



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

MODALIDAD PRESENCIAL

ESCUELA DE MEDICINA

TEMA:

**“Actividades de Atención Primaria en Salud en el cantón
Yacuambi de la provincia de Zamora Chinchipe durante Agosto
2010 – Febrero 2011”.**

**Tesis de fin de carrera previa a la obtención
del título de: MÉDICO**

AUTOR:

Johanna Elizabeth Piedra Carrillo
Tatiana Maribel Merino Mijas

DIRECTOR:

Dra. Patricia González Granda

**CENTRO UNIVERSITARIO LOJA
2011**



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

MODALIDAD PRESENCIAL

ESCUELA DE MEDICINA

TEMA:

**“Actividades de Atención Primaria en Salud en el cantón
Yacuambi de la provincia de Zamora Chinchipe durante Agosto
2010 – Febrero 2011”.**

**Tesis de fin de carrera previa a la obtención
del título de: MÉDICO**

AUTOR:

Johanna Elizabeth Piedra Carrillo
Tatiana Maribel Merino Mijas

DIRECTOR:

Dra. Patricia González Granda

**CENTRO UNIVERSITARIO LOJA
2011**

1. CERTIFICACIÓN DE APROBACIÓN (DIRECTOR DE TESIS)

Doctor(a).
Patricia González Granda
Director(a) de tesis

Certifica:

Que el presente trabajo de investigación titulado “**Necesidades de Atención en Salud en el cantón Yacuambi de la provincia de Zamora Chinchipe durante AGOSTO 2010 – FEBRERO 2011**”, realizado por el (las) estudiantes Johanna Elizabeth Piedra Carrillo, y Tatiana Maribel Merino Mijas; ha sido supervisado y revisado el mismo que se ajusta al método científico y las normas establecidas por la Escuela de Medicina de la Universidad Técnica Particular de Loja, por lo que autorizo su presentación, publicación y defensa.

Loja, 30 de Septiembre de 2011

Dra. Patricia González
Directora de tesis

2. AUTORÍA

Todos los criterios, opiniones, afirmaciones, resultados, análisis, interpretaciones, conclusiones, recomendaciones y todos los demás aspectos vertidos en el presente trabajo son de absoluta responsabilidad de su autor(a).

Loja, 30 de Septiembre 2011

.....
Johanna Elizabeth Piedra Carrillo
Autora

.....
Tatiana Maribel Merino Mijas
Autora

.....
Dra. Patricia González
Director(a) de tesis

3. DEDICATORIA

A Dios por habernos permitido llegar hasta este punto para lograr nuestros objetivos. A los que nunca dudaron que lograríamos este triunfo: NUESTROS PADRES por habernos apoyado en todo momento por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que nos ha permitido ser unas personas de bien, por los ejemplos de perseverancia y constancia que los caracterizan y que nos han infundado siempre, por el valor mostrado para salir adelante y por su amor.

Johanna Elizabeth Piedra Carrillo

Tatiana Maribel Merino Mijas

4. AGRADECIMIENTO

A Dios, nuestro señor, nuestro Guía, nuestro Proveedor,
nuestro Fin Ultimo; sabes lo esencial que has sido en nuestra posición
firme de alcanzar esta meta, esta alegría.

A nuestros padres por darnos la estabilidad emocional,
económica, sentimental para poder llegar hasta este logro,
su esfuerzo, se convirtió en su triunfo y en el nuestro.

A nuestra directora de tesis quién nos ayudo en todo momento
y a la Universidad Técnica Particular de Loja, por darnos la oportunidad de
aprender y forjarnos como profesional.

Johanna Elizabeth Piedra Carrillo
Tatiana Maribel Merino Mijas

5. CONTRATO DE CESIÓN DE DERECHO DE TESIS

Nosotros, Johanna Elizabeth Piedra Carrillo y Tatiana Maribel Merino Mijas, declaramos ser autores del presente trabajo y eximimos expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes de posibles reclamos o acciones legales.

Adicionalmente declaramos conocer y aceptar la disposición del artículo 67 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente dice: “Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigadores, trabajos científicos o técnicos o tesis de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”.

Johanna Elizabeth Piedra Carrillo
Autora

Tatiana Maribel Merino Mijas
Autora

Dra. Patricia González
Directora de tesis

Índice de contenidos

Contenidos	Páginas
1. Portada	I
2. Caratula	II
3. Certificación de aprobación de director	III
4. Autoría	IV
5. Dedicatoria	V
6. Agradecimiento	VI
7. Contrato de cesión de derecho de tesis	VII
8. Índice de contenidos	VIII
9. Resumen	10
10. Introducción	11
11. Objetivo	15
11.1. Objetivo General	15
11.2. Objetivo Específico	15
12. Metodología	16
13. Desarrollo de tesis	19
13.1. Capítulo 1: Atención Primaria en Zonas Rurales	19
13.1.1. Introducción a la Atención Primaria en Salud	20
13.1.2. Definición	22
13.1.3. Actividades que se realizan en Atención Primaria.	23
13.1.4. Trabajando y aprendiendo juntos para el bien de todos.	24
13.1.5. Organización de la Atención Primaria.	26
13.1.6. Características de la Atención Primaria en Salud.	27
13.1.7. Los sistemas de Salud basados en APS.	31
13.1.8. La salud en los pueblos indígenas.	32
13.1.9. Situación de salud de las nacionalidades y pueblos indígenas en el Ecuador.	33
13.2. Capítulo 2: Capacitación en Atención Primaria.	35
13.2.1. Introducción.	36
13.2.2. La formación del profesional de grado.	43
13.2.3. Programa docente asistencial en APS para el pregrado en Medicina.	44
13.2.4. En relación a los escenarios de aprendizaje.	46
13.2.5. En relación al currículo.	46
13.2.6. En relación a la orientación a los alumnos.	47
13.2.7. En relación a la investigación académica.	47
13.2.8. Programa docente asistencial de la formación de pregrado en enfermería.	48
13.2.9. La formación en Costa Rica.	48
13.2.9.1. Especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria	48
13.2.9.2. Maestrías en Salud Pública	49
13.2.10. Programa Internacional de Posgrado APS Integral en Ecuador.	50
13.2.10.1. Una propuesta en formación básica basada en la APS Integral.	51

13.3.	Capítulo 3: Programas de Capacitación a Distancia en APS.	52
13.3.1.	Introducción a los Programas a Distancia.	53
13.3.1.1.	Salud y Seguridad en el Trabajo Rural.	54
13.3.1.2.	Finanzas Rurales.	54
13.3.1.3.	La educación a distancia en el INTA (Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria)	54
13.3.1.4.	PROCADIS (Programa de Capacitación a Distancia)	55
13.3.2.	Educación a distancia virtual.	
13.3.3.	Educación a distancia y ruralidad construcción de un espacio de integración y cooperación para el desarrollo de los territorios.	55
13.3.4.	Estrategias de educación continua a distancia.	56
13.3.4.1.	Tele-salud.	57
13.3.4.2.	Modelos didácticos-impresos/multimedia.	57
13.3.4.3.	Evaluación de prácticas de educación continua.	58
13.3.5.	Estrategias y plan de acción sobre eSalud.	59
13.3.5.1.	Introducción.	60
13.4.	Resultados.	
13.4.1.	Resultado 1: Necesidades de Atención en Salud del cantón Yacuambi.	63
13.4.2.	Resultado 2: Necesidades de Capacitación en Atención Primaria en Salud en los Médicos.	73
13.4.3.	Resultado 3: Elaboración de un programa por módulos de Capacitación en APS para médicos rurales.	83
13.4.4.	Resultado 4: Curso de capacitación a distancia en APS	88
14.	Conclusiones y Recomendaciones.	
14.1.	Conclusiones.	91
14.2.	Recomendaciones.	92
14.3.	Discusión	93
14.4.	Bibliografía	96
14.5.	Anexos.	100
14.5.1.	Anexo 1	100
14.5.2.	Anexo 2.	102
14.5.3.	Anexo 3.	103

6. RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue determinar las actividades realizadas por el personal de Atención Primaria en Salud realizadas en la población del cantón Yacuambi y necesidades de capacitación para los médicos rurales mediante encuestas con la finalidad de ofrecer un programa de teleeducación en Atención Primaria en Salud.

Se realizó un tipo de estudio descriptivo, aplicativo con enfoque cuantitativo y de diseño transversal, en el Área de salud No. 1 del cantón Yacuambi en las unidades operativas donde está instalada la red de telemedicina, la muestra corresponde al total de médicos rurales y al 5% de la población (261 habitantes) a los cuales se les aplicó una encuesta con la que se pudo determinar que dentro de las actividades realizadas en la consulta hay diferencias significativas en la entrega de material informativo y educación en salud, así mismo en la encuesta realizada a los médicos rurales solo el 25%, refiere haber recibido capacitación en APS durante su medicatura rural. En relación al estado de salud de la población se encontró que la primera causa de morbilidad en la mayoría de los grupos de edad fue la parasitosis, seguida de infección respiratoria alta (IRA) y enfermedad diarreica aguda (EDA).

Tomando en cuenta esta problemática se elaboró y diseñó un programa de capacitación en APS para ser implementado a distancia a través del proyecto Telesalud UTPL Tutupaly.

7. INTRODUCCIÓN:

La atención primaria en salud forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, familia y comunidad con el sistema de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

La conferencia de la OMS-Unicef de Alma-Ata en el año de 1978 definió la Atención Primaria de Salud como la asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.

Teniendo claro el verdadero concepto de atención primaria en salud, podemos decir que es probablemente uno de los puntos más importantes que debería ser tomado en cuenta por todos aquellos que son llamados a cuidar y mantener la salud de la comunidad.

Pero ¿Cómo lograr Atención Primaria en Salud?, lógicamente no es un proceso sencillo, tomará tiempo crear un programa que permita brindar atención primaria de la manera más idónea posible. Para llegar a materializar este cometido debemos partir de un punto estratégico constituido por los médicos rurales.

En nuestro país contamos con el programa de medicatura rural dirigido por el Ministerio de Salud Pública, en el que participan todos aquellos médicos que ya han cursado sus estudios académicos en la carrera de medicina con el fin de brindar a la población rural atención en salud.

Al llegar a la comunidad al que ha sido asignado, la primera labor del médico rural además de conocer a la población y sus necesidades es, enseñar en primera instancia en qué consiste la atención primaria en salud permitiendo así que la población le brinde una mayor apertura y facilidad para desempeñar su trabajo.

En el ambiente rural el médico se encontrará con diferencias significativas con respecto al tipo de pacientes y el nivel de educación de los mismos. Una diferencia muy grande que se puede establecer es que el paciente urbano tiende a preocuparse más por las causas de la enfermedad probablemente con el fin de eliminar todo agente que pudiera provocarla, en contraste el paciente rural tiende a mostrar mayor interés por el pronóstico de la enfermedad llevándolos a aceptar la enfermedad como un proceso natural.

Es muy importante señalar que el médico rural debe hacer constar en su planificación un tiempo destinado a la enseñanza de formas de prevención de enfermedades, no solamente con el fin de evitar que su comunidad enferme, sino también con el fin de evitar complicaciones a las que se pueden ver sometidos a consecuencia del aislamiento en el que se encuentran; al mencionar aislamiento nos referimos a que en este nivel no se cuenta con todas las facilidades que se puede encontrar en la región urbana, un ejemplo de esto es la poca accesibilidad al servicio de hospitales y por ende a medios diagnósticos tecnificados.

Entonces se podría decir que necesitamos un nuevo tipo de médico de cabecera en el que se asocien sus características tradicionalmente positivas en los terrenos del conocimiento y contacto profundo con los pacientes a su cargo y de la comunidad de la asistencia prestada, con otras relacionadas con el cambio de orientación que implica pasar del objetivo de enfermedad individual al de salud colectiva, al trabajo de equipos multidisciplinarios en centros de salud y al desarrollo de actividades de promoción y preventivas.

También es necesario potenciar decididamente las capacidades docentes y de investigación propias del sistema sanitario, por lo tanto hay que proceder a una transformación y potenciación de la figura del médico de atención primaria, incrementando su prestigio científico y profesional mejorando así su imagen social.

Entonces una de las herramientas con las que cuenta el médico rural es la telemedicina mediante el empleo de las tecnologías de información y comunicaciones para brindar asistencia médica a quien lo requiera en sitios distantes. Básicamente consiste en la transferencia de información médica a través de redes de comunicación. La tecnología para desempeñar la telemedicina puede ir desde el uso de la simple red telefónica hasta los enlaces satelitales, pasando por el intercambio de señales de video y las teleconferencias remotas para trabajo en grupos, son entre muchas otras las posibilidades y aplicaciones.

La telemedicina en tiempo real emplea sistemas de video conferencia unidos a una serie de equipos periféricos, los cuales pueden incluir herramientas de evaluación médica tales como: estetoscopios digitales, ecocardiógrafos, electrocardiogramas, oftalmoscopios, otoscopios, etc. Por lo tanto la red de telecomunicación en el cantón Yacuambi para telemedicina nos ayudará en la capacitación de médicos rurales ya que es un recurso tecnológico que posibilita la optimización de los servicios de atención primaria, facilitando el acceso a zonas distantes para obtener atención de especialistas.

Además es muy importante la continua preparación y actualización de los médicos rurales, esto mediante la teleeducación la misma que proporciona nuevas formas de aprendizaje, que enriquezcan los conocimientos de los médicos rurales a través de una interface de multimedia, sin restricciones de espacio y tiempo.

El desarrollo de las aplicaciones multimedia junto con las nuevas tecnologías digitales como el CD-Rom, o sistemas de comunicación como videoconferencia, facilitan el camino hacia un modelo de aprendizaje diferente es decir instruirles

en las técnicas del autoaprendizaje y la autoformación que, junto con la tecnología audiovisual, permiten un aprendizaje muy completo, por lo menos en cuanto al contenido, por lo tanto la meta que se propone con un sistema de teleeducación es proporcionar conocimientos a grandes grupos de personas geográficamente dispersas y distantes.

Al capacitar a los profesionales en atención primaria en salud a quienes colaboran con ellos sin lugar a dudas conseguiremos una población rural más sana y más educada en lo que ha salud se refiere.

Por lo tanto el propósito de la atención primaria de la salud consiste en mejorar el estado sanitario de la población, involucrándola a través de la participación social, brindando cobertura universal mediante actividades de promoción y prevención de la salud, por medio de la visita periódica domiciliaria del agente sanitario, con apoyo continuo y sistemático de la consulta médica y odontológica programada, y con todas las prestaciones incluidas en los Programas de Salud, coordinando intra y extra sectorialmente en pos del bienestar comunitario

Por lo expuesto, es de vital importancia la realización de un proyecto intervencionista que permita capacitar continuamente a los médicos rurales en este punto de la asistencia en salud, partiendo desde las carencias que puedan presentarse tanto en el medio en que se desenvuelve como en sus conocimientos acerca del tema y a su vez crear un programa ofertado por la web con accesibilidad para dichos médicos.

8. OBJETIVOS:

8.1. Objetivo General

Determinar las actividades de Atención Primaria en salud realizadas en la población del cantón Yacuambi y necesidades de capacitación de los médicos rurales mediante encuesta con la finalidad de ofrecer un programa de teleeducación en atención primaria en salud.

8.2. Objetivos Específicos

Determinar las actividades de Atención Primaria en salud en la población del cantón Yacuambi.

Establecer las necesidades de capacitación en atención primaria en los médicos rurales del cantón Yacuambi.

Elaborar y diseñar un programa de capacitación en atención primaria en salud para su futura implementación a través del proyecto de telemedicina de la UTPL.

9. METODOLOGÍA:

9.1. Tipo de estudio

Tipo de estudio: descriptivo, aplicativo con enfoque cuantitativo y de diseño transversal.

9.2. Universo

Médicos rurales y población de Yacuambi según el censo del INEC (CENSO INEC 2001- 5229 habitantes, divididos 895 en área urbana y 4 334 en área rural).

9.3. Muestra

El total de médicos rurales y el 5% de la población (261 habitantes).

9.4. Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	MEDICIÓN	INDICADOR
Necesidades de capacitación del médico rural	Sensaciones de carencia, propias de los seres humanos y que se encuentran estrechamente unidas a un deseo de satisfacción de las mismas	-Conocimientos acerca de atención primaria. -Aplicación de la atención primaria.	-Nivel de conocimiento.
Actividades de Atención Primaria en Salud	Promoción: proceso mediante el cual las personas, familias y comunidades logran mejorar su nivel de salud al asumir un mayor control sobre sí mismas ¹ . Prevención: es la adopción de medidas encaminadas a impedir que se produzcan deficiencias físicas, mentales y sensoriales.	-Estado de salud. -Conocimiento de medidas preventivas. -Aplicación de medidas preventivas.	-Causas de morbilidad. -Nivel de conocimiento.
Programa de capacitación en atención primaria en	Educación que recibe una persona con el fin de estimular su efectividad en la posición que desempeña. Esta tiene objetivos	-Contenidos del programa elaborados	-Presencia de los módulos en la página web de telemedicina.

¹ Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad (Documento A/37/51)

salud	a corto o mediano plazo y busca desarrollar una capacidad específica		
--------------	--	--	--

9.5. Área de investigación

El lugar donde se llevó a cabo la investigación fue el Área de Salud No. 1 del cantón Yacuambi en unidades operativas donde funciona la red de Telemedicina.

9.6. Métodos y Técnicas de recolección de datos

Los datos fueron obtenidos por medio de la aplicación de encuestas a los médicos rurales que laboran en el “PROYECTO DE TELESALUD UTPL TUTUPALY”.

9.7. Procedimiento

- Para determinar las actividades de Atención Primaria en el cantón Yacuambi se aplicaron encuestas dirigidas a la población las mismas que fueron aplicadas al azar en las visitas casa por casa hasta completar la muestra.
- Para conocer el estado de salud se tomó en cuenta los informes de los médicos rurales (concentrados mensuales y perfiles) de la población del año 2009.
- Para realizar un diagnóstico de las necesidades de capacitación en atención primaria de los médicos rurales del cantón Yacuambi se realizó mediante la aplicación de encuestas.
- Luego de la recolección de datos se procedió a elaborar y diseñar un programa de capacitación en Atención Primaria en salud con ayuda de herramientas TIC (Tecnologías de la Información y la Comunicación, técnicas de evaluación y fichas de observación, para su futura implementación a través del proyecto de telemedicina de la UTPL como parte del servicio de Teleeducación.

- El programa de capacitación por módulos se ingresó en la página web del proyecto TELESALUD UTPL TUTUPALY.
- Se recolectaron datos bibliográficos basados en la revisión de artículos científicos publicados en fuentes confiables como: Uptodate, Revista Scielo, Biblioteca Virtual de Salud, buscadores MESH Y DECS y demás fuentes de publicación médica científica destacadas.

9.8. Plan de tabulación y análisis

Se analizó y tabuló los datos obtenidos en las encuestas mediante la aplicación de programas computarizados especializados tales como Microsoft Office Excel 2007.

Capítulo 1

1. ATENCIÓN PRIMARIA EN LAS ZONAS RURALES

1.1. Introducción a la atención primaria en salud:

La Atención Primaria de Salud (APS), conforme la Organización Panamericana de Salud (OPS), debe constituir la base de los sistemas nacionales de salud por ser la mejor estrategia para producir mejorías sostenibles y una mayor equidad en el estado de salud de la población. Dicha recomendación se sustenta en el momento actual sobre sólidas evidencias científicas. La APS abarcadora es un conjunto de valores: derecho al más alto nivel de protección de la salud, solidaridad y equidad; principios: responsabilidad gubernamental, sostenibilidad, intersectorialidad, participación social entre otros y, elementos estructurantes del sistema de servicios de salud (atributos de la APS): acceso de primer contacto, integralidad, longitudinalidad, coordinación, orientación familiar y comunitaria y competencia cultural. Para garantizar la legitimidad de esta estrategia frente a la sociedad, el sistema de servicios de salud basado en la APS debe estar caracterizado por el más alto patrón de excelencia posible. Este objetivo solo puede ser alcanzado con la presencia de profesionales calificados formados para tal fin².

La APS, como estrategia global para mejorar la salud de las comunidades, debe ser una estrategia intersectorial, que incluye al sector salud pero también atraviesa transversalmente otros sectores sociales (educación, vivienda, seguridad social, etc.), cuya implementación no depende solo de los profesionales de la salud sino que requiere del aporte integrado de muchas disciplinas y, fundamentalmente, de decisiones políticas firmes.

La contribución a la APS por parte de los médicos y de otros profesionales del equipo de salud, como los enfermeros, los trabajadores sociales, los psicoterapeutas, las obstétricas o matronas, nutricionistas, odontólogos, farmacéuticos, agentes sanitarios o promotores de la salud, y los miembros del personal administrativo, se conoce como Atención Médica Primaria. Es importante puntualizar las diferencias, ya que los médicos podemos contribuir significativamente al mejoramiento de la salud solo cuando otras intervenciones

² Rincón M, Rodríguez I, Barrio Adentro y Alma Ata, RCS, 2010; Vol. XVI, No 3, 516-517.

para mejorar las condiciones sanitarias (agua corriente, saneamiento ambiental, alimentación, etc.) tienen lugar antes.

Los principios de la Atención Primaria de Salud (APS) son el resultado de la Declaración de Alma Ata (Werner et al., 2000). Para su aprobación y compromiso, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), convocan a diversos países para que formen parte de este acuerdo en materia de salud, se efectúa una convocatoria para una reunión de 1978 por, la misma con la presencia de 134 países (no estuvo China), 67 organismos internacionales, y un sinnúmero de organizaciones no gubernamentales (Werner et al., 2000).

En esta misma convocatoria se estableció lo que se asumiría como la APS y los elementos que la misma tendría que cumplir, para de esta manera. Lograr una línea de orientación, en su implementación por los diversos países que asumieron el compromiso de adoptar los principios de la Declaración.³

Para adentrarnos en el amplio tema de la **Atención Primaria en Salud (APS)**, es importante conocer algunos datos del origen de la misma, que han marcado la historia de este importante tema.

El origen de la APS se remonta al 12 de septiembre de 1978, en la ciudad de Alma-Ata capital de la entonces República Socialista Soviética de Kazajistán, en la que representantes de 134 países establecieron los términos de una importantísima declaración que motivó a los gobiernos, a los entes encargados de la salud y a la comunidad mundial para que adoptarán medidas con carácter de urgentes con el fin de proteger la salud de todos los ciudadanos del mundo.

En la declaración de Alma Ata se estableció que la APS es la encargada de brindar un tratamiento completo de los problemas de salud y organizar los servicios de salud que permitan realizar servicios globales, continuos, integrales, distribuidos equitativamente buscando su eficacia y eficiencia.

³ Rincón M, Rodríguez I, Barrio Adentro y Alma Ata, RCS, 2010; Vol. XVI, No 3, 516-517.

“La APS forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto entre los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria”.

Uno de los términos de la literatura médica y de salud que más se ha prestado a confusión e interpretaciones es el de “Atención Primaria de Salud”. Como mínimo ha habido dos vertientes para esta confusión:

- Desconocer el origen de los términos de la definición, su adopción política universal y la orientación técnica dada a la misma.
- La semejanza entre los términos “atención primaria” y “primer nivel de atención”.

Consecuentemente se ha empleado el término para denotar al personal auxiliar del primer nivel de atención, o bien para señalar unidades o programas del primer nivel con personal auxiliar de salud.

1.2. Definición

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la APS como “la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad”.⁴

La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente

⁴ OMS. Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978.

aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de la salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.⁵

Hace 30 años, la Declaración de Alma-Ata definió la atención primaria de salud como un conjunto de valores rectores para el desarrollo sanitario, un conjunto de principios para la organización de servicios de salud y una variedad de criterios para abordar las necesidades sanitarias prioritarias y los determinantes fundamentales de la salud.

1.3. Actividades que se realizan en atención primaria.

La APS está dirigida resolver los problemas principales de la comunidad, por ello sus actividades se basan en el trabajo en equipo para de esta forma lograr abarcar la mayor parte de inconvenientes que se puedan suscitar en el campo de la salud.

La APS tiene diferentes frentes de trabajo entre los que destacan un conjunto de actividades intersectoriales en las que se realiza:

- Educación sanitaria.
- Provisión de alimentos.
- Saneamiento básico.
- Inmunizaciones.

⁵ Declaración de Alma-Ata. En: Alma-Ata 1978: atención primaria de salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1978. pp. 3-4.

- Abastecimiento de medicamentos.

APS como un nivel de asistencia se encarga de:

- Provisión de instalaciones y financiación.
- Planificación y programación de actividades en la zona de influencia.
- Capacitación del equipo de salud.
- Desarrollo de redes de atención para la referencia y contrarreferencia de pacientes.

Antes de que usted y su comunidad intenten cualquier proyecto o actividad, piensen bien en estas preguntas: ¿Qué requerirá? ¿Qué tan seguro es que tenga éxito? Consideren todo lo siguiente:

1. **Necesidades que la gente siente:** lo que la gente piensa que son sus mayores problemas.
2. **Verdaderas necesidades:** los pasos que puede tomar la gente para resolver esos problemas de forma duradera.
3. **Voluntad:** ganas de la gente para planear y tomar los pasos necesarios.
4. **Recursos:** las personas, habilidades, materiales o dinero necesarios para poder tomar esos pasos.

1.3.1. Trabajando y aprendiendo juntos para el bien de todos

Hay muchas formas de interesar a la gente para que trabaje junta para resolver sus necesidades comunes.

1. Un comité de salud del pueblo. El pueblo puede elegir a un grupo de personas capaces e interesadas para que ayuden a planear y a guiar las actividades para el bienestar de la comunidad.

2. Discusiones en grupo. Las madres, los padres, los niños, los jóvenes, los curanderos y otros grupos pueden hablar de las necesidades y problemas que afectan la salud.
3. Fiestas de trabajo. Los proyectos de la comunidad, como poner agua potable o limpiar el pueblo, pueden avanzar rápidamente y ser divertidas si todos colaboran.
4. Cooperativas. La gente puede ahorrar dinero compartiendo herramientas, almacenes y quizás hasta la tierra. La cooperación puede tener un gran impacto en el bienestar de la gente.
5. Visitas a la escuela. Trabaje con el maestro de la escuela para aumentar las actividades relacionadas con la salud, por medio de demostraciones y teatro campesino. También invite a grupos de alumnos al puesto de salud. Los niños no solo aprenden rápidamente sino que puede ayudar en muchas formas. Si usted les da la oportunidad, los niños pueden convertirse en un valioso recurso.
6. Reuniones de salud para madres e hijos. Es muy importante que las mujeres embarazadas y las madres de niños pequeños (menores de 5 años) estén bien informadas acerca de sus propias necesidades de salud y las de sus niños. Las vistas regulares al puesto de salud sirven tanto para chequeos como para aprendizaje. Pida a las madres que llenen las tarjetas de salud de sus hijos y que las traigan cada mes para anotar su edad y peso. Ellas pueden llegar a entenderlas aunque no sepan leer. Las madres que entienden la tarjeta, muchas veces se esmeran porque sus niños coman y crezcan bien. Tal vez usted pueda ayudar a entrenar a las madres interesadas para que organicen y guíen estas actividades.
7. Visitas a los hogares. Haga visitas cordiales a los hogares, sobre todo a los de las personas que tienen problemas que no les permiten visitar el puesto de salud o que no participan en las actividades de grupo. Pero respete también la vida privada de las personas. Si su visita no puede ser

amistosa, no la haga, a menos que estén el peligro niños o personas indefensas.⁶

1.4. Organización de la Atención Primaria.

La organización está determinada por:

- Estructura.
- Proceso.
- Resultado.

Elementos que se describen en los siguientes párrafos.

- **Estructura**

El centro de atención ideal debe contar con:

- Un despacho para dos médicos.
- Un despacho para 2 enfermeras.
- Sala de asistencia social.
- Sala de archivo.
- Almacén.
- Aula.

En cuanto a la estructura humana las reglas establecen que de existir:

- Un médico por cada 1500 a 2000 pacientes, el mismo que debe cumplir con las funciones de prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y coordinación.
- Una enfermera por cada 1500 a 2000 pacientes, y debe cumplir con las funciones de planificación de cuidados, entrenamiento de pacientes para realizar autocuidados y programación de consultas.

⁶ Werner D, Thuman C, Jane M. Donde no hay doctor. 2ª ed. México. PAX MEXICO. 1995.

1.5. Características de la Atención Primaria en Salud

Las características de la atención de salud, junto con la eficacia y la seguridad, son esenciales para conseguir mejorar los resultados sanitarios y sociales.

Esas características son la centralidad de la persona, la integralidad y la integración, y la continuidad de la asistencia, con un punto de acceso sistemático al sistema sanitario para que los pacientes y quienes les atienden puedan entablar una relación duradera basada en la confianza.

Las reformas de la prestación de servicios que propugna el movimiento en favor de la APS tienen por objeto situar a las personas en el centro de la atención sanitaria para conseguir que los servicios sean más eficaces, eficientes y equitativos.

Los servicios de salud que aplican este principio comienzan por establecer una relación estrecha y directa entre los individuos y las comunidades y sus dispensadores de atención. De ese modo se dispone de una base para aplicar los principios de centralidad de la persona, continuidad, integralidad e integración, que constituyen las características distintivas de la atención primaria.

a) Centralidad de la persona

En los últimos 30 años, numerosos datos científicos han demostrado que la centralidad de la persona no sólo es importante para aliviar la ansiedad del paciente o mejorar el grado de satisfacción laboral del proveedor.⁷

La respuesta a un problema de salud será en general más eficaz si el proveedor entiende sus distintas dimensiones.⁶

Para empezar, simplemente preguntando a los pacientes cómo sobrellevan la enfermedad, cómo afecta a sus vidas, sin limitarse sólo a la dolencia, se produce

⁷ Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science and Medicine*, 51:1087-1110

un aumento cuantificable de la confianza y la observancia ⁸ que permite que paciente y proveedor hallen un terreno común para el tratamiento clínico y facilita la integración de la prevención y la promoción de la salud en la respuesta terapéutica.

De este modo, la centralidad de la persona se convierte en el «método clínico de democracia participativa»⁹, mejorando de manera cuantificable la calidad de la atención, la eficacia del tratamiento y la calidad de vida de quienes se benefician de ese tipo de atención.

b) Respuestas integrales e integradas

La integralidad tiene sentido operativa y administrativamente y representa un valor añadido. La gente acepta los servicios con más facilidad si sabe que tiene a su disposición una gama integral de atención. Por otra parte, esa integralidad aumenta al máximo las oportunidades para dispensar atención preventiva y emprender actividades de promoción de la salud, al tiempo que reduce la dependencia innecesaria de la atención especializada u hospitalaria¹⁰.

Eso no significa que el personal que trabaja en el punto de acceso deba resolver todos los problemas de salud que allí se le presenten, ni que todos los programas sanitarios tengan que ejecutarse siempre a través de un solo punto integrado de prestación de servicios. Sea como fuere, el equipo de atención primaria ha de saber responder a la mayor parte de los problemas de salud de la comunidad. Y cuando no pueda, debe ser capaz de movilizar otros recursos, derivando al paciente o solicitando la ayuda de especialistas, hospitales, centros diagnósticos y de tratamientos especializados, programas de salud pública, servicios de atención a largo plazo, servicios sociales o de asistencia domiciliaria u organizaciones de autoayuda y otras organizaciones comunitarias.

⁸ Fiscella K et al. Patient trust: is it related to patient-centred behavior of primary care physicians? *Medical Care*, 2007, 42:1049-1055.

⁹ Marincowitz GJO, Fehrsen GS. Caring, learning, improving quality and doing research: Different faces of the same process. Paper presented at: 11th South African Family Practice Congress, Sun City, South Africa, August 2008.

¹⁰ Bindman AB et al. Primary care and receipt of preventive services. *Journal of General Internal Medicine*, 2006, 11:269-276

Todo esto no significa renunciar a la responsabilidad: el equipo de atención primaria sigue siendo el responsable de ayudar a la gente a orientarse por ese complejo entorno.

Prestar una asistencia integral e integrada para la mayoría de los distintos problemas de salud de la comunidad es más eficiente que confiar en servicios diferentes para determinados problemas, en parte porque conduce a un conocimiento mejor de la población y fomenta una mayor confianza. Todas las actividades se refuerzan recíprocamente. Los servicios de salud que ofrecen una gama integral de servicios aumentan la utilización y cobertura de, por ejemplo, los programas de prevención.

c) Continuidad de la atención

Los dispensadores de salud se comportan a menudo como si su responsabilidad comenzará al entrar el paciente y terminara al irse. La atención, sin embargo, no debe limitarse al momento en que el paciente expone su problema, ni quedar confinada a las cuatro paredes de la sala de consulta. La preocupación por los resultados obliga a aplicar un enfoque sistemático y coherente a la gestión del problema del paciente, hasta que éste se resuelva o el riesgo que justifica el seguimiento haya desaparecido. La continuidad de la atención es un factor determinante de la eficacia, ya sea para el tratamiento de enfermedades crónicas, la salud reproductiva o la salud mental o para verificar que los niños crezcan sanos.

La continuidad de la atención exige que se garantice la continuidad de la información a medida que la gente envejece, cuando cambia de residencia o cuando diferentes profesionales interactúan con una persona u hogar determinados.

d) Un proveedor habitual y de confianza como punto de acceso

La integralidad, la continuidad y la centralidad de la persona son fundamentales para obtener resultados sanitarios mejores, y las tres exigen una relación personal estable, a largo plazo (es lo que se denomina también «longitudinalidad»¹¹), entre la población y los profesionales que son sus puntos de acceso al sistema de salud.

En las zonas rurales de los países de ingresos bajos, los centros de salud públicos se han concebido en general para trabajar en estrecha relación con la comunidad atendida, pero la realidad suele ser otra. La asignación de recursos y personal a determinados programas produce una fragmentación creciente¹², mientras que la falta de fondos, la pauperización del personal sanitario y la mercantilización desenfrenada dificultan ese tipo de interacción¹³. Hay muchos ejemplos de lo contrario, pero la relación entre los proveedores y sus clientes, especialmente los más pobres, a menudo no propicia el establecimiento de relaciones de comprensión, empatía y confianza¹⁴.

Crear relaciones duraderas requiere tiempo. Los estudios realizados indican que han de transcurrir de dos a cinco años para que se alcance el máximo potencial¹⁵.

1.6. Los Sistemas de Salud basados en la APS

Los Sistemas de Salud basados en la APS se definen como una estrategia amplia para la organización de los sistemas de salud, cuyos valores esenciales son el derecho a la salud, la equidad y la solidaridad.

¹¹ Starfield B. Primary care: balancing health needs, services, and technology. New York, Oxford University Press 2008.

¹² James Pfeiffer International. NGOs and primary health care in Mozambique: the need for a new model of collaboration. *Social Science and Medicine*, 2005,56:725-738

¹³ Jaffré Y, Olivier de Sardan J-P. Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest. Paris, Karthala, 2006

¹⁴ Bossyns P, Van Lerberghe W. The weakest link: competence and prestige as constraints to referral by isolated nurses in rural Niger. *Human Resources for Health*, 2004, 2:1

¹⁵ Starfield B. Primary care: balancing health needs, services, and technology. New York, Oxford University Press 199

Un sistema de tal naturaleza se guía por un conjunto de principios propios de la Atención Primaria de Salud, como son la respuesta a las necesidades de salud de la población, la orientación hacia la calidad, la responsabilidad y rendición de cuentas de los gobiernos, la justicia social, la sostenibilidad, la participación y la intersectorialidad.

Finalmente, para su operativización, los Sistemas de Salud basados en la APS se componen de un conjunto de elementos estructurales y funcionales que garantizan la cobertura universal y el acceso a unos servicios aceptables para la población y que promueven la equidad.

La Renovación de la APS procura fortalecer los Sistemas de Salud más allá del Primer Nivel de Atención, tomando en cuenta los determinantes sociales de la salud y las acciones de coordinación intersectoriales. En la Renovación de la APS se considera a la salud en su concepto amplio, ya que las experiencias de los últimos treinta años demuestran claramente que para mejorar la salud y equidad se necesitan enfoques integrales que impliquen a todo el Sistema de Salud.

La experiencia además demuestra que no existe un patrón único para reorganizar los Sistemas y Servicios de Salud; por el contrario, ello se debe llevar a cabo según el contexto nacional. Así, de acuerdo a sus recursos económicos, circunstancias políticas, capacidades administrativas y evolución histórica del Sector Salud, cada país deberá desarrollar su propia estrategia para la Renovación de la Atención Primaria de Salud y por ende el desarrollo de los Sistemas de Salud basados en la APS.

Conceptualmente, los sistemas de salud basados en la APS (SSB-APS) permiten aplicar un enfoque amplio en su organización y operación, con el objetivo de lograr el mejor nivel de salud posible con la mayor equidad y solidaridad. El sistema está conformado por un conjunto de elementos estructurales y funcionales que garantizan la cobertura universal, el acceso a los servicios, la atención integral e integrada en el tiempo, la prevención, la

promoción y el primer contacto. La familia y la comunidad son la base de la planificación y de la acción¹⁶.

1.7. La salud de los pueblos indígenas

Las nacionalidades y Pueblos indígenas en el Ecuador poseen una diversa y rica herencia cultural: sus manifestaciones estéticas, sus conocimientos y tecnologías, y formas de organización se hallan fundamentados en la sabiduría ancestral. Sin embargo, al menos 43 millones de indígenas en el continente americano¹⁷ acusan carencias económicas, jurídicas y sociales, mostrando, en consecuencia, un estado de pobreza alarmante y por lo tanto, condiciones abiertamente deficitarias de vida y de salud.

Es ampliamente reconocido el hecho de que el modelo biomédico aporta una visión de la salud que, con el rango de científico, ha impuesto de forma unilateral sus proposiciones. Es verdad que el sistema continua resolviendo aspectos de salud y enfermedad; pero no lo es menos, que mantiene severas restricciones al enfrentar problemas sanitarios en comunidades y pueblos indígenas. Este hecho se debe, entre otros, a que los conjuntos sociales de nacionalidades y pueblos indígenas disponen de sus propias tradiciones y formas de mantener la salud y curar la enfermedad. Las restricciones del modelo biomédico no solo atañen a este segmento importante de la población, sino también a diferentes grupos rurales y urbano marginales que por sus condiciones de pobreza y particularidades culturales han quedado y quedaran permanentemente excluidos de este sistema de intervención.

El modelo biomédico se caracteriza por mantener:

- Bajas coberturas en relación con la totalidad de la población que demanda sus servicios.

¹⁶ Pan American Health Organization. Renewing primary health care in the Americas: a position paper of the Pan American Health Organization/World Health Organization (PAHO/WHO). Washington, D.C.: PAHO; 2007.

¹⁷ Organización Panamericana de la Salud, Documento Resolución V “INICIATIVA DE SALUD DE LOS PUEBLOS INDIGENAS DE LAS AMERICAS”, XXXVII Reunión del Consejo Directivo, Cuarta sesión Plenaria, 28 Septiembre 2005.

- Costos elevados en relación a la capacidad de pago de individuos y familias. No se trata solamente de dinero que se requiere para el pago de la atención y medicinas, sino el que se precisa para las correspondientes movilizaciones desde, y hacia, sus lugares de residencia.
- Una permanente inadecuación cultural, porque el proceso de atención al cuidado de la salud y cura de a enfermedad, no contempla las prácticas culturales y cosmovisiones de los usuarios del servicio.
- Inequidad del género y de etnia. Los servicios no disponen de propuestas diferenciales de atención según particularidades de sexo y de cultura.

1.8. Situación de salud de las nacionalidades y pueblos indígenas en el Ecuador (año 2003)

Las condiciones de conservación de la salud y cura de la enfermedad en nacionalidades y pueblos indígenas se torna crítica debido a que los modelos de gestión y atención de la salud no están adaptados culturalmente; algunos enfatizan solamente en la producción y la productividad sin considerara restricciones ambientales o socio-culturales; innumerables pueblos indígenas ocupan tierras erosionadas y laderasas; en otros, existe sobrepoblación, lo cual presiona sobre escasos recursos con efectos desestructuradores como la migración temporal o definitiva. En su mayor parte, los indígenas de la amazonía, por ejemplo, están localizados en tierras de baja fertilidad, ambientalmente frágiles, sometidos a un deterioro acelerado de los ecosistemas y a variaciones traumáticas en su cultura y formas de vida, por lo que es importante redefinir el modelo de APS.

Más de las tres cuartas partes de la población se halla en la pobreza (77.75%)¹⁸, es decir que no logra acceder a una canasta básica de bienes y servicios. De este porcentaje, el 42,23% ni siquiera logra adquirir una canasta de pobreza o indigencia.

¹⁸ Encalada Eduardo, et. al.: “Pobreza indígena y negra en Ecuador”, Consultoría para el BID, 2006.

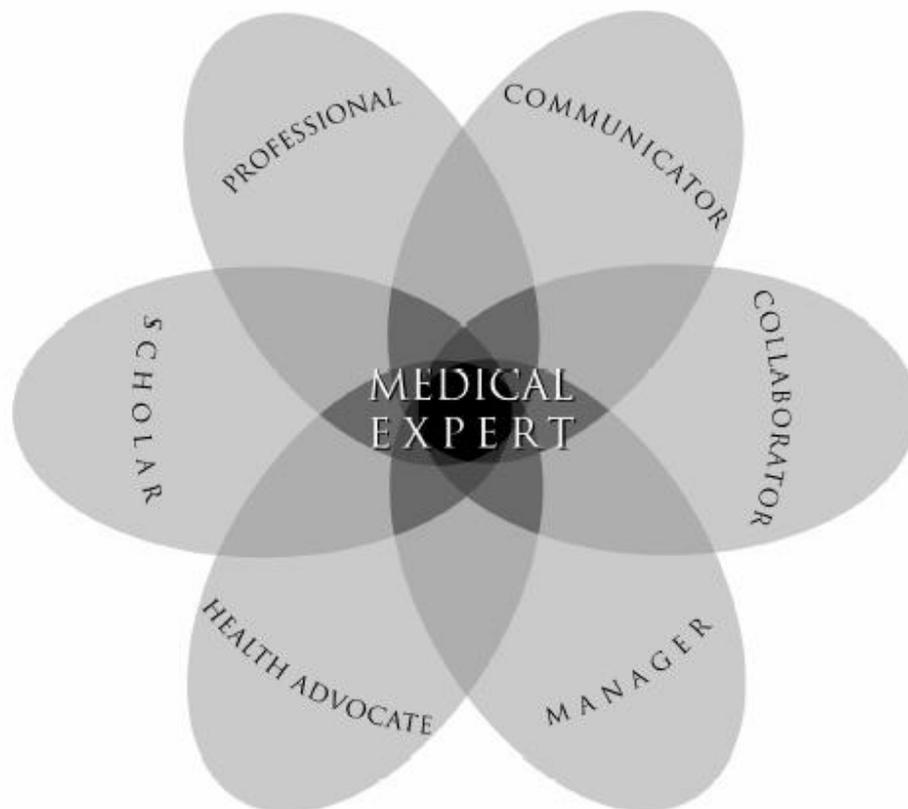
Capítulo 2

2. CAPACITACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

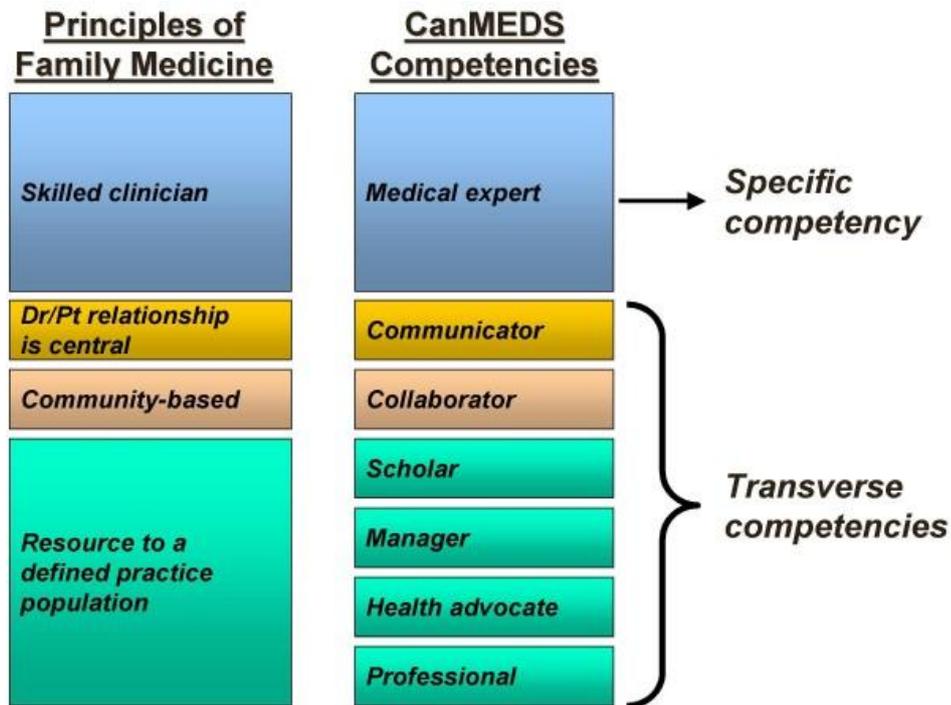
2.1. Introducción:

La Educación para la Salud, constituye un factor fundamental y esencial para la práctica de la gestión pública y es uno de los pilares de la salud pública. No obstante, la fuerza de trabajo en este ámbito es uno de los recursos más descuidados y menos valorados dentro de este sector.

Los médicos actúan con conocimientos múltiples y con instrumentos de intervención que alcanzan a toda la población. El ámbito de actuación abarca los riesgos y daños específicos de la salud, sus causas directas y sus determinantes generales; las respuestas sociales e instrumentales para atender las necesidades colectivas de salud.



Fuente: CanMEDS 2005 Physician Competency Framework



Fuente: Mapeo de los cuatro principios de la medicina de familia y las siete competencias CanMEDS. Beaulieu . *et al BMC Medical Education* 2009 **9** : 31 doi: 10.1186/1472-6920-9-31

Por ello, debido a la variedad de las capacidades necesarias para hacer frente a la diversidad de los objetivos de su acción, el trabajo del médico, está basado en la administración del conocimiento y el trabajo en equipo. Por otro lado, se señala que los trabajadores de la salud son, simultáneamente, trabajadores del conocimiento y creadores del conocimiento y las formas de aplicación como parte de su acción colectiva.

Para la Organización Panamericana de la Salud, OPS¹⁹, la capacitación del personal médico en educación comunitaria o educación para la salud, significa indagar sobre sus conocimientos, habilidades y nivel de competencia actitudinal, al igual que su experiencia en actividades comunitarias, con fines de construir indicadores que reflejan sus necesidades de capacitación dentro de un enfoque centrado en la promoción de la salud.

¹⁹ Oficina Sanitaria Panamericana. Desempeño en equipos de Salud. Impreso en Brasil. Editora FGV. 2006.

Según, Werther y Davis²⁰, los procesos de capacitación tienen como intención orientar y promover de manera interactiva las demandas de gestión y acción requeridas por las organizaciones, en este caso, se vincula con la capacitación en educación comunitaria de los médicos como una manera de dar respuestas a las políticas del sistema público de salud, donde la educación, la intervención de los problemas y riesgos de salud son fundamentales para elevar la calidad de vida. De allí, que son varias las premisas sobre el ser y el deber ser de la capacitación en educación comunitaria dependiendo de la comunidad, su disposición a integrarse a la autogestión de salud y la capacidad del medio para su gestión de dichos cambios. En efecto, la capacitación en educación comunitaria se centra en desarrollar estrategias educativas orientadas al fomento, protección y restauración de la salud, así como la prevención de los riesgos sociales.

Chiavenatto²¹, señala que la capacitación en educación comunitaria pretende lograr dos objetivos; el primero, fortalecer actitudes hacia un mayor acercamiento y cooperación comunitaria incluyendo actitudes para solucionar problemas, actitudes de comunicación y capacidad para formar grupos. El segundo, aprovechar el hecho de que la capacitación puede mejorar el compromiso del medio con la acción comunitaria. Para satisfacer estos se requiere que el médico sea capaz de analizar y resolver problemas de salud comunitaria, trabajar productivamente en equipo y desplazarse hacia las localidades deprimidas.

Las dos técnicas principales para determinar los requerimientos de capacitación son el análisis de tareas comunitarias y el análisis de desempeño, en términos de demandas de salud comunitaria. La primera es un estudio detallado de un puesto para identificar las habilidades requeridas, de tal manera que se podría instruir un programa de capacitación adecuado. Y la segunda, es el estudio cuidadoso del desempeño para identificar una deficiencia y posteriormente corregirla o aplicarle cualquier otro ajuste.

²⁰ Werther W. y Davis, H. Administración de personal y recursos humanos. Cuarta Edición. Mc Graw-Hill. Interamericana de México. 2005

²¹ Chiavenato, I. Administración de los recursos humanos. Sexta Edición. Colombia. McGraw-Hill. 2005.

La modalidad de capacitación en educación para la salud, es múltiple, la diferencia entre estas, depende del alcance del profesional de los sujetos a quien se capacitan, el conocimiento a ofrecer, del tiempo de dirección, el compromiso que demanda en la persona que se capacite y el ambiente en el cual se desarrollen al programa.

Bradford²² plantea las distintas formas de proporcionar capacitación, y las explica mediante niveles, entre éstos: realización de cursos, talleres, programa de adiestramiento y participación en proyectos comunitarios. En tal sentido uno de los más grandes compromisos de los proyectos de salud es integrarse en equipo para crear condiciones y decidir el rumbo de los proyectos.

Los programas de educación para la salud en las comunidades en distintas disciplinas, se desarrollan de un proceso permanente que permite al participante adquirir los conocimientos oportunos de su disciplina o área y proporciona las herramientas a fin de mejorar sus conocimientos y elevar el nivel de vida de las personas que en ellos participan.

Dichos programas mantienen una estrecha relación entre las demandas y necesidades de las comunidades, promueven el desarrollo de saberes, habilidades y actitudes y posibilitan el intercambio de ideas y experiencias entre las personas²³.

La sociedad es cada vez más exigente en relación a la garantía de calidad de los servicios prestados por distintos profesionales; sin embargo, muchas veces esto no es acompañado de crecimiento numérico ni de reconocimiento profesional y social. Este es el caso de la creciente exigencia por acceso universal a servicios de salud capaces de proveer cuidado integral, continuo y resolutivo a poblaciones definidas.

²² Bradford, D. Excelencia de la Administración. Limusa. Noriega Editores. México. 2007.

²³ Carrasquero, M. Vinculación, universidad, servicios de salud y la comunidad. Un proceso de gestión. Tesis doctoral. URBE. Maracaibo. 2006.

Distintas recomendaciones convergen para la expansión de sistemas de servicios de salud basados en la Atención Primaria de Salud (APS) como forma de atender a tales propósitos. Evidencias recientes nos muestran la necesidad de contar con recursos humanos con competencias específicas para alcanzar mejores resultados y más costo-efectivos. El número insuficiente de personas trabajando a partir de tales competencias es aún uno de los factores que frena el impacto potencial de esta estrategia en los indicadores de salud de la población.

En América Latina en su conjunto, y en algunos países europeos, hay carencia de médicos de familia y comunidad (MFC), enfermeros y personal de nivel técnico con formación específica para proveer cuidados en APS.

Tanto el pregrado, como el postgrado y el desarrollo profesional continuo - educación continua en salud - desempeñan papeles propios en este camino. Importa incidir tanto en la formación universitaria y en los profesionales jóvenes, de ingreso reciente en la actividad profesional, como en la oferta de educación a los profesionales que recibieron formación para otros escenarios y ahora son llamados a cualificarse en una nueva perspectiva.

Para enfrentar este desafío es imprescindible que la formación de pregrado en medicina y enfermería se adapte a la nueva realidad de los sistemas de salud basados en la APS. Es necesario formar en el pregrado profesionales tanto de Enfermería, como de Medicina, que reconozcan la importancia de la APS para la organización del sistema sanitario y que posean algunas de las competencias más importantes para el trabajo en APS.

Entre esas competencias básicas se encuentran el cuidado integral y continuo centrado en la persona, la identificación y el cuidado apropiado de los problemas clínicos más frecuentes, el énfasis en la promoción de la salud, en la prevención de enfermedades y en el trabajo interdisciplinar e intersectorial dirigido a los determinantes socioeconómicos del proceso salud-enfermedad, el desarrollo de una comprensión y de un abordaje biopsicosocial del proceso salud-enfermedad, y la identificación de intervenciones sobre las necesidades sanitarias y demandas de la comunidad.

Pocos proveedores de servicios de salud han recibido capacitación para dispensar una atención centrada en la persona. La falta de una preparación adecuada se ve agravada por los conflictos interculturales, la estratificación social, la discriminación y la estigmatización²⁴. Como consecuencia de ello, no se explotan al máximo ni las muchas posibilidades que tienen las personas para cuidar su propia salud mediante el modo de vida, el comportamiento y la auto-asistencia, ni la posibilidad de optimizar el asesoramiento profesional en función de sus circunstancias vitales.

Entre los elementos esenciales de un sistema de salud basado en APS están **los recursos humanos**, quienes deben poseer los conocimientos y habilidades adecuados, además de observar las normas éticas y tratar a las personas con dignidad y respeto. Esta renovación requiere que los países generen condiciones para el desarrollo de los recursos humanos, que ponga énfasis en la calidad y el mejoramiento continuo, el desarrollo de competencias apropiadas para la APS, el desarrollo de equipos multidisciplinarios, y la promoción de la investigación, entre otras.

Los recursos humanos “son el componente esencial de los sistemas de salud, pero están inadecuadamente preparados para trabajar en contextos basados en APS. Los complejos problemas que se observan en cuanto al personal de salud deben ser abordados a través de políticas de largo plazo, sostenibles e integrales, orientados no solamente a la superación de los tradicionales desajustes entre educación y servicios, sino también a resolver problemas de la migración, el pluriempleo/desempleo, de la carrera funcionaria y del logro de la competencia laboral”²⁵.

²⁴ Willems S et al. Socio-economic status of the patient and doctor-patient communication: does it make a difference. *Patient Education and Counseling*, 2005, 56:139 -14

²⁵ Mirta Roses. Conferencia de clausura de la Reunión de Buenos Aires 30/15 en: *Hacia un cuidado integral de la salud para la equidad: De Alma Ata a la Declaración del Milenio*. Ministerio de Salud. Argentina; 2007.

Es por esto que se diseñó una línea de trabajo para la definición de las competencias de los equipos de salud²⁶, que permitiera orientar a los países en la preparación del personal de salud que requieren los sistemas de salud basados en la APS, considerando que:

- La cobertura universal requerirá un volumen adecuado de profesionales capacitados en atención primaria.
- Los recursos humanos deben planificarse de acuerdo a las necesidades de la población.
- La capacitación de los recursos humanos debe responder a las necesidades de salud y hacerse de forma permanente.
- Deben caracterizarse las capacidades del personal (perfil y competencias) que permitan su ajuste a una labor específica.
- Deben desarrollarse políticas y mecanismos que garanticen las condiciones adecuadas de trabajo y el mejor desempeño del personal de salud.

El propósito fundamental es acercar la educación a la práctica con el objeto de mejorar la salud de la población, mejorar el proceso de enseñanza-aprendizaje, garantizar una práctica social adecuada a las necesidades reales de la población y lograr la participación de la comunidad en forma activa y consiente a las causas que originan los problemas de salud. A esta idea se le agregó como criterio “la participación temprana y equilibrada del alumno en todos los niveles de atención, en una región de salud, con predominio de las actividades de atención primaria”²⁷.

En la enseñanza-aprendizaje para el personal que labora en la APS, los estudiantes de las carreras profesionales y técnicas, deberán estar expuestos, en la práctica, a un modelo de atención integral que valore la prevención y la promoción de la salud, ciertas técnicas para la participación social, así como aquellas actitudes y prácticas para el trabajo en equipo. Se requiere que los

²⁶ OPS/OMS. Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud. Enfoque de Competencias: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS. Unidad de Servicios de Salud. Washington, DC; 2006.

²⁷ Ferreira JR. Misión del hospital a la luz de las nuevas tendencias de la educación médica. Edu. Med. Salud 10 (2):104-151, 2007

estudiantes aprendan específicamente del abordaje individual y de la comunidad, aspectos epidemiológicos básicos para el análisis de la situación de salud, elementos para la elaboración de un programa de salud local, conceptos básicos para la administración de un centro de salud y el enfoque de los problemas de salud con un componente sociocultural y psicológico. Nada de esto se aprende ni se adquiere con el modelo de experiencias en un hospital.

La atención hospitalaria es selectiva en problemas de enfermedad; es una atención especializada, utiliza medios de diagnóstico y de tratamiento que no se emplean en la APS, y los problemas de salud que se abordan son muy diferentes a la APS por su complejidad y estudio.

2.2. La formación profesional de grado

La reorientación de la enseñanza de profesionales en salud para la APS deberá contemplarse en las políticas educativas para los cambios en los planes de estudio de las carreras del área de la salud y de muchas otras, que de una u otra forma están vinculadas con la atención de la salud, o bien, para intervenir en modificar los determinantes del ambiente físico y social de la salud de la población.

Los directores y profesores de las escuelas formadoras deben tener claridad en cuanto al rol de los futuros profesionales y su relación con la salud de las personas, y en sus acciones en el ejercicio profesional. Esta relación no siempre es clara, se omite o se olvida.

Con frecuencia se piensa que la salud de la población es responsabilidad exclusiva del personal de salud: los médicos, enfermeras, odontólogos, nutricionistas, farmacéuticos, microbiólogos y algunos técnicos. Se incluye en esta categoría a los profesionales en psicología y trabajo social.

Para implementar y fortalecer los procesos de transformación en la atención de la salud, se requiere una formación de alto nivel de los médicos generales en los siguientes campos:

- **Atención Primaria de Salud:** Conocimientos y práctica en la atención integral de salud, epidemiología, salud comunitaria y salud mental, prevención de la enfermedad y promoción de la salud.
- **Procesos de gestión local:** Compromiso de gestión, la gestión administrativa, capacidad de liderazgo e innovación, sistemas de información y economía de la salud.
- **Actitud hacia el trabajo con ética profesional:** Disposición para asumir los cambios asociados al proceso de transformación institucional, trabajo ajustado conforme a las normas de la ética, responsabilidad, puntualidad y honestidad, respeto a las jefaturas y compañeros de trabajo, y estabilidad.

La propuesta elaborada por el Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISS) se solicita a las universidades formadoras de profesionales en medicina realizar los ajustes curriculares y de los planes de estudios de la carrera de medicina, para brindar a los estudiantes mayores oportunidades de aprender medicina general, con el enfoque de la Atención Primaria en el primer nivel de atención, especialmente durante el internado rotatorio universitario.

2.3. Programa docente asistencial en APS para el pregrado en Medicina

La exposición extra-muros hospitalarios de los alumnos de medicina debería, idealmente, ocurrir en un programa docente-asistencial con integración horizontal y vertical (Conill 2007) de los distintos niveles o puntos del sistema de salud, con base territorial claramente definida. Esta configuración ideal debería partir de la creación de distritos docente-asistenciales caracterizados por un área geográfica definida, cuya población podría estar adscrita territorialmente a una red de distintos servicios de APS, integrados horizontalmente a la red intersectorial local de servicios públicos y comunitarios.

Esa red de servicios de APS tendría como soporte asistencial una red de servicios de nivel secundario (soporte diagnóstico, centros de rehabilitación, centros médicos de especialidades focales, entre otros) y un hospital de nivel secundario/terciario, configurando un sistema local de salud que posibilitaría el acceso universal e integral a la población adscrita al distrito asistencial. A fin de configurar este distrito como un distrito docente asistencial sería necesario que la o las Facultades de Enfermería y Medicina se integrasen a la asistencia en sus distintos puntos o niveles, con presencia de alumnos y docentes en toda la red asistencial, tanto de nivel primario, como secundario y terciario, además de las actividades extra-muros en los equipamientos comunitarios o en la red intersectorial.

La integración posibilitaría al alumno una visión del sistema como un todo, comprendiendo el flujo que los usuarios realizan para atender sus necesidades en salud. Los propios alumnos serían como un anillo en la cadena de intervenciones necesarias para mejorar la integración entre los distintos niveles asistenciales.

De esta forma, se posibilitaría la interacción activa del alumno con la población y con los profesionales de salud de forma continua desde el comienzo del proceso de formación, favoreciendo al alumno el trabajo sobre problemas reales, asumiendo responsabilidades crecientes como agente prestador de cuidados, compatibles siempre con su grado progresivo de autonomía. En este escenario, el tutor, un profesional médico del sistema de servicios de salud, juega un papel muy importante como enlace en el desarrollo del razonamiento clínico de los estudiantes a través de diversas estrategias de enseñanza (Trejo-Mejía 2006). Los tutores deben ser profesionales de la red asistencial calificados y dispuestos a participar del proceso de enseñanza de pregrado, lo que demanda tiempo y compromiso.

Para tornar efectivas las relaciones entre la enseñanza y la práctica asistencial de los servicios sanitarios (Campos 2005) es necesario que haya una contratación clara de responsabilidades con la red pública de servicios sanitarios (proyectos de integración, contratos, convenios, etc.).

La creación de la infraestructura básica para la enseñanza en APS necesita inversión ya que los locales donde actualmente trabajan los equipos no están necesariamente preparados para recibir un grupo de alumnos, aunque este sea pequeño. Es importante que las universidades, en conjunto con los Ministerios y las Secretarías Provinciales/Municipales de Salud y Educación, elaboren proyectos para adaptar estos espacios para la enseñanza.

2.4. En relación a los escenarios de aprendizaje:

Servicios de APS propios o en convenio junto al gestor de salud del municipio / provincia completamente integrados a la red de APS, con soporte de nivel secundario y terciario, incluyendo la posibilidad de hospitalización de los usuarios, a partir de las unidades de APS. Desarrollo de mecanismos institucionales de referencia y contra-referencia entre la red de atención, bajo coordinación de los servicios de atención primaria.

Amplia participación clínica y comunitaria del alumno, siempre con orientación de los profesores, docentes universitarios o tutores, en Unidades de APS adaptadas y adecuadas a la enseñanza. Actividades extra-muros en centros comunitarios, escuelas y otros equipos sociales a lo largo de toda la carrera, con grados crecientes de complejidad, con foco principal en los determinantes socioeconómicos del proceso salud-enfermedad.

Durante los primeros años de graduación, se proponen actividades extramuros multiprofesionales con experiencias de integración horizontal enfatizando la problemática biopsicosocial del proceso salud-enfermedad, con participación de docentes universitarios de las áreas básicas y clínicas.

2.5. En relación al currículo:

Currículo integrado, sin disciplinas aisladas, con los contenidos organizados en módulos, sin la precedencia cronológica del ciclo básico. Los temas deben ser abordados de modo que las áreas básicas funcionen como base efectiva y de

referencia para la búsqueda de los conocimientos para la solución de problemas clínicos reales y para el enfrentamiento intersectorial de los determinantes del proceso salud-enfermedad.

El área de conocimiento de medicina de familia y las actividades de APS deben ser incluidos de forma longitudinal en la enseñanza de grado desde el inicio del curso, con énfasis en la práctica clínica en APS desde el primer contacto con la red asistencial, a fin de cautivar el interés clínico del alumno.

2.6. En relación a la orientación de los alumnos:

Aprendizaje activo con orientación tutorial continua, desarrollándose en múltiples escenarios y utilizando múltiples fuentes de conocimiento, como bibliotecas, comunidad, laboratorios de simulación, servicios de procesamiento de informaciones de salud, etc. Evaluación formativa y sumativa de todos los aspectos de la formación del estudiante: conocimientos, actitudes y habilidades.

Procesos de sensibilización y capacitación de los docentes en la enseñanza de la atención primaria deben ser desarrollados en las universidades alcanzando tanto a los profesores universitarios, como a los profesionales – tutores - de la red de atención primaria que actúan en la supervisión de los alumnos, dado que las deficiencias en la supervisión han sido señaladas como problemas centrales en la integración docente asistencial (Pinto 2007, Goic 2005).

2.7. En relación a la investigación académica:

Las escuelas médicas que, además de las investigaciones en la temática biológica, de atención hospitalaria y de desarrollo de tecnología de alta densidad, desarrollan investigaciones en el área de conocimiento de la APS, contribuyen para que sea posible la toma de decisiones con base en información relevante y el establecimiento de mejores prácticas tanto relacionadas a la enseñanza, como con la oferta de atención sanitaria universal e integral a la población.

2.8. Programa docente asistencial en la formación de pregrado en enfermería

Los procesos de integración docente asistencial constituyen una recomendación fundamental también para la Enfermería. Este proceso posibilita la integración de la Universidad con los servicios y la oportunidad para que los servicios asistenciales se transformen en laboratorios de enseñanza y de investigación. La integración de actividades de los servicios con las de enseñanza puede aprovecharse de la experiencia y conocimiento de los profesionales en el área de APS para una formación de enfermeros en consonancia con las necesidades y demandas más amplias de la población.

La integración docente asistencial es una doble vía, el servicio deberá considerar y utilizar toda la “tecnología” que las Universidades puedan ofrecer actuando de forma articulada con la investigación y producción de conocimiento y, al mismo tiempo, la Universidad podrá invertir más en la reflexión y problematización de la realidad calificando el proceso de formación de los enfermeros. El mismo modelo propuesto en la sesión acerca de la formación de pregrado en medicina se aplica a la enseñanza de enfermería familiar y comunitaria.

2.9. La formación en posgrados en Costa Rica

La formación en posgrados abarca dos programas, los cuales se han desarrollado en el país desde hace más de 15 años. Cabe señalar que muchos de los profesionales que optan por uno de estos posgrados trabajan o se ubican posteriormente como integrantes de los Equipos de Apoyo o como directores de Áreas de Salud.

2.9.1. Especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria:

Se estableció como una especialidad médica en 1988, con una duración de tres años; actualmente su duración es de cuatro años. El plan de estudios se elaboró con base en cuatro componentes:

- Cursos teóricos en epidemiología, salud comunitaria, administración de servicios de salud y medicina familiar.
- Pasantías por servicios ambulatorios en clínicas con servicios ambulatorios de la CCS.
- Rotaciones por diversas especialidades en hospitales de alta complejidad.
- Guardias nocturnas en un hospital, en servicios de medicina interna y de emergencias.

Durante los primeros años de la especialidad los cupos para residentes fueron entre 8 y 10 cada año; en los últimos años, entre 3 y 4 cupos. Los egresados especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria tuvieron muchas dificultades para su reconocimiento como tales en puestos de trabajo de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), en el primer nivel de atención.

En consecuencia, optaron por ocupar puestos en la administración, como director de un Área de Salud, en las unidades técnicas o bien como docentes. En la propuesta del Proyecto de Reforma del Sector Salud, los especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria forman parte del Equipo de Apoyo de las Áreas de Salud; algunas, no todas las Áreas, en parte por su escasa disponibilidad, incluyen un médico de familia en el Equipo de Apoyo.

2.9.2. Maestrías en Salud Pública:

El programa de formación de Maestrías en Salud Pública se inició en la Universidad de Costa Rica en 1987. Tiene dos modalidades: la Maestría Profesional y la Maestría Académica. Esta última modalidad tiene un mayor nivel de exigencia académica, hace un mayor énfasis en la investigación y culmina con una tesis de grado.

Las Maestrías Profesional y Académica tienen a su vez cuatro variantes o énfasis:

- Maestría en Salud Pública (general).
- Gestión de Servicios de Salud
- Salud Pública con énfasis en Ambiente.
- Salud Pública con énfasis en Adolescentes (Escuela de salud Pública-UCR).

En los últimos cinco o seis años otras universidades, públicas y privadas ofrecen también programas de maestrías en epidemiología, en administración de servicios de salud y otros similares; de tal forma que muchos profesionales en salud disponen en su formación de posgrados en muy diversos campos, y un buen número de ellos trabaja, como ya se mencionó, en los Equipos de Apoyo.

2.10. Programa Internacional de Postgrado en APS Integral en Ecuador

La Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca y ReAct Latinoamérica avanzan a las etapas finales de la implementación del Programa Internacional de Investigación y Formación de Talentos Humanos en Atención Primaria de Salud Integral, con énfasis en Enfermedades Infecciosas Prevalentes y Contención de la Resistencia a los Antimicrobianos.

En los países latinoamericanos, el primer nivel de atención de los sistemas de salud, es el ámbito donde se atiende el grueso de las enfermedades infecciosas y se producen los índices más altos de uso inapropiado de antibióticos y otros agentes antimicrobianos.

Pese a esa certeza, en ninguno de estos países existe oferta consistente de capacitación en Atención Primaria de Salud (APS), con énfasis en enfermedades infecciosas, para los profesionales y trabajadores del primer nivel de atención.

La Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca y ReAct Latinoamérica, con el apoyo de ReAct Global, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria de Brasil (ANVISA) y el Centro de Información de Medicamentos de la Universidad Nacional de Colombia (CIMUN), están en las etapas finales de la implementación del Programa Internacional de Investigación y Formación de Talentos Humanos en APS Integral, con énfasis en Enfermedades Infecciosas Prevalentes y Contención de la Resistencia a los Antimicrobianos.

El programa en mención constituye una respuesta a las demandas sociales en materia de salud y a la Constitución del Ecuador,²⁸ que establece que el sistema nacional de salud se basará en la Atención Primaria de Salud.

2.10.1. Una propuesta de formación basada en la APS Integral

El programa de postgrado, en sus tres diferentes niveles, se propone “fortalecer las capacidades de los profesionales de la Atención Primaria, para resolver los principales problemas de salud comunitarios, relacionados con enfermedades infecciosas y resistencia a los antibióticos”, explica Elvira Palacios, docente de la Facultad de Ciencias Médicas. “La condición previa es articular a los miembros del equipo de salud y a las comunidades

²⁸ Art. 360 de la Constitución ecuatoriana. Disponible en: http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitucion_de_bolsillo.pdf

3. Capítulo 3

PROGRAMAS DE CAPACITACIÓN A DISTANCIA EN A.P.S.

3.1. Introducción a los programas a distancia:

Las constantes transformaciones socio-económicas-productivas y la globalización con sus nuevos paradigmas de competitividad, plantean un doble desafío para el desarrollo del sector rural: nuevas respuestas tecnológicas y su rápida incorporación por la mayor cantidad de usuarios.

Instituciones y Organizaciones científico-tecnológicas como el INTA generan los conocimientos y los mismos deben llegar a la mayor cantidad de destinatarios posibles. Todo ello en un contexto rural caracterizado por largas distancias, gran dispersión geográfica, actividades a tiempo completas y condicionadas por la naturaleza.

Es aquí donde la educación a distancia tiene rol fundamental al permitir el acceso al conocimiento superando barreras de tiempo y distancia, favoreciendo la igualdad de oportunidades.

La educación a distancia es una enseñanza mediatizada con características y condiciones particulares, donde la incorporación de Nuevas Tecnologías de la Comunicación e Información plantean cambios de fondo y forma.

A fines de la década del 90 comenzó a tomar fuerza la estrategia tecnológica vinculada con las plataformas integradas, constituyendo los desarrollos tecnológicos más idóneos para Educación a Distancia.

Sin embargo el uso de internet para la Educación a Distancia, en el sector rural, plantea grandes limitaciones vinculadas con la dificultad de acceso y conexión, el desconocimiento de esta herramienta por parte de los potenciales destinatarios.

Entre algunos ejemplos de programas aplicados en Latinoamérica mencionaremos:

3.1.1. Salud y Seguridad en el Trabajo Rural

Organizado por FUSAT: Fundación social aplicada al Trabajo y el INTA: Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria – Procadis – Gerencia de Extensión; Con este Programa de Capacitación a Distancia se busca favorecer el desarrollo de actitudes y acciones de prevención que mejoren el medio ambiente del trabajo rural y la calidad de vida de los trabajadores rurales y de sus familias.

3.1.2. Finanzas Rurales:

Organizado por el Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria Proyecto Integrado de Finanzas y Mercadeo Rural perteneciente al Programa Nacional de Apoyo al Desarrollo de los Territorios; Coordinación Nacional de Transferencia y Extensión y Educación a Distancia - PROCADIS, Gerencia de Gestión de la Información; El propósito del curso es generar una instancia de capacitación que contribuya a mejorar el análisis y evaluación económica de los proyectos rurales, brindando para ello las herramientas conceptuales que le permitan comprender los distintos parámetros e indicadores a tener en cuenta para una adecuada toma de decisiones financieras.

3.1.3. La educación a distancia en el INTA (Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria)

El INTA es un Organismo Nacional dedicado al desarrollo de la Investigación y Extensión Agropecuaria a través de sus 15 Centros Regionales, 47 Estaciones Experimentales y 240 Agencias de Extensión²⁹.

Tradicionalmente, el INTA ha utilizado para actividades de capacitación, extensión o transferencia tecnológica-modalidades y metodológicas educativas presenciales, tanto individuales como grupales. Por otra parte, los medios de

²⁹ Torrado P, De la teoría a la Práctica, en Proceso de desarrollo Local-Territorial (2007), Ed. INTA, Argentina.

comunicación han cumplido el rol de difusión de la información, acción necesaria pero no suficiente cuando se busca promover aprendizajes más complejos.

3.1.4. PROCADIS (Programa de Capacitación a Distancia)

PROCADIS-Capacitación a distancia es un grupo de trabajo especializado en los aspectos metodológicos de la educación a distancia, que desde 1993, trabaja en el diseño, organización e implementación de cursos a distancia y en la investigación y definición de paradigmas metodológicas acordes a la Institución en particular y al sector Rural en general.

El mismo se propone promover el desarrollo de la Educación a Distancia en el INTA, como alternativa de transferencia de tecnología, extensión y promotor de desarrollo local y regional. Integra la educación a distancia al componente de capacitación de los Programas y Proyectos nacionales y regionales, articulando la investigación que aportan los contenidos con la extensión que da el marco operativo.

Esto permite transferir la tecnología generada por la INTA a grandes sectores de la comunidad rural, ya sea en forma directa a los productores; o indirecta, a través de profesionales que actúan como multiplicadores en su posterior asistencia a los mismos.

El PROCADIS, propone alternativas innovadoras, tanto desde el punto de vista de la modalidad como de sus contenidos y los medios utilizados.

La tecnología constituye un medio, un recurso que posibilita la interacción transportando el contenido y la enseñanza, que se sustenta en un proceso educativo que le da significación.

3.2 Educación a distancia virtual

El contar con un sistema de e-learning, campus virtual educativo, facilita la construcción de conocimientos generando cursos de alta calidad pedagógica y

de aplicabilidad, asimismo una capacitación y articulación permanente con los distintos ámbitos.

El ambiente de aprendizaje está caracterizado por la conjugación de una serie de componentes estáticos y dinámicos y su articulación: las actividades de aprendizaje, los contenidos, el sistema de comunicación, los participantes, la organización, los tutores, utilización de tecnología.

Asimismo, dichas tecnologías utilizadas apropiadamente permiten organizar comunidades educativas sostenidas en una trama comunicacional que facilita la circulación de la información y formación.

3.3 Educación a distancia y ruralidad construcción de un espacio de integración y cooperación para el desarrollo de los territorios

Los profundos cambios que se han producido en los últimos años han modificado no solo escenarios y perspectivas, sino también las necesidades y demandas de los territorios. Estamos viviendo en mundo globalizado, mucho más integrado pero con fuertes contrastes.

Los avances de la ciencia y la tecnología, los cambios en la economía global y el comercio internacional, no han logrado superar las brechas y asimetrías existentes. El hambre, la pobreza, el deterioro del medio ambiente, la desigualdad, forman parte de lo cotidiano para grandes grupos poblacionales.

Lo rural no es ajeno a esto, presentando a un mundo pleno de necesidades y contrastes, un mundo con tradiciones, historia, cultura, lenguajes, formas de relación, valores, sentidos de pertenencia e identidad, formas de organización y de economía diversas y particulares entre los distintos pueblos, pero propias de un territorio dado.

El desafío es construir un desarrollo más armónico, justo y sostenible, que integre en la diversidad y construya en la equidad. El acceso a la información y al conocimiento son herramientas válidas para lograr esa transformación, planteándose nuevas estrategias institucionales de capacitación y aprendizaje.

Por un lado la disponibilidad y el acceso a información actualizada es cada día más relevante para la toma de decisiones, por otro es importante la presencia de acciones que permitan, en estrecho contacto con la realidad y posibilidades locales, la integración de esfuerzos y recursos. Es así como las tecnologías de la información y comunicación se constituyen en el soporte idóneo para el trabajo en red.

Son múltiples las experiencias iberoamericanas que nos muestran el aporte de las tecnologías y la educación a distancia al desarrollo rural, tanto favoreciendo a lo local y lo global, como la articulación e integración de esfuerzos y recursos, de los distintos componentes y agentes de una comunidad o territorio.

3.4 Estrategias de Educación Continua a Distancia

3.4.1 Tele-salud

Diversos estudios demostraron que los médicos de APS (Coumou 2006), como los demás, tienen dudas decurrentes de su actividad clínico-práctica. En este sentido, la tele-educación se constituye en una importante herramienta en el proceso de educación continua en salud porque, además de auxiliar en la elucidación de las principales dudas de la práctica clínica y de su potencial en promover la comunicación entre diferentes niveles de atención para garantizar la integralidad, fornece subsidios para planificación de las Unidades de APS con base en indicadores de salud locales y regionales y califica la asistencia a las demandas del paciente en consulta.

Actualmente, la terminología más utilizada para la designación del uso de recursos tecnológicos es tele-salud, evidenciando que la utilización de recursos para la comunicación a distancia no se restringe a los profesionales médicos, sino también a los demás profesionales que desarrollen actividades en el área de la APS. De acuerdo con Norris (2008), tele-salud es el uso de las tecnologías de información y comunicación para transferir informaciones y datos a los servicios clínicos, administrativos y educacionales de salud.

Entre los usos más conocidos de tele-salud y tele-educación están las videoconferencias, los trabajos colaborativos, la educación a distancia, la educación continua, el perfeccionamiento y la actualización en el área de capacitación profesional, la segunda opinión formativa, la consulta *on-line*, el tele-diagnóstico por imagen y las capacitaciones de los Agentes Comunitarios de Salud (ACS).

3.4.2 Modelos didáctico-impresos/multimedia

En América Latina, principalmente en Argentina y Brasil, los sistemas de educación continua a distancia, basados en medios impresos y otras estrategias se han popularizado como herramienta para la actualización profesional, más allá de ofrecer puntos para la obtención de certificación o re-certificación de especialistas, incluyendo medicina de familia y comunidad (SEMCAD, 2008). Se componen de material didáctico elaborado por las sociedades científicas e instituciones relacionadas a los profesionales-blancos, sean ellos médicos de familia o enfermeros, con un proceso pedagógico y editorial buscando facilitar el aprendizaje, y con una estructura de acompañamiento y evaluación a lo largo de todo el proceso.

El Programa de Educación Continua a Distancia de Salud Familiar Ambulatoria y Comunitaria –PROFAM (2008), localizado en Argentina, pero con alcance en diversos países de América Latina, es un curso esencialmente clínico, desarrollado sobre los preceptos de la epidemiología clínica y de la medicina basada en evidencias, donde se abordan diferentes temas de manera práctica, enfocando en las tareas habituales de los profesionales de APS.

3.4.3 Evaluación de prácticas de Educación Continua

Para lograr los objetivos, se deben buscar estrategias que permitan evaluar la práctica profesional antes y después de las actividades que se solicitan en el marco de la educación continua. Las siguientes son algunas de dichas estrategias:

- Supervisión formadora: a través de la misma, se busca determinar las necesidades de capacitación individuales. En la práctica, dicha supervisión debe hacerse evaluando la forma en que los trabajadores de salud, tomados individualmente, realizan su trabajo.

- Evaluación del desempeño: es ante todo un método para evaluar el trabajo de una persona en el contexto de su ambiente institucional o comunitario; se trata de formular juicios acerca de la calidad y pertinencia del desempeño del trabajador con respecto a las necesidades de las personas, la organización para la que trabaja y la sociedad con la que interactúa, con base en la observación y el análisis del trabajo realizado.

- Procesos de auditoría: buscan identificar las fallas y dificultades que existen en el proceso de prestación del servicio, con el propósito de retroalimentar a las personas que participan en él.

Las tres estrategias mencionadas pretenden identificar los puntos fuertes y las deficiencias de desempeño de los trabajadores y deben, por lo mismo, ser la base de una planificación conjunta de la educación continua necesaria.

3.5. Estrategia y plan de acción sobre eSALUD

3.5.1 Introducción

En América Latina y el Caribe persisten considerables desigualdades en el acceso a los servicios de salud como consecuencia de diversos factores que limitan las posibilidades de recibir una atención médica oportuna y de calidad. Entre esos factores se encuentran la escasez de recursos humanos, infraestructura, equipamiento y medicamentos, la distancia física y cultural entre la oferta pública y la población que solicita los servicios, además de los ingresos reducidos. De modo que el nivel de ingresos, el lugar geográfico y el origen étnico determinan la vulnerabilidad y la exclusión de millones de hogares de la Región³⁰.

El propósito de la Estrategia y Plan de acción sobre *eSalud* es contribuir al desarrollo sostenible de los sistemas de salud de los Estados Miembros. Con su adopción se busca mejorar el acceso a los servicios de salud y su calidad, gracias a la utilización de las tecnologías de la información y de las comunicaciones (TIC), la formación en alfabetización digital y TIC y la implementación de diversos métodos, permite avanzar hacia sociedades más informadas, equitativas, competitivas y democráticas. En este tipo de sociedades, el acceso a la información sobre salud es un derecho fundamental de las personas.

Esta estrategia se fundamenta en la resolución WHA58.28 (2005) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), adoptada en la 58.^a Asamblea Mundial de la Salud, en la que se establecieron los ejes de la estrategia de *cibersalud* de la OMS.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS)³¹, la *cibersalud* (conocida también como *eSalud*) consiste "en el apoyo que la utilización costoeficaz y segura de las tecnologías de la información y las comunicaciones ofrece a la

³⁰ Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Tercera Conferencia Ministerial sobre la Sociedad de la Información de América Latina y el Caribe. Lima (Perú). Santiago (Chile); CEPAL; 2010.

³¹ Organización Mundial de la Salud. Cibersalud [Internet]. 58.^a Asamblea Mundial de la Salud; del 16 al 25 de mayo del 2005; Ginebra (Suiza). Ginebra Suiza: OMS; 2005 (resolución WHA58.28) [consultado el 12 de marzo del 2010].

salud y a los ámbitos relacionados con ella, con inclusión de los servicios de atención de salud, la vigilancia y la documentación sanitarias, así como la educación, los conocimientos y las investigaciones en materia de salud".

Algunos términos relacionados con la *eSalud* son (3):

- a) Registro médico electrónico (o historia clínica electrónica): es el registro en formato electrónico de información sobre la salud de cada paciente que puede ayudar a los profesionales de salud en la toma de decisiones y el tratamiento.
- b) Telemedicina (o telesalud): consiste en la prestación de servicios de salud utilizando las tecnologías de la información y la comunicación, especialmente donde la distancia es una barrera para recibir atención de salud.
- c) *mSalud* (salud móvil): es un término empleado para designar el ejercicio de la medicina y la salud pública con apoyo de los dispositivos móviles, como teléfonos móviles, dispositivos de monitoreo de pacientes y otros dispositivos inalámbricos.
- d) *eLearning* (formación o aprendizaje a distancia): consiste en la aplicación de las tecnologías de la información y la comunicación al aprendizaje. Puede utilizarse para mejorar la calidad de la educación, aumentar el acceso a la educación y crear formas nuevas e innovadoras de enseñanza al alcance de un mayor número de personas.

Habiendo examinado el documento CD51/XX, *Estrategia y Plan de acción sobre eSalud*; reconociendo que la revisión de la situación actual indica que la aplicación de la *eSalud* en los países de las Américas cuenta con dos condiciones básicas para su ejecución: dispone de medios eficaces para formular y llevar a la práctica estrategias y políticas de *eSalud* (viabilidad tecnológica) y hay procedimientos prácticos e instrumentos sencillos, asequibles y sostenibles (viabilidad programática y financiera).

Se busca mejorar la coordinación y la prestación de servicios en la esfera de la salud para aumentar su eficiencia, disponibilidad, accesibilidad y asequibilidad lo que le permitirá adecuarse y prever nuevos contextos en el ámbito sanitario.

Considerando que en 1998, en el documento Política de salud para todos para el siglo XXI, encargado por la OMS, se recomendaba el uso apropiado de la telemática de la salud en la política y estrategia generales de salud para todos; la resolución de la Asamblea Mundial de la Salud WHA51.9 (1998) sobre publicidad, promoción y venta transfronterizas de productos médicos a través de Internet; la Agenda de Conectividad para las Américas y el Plan de acción de Quito (2003); las Cumbres Mundiales de las Naciones Unidas sobre la Sociedad de la Información (Ginebra, 2003 y Túnez, 2005); la resolución del Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud, EB115.R20 (2004) sobre la necesidad de formular estrategias de ciber salud; la resolución WHA58.28 adoptada en la 58.^a Asamblea Mundial de la Salud en la que se establecieron los ejes de la estrategia de ciber salud de la OMS; la Estrategia e-LAC 2007-2010 de la Comisión Económica para América Latina (CEPAL).

Considerando la importancia de contar con una estrategia y un plan de acción que permita a los Estados Miembros, de forma eficaz y eficiente, mejorar la salud pública en la Región a través del uso de herramientas y metodologías innovadoras de las tecnologías de la información y las comunicaciones

10.RESULTADOS

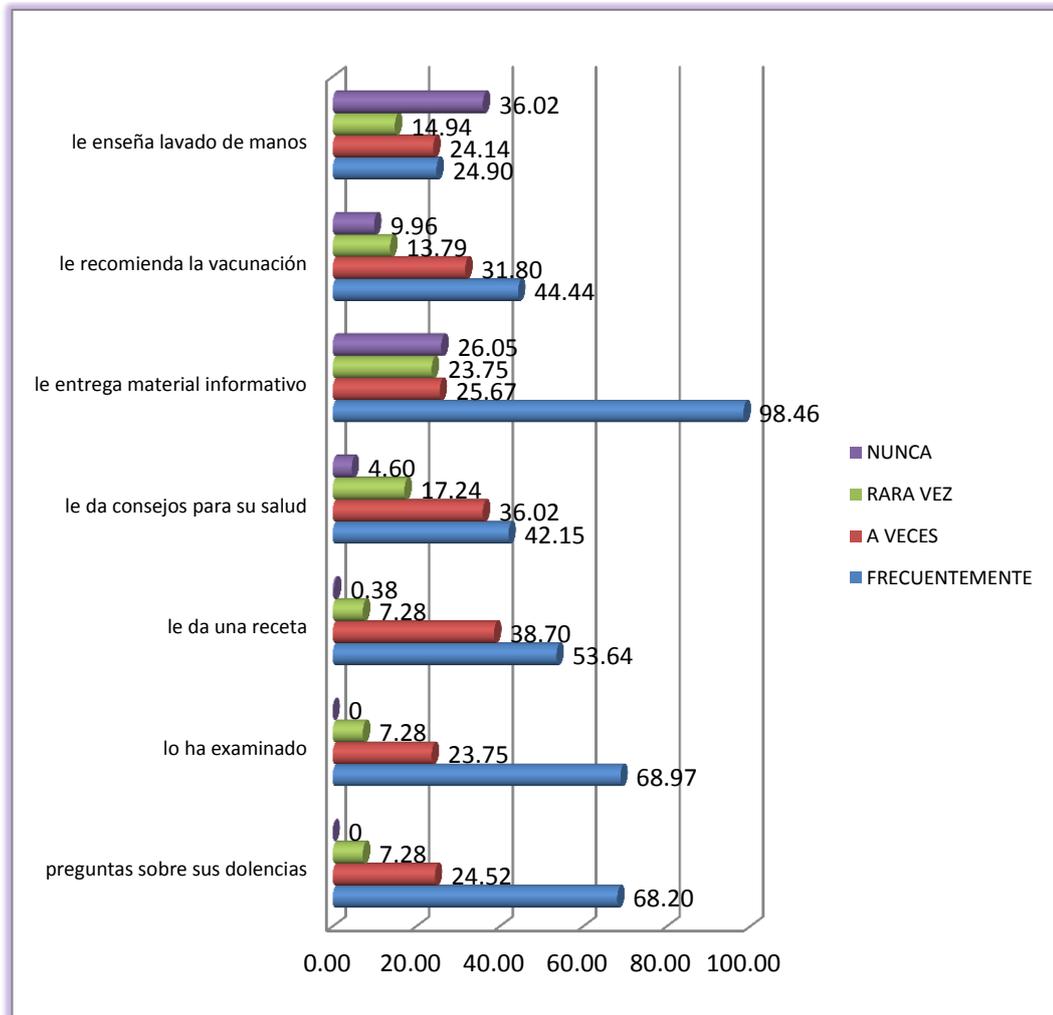
10.1. Necesidades de atención en salud en la población del cantón Yacuambi.

Tabla No.1
¿Durante la consulta su médico le ha realizado?

	FRECUENTE-MENTE		A VECES		RARA VEZ		NUNCA		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Preguntas sobre sus dolencias	178	68,20	64	24,52	19	7,28	0	0,00	261	0,00
Lo ha examinado	180	68,97	62	23,75	19	7,28	0	0,00	261	100,00
Le da una receta	140	53,64	101	38,70	19	7,28	1	0,38	261	100,00
Le da consejos para su salud	110	42,15	94	36,02	45	17,24	12	4,60	261	100,00
Le entrega material informativo	64	24,56	67	25,67	62	23,75	68	26,05	261	100,00
Le recomienda la vacunación	116	44,44	83	31,80	36	13,79	26	9,96	261	100,00
Le enseña lavado de manos	65	24,90	63	24,14	39	14,94	94	36,02	261	100,00

Fuente: Encuesta dirigida a la población del cantón Yacuambi
Elaboración: Johanna Piedra, Tatiana Merino

Gráfico No.1
¿Durante la consulta su médico le ha realizado?



Fuente: Encuesta dirigida a la población del cantón Yacuambi
 Elaboración: Johanna Piedra, Tatiana Merino

El médico no enseña el lavado de manos en un 36,02%. Le recomienda la vacunación en frecuencia del 44,44%. Le entrega material informativo en el 98,46%. Le da consejos para su salud en el 42,15%. Durante la consulta médica le da recetas en un 53,64%. La población refiere que han sido examinados durante a la consulta médica en un 68,97%. En consulta le realiza preguntas de sus dolencias durante la consulta médica en un 68,20%.

Tabla No.2

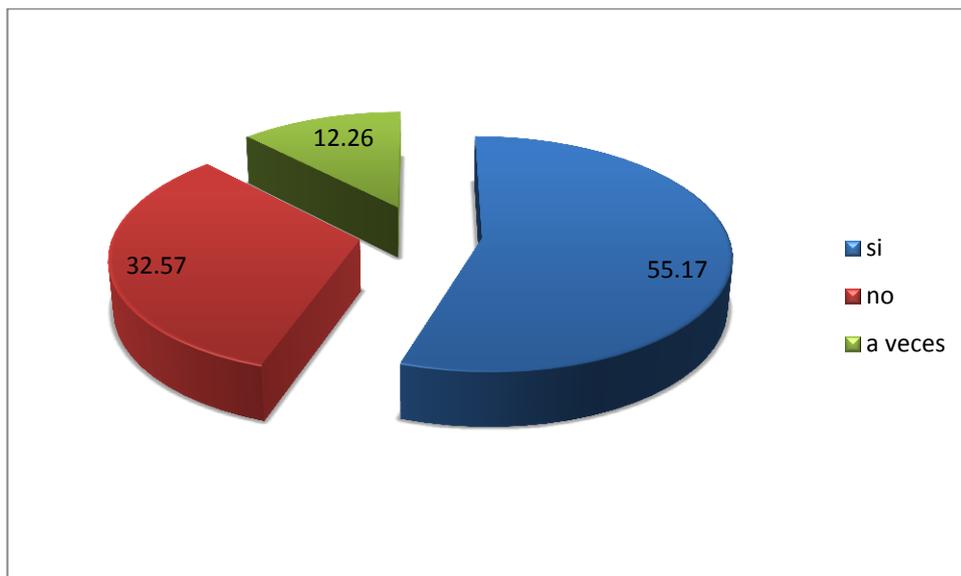
¿El equipo médico ha visitado su domicilio?

	F	%
Si	144	55,17
No	85	32,57
A veces	32	12,26
TOTAL	261	100

Fuente: Encuesta dirigida a la población del cantón Yacuambi
Elaboración: Johanna Piedra, Tatiana Merino

Grafico No.2

¿El equipo médico ha visitado su domicilio?



Fuente: Encuesta dirigida a la población del cantón Yacuambi
Elaboración: Johanna Piedra, Tatiana Merino

El equipo médico ha visitado los hogares de los pobladores en un 55,17%.

Tabla No.3

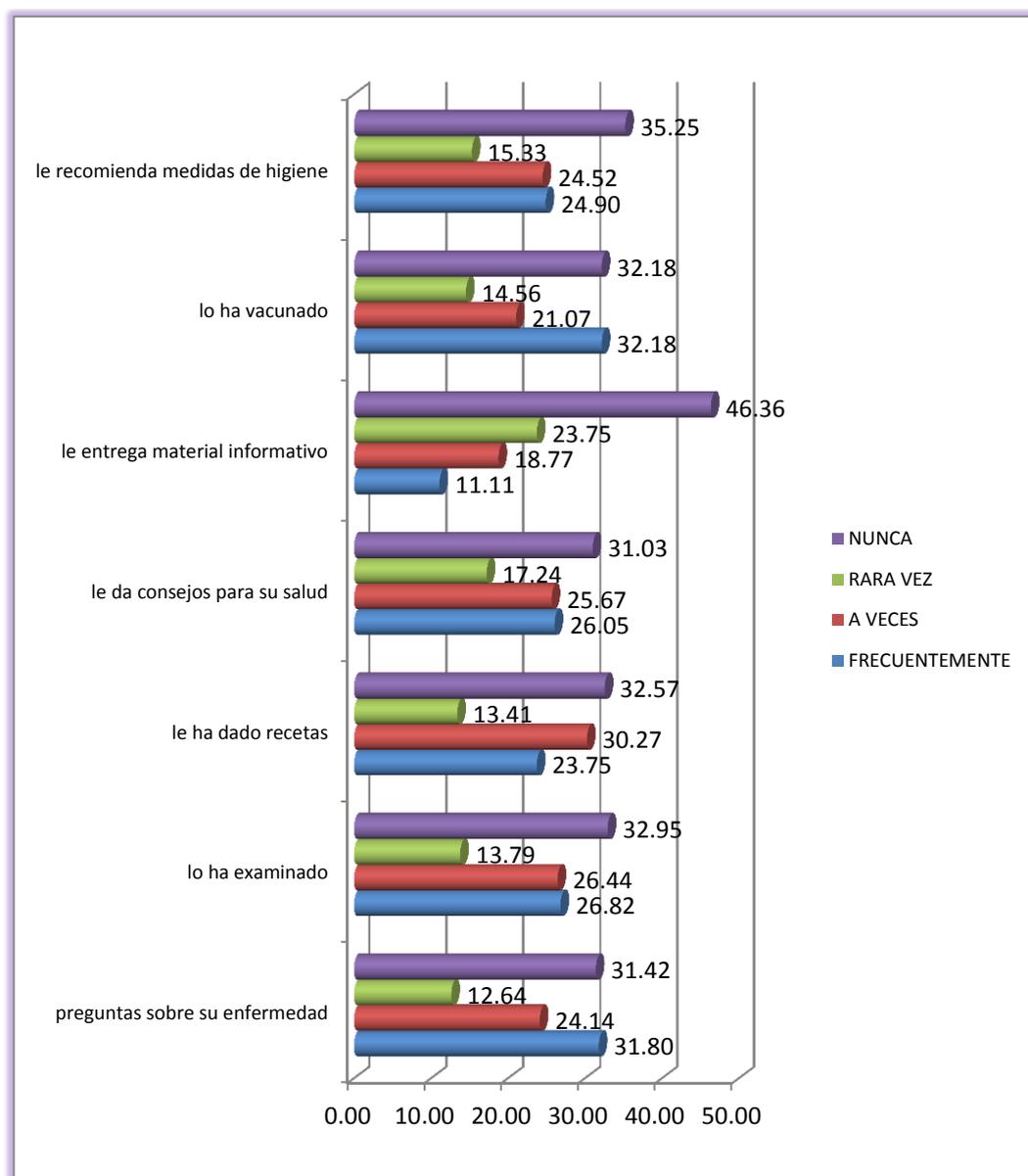
¿Qué actividades ha realizado el equipo médico cuando lo visita en su domicilio?

	FRECUENTEMENTE		A VECES		RARA VEZ		NUNCA		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
preguntas sobre su enfermedad	83	31,80	63	24,14	33	12,64	82	31,42	261	100,00
lo ha examinado	70	26,82	69	26,44	36	13,79	86	32,95	261	100,00
le ha dado recetas	62	23,75	79	30,27	35	13,41	85	32,57	261	100,00
le da consejos para su salud	68	26,05	67	25,67	45	17,24	81	31,03	261	100,00
le entrega material informativo	29	11,11	49	18,77	62	23,75	121	46,36	261	100,00
lo ha vacunado	84	32,18	55	21,07	38	14,56	84	32,18	261	100,00
le recomienda medidas de higiene	65	24,90	64	24,52	40	15,33	92	35,25	261	100,00

Fuente: Encuesta dirigida a la población del cantón Yacuambi
Elaboración: Johanna Piedra, Tatiana Merino

Gráfico No.3

¿Qué actividades ha realizado el equipo médico cuando lo visita en su domicilio?



Fuente: Encuesta dirigida a la población del cantón Yacuambi
Elaboración: Johanna Piedra, Tatiana Merino

El equipo médico no le recomienda medidas de higiene en un 35,25%. El 32,18% refiere que lo vacuna frecuentemente, así como también el mismo porcentaje que no lo hace. Le da consejos para su salud en el 31,03%. Le da recetas en un 32,57%. Lo examina durante a la consulta médica en un 32,95%. Le realiza preguntas sobre su enfermedad en un 31,80%.

Tabla No.4

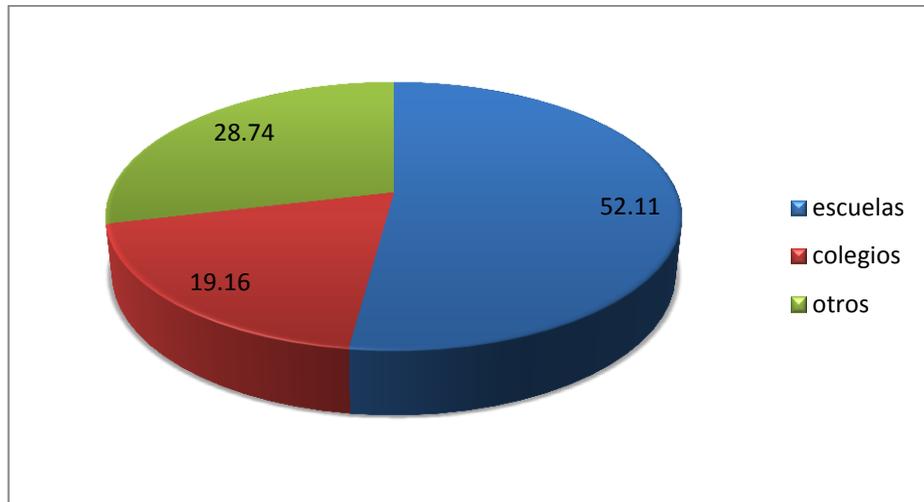
¿Ha asistido a charlas educativas del equipo de salud?

	F	%
Escuelas	136	52,11
Colegios	50	19,16
Otros	75	28,74
TOTAL	261	100,00

Fuente: Encuesta dirigida a la población del cantón Yacuambi
Elaboración: Johanna Piedra, Tatiana Merino

Grafico No.4

¿Ha asistido a charlas educativas del equipo de salud?



Fuente: Encuesta dirigida a la población del cantón Yacuambi
Elaboración: Johanna Piedra, Tatiana Merino

El 52,11 % de la población asiste a charlas educativas del equipo de salud en escuelas.

Tabla No.5

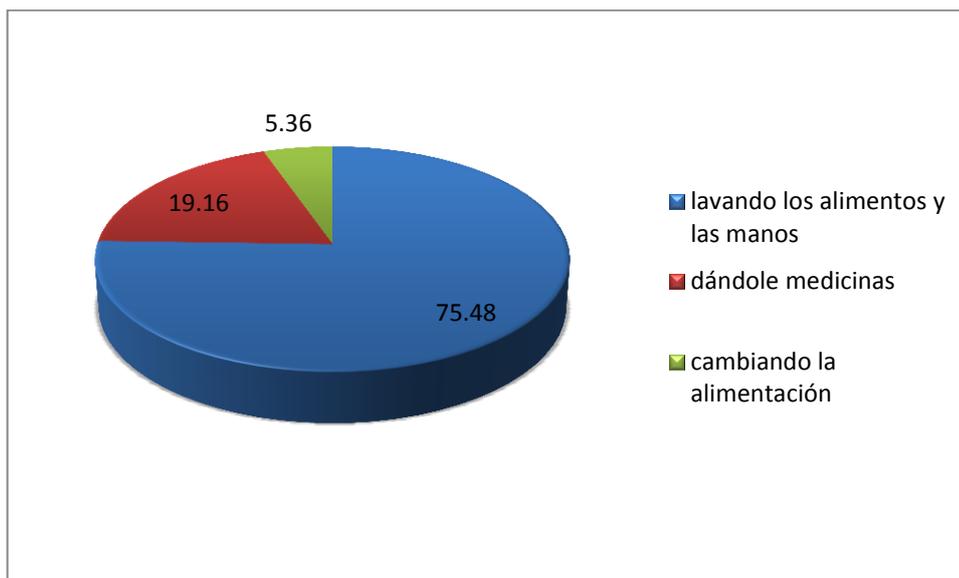
¿Cómo evitaría que su hijo tenga diarrea?

	F	%
Lavando los alimentos y las manos	197	75,48
Dándole medicinas	50	19,16
Cambiando la alimentación	14	5,36
TOTAL	261	100,00

Fuente: Encuesta dirigida a la población del cantón Yacuambi
Elaboración: Johanna Piedra, Tatiana Merino

Grafico No.5

¿Cómo evitaría que su hijo tenga diarrea?



Fuente: Encuesta dirigida a la población del cantón Yacuambi
Elaboración: Johanna Piedra, Tatiana Merino

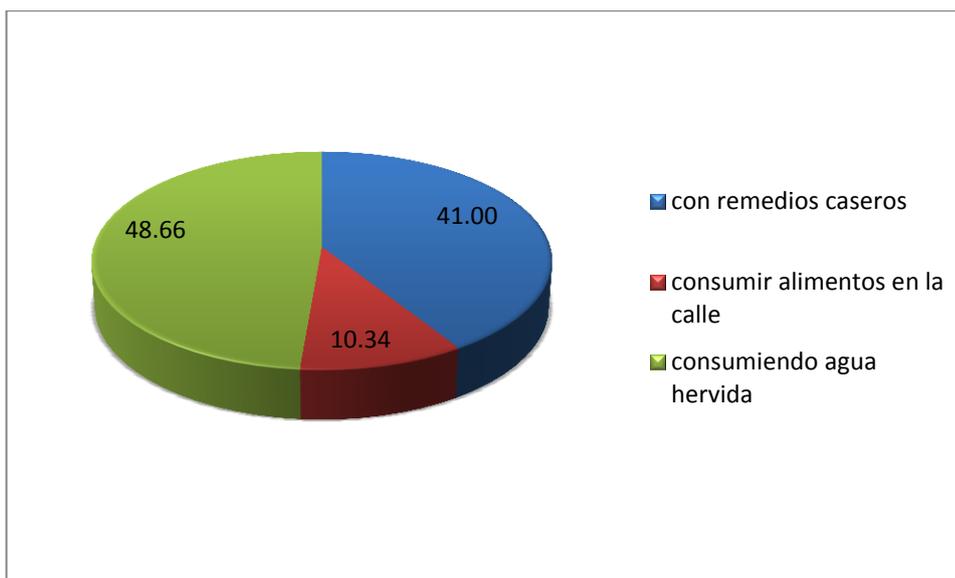
De la población el 75,48% evitaría que sus hijos tengan diarrea lavando los alimentos y las manos.

Tabla No.6
¿Cómo evitaría que su hijo tenga parásitos?

	F	%
Con remedios caseros	107	41,00
Consumir alimentos en la calle	27	10,34
Consumiendo agua hervida	127	48,66
TOTAL	261	100,00

Fuente: Encuesta dirigida a la población del cantón Yacuambi
Elaboración: Johanna Piedra, Tatiana Merino

Grafico No.6
¿Cómo evitaría que su hijo tenga parásitos?



Fuente: Encuesta dirigida a la población del cantón Yacuambi
Elaboración: Johanna Piedra, Tatiana Merino

El 48,66% evitaría que su hijo tenga parásitos consumiendo agua hervida.

Tabla No.7

¿Cómo evitaría que su hijo tenga deshidratación?

	F	%
Dar pocos líquidos a su hijo	17	6,51
Dando suero oral casero	224	85,82
Dejar de alimentarlo	20	7,66
TOTAL	261	100,00

Fuente: Encuesta dirigida a la población del cantón Yacuambi
Elaboración: Johanna Piedra, Tatiana Merino

Grafico No.7

¿Cómo evitaría que su hijo tenga deshidratación?



Fuente: Encuesta dirigida a la población del cantón Yacuambi
Elaboración: Johanna Piedra, Tatiana Merino

Observamos que el 85,82% evitaría que su hijo tenga deshidratación dando suero oral casero.

Tabla No.8

¿Cómo evitaría que su hijo tenga enfermedades de la infancia?

	F	%
Con una buena alimentación	99	37,93
Evitando vacunar a su hijo	6	2,30
Vacunando a su hijo	156	59,77
TOTAL	261	100,00

Fuente: Encuesta dirigida a la población del cantón Yacuambi
Elaboración: Johanna Piedra, Tatiana Merino

Grafico No.8

¿Cómo evitaría que su hijo tenga enfermedades de la infancia?



Fuente: Encuesta dirigida a la población del cantón Yacuambi
Elaboración: Johanna Piedra, Tatiana Merino

De la población el 59,77%, evitaría que su hijo tenga enfermedades de la infancia vacunando a su hijo.

11.2 Necesidades de capacitación en atención primaria en los médicos rurales del cantón Yacuambi.

Tabla No.9

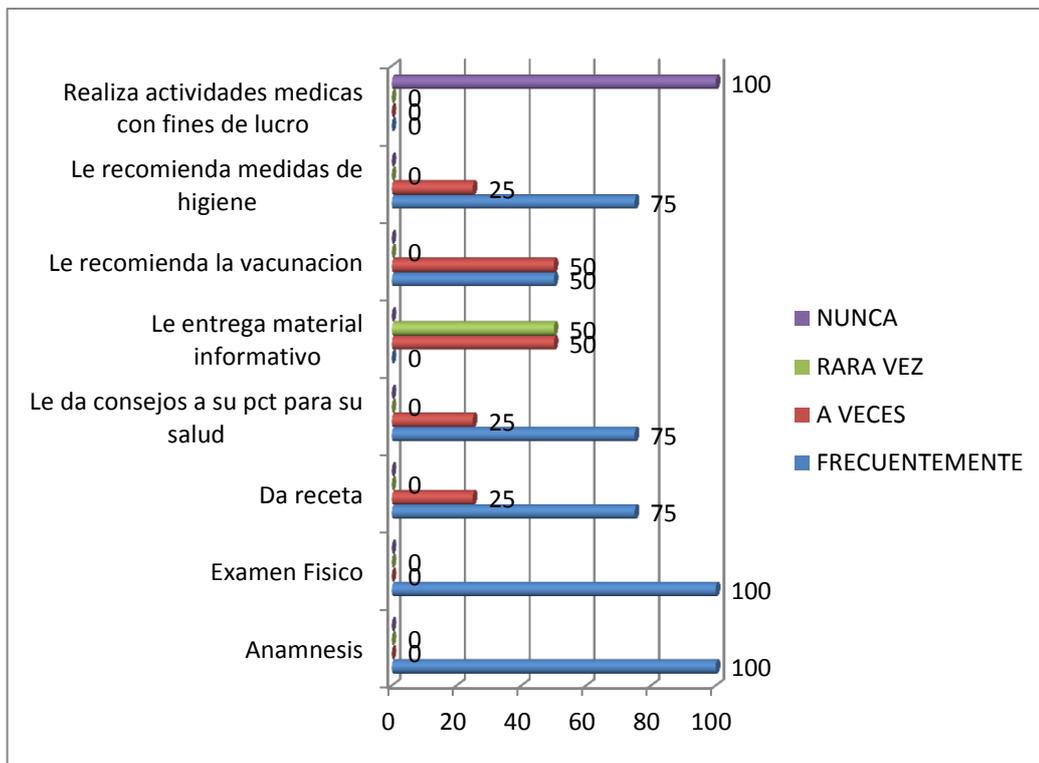
¿Con que frecuencia Ud. realiza las siguientes actividades?

	Frecuente-mente		A veces		Rara Vez		Nunca		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Anamnesis	4	100,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	4	100,00
Examen Físico	4	100,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	4	100,00
Da receta	3	75,00	1	25,00	0	0,00	0	0,00	4	100,00
Le da consejos a su pct. para su salud	3	75,00	1	25,00	0	0,00	0	0,00	4	100,00
Le entrega material informativo	0	0,00	2	50,00	2	50,00	0	0,00	4	100,00
Le recomienda la vacunación	2	50,00	2	50,00	0	0,00	0	0,00	4	100,00
Le recomienda medidas de higiene	3	75,00	1	25,00	0	0,00	0	0,00	4	100,00
Realiza actividades medicas con fines de lucro	0	0,00	0	0,00	0	0,00	4	100,00	4	100,00

Fuente: Encuesta dirigida a los médicos rurales que trabajan en el Proyecto de Telemedicina
Elaboración: Johanna Piedra, Tatiana Merino

Grafico No.9

¿Con qué frecuencia Ud. realiza las siguientes actividades?



Fuente: Encuesta dirigida a los médicos rurales que trabajan en el Proyecto de Telemedicina
Elaboración: Johanna Piedra, Tatiana Merino

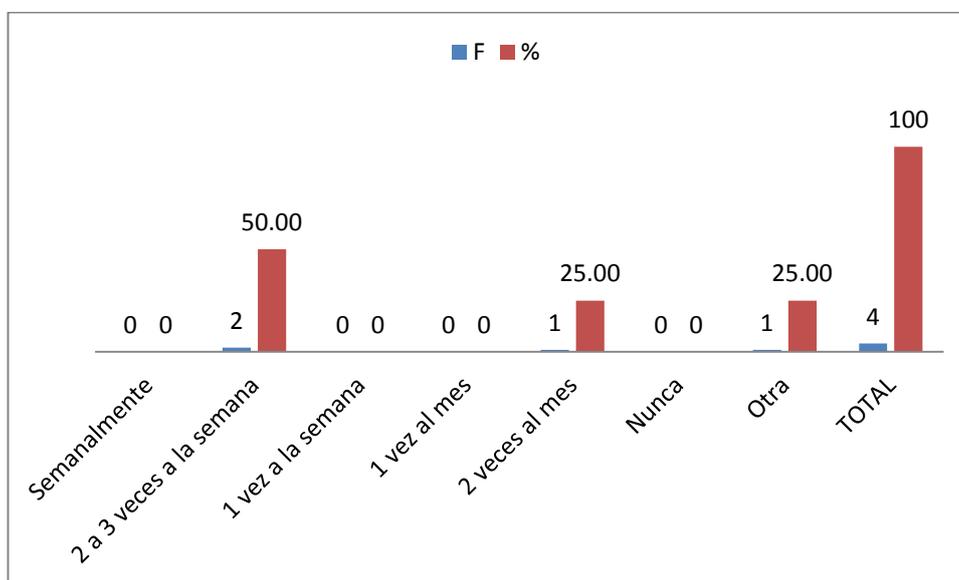
El 100% de los médicos no realizan sus actividades médicas con fines de lucro. El 75% recomienda medidas de higiene. Tanto en la recomendación de vacunas y entrega de material corresponden al 50% sus actividades. Existe una frecuencia del 75% en dar consejos para la salud y entrega de recetas dentro de las actividades de los médicos. Todos los médicos rurales realizan anamnesis y examen físico con un frecuencia del 100%.

Tabla No.10
¿Realiza visitas domiciliarias?

	F	%
Semanalmente	0	0,00
2 a 3 veces a la semana	2	50,00
1 vez a la semana	0	0,00
1 vez al mes	0	0,00
2 veces al mes	1	25,00
Nunca	0	0,00
Otra	1	25,00
TOTAL	4	100,00

Fuente: Encuesta dirigida a los médicos rurales que trabajan en el Proyecto de Telemedicina
 Elaboración: Johanna Piedra, Tatiana Merino

Grafico No.10
¿Realiza visitas domiciliarias?



Fuente: Encuesta dirigida a los médicos rurales que trabajan en el Proyecto de Telemedicina
 Elaboración: Johanna Piedra, Tatiana Merino

Las visitas domiciliarias se realizan en frecuencia de 2-3 veces por semana en un 50,00%.

Tabla No.11

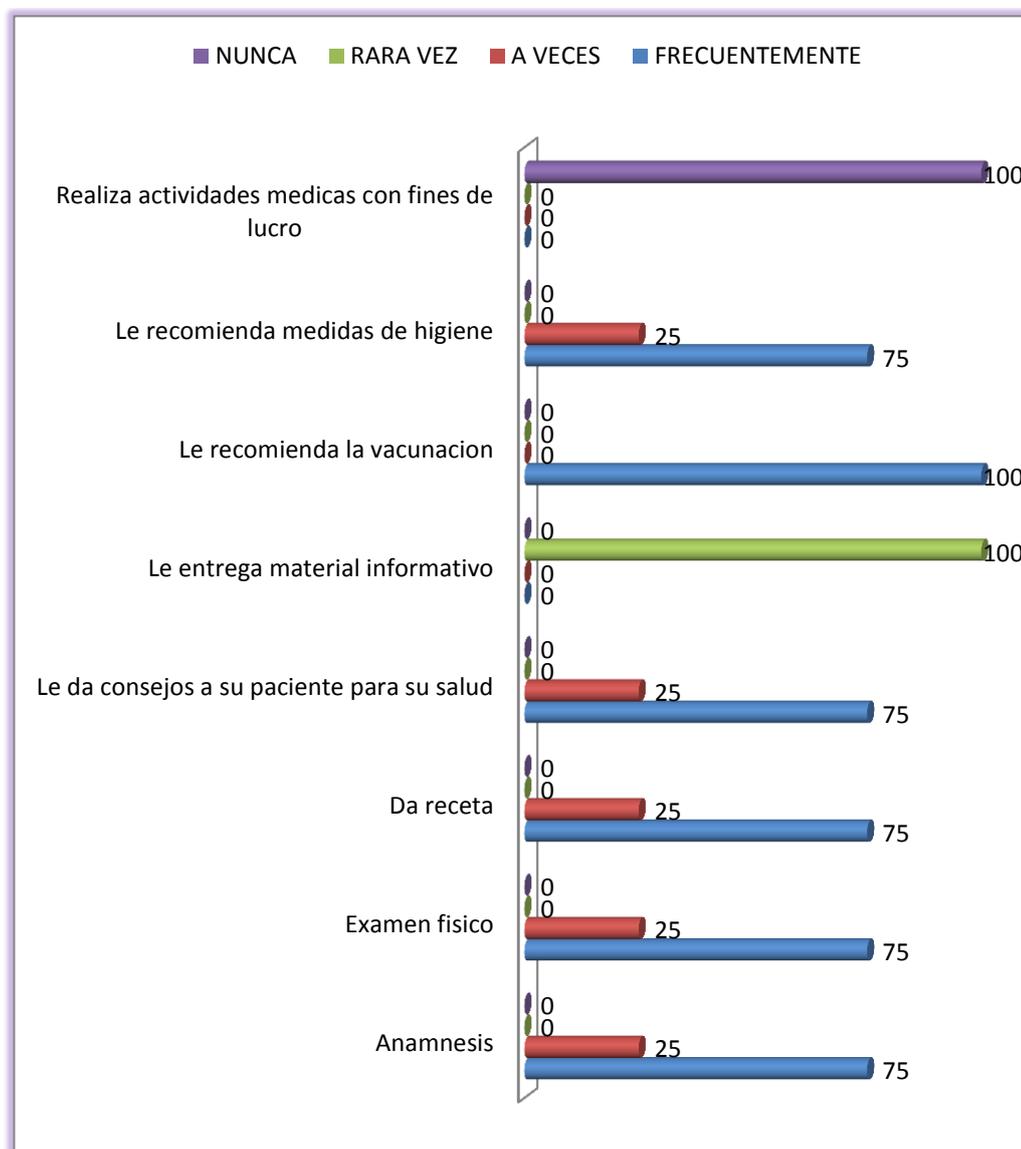
¿Qué actividades realiza usted en la visita domiciliaria?

	Frecuente- mente		A veces		Rara Vez		Nunca		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Anamnesis	3	75,00	1	25,00	0	0,00	0	0,00	4	100,00
Examen físico	3	75,00	1	25,00	0	0,00	0	0,00	4	100,00
Da receta	3	75,00	1	25,00	0	0,00	0	0,00	4	100,00
Le da consejos a su paciente para su salud	3	75,00	1	25,00	0	0,00	0	0,00	4	100,00
Le entrega material informativo	0	0,00	0	0,00	4	100,00	0	0,00	4	100,00
Le recomienda la vacunación	4	100,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	4	100,00
Le recomienda medidas de higiene	3	75,00	1	25,00	0	0,00	0	0,00	4	100,00
Realiza actividades medicas con fines de lucro	0	0,00	0	0,00	0	0,00	4	100,00	4	100,00

Fuente: Encuesta dirigida a los médicos rurales que trabajan en el Proyecto de Telemedicina
Elaboración: Las autoras

Grafico No.11

¿Qué actividades realiza usted en la visita domiciliaria?



Fuente: Encuesta dirigida a los médicos rurales que trabajan en el Proyecto de Telemedicina
Elaboración: Las autoras

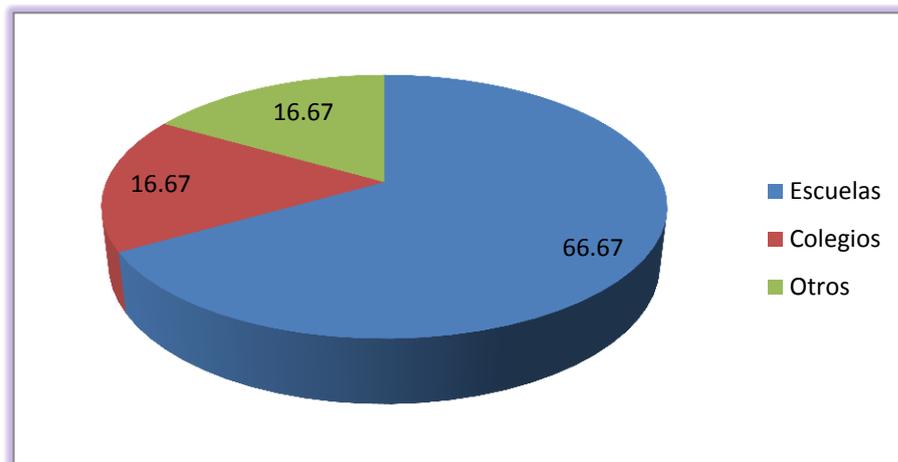
Los médicos refieren realizar las siguientes actividades: anamnesis 75%, examen físico 75%, dar recetas 75%, le da consejos a su paciente para su salud 75%, le entrega material informativo 100%, le recomienda vacunación 100%, le recomienda medidas de higiene 75%, no realizan actividades con fines de lucro 100%.

Tabla No.12
¿Ha brindado charlas educativas?

	F	%
Escuelas	4	66,67
Colegios	1	16,67
Otros	1	16,67
TOTAL	6	100

Fuente: Encuesta dirigida a los médicos rurales que trabajan en el Proyecto de Telemedicina
Elaboración: Johanna Piedra, Tatiana Merino

Grafico No.12
¿Ha brindado charlas educativas?



Fuente: Encuesta dirigida a los médicos rurales que trabajan en el Proyecto de Telemedicina
Elaboración: Johanna Piedra, Tatiana Merino

Los médicos rurales del Cantón Yacuambi que trabajan en Telemedicina dan charlas educativas en escuelas en un porcentaje de 66,67.

Tabla No.13

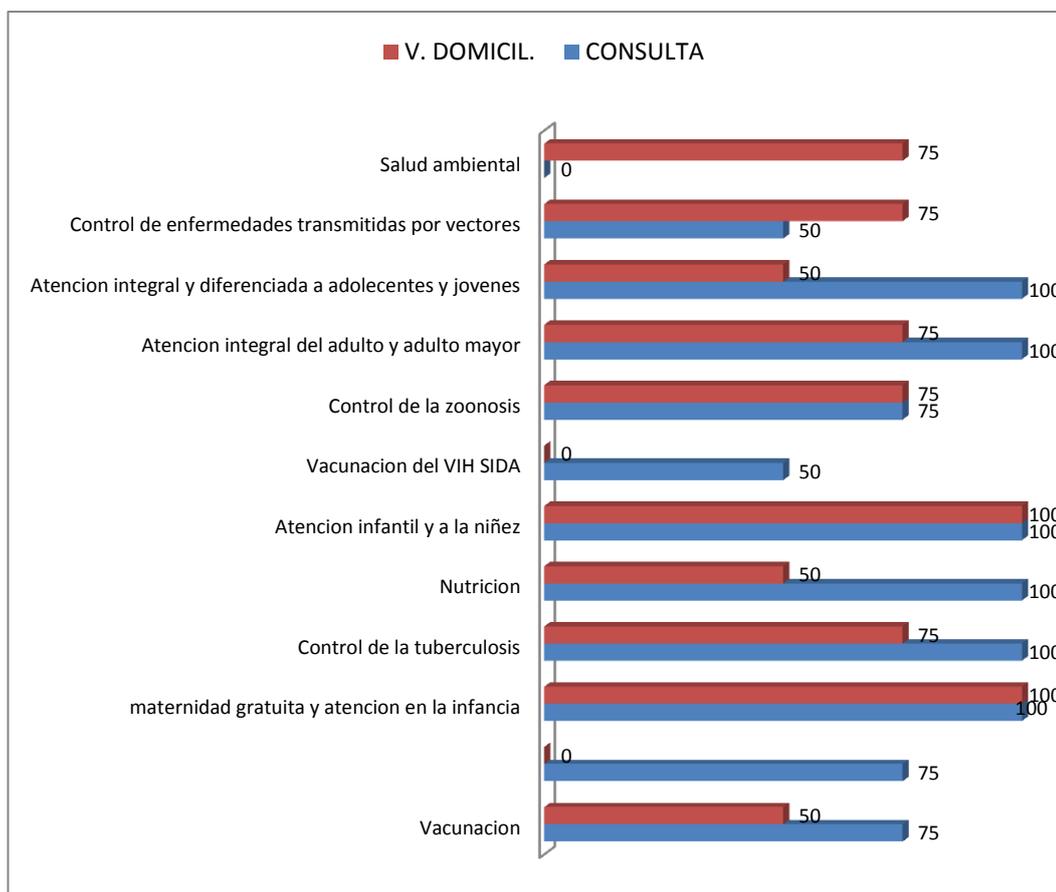
¿Ha puesto en práctica los siguientes programas de MSP en la consulta y la visita domiciliaria?

	F	%	F	%
Vacunación	3	75,00	2	50,00
Programa de maternidad gratuita y atención en la infancia	4	100,00	4	100,00
Programa del control de la tuberculosis	4	100,00	3	75,00
Programa de nutrición	4	100,00	2	50,00
Programa de atención infantil y a la niñez	4	100,00	4	100,00
Programa de vacunación del VIH SIDA	2	50,00	0	0,00
Programa de control de la zoonosis	3	75,00	3	75,00
Programa de atención integral del adulto y adulto mayor	4	100,00	3	75,00
Atención integral y diferenciada a adolescentes y jóvenes	4	100,00	2	50,00
Control de enfermedades transmitidas por vectores	2	50,00	3	75,00
Salud ambiental	0	0,00	3	75,00

Fuente: Encuesta dirigida a los médicos rurales que trabajan en el Proyecto de Telemedicina
Elaboración: Johanna Piedra, Tatiana Merino

Grafico No.13

¿Ha puesto en práctica los siguientes programas de MSP en la Consulta y en la visita domiciliaria?



Fuente: Encuesta dirigida a los médicos rurales que trabajan en el Proyecto de Telemedicina
Elaboración: Las autoras

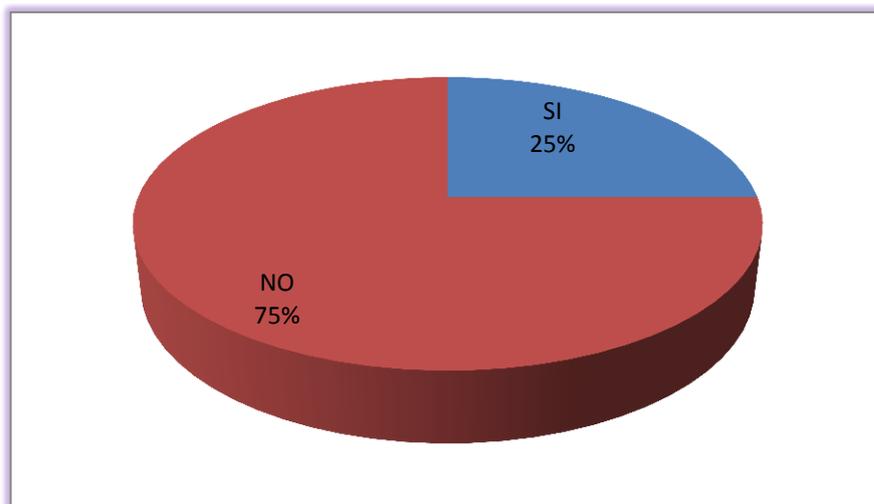
Los médicos rurales ponen en práctica en la visita domiciliaria el Programa de Atención Infantil y a la niñez y el Programa de Maternidad gratuita y atención en la infancia en un 100%. Y en la consulta el Programa de Atención Integral y diferenciada a adolescentes y jóvenes, Programa de atención integral del adulto y adulto mayor, Programa de Atención infantil y a la niñez, Programa de nutrición, y Programa de maternidad gratuita y atención en la infancia en un 100%.

Tabla No.14
¿Ha recibido capacitación en APS?

	F	%
SI	1	25,00
NO	3	75,00
TOTAL	4	100,00

Fuente: Encuesta dirigida a los médicos rurales que trabajan en el Proyecto de Telemedicina
 Elaboración: Johanna Piedra, Tatiana Merino

Grafico No.14
¿Ha recibido capacitación en APS?



Fuente: Encuesta dirigida a los médicos rurales que trabajan en el Proyecto de Telemedicina
 Elaboración: Johanna Piedra, Tatiana Merino

El 75% de los médicos rurales encuestados no ha recibido capacitación en APS, y tan solo el 25% ha recibido capacitación.

Tabla No.15

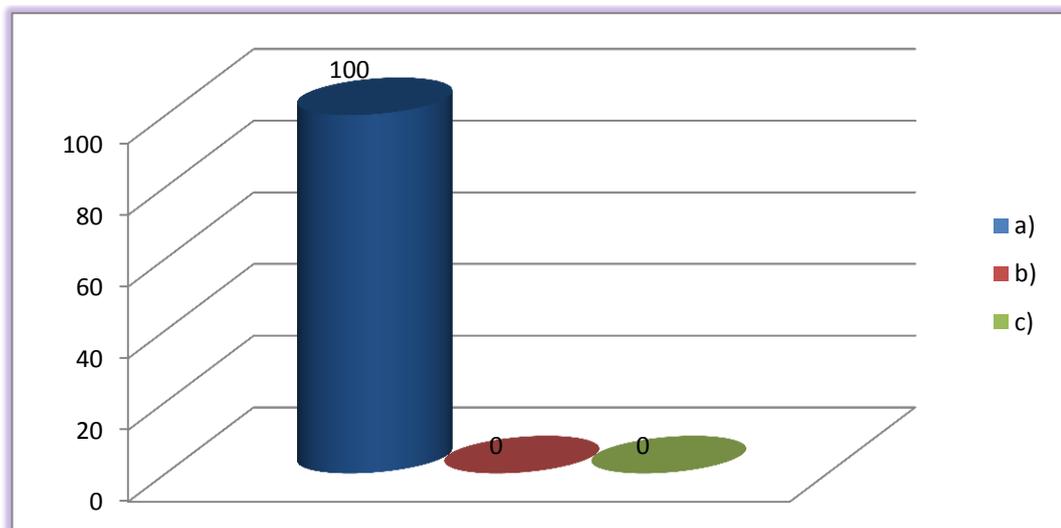
¿Qué entiende por Atención Primaria en Salud?

	F	%
a) La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad.	4	100,00
b) La atención primaria de salud comprende la Atención de Naturaleza especial, generalmente compleja y que no puede ser administrada por el médico	0	0,00
c) La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial accesible a ciertos individuos y familias de la comunidad a través de medios	0	0,00
TOTAL	4	100,00

Fuente: Encuesta dirigida a los médicos rurales que trabajan en el Proyecto de Telemedicina
Elaboración: Johanna Piedra, Tatiana Merino

Grafico No.16

¿Qué entiende por Atención Primaria en Salud?



Fuente: Encuesta dirigida a los médicos rurales que trabajan en el Proyecto de Telemedicina
Elaboración: Johanna Piedra, Tatiana Merino

Observamos que el 100% de los médicos rurales conoce con certeza el concepto de Atención Primaria en Salud.

RESULTADO 3

11.3 Perfil epidemiológico del Cantón Yacuambi en el 2009

Tabla No.16

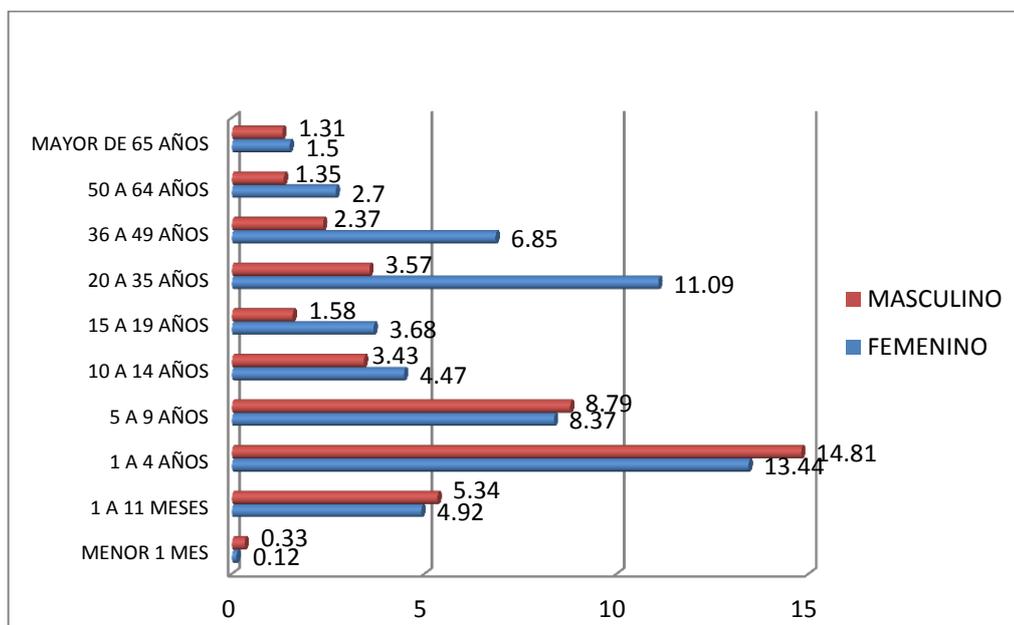
Distribución de pacientes atendidos por edad y sexo/2009

EDAD	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
MENOR 1 MES	6	0,12	16	0,33	22	0,46
1 A 11 MESES	237	4,92	257	5,34	494	10,26
1 A 4 AÑOS	647	13,44	713	14,81	1360	28,25
5 A 9 AÑOS	403	8,37	423	8,79	826	17,15
10 A 14 AÑOS	215	4,47	165	3,43	380	7,89
15 A 19 AÑOS	177	3,68	76	1,58	253	5,25
20 A 35 AÑOS	534	11,09	172	3,57	706	14,66
36 A 49 AÑOS	330	6,85	114	2,37	444	9,22
50 A 64 AÑOS	130	2,70	65	1,35	195	4,05
MAYOR DE 65 AÑOS	72	1,50	63	1,31	135	2,80
Total	2751	57,13	2064	42,87	4815	100,00

FUENTE: Partes diarios de unidades operativas
ELABORACIÓN: Los autores

Gráfico 16

Distribución de pacientes atendidos por edad y sexo/2009



FUENTE: Partes diarios de unidades operativas
ELABORACIÓN: Johanna Piedra, Tatiana Merino

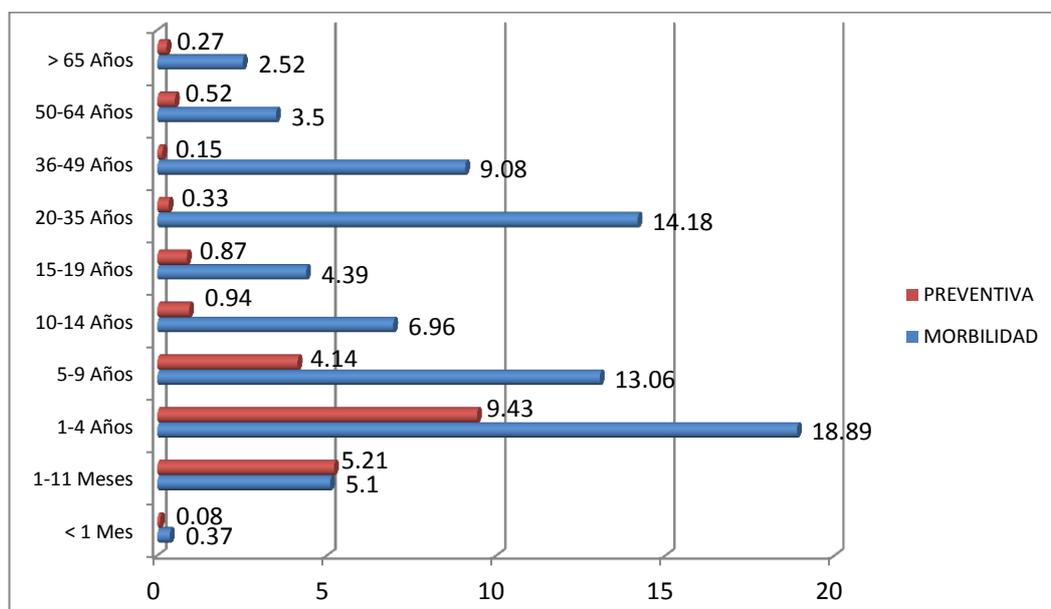
El número de pacientes atendido en mayor escala fue la población masculina en el rango de 1 a 4 años en 14.81%, seguida del rango de edad de 5 a 9 años en un 8,79%, en cuanto a la población femenina el rango de 1 a 4 años fue el atendido en un 14,81%, seguido de el rango de 20 a 35 años de edad con un 11.09%.

Tabla No. 17
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES POR EDAD Y TIPO DE ATENCIÓN
RECIBIDA/2009

TIPO DE ATENCIÓN	MORBILIDAD		PREVENTIVA		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
EDAD						
< 1 Mes	18	0,37	4	0,08	22	0,46
1-11 Meses	245	5,10	250	5,21	495	10,31
1-4 Años	907	18,89	453	9,43	1360	28,32
5-9 Años	627	13,06	199	4,14	826	17,20
10-14 Años	334	6,96	45	0,94	379	7,89
15-19 Años	211	4,39	42	0,87	253	5,27
20-35 Años	681	14,18	16	0,33	697	14,51
36-49 Años	436	9,08	7	0,15	443	9,23
50-64 Años	168	3,50	25	0,52	193	4,02
> 65 Años	121	2,52	13	0,27	134	2,79
TOTAL	3748	78,05	1054	21,95	4802	100,00

FUENTE: Partes diarios de unidades operativas
 ELABORACIÓN: Los autores

Grafico No. 17
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES POR EDAD Y TIPO DE ATENCIÓN
RECIBIDA/2009



FUENTE: Partes diarios de unidades operativas
 ELABORACIÓN: Johanna Piedra, Tatiana Merino

El tipo de atención recibida en cuanto a morbilidad en el grupo de 1 a 4 años del 18,89% seguida del grupo de 20 a 35 años con un 14,18% no muy lejos del grupo de 5 a 9 años con un 13,06% y en lo que se refiere a tipo de atención preventiva el grupo de 1 a 4 años recibió un 9,43% seguido del grupo de 1 a 11 meses con un 5,21%.

Tabla No.18

5 primeras causas de morbilidad por edad en el cantón Yacuambi

Principales causas de morbilidad por edad	1º causa	2º causa	3º causa	4º causa	5º causa
< 1 mes	Dermatitis por contacto (50%)	Conjuntivitis (16.67%)	EDA sin deshidratación (5.56%)	IRA sin neumonía (5.56%)	Onfalitis (5.56%)
1 a 11 meses	IRA sin neumonía (26.12%)	EDA (23.27%)	Lesiones dérmicas (17.51%)	IRA + Neumonía (8.98%)	Rinofaringitis aguda (8.16%)
1 a 4 años	Parasitosis (27.34%)	IRA sin neumonía (18.96%)	EDA (17.42%)	Lesiones dérmicas (15.21%)	Rinofaringitis (5.84%)
5 a 9 años	Parasitosis (52.47%)	IRA sin neumonía (14.04%)	Lesiones dérmicas (9.25%)	Desnutrición (3.99%)	Herida (2.55%)
10 a 14 años	Parasitosis (43.71%)	IRA sin neumonía (13.74%)	Lesiones dérmicas (9.58%)	IRA sin neumonía (5.99%)	Rinofaringitis aguda (3.89%)
15 a 19 años	Parasitosis (19.91%)	IRA sin neumonía (13.74%)	Lesiones dérmicas (10.43%)	Herida (9.00%)	Trastornos de la menstruación (6.16%)
20 a 35 años	Vaginitis y vaginosis (14.39%)	Parasitosis (12.04%)	IRA sin neumonía (10.87%)	IVO (6.61%)	Gastritis (6.31%)
36 a 49 años	Lumbalgia (10.55%)	Parasitosis (10.55%)	IRA sin neumonía (7.34%)	Gastritis (6.42%)	Anemia (5.05%)
50 a 64 años	Lumbalgia (12.95%)	Parasitosis (8.81%)	IRA sin neumonía (8.81%)	Gastritis (6.22%)	Artritis (5.18%)
> 65 años	HTA (9.70%)	Lumbalgia (9.70%)	Artritis reumatoide (8.96%)	IRA sin neumonía (8.96%)	Parasitosis (8.21%)

FUENTE: Partes diarios de unidades operativas
ELABORACIÓN: Los autores

La principal causa de morbilidad en niños menores de un mes es la dermatitis por contacto, en niños de 1 a 11 meses es la IRA sin neumonía, en niños de 1 a 4 años es la parasitosis, en niños de 5 a 9 años la parasitosis pero en un mayor porcentaje, de 10 a 14 años es la parasitosis en este caso ya con un menor porcentaje que los dos grupos etarios que preceden, en el grupo de 20 a 35 años vaginitis y vaginosis, el grupo de 36 a 49 es la lumbalgia, al igual que el grupo de 50 a 64 años pero en mayor porcentaje, y por ultimo en el grupo etario de > de 65 años es la HTA.

Resultado 4:

Curso de Capacitación a distancia en APS

MODULO 1

INTRODUCCION A LA APS

1. Definiciones
2. Sistemas de salud basados en APS
3. Organización del equipo de salud en APS
4. Estrategias en APS
5. Beneficios
6. Necesidades de la Población

MODULO 2

ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS SEGÚN LA EDAD

1. Menores de un mes
2. De 1 a 11 meses
3. De 1 a 4 años
4. 5 a 9 años
5. 10 a 14 años
6. 15 a 24 años
7. 25 a 44 años
8. 45 a 64 años
9. Mayores de 65 años

MODULO 3

ATENCIÓN A LOS PROBLEMAS DE SALUD MÁS FRECUENTES EN LOS NIÑOS

1. IRA

- 1.1. Definición
- 1.2. Clasificación
- 1.3. Estrategia preventiva
 - 1.3.1. Características del paciente y su entorno
 - 1.3.2. Características de la relación del paciente con el médico incluyendo seguimiento
- 1.4. Estrategia diagnóstica
 - 1.4.1. Características clínicas y síntomas guía
 - 1.4.2. Características de los gérmenes más frecuentes implicados y sus resistencias
- 1.5. Tratamiento empírico
 - 1.5.1. Medidas y tratamiento farmacológico

2. EDA

- 2.1. Definición
- 2.2. Clasificación
- 2.3. Estrategia preventiva
 - 2.3.1. Características del paciente y su entorno
 - 2.3.2. Características de la relación del paciente con el médico incluyendo seguimiento
- 2.4. Estrategia diagnóstica
 - 2.4.1. Características clínicas y síntomas guía

- 2.4.2. Características de los gérmenes más frecuentes implicados y sus resistencias
- 2.5. Tratamiento empírico
 - 2.5.1. Medidas y tratamiento farmacológico
- 3. ASMA**
 - 3.1. Definición
 - 3.2. Clasificación
 - 3.3. Estrategia preventiva
 - 3.3.1. Características del paciente y su entorno
 - 3.3.2. Características de la relación del paciente con el médico incluyendo seguimiento
 - 3.4. Estrategia diagnóstica
 - 3.4.1. Características clínicas y síntomas guía
 - 3.5. Tratamiento empírico
 - 3.5.1. Medidas y tratamiento farmacológico

MODULO 4

ATENCION A LOS PROBLEMAS DE SALUD MÁS FRECUENTES EN LAS MUJERES EN EDAD FERTIL

- 7. ETS**
 - 7.1. Definición
 - 7.2. Clasificación
 - 7.3. Estrategia preventiva
 - 7.3.1. Características del paciente y su entorno
 - 7.3.2. Características de la relación del paciente con el médico incluyendo seguimiento
 - 7.4. Estrategia diagnóstica
 - 7.4.1. Características clínicas y síntomas guía
 - 7.4.2. Características de los gérmenes más frecuentes implicados y sus resistencias
 - 7.5. Tratamiento empírico
 - 7.5.1. Medidas y tratamiento farmacológico
- 8. ITU**
 - 8.1. Definición
 - 8.2. Clasificación
 - 8.3. Estrategia preventiva
 - 8.3.1. Características del paciente y su entorno
 - 8.3.2. Características de la relación del paciente con el médico incluyendo seguimiento
 - 8.4. Estrategia diagnóstica
 - 8.4.1. Características clínicas y síntomas guía
 - 8.4.2. Características de los gérmenes más frecuentes implicados y sus resistencias
 - 8.5. Tratamiento empírico
 - 8.5.1. Medidas y tratamiento farmacológico

MODULO 5

ATENCION A LOS PROBLEMAS DE SALUD MÁS FRECUENTES EN LOS ADULTOS MAYORES

- 9. LA FRAGILIDAD EN EL ADULTO MAYOR**
 - 9.1. Definición

- 9.2. Clasificación o tipos
- 9.3. Estrategia preventiva
 - 9.3.1. Características del paciente y su entorno
 - 9.3.2. Características de la relación del paciente con el médico incluyendo seguimiento
- 9.4. Estrategia diagnóstica
 - 9.4.1. Características clínicas y síntomas guía
- 9.5. Tratamiento empírico
 - 9.5.1. Medidas y tratamiento farmacológico

10. TRASTORNO COGNITIVO Y DEMENCIA

- 10.1. Definición
- 10.2. Clasificación
- 10.3. Estrategia preventiva
 - 10.3.1. Características del paciente y su entorno
 - 10.3.2. Características de la relación del paciente con el médico incluyendo seguimiento
- 10.4. Estrategia diagnóstica
 - 10.4.1. Características clínicas y síntomas guía
- 10.5. Tratamiento empírico
 - 10.5.1. Medidas y tratamiento farmacológico

11. TUBERCULOSIS

- 11.1. Definición
- 11.2. Clasificación
- 11.3. Estrategia preventiva
 - 11.3.1. Características del paciente y su entorno
 - 11.3.2. Características de la relación del paciente con el médico incluyendo seguimiento
- 11.4. Estrategia diagnóstica
 - 11.4.1. Características clínicas y síntomas guía
 - 11.4.2. Características de los gérmenes más frecuentes implicados y sus resistencias
- 11.5. Tratamiento empírico
 - 11.5.1. Medidas y tratamiento farmacológico

11. CONCLUSIONES

- La mayor necesidad de la población en actividades de Atención Primaria es en estrategias educativas tanto en la consulta como en visitas domiciliarias.
- De acuerdo a las encuestas realizadas a la población se pudo determinar que dentro de las necesidades durante la consulta médica las actividades analizadas se realizan en los siguientes porcentajes: lavado de manos adecuado el mismo que corresponde al 36,02%, entrega material informativo en un 26,05%.
- El equipo médico realiza una visita domiciliaria en un 55,17% de 2 a 3 veces por semana, además durante la visita no se realizan las siguientes actividades: entrega de material informativo, recomendaciones de sobre medidas de higiene, dar consejos sobre salud (se obtuvo 0% en estas actividades), en vacunación podemos encontrar un porcentaje igual tanto de quienes la recibieron y los que no.
- La población en un 52,11% ha asistido a charlas educativas dictadas por el equipo de salud en escuelas, mientras que un porcentaje menor encontramos que asisten a charlas educativas en distintos establecimientos.
- En la encuesta realizada a la población acerca de cómo evitaría ciertas enfermedades en su hijo, encontramos que la mayoría de la población conocen cómo prevenirlas.
- Dentro de la encuesta realizada a médicos rurales encontramos que solo el 25% (n=1), han recibido capacitación en Atención Primaria en Salud determinando así que no se realiza una adecuada capacitación.
- A pesar de la falta de capacitación los médicos rurales tienen bien establecida la definición acerca de Atención Primaria en Salud.

12. RECOMENDACIONES

- Debido a que hay actividades de APS que no se están realizando existen carencias tanto en la consulta médica como en la visita domiciliaria en la zona rural se recomienda que el médico ponga mayor énfasis en la promoción de salud para de esta manera la población logre una mejor prevención.
- Existe una gran acogida en cuanto a la asistencia de los pobladores a las charlas que brinda el equipo médico, pero es recomendable fomentar la promoción de las mismas para de esta manera lograr un mayor número de asistencia.
- Dentro de la encuesta realizada a médicos rurales encontramos que solo el 25% (n=1), han recibido capacitación en Atención Primaria en Salud determinando así que no se realiza una adecuada capacitación.
- Se encontró en los trabajadores de la salud que fueron encuestados no reciben una capacitación adecuada en APS por lo que se recomienda que los médicos tomen este curso de capacitación en Atención Primaria en Salud a distancia.
- Se recomienda que al obtener un número suficiente de trabajadores de la salud que hayan tomado el Curso de Capacitación en Atención Primaria en Salud se evalúe la efectividad del mismo.

DISCUSIÓN

En el presente estudio en las encuestas realizadas a la población se pudo determinar en mayor porcentaje que el médico rural durante la consulta: no enseña el lavado de manos adecuado, con lo que podemos deducir que no se están realizando en la mayor parte de los casos las actividades educativas completas ya que si se están entregando material educativo pero no se está tomando el tiempo necesario para explicarlo durante la consulta.

Según la bibliografía el médico y el equipo de salud cotidianamente deben ofrecer consejos prácticos e información sobre los problemas de salud identificados en cada usuario, así como consejos sobre los aspectos de prevención y auto-cuidado. Los consejos sólo pueden ser prácticos y de utilidad para el paciente si se toman en cuenta esta variedad en los receptores y en los condicionantes del proceso salud-enfermedad. La pobreza, el desempleo, un escaso nivel de alfabetismo, el acceso limitado a los servicios básicos y las personas que viven en precarios, entre otros, son factores que están condicionando un riesgo elevado de enfermedad física y de patología psicosocial.

Además en la encuesta realizada el 32,57% de la población no ha recibido visita domiciliaria durante el último año, lo que nos indicaría una falta de cobertura en esta actividad de atención primaria en salud. Lo que contrastamos con lo que la bibliografía recomienda acerca de la visita domiciliaria, en particular a familias de zonas rurales, en barrios marginados y en precarios, permite analizar las circunstancias para el seguimiento; por ejemplo, el apoyo familiar y las mínimas medidas higiénicas. Aunque las circunstancias actuales y locales de la zona por las

distancias que deben recorrer reducen las posibilidades de la visita médica a los hogares, es recomendable que los médicos generales de la APS tomen la iniciativa para efectuar algunas visitas como una norma de trabajo.

Y al preguntarle al equipo médico se encontró en mayor porcentaje que este realiza una visita domiciliaria 2 a 3 veces por semana, pero durante la visita no se realizan actividades como entrega de material informativo, recomendaciones sobre medidas higiénicas, lo que nos permite deducir que no se están realizando todas las actividades recomendadas para dar una buena cobertura en APS.

Además la bibliografía recomienda que aparte de los programas preventivos y de la atención de la morbilidad, actividades de promoción de la salud destinadas al conjunto de la población. Entre ellas se encuentran las siguientes:

- Promoción de estilos de vida saludables.
- Educación para la salud.
- Detección y abordaje de la Violencia Intrafamiliar y abuso sexual extra-familiar.
- Protección al ambiente humano.
- Participación social.
- Comunicación en salud.

Además en la encuesta realizada a la población un 52,11% ha asistido a charlas educativas realizadas en escuelas, colegios en un 19,16%, por lo se podría deducir que se están realizando adecuadamente charlas educativas impartidas por el equipo de salud hacia la población.

La bibliografía menciona que los centros de educación preescolar, las escuelas primarias y los colegios de secundaria se constituyen en escenarios importantes para la APS en Colombia. La Ley General de Salud es muy clara cuando señala: Es obligación de los padres cumplir con las instrucciones y controles médicos que se les imponga para velar por la salud de los menores a su cargo, todo escolar deberá someterse a los exámenes médicos y dentales preventivos y participar en los programas de educación para la salud y en nutrición complementaria que deberán ofrecer los establecimientos educativos públicos y privados.

En la atención directa a las personas se ejecutan acciones de promoción, prevención, recuperación y mantenimiento de la salud, tendientes a intervenir los principales problemas de salud de la población, así como la atención a la morbilidad prevalente y emergente de la población.

13. BIBLIOGRAFÍA

1. Rincón M, Rodríguez I, Barrio Adentro y Alma Ata, RCS, 2010; Vol. XVI, No 3, 516-517.
2. Declaración de Alma-Ata. En: *Alma-Ata 1978: atención primaria de salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1978. pp. 3-4.
3. Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science and Medicine*, 51:1087-1110
4. Fiscella K et al. Patient trust: is it related to patient-centred behavior of primary care physicians? *Medical Care*, 2007, 42:1049-1055.
5. Marincowitz GJO, Fehrsen GS. Caring, learning, improving quality and doing research: Different faces of the same process. Paper presented at: 11th South African Family Practice Congress, Sun City, South Africa, August 2008.
6. Bindman AB et al. Primary care and receipt of preventive services. *Journal of General Internal Medicine*, 2006, 11:269-276
7. Starfield B. *Primary care: balancing health needs, services, and technology*. New York, Oxford University Press 2008.
8. James Pfeiffer International. NGOs and primary health care in Mozambique: the need for a new model of collaboration. *Social Science and Medicine*, 2005,56:725-738
9. Jaffré Y, Olivier de Sardan J-P. Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest. Paris, Karthala, 2006
10. Bossyns P, Van Lerberghe W. The weakest link: competence and prestige as constraints to referral by isolated nurses in rural Niger. *Human Resources for Health*, 2007, 2:1
11. Starfield B. *Primary care: balancing health needs, services, and technology*. New York, Oxford University Press 199

12. Pan American Health Organization. Renewing primary health care in the Americas: a position paper of the Pan American Health Organization/World Health Organization (PAHO/WHO). Washington, D.C.: PAHO; 2007.
13. Organización Panamericana de la Salud, Documento Resolución V "INICIATIVA DE SALUD DE LOS PUEBLOS INDIGENAS DE LAS AMERICAS", XXXVII Reunión del Consejo Directivo, Cuarta sesión Plenaria, 28 Septiembre 2005.
14. Encalada Eduardo, et. al.: "Pobreza indígena y negra en Ecuador", Consultoría para el BID, 2006.
15. Oficina Sanitaria Panamericana. Desempeño en equipos de Salud. Impreso en Brasil. Editora FGV. 2006.
16. Werther W. y Davis, H. Administración de personal y recursos humanos. Cuarta Edición. Mc Graw-Hill. Interamericana de México. 2005
17. Chiavenato, I. Administración de los recursos humanos. Sexta Edición. Colombia. McGraw-Hill. 2005.
18. Bradford, D. Excelencia de la Administración. Limusa. Noriega Editores. México. 2007.
19. Carrasquero, M. Vinculación, universidad, servicios de salud y la comunidad. Un proceso de gestión. Tesis doctoral. URBE. Maracaibo. 2006.
20. Willems S et al. Socio-economic status of the patient and doctor-patient communication: does it make a difference. Patient Education and Counseling, 2005, 56:139 -14
21. Mirta Roses. Conferencia de clausura de la Reunión de Buenos Aires 30/15 en: Hacia un cuidado integral de la salud para la equidad: De Alma Ata a la Declaración del Milenio. Ministerio de Salud. Argentina; 2007.
22. OPS/OMS. Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud. Enfoque de Competencias: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS. Unidad de Servicios de Salud. Washington, DC; 2006.
23. Ferreira JR. Misión del hospital a la luz de las nuevas tendencias de la educación médica. Edu. Med. Salud 10 (2):104-151, 2007

24. Torrado P, De la teoría a la Practica, en Proceso de desarrollo Local-Territorial (2007), Ed. INTA, Argentina.
25. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Tercera Conferencia Ministerial sobre la Sociedad de la Información de América Latina y el Caribe. Lima (Perú). Santiago (Chile); CEPAL; 2010.
26. Casado V. La residencia en medicina familiar y comunitaria: 4 años, suma y sigue Atención Primaria. 2006. Extraordinario I: 35: 5-38.
27. Ceitlin J. La medicina familiar en América Latina. Presentación. Aten Primaria. 2006; 38 (9): 511-4.
28. Galea S, Freudenberg N, Vlahov D. Cities and population health. Soc Sci Med. 2005;60(5):1017-33.
29. Gervas J, Fernández MP. Atención Primaria fuerte: fundamento clínico, epidemiológico y social en los países desarrollados y en desarrollo. Rev Bras Epidemiol. 2006; 9 (3): 284-400.
30. Gervas J, Mena Pane O, Mainar, A S Capacidad de respuesta de la Atención Primaria y buena reputación profesional, algo más que buen trabajo clínico Med Clin (Barc) 2007; 128(14):540-4
31. Hays RD, Farivar SS, Liu H. Approaches and recommendations for estimating minimally important differences for health-related quality of life measures. COPD. 2006;2(1):63-7.
32. Lewin SA, Dick J, Pond P, Zwarenstein M, Aja G, van WB et al. Lay health workers in primary and community health care. Cochrane Database Syst Rev. 2007 (1): CD004015.
33. Martínez A, Villarroel V, Seoane J, del Pozo F. Rural Telemedicine for Primary Healthcare in Developing Countries. IEEE Technology & Society Magazine. Volume 23; Number 2; Summer 2006.pp 13 - 22. ISSN: 0278-0097.
34. Polo J. La formación de la Atención Primaria en el Pregrado. Actuación actual de SEMERGEN en el Pregrado. Atención Primaria. 2006: 33-46.
35. Schunemann HJ, Guyatt GH. Commentary—goodbye M(C)ID! Hello MID, where do you come from? Health Serv Res. 2005;40(2):593-7.

36. Starfield B. William Pickles Lecture. Primary and specialty care interfaces: the imperative of disease continuity . Br J Gen Pract 2003; 53(494): 723-9.
37. Van Ginkel H. Urban future. Nature. 2008;456(n1s):32-3.
38. Zhang J, Li X, Fang X, Xiong Q. Discrimination experience and quality of life among rural-to-urban migrants in China: the mediation effect of expectation-reality discrepancy. Qual Life Res. 2009;18(3):291-300.

14. ANEXOS

ANEXO 1

Encuesta dirigida a los médicos rurales

1. ¿Con qué frecuencia usted realiza las siguientes actividades?

	Frecuentemente	A veces	Rara vez	Nunca
-Anamnesis	()	()	()	()
-Examen Físico	()	()	()	()
-Da receta	()	()	()	()
-Le da consejos a su paciente para su salud	()	()	()	()
-Le entrega material informativo	()	()	()	()
-Le recomienda la vacunación	()	()	()	()
-Le recomienda medidas de higien	()	()	()	()
-Realiza actividades médicas con fines de lucro	()	()	()	()

2. ¿Realiza visitas domiciliarias?

-Semanalmente	()
-2 a 3 veces a la semana	()
-1 vez a la semana	()
-1 vez al mes	()
-2 veces al mes	()
-Nunca	()

-
Otra.....
.....

3. ¿Qué actividades realiza usted en la visita domiciliaria?

	Frecuentemente	A veces	Rara vez	Nunca
-Anamnesis	()	()	()	()
-Examen Físico	()	()	()	()
-Da receta	()	()	()	()
-Le da consejos a su paciente para su salud	()	()	()	()
-Le entrega material informativo	()	()	()	()
-Le recomienda la vacunación	()	()	()	()
-Le recomienda medidas de higiene	()	()	()	()
-Realiza actividades médicas con fines de lucro	()	()	()	()

4. Ha brindado charlas educativas en:

-Escuelas
-Colegios

-
Otros.....
.....

5. Ha puesto en práctica los siguientes programas de MSP en:

	Consulta	Visita domiciliaria
VACUNACION	()	()
PROGRAMA DE MATERNIDAD GRATUITA Y ATENCIÓN A LA INFANCIA	()	()
PROGRAMA DEL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS	()	()
PROGRAMA DE NUTRICIÓN	()	()
PROGRAMA DE ATENCIÓN INFANTIL Y A	()	()

LA NIÑEZ		
PROGRAMA NACIONAL DEL VIH SIDA	()	()
PROGRAMA DE CONTROL DE LA ZONOSIS	()	()
PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO Y ADULTO MAYOR	()	()
ATENCIÓN INTEGRAL Y DIFERENCIADA A ADOLESCENTES Y JÓVENES	()	()
CONTRL DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES	()	()
SALUD AMBIENTAL	()	()

6. Ha recibido capacitación en APS

-Si ()

-No ()

¿En cuantas ocasiones?.....

7. ¿Qué entiende por Atención Primaria en Salud?

- a) La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad.
- b) La atención primaria de salud comprende la [Atención de Naturaleza](#) especial, generalmente compleja y que no puede ser administrada por el médico general.
- c) La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial accesible a ciertos individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, sin su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país.

ANEXO 2

Encuesta dirigida a la población del cantón Yacuambi

8. ¿Qué actividades realiza el médico en la consulta?

	Frecuentemente	A veces	Rara vez	Nunca
-Interrogatorio	()	()	()	()
-Examen Físico	()	()	()	()
-Le da una receta	()	()	()	()
-Le da consejos para su salud	()	()	()	()
-Le entrega material informativo	()	()	()	()
-Le recomienda la vacunación	()	()	()	()
-Le entrega material informativo	()	()	()	()
-Le enseña lavado de manos	()	()	()	()

9. ¿El equipo médico lo visita en su domicilio?

- Si
- No
- Nunca

10. ¿Qué actividades realiza el equipo médico cuando lo visita en su casa?

	Frecuentemente	A veces	Rara vez	Nunca
-Interrogatorio	()	()	()	()
-Examen Físico	()	()	()	()
-Da receta	()	()	()	()
-Le da consejos para su salud	()	()	()	()
-Le entrega material informativo	()	()	()	()
-Le recomienda la vacunación	()	()	()	()
-Le entrega material informativo	()	()	()	()
-Le recomienda medidas de higiene	()	()	()	()

11. Ha asistido a charlas educativas en:

- Escuelas
- Colegios
-
- Otros.....
-

12. ¿Cómo evitaría que su hijo tenga diarrea?

- a) Lavando los alimentos y las manos
- b) Dándole medicinas
- c) Cambiando la alimentación

13. ¿Cómo evitaría que su hijo tenga parásitos?

- a) Consumiendo agua hervida
- b) Consumir alimentos en la calle
- c) Con remedios caseros

14. ¿Cómo evitaría que su hijo tenga deshidratación?

- a) Dando suero oral casero
- b) Dar pocos líquidos a su hijo
- c) Dejar de alimentarlo

15. ¿Cómo evitaría que su hijo tenga enfermedades de la infancia?

- a) Vacunando a su hijo
- b) Evitando vacunar a su hijo
- c) Con una buena alimentación

ANEXO 3

Material fotográfico

Aplicación de encuestas a los pobladores



