomentar la adscripción territorial que permita la sostenibilidad y desarrollar centros docentes ambulatorios que permitan ejecutar con calidad el posgrado.
- Criterios para la organización de las unidades curriculares: Por asignaturas

Teniendo en cuenta que el programa tiene un Enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural, características del MAIS-FCI, se realizó las conceptualizaciones de estos términos.

También durante el taller fueron consensuados el Objetivo general y los Objetivos específicos del programa, el Perfil de ingreso del estudiante, los Requisitos de ingreso, el Perfil de egreso y los Requisitos de graduación, ellos son:

- Haber aprobado todos los niveles del Programa
- Cumplir con los requisitos de la Universidad.
- Trabajo de Investigación final aprobado

Es importante destacar que el objetivo general de este programa es “Formar médicos especialistas que contribuyan a la transformación de la realidad de la salud local y del país, al brindar atención de salud integral al individuo, familia y comunidad, utilizando la estrategia de atención primaria de la salud, con enfoque familiar, comunitario e intercultural”.

Entre los requisitos del ingreso se conviene, que el aspirante debe trabajar para el MSP, ya que los médicos en formación tienen la condición de becados, lo cual constituye un incentivo para la incorporación a la especialidad.

Fueron definidos los ejes de formación:

Ejes curriculares diacrónicos.

- Formación Integral:** Relacionada con aspectos epistemológicos, filosóficos, de investigación y posicionamiento crítico, que permitan enfrentar los problemas del individuo, la familia y la comunidad con un enfoque biopsicosocial y ecológico, con énfasis en la priorización de las esferas.
- Salud Familiar y Comunitaria:** Se relaciona con los principios conceptuales de la disciplina y sus instrumentos, en el contexto de la Atención Primaria de Salud como estrategia base del MAIS.
- Profesional: Medicina Familiar y Comunitaria:** Se corresponde con las competencias necesarias para el ejercicio profesional.
- Investigación, Docencia, Gestión y Servicio:** Contribuye con competencias para la transformación de la realidad de la salud.

Ejes curriculares sincrónicos:

1. **Introducción a la Comunidad**
2. **Familia en formación y familia que espera**
3. **Familia con niños y adolescentes**
4. **Familia con adultos jóvenes**
5. **Familia con adultos medianos y maduros**
6. **Familia con adultos mayores**

III Taller MFC:

Durante este taller se realizaron:

- Las propuestas de contenidos mínimos en las asignaturas.
- Datos de las zonas donde pueden las universidades realizar el posgrado y cuál sería la capacidad de posgradistas.
- Se brindó información acerca de los convenios entre las universidades y el MSP.
- Metodología a emplear en el proceso formativo:
 1. ABP (Aprendizaje Basado en Problemas) Teoría 4 días/mes para docencia.

2. Educación en el trabajo: Tutoría en el Servicio y en la Comunidad. (una vez por semana como mínimo).
3. Instrucción 20-30 % del tiempo:
 - a. Rotaciones en Hospital en las 4 especialidades: Medicina Interna, Ginecobstetricia, Pediatría y Emergencias.
 - b. Centros de 24 horas para la guardia médica una vez a la semana, centros especializados, Centros de Medicina Familiar. Para garantizar las rotaciones del residente, el centro de salud que es escenario docente, debe contar con un médico rural o un medico itinerante que cubra la actividad asistencial en su ausencia.
 - c. Investigación acción participativa.
4. Formación Continua: Talleres-Conferencias, Revisión de Casos, Seminarios, Cursos: BLS (Soporte Vital Básico), ALSO (Soporte Vital Avanzado Obstétrico), PreHTLS (Soporte Vital del trauma pre hospitalario). Kichwa donde sea pertinente.

Durante el taller se informó que el Ecuador reconoce a la Medicina Familiar como especialidad, lo cual no existía.

Para la tutoría que lleva esta formación se llegó a consenso de que el tutor estuviera con el residente una vez por semana, lo cual en los territorios de la cooperación cubana será mayor por contar con los profesores de Medicina General Integral dedicados a esta función, los que poseen las competencias necesarias para desarrollar los elementos de la APS (Organización Panamericana de la Salud, 2010). Tanto para los tutores como para el Equipo de Atención Integral de Salud (EAIS) y grupo b'asico de trabajo (GBT), el número de residentes no puede ser una cifra fija, ello depende de la ubicación geográfica de los centros y subcentros donde se realizará la docencia y la distancia para desplazarse a ellos los profesores.

Los profesores del Grupo Básico de trabajo (Medicina Interna, Pediatría, Ginecobstetricia y Psicología), en el caso de los Distritos de Salud donde se encuentra la cooperación, tendrán además la presencia de los miembros del Equipo de Atención Integral de Salud (especialistas de Medicina General Integral, Licenciados en Enfermería y Técnicos de Atención Primaria en Salud), otros especialistas de Nutrición, Higiene y Epidemiología y Promoción de Salud, que se encuentran laborando en los distritos.

Se discutió sobre la necesidad de definir los requisitos de los escenarios de formación de forma estandarizada en los que la cooperación participó en su propuesta, de manera de realizar el proceso formativo donde se garantice la docencia con la calidad requerida, debido a que el postgrado ha definido como principal escenario de aprendizaje el propio sitio de trabajo, donde el médico residente estará realizando el manejo integral de 4000 personas en zonas urbanas y 1500 a 2000 en zonas rurales dispersas; trabajará con su equipo básico integrado además por una enfermera y un Técnico en Atención Primaria de Salud.

Otra propuesta fue la de comenzar la formación de forma escalonada, de manera que se redujera el número de especialistas a formar en un inicio, un segundo grupo 6 meses después y así sucesivamente hasta llegar a la cifra asignada a cada universidad.

IV Taller

Los aspectos esenciales tratados en este taller fueron

- La necesidad de garantizar las condiciones para la formación.

- Los créditos acordados fueron de 156 para todo el programa, 26 créditos por nivel, distribuidos en las siguientes áreas:
 1. Determinantes Sociales
 2. Biomédica
 3. Docencia Gestión y Servicio
 4. Investigación. No se contemplan créditos por cumplir el trabajo de titulación, ya que está contenido dentro de la formación.
- Se trabajó en la reducción del número de asignaturas y de 35 se quedó en 24, no obstante los contenidos son los mismos.
- Se orientó que cada universidad debía hacer el diagnóstico real de potenciales residentes, docentes y escenarios de formación y elaborar el proyecto de convenio específico.

En el período comprendido entre el IV y V taller, se realizaron visitas a las provincias de conjunto con las autoridades locales del Ministerio de Salud para definir los posibles escenarios docentes, en los centros de salud A, B y C. Se incluyeron también los hospitales básicos y las sedes universitarias. En este aspecto, en los distritos de la cooperación se realizó un algoritmo de trabajo que comprendió un informe previo de los jefes de áreas cubanos con relación a los parámetros establecidos para la acreditación del escenario docente, los posibles médicos a ubicar en cada uno de ellos, así como las comunidades y población a atender. Posteriormente y de conjunto con representantes locales del MSP se realizaron las visitas y evaluados las unidades asistenciales docentes, según la guía elaborada a estos fines. Con esta información fueron propuestos los centros con posibles condiciones para desarrollar el proceso docente del médico familiar y comunitario.

V Taller:

El V Taller se dedicó a la elaboración de los sílabos, los cuales fueron confeccionados en un taller durante dos días y en el que participaron profesores de las diferentes especialidades, conocedores de las asignaturas y contenidos temáticos del programa de medicina familiar y comunitaria propuesto. Para la preparación de los microcurrículos se mantuvo el criterio de la necesaria articulación de los diferentes programas de MSP, en sus ejes de formación. (Freire, 2009)

Se definió que cada universidad realizará su concurso de merecimiento y oposición y realice los exámenes, pero dentro del colectivo diseñador del programa se realizó una estandarización de los lineamientos generales para el ingreso a la especialidad.

Considerando necesario la preparación de todos los especialistas de Medicina familiar que participarán en el proceso como tutores, se valoró pertinente realizar la formación de mismos, en los que se combinarán las actividades presenciales y no presenciales a través de la virtualidad. En ese sentido la misión médica cubana diseñó un programa de preparación en los contenidos del programa para todos los colaboradores, distribuyéndose los temas según las especialidades, que se mantiene en la actualidad.

De forma paralela a la participación en el diseño curricular de la especialidad de MFC, la Misión Médica Cubana integrada por enfermeras, master en Promoción de Salud, licenciados en Higiene y Epidemiología, Nutrición, Fisioterapia y Rehabilitación y Podología, trabajan en las comunidades en labores fundamentalmente de promoción y prevención, los cuales se incorporaron a los GBT a la llegada de los especialistas de Medicina General Integral, pediatras, ginecobstetras, internistas y psicólogos. Dentro de

las actividades docentes que desarrollan los cooperantes cubanos de conjunto con los profesionales ecuatorianos, está la capacitación de los postulantes a Técnicos de Atención Primaria de Salud, que serán también integrantes del EAIS y que nos permite un mayor vínculo con las familias y comunidades en los territorios. Además de estas actividades se diseñan cursos de capacitación para los pares ecuatorianos, entre los que se destaca el de Análisis de la Situación de Salud, aplicándose este instrumento científico metodológico en todas las unidades operativas de la atención primaria a la par de recibir el curso, bajo el principio de aprender haciendo.

VI Taller:

El VI taller estuvo enfocado a la culminación de los Proyectos Generales que las universidades presentan al Consejo de Educación Superior. Se intercambiaron además con las universidades que tendrán a su cargo el programa donde se encuentra la cooperación cubana, la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo (ESPOCH) y la Universidad Técnica de Ambato (UTA) y la Universidad Católica Santiago de Guayaquil (UCSG).

VII Taller:

En este taller fueron acordadas las bases para el concurso de merecimiento de los postulantes al posgrado de medicina familiar. El tribunal está presidido por el Director o Coordinador del Posgrado en caso de haberlo, o el Director de Posgrados designará a una persona que sea especialista en Medicina Familiar de derecho o que tenga especialidad afín. El tribunal lo integrará además, un especialista de derecho en Medicina Familiar o de especialidad afín, con título registrado en la SENESCYT y que sea miembro de la planta docente que será designado por los internos rotativos, de una lista de idóneos. Además un delegado del MSP designado por el coordinador zonal, un delegado del Hospital Base y un delegado del Consejo de participación ciudadana.

Para la evaluación de las carpetas de los postulantes, la Universidad calificará:

- El quintil de pobreza
- Publicaciones en revistas indexadas, autor o coautor de una obra colectiva.
- Premios académicos

La oposición se registrará de acuerdo al reglamento del Consejo de Educación Superior.

Los postulantes que cumplan los requisitos, rendirán además un examen escrito en su totalidad, el cual incluye preguntas de ciencias básicas; ciencias clínicas teniendo en cuenta los protocolos de manejo del MSP y el MAIS en las especialidades de pediatría, ginecologíastetricia, medicina interna y emergencia; relación médico paciente y Bioética; diagnóstico y resolución de caso clínico y manejo integral del caso, basadas en las enfermedades más frecuentes y los perfiles epidemiológicos. Cada Universidad hará su banco de preguntas de las cuales 25 preguntas serán las válidas que se sorteen, de acuerdo a las normas del CES.

VIII Taller:

En el taller se trató sobre la necesidad de categorizar a los profesores involucrados en este programa y comenzar el llamado para concurso al unísono en el país. Es importante determinar quiénes serán los docentes del posgrado y realizar su evaluación como está comprendido en los proyectos de las universidades.

Actualmente las universidades con las que trabaja la cooperación cubana, tiene aprobados sus proyectos por el CES. Se realizaron las convocatorias y está previsto que la especialidad comience el 29 de abril.

Se trabaja también en la creación de la Red Ecuatoriana de Educación en Medicina Familiar como mecanismo estratégico para promover el intercambio de información, experiencias y conocimientos, el intercambio académico y el establecimiento de proyectos conjuntos que tengan como base la cooperación.

Conclusiones:

El desarrollo de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria en el Ecuador sin lugar a dudas, constituye un desafío para las universidades ecuatorianas involucradas, por lo que es imprescindible que logremos el empoderamiento del mismo para liderar el proceso de transformación al que estamos convocados. Es igualmente importante lograr la necesaria relación con los servicios de salud que servirán de escenario de formación a los residentes. La Misión Médica Cubana está profundamente comprometida con la formación del especialista que demanda la población ecuatoriana y su sistema de salud.

Referencias bibliográficas:

Constitución del Ecuador (2008). Sección séptima. Salud. Artículo 32.

Freire, Marco (2009): Atención primaria de salud renovada a la población ecuatoriana, con los Equipos Básicos de Salud. Quito 20 de marzo 2009. Disponible en: <http://ecuador.nutrinet.org/noticias/80/264>

Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2012). Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud. Ecuador.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2013). Lineamientos operativos del MAIS.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2013). Manual del Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI)

Organización Panamericana de la Salud (2007). Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C.

Organización Panamericana de la Salud (2007). Agenda de Salud para las Américas 2008-2017. Presentada por los Ministros de Salud de las Américas en la Ciudad de Panamá, junio de 2007 Presentada por los Ministros de Salud de las Américas en la Ciudad de Panamá, junio de 2007

Organización Panamericana de la Salud (2008). Serie la Renovación de la Atención Primaria de Salud en la Américas. N° 1: Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategia para el desarrollo de los equipos de APS.

Organización Panamericana de la Salud (2008). Serie la Renovación de la Atención Primaria de Salud en la Américas. N° 2: La formación en medicina orientada hacia la Atención Primaria de Salud.

Organización Panamericana de la Salud (2010). La acreditación de Programas de Formación en Medicina y la orientación hacia la APS. Serie n° 3 La atención de la Atención Primaria de la Salud en las Américas. Washington, D.C.

Órgano del Gobierno del Ecuador (2010). Registro Oficial. Ley Orgánica de Educación Superior.

Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo – SENPLADES República del Ecuador (2009). Plan Nacional para el buen vivir 2009-2013. Disponible en: [http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/07/Plan_Nacional_para_el_Buen_Vivir_\(version_resumida_en_espanol\).pdf](http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/07/Plan_Nacional_para_el_Buen_Vivir_(version_resumida_en_espanol).pdf)