

Formación médica en contextos de Atención Primaria Rural en Chile: contrastes con vivencias en espacios hospitalario y entornos urbanos

Formação médica no contexto da atenção primária rural no Chile: contrastes com experiências em espaços hospitalares e urbanos

Medical education in Chilean rural primary care contexts: contrasts with hospital and urban environments experiences

Karen Pesse-Sorensen¹ , Soledad Burgos de la Vega¹ , Sophie Esnouf Mannion¹ 

¹Universidad de Chile, Facultad de Medicina, Escuela de Salud Pública Salvador Allende G. – Santiago, Chile.

RESUMEN

Introducción: El internado constituye una fase clave de la formación médica. Situado en un contexto rural, promueve la utilización racional de recursos y el contacto de los estudiantes con realidades diversas que contrastan con su experiencia en espacios clínicos urbanos. **Objetivo:** Caracterizar las percepciones de estudiantes de medicina en relación al aporte del internado rural en su formación como profesionales de la salud. **Métodos:** Investigación cualitativa basada en 15 entrevistas semiestructuradas realizadas a estudiantes de medicina de la Sede Norte de la Universidad de Chile en el último año de su carrera en el 2016. Se realizó un análisis narrativo de los contenidos de las entrevistas. **Resultados:** Se identifican tres ámbitos en que los estudiantes confieren importancia al internado rural para su formación profesional: (1) en la dimensión personal, el refuerzo de habilidades clínicas, la autonomía y su rol social como médicos. También visualizan su futuro laboral y otras formas de vida y necesidades de las personas. (2) En lo vinculado a pacientes y familias, destaca el valor de la interrelación médico-paciente y el reconocimiento de los determinantes sociales. (3) En la dimensión comunitaria mencionan una mayor valoración de la organización comunitaria y de los vínculos entre el paciente y su medio, y motivaciones atribuibles al rol médico más que al contexto rural. **Conclusiones:** La experiencia de internado rural contribuye a la formación personal y a la relación médico-paciente-familia-comunidad, poniendo en evidencia una mirada crítica de la práctica, de su rol y del sistema de salud.

Palabras-clave: Educación médica; Población rural; Atención primaria de salud.

Como citar: Pesse-Sorensen K, Burgos S, Esnouf S. Formación médica en contextos de Atención Primaria Rural en Chile: contrastes con vivencias en espacios hospitalario y entornos urbano Rev Bras Med Fam Comunidade. 2022;17(44):3072. [https://doi.org/10.5712/rbmfc17\(44\)3072](https://doi.org/10.5712/rbmfc17(44)3072).

Autor correspondiente:

Soledad Burgos de la Vega
E-mail: sburgos@uchile.cl

Fuente de financiamiento:

não se aplica.

Aprobación ética:

proyecto 121-2016, Acta Nro.48

Procedencia:

não encomendado.

Revisión por pares:

externo.

Recibido en: 05/05/2021.

Aprobado en: 18/11/2021.



RESUMO

Introdução: O internato é uma fase fundamental da formação médica. No contexto rural, promove o uso racional de recursos e o contato dos alunos com realidades diversas, que contrastam com sua experiência nos espaços clínicos urbanos. **Objetivo:** Caracterizar as percepções de estudantes de Medicina em relação à contribuição do internato rural em sua formação profissional de saúde. **Métodos:** Pesquisa qualitativa baseada em 15 entrevistas semiestruturadas, realizadas em 2016 com estudantes de Medicina da Sede Norte da Universidade do Chile que estavam no último ano de seus cursos. Foi realizada uma análise narrativa do conteúdo das entrevistas. **Resultados:** Identificaram-se três áreas nas quais os alunos atribuem importância ao internato rural para sua formação profissional: (1) na dimensão pessoal, no reforço das competências clínicas, na autonomia e no papel social como médico. Eles também visualizam seu trabalho futuro e identificam outras formas de vida e suas necessidades pessoais; (2) em relação aos pacientes e familiares, destacam-se o valor da relação médico-paciente e o reconhecimento dos determinantes sociais; (3) na dimensão comunitária, eles mencionam a maior valorização da organização comunitária e dos vínculos entre o paciente e seu ambiente e motivações atribuíveis à função médica e não ao contexto rural. **Conclusões:** A vivência do internato rural contribui para a formação pessoal e para a relação médico-paciente-família-comunidade, revelando uma visão crítica da prática médica e do sistema de saúde.

Palavras-chave: Educação médica; População rural; Atenção primária à saúde.

ABSTRACT

Introduction: Internships represent a key component of the undergraduate's medical training. In rural settings, it promotes rational use of resources and students' contact with diverse realities, contrasting with their experiences in urban clinical settings. **Objective:** To portray medical students' perceptions about the rural internship's contributions to their training as health professionals. **Methods:** Qualitative research based on 15 semi-structured interviews with medical students in their last year of undergraduate training at North Campus of the University of Chile in 2016. An analysis of the narrative content was performed. **Results:** The contributions of the rural internship that students considered valuable for their professional education revolved around three main areas. (1) A personal dimension, that comprises strengthening of clinical skills, autonomy and their social role as physicians. Here they also refer to their future careers, alternative lifestyles and recognition of other people's needs. (2) In terms of their relation to patients and families, students emphasize the importance of an adequate provider-patient relationship and the influence of social determinants on patient's health. (3) Related to working with communities, interviewees refer to the value of community organization and the importance of a patient's environment, although motivations are more related to their professional role as such than to the rural context. **Conclusions:** The rural internship experience contributes to the personal professional training and to the doctor-patient-family-community relationship. It fosters a critical appraisal of the medical practice, the physician's role and the health system.

Keywords: Education, medical; Rural population; Primary health care.

INTRODUCCIÓN

El internado constituye una fase clave en la formación de los y las profesionales de la salud, concebido como un espacio donde los estudiantes ponen a prueba lo aprendido, aplicando este conocimiento en escenarios similares a sus futuros contextos laborales y desarrollando competencias para el manejo de la complejidad e incertidumbre inherentes al oficio.¹

En 2008, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) reafirma la necesidad de orientar los programas de formación en salud para contribuir con el desarrollo de los sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud (APS). Dentro de un contexto de grandes inequidades en salud y precarización de la vida en múltiples dimensiones, la OPS insiste en que el egresado de una carrera del área de salud requiere desarrollar “competencias técnicas y sociales, un pensamiento interdisciplinario y un comportamiento ético”.²

En Chile, desde el inicio de una Reforma Sanitaria que planteó como eje central la APS, se define su enfoque basado en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS), el cual declara nueve ejes de acción: promoción de salud, prevención de enfermedades, enfoque de salud familiar, intersectorialidad y territorialidad, calidad de la atención, centrado en atención abierta, participación social, tecnología, y desarrollo de las personas que trabajan en APS.³ Si bien se ha buscado la reorientación de la formación de recursos humanos en la multidimensionalidad de competencias que

el MAIS requiere, autores plantean la persistencia de enfoques biomédicos y hospitalocéntricos, con incentivos a la especialización médica por sobre la perspectiva humanista, comunitaria y vinculante con la prevención y promoción de salud.⁴⁻⁶

El Programa de Internado Rural (IR) de la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile, es una asignatura obligatoria en el currículo del séptimo año de la carrera.⁷ La incorporación del estudiante por tres o cuatro semanas a tiempo completo al equipo de un Centro de Salud en una localidad rural, representa una oportunidad para visualizar y vivenciar la riqueza y complejidad inherente a la puesta en práctica de los conceptos y métodos relacionados con salud pública trabajados durante años anteriores. Los objetivos de aprendizaje del IR abarcan el análisis del contexto, tanto comunitario como institucional, así como el desarrollo de destrezas clínicas y de equipo, aplicando los principios bioéticos en su quehacer profesional.

En este contexto se reflexiona sobre los aportes de la atención primaria rural, como contrapunto de la experiencia que los estudiantes refieren de internados en hospitales de alta complejidad y en entornos urbanos. Conforme a esto, el objetivo de este estudio fue analizar las percepciones de los estudiantes de medicina de la Sede Norte de la Universidad de Chile acerca del aporte del internado en APS rural, en contraste con su experiencia en espacios clínicos urbanos.

MÉTODOS

Investigación cualitativa basada en el paradigma naturalista –interpretativo que recoge la reflexión de los “prácticos sobre sus propias prácticas”,⁸ en el escenario de aprendizaje del Programa de IR en el Centro de Salud Familiar (CESFAM), Llay-Llay. Este establecimiento depende del Servicio de Salud de Aconcagua, ubicado en la zona sur-poniente de la V Región de Chile, área próxima a la capital que congrega a 23.680 habitantes, de los cuales un 25% reside en sectores rurales y un 75% está adscrito al sistema público de salud.⁹

Se convocó a los 28 estudiantes que cursaron su IR en Llay-Llay entre marzo y noviembre del 2016, y al menos uno de cada grupo de 3-4 estudiantes consintió participar. La conformación final de la muestra correspondió al principio de saturación de la información,¹⁰ quedando constituida por diez hombres y cinco mujeres (53,6% del total de internos) de entre 23 y 26 años de edad quienes se encontraban en diferentes períodos de progresión de su internado.

Se realizaron 15 entrevistas semiestructuradas individuales con una duración de 45–90 minutos, que fueron grabadas y posteriormente transcritas. El análisis se efectuó mediante generación inductiva de categorías que luego fueron agrupadas en dimensiones o meta-categorías. Se realizó un análisis narrativo e interpretación de sus significados con base en las emociones, reflexiones y aprendizajes movilizados en sus relaciones con diferentes personas, instancias o ámbitos de su pasantía.

La investigación contó con la aprobación del Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile (Proyecto 121-2016, Acta Nro.48). Se obtuvo consentimiento firmado de cada entrevistado, asegurando el carácter voluntario de la participación y la confidencialidad.

RESULTADOS

Se realizaron entrevistas a 15 estudiantes que representan a cada rotación del IR 2016. De las narrativas de los estudiantes emergen múltiples referencias a su posición como profesionales y la relación consigo mismos, con pacientes, familias y comunidades.

Dimensión personal: asumir el rol de médicos a través de la autonomía y la visualización del proyecto profesional

Los relatos muestran que el IR permite reforzar las habilidades clínicas y organizativas relativas a los procedimientos médicos. Es una instancia para consolidar los aprendizajes obtenidos durante la carrera, pues genera oportunidades de proceder con cierta autonomía en las decisiones respecto al paciente y también ejercer la integralidad de la acción que supone la práctica clínica:

“...aprender a priorizar, aprender a que en ese mismo tiempo hacer educación, prevención, tratamiento...”

Esto contrasta con el medio hospitalario en que realizan sus otros internados, que son percibidos como “espacios protegidos” con menores campos de acción que en la APS rural:

“.....la pega del interno (en el hospital) en el fondo es como un secretario, pero ...desde el post internado rural yo encuentro que (...) estoy más incisivo en el sentido de que hagamos esto.”

“(En el hospital) no es que llega el paciente como de cero, y siempre uno es como guiado, poh. Se guía por la forma de actuar de los demás. En cambio acá uno puede tener, empezar a practicar, empezar a ver, empezar a decir, ah esto lo sé, esto lo he visto, esto lo voy a hacer de nuevo, y empezar a generar eso que todos dicen que es el ojo clínico.”

Los estudiantes ven el IR como un paso necesario para alcanzar ese imaginario del médico resolutivo, con criterio formado y seguridad en la toma de decisiones. También les permite visualizar un futuro laboral en una localidad pequeña, espacio en el que se sienten visibles, importantes y con una rutina que les muestra que es posible otra forma de vida:

“Es poco tiempo, es un esbozo (...) pero igual ayuda harto como a hacerte la idea de ya, ¿yo realmente quiero esto potencialmente para diez u once años más de mi vida o no?”

“El internado rural trata de impregnarte como de ese gusto de lo que es el general de zona. De lo que yo he conversado varias veces con médicos generales, siempre te cuentan las típicas cosas, poh. Que es un pueblo pequeño, que tu sales a la calle y todos te conocen, que atiendes siempre a los mismos pacientes... .”

El proceso además los lleva a un reconocimiento de las necesidades de los pacientes y a enfrentar con menos temor su relación con ellos, aspecto que consolida aprendizajes obtenidos en su interrelación con otros espacios clínicos, en los cuales se han transferido saberes de la práctica:

“Los doctores te dicen: a los pacientes esto les importa mucho (...) y uno no lo cree hasta que un paciente de verdad te pregunta tres veces en una consulta por eso...”

“...prefería más que mentir ir a preguntar, demorarme más, (...) después ya como que tenía la tranquilidad de decirle al paciente espere un poco voy a ir a comentárselo a mi colega al lado.”

Dimensión pacientes-familias: mirada crítica al contexto de la atención y escucha activa

El IR representa un escenario privilegiado para experimentar la práctica laboral de un médico en su vinculación con pacientes y familias, aspecto que los estudiantes refieren como una relación controlada y escasa en los entornos clínicos hospitalarios. Al sentirse responsables de la identificación y manejo de los problemas de salud de sus pacientes, buscan soluciones y se frustran cuando no lo consiguen. También se produce una mirada crítica del contexto, con relación a las limitaciones de la función médica dentro del marco de acción en APS:

“...si lo puedo resolver, tratar de hacerlo. O sea, a pesar de que me demore diez minutos más, o a pesar de que la tengo que citar de nuevo a la semana siguiente porque tengo que volver a revisar la parte teórica”

“...que te llegue un paciente, y que tú sepas que por ejemplo frente a una enfermedad el mejor tratamiento es este medicamento y que tu veas tu arsenal y que no exista, o que tú quieras que este paciente que tiene una enfermedad que tiene que ser derivado a un especialista, no pueda hacerse”.

Perciben una conexión positiva con la vida del paciente que se expresa en agradecimiento; además valoran los espacios de interrelación en que vivencian la importancia de escuchar/conversar y de buscar alternativas de solución:

“¡Sentí que la gente veía bien el trabajo de los internos (...) tratábamos de hacer todo! Entonces... muchas veces agradecían eso, decían, gracias por la atención, lo que me dedicó más tiempo, de que me examinó completo”.

“Porque en verdad si uno se sienta a conversar con ellos, se demora cinco minutos más en atenderlo, como que uno nota mucho la diferencia en la recepción que tienen los pacientes, los pacientes respecto a ti. ¡Y se nota!”.

Sin embargo, en ocasiones esto origina un sentimiento de “hacer poco”, sobre todo cuando se contrasta con la experiencia de atención a pacientes en los hospitales urbanos, en la que prevalecen las soluciones técnico-instrumentales.

Ahora que estuvimos en Llay-Llay, uno choca con esa realidad, poh. Choca contra eso de que no tienes el examen para el mismo día, no hay... ¡ponte a pedir un scanner, una resonancia! Ya es una lista de espera tremenda... las derivaciones...

Esto se pone en evidencia, especialmente, en los casos de salud mental y en pacientes considerados “difíciles”, por ser policonsultantes, poco adherentes o excesivamente demandantes. Los estudiantes se frustran al sentir que, a diferencia del hospital, no tienen herramientas para “solucionarlos”.

El tipo de interacción en torno a la escucha de un amplio espectro de necesidades relatadas por pacientes y familiares, propicia un reconocimiento de los contextos cotidianos de vida de los pacientes, a diferencia de la experiencia hospitalaria, donde el contacto con las historias vitales y sus contextos

son más distantes o, dentro la lógica de ciertas especialidades, no se abordan. Además, reconocen las redes sociales, particularmente a la familia, como cuidadores, recurso terapéutico de apoyo y también determinante de enfermedad. Cabe destacar que la particularidad del internado en contexto rural también permite el reconocimiento de otras circunstancias que distan inclusive de otros contextos de APS urbanos:

“...los que viven en la zona rural son temporeros, entonces trabajan seis meses y después están seis meses en la casa. Los seis meses que están en la casa, pelean con la familia, se ponen a tomar, consumen drogas, viene la violencia intrafamiliar...”

Dimensión comunitaria: relación con las organizaciones sociales y la tensión con lo biomédico

En el quehacer comunitario, cuestión que es distintiva y propia de los internados en APS, no así en los entornos hospitalarios, el desarrollo de una actividad de promoción de la salud en un contexto comunitario les permite vivenciar desajustes que los llevan a valorar la planificación y el conocimiento previo de la comunidad. Estas experiencias son vistas como nuevas, desafiantes y enriquecedoras, cuyo sentido se incrementa al tener cierta continuidad. Por otro lado, la experiencia en contexto de APS rural, adiciona la aproximación a temáticas atinentes a la comunidad que entran en conflicto con el discurso dominante de la práctica médica. Esto, especialmente al implementar diagnósticos con actores comunitarios, cuyos enfoques no responden al espectro de problemas puramente biomédicos a los cuales se enfrentan en la cotidianidad hospitalaria (p. ej: temas de agua), produciéndoles ambivalencia:

“...me gustaría como haber enseñado algo médico, práctico que les hubiese quedado para la vida, porque nunca me gustó mucho ese tema (organización comunitaria)... pero era lo que necesitaba la comunidad, entonces tampoco podía decir, no yo quiero hablar de esto.”

Su inserción en una iniciativa de salud centrada en la comunidad les da un sentido de propósito: les permite sentirse útiles y contribuye a que identifiquen su rol en la comunidad.

“...no era solo por cumplir una tarea sino que sentíamos que de verdad estábamos haciendo algo por la comunidad. Y que si ese trabajo se continúa pudiésemos lograr algo que de verdad ayude a la gente.”

La visualización de la realidad social del país emerge solo en casos particulares y con escasas implicaciones más allá de la práctica clínica. La mayoría advierte la existencia de comunidades organizadas, hecho que los sorprende pues está presente el (pre-) juicio de desmotivación y bajo nivel socioeconómico de la población rural.

“A veces me pasaba que los pacientes no sabían leer, poh. Y tenía que, tenía que darle las instrucciones tanto a él como al acompañante...”

“Y se dio una conversación bien bonita donde ellos en realidad se notaban como interesados (...) Yo llegué a Las Palmas que era como un acto de... chuta vamos a llegar a un lugar donde la gente de verdad no está motivada, o no tienen una identidad y no quieren hacer cosas por ellos mismos, en

realidad no era tan así. Entonces descubrimos eso y por lo menos a mí me pareció un poco como más bien esperanzador.”

Otros imaginarios de la ruralidad dicen relación con una vida más tranquila y una disposición más complaciente en el trato hacia los profesionales de la salud:

“Yo decía perdón por la demora, pero les explicaba la situación y súper comprensivos... me imagino también porque estaban en un ambiente más tranquilo, no es como acá en Santiago donde están todos apurados que todos se enojan altiro.”

DISCUSIÓN

El rol médico clásico aparece en todas las narrativas de los estudiantes. Si bien existe una visión más bien utilitaria, referida a la adquisición de habilidades clínicas y a la consolidación de lo aprendido durante la carrera, también valoran los aprendizajes del ámbito personal. Estos no solo abarcan la relación con los pacientes, sino también su vida en una comunidad pequeña, lo que generalmente es visto como algo positivo, pero que a veces les lleva a cuestionar su futuro laboral.

Es importante destacar que estas adquisiciones, vinculadas a su rol profesional, no necesariamente se sitúan en el contexto rural; también podrían ser adquiridas en un escenario de APS urbano. Las principales diferencias se establecen con el medio hospitalario y se asocian al desarrollo de habilidades clínicas. Sin embargo, también mencionan algunos elementos considerados como propios del contexto rural, tales como el residir en una localidad en la que el médico es un vecino del que se esperan determinados comportamientos dentro y fuera del consultorio y la apreciación de necesidades de las personas que solo son posibles de percibir en un contexto de ruralidad. Esto los expone a una experiencia en que su posición social genera tensiones, demandas e incertidumbres sobre su quehacer profesional que se vinculan al contexto y que no experimentan en otros escenarios, y que son impulsadas en gran medida por tener que radicarse, aunque breve en temporalidad, dentro de un espacio comunitario y cultural diferente.

Estas experiencias son fundamentales para la asimilación del MAIS, pues la integralidad y la continuidad de la atención no se sustentan en la aplicación de protocolos o el mero conocimiento del sistema de salud, sino en la comprensión de los procesos complejos de salud-enfermedad-atención que viven las personas dentro de una matriz cultural diversa. Experimentar tensiones, demandas e incertidumbres y afrontarlas desde los recursos adquiridos en diálogo con el contexto, fortalece un perfil profesional reflexivo en la salud colectiva, que reconoce las particularidades de los territorios y convive con dichas realidades en la cotidianidad.

Paralelamente, se evidencia una búsqueda vital en la esfera personal, asociada a una noción un tanto bucólica de la vida en esos lugares apartados de la ciudad, en que la ruralidad se asocia a vida tranquila y paisajes hermosos: *“al lado de la posta había caballos”*. En comparación con sus experiencias de atención urbana, los estudiantes perciben agradecimiento, disposición y sumisión a la prescripción médica por parte de los pacientes, lo que se corresponde con una forma de relación naturalizada tanto por ellos como por el entorno. Esta interacción les genera bienestar, sin conducir a una reflexión profunda sobre sus posibles condicionantes en el marco del fenómeno de salud rural.^{5,11}

Respecto a las determinación social de la salud, se advierte una brecha en la incorporación del concepto de la pertenencia del paciente a una comunidad. Prácticamente todas las alusiones a esta última se refieren solo al ámbito familiar o de redes sociales cercanas para el cuidado o apoyo directo en la enfermedad, no así de otras organizaciones sociales o comunitarias con un rol potencial en labores de cuidado. La implementación de la actividad de promoción de salud favorece una valoración de la comunidad, al ser una experiencia diferente a otras realizadas durante su formación. Sin embargo, los estudiantes se sienten inexpertos para implementar acciones comunitarias, lo que se incrementa al promover prácticas dialógicas y abiertas a las necesidades de la comunidad.¹² Estas acciones los tensionan porque se exponen a un área subdesarrollada durante su formación médica, no visibilizada por ellos como parte de su labor profesional: asumir un rol como gestores de salud en un territorio y con una población determinada.^{3,4}

En Chile, un análisis de los perfiles de egresos declarados de quince carreras de medicina pertenecientes a la Asociación de Facultades de Medicina encontró que, si bien casi todos mencionan la promoción y prevención de salud, el pensamiento crítico frente al contexto socio-histórico y económico institucional, nacional y mundial no era un eje clave de la formación.¹³ Esto es coherente con las necesidades formativas cuyos relatos también abarcan etapas previas al internado: los estudiantes muestran, de forma implícita, limitaciones para reflexionar sobre estos contextos institucionales y sociales. Esto puede relacionarse con una transmisión interprofesional que refuerza la idea de un ser médico especializado y una subestimación del perfil médico generalista, cuestión ya advertida en estudios previos: esta última es vista como etapa transitoria en la vida profesional, como paso previo a la especialización.⁵ También en este estudio, los estudiantes distinguen claramente las diferencias entre los diversos espacios clínicos y la importancia de la práctica en APS, pero asumen la reproducción del modelo de formación, sin posibilidades de cambio y en algunos casos con frustración.

A nivel mundial existen experiencias exitosas de formación de profesionales de la salud en y para el medio rural. Las más conocidas son las desarrolladas en Australia^{14,15} y Canadá¹⁶ y por algunas universidades en Estados Unidos;^{17,18} posteriormente también en Sudáfrica.¹⁹ También en Latinoamérica existen experiencias de formación de profesionales de la salud que promueven una orientación humanista y socialmente comprometida en y con la APS.^{20,21}

Entre los factores que favorecen los aprendizajes significativos en estos contextos destaca la creación de fuertes vínculos con el paciente y la comunidad, además de con sus pares, la institución académica y sus tutores. Strasser y Neusy identifican que cualquiera sea la opción laboral posterior, los escenarios rurales proveen experiencias altamente significativas para los estudiantes de carreras de salud: permiten más prácticas y por tanto el desarrollo de competencias procedimentales relacionadas con una amplia variedad de problemas.²² En la experiencia del IR analizada aquí se verifica su importancia para la consolidación de aprendizajes, tanto técnicos como de habilidades organizativas y comunicacionales vinculadas a los procedimientos clínicos, quedando pendientes aspectos de su rol profesional en los contextos comunitarios rurales. Estos resultan difíciles de identificar dentro de una práctica acotada en su duración temporal y en un marco institucional que progresivamente ha ido restringiendo las posibilidades de campos clínicos en contextos rurales. Además, se trata de una ruralidad que cada vez más representa la periferia de centros urbanos, no solo en sentido geográfico sino también sociocultural; esta no siempre se evidencia en la atención asistencial en la que prevalece de forma incuestionada y no reflexiva el enfoque biomédico.

Entre las limitaciones de este estudio, la principal se relaciona con la voluntariedad de participar en las entrevistas, lo que podría producir un mayor reporte de experiencias positivas en el IR, considerando que la consulta se solicita desde las tutoras que acompañaron el proceso. Sin embargo, el enfoque

metodológico aplicado en el IR, que propiciaba el diálogo y la generación de confianza entre los involucrados y el iniciar las entrevistas con un relato abierto sobre sus vivencias, facilitó la libre expresión de los entrevistados y contribuyó a la fidelidad de lo dicho con relación a lo experimentado en la práctica.

CONCLUSIÓN

La experiencia de internado rural contribuye a la formación personal y a la relación médico-paciente-familia-comunidad, fortaleciendo una mirada crítica de la práctica, de su rol y del sistema de salud. Esta reflexión crítica debería ser profundizada mediante un mayor y más intenso involucramiento con las comunidades, más espacios y mecanismos de reflexión y la retroalimentación de la práctica médica del equipo de salud local por parte de los estudiantes, creando así un circuito de aprendizaje y reforzamiento del Modelo de Atención Integral.

AGRADECIMIENTOS

Agradecimientos al equipo de salud del Centro de Salud Llay-Llay y a estudiantes del Programa de Internado Rural de Medicina por su valiosos aportes a la investigación.

CONFLICTOS DE INTERESES

Nada a declarar.

CONTRIBUCIONES DE LOS AUTORES

KPS: Administración del proyecto, Análisis formal, Conceptuación, Consultoría de datos, Escrita – primera redacción, Escrita – revisión y edición Investigación, Metodología, Software, Supervisión, Validación, Visualización. SBV: Análisis formal, Conceptuación, Consultoría de datos, Escrita – primera redacción, Escrita – revisión y edición, Investigación, Metodología, Supervisión, Validación, Visualización. SEM: Análisis formal, Conceptuación, Consultoría de datos, Escrita – primera redacción, Escrita – revisión y edición, Visualización.

REFERENCIAS

1. Surmon L, Bialocerkowski A, Hu W. Perceptions of preparedness for the first medical clerkship: a systematic review and synthesis. *BMC Med Educ* 2016;16(1):89. <https://doi.org/10.1186/s12909-016-0615-3>
2. Organización Panamericana de la Salud. La formación en medicina orientada hacia la atención primaria de salud. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2008. Disponible en: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Formacion_Medicina_Orientada_APS.pdf
3. Chile. Ministerio de Salud. Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria. Dirigido a equipos de salud. MINSAL; 2013. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>
4. Parada-Lezcano M, Romero S MI, Cortés FM. Educación médica para la Atención Primaria de Salud: visión de los docentes y estudiantes. *Rev Méd Chile* 2016;144(8):1059-66. <http://doi.org/10.4067/S0034-98872016000800014>
5. Carvajal Y, Carvajal J, Figueroa E, Ibacache J, Jaramillo F, Winkler M. Propuesta para el desarrollo de la salud en el ámbito rural. *Cuadernos Médico Sociales* 2007;47(3):139-54.
6. Romero Cabrera J. Lo rural y la ruralidad en América Latina: categorías conceptuales en debate. *Psicoperspectivas*. 2012;11(1):8-31.
7. Millán TK, Vargas NAC, Madrid NC. Internado rural em la carrera de medicina de la Universidad de Chile; uma experiência de aprendizaje significativo. *Educación Médica*. 2006;9(3):116-7. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/edu/v9n3/original3.pdf>.

8. Gómez GR, Flores JG, Jiménez EG. Metodología de la Investigación Cualitativa. Málaga: Ediciones Aljibe; 1999.
9. Gobierno Regional Región Valparaíso. Plan de Desarrollo Comunal de Llay-Llay 2014-2018. Disponible en: https://www.municipalidadllayllay.cl/media/PLAN-DE-DESARROLLO-LLAYLAY-Final_593eb8325ea3f.pdf.
10. Ossó AB, Gol IJ, Salut CD de. Escuchar, observar y comprender: recuperando la narrativa en las ciencias de la salud : aportaciones de la investigación cualitativa. IDIAP Jordi Gol; 2014.
11. Breilh J. La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. *Salud Colectiva*. 2010;6(1):83-101.
12. Ladhani Z, Scherpbier AJJA, Stevens FCJ. Competencies for undergraduate community-based education for the health professions – a systematic review. *Medical Teacher* 2012;34(9):733-43. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2012.700742>
13. Parada M, Romero MI, Moraga F. Perfiles de egreso de las carreras de Medicina en Chile. *Rev Méd Chile* 2015;143(4):512-9. <http://doi.org/10.4067/S0034-98872015000400014>
14. Sturmberg JP, Reid AL, Thacker JL, Chamberlain C. A community based, patient-centred, longitudinal medical curriculum. *Rural Remote Health* 2003;3(2):210. PMID: 15877510
15. Greenhill JA, Walker J, Playford D. Outcomes of Australian rural clinical schools: a decade of success building the rural medical workforce through the education and training continuum. *Rural Remote Health* 2015;15(3):2991. PMID: 26377746
16. Krupa LK, Chan BTB. Canadian rural family medicine training programs: growth and variation in recruitment. *Can Fam Physician* 2005;51(6):852-3. PMID: 16926955
17. Longenecker RL, Schmitz D. Building a community of practice in rural medical education: growing our own together. *Rural Remote Health* 2017;17(1):4195. <http://doi.org/10.22605/rrh4195>
18. Osman NY, Atalay A, Ghosh A, Saravanan Y, Shagrin B, Singh T, et al. Structuring medical education for workforce transformation: continuity, symbiosis and longitudinal integrated clerkships. *Educ Sci* 2017;7(2):58. <https://doi.org/10.3390/educsci7020058>
19. Van Schalkwyk SC, Bezuidenhout J, Conradie HH, Fish T, Kok NJ, Van Heerden BH, et al. 'Going rural': driving change through a rural medical education innovation. *Rural Remote Health* 2014;14:2493. PMID: 24803108
20. Almeida-Filho N. Higher education and health care in Brazil. *Lancet* 2011;377(9781):1898-900. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60326-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60326-7)
21. Vieira LM, Sgavioli CAPP, Simionato EMRS, Inoue ESY, Heubel MTCD, Conti MHS, et al. Formação profissional e integração com a rede básica de saúde. *Trab Educ Saúde* 2016;14(1):293-304. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00093>
22. Strasser R, Neusy AJ. Context counts: training health workers in and for rural and remote areas. *Bull World Health Organ* 2010;88(10):777-82. <https://doi.org/10.2471%2FBLT.09.072462>