

TRABAJO ORIGINAL

Propuesta curricular en medicina para la adquisición de competencias en el seguimiento longitudinal de los pacientes y sus familias.

PEDRO SILBERMAN F.*a, PAOLA BUEDO P.**b

RESUMEN

Introducción: Durante los últimos 50 años, ha sido consensuada la necesidad de la incorporación de las ciencias sociales de modo integrado en los procesos de enseñanza de las carreras de medicina, en virtud de formar un médico general que preste atención integral al ser humano en su entorno familiar y social. La carrera de Medicina de la Universidad Nacional del Sur (Bahía Blanca, Argentina), incorporó en la formación médica la estrategia de Seguimiento Familiar (SF), un espacio curricular que relaciona en la práctica las ciencias sociales con las disciplinas de tipo biomédico, para desarrollar una atención médica integral familiar. Asimismo, permite articular todas las áreas de la carrera de medicina, porque la complejidad de los pacientes-usuarios-familia así lo requiere.

Objetivos: Incorporar una estrategia de enseñanza-aprendizaje en Medicina, que apunte a la adquisición de competencias en el abordaje y seguimiento de familias desde una visión integral de la salud y enfermedad.

Material y Método: Se utilizó una lógica de integración vertical, con todas las áreas de la carrera y horizontal entre el ciclo inicial y el de Desarrollo de Competencias Profesionales. La estructura del SF posee 5 etapas: selección del paciente/familia, etapa descriptiva, etapa de intervención, etapa evolutiva y evaluación.

Resultados: El SF es altamente aceptado, tanto en el estudiantado como en la comunidad. La estrategia ayudó a articular la Universidad con el Sistema de Salud. Los estudiantes adquirieron competencias que no habrían logrado en el formato tradicional. Se logró una integración curricular.

Conclusiones: Los estudiantes manifestaron una alta motivación, ya que desarrollan competencias para su profesión, relacionando en la teoría y en la práctica las ciencias sociales y las disciplinas biomédicas.

Palabras clave: Educación médica, Educación basada en competencias, Educación de pregrado en Medicina, Medicina familiar y comunitaria, Atención integral de la salud, Visita domiciliaria, Salud de la familia.

SUMMARY

Curriculum proposal in medicine for the acquisition of skills in the longitudinal follow-up of patients and their families.

Introduction: During the last 50 years has been agreed the incorporation of social sciences in the teaching of medicine courses, in order to train physicians in General Medicine, with comprehensive care skills for the patient, their family and the social environment. The career of Medicine of the Universidad Nacional del Sur (Bahía Blanca, Argentina) has incorporated on its medical training the strategy called «Follow-up of Family» (FF), a curricular space that links in practice the social sciences and the biomedical disciplines to develop a comprehensive family care. The FF allows to articulate all the curricular areas, because the complexity of the patients-users-family requires this kind of knowledge.

Objectives: To incorporate a teaching strategy in Medicine in order to the acquisition of skills in following and monitoring families with a holistic view of health and disease.

Recibido: el 24-02-15, Aceptado: el 14-05-15.

* Departamento de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional del Sur, Bahía Blanca, Argentina.

** Ministerio de Producción, Ciencia y Técnica, Provincia de Buenos Aires, Argentina.

a. Médico, Magíster en Salud Pública.

b. Médico.

Material and Method: The integration is performed in both directions: vertical integration was done with all the curricular areas, and horizontally integration was done between the initial cycle and Professional Skills Development. The structure of FF has 5 stages: selection of the patient/family, descriptive stage, stage of intervention, developmental stage and evaluation.

Results: FF is highly accepted between the students and the community. The strategy helped to articulate the University with the Health System. Students acquire skills that could not achieve in the traditional career curricula. Curricular integration was achieved.

Conclusions: Students showed high motivation and developed skills for their profession linking social sciences and biomedical disciplines in theory and practice.

Key words: Medical education, Competency-based education, Undergraduate Medical Education, Family and Community Medicine, Comprehensive health care, Home visit, Family health.

INTRODUCCIÓN

Durante los últimos 50 años, la educación médica ha hecho esfuerzos por modificar sus estrategias educativas y, consecuentemente, sus modelos de formación, intentando superar el paradigma Flexneriano y su principal consecuencia, el positivismo médico^{1,2}.

El egresado médico de las carreras tradicionales culminaba su carrera con conocimiento acerca de enfermedades y de individuos, sobre todo aquellas que requerían terapéuticas en centros hospitalarios de alta complejidad tecnológica, pero carecía de experiencia en el abordaje de problemas colectivos de personas (familia, comunidad, etc.). Todas las oportunidades de aprendizaje se planteaban de manera vertical, esto es, múltiples encuentros/oportunidades de aprendizajes con personas sanas o enfermas de corta duración (comienzo-fin), sin la posibilidad del seguimiento horizontal-longitudinal que proveería de oportunidades de aprendizaje sobre otras dimensiones del Proceso Salud-Enfermedad (PSE).

El pionero Juan César García, y luego otros académicos, han planteado la necesidad de incorporar las ciencias sociales a la enseñanza de la medicina, en virtud de formar un egresado con mejores competencias para el abordaje de los problemas de salud de las personas y de la comunidad³. En ese trayecto, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en diferentes momentos y reuniones, ha promovido la innovación en la educación médica de grado orientada hacia aquellos valores.

La Conferencia Regional de Educación Superior del 2008, establece en sus documentos que se debe lograr la participación de la institución educativa en la vida social y cultural de la comunidad en la cual se inserta⁴. En el 2010 la OPS realizó una reunión sobre educación médica orientada hacia la Atención Primaria de la Salud (APS), consensuando entre los países participantes un perfil de egresado de «*médico general, que preste atención médica integral al ser humano, en su entorno familiar y social, mediante acciones de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, con un enfoque bio-psico-social ambientalista, con la APS como estrategia y eje integral de su formación*»⁵.

Para lograr este enfoque, la dimensión social debe estar integrada en los procesos de enseñanza de las disciplinas básicas biomédicas, porque esta dimensión representa la expresión de la cultura y experiencia de la sociedad en los modelos de formación de médicos⁶. De este modo, quedaría disminuida la distancia entre las entidades formadoras, las necesidades de las personas y las respuestas de los sistemas de salud⁷.

En la carrera de Medicina de la Universidad Nacional del Sur (UNS) de la ciudad de Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires, Argentina; se trabajó la curricula entendiendo principalmente que no es posible planificar estrategias de promoción y prevención en salud si no se tiene clara la premisa de que quién define las condiciones de salud y enfermedad es la comunidad, que tiene como interlocutor la propia familia. Por lo tanto, se incorporó en la formación médica la estrategia de Seguimiento Familiar (SF), un área en donde el estudiante adquiere habilidades, conocimientos y actitudes para el abordaje del individuo, su familia y la comunidad de manera longitudinal, para desarrollar una atención médica integral familiar.

El SF fue elegido como estrategia, porque se considera que la familia se presenta como el primer nivel real de atención⁸. En ella, y junto a la comunidad de la que forma parte, se intenta resolver en principio el problema de salud específico. Esto revela la importancia de reforzar la autonomía de cada familia o grupo social.

La salud del grupo familiar se va configurando en una trama compleja, atravesada por las condiciones socio-económicas, culturales, ambientales, biológicas, genéticas, psicológicas y relacionales; que se definen en escala microsociedad en el contexto del hogar⁹. En el hogar, es donde la familia transmite de generación en generación su historia, su experiencia, sus valores, sus costumbres, todos ellos aspectos muy vinculados al PSE¹⁰. En este sentido, cumple roles esenciales, en tanto desempeña las funciones inherentes a la satisfacción de necesidades básicas y el cuidado de sus integrantes, la obtención y administración de los recursos económicos para el hogar, la organización de servicios domésticos y otros menesteres propios y necesarios de la convivencia.

La salud de la familia, como se desprende del párrafo

anterior, es una condición dinámica que está sujeta a toda clase de variaciones, sean las influencias de las vivencias y conflictos familiares relacionados con el tránsito por las etapas del ciclo de vida familiar, por las etapas del ciclo de vida individual de sus integrantes con sus característicos eventos de salud, por la exposición a acontecimientos de la vida cotidiana en la sociedad, y por la propia característica de las relaciones interpersonales familiares. Así es como se van gestando procesos que actúan como protectores de salud o desencadenantes de la enfermedad, y se desarrollan recursos de apoyo altamente significativo y efectivo¹¹.

Bajo esta conceptualización de la familia, como fundante de la estructura social, y cristalización de las condiciones socioeconómicas y culturales, es que la estrategia de SF se posiciona como una herramienta válida para la adquisición de competencias para abordar la heterogeneidad social y las dimensiones culturales de las realidades locales, ubicando los valores de la atención primaria de salud como centrales. Esta estrategia permite, además, que el aprendizaje dentro del proceso sea más estimulante para el estudiante brindándole más participación y ocupe el centro del proceso.

Los objetivos puntuales del SF tienen que ver con:

- El desarrollo de habilidades para la prevención y la promoción de la salud, en ámbitos singulares y familiares;
- Reconocer las implicancias de la interrelación familiar, durante el proceso de salud-enfermedad-atención;
- Reconocer y actuar en consecuencia sobre los determinantes que desencadenan o predisponen al proceso de enfermar y estar sano;
- Comprender y poner en valor las diferentes herramientas que están disponibles en la comunidad, para ayudar a la adherencia de los proyectos terapéuticos;
- Discutir y colaborar en la construcción de un proyecto terapéutico, junto a otras disciplinas que actúan en el campo de la salud.

MATERIAL Y MÉTODO

El SF es una herramienta que permite al estudiante adquirir competencias para una de las funciones esenciales de la profesión médica, este es, el seguimiento de pacientes/usuarios/familia a lo largo de todo el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado. Éste permite articular la Salud Comunitaria con la Relación Médico-Paciente y también las Áreas Biológicas y de Ciencias del Comportamiento, es decir, permite visualizar a los individuos desde una perspectiva integral y en un continuo¹².

La estrategia educativa de SF se implementa en dos fases: en el ciclo inicial, los tres primeros años de la carrera, el objetivo de SF es promover hábitos saludables y prevenir problemas de salud; en el ciclo de Desarrollo de

Competencias Profesionales (DCP), que lo conforman los últimos 3 años, el SF está dirigido al aprendizaje de tratamiento farmacológico y no farmacológico contextualizado, generación de adherencia y planificación de actividades de prevención terciaria y cuaternaria.

El SF permite una coherencia teórica y metodológica que facilita su comprensión y utilidad a los estudiantes como un esquema común de desarrollo espiralado (reflexión-profundización)¹³ en su formación con un único objetivo final, la adquisición de competencias para el seguimiento longitudinal de personas/familias con problemas de salud que requieran de una intervención profesional.

El SF comienza luego de la selección de la familia y culmina con una serie de procesos evaluativos (Figura 1). Este último, el proceso evaluativo, tiene un producto final del proceso y uno durante el desarrollo, naturalmente dirigido a diferentes dimensiones de evaluación.

La selección del paciente/familia: durante el primer ciclo, el paciente/familia es elegido/a por el equipo de salud del centro, por diferentes características que se consideren pertinentes de un seguimiento. El equipo considerará que dicho paciente requiere de soporte especial para el abordaje preventivo y educativo, con el objetivo de reducir sus riesgos o potenciar sus fortalezas. Para el segundo ciclo, la elección del paciente está focalizado en egresos hospitalarios de patología crónica (EPOC, HTA, DBT, etc.) o recaídas de las mismas que puedan ser contactados por el equipo de salud del sector.

Una vez hecho el contacto, se debe realizar tres contratos: uno con el paciente, otro con el médico del equipo del centro de salud y un tercero educacional con el docente de la asignatura. En el primer contrato, debe constar el consentimiento informado, donde se explique claramente el objetivo del trabajo, la implicancia, los alcances de la actividad, duración y compromisos. El segundo contrato, con el médico del centro de salud, es sobre los aspectos metodológicos del seguimiento, sus alcances y las metas del abordaje que requerirán (terapéuticos, diagnósticos, preventivos, etc.). Por último, el contrato educacional, tendrá que presentar claramente las metas educacionales que el proceso incluye y que deberán ser demostradas al finalizar el mismo.

Primera Etapa (etapa descriptiva): en este apartado, el estudiante debe realizar una descripción del sujeto, su familia, su comunidad, la relación estructural y funcional con ellas y, por último, de sus problemas (en el sentido general de problemas y no específicamente de enfermedades). En esta etapa, se utilizarán diversas herramientas como el genograma, eco-mapa, eco-matriz, Apgar familiar, etc. En el primer ciclo, se apunta a la descripción de problemas o factores de riesgo (obesidad, tabaquismo, disfunción familiar, etc.), en el segundo

ciclo, la descripción es sobre la patología de base o sus derivados.

Segunda Etapa (etapa de intervención): en primera instancia, debe plantearse la priorización de los problemas antes descritos, junto con el médico, equipo y familia; y elaborar metas a alcanzar durante la etapa de seguimiento en los dos niveles, intervención y educativos. El formato deberá ser de proyectos terapéuticos singulares y se elaborarán con el equipo de salud, como corresponde a esta herramienta. Ellos deberán quedar reflejados en el diario de campo. Deberán figurar, además de las metas, las estrategias que se utilizarán, la bibliografía consultada y las discusiones con la familia y el equipo.

Tercera etapa (etapa evolutiva): aquí figurarán las evoluciones realizadas por los estudiantes (evoluciones donde aparezcan los avances en el desarrollo de la in-

tervención y la reflexión sobre los encuentros, tanto con la familia como con el tutor docente), las evoluciones del paciente/usuario/familia, sobre su grado de satisfacción en cada una de las visitas y sus dificultades o no para la consecución del trabajo y, finalmente, las evoluciones del médico del equipo de salud en tanto cumplimiento de las pautas pre-establecidas.

Evaluación: el proceso evaluativo comienza con el mismo proceso de seguimiento, estableciendo las metas (educativas y de intervención) y definiendo las diferentes instancias de ir evaluándolas (en tiempo y forma). La evaluación sumativa será una presentación del cuaderno de campo con los procesos reflexivos (a manera de portfolio), donde se explicará todo el proceso y el cumplimiento de las metas planteadas o el no cumplimiento, con las causas o motivos de las mismas. El cuaderno debe dar cuenta de que el aprendizaje ha ocurrido y que el seguimiento fue realizado de acuerdo a lo pautado.

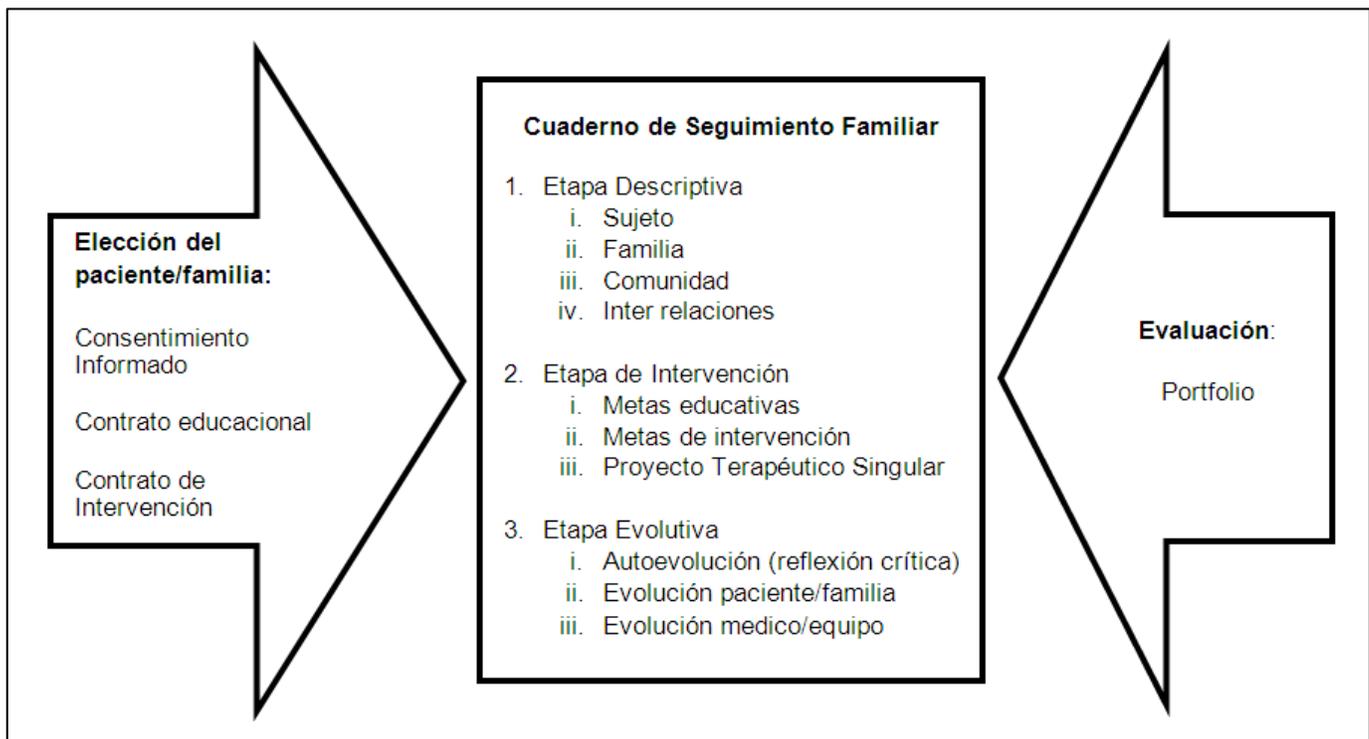


Figura 1. Esquema del desarrollo de Seguimiento Familiar en la carrera de Medicina de la UNS. Fuente: Elaboración Propia.

RESULTADOS

Los estudiantes comienzan a realizar SF a comienzos del segundo año de la carrera. Cuentan con 4 horas semanales durante el segundo y tercer año. Esto representa el 20% aproximadamente de la carga horaria semanal de los estudiantes de Medicina en el ciclo inicial. Estas horas se distribuyen de la siguiente manera: el 50% de reflexión y análisis con el tutor, y el otro 50%

con la familia asignada para el SF. Durante el ciclo de DCP, cada estudiante debe presentar un SF de 8 semanas, en algún momento de los tres años de dicha etapa, de los cuales distribuirá su tiempo entre el seguimiento y el análisis con el tutor. En este ciclo, tiene 3 espacios de teoría de 2 horas cada uno.

De la experiencia desarrollada durante los últimos 5 años de trabajo en SF, se puede observar que es una estrategia con alto grado de aceptación entre los estu-

diantes, sobre todo en aquellos que más dificultades tienen para lograr motivación en el trabajo en APS. La cercanía con las personas y sus contextos, el trabajo puntual sobre algún problema en particular y el logro de metas concretas, contribuyen a que los estudiantes encuentren en esta actividad lógicas de trabajo profesional que no lo refieren en otras actividades comunitarias.

Se da una coherente articulación entre el primer ciclo de la carrera y el ciclo de DCP, así también es entendido por los estudiantes, logrando la utilización de competencias o niveles de éstas adquiridas en la primera instancia, para desarrollar y complementar durante la segunda.

La respuesta del sistema de salud es positiva, ya que esta actividad colabora con la mejora en la adherencia a los tratamientos en personas que han sido dados de alta en los hospitales y disminuye las re-internaciones. Los equipos de salud que trabajan en estrecho contacto con la comunidad se ven acompañados por los estudiantes que realizan SF, como se verifica en algunas investigaciones^{14,15}.

Finalmente, notamos que el aprendizaje en esta estrategia es altamente productivo y beneficioso, ya que aporta al perfil de egresado buscado, propone una instancia de aprendizaje longitudinal, genera un ámbito de trabajo del médico en territorios diferentes a los habituales, ofrece la posibilidad de negociar con el paciente y su familia en un ámbito de alta autonomía de éstos, brinda la posibilidad/necesidad del trabajo con diferentes disciplinas y genera un espacio indivisible para el trabajo integrado entre promoción-prevención-atención y seguimiento de la persona en su tránsito constante por el PSE.

DISCUSIÓN

El perfil del egresado de las carreras de Medicina, anhelado desde las organizaciones de salud y educativas, es un profesional comprometido con los problemas que padece la comunidad de referencia, con una mirada integral del PSE y que pueda trabajar en equipo. El problema es que para lograr dicho perfil, es necesario incorporar estrategias pedagógicas que desarrollen dichas competencias.

Aquellas universidades tradicionales, con un enfoque biomédico, encuentran severas dificultades para motivar a los estudiantes con materias relacionadas con la Atención Primaria¹⁶⁻¹⁸. Otras, sin embargo, han realizado innovaciones curriculares que mejoran el perfil de egresado y promueven la elección de especialidades profesionales más ligadas al Primer Nivel de Atención^{19,20}. Está claro que las opciones curriculares, sus espacios de aprendizaje y los contextos donde se realizan, influyen en la futura elección de la especialidad. En este sentido, carreras de Medicina con estrategias enfocadas a la APS

logran mayores oportunidades para aquellos estudiantes a quienes interesa la práctica profesional en esta área²¹⁻²⁴.

Otra de las dificultades para la enseñanza de una medicina más integral, es que las instancias de enseñanza-aprendizaje se plantean de manera vertical, donde el paciente/usuario es visto desde la medicina como un «evento» y, en función del mismo, se desarrolla su historia reciente (sólo desde la aparición de los síntomas), se diagnostica, se planifica un tratamiento y se observa la evolución. Una vez concluido este ciclo lineal, desaparece como objeto/sujeto de estudio y se continúa con otro paciente u otro diagnóstico. No existiría una oportunidad para desarrollar un aprendizaje horizontal, donde el problema de salud se vea ciertamente como un «proceso», y en función de éste puedan desarrollarse nuevas habilidades que le serán indispensables para la práctica posterior de la profesión.

En la carrera de Medicina de la UNS, la curricula es innovadora, respetando las consignas de integralidad, de problematización como base para el aprendizaje, la centralidad en el estudiante sobre el proceso de enseñanza-aprendizaje y con un desarrollo curricular basado en las necesidades sociales. En este contexto, el SF viene a estructurar un aprendizaje holístico, interdisciplinario, subjetivante, haciendo foco en prácticas profesionales que profundizan los procesos productores de vida en los cuales se ve inserto el sujeto, desarrolle aspectos necesarios para el fortalecimiento vincular y relacional con la persona y su familia, y que sea capaz de acoger, cuidar y promover autonomía, como estrategia para la producción de salud y la defensa de la vida.

El SF busca ampliar el territorio de trabajo del médico y el encuentro con el usuario en distintos espacios y con diferentes grados de autonomía y, por ende, de negociación entre ambos.

Curricularmente, es una estrategia integradora de las demás asignaturas de la carrera, como lo son las áreas biológicas, relación médico-paciente, ciencias de la conducta, trabajo en terreno, etc. En él pueden confluir todas las asignaturas o áreas disciplinares, ya que la complejidad de los pacientes-usuarios-familia así lo requiere.

Por último, es importante destacar que, en la enseñanza de la medicina, las materias, asignaturas o cursos que no tengan una relación directa y absoluta con la biología, el hospital de alta complejidad y con enfermedades denominadas complejas (desde la mirada tecnológica), resultan de difícil integración para los estudiantes. El SF, al incorporar muchas de las habilidades de la biomedicina, resulta de mayor atractivo para ellos y ejemplifica claramente que ambas «visiones» de la profesión médica deben coexistir de manera complementaria, las ciencias biológicas y las ciencias sociales, para dar una respuesta más acorde a las necesidades de la sociedad.

CONCLUSIONES

Los estudiantes manifestaron una alta motivación, ya que desarrollan competencias para su profesión, relacionando en la teoría y en la práctica las ciencias sociales y las disciplinas biomédicas.

NOTAS FINALES

- (A) El concepto de «carrera tradicional», hace referencia a aquellas carreras de medicina que poseen un plan estructurado de materias, que se dictan en aulas a un número considerable de estudiantes y que cuentan con escasos espacios clínico-ambulatorio. Se contraponen a los nuevos modelos de formación médica, en donde la curricula se desarrolla en grupos reducidos de estudiantes (de 6 a 12), y el conocimiento se construye y se discute entre estudiantes y docentes. Además, en estos modelos, los espacios de enseñanza-aprendizaje están distribuidos, desde el inicio de la carrera, en barrios, centros de salud de baja y alta complejidad, y otros en donde sea necesario el abordaje desde la perspectiva salud.
- (B) El Proceso Salud-Enfermedad (PSE), es una construcción individual y social, mediante la cual el su-

jeto elabora su padecimiento y que condiciona los tipos de ayuda a buscar. La percepción de este complejo proceso es personal y subjetiva, y sólo puede comprenderse contextualizada en el universo de creencias, valores y comportamientos del medio sociocultural de cada persona, así como de las condiciones materiales de vida.

- (C) El Primer Nivel de Atención (PNA), constituye la puerta de entrada a los servicios de salud y comprende acciones dirigidas al individuo, la familia, la comunidad y su medio ambiente. Los servicios están enfocados básicamente a la atención y el cuidado mediante actividades de promoción de la salud, vigilancia epidemiológica, saneamiento básico y protección específica, así como el diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y rehabilitación. Dirigida a padecimientos que se presentan con frecuencia y cuya resolución es factible por medio de atención ambulatoria. En Bahía Blanca, el sistema de salud público está organizado en niveles. Las unidades sanitarias son parte del PNA y cuentan con uno o dos médicos de familia, según la estructura de la unidad sanitaria respectiva, junto con otros dispositivos, como las Postas de Salud Domiciliarias y los hospitales de baja complejidad técnica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Flexner A. Medical education in the United States and Canada. A report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. 1st ed. Boston. The Merrimount Press, 1910.
2. Berliner H. A Larger Perspective on the Flexner Report. *International Journal of Health Services* 1975; 5(4): 535-538.
3. Galeano D, Trotta L, Spinelli, H. Juan César García y el movimiento latinoamericano de medicina social: notas sobre una trayectoria de vida. *Salud colectiva* 2011; 7(3): 285-315.
4. Pernas M, Sierra S, Fernández J, Miralles E, et al. Principios estratégicos de la educación en Ciencias de la salud en Cuba (II): la pertinencia. *Educ Med Super* 2009; 23(2): 312-324.
5. Organización Panamericana de la Salud. La formación en medicina orientada hacia la Atención Primaria de Salud. Serie OPS La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Washington, 2008.
6. Castro M, Quintana I, Leyva T, Santos Y. Intervención comunitaria de integración de lo social a los contenidos de las disciplinas básicas biomédicas en el enriquecimiento de valores profesionales. *Educ Med Super* 2009; 23(4): 150-165.
7. Vela J, Fernández J, Álvarez R. Política de formación médica para la atención primaria de salud y el papel de la asignatura Medicina General Integral en el currículo. *Educ Med Super* 2012; 26(2): 259-270.
8. Menéndez E. Medicina tradicional o sistemas práctico-ideológicos de los conjuntos sociales, como primer nivel de atención. El futuro de la medicina tradicional en la atención a la salud de los países latinoamericanos. México DF: CIESS, 1987.
9. Louro I. La familia en la determinación de la salud. *Revista Cubana de Salud Pública* 2003; 29(1): 48-51.
10. Arias G. El papel de los «otros» y sus características en el proceso de potenciación del desarrollo humano. *Revista Cubana de Psicología* 1999; 16(3): 81-87.
11. Louro I. Hacia una nueva conceptualización de la salud del grupo familiar y sus factores condicionantes. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2004; 20(3).
12. Bueno B, Cubilla L, Fortunatti E, Gorza P, et al. Seguimiento familiar y educación basada en la comunidad. *Archivos de Medicina Familiar y General* 2010; 7(1): 22-25.
13. Kolb D, Rubin I, McIntyre J. *Psicología de las Organizaciones: problemas contemporáneos*. México DF: Prentice-Hall Hispanoamericana, 1977.
14. Usatine R, Hodgson C, Marshall E, Whitman D, et al. Reactions of family medicine community preceptors to teaching medical students. *Family Medicine* 1995; 27(9): 566-570.
15. Wright B, Scott I, Woloschuk W, Brenneis F. Career choice of new medical students at three Canadian universities: family medicine versus specialty medicine. *CMAJ* 2004; 170(13): 1920-1924.
16. Obradors-Rial N, Segura-Benedicto A. La salud pública en las facultades de medicina y escuelas de enfermería de Cataluña: la visión del alumnado. *Educ Med* 2010; 13(2): 113-122.
17. Summerlin Jr H, Landis S, Olson P. A community-oriented primary care experience for medical students and family practice residents. *Family Medicine* 1993; 25(2): 95-99.
18. Campos-Outcalt D, Senf J, Kutob R. Comments heard by US medical students about family practice. *Family Medicine* 2003; 35(8): 573-578.
19. Grayson M, Klein M, Lugo J, Visintainer P. Benefits and costs to community-based physicians teaching primary care to medical students. *Journal of General Internal Medicine* 1998; 13(7): 485-488.
20. Preston P. Reaffirming professionalism through the education community. *Ann Intern Med* 1994; 120(7): 609-614.
21. Brill J, Jackson T, Stearns M. Community medicine in action: an integrated, fourth-year urban continuity preceptorship. *Academic Medicine* 2002; 77(7): 739.
22. Kassler W, Wartman S, Silliman R. Why medical students choose primary care careers. *Acad Med* 1991; 66(1): 41-43.
23. Nora L, Daugherty S, Mattis-Peterson A, Stevenson L, et al. Improving cross-cultural skills of medical students through medical school-community partnerships. *West J Med*. 1994; 161(2): 144-147.
24. Howe A. Patient-centred medicine through student-centred teaching: a student perspective on the key impacts of community-based learning in undergraduate medical education. *Medical Education* 2001; 35(7): 666-672.

Correspondencia:

Pedro Silberman F.

Departamento de Ciencias de la Salud,

Universidad Nacional del Sur,

Florida 1450,

Bahía Blanca, Argentina.

e-mail: psilberman@uns.edu.ar