



RESUMEN

La Atención Primaria de Salud está considerada en la Constitución Ecuatoriana como base del sistema sanitario, por su eficiencia comprobada en relación coste-beneficio. Mediante un estudio cuantitativo-descriptivo se investigó los conocimientos y percepciones sobre Atención Primaria de Salud en estudiantes de la Escuela de Medicina de la Universidad de Cuenca, durante el año 2012. Se realizó un formulario para la medición de conocimientos y las cátedras que los estudiantes asocian con la Atención Primaria de Salud. La cuantificación de percepciones y opiniones se efectuó mediante el test validado del Fondo de Investigación Sanitaria de España, expediente PI070975, modificado, basado en la escala de Likert. De 423 estudiantes de quinto y sexto año, con una muestra de 143, siendo mayoritariamente de sexo femenino, solteros, de procedencia urbana, quienes presentaron un nivel deficitario de conocimientos. El 54,55% de estudiantes consideran que existen motivos suficientes que justifique el aprendizaje teórico-práctico obligatorio durante la carrera, porque mejora la atención y es el núcleo del sistema de salud. Brindan mucha importancia a las características de la Atención Primaria de Salud pero solo un tercio presenta interés para trabajar en ella. Consideran que tiene poca relevancia en la profesión médica y la sociedad, remuneración inferior y un mínimo rigor científico. La mayoría prefiere especialidades quirúrgicas y médicas hospitalarias. Asocian las cátedras de medicina social con Atención Primaria; siendo los estudiantes quienes la desacreditan, consideramos necesario profundizar sobre el por qué y razones qué de esa aseveración e implementar la cátedra en los primeros años.

DeCS: ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD-TENDENCIAS; CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN SALUD; ESTUDIANTES DE MEDICINA-ESTADÍSTICA Y DATOS NUMÉRICOS; UNIVERSIDAD DE CUENCA; CUENCA-ECUADOR.



UCHILLAYACHISHKA YUYAY

Ecuador llaktapak mamakamachiypi, Kallari Allikawsay Tiksi mamallaktapak allikawsay llikata churashka, shina kashpaka, alliraymanta chanuy-manupiti apanakuymanta allí tyan. 2012 kay watapi Cuenca Sumak Yachana wasimanta, Hampi Yachana wasipi yachakukkunawan, riksikunantin yuyaykunantin kay kachakuy yachayta (mashna – imashinata) tariparkanchik. Shuk willarita rurashkanchik riksinkunapak shinallatak ima wisnukunakapak Kallari Allikawsay tiksian apanakushpa taripankapak. Shuk taripak willanata “Fondo de Investigación Sanitaria”. PI070975 yapaywan Españamanta japishka, shinapash mushuchishkapash, Likertwan escala nishka, kayka yuyaykunantin yuyaynikunantin tapunkapak. 423 pichka patamantantin suktamantantin yachakukkunawan, 143 chaniwan akllashkakuna, kay tukuykuna mishu llaktamanta shamushkakuna, achka warmi yachakuk kashpa, achka mana sawarishkakunachu kashpa, tukuykuna Kallari Allikawsay Tiksimanta mana allí riksina kuyta charirkakuna. 54,55% kay yachakukkunamanta ñukanchik Kallari Allikawsay Tiksi yachakuna kan, chay chawpi Mamallaktapak Allikawsay llika kan chay ashtawan apamunkuna, nishpaka. Yachakkuna chayta mana tiksian kan ninkuna, shinapash chayta mana yachakusha ninkunachu. Yachakukkuna chayta mana allichu kan, nishpaka; kayka kullkita ashtawankarin sumak yachayta kunkuna, tukuykuna hampi wasipi llankasha ninkuna, chay mana allimi parlankunachu, nishpa. Kay tukuy nishkamanta punta patakunapika yachachikkunantin yachakukkunantin liriya ninkuna.

YACHAYKUNA: KALLARI ALLIKAWSAY TIKSI – WIÑARIK; ALLI KAWSAYPI, RIKSIKUNA, YUYAYKUNA, RURAYKUNA; HAMPI YACHANA WASIPAK YACHAKUKKUNA – KIPUY, WILLAK YUPAYKUNA; CUENCA SUMAK YACHANA WASI; CUENCA – ECUADOR.



ABSTRACT

The Constitution of Ecuador considers primary health care as the basis of the health system, for its proven efficiency in the cost-benefit ratio. The perceptions of students of the School of Medicine of the University of Cuenca on primary health care in 2012 were researched through a quantitative-descriptive study. A form was designed to measure their knowledge and the academic subjects they associated with primary health care. The quantification of their perceptions and opinions was carried out by using the Health Research Fund test from Spain, PI070975 file, modified and based on the Likert scale. 143 out of 423 senior year students, mostly female, unmarried, and from the cities showed knowledge deficit. 54.55% of these students believe that there are enough grounds to justify their required theoretical and practical learning during their studies because it improves attention, and it is the core of the health system. They consider the characteristics of primary health care are really important, but only a third of them are interested in working on it. They believe that it is not really important for doctors or the society, and that it means a lower salary as well as a minimum scientific effort. Most students prefer surgical and hospital specializations. They also associate social medicine subjects with primary health care, and the students themselves are the ones who discredit it. Therefore, we believe it is necessary to consider further the reason for that statement as well as the implementation of this course in the first years of studies.

DeCS: PRIMARY HEALTH CARE-TRENDS; HEALTH KNOWLEDGE, ATTITUDES, PRACTICE; STUDENTS, MEDICAL-STATISTICS & NUMERICAL DATA; UNIVERSIDAD DE CUENCA; CUENCA-ECUADOR.



INDICE DE CONTENIDOS

1. Introducción	9
2. Planteamiento del problema	14
3. Justificación	16
4. Fundamento Teórico.....	17
4.1. Breve recuento histórico.....	17
4.2. Formación en APS	18
4.3. Conceptos básicos de APS.....	24
4.4. Elementos conceptuales de la APS	30
5. Objetivos.....	46
6. Metodología	47
7. Técnicas y procedimientos	48
8. Definición de variables.....	49
9. Plan de análisis de los resultados.....	54
10. Resultados.....	55
A. Datos generales de la población.....	55
B. Conocimientos.....	58
C. Cátedras que los estudiantes relacionan con la Atención Primaria de Salud	62
D. Percepciones sobre la APS.....	63
E. Formación en Atención Primaria de Salud en la carrera	70
F. Expectativas y preferencias	80
11. Discusión	94
12. Conclusiones	99
13. Recomendaciones.....	101
14. Referencias bibliográficas	103
15. Anexos	108



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, Pedro Andrés Barros Gavilanes, autor de la tesis "Conocimientos y Percepciones de los Estudiantes sobre Atención Primaria de Salud en la Escuela de Medicina año 2012", reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Médico. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor.

Cuenca, 11 de Enero de 2013

Pedro Andrés Barros Gavilanes.

0103653309

Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316

e-mail cdjbv@ucuenca.edu.ec casilla No. 1103

Cuenca - Ecuador



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, Gabriela Germania Albán Feijóo, autora de la tesis "Conocimientos y Percepciones de los Estudiantes sobre Atención Primaria de Salud en la Escuela de Medicina año 2012", reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Médica. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, 11 de enero de 2013

Gabriela Germania Albán Feijóo
0704907187

Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316

e-mail cdjbv@ucuenca.edu.ec casilla No. 1103

Cuenca - Ecuador



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, Pedro Andrés Barros Gavilanes, autor de la tesis "Conocimientos y Percepciones de los Estudiantes sobre Atención Primaria de Salud en la Escuela de Medicina año 2012", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor/a.

Cuenca, 11 de Enero de 2013

Pedro Barros

Pedro Andrés Barros Gavilanes.
0103653309

Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316

e-mail cdjbv@ucuenca.edu.ec casilla No. 1103

Cuenca - Ecuador



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, Gabriela Germania Albán Feijóo, autora de la tesis "Conocimientos y Percepciones de los Estudiantes sobre Atención Primaria de Salud en la Escuela de Medicina año 2012", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 11 de enero de 2013

Gabriela Germania Albán Feijóo
0704907187

Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316

e-mail cdjbv@ucuenca.edu.ec casilla No. 1103

Cuenca - Ecuador



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA**

**“CONOCIMIENTOS Y PERCEPCIONES DE LOS ESTUDIANTES
SOBRE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN LA ESCUELA DE
MEDICINA AÑO 2012”**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICO Y MÉDICA**

AUTORES: PEDRO ANDRÉS BARROS GAVILANES

GABRIELA GERMANIA ALBÁN FEIJÓO

DIRECTOR Y ASESOR: DR. JAIME MORALES SANMARTÍN

**CUENCA – ECUADOR
2013**



DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado especialmente a mis padres que han sido un apoyo incondicional durante toda mi vida, a mis queridos hermanos y a mi amigo Pedro.

Gabriela Albán



DEDICATORIA

Kay taripayta ñuka aylluman kamarini,
shinallatak ñuka uchilla ayllu llaktaman, ñuka
jatun llaktamapash kuni, ñuka mama llaktaman;
shina kashpaka ñukanchik Abya Yalamanta
tukuy wawkikunaman tukuy shunkuwan
kawsakkunaman kamarinikarin. Abya Yala
atinka

(Dedico esta investigación a mi familia, también
a mi Comunidad, mi Ciudad y mi País, y así, de
todo corazón dedico, a todos nuestros
hermanos habitantes de Nuestra Tierra.
Nuestra Tierra vencerá)

Pedro Barros



AGRADECIMIENTO

Agradecemos de manera especial al Doctor Jaime Morales Sanmartín por ayudarnos en la consecución del presente trabajo.

Agradecemos al Doctor Fray Martínez por su aporte en las fases tempranas del proyecto.

Yachachik Tayta Carlos Álvarez Pazos yupaychanchik.

LOS AUTORES

1. Introducción

Ya desde hace mucho tiempo se viene tratando sobre los nuevos paradigmas en la medicina, dentro de éstos se encuentran el modelo de salud basado en la Atención Primaria de la Salud (APS), metodología tratada y consensuada por la Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud, Alma Ata, 1978, donde se rompen esquemas de la práctica vigente, pasando de una visión unilateral de la enfermedad a una visión más integral de la Salud como un indicador de bienestar para conseguir la plena aplicación del derecho de las personas.

A pesar de la incorporación de la nueva constitución de nuestro país que consagra a la atención primaria como el eje central de nuestro sistema de salud, aún falta mucho para hacer realidad los aspectos de este enunciado. Lo que se propone con este estudio es un análisis sobre los conocimientos y las percepciones que poseen los estudiantes de la escuela de Medicina de la Universidad de Cuenca, sobre de la Atención Primaria de la Salud.

2. Planteamiento del problema

Partimos de una situación inversa: las personas menos necesitadas de salud tienden a ocupar mayoritariamente los servicios básicos de salud, lo que resulta una paradoja en que el mayor gasto se da con los que tienen menos necesidades de salud.

Otro aspecto es la atención empobrecedora: muchas veces la población que tiene que gastar en su atención de salud, no cuentan con seguro social o existe déficit en la cobertura pública.

La fragmentación de los servicios de salud no permite avanzar en una visión holística de los problemas de salud, además de entorpecer los programas de salud que no confluyen en un objetivo específico.

El problema de la falta de planificación repercute en las condiciones peligrosas generadas por esta falta de prevención como son las infecciones nosocomiales, que encarecen la salud y someten al paciente a circunstancias que se podrían prevenir.

La orientación inadecuada de los servicios de salud ocasiona el que se destinen mayor cantidad de recursos hacia los sistemas curativos, descuidando los otros aspectos de la medicina que nos permitirían prevenir hasta un 70% de la morbilidad. (1)

La OPS ha calculado en un 47% la población que no tiene los servicios que necesita. (2)

En el Ecuador, durante el presente periodo, el incremento de personal médico al Ministerio de Salud (MSP) ha estado dirigido principalmente a las unidades operativas de segundo o tercer nivel en las que no se realiza Atención Primaria de Salud. En Ecuador existen aproximadamente 250 médicos registrados como

especialistas en atención primaria de la salud¹ y el Ministerio de Salud Pública reconoce que éstos representan menos del 2% del total de especialistas. (3)

Existe limitada literatura e información sobre médicos dedicados a la APS en el país, así que consideramos necesario evaluar si los futuros médicos tienen conocimiento sobre estas interrogantes ¿en qué consiste la atención primaria de la salud?, además ¿si tienen como perspectiva profesional, viable llegar a ser médicos en APS?, y ¿y cuál es la imagen que tienen sobre la especialidad médica de APS?

Para el año 2007 en el Ecuador existieron 3894 establecimientos de atención en salud, de las cuales 3166 eran centros sin internamiento, y de estos 2973 son establecimientos públicos, y 193 establecimientos privados. (4)

Diez principales causas de muerte 2009	
1	DIABETES MELLITUS
2	ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES
3	ACCIDENTES DE TRANSPORTE TERRESTRE
4	ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS
5	INFLUENZA Y NEUMONIA
6	ENFERMEDADES ISQUEMICAS DEL CORAZON
7	AGRESIONES (HOMICIDIOS)
8	INSUFICIENCIA CARDIACA, COMPLICACIONES Y ENFERMEDADES MAL DEFINIDAS
9	CIRROSIS Y OTRAS ENFERMEDADES DEL HÍGADO
10	NEOPLASIA MALIGNA DEL ESTOMAGO

Diez principales causas de Morbilidad 2009	
1	NEUMONIA, ORGANISMO NO IDENTIFICADO
2	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO
3	COLELITIASIS
4	APENDICITIS AGUDA
5	ABORTO NO ESPECIFICADO
6	HERNIA INGUINAL
7	FALSO TRABAJO DE PARTO
8	OTROS TRANSTORNOS DEL SISTEMA URINARIO
9	TRAUMATISMO INTRACRANEAL
10	INFECCION DE LAS VIAS GENITOURINARIAS EN EL EMBARAZO

De la lista anterior podemos considerar que casi todas las causas de morbilidad pueden ser abordadas en el nivel de Atención Primaria, pudiendo utilizarse la prevención, promoción, curación y rehabilitación; además que el 90% de la patología clínica se podría atender en APS. La mayor parte de las patologías crónicas son prevenibles por lo que se debe hacer énfasis en su prevención y promoción. (5)

¹ Datos tomados del registro de especialidad del Ministerio de Salud Pública en la ciudad de Quito en el año 2012, en la cifra no se encuentran registrados los medios de la provincia del Guayas.

3. Justificación

La realidad de la salud en el Ecuador necesita un cambio radical, del paso del modelo tradicional enfocado al tercer nivel de atención, al modelo de APS.

En la actualidad se ha generado un debate sobre el tipo de profesional que requiere el Ecuador para su desarrollo, conllevando incluso al enfrentamiento entre las universidades y el gobierno. Las expectativas de los anteriores y actuales estudiantes que cursan la carrera de medicina, han estado dirigidas hacia la dimensión biológica del ser humano, a la especialidad, la subespecialidad y al hospital como centro de acción profesional. Existe “Una focalización desproporcionada en la atención terciaria especializada, a menudo conocida como hospitalocentrismo” (6)

Hay intentos aislados de generar médicos orientados a la APS y medicina de familia, si bien en los pensum de estudios se describe como profesionales de APS, ésta en la práctica no se cumple.

Es de primordial importancia generar información que contribuya al debate y que permita realizar planes e intervenciones para definir el perfil profesional que deben apuntar las instituciones formadoras de recursos humanos, acorde a las necesidades del Ecuador y, a su vez que sirva de reflexión para quienes en el futuro, optarán por la carrera de medicina.

Los principales beneficiarios serán los ciudadanos por verse favorecidos en la calidad de los servicios y en su salud.

La Facultad juega un papel importante dentro de la aceptación, la elección y el estudio de medicina de familia, ya que influye la misión, el mecanismo de ingreso, el perfil de los estudiantes al ingresar, el nivel socio económico, si el estudiante tiene familiares médicos, etcétera.

En la actualidad en un mundo gobernado por el capital resulta necesario pasar a una estrategia de salud, que mejore de manera importante el rendimiento final de cada dólar invertido por habitante. Tomando el ejemplo los países europeos con un buen modelo de APS, sus sistemas son más eficientes, por lo que mejoran tanto los indicadores como la satisfacción del paciente. (7)(8)

4. Fundamento Teórico

4.1. Breve recuento histórico

En 1978 en la ciudad de Alma Ata (Antigua URSS) se realizó la conferencia sobre Atención Primaria de la Salud (APS), en la cual la OMS, la UNICEF y las principales agencias financieras, se comprometieron trabajar por la cobertura de las necesidades básicas de la población con un planteamiento integral y progresista. Este modelo de salud se conoce como Atención Primaria de la Salud y al principio se la ideó como integral, porque no solamente veía a la salud desde el punto de vista biológico, también implicaba afrontar las causas sociales, económicas y políticas de la falta de salud.

Sin embargo, en 1979, se empezó a utilizar el término Atención Primaria de la Salud Selectiva (APS-S), ya que se creía que esta sería más accesible y económica para los países pobres, dejando de lado el valor integral de la APS.

La UNICEF en 1983, planteó una estrategia cuyo objetivo era reducir la mitad de la mortalidad infantil para el año 2000, por lo que se empezó a utilizar el plan GOBI, que consistía en monitorizar el crecimiento (**G**rowth monitoring), terapia de rehidratación oral (**O**ral rehydration therapy), lactancia materna (**B**reastfeeding) e inmunizaciones (**I**mmunitation).

En el año siguiente la UNICEF amplió el GOBI con las tres F: planificación familiar (**F**amily planning), suplementos alimenticios (**F**ood supplementation) y educación femenina (**F**emale literacy). Este plan no tuvo mayor éxito, porque en los países se limitó mucho más la atención médica. Gary Garner, autor de Third World Debt Still Growing, dijo: “El efecto de esta promoción de la APS-S bajo el paraguas de APS es mantener las intervenciones de salud bajo firme control médico y posponer la necesidad de un cambio social, económico y político a largo plazo”. Habiendo transcurrido 34 años desde la promulgación y aceptación de este enunciado por todos los países del mundo, y después de 12 años del cumplimiento del plazo, la realidad de la salud en el mundo sólo ha mejorado en los países que asumieron con responsabilidad la APS; indistintamente, países ricos y pobres continúan con deficiencias para brindar

el derecho a la salud a sus pueblos, es así que en los Estados Unidos de Norte América la más grande economía del mundo, no se han logrado cumplir los objetivos planteados en el año 1978, estos no serán un modelo de referencia ya que poseen un sistema deficitario tanto en calidad, equidad, eficiencia y cobertura. (9) (10)

4.2. Formación en APS

4.2.1. APS a nivel gubernamental

Dentro del marco constitucional aprobado por la mayoría de los ecuatorianos en el año 2008, la APS se constituye en el eje central del sistema de salud, además el enfoque de nuestra Facultad según su pensum de estudios conlleva una orientación de la formación de médicos hacia esta estrategia; conjuntamente el país se encuentra suscrito a compromisos internacionales sobre el avance hacia un modelo de APS. (11)(12)

Según la OMS las reformas para reorientar los sistemas sanitarios son:

1. Las reformas a favor de la cobertura universal
2. Reforma en la prestación de servicios
3. Reformas de las políticas públicas
4. Reformas en el liderazgo.

Dentro de las políticas públicas están en discusión el cambio climático, el ordenamiento territorial, discriminación entre otros. Es una preocupación mundial el avanzar a sistemas sostenibles, como una propuesta para mantener la salud a lo largo del tiempo siendo necesario un trabajo mancomunado. (13)

Dentro de la formación de los recursos en ciencias de la salud tenemos algunas consideraciones, por ejemplo un 80% de las escuelas de medicina reorienten su formación hacia la APS, favorezcan el ingreso a personas de comunidades marginadas, reduzcan las tasas de abandono de la carrera con un referente no mayor al 20%, también deberán contar con acreditación. La necesidad del cambio de enfoque se ve reflejado en los altos costos por

mantener un sistema de salud orientado hacia la curación, el desequilibrio en una mayoría de médicos especialistas con relación a los médicos de familia, el escaso conocimiento de los egresados de las escuelas de medicina sobre la APS y su accionar en la práctica, las prácticas casi exclusivas en hospitales, la falta de acciones en la prevención como en la promoción, asimismo no poseer un enfoque de los aspectos psicológicos ni sociales. (14)

Para la consecución de lo dicho se necesita acciones desde las altas esferas gubernamentales que se reflejen en políticas de Estado y en acciones multicéntricas donde se brinde el andamiaje legal, el soporte logístico, económico sobre todo en los respectivos incentivos, para que los profesionales se inclinen hacia la APS en su práctica profesional, igualmente que se trate de desconcentrar los médicos en las ciudades y que éstos pasen a lugares donde se los necesite. Esta conducta por lo general es producto del escaso incentivo estatal para el ejercicio profesional en APS, lo que trae como consecuencia la falta de interés por parte de los profesionales de la salud. (15)

Es necesario que se encaminen sus acciones hacia la presencia de las consideraciones de salud en cada decisión que sea tomada en los distintos ámbitos del accionar público, en nuestro caso concreto podríamos asociar con cierta superficialidad en lo que se refiere al enfoque del plan del buen vivir, ya que la solución recae en medidas políticas y fuera del sistema de salud, la inequidad recae en aspectos sociales, en el acceso a la salud, incluso en la forma de la práctica clínica. (16)

Hay que intervenir en los determinantes de la salud, éstos exceden en ámbito de acción tradicional. Dentro de las gestiones hay que considerar, el estableciendo un ámbito de la educación universal entre rurales y urbanos, entre hombres y mujeres, entre ricos y pobres, estableciendo planes especialmente diseñados para los grupos vulnerables, vivienda, acceso a fuentes de agua potable y alcantarillado. (17)

La decisión política será un paso de vital importancia tanto a nivel de gobierno como de los centros universitarios. El pregrado será fuente de profesionales en APS como se observa en las experiencias de Cuba y Brasil. (18)

Dentro de los objetivos de desarrollo del milenio se considera que para mejorar la salud hay que paliar el déficit de profesionales de la salud y la falta de acciones encaminadas a promover dentro de los profesionales de la salud la APS; esto tendrá consecuencias de grandes magnitudes pudiendo afectar inclusive a los países vecinos. El cambio del lugar de preparación del hospital al centro de salud nos permitiría formar más profesionales en menor tiempo. (19)

El personal tendrá que cambiar su enfoque actual y pasar al enfoque de APS, siendo este proceso impulsado desde los múltiples actores del sector salud como son los centros hospitalarios, las universidades, el mismo centro de salud. Para la consecución un médico de familia que aplique APS en áreas desatendidas, será necesario el incentivo tanto emocional, de realización y económico; asimismo el desarrollo y uso de tecnologías que faciliten la labor de la APS, en que este conocimiento sea compartido con la comunidad para permitir que ellos alimenten el sistema y que puedan darle sustento y a un costo realista para la comunidad. La planificación del sistema de salud y el cumplimiento a cabalidad de los planes mediante una logística impecable serán el pilar de la administración. La generación, importación y demás ámbitos de los medicamentos de demanda nacional también serán normados igualmente dando espacio a la consolidación de los saberes ancestrales dentro del ámbito científico y del desarrollo de la medicina. (20)

Los gobiernos deberán generar un sistema de administración para todos los niveles que les permita planificar y aplicar la APS, para conseguir una mejor distribución, asignación, control social y evaluación de los programas.

Es necesario sumar la salud en todas las políticas públicas, ya que es necesario para mejorar la calidad de vida, la efectividad del sistema de salud, conseguir más salud en menos tiempo; muchas veces estas políticas son menospreciadas por los políticos, ya que muchas son impopulares, razón por la cual no contarán con el énfasis adecuado. (21)

Dentro de la investigación en APS, se sugiere la asignación de fondos permanentes para la realización de ejemplos prácticos, paralelamente a las acciones planeadas en APS, utilizando esta generación de conocimiento para

dar soluciones a los problemas que se puedan presentar en el proceso. Es necesaria asimismo la formación de personal en investigación.

Para todo lo señalado, es necesario por parte del Estado, la asignación cada vez mayor de recursos para la APS y el compromiso político. (22)

4.2.2. El papel de las Facultades

En cuanto al papel de las universidades, se barajan opciones como el uso de métodos no sólo de valoración de conocimientos para el ingreso, sino que se de paso a un ingreso para los jóvenes que tengan afinidad con la APS, o que pertenezcan a grupos vulnerables. En esta nueva Universidad deben existir profesionales que ejerzan la medicina de familia y que realicen investigación, docencia, promoción, prevención, curación, y rehabilitación con un alto conocimiento científico y clínico, basado en la participación y empoderamiento de las personas sobre las decisiones y el cuidado de su salud. Se necesita un buen manejo de herramientas epidemiológicas, tanto locales como nacionales; la interacción con la comunidad debe ser temprana, ya que forma al estudiante en conocimientos y actitudes que le permitan desarrollarse como médico de familia. Todos los aspectos anteriores se enmarcarán en la cultura del centro formador y estarán incluidos dentro de sus principios, misión y visión. El hecho de que sea una Facultad pública incrementará al doble la probabilidad de que el médico se incline a la APS.

El encaminar y generar médicos en APS favorecerá en gran medida a suplir las carencias de salud de la sociedad. En estudios comparativos se demostró que los programas con enfoque hacia la comunidad poseían mayor demanda que los tradicionales. Las rotaciones más largas en APS influyen también en la elección del profesional, aunque las que determinarán mayoritariamente el ingreso serán la elección de medicina familiar dentro de las materias optativas y el interés desde el ingreso hacia la APS por parte del estudiante. Es necesario que los estudiantes tengan un mayor conocimiento de la especialidad para que se decidan a elegirla y revalorizar la imagen del médico familiar, ya que existen percepciones de inferioridad y sub utilidad de la estrategia.

El perfil del estudiante que se inclina por la APS o la medicina de familia nos describe a una persona con visión amplia de la realidad, sus padres no son médicos, sus aspiraciones económicas no son opulentas, muestra empatía hacia el prójimo, este sujeto proviene de áreas rurales, asimismo existe una mayor tendencia del sexo femenino, el tener más edad, estar casado o ser padre. (23)

4.2.3. El perfil del profesional de la salud

El perfil profesional que la gran mayoría de universidades adopta es la del médico general que cuente con el conocimiento necesario para aplicarlo a la APS, además no se evalúan las competencias en el área de la APS sino que se evalúa los conocimientos clínicos en general. Es necesario incrementar para el final de la carrera los aspectos prácticos en APS, con rotaciones más largas en el internado. La práctica rural obligatoria ha demostrado poseer una correlación positiva con la formación de médicos en APS. Existen estudios que demuestran que la decisión sobre su posgrado es tomado en los últimos años de estudio. En nuestra realidad la gran mayoría de los docentes no tienen experiencia en el campo de APS. Los recursos en salud deben tener la orientación que se necesite, el estado debe incentivar a los profesionales hacia la APS, caso contrario tenderá a la sub especialización en el área hospitalaria, o a la migración hacia la ciudad u otros países. El cambio de la preparación en el hospital pasando al centro de salud nos permitiría formar más profesionales en menor tiempo. (24) (25)

4.2.4. Experiencia en el caso Ecuatoriano

Se sostiene que un 50% de los médicos que se gradúan de las Facultades de Medicina deberían dedicarse a la APS. En Alma Ata 1978 se dieron múltiples sugerencias y dentro de estas se encontraba la capacitación al personal de salud sobre todo por la necesidad de fortalecer la vocación por el servicio. (26)

Dentro del pensum de la carrera de medicina en la Universidad de Cuenca encontramos que el enfoque no responde a una formación en APS, sino se continúa favoreciendo el desarrollo profesional intrahospitalario, donde si bien se da mucha énfasis en clínica se descuida el aspecto fundamental de la orientación hacia un médico de familia que abarque un amplio espectro de la

patología presentada en la sociedad. En este pensum dan un mínimo enfoque a la medicina social, y poco o nada a la promoción, prevención y rehabilitación de la salud, se concentra en la resolución del aspecto curativo de la salud.

En el primer año de medicina la materia Salud y Sociedad tiene un enfoque leve sobre APS, luego se retoma en quinto año en la materia de Administración de Salud, concluyendo con la rotación del Ciclo Comunitario en sexto año, siendo la APS tratada superficialmente, sin considerar que el pensum debería estar dirigido hacia la práctica de una medicina de atención primaria. Es común que los estudiantes relacionen a la atención primaria de la salud con la cátedra de Parasitología, junto con otras cátedras del área social como primeros auxilios, bioestadística, psicología, metodología de la investigación y epidemiología.

Esta falta de dedicación de los profesionales hacia la APS constituye un problema de importancia, ya que en el art 350 de la Constitución 2008, la educación superior es la responsable de generar el conocimiento necesario para el desarrollo del país, esto comprendido en un ámbito de autonomía, que no significa una generación de profesionales que no estén capacitados para hacer frente a las necesidades del país. (27)(28)

4.2.5. Experiencia de APS en varios países de América Latina

En Cuba se aplica la estrategia de APS en el pregrado, desde los años 60. Es uno de los países que continúa con la APS como eje central del sistema sanitario y que ha conseguido con su aplicación unos indicadores excelentes de salud comparados con países desarrollados. La esperanza media de vida en el 2006 fue de 78 años, además de poseer una tasa de mortalidad infantil antes de los 5 años, de 7,1 por cada 1000. Este país posee una proporción alta de médicos en relación a la población, su formación está basada en la APS y en los determinantes sociales de la enfermedad. La base de la APS son las policlínicas comunitarias las cuales se destinan a brindar atención a 30000 personas aproximadamente, y no solo dan atención básica sino un amplio grado de servicios de atención de salud que responde a situaciones concretas de salud en la comunidad, su formación dentro del pregrado abarca un



conocimiento médico amplio, para luego pasar a una especialidad en medicina general integral. (29) (30)

En Brasil con la aprobación de la constitución de 1988, se establece el acceso universal y equitativo a la salud. La salud se considera como un derecho de los ciudadanos, aunque en el sector rural todavía existen problemas. Es un logro que el 70% de los habitantes reciban atención en centros públicos y el porcentaje restante busca o puede acceder a la atención privada. El programa de salud de familia se estableció desde el año 1994, en este sistema el equipo interdisciplinario de salud atiende a 10000 habitantes y existe retroalimentación por parte de la sociedad, siendo este pilar fundamental para el futuro de este sistema de salud. En Brasil se dio énfasis a la reforma curricular y al aumento de la práctica en APS. (31)

Chile y Brasil han conseguido el equilibrio entre la atención hospitalaria y la atención primaria de la salud. En Chile el acceso de los pacientes a su propia historia clínica facilitaría la elección de la terapia a elegir y el apego del paciente hacia su tratamiento, además de permitir a los profesionales de la salud mejorar sus actividades, y permitir a los políticos tomar decisiones respecto al gasto en salud. (32)

4.3. Conceptos básicos de APS

En el seno de la Asamblea Mundial de la Salud en el año 1978, en Alma Ata se discutió, sintetizó y aprobó una resolución con el fin de conseguir “salud para todos en el año 2000”, en que todos los Estados participantes se comprometían a llevar a cabo las acciones necesarias, siendo prioritario el aumento de gasto en salud, el desarrollo tecnológico, reformas legales, cambios y desarrollo administrativo y, sobre todo, el cambio del modelo de salud a una salud científica, comunitaria, participativa, sostenible. A esta estrategia se la denominó Atención Primaria de la Salud (APS). (33)

“La atención primaria de la salud es la asistencia sanitaria 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 costo que la comunidad y el

país puedan soportar durante todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y 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 en salud al lugar de residencia y trabajo, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria". (34)

Los cambios que se han presentado desde los preceptos iniciales de la APS, a la actualidad, son entre otros el paso de una atención enfocada en los más necesitados, hacia un sistema de salud universal. La atención de los grupos de riesgo a una atención integral de la comunidad y su problemática, el paso de un enfoque en las patologías infecciosas y agudas, a un enfoque de salud basado en las necesidades y expectativas de la comunidad, el cambio de visión de la mejora de las condiciones de higiene y acceso a servicios básicos hacia el cambio y modificación de los estilos de vida con enfoque en la prevención de enfermedades crónicas, de la tecnología sencilla hacia la modernización e informatización de la APS, el cambio de un principio centralista a una autonomía responsable de las circunscripciones más pequeñas, de una atención primaria contraria y opuesta a la propuesta hospitalaria a un sistema integrado y coordinado entre los distintos niveles ha instituido un proceso dialéctico de cambio. También se ha modificado la creencia de que la APS es un sistema barato para llegar a la conclusión que es necesario hacer inversiones semejantes al sistema curativo pero con mejores resultados y satisfacción del usuario. (35)

La APS tiene un concepto holístico que sobrepasa el concepto de atención de la enfermedad a comprometer a las comunidades y Estados a mejorar las condiciones de salud de su gente, considerando elementos cotidianos como los estilos de vida, el medio ambiente, el entorno en general y el principio social del origen de los problemas de salud, siendo necesaria una acción intersectorial para la obtención de una meta común. (36)

Está demostrado que dentro del proceso salud-enfermedad se encuentran otros factores como la paz, la estabilidad social, el crecimiento económico, la urbanización, la migración, el envejecimiento de la población y la falta de distribución de la riqueza; en el primer mundo un 25% de un rango de edad de 65 a 69 y un 50% de un rango de 80 a 84 años lo que presenta dos patologías crónicas concomitantes. (37)

La responsabilidad social de los gobiernos será determinante, teniendo en cuenta que estos deberán responder con firmeza y continuidad a la consecución de la APS. Los gobiernos deberán establecer políticas nacionales y estrategias con equidad y solidaridad, examinando y decidiendo el accionar en los sectores más necesitados de la sociedad; la revaloración continúa o cada cierto periodo ayudará a adaptar el avance con las necesidades de la población.

4.3.1. Contenidos básicos de la APS

Dado que la APS implica acciones multisectoriales y multidisciplinarias, los contenidos a desarrollar, entre otros, son los siguientes:

- ❖ Enseñanzas relativas sobre los problemas de salud más frecuentes, con metodologías adecuadas para identificarlos, manejarlos y prevenirlos.
- ❖ La promoción del suministro de alimento y de una nutrición apropiada; abastecimiento suficiente de agua potable y medidas de saneamiento básico.
- ❖ La asistencia materno-infantil, incluida la planificación familiar, la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas.
- ❖ La prevención y la lucha contra las enfermedades endémicas locales.
- ❖ El tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos más comunes.
- ❖ La promoción de la salud mental.
- ❖ Y el suministro de medicamentos esenciales. (38)

El concepto de médico de cabecera debe retomarse y fortalecerse. En 1976 se realizó una investigación en la que se estableció que el peso de los servicios de



salud en la disminución de la mortalidad es del 11%. Y la modificación de los estilos de vida llevaría a disminuir la mortalidad hasta en un 70%.

Las evidencias científicas muestran resultados satisfactorios al intervenir en los primeros estadios de la enfermedad. Un sistema de salud basado en la APS con tecnologías simples y poco costosas puede producir un ahorro sustancial, sin que ello signifique que la APS es sólo medicina general, medicina para pobres, medicina para países subdesarrollados. (39)

Es imprescindible la inversión en la formación de recursos en APS, y adaptación de los ya existentes en la estrategia, la participación y empoderamiento de la sociedad, considerando que puede existir resistencia al cambio de los trabajadores sanitarios. (40)

En nuestra región tenemos déficit en infraestructura sanitaria y problemas de mala gestión, degenerando en sistemas sanitarios ineficientes, razón por la cual es necesario aplicar los contenidos básicos de la APS en nuestro país. En los países desarrollados los problemas son generados por la influencia de intereses corporativos, el financiamiento, la política de recursos humanos, y sobre todo los intereses personales de los trabajadores de la salud. La industria farmacéutica y la industria de maquinaria médica generan grandes ingresos, y éstos por su volumen pueden llegar a influir en la toma de decisiones sobre las estrategias en salud. Se encuentra demostrado que mientras más tiende el sistema de salud a la APS, disminuye el costo y aumenta la salud de las personas para luego equipar el costo de la medicina curativa. (41)

Con la fragmentación y mercantilización de los servicios de salud, existe la tendencia a la sub especialización, la fragmentación como el enfoque de programas básicos no holísticos, que por lo general son aplicados a nivel de los centros de salud, estos perjudican el enfoque de APS, ya que se piensa en mejorar los indicadores de salud pero no brindar una solución real y sostenible a largo plazo. La mercantilización produce conductas riesgosas, encarece el tratamiento, interviene el interés del médico y no la necesidad real de ese tipo de atención por parte del paciente. Esto se da con un sistema de salud débil y que se encuentra regulado por los intereses comerciales y personales de los profesionales de salud. El sistema de salud organizado por niveles y

programas, fomenta que los servicios de mayor complejidad sean usados mayoritariamente por los de mayores recursos y no abastece las necesidades del resto de la población. (42)

En la actualidad se habla mucho del uso de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TICs), que serán indispensables para la consecución de una estrategia de APS, además del uso de la medicina basada en evidencias para la toma de decisiones.

4.3.2. Recursos humanos

El equipo de salud será uno de los pilares organizativos de la APS, éste será multidisciplinario, siempre trabajando desde sus múltiples ópticas en la consecución de un objetivo en común.

La gestión de los equipos de salud serán dirigidos por el líder del centro, quien controlará el gasto y buscará la forma de agilizar los servicios de salud, mejorando su eficiencia; esto se conseguirá si existe una descentralización en la decisión de compra de servicios de salud.

Los mecanismos de pago e incentivos a los profesionales, deben estar relacionados con la consecución de los objetivos del equipo de salud y la concordancia de los mismos con los planes de salud establecidos. El equipo de APS será el que responda a la mayor cantidad de problemas de salud, integrar a los niveles y derivar. (43)

4.3.3. Infraestructura

El Centro de Salud es el otro pilar donde se encontrará sostenida la APS, desde y en éste se llevarán a cabo todas las actividades de la APS, asumiendo una responsabilidad de una comunidad geográfica y demográficamente definida.

Las medidas sugeridas dentro del área de salud son:

- Adscripción de la población, con relación a su organización comunitaria, basados también en necesidades y problemas similares entre poblaciones.

- Actuar en base de programas y planes de salud, donde se encuentren actividades tanto asistenciales como de promoción y prevención. Todo esto previo diagnóstico de los problemas más importantes de su área.

4.3.4. Estrategias para el Avance a la APS

Se necesita una transformación progresiva y ordenada desde el modelo actual hacia la APS.

1. Potenciar el modelo de APS tanto en el ámbito económico, administrativo, científico y funcional.
2. Reorientación de los profesionales actuales hacia la APS.
3. Mejorar la consideración hacia los profesionales de APS tanto económica como en importancia.
4. Mejorar la participación ciudadana en el sistema de salud.
5. La correcta y mejorada coordinación de los sectores involucrados en atención de salud.

La APS puede ser concebida desde varios puntos de vista:

4.3.5. La APS como un nivel de asistencia sanitaria

La APS es el primer punto de contacto con el sistema de salud, donde se buscará generar un espíritu de autorresponsabilidad de la población, enmarcada en una cooperación entre iguales, tanto del ámbito hospitalario como del centro de salud.

Hay que desechar algunas opiniones con respecto al médico de APS o médico de Familia, entre éstos que los médicos de APS son de “segunda fila” respecto de los hospitalarios, que el profesional brillante se encuentra en el hospital, o que el médico de APS es un fracasado y que por ello tiene que ejercer la profesión en una categoría inferior donde no existe futuro profesional ni científico; para tratar de resolver lo descrito se necesita un mayor incentivo al médico de APS tanto en sus procesos y necesidades, ya que un pilar fundamental de APS es el conocimiento amplio de clínica, se podría considerar una especialidad de clínica hospitalaria y la medicina familiar una especialidad de clínica comunitaria.

4.3.6. La APS como una estrategia

Los servicios deben estar diseñados y coordinados ampliando su accesibilidad para atender a toda la población. Siempre con una valoración coste-beneficio de sus actividades y resultados. No se puede negar su estructura intersectorial con la redistribución de recursos financieros, humanos y materiales. Es necesario tener presente que los resultados muchas veces se verán reflejados a largo plazo, razón por la cual es necesario contar con los elementos necesarios para su evaluación y cuantificación adquiriendo mucha importancia la medicina basada en evidencias, la epidemiología y la estadística.

4.3.7. La APS como una filosofía

El profesional de la salud encuentre en ella los elementos necesarios para su realización personal como médico de familia.

Si la salud es un derecho, la APS será un camino para la consecución de la misma con principios de justicia social e igualdad en el acceso, en que los ciudadanos conozcan mediante difusión los alcances de su derecho a la salud. Con el desarrollo tecnológico las personas cada vez tienden a que el sistema de salud brinde mayores soluciones para sus necesidades de salud, que esté basado en sus carestías y expectativas. (44)

4.4. Elementos conceptuales de la APS

4.4.1. Integral

Contemplada desde un enfoque biopsicosocial, valorando desde la complejidad de la enfermedad. Los problemas psicosociales son situaciones que crean estrés social en los individuos; éstos producen crisis y afecciones familiares que pueden expresarse de manera clínica, por lo que se vuelve necesario un abordaje familiar de los problemas psicosociales. Existe dificultad para la detección de estos problemas, ya que se continúa con la concepción biomédica, sin comprender el alcance holístico de la APS. Tratando los problemas psicosociales podemos reducir la duración del episodio y mejorar la calidad del servicio. Siendo responsabilidad del médico la detección de un problema psicosocial. La confianza con el paciente debe ser de las mejores

para poder conocer, de su propia autoría, los problemas de diversa índole que están generando el estado de estrés en él. Los signos y síntomas mal definidos pueden indicar un trastorno psicosocial hasta en un 59%, siendo expresados como un mecanismo de defensa. (39)(45)

4.4.2. Integrada

Centrada en la persona, incorpora la promoción, prevención, rehabilitación, tratamiento y reinserción social y un perfecto engranaje con el resto de niveles asistenciales, no subordinando a la APS.

La interrelación del sector primario con el secundario nos permite brindar de apoyo técnico especializado, dependiendo de cuales sean las especialidades más solicitadas y también las que necesiten de mayor cooperación interinstitucional.

4.4.3. Organización de la consulta

Los médicos de familia diversifican la consulta para optimizar la misma.

La gestión de la burocracia también debe estar presente ya que está demostrado que el tiempo dedicado de un médico de familia a las tareas burocráticas alcanza hasta un 40%; por ejemplo, el mejoramiento del formato de la receta mediante el uso de la tecnología e incrementando personal administrativo. (46)

El uso de las TICS en lugares remotos ayudará a mejorar el funcionamiento de los centros de salud, la digitalización de la historia clínica, farmacia y la lectura de exámenes, nos permitirá ahorrar tiempo en labores administrativas al personal de salud.

Con una buena organización de la consulta se obtiene mayor confianza y mayor satisfacción; hay que utilizar menos tiempo en la consulta para dedicar mayor tiempo a la prevención, ya que esto tiene incidencia en el gasto, acercando el sistema de salud al paciente, usuario o no usuario. El asignar poblaciones definidas y que los profesionales de la salud se responsabilicen de ella, nos permitirá descentralizar y reforzar el papel del centro de salud. (47)



4.4.4. Continuada y Permanente

La presencia de APS esté en cada aspecto de la vida de las personas.

4.4.5. Accesible

Es necesario vencer múltiples aspectos sobre la restricción del acceso a la salud, entre estos: geográficos, culturales, económicos, burocráticos, discriminatorios.

La satisfacción del usuario se relaciona con accesibilidad, continuidad de la atención, la duración de la visita, la relación médico paciente y la práctica de actividades preventivas.

Pero solo la continuidad, el tiempo de consulta, la comunicación médico paciente y la práctica de actividades preventivas, han demostrado ser coste efectivas.

4.4.6. Activa

El profesional de la salud debe tomar la iniciativa constatando el análisis de la comunidad; esta iniciativa puede no ser parte de las necesidades sentidas de la población.

4.4.7. Basada en equipos interdisciplinarios

Un trabajo multidisciplinario que permita la consecución de un objetivo común dentro de la salud.

4.4.8. Comunitaria y participativa

La comunidad debe ser parte activa de la programación, planificación y ejecución de los proyectos específicos en el área de acción de los centros de salud.

4.4.9. Programada y evaluable

Siguiendo los principios de la APS sus programas serán planteados por objetivos, metas, actividades, y para su evaluación recursos y mecanismos de control.

4.4.10. Evaluación

En la APS existe gran dificultad para evaluar sus actividades de promoción y prevención, ya que sus consecuencias sólo se verán con el paso del tiempo, y por consiguiente es complejo atribuir cierta característica a una actividad realizada tiempo atrás. La evaluación se deberá realizar mediante un seguimiento en formatos establecidos previamente para la actividad realizada.
(48)

4.4.11. Docente e investigadora

La investigación se realizará desde una perspectiva docente siempre procurando incluir las propuestas comunitarias.

4.4.12. Participación e intervención comunitarias

La acción social en salud son iniciativas generadas desde la comunidad y su fin es mejorar la salud, un ejemplo de esto los cuidados informales de salud que se llevan a cabo en grupos pequeños tanto familiares como de amistad. Es información valiosa saber que solo un 17% de los cuidados es dado por el sector institucional de la salud y el 83% está brindado por otros actores como las mujeres o responsables de los cuidados.

La participación social en salud estará normada o regida por el sistema formal de salud, siendo responsables de la toma de decisiones. La buena articulación entre los distintos aspectos de la participación nos puede dar buenos réditos económicos, sociales y de eficiencia.

La comunidad es entendida como un grupo de personas que tienen algo en común sobreentendiéndose que comparten múltiples vínculos que pueden ser de territorio, culturales, cosmovisión, etcétera. Desde la perspectiva sociológica las comunidades locales adscritas a un territorio tienden a desaparecer, dando paso otras formas de agrupación articuladas por las redes de comunicación y otros fenómenos sociales, por lo que es necesario considerar las culturas y micro culturas urbanas. Se considerará a la globalización como un elemento transformador de las estructuras comunitarias en sus múltiples dimensiones,

así como también el cambio de estructura familiar observándose cada vez menos el esquema tradicional de la familia.

La participación comunitaria puede ser de mayor o menor en los servicios de salud, y se debe considerar la posibilidad que tengan mucha mayor validez para conservar la salud el entorno social del paciente que el entorno generado en el centro de salud.

Hay que comprender muy bien el entorno social y político del área de influencia ya que esto nos permite tomar las mejores decisiones en el campo de la planificación, organización, la articulación de procesos de representación real de la comunidad dentro de su salud y los servicios de salud enfocados a las necesidades de las personas y de la población, para que se sientan parte del sistema. La población cada vez tiene más interés en participar en las decisiones de salud. Los valores expresados en la declaración de Alma Ata, cobran mayor representatividad en la actualidad donde la población empieza a mirar y a sentir esa necesidad de dar el paso hacia un modelo distinto. (49)(50)

4.4.13. Investigación en Atención Primaria

La investigación en nuestra sociedad es casi nula o mínima, y refiriéndonos a la APS es inexistente en la realidad Ecuatoriana. Si en la práctica hospitalaria se realiza escasa investigación, en el centro de salud la investigación no está contemplada dentro de sus fines ni actividades. Los centros de salud no tienen la intención ni los recursos necesarios para llevar a cabo investigación. Sabiéndose que el 90% de los motivos de consulta deberían ser atendidos por médicos de APS o médicos familiares, es necesario emprender estos retos para el desarrollo de esta rama de la medicina con un componente científico. Esto nos permitirá identificar las patologías más frecuentes, tratar enfermedades en estadios más tempranos, conocer y mejorar los hábitos, estilos de vida, realizar un seguimiento continuo, investigaciones a largo plazo, avanzar en la informatización. En esto radica la importancia de la investigación en APS.

Áreas de investigación en atención primaria

La investigación en APS estará enfocada a las necesidades de salud de la población, servirá para regenerar respuestas sobre prevención en las enfermedades más prevalentes de la comunidad, investigar sobre cómo está desarrollándose el servicio sanitario, evidencia de la práctica clínica o efectividad de las acciones emprendidas dentro de la salud.

La falta en general de recursos tanto materiales, físicos, de personal, entre otros, pasando por la falta de interés y de incentivo desde los distintos sectores a la investigación y peor aún la casi nula investigación en APS, es un problema que va desde la organización del sistema de salud hasta las actitudes y competencias del profesional. Existe una falta de preparación en la metodología de la investigación, igualmente ciertos déficits en la formación académica. Hay que tomar en cuenta que muchas veces el horario establecido para los profesionales de la salud se encuentra distribuido sólo en actividades asistenciales. En muy pocos centros de salud hay horarios y planes establecidos para la promoción y prevención, y en un grupo aún más reducido está contemplada la docencia. No se genera aún el espacio y las facilidades necesarias en los horarios del personal para su dedicación a la investigación, desconocemos que en el país exista investigación en APS.

4.4.13.1. Investigación cualitativa en APS

La Investigación cualitativa (IC) se basa en estudiar fenómenos en el contexto natural, intentando encontrar la interpretación en los mismos a partir de los significados que las personas conceden y que escapan a la medición numérica. La IC es un estudio integral u holístico de dimensiones relacionadas con valores, expectativas y motivaciones para explicar las actitudes y comportamientos de las personas. (51)

4.4.13.2. Investigación cuantitativa en APS

La investigación es un proceso sistemático, organizado y objetivo que nos permite brindar la mejor respuesta para un problema o pregunta. El éxito de la investigación cuantitativa dependerá de la pertinencia de las hipótesis, su correcto diseño metodológico y de la tecnología necesaria para realizarla.

Dentro de la investigación cuantitativa encontramos la descriptiva y la analítica. La investigación descriptiva nos permite ampliar los conocimientos de ciertos temas, basándose en la observación y categorización, por lo que no se cuenta con hipótesis, sirve para generarlas, pudiendo también ser utilizada para establecer relación entre dos sucesos. (52)

4.4.14. Bioética en la Atención Primaria de la Salud

Dentro de los principios éticos encontramos: la beneficencia y autonomía estando subordinados a los universales de no maleficencia (*primum non nocere*) y justicia. La no maleficencia comprende mucho más que la inocuidad del acto médico, sino también abarca el asumir responsablemente el cuidado en la enfermedad y de la salud de las personas, incluyendo el no infundir daño económico innecesario. La justicia se enmarca en un concepto de equidad, dando a todos según sus necesidades, sin discriminación. El principio de beneficencia consiste en que los servicios brindados sean buenos para el paciente así no esté consciente o acepte la importancia y el beneficio de esas acciones para su bien. La autonomía contempla la decisión del paciente sobre lo sugerido por el profesional de la salud.

Pueden generarse conflictos entre el principio de beneficencia con los principios de autonomía o equidad, por falta de interés de los pacientes por acatar las recomendaciones en salud tanto en adhesión a tratamiento como en evitar hábitos nocivos.

La equidad se entenderá como brindar atención a los grupos más vulnerables y para la consecución de este enunciado serán necesarios lineamientos de distribución de tiempo, desde la organización del sistema para permitir espacios flexibles dedicados a las actividades de la APS que no sean la atención.

La organización tanto del profesional como del equipo y el centro de salud pueden producir una falta de observancia a la responsabilidad en las tareas de cuidado, promoción y prevención. La comodidad del médico o equipo de salud no tendrá que intervenir en la toma de decisiones.



El médico tiene que ser capaz de demostrar sus capacidades y actitudes integradoras no mirando exclusivamente la parte biológica sino todos los otros aspectos de los seres humanos, brindando un trato ético y justo a sus benefactores, guiando con su conocimiento a los pacientes por el mejor camino de vida, ampliando y comprendiendo muy bien el concepto de la educación en salud. Tendrá que añadir a su consulta el aspecto ético de la prevención y la promoción traducido en educación para la salud y como una responsabilidad inherente a su labor. Asume el compromiso de que las acciones tomadas tanto en la promoción como en la prevención, repercuten en la salud de la comunidad, siendo un gran compromiso moral y ético con respecto a la salud.

Los cuidados paliativos también demandarán múltiples deliberaciones éticas, ya que por lo general hay que lidiar con pacientes en estado terminal que necesitan llevar una vida digna en la medida de lo posible. El médico decidirá la mejor opción, luego informará a los familiares, el modo de llevar los cuidados en el hogar.

Es importante poner énfasis durante la formación de pregrado en las actitudes necesarias para constituirse en un médico de APS, la capacidad de asimilar la prevención y promoción como un deber del médico en su ejercicio profesional cotidiano, será esencial para la toma de decisiones. (53)

4.4.15. Atención Primaria orientada a la comunidad (APOC)

La APOC es el accionar en APS con una perspectiva poblacional, con que se busca la mejora de toda la comunidad, en que la participación y el control social tienen gran importancia multidisciplinaria. Para la consecución de las necesidades ha de existir una gran capacidad por parte del profesional de salud para enlazar su punto de vista individual con el comunitario, llegando a consensos sobre las acciones a emprender.

4.4.15.1 Desarrollo comunitario

Enfocado en un principio de desarrollo integral, este va mucho más allá de la salud curativa; se visualiza la mejora de la comunidad en todos sus aspectos como una alternativa de mejorar la salud, calidad y nivel de vida de los pobladores, ejecutando acciones en múltiples áreas como el saneamiento, el



acceso a la educación, a la alimentación, etcétera. El equipo de atención primaria guiará los procesos hasta un determinado punto, luego del cual la comunidad mediante sus actores sociales pueda asumir con responsabilidad el proceso de su salud. La educación será un punto estratégico para conseguirlo como ya lo han demostrado múltiples experiencias durante el último siglo. (54)

4.4.16. Epidemiología e historia natural de la enfermedad

Hay que considerar la historia natural de la enfermedad y sus periodos: prepatogénico, patogénico y de resultados. Dentro del prepatogénico intervienen los factores de riesgo y/o etiológicos, y la susceptibilidad del huésped. Los factores de riesgo son “cualquier exposición, condición, o característica que está asociada a una mayor probabilidad de desarrollar la enfermedad”, algunos pueden ser modificables otros no. Dentro de los modificables podemos realizar una intervención para disminuir su presencia o prescindir de ellos, en cuanto a los no modificables como la edad, el sexo, etcétera no será posible la intervención.

El periodo patogénico consta de dos partes o fases: presintomática (donde el paciente no presenta ninguna manifestación) en ésta los cambios patológicos ya han empezado. La sintomática cuando el paciente debuta con alguna manifestación lo suficientemente importante como para que presente sintomatología y signos.

La etapa de resultados podrá dar paso a la instauración de una patológica crónica, curación o muerte, dependiendo del tipo de patología.

La epidemiología cuantitativa no presentará muchas aplicaciones en la APS, ya que es difícil establecer analogías entre la realidad comunitaria y los macro estudios realizados en una población mucho más extensa, por ello es de vital importancia el uso de la epidemiología cualitativa que nos permitirá establecer una mejor visualización de la realidad comunitaria, además de ser necesaria la práctica de la investigación en la rutina diaria de la consulta. (48)

4.4.17. Epidemiología en APS

La epidemiología nos permite realizar el análisis de la situación de salud de la comunidad, investigar causas y factores de riesgo de alguna enfermedad,

medir la eficacia y la efectividad de intervenciones realizadas, conocer la utilidad de pruebas diagnósticas.

Para evaluar pruebas diagnósticas utilizamos la especificidad y la sensibilidad.

La especificidad es la posibilidad de que la prueba realizada no detecte personas sanas o con otra patología dentro del grupo o la característica que buscamos.

La sensibilidad en cambio es la capacidad de la prueba para comprobar que cierta característica está presente.

4.4.18. Guías de práctica clínica

Las guías de práctica clínica (GPC) permitirán brindar información a los profesionales para la toma de decisiones en casos concretos sobre el diagnóstico y terapéutica, más apropiados para una circunstancia, siendo necesarias para reducir la variabilidad en el proceder clínico. La práctica clínica estará regida a todos los aspectos del método científico pero sin transgredir la autonomía en la toma de decisiones. (55)

4.4.19. Medicina Basada en la Evidencia dentro de la APS

Por lo general se considera que la medicina basada en evidencias es solo para los hospitales.

La Medicina Basada en la Evidencia (MBE) se ha definido como la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia científica clínica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes individuales, la cual también puede aplicarse en la toma de decisiones sobre la población o los servicios sanitarios.

La MBE puede enfocarse a la población y se trataría de Atención Sanitaria Basada en la Evidencia, donde se tiene en cuenta las evidencias a nivel poblacional, así como las intervenciones realizadas con las estrategias poblacionales de salud.

Los profesionales de la salud que utilizan recursos informáticos para conseguir información basada en la evidencia, son un número limitado, ya sea por no

tener disponible la infraestructura, o porque están en contra del uso de la evidencia por considerarla poco aceptable.

Las tecnologías de la información y de la comunicación se están desarrollando cada vez más, sin embargo, los obstáculos aún existen. En una encuesta realizada en 2005 a 2200 médicos norteamericanos, se encontró como primer obstáculo la dificultad para la navegación y la búsqueda por internet, luego el exceso de información, información poco específica, proceso lento, dificultad en descargar información y la incompatibilidad con el software. (56)

4.4.20. Actividades preventivas y de promoción

Es importante plantear que las patologías crónicas una vez instauradas no tendrán cura, y considerando responsablemente este punto de vista, el sistema de salud debe actuar en los niveles que permitan preservar la mejor calidad de vida y evitar el apareamiento de estas patologías, actuando en las causas, ya no en los efectos. Pasando de una actitud pasiva a una activa que nos permita realizar prevención tanto primaria como secundaria.

Estas actividades deberán ser sumadas a la práctica diaria de los profesionales de la salud en el centro de salud. (48)

Existen 3 niveles de prevención:

4.4.20.1. La prevención primaria

La prevención primaria abarca las actividades realizadas para impedir o disminuir la aparición de cierta patología. Se realizará en la etapa pre patogénica donde se encuentran los factores que predisponen su aparición. En este nivel encontramos la promoción de la salud y la protección de la salud que trata de mantener un ambiente óptimo.

Por ejemplo el ejercicio físico disminuye la resistencia de los tejidos periféricos a la insulina, favorece el ingreso a las células de la glucosa, por eso es necesario realizar ejercicio de manera regular, se ha demostrado que disminuye el riesgo de presentar DMT 2 por sí solo no asociado a la pérdida de peso. La recomendación es realizar ejercicio por lo menos 30 minutos diarios de 3 a 5 días por semana. (57)

4.4.20.2. La prevención secundaria

La prevención secundaria comprende las actividades encaminadas para detener el avance de la enfermedad. Esta intervención se realizará antes de la aparición de los signos y síntomas en el paciente, esto es considerado un estado preclínico, la intención es evitar la aparición de la enfermedad, siendo los programas de screening y de cribado los más utilizados en esta prevención.

4.4.20.3. La prevención terciaria

La prevención terciaria está encaminada a evitar exacerbaciones de una enfermedad ya establecida, y tratar de reducir la afectación de la calidad de vida del paciente con enfermedades crónicas. Por ejemplo el mantener los valores de hemoglobina glucosilada de 7%, se consigue disminuir la retinopatía en 21%, y nefropatía en 33% esto expresado en el “United Kingdom Prospective Diabetes Study” (UKPDS). La reducción de un punto en el valor de la hemoglobina glucosilada, reducía el riesgo para la mortalidad en 3,7%, el riesgo para las complicaciones cardio vasculares en 2,4% y 9,5% para las complicaciones microvasculares. (57)

4.4.21. Estrategias

Las estrategias diseñadas para grupos poblacionales, deberán ser estudiadas integralmente sobre sus fortalezas y debilidades. Como cambiar hábitos muy arraigados dentro de la sociedad es muy complejo por no considerarlo imposible, es necesario la intervención del poder público para que marque una estrategia amplia y contundente con el fin de conseguir lo esperado. Se recomienda siempre que las actividades de cribado sean utilizadas en grupos delimitados en bien de su salud y de las finanzas públicas. En casos específicos se necesitará del uso de una estrategia multifactorial, con la que el diseño, aplicación y evaluación tendrán mayor complejidad. (48)

4.4.22. Puntos de la Carta de Ottawa

Carta de Ottawa, trata de múltiples aspectos que pueden influir en la salud como la inocuidad de los alimentos, riesgos ambientales, estilos de vida, entre otros.

“La promoción de la salud es el proceso de capacitar a las personas para que aumenten el control sobre su salud, y para que la mejoren. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o un grupo debe ser capaz de identificar y llevar a cabo unas aspiraciones, satisfacer unas necesidades y cambiar el entorno o adaptarse a él. La salud se contempla, pues, como un recurso para la vida cotidiana, no como el objetivo de la vida. La salud es un concepto positivo que enfatiza recursos sociales y personales, junto con capacidades físicas. Por tanto, la promoción de la salud no es simplemente responsabilidad del sector sanitario, sino que va más allá de los estilos de vida saludables para llegar al bienestar.”

“La promoción de la salud exige la acción coordinada de todos los implicados: los gobiernos, los sectores sanitarios y otros sectores sociales y económicos, las organizaciones benéficas, las autoridades locales, la industria, los medios de comunicación y la propia comunidad.”

La promoción estará encaminada a actuar sobre los determinantes de la salud y las estrategias estarán integradas así: 1) Elaborar políticas públicas saludables; 2) crear entornos favorables a la salud; 3) refuerzo de la acción comunitaria; 4) desarrollar las habilidades personales, y 5) reorientar los servicios de salud

Todos estos conceptos han sido tocados en sus respectivos apartados anteriormente en este documento. (58)

4.4.23. Condiciones y criterios a tomar en cuenta

Para la aplicación de programas de prevención y promoción hay que analizar muy bien la importancia del mismo y las posibilidades reales de conseguir las metas planteadas, ya que estos programas necesitan un presupuesto alto, así también realizar el respectivo seguimiento y sobre todo necesitan de una política pública y de estado sostenida. Además pueden existir otros problemas relacionados con los pacientes tempranamente diagnosticados (etiquetados), o los falsamente diagnosticados (falsos positivos), hay que tener plena confianza en los métodos que vamos a utilizar en los pacientes. (48)

4.4.24. Actividades de promoción de la salud

Las acciones también pueden llevarse a cabo dentro de las políticas públicas, encontrándose tres niveles, desde las esferas más altas de organización: desde el gobierno nacional a las organizaciones regionales, dentro de los cuales debe establecerse una facilidad jurídica, económica, organizacional y logística, con el fin de elevar a políticas de Estado donde todos los sectores tiendan a conseguir mejorar la salud, también se puede actuar a nivel del modelo de atención donde encajaría la estrategia de APS.

Cualquier acción, actitud, recomendación y programa que permita mejorar la calidad de vida de las personas y con ésta reducir la morbimortalidad, será considerada como promoción de la salud. Tenemos que considerar que la única prevención rentable es la primaria, por lo tanto hay que aplicar especial énfasis en evitar el inicio de conductas nocivas como la ingesta de alcohol, fumar, sedentarismo, hábitos poco saludables, desordenes alimenticios, etcétera. Es necesario que los profesionales de la salud den a conocer las consecuencias de estos hábitos. Las recomendaciones en los más variados temas posibilita el que existan conductas más saludables, por ejemplo el uso del cinturón de seguridad o el evitar una conducta agresiva al volante, este aspecto puede ser asumido por el personal de enfermería, por estar relacionado con la comunidad con mayor énfasis, asimismo se necesita estrategias de pedagogía sanitaria.

La integración de las actividades de promoción y prevención en la actividad diaria, nos permitiría mejorar nuestros servicios con relación a un centro que no la haya hecho, ya que permite tener el valor agregado de las actividades de promoción y prevención dentro del evento que es la concurrencia del paciente al centro de salud, evitándonos una segunda visita. Es necesaria una participación activa y consciente de todos los profesionales del centro; hay que empoderar los procesos para que estos sean mejor asimilados por los profesionales y así conseguir mejores resultados, todos deberán tener su parte de responsabilidad en la consecución de los objetivos comunes, en este tipo de organización aparecerán responsables, fruto del consenso más que por imposición.

En contraparte tenemos la organización dispensarial que es la más conocida en nuestro medio donde existen profesionales que se dedican exclusivamente a actividades curativas. La relación médico paciente al ser sólo asistencial no trasciende del consultorio, el médico brinda su servicio en su área específica y se desentiende de la promoción y prevención. Y si lo hacen es por demanda del encargado mas no por su propia iniciativa o responsabilidad

Existen múltiples obstáculos para la consecución de una estrategia de prevención y promoción en nuestro medio, como la falta de elementos informáticos, es más aún existen una mínima informatización de todos nuestros archivos médicos.

La falta de organización de la demanda también influye negativamente en este ámbito, ya que si el profesional de la salud está muy demandado de atención curativa no dispondrá del tiempo necesario para realizar las actividades de promoción y prevención.

Otro elemento es la poca importancia que brinda la sociedad como los profesionales de la salud a la prevención, como un método mucho mejor para la consecución de una mejor salud, subestimando la prevención muchas veces por un problema cultural. El fin es que la propia comunidad reflexione sobre la problemática de salud de su gente, y con un espíritu de autorresponsabilidad trabajen para mejorar su condición con planes de promoción y prevención.

Existen múltiples vacíos formativos dentro de los profesionales en cuanto a la atención primaria, promoción y prevención, además de cierto recelo respecto a su utilidad. Además estamos acostumbrados a esperar resultados en poco tiempo, y los resultados de la prevención y promoción no se palpan sino a largo plazo.

Es necesario incentivar la investigación y la docencia en promoción y prevención para dar mayor realce a la importancia de éstas en la salud de las personas.

Los medios de comunicación jugarán un papel determinante sobre las costumbres actitudes y comportamiento de la sociedad siendo de importancia su articulación a las actividades de promoción y prevención de la salud. (48)



Según algunos estudios más del 80% de los pacientes diabéticos no han recibido consejo sobre el hábito de no fumar, por lo que la educación sobre este tema es imprescindible dentro de la educación sanitaria a este grupo. (57)

4.4.25. Percepciones en APS

Barbara Starfield, catedrática de Políticas Sanitarias de la Universidad Johns Hopkins de Baltimore (Estados Unidos) y una de las más firmes defensoras de la existencia de una puerta de entrada al sistema, sostiene que una de las razones que explican la pésima sanidad de su país es «el predominio de la atención especializada sobre la primaria». Y afirma que existen abundantes pruebas que demuestran como el primer nivel «resuelve casi todos los problemas de la inmensa mayoría de la gente». (59)

Según Salvador Pendón, médico español quien se está especializando en Medicina Familiar, hoy en día prima socialmente el estatus de médico especialista hospitalario, con acceso a pruebas de alta tecnología, frente al de atención primaria, al que se asigna, erróneamente, un papel secundario, administrativo o encorsetado, además de estar “de moda” la medicina eminentemente biologicista, farmacológica o altamente tecnificada, que tiene mejor consideración y más demanda que la que está basada en aspectos psicosociales, familiares, preventivos o comunitarios. (60)



5. Objetivos

5.1. General

Identificar los conocimientos y las percepciones sobre la APS en los estudiantes de la Escuela de Medicina de la Universidad de Cuenca.

5.2. Específicos:

1. Determinar el nivel de conocimiento de los estudiantes de Medicina de la Universidad de Cuenca sobre la APS.
2. Identificar las cátedras de la malla curricular que los estudiantes vinculan en su formación en la FCM con la APS.
3. Conocer la percepción de los estudiantes sobre la APS.

6. Metodología

6.1. Tipo de estudio

El presente estudio tiene un enfoque cuantitativo descriptivo. En base a un formulario construido y validado para el efecto, se midió los conocimientos generales que, sobre APS, tienen los estudiantes, y las acciones que ellos vinculan con la estrategia. Para la evaluación de las percepciones se utilizó el test español del Fondo de Investigaciones Sanitarias – FIS Expediente PI070975.

6.2. Universo y muestra

El universo estuvo conformado por los estudiantes de quinto año e internado rotativo de la Escuela de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca quienes han obtenido mayor conocimiento sobre APS, un total de 423.

Se tomó una muestra aleatoria, para lo cual se utilizó la siguiente fórmula:

Donde:

$N = 423$

$p = 0,5$

$q = 0,5$

$z = 99\%$

$e = 0,1$

$$n = \frac{Npqz^2}{(N-1)e^2 + pqz^2}$$

Al valor obtenido se le sumará un 15% por concepto de pérdidas para un total de 137 Estudiantes.

Criterios de inclusión:

Todos los estudiantes que estuvieron matriculados y asistieron regularmente a quinto año e internado rotativo de la Escuela de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca durante el 2012.

Criterios de exclusión:

Estudiantes que no desearon participar en la investigación, o que al momento de aplicar los instrumentos no se encontraron.

7. Técnicas y procedimientos

Para la valoración cuantitativa de los conocimientos se procedió a revisar el currículum de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca. En base a las referencias teóricas se escogió los contenidos para la construcción del test, antes de su aplicación, se realizó una prueba piloto con los estudiantes que no fueron incluidos en la muestra. Los resultados del test de evaluación de conocimientos Anexo 1, fue valorado de acuerdo a la escala definida en la Universidad de Cuenca: de 90 – 100 sobresaliente, de 80 – 89 muy bueno, de 70 – 79 bueno, de 60 – 69 regular, menor a 60 deficiente. Del cuestionario de conocimiento que constó de 7 preguntas, se procedió a evaluar las respuestas y las que fueron correctas tuvieron un valor de un punto, donde 7 puntos equivalieron al 100%.

Para medir la percepción y la aceptación se procedió a aplicar el test FIS Expediente PI070975 adaptado Anexo 2. Este test posee una escala de los elementos cualitativos mediante la escala de Likert de cinco opciones. Esta guía de preguntas fue aplicada junto a al test de conocimiento.



8. Definición de variables

Variable	Concepto	Indicador	Escala
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha de levantamiento de la información	Años cumplidos	21 - 22 23 - 24 25 - 26 27 – 28
Sexo	Características fenotípicas que permiten al estudiantes identificarse como hombre o mujer	Tipo de Fenotipo	Masculino Femenino
Procedencia	Lugar en el que el estudiante ha residido la mayor parte de su vida	Tipo de procedencia	Rural Urbano
Estado civil	Situación de formal de pareja asumida por el estudiante	Tipo de estado civil	Soltero Casado Divorciado Viudo Unión libre
Año que cursa	Curso en el que el estudiante toma la mayoría de asignaturas	Nivel académico	Quinto año Internado rotativo
Nivel de conocimientos en APS	Grado de saberes sobre APS que poseen los estudiantes medido a través de cuestionario elaborado	Porcentaje de patología que se podría prevenir.	1 a 25% 26 a 50% 51 a 75% 76 a 100%
		Tipo de actividades en el ejercicio profesional del médico de APS	Prevención Promoción Curación Rehabilitación Investigación Docencia
		Porcentaje de patología que tiene que ser resuelta por APS	1 a 25% 26 a 50% 51 a 75% 76 a 100%
		Porcentaje de síntomas inespecíficos que corresponden a problemas psicosociales	1 a 25% 26 a 50% 51 a 75% 76 a 100%
		Porcentaje de tiempo que el médico de APS dedica a tareas burocráticas	1 a 25% 26 a 50% 51 a 75% 76 a 100%
		Porcentaje de cuidados que son brindados en instituciones de salud	1 a 25% 26 a 50% 51 a 75% 76% a 100%
		Porcentaje de cuidados brindados por la familia y la comunidad	1 a 25% 26 a 50% 51 a 75% 76% a 100%
Nivel de formación en APS	Grado que el estudiante otorga dentro del perfil egresado a la APS	Nivel de orientación hacia APS en el perfil de egresado	1 al 20% = muy poco 21 a 40% = poco 41 a 60% = medio 61 a 80% = mucho 81 a 100% = muchísimo
Cátedras asociadas a la APS	Asignaturas que los estudiantes asocian con la Atención Primaria de Salud	Tipo de asignaturas indispensables para APS	Primer año Salud y sociedad Primeros Auxilios Segundo año Bioestadística Psicología Psicopatología Tercer año



			Metodología de la investigación Cuarto año Epidemiología Medicina Interna Psiquiatría Quinto año Administración de la Salud Internado rotativo Ciclo comunitario
Percepción sobre la APS	Apreciación que el estudiante tiene sobre la Atención Primaria evaluada a través del test FIS	Múltiples variables del Test FIS	Para las secciones A.1, B.1, B.2, B.3. B.4 se utilizara una escala ascendente positiva: Totalmente desacuerdo = 1 Desacuerdo = 2 Indiferente = 3 De acuerdo = 4 Totalmente de acuerdo = 5 En la sección B.3 se contabilizara la tercera opción sobre las dos primeras opciones si el estudiante escogiera esa opción. Para la sección A.2, B.6, B.7, C.1, C.2, C.5 se utilizara una escala ordinal de cinco niveles: 1 = Nada = 0 2 = un Poco = 25 3 = Bastante = 50 4 = Mucho = 75 5 = Muchísimo = 100 Para la sección A.3 se utilizara una escala ascendente positiva: Muy negativos = 1 Negativos = 2 Indiferentes = 3 Positivos = 4 Muy positivos = 5 Para la sección C.3, C.6, C.7 se utilizara una escala ascendente positiva: Muy bajo = 1 Bajo = 2 Medio = 3 Alto = 4 Muy Alto = 5
Inicio de la formación en APS	En qué año se debe iniciar el aprendizaje de Atención Primaria de la Salud	Año de inicio de estudio en APS	Primer año Segundo año Tercer año Cuarto año Quinto año Sexto año
Rotaciones en los centros de salud	En qué año o años deben realizarse las rotaciones en los centros de salud	Años en los que se realizarían prácticas en centros de salud	Primer año Segundo año Tercer año Cuarto año Quinto año Sexto año
Formación total	Qué porcentaje de la formación total	Porcentaje de formación	< 10%

en APS	debería hacerse en APS		10 – 25% 25 – 50% 50 – 75% 75 – 90% >90%
Decisión de especialidad	Cuando iniciaste la carrera, ¿tenías una decisión clara acerca de la especialidad que querías ejercer?	Decisión de especialidad al inicia la carrera	Si No
Interés en la APS	A lo largo de los años que llevas en la Facultad, dirías que tu interés en la Atención Primaria de la Salud	Interés en la APS durante la carrera	Ha aumentado Ha disminuido No ha variado
Pariente cercano como médico en APS	¿Estudiante con alguno de sus padres o parientes cercanos, médico de APS /médico general /médico rural / pediatra?	Presencia de un familiar médico en la atención primaria de la salud	Si No
Pariente cercano como médico hospitalario	Estudiante que alguno de sus padres o parientes cercanos sea médico especialista hospitalario	Presencia de un familiar médico en la atención hospitalaria	Si No

Variables sobre percepción de APS

A.1. Opinión sobre la Atención Primaria de Salud: se refiere a diferentes opiniones como si tiene un estatus elevado dentro de la profesión médica, si tiene un estatus social elevado, si el prestigio que tiene es equivalente al de otras especialidades, si desarrolla una función social imprescindible, si es una especialidad interesante desde el punto de vista de la investigación, si proporciona un sueldo alto en comparación con otras especialidades, si es un ambiente agradable para trabajar y si es atractiva.

A.2. Influencia de factores en la opinión sobre la Atención Primaria de Salud: son los factores dados por los pacientes, los médicos hospitalarios, los médicos de familia, familiares, amigos, medios de comunicación o la propia experiencia durante la carrera de medicina.

A.3. Comentarios sobre la Atención Primaria de Salud en la Facultad de medicina: pueden ser negativos o positivos por parte de médicos hospitalarios, de familia, compañeros o profesores.

B.1. Hay motivos suficientes para justificar un aprendizaje teórico práctico obligatorio en Atención Primaria de la Salud durante la carrera.

B.2. Motivos para la enseñanza de la Atención Primaria de la Salud de forma obligatoria: se refiere a si tiene contenidos científicos específicos, salida profesional habitual, contribuye a la mejora de la atención de salud y si es una parte nuclear del sistema sanitario.



B.3. Aprendizaje de los contenidos de la Atención Primaria de la Salud se deben dar: de forma integrada en los contenidos de las asignaturas relacionadas o solo como una materia específica o de ambas maneras.

B.4. Los contenidos docentes de la Atención Primaria de la Salud deben ser impartidos sólo por médicos en APS.

B.6. Importancia de las contribuciones de la Atención Primaria de la Salud en la formación de la carrera: comunicación y relación médico paciente, prevención y promoción, un enfoque biopsicosocial de la atención, enfoque familiar de la atención, enfoque comunitario de la atención, atención clínica de las enfermedades más frecuentes, atención a lo largo de la vida, urgencias, epidemiología clínica, trabajo en equipo, bioética, investigación, colaboración con otros sectores (educativo social)

B.7. Utilidad de la rotación por centros de salud.

C.1. Valorar el grado de interés en trabajar en uno de los siguientes ámbitos al finalizar la carrera: especialidades médicas hospitalarias, especialidades quirúrgicas hospitalarias, Atención Primaria de la Salud – Medicina Familiar, Pediatría, Obstetricia y ginecología, psiquiatría, dermatología, oftalmología, otorrinolaringología, medicina preventiva y salud pública, laboratorio, diagnóstico por la imagen, investigación, docencia.

C.2. Importancia que se dará a las siguientes características para elegir una especialidad luego de finalizar la carrera: que la especialidad englobe un espectro amplio de problemas clínicos, que permita atender un abanico importante de pacientes de diferentes edades, que se centre en un espectro, más concreto de problemas clínicos, que permita visualizar de forma inmediata los resultados de las actuaciones profesionales, que tenga prestigio científico, que requiera un alto grado de dedicación profesional y compromiso, que la formación especializada requiera un elevado esfuerzo, que proporcione un alto nivel de ingresos económicos, que permita una relación estrecha con los pacientes y que posibilite unas buenas condiciones laborales y calidad de vida.

C.3. Satisfacción al ejercer como médico de Atención Primaria de la Salud.



C.4. Cambio de preferencia sobre la especialidad a lo largo de la carrera: los cambios se pudieron dar por los siguientes factores: opiniones e informaciones del profesorado, de compañeros de la Facultad y amigos, informaciones de medios de comunicación social, contenidos teóricos o prácticos de las asignaturas.

C.5. Realización de cursos o seminarios relacionados con la Atención Primaria de la Salud y la satisfacción con los mismos.

C.6. Realización de rotaciones y/o actividades prácticas de Atención Primaria de la Salud.

C.7. Cambio en el interés en la Atención Primaria de la Salud durante la carrera



9. Plan de análisis de los resultados

Se utilizó tablas para tabular los datos según las frecuencias del universo que fueron los estudiantes encuestados mediante el cuestionario de datos personales, el de conocimiento y el Test FIS.

Para el análisis del Test FIS, se procedió a agrupar en categorías, una negativa que englobe las dos opiniones más desfavorables, otra categoría que represente el punto medio, y una última categoría donde se englobe las dos actitudes más positivas con respecto al tema. Se procedió a evaluar cada pregunta de forma independiente para posteriormente expresarla en forma de porcentaje del total de cuestionarios.

Para la realización de las tablas y gráficas se procedió a utilizar los programas Microsoft Excel y SPSS 15.

10. Resultados

A. Datos generales de la población

Edad

Tabla 1.

Distribución de los estudiantes según edad.

Años	Frecuencia	Porcentaje
21 - 22	31	21,68
23 - 24	92	64,34
25 - 26	18	12,59
27 - 28	2	1,40
Total	143	100.0

La mayoría se encuentran en el rango comprendido entre 23 y 24 años presentando un 64,43%.

Sexo

Tabla 2.

Distribución de los estudiantes según sexo.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	90	62,94
Masculino	53	37,06
Total	143	100.0

El 62,94% corresponde al sexo femenino casi duplicando en proporción a los alumnos del sexo masculino que representan el 37,06%.

Estado Civil

Tabla 3.

Distribución de los estudiantes según estado civil.

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	122	85,31
Casado	17	11,89
Divorciado	1	0,70
Unión libre	3	2,10
Total	143	100,0

El 85,31% son solteros, seguido por 11.89% que ostentan un estado civil de casado.

Procedencia

Tabla 4.

Distribución de los estudiantes según procedencia.

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Rural	12	8,39
Urbano	131	91,61
Total	143	100,0

Un 91,61% proviene de una circunscripción urbana, mientras que un 8,39% procede de las zonas rurales.

Familiares o alguien cercano en APS

Tabla 5.

Distribución de los estudiantes según familiares que trabajen en APS/médico general/médico rural/pediatra.

Cercanos que trabajan en APS	Frecuencia	Porcentaje
NO	90	62,94
SI	53	37,06
Total	143	100

Un 62,94% dijo que no posee un familiar o alguien cercano que se encuentre trabajando en APS.

Familiares o alguien cercano médico hospitalario

Tabla 6.

Distribución de los estudiantes según familiares o conocidos médicos especialistas hospitalarios.

Cercanos que trabajan en atención hospitalaria	Frecuencia	Porcentaje
NO	105	73,43
SI	38	26,57
Total	143	100,00

Un 73,43% dijo que no posee un familiar o conocido cercano trabajando en el área hospitalaria.

B. Conocimientos

Distribución de contenidos según los estudiantes

Tabla 7.

Conocimiento de los estudiantes sobre actividades del médico de atención primaria

	Frecuencia	Porcentaje
Prevención	20	13,99
Prevención, docencia, promoción	2	1,40
Prevención, docencia, promoción, curación, rehabilitación	1	0,70
Prevención, docencia, promoción, rehabilitación	2	1,40
Prevención y promoción	34	23,78
Prevención, promoción y curación	14	9,79
Prevención, promoción, curación e investigación	1	0,70
Prevención, promoción, curación, investigación y rehabilitación	3	2,10
Prevención, promoción, curación y rehabilitación	22	15,38
Prevención, promoción e investigación	9	6,29
Prevención, promoción y rehabilitación	1	0,70
Prevención y curación	1	0,70
Prevención, curación e investigación	1	0,70
Promoción	3	2,10
Curación	2	1,40
Todas	24	16,78
No sabe	3	2,10
Total	143	100,0

Un 16,78% respondió correctamente, mientras que un 2,10% reconoció no conocer.

Morbilidad prevenida

Tabla 8.

Conocimiento de los estudiantes sobre el porcentaje de morbilidad que puede ser prevenida.

	Frecuencia	Porcentaje
1 al 25%	14	9,79
26 al 50%	41	28,67
51 al 75%	43	30,07
76 al 100%	13	9,09
No sabe	32	22,38
Total	143	100,0

Un 30,07% escogió del 51 al 75%, y un 22,38 reconoció no saber

Patología resuelta en APS

Tabla 9.

Conocimiento de los estudiantes sobre el porcentaje de patología que tiene que ser resuelto por APS

	Frecuencia	Porcentaje
1 al 25%	12	8,39
26 al 50%	28	19,58
51 al 75%	65	45,45
76 al 100%	11	7,69
No sabe	27	18,88
Total	143	100,0

Un 7,69% escogió del 76% al 100%, siendo el margen de 51 a 75% el más elegido por los estudiantes con un 45,45% lo que demuestra que una gran mayoría desconoce el margen de acción de la APS.

Síntomas inespecíficos

Tabla 10.

Conocimiento de los estudiantes sobre el porcentaje de síntomas inespecíficos que presentan las personas a causa de problemas psicosociales

	Frecuencia	Porcentaje
1 al 25%	23	16,08
26 al 50%	53	37,06
51 al 75%	30	20,98
76 al 100%	1	0,70
No sabe	36	25,17
Total	143	100,0

El 20,98% de los estudiantes escogió el rango de 51 a 75%, siendo el rango de 26 a 50% el más elegido con un 37,06%.

Tiempo empleado en burocracia

Tabla 11.

Conocimiento de los estudiantes sobre el tiempo que dedica un médico de APS a las tareas burocráticas

	Frecuencia	Porcentaje
1 al 25%	24	16,78
26 al 50%	31	21,68
51 al 75%	21	14,69
76 al 100%	13	9,09
No sabe	54	37,76
Total	143	100,0

El 21,68% escogió el rango comprendido entre 26 a 50%, reconociendo un 37,76% desconocer la respuesta.

Cuidados de salud brindados por entidades médicas

Tabla 12.

Conocimiento de los estudiantes sobre el porcentaje de los cuidados de salud que son brindados en casas de salud

	Frecuencia	Porcentaje
1 al 25%	8	5,59
26 al 50%	41	28,67
51 al 75%	45	31,47
76 al 100%	14	9,79
No sabe	35	24,48
Total	143	100,0

El 5,59% escogió el rango comprendido entre 1 a 25%, un 24,48% acepto no conocer la respuesta, la gran mayoría asumió que el sector sanitario es el mayor responsable del cuidado de salud sin reconocer el papel de la comunidad.

Cuidados de salud brindados por la familia o comunidad

Tabla 13.

Conocimiento de los estudiantes sobre el porcentaje de los cuidados de salud que son brindados por la familia o comunidad

	Frecuencia	Porcentaje
1 al 25%	38	26,57
26 al 50%	43	30,07
51 al 75%	26	18,18
76 al 100%	4	2,80
No sabe	32	22,38
Total	143	100,0

Un 2,80% escogió el rango comprendido entre 76 a 100%, y un 22,38% dijo no conocer la respuesta, esto nos demuestra que la gran mayoría piensa que los cuidados de salud son brindados por el personal sanitario.

C. Cátedras que los estudiantes relacionan con la Atención Primaria de Salud

Tabla 14.

Materias	Frecuencia	Porcentaje
Morfología	17	11,89
Biología	16	11,19
Bioquímica	8	5,59
Salud y Sociedad	134	93,71
Primeros auxilios	72	50,35
Fisiología	31	21,68
Microbiología	31	21,68
Parasitología	60	41,96
Inmunología	13	9,09
Historia de la medicina	12	8,39
Bioestadística	80	55,94
Ingles	6	4,20
Psicología	63	44,06
Psicopatología	39	27,27
Semiología	68	47,55
Farmacología	49	34,27
Ingles II	2	1,40
Metodología de la investigación	90	62,94
Patología Estructural	9	6,29
Patología Clínica	39	27,27
Imagenología	20	13,99
Medicina Interna	78	54,55
Dermatología	37	25,87
Psiquiatría	31	21,68
Epidemiología	118	82,52
Ingles Técnico	5	3,50
Gineco Obstetricia	69	48,25
Pediatría	67	46,85
Administración de la Salud	109	76,22
Cirugía	21	14,69
Anestesiología	12	8,39
Oftalmología	11	7,69
Otorrinolaringología	16	11,19
Traumatología	18	12,59
Medina Legal	24	16,78
Medicina Interna IR	45	31,47
Cirugía IR	20	13,99
Pediatría IR	38	26,57
Gineco Obstetricia IR	40	27,97
Ciclo comunitario	116	81,12

Observamos como la gran mayoría de los estudiantes relacionan la APS con las cátedras del área social como salud y sociedad, epidemiología, ciclo comunitario del internado rotativo, administración de la salud, metodología de la investigación, bioestadística, siendo llamativo que 54,55% asocia la cátedra de medicina interna siendo esta el pilar de la APS, otro resultado que llama la atención es que solo un 41,96% relaciona la APS con la cátedra de parasitología.

D. Percepciones sobre la APS.

Cuestionario del fondo de investigaciones sanitarias Expediente PI070975 modificado.

D.1. Estatus de la APS dentro de la profesión médica

Tabla 15.

Opinión de los estudiantes sobre si en Ecuador la Atención Primaria de Salud tiene un estatus elevado dentro de la profesión médica

	Frecuencia	Porcentaje
Desacuerdo	66	46,15
Indiferente	56	39,16
De acuerdo	21	14,69
Total	143	100,0

Un 46,15% se mostró en desacuerdo, mientras que solo un 14,69% dijo estar de acuerdo.

D.2. Estatus de la APS dentro de lo social

Tabla 16.

Opinión de los estudiantes sobre si en Ecuador la Atención Primaria de Salud tiene un estatus social elevado

	Frecuencia	Porcentaje
Desacuerdo	71	49,65
Indiferente	52	36,36
De acuerdo	20	13,99
Total	143	100,0

El 49,65% se mostró en desacuerdo, mientras que solo un 13,99% dijo estar de acuerdo.

D.3. Prestigio científico

Tabla 17.

Opinión de los estudiantes sobre si en Ecuador la Atención Primaria de Salud tiene un prestigio científico equivalente al de otras especialidades

	Frecuencia	Porcentaje
Desacuerdo	84	58,74
Indiferente	38	26,57
De acuerdo	21	14,69
Total	143	100,0

Un 58,74% se mostró en desacuerdo, mientras que un 14,69% dijo estar de acuerdo.

D.4. APS desempeña una función social imprescindible

Tabla 18.

Opinión de los estudiantes sobre si en Ecuador la Atención Primaria de Salud desarrolla una función social imprescindible

	Frecuencia	Porcentaje
Desacuerdo	38	26,57
Indiferente	48	33,57
De acuerdo	57	39,86
Total	143	100,0

El 26,57% se mostró en desacuerdo y un 39,86% dijo estar de acuerdo, mostrándonos que los estudiantes consideran medianamente importante a la APS.

D.5. Investigación en APS

Tabla 19.

Opinión de los estudiantes sobre si en Ecuador la Atención Primaria de Salud es una especialidad interesante desde el punto de vista de la investigación

	Frecuencia	Porcentaje
Desacuerdo	40	27,97
Indiferente	46	32,17
De acuerdo	57	39,86
Total	143	100,0

El 27,97% se mostró en desacuerdo, mientras que un 39,86% dijo estar de acuerdo.

D.6. Remuneración en APS

Tabla 20.

Opinión de los estudiantes sobre si en Ecuador la Atención Primaria de Salud proporciona un sueldo alto en comparación con otras especialidades

	Frecuencia	Porcentaje
Desacuerdo	86	60,14
Indiferente	39	27,27
De acuerdo	18	12,59
Total	143	100,0

Un 60,14% se mostró en desacuerdo, mientras que un 12,59% dijo estar de acuerdo, la mayoría de estudiantes considera que la remuneración en APS no es de las mejores.

D.7. APS como ambiente laboral

Tabla 21.

Opinión de los estudiantes sobre si en Ecuador la Atención Primaria de Salud es un ambiente agradable para trabajar

	Frecuencia	Porcentaje
Desacuerdo	51	35,66
Indiferente	47	32,87
De acuerdo	45	31,47
Total	143	100,0

Un 35,66% se mostró en desacuerdo y un 31,47% dijo estar de acuerdo.

D.8. Influencia de varios factores en la opinión sobre la Atención Primaria de la Salud

Opinión de médicos hospitalarios sobre los médicos de APS

Tabla 22.

Valoración de la influencia sobre la opinión de los estudiantes acerca APS, que tiene la opinión de los médicos hospitalarios

	Frecuencia	Porcentaje
Nada	45	31,47
Bastante	63	44,06
Mucho	35	24,48
Total	143	100,0

El 31,47% opina que no tiene mucha influencia, dándole alguna influencia un 44,06% y un 24,48% que indica que tiene mucha.

Opinión de los médicos de APS

Tabla 23.

Valoración de la influencia sobre la opinión de los estudiantes acerca APS, que tiene la opinión de los propios médicos de APS

	Frecuencia	Porcentaje
Nada	36	25,17
Bastante	50	34,97
Mucho	57	39,86
Total	143	100,0

El 25,17% opina que no tiene influencia, dándole alguna influencia un 34,97% y un 39,86% que indica que tiene mucha influencia.

Experiencia durante la carrera

Tabla 24.

Valoración de la influencia sobre la opinión de los estudiantes acerca APS, de su experiencia durante la carrera

	Frecuencia	Porcentaje
Nada	34	23,78
Bastante	64	44,76
Mucho	45	31,47
Total	143	100,0

El 23,78% opina que no tiene influencia, dándole alguna influencia un 44,76% y un 31,47% que indica que tiene mucha influencia.

D.9. Comentarios sobre Atención Primaria de Salud en la Facultad

Estudiantes que han recibido comentarios

Tabla 25.

	Frecuencia	Porcentaje
No ha recibido	43	30,07
Si ha recibido	100	69,93
Total	143	100,0

El 30,07% no ha recibido, mientras que un 69,93% si lo ha hecho.

Comentarios de médicos hospitalarios

Tabla 26.

Los comentarios recibidos por los estudiantes de parte de médicos hospitalarios son

	Frecuencia	Porcentaje
Negativos	32	32,00
Indiferentes	32	32,00
Positivos	36	36,00
Total	100	100,0

Un 32% fueron negativos y un 36% fueron positivos.

Comentarios de médicos de APS

Tabla 27.

Los comentarios recibidos por los estudiantes de parte de los médicos de atención primaria son

	Frecuencia	Porcentaje
Negativos	15	15,00
Indiferentes	22	22,00
Positivos	63	63,00
Total	100	100,0

El 15% fueron negativos y un 63% fueron positivos.

Comentarios de profesores

Tabla 28.

Los comentarios recibidos por los estudiantes de parte de los profesores son

	Frecuencia	Porcentaje
Negativos	15	15,00
Indiferentes	25	25,00
Positivos	60	60,00
Total	100	100,0

Un 15% fueron negativos y un 60% fueron positivos.

Comentarios de compañeros

Tabla 29.

Los comentarios recibidos por los estudiantes de parte de compañeros

	Frecuencia	Porcentaje
Negativos	53	53,00
Indiferentes	30	30,00
Positivos	17	17,00
Total	100	100,0

El 53% fueron negativos y un 17% fueron positivos, siendo los mismos estudiantes los que peor hablan de APS.

E. Formación en Atención Primaria de Salud en la carrera

E.1. Aprendizaje obligatorio de APS

Tabla 30.

Opinión de los estudiantes sobre si hay motivos suficientes para justificar un aprendizaje teórico práctico obligatorio en APS durante la carrera es

	Frecuencia	Porcentaje
Desacuerdo	24	16,78
Indiferente	41	28,67
De acuerdo	78	54,55
Total	143	100,0

El 16,78%, mientras que un 54,55% dijo estar de acuerdo.

E.2. La enseñanza se debe dar por los contenidos específicos

Tabla 31.

Opinión de los estudiantes sobre si la enseñanza de la Atención Primaria de Salud debe ser obligatoria porque tiene contenidos científicos específicos

	Frecuencia	Porcentaje
Desacuerdo	44	30,77
Indiferente	46	32,17
De acuerdo	53	37,06
Total	143	100,0

El 30,77% se mostró en desacuerdo, mientras que un 37,06% dijo estar de acuerdo.

E.3. La enseñanza se debe dar porque es una salida profesional habitual

Tabla 32.

Opinión de los estudiantes sobre si la enseñanza de la Atención Primaria de Salud debe ser obligatoria porque es una salida profesional habitual

	Frecuencia	Porcentaje
Desacuerdo	41	28,67
Indiferente	56	39,16
De acuerdo	46	32,17
Total	143	100,0

Un 28,67% se mostró en desacuerdo y un 32,17% dijo estar de acuerdo.

E.4. La enseñanza se debe dar porque mejora la atención de salud

Tabla 33.

Opinión de los estudiantes sobre si la enseñanza de la Atención Primaria de Salud debe ser obligatoria porque contribuye a la mejora de la atención de salud

	Frecuencia	Porcentaje
Desacuerdo	11	7,69
Indiferente	28	19,58
De acuerdo	104	72,73
Total	143	100,0

El 7,69% se mostró en desacuerdo mientras que un 72,73% dijo estar de acuerdo, demostrando que los estudiantes están conscientes de que la APS es una alternativa para mejorar la salud de las personas.

E.5. La enseñanza se debe dar por ser parte nuclear del sistema de salud

Tabla 34.

Opinión de los estudiantes sobre si la enseñanza de la Atención Primaria de Salud debe ser obligatoria porque es una parte nuclear del sistema de salud

	Frecuencia	Porcentaje
Desacuerdo	17	11,89
Indiferente	29	20,28
De acuerdo	97	67,83
Total	143	100,0

Un 11,89% se mostró en desacuerdo y un 67,83% dijo estar de acuerdo, demostrando que los estudiantes conocen que la APS es el centro del sistema de salud.

E.6. Aprendizaje de contenidos de APS

Tabla 35.

Según los estudiantes el aprendizaje de los contenidos de la atención primaria de salud debe ser dada de forma integrada en los contenidos de las asignaturas relacionadas y de una forma específica

	Frecuencia	Porcentaje
Desacuerdo	20	13,99
Indiferente	43	30,07
De acuerdo	80	55,94
Total	143	100,0

Un 13,99% se mostró en desacuerdo mientras que un 55,94% dijo estar de acuerdo.

E.7. Contenidos docentes

Tabla 36.

Según los estudiantes los contenidos docentes de Atención Primaria de Salud deben ser impartidos siempre por médicos de APS

	Frecuencia	Porcentaje
Desacuerdo	11	7,69
Indiferente	32	22,38
De acuerdo	100	69,93
Total	143	100,0

Un 7,69% se mostró en desacuerdo mientras que un 69,93% dijo estar de acuerdo.

E.8. Cuando iniciar con la APS

Tabla 37.

Según los estudiantes los años de la carrera en el que debería iniciar el aprendizaje

Años	Frecuencia	Porcentaje
1	70	48,95
2	13	9,09
3	26	18,18
4	22	15,38
5	9	6,29
6	3	2,10
Total	143	100,0

El 48,95% dice que la enseñanza en APS debería iniciar en el primer año de carrera.

E.9. Importancia de las siguientes contribuciones de la Atención Primaria de Salud a la formación en la carrera:

Relación médico paciente

Tabla 38.

Según los estudiantes la importancia de la comunicación y relación médico paciente es

	Frecuencia	Porcentaje
Nada	11	7,69
Bastante	22	15,38
Mucho	110	76,92
Total	143	100,0

Un 76,92% reconoce mucha importancia.

Prevención y promoción

Tabla 39.

Según los estudiantes la importancia de la prevención y promoción de la salud es

	Frecuencia	Porcentaje
Nada	2	1,40
Bastante	21	14,69
Mucho	120	83,92
Total	143	100,0

El 83,92% dice que es muy importante.

Enfoque biopsicosocial

Tabla 40.

Según los estudiantes la importancia del enfoque biopsicosocial de la atención es

	Frecuencia	Porcentaje
Nada	9	6,29
Bastante	31	21,68
Mucho	103	72,03
Total	143	100,0

Un 72,03% reconoce como importante este aspecto de APS.

Enfoque familiar

Tabla 41.

Según los estudiantes la importancia del enfoque familiar de la atención es

	Frecuencia	Porcentaje
Nada	6	4,20
Bastante	32	22,38
Mucho	105	73,43
Total	143	100,0

El 73,43% reconoce como importante este aspecto.

Enfoque comunitario

Tabla 42.

Según los estudiantes la importancia del enfoque comunitario de la atención es

	Frecuencia	Porcentaje
Nada	9	6,29
Bastante	21	14,69
Mucho	113	79,02
Total	143	100,0

El 79,02% reconoce como importante este aporte de la APS.

Atención de las enfermedades más frecuentes

Tabla 43.

Según los estudiantes la importancia de la atención clínica de las enfermedades más frecuentes es

	Frecuencia	Porcentaje
Nada	11	7,69
Bastante	37	25,87
Mucho	95	66,43
Total	143	100,0

El 66,43% reconoce como importante esta enseñanza de la APS.

Atención a lo largo de la vida

Tabla 44.

Según los estudiantes la importancia de la atención a lo largo de la vida es

	Frecuencia	Porcentaje
Nada	17	11,89
Bastante	30	20,98
Mucho	96	67,13
Total	143	100,0

El 67,13% reconoce como importante esta enseñanza de la APS.

Urgencias

Tabla 45.

Según los estudiantes la importancia de las urgencias es

	Frecuencia	Porcentaje
Nada	39	27,27
Bastante	41	28,67
Mucho	63	44,06
Total	143	100,0

El 44,06% reconoce como importante la enseñanza.

Epidemiología clínica

Tabla 46.

Según los estudiantes la importancia de la epidemiología clínica es

	Frecuencia	Porcentaje
Nada	11	7,69
Bastante	35	24,48
Mucho	97	67,83
Total	143	100,0

El 67,83% reconoce como importante de esta contribución.

Trabajo en equipo

Tabla 47.

Según los estudiantes la importancia del trabajo en equipo es

	Frecuencia	Porcentaje
Nada	8	5,59
Bastante	32	22,38
Mucho	103	72,03
Total	143	100,0

Un 72,03% reconoce como importante la enseñanza de la APS.

Bioética

Tabla 48.

Según los estudiantes la importancia de la bioética

	Frecuencia	Porcentaje
Nada	16	11,19
Bastante	38	26,57
Mucho	89	62,24
Total	143	100,0

El 62,24% reconoce como importante la enseñanza de la APS.

Investigación

Tabla 49.

Según los estudiantes la importancia de la investigación es

	Frecuencia	Porcentaje
Nada	21	14,69
Bastante	31	21,68
Mucho	91	63,64
Total	143	100,0

El 64% reconoce como importante la enseñanza de la APS.

Colaboración con otros sectores (educativo, social)

Tabla 50.

Según los estudiantes la importancia de la colaboración con otros sectores

	Frecuencia	Porcentaje
Nada	11	7,69
Bastante	26	18,18
Mucho	106	74,13
Total	143	100,0

Un 74,13% reconoce como importante la enseñanza de la APS.

Utilidad de las rotaciones por los centros de salud

Tabla 51.

La opinión de los estudiantes sobre la utilidad de las rotaciones por los centros de salud es

	Frecuencia	Porcentaje
Nada	12	8,39
Bastante	35	24,48
Mucho	96	67,13
Total	143	100,0

El 67,13% las reconoce como importantes.

Formación práctica de la carrera

Tabla 52.

Según la opinión de los estudiantes el porcentaje del total de la formación práctica de la carrera que debe hacerse en atención primaria de salud es

		Frecuencia	Porcentaje
<10%	1	4	2,80
10-25%	2	30	20,98
25-50%	3	47	32,87
50-75%	4	36	25,17
75-90%	5	11	7,69
>90%	6	15	10,49
Total		143	100,0

EL 21,0% refiere que la formación práctica de la carrera en APS debe ser del 10 al 25%, un 32,9% refiere que tienes que ser de un 25 a 50%, y un 25,2% refiere que la debe ser de un 50 a 75% y solo un 10,5% refiere que tiene que realizarse en un porcentaje mayor 90%.

F. Expectativas y preferencias

Interés en trabajar en uno de los siguientes ámbitos tras finalizar la carrera

F.1. Especialidades médicas hospitalarias

Tabla 53.

El interés de los estudiantes en las especialidades médicas hospitalarias es

	Frecuencia	Porcentaje
Nada	8	5,59
Bastante	24	16,78
Mucho	111	77,62
Total	143	100,00

Un 77,62% presenta mucho interés, siendo un porcentaje significativo de estudiantes que muestran interés por estas especialidades.

F.2. Especialidades quirúrgicas hospitalarias

Tabla 54.

El interés de los estudiantes en las especialidades quirúrgicas hospitalarias es

	Frecuencia	Porcentaje
Nada	28	19,58
Bastante	34	23,78
Mucho	81	56,64
Total	143	100,0

El 56,64% presenta mucho interés por las especialidades médicas quirúrgicas hospitalarias.

F.3. APS - Medicina Familiar

Tabla 55.

El interés de los estudiantes en APS y Medicina Familiar

	Frecuencia	Porcentaje
Nada	48	33,57
Bastante	54	37,76
Mucho	41	28,67
Total	143	100,0

Un 28,67% presenta mucho interés por la especialidad en APS o medicina familiar, algún interés un 37,76% y ningún interés un 33,57%.

F.4. Pediatría

Tabla 56.

El interés de los estudiantes en la pediatría es

	Frecuencia	Porcentaje
Nada	46	32,17
Bastante	31	21,68
Mucho	66	46,15
Total	143	100,0

El 46,2% presenta mucho interés y ningún interés un 32,2%.

F.5. Obstetricia y ginecología

Tabla 57.

El interés de los estudiantes en la obstetricia y ginecología

	Frecuencia	Porcentaje
Nada	31	21,68
Bastante	27	18,88
Mucho	85	59,44
Total	143	100,0

El 59,44% presenta mucho interés y ningún interés un 21,68%.

F.6. Medicina preventiva y salud pública

Tabla 58.

El interés de los estudiantes en la medicina preventiva y salud pública

	Frecuencia	Porcentaje
Nada	63	44,06
Bastante	43	30,07
Mucho	37	25,87
Total	143	100,0

Un 25,87% presenta mucho interés y ningún interés un 44,06%.

F.7. Investigación

Tabla 59.

El interés de los estudiantes en la investigación es

	Frecuencia	Porcentaje
Nada	62	43,36
Bastante	34	23,78
Mucho	47	32,87
Total	143	100,0

El 32,87% presenta mucho interés por la especialidad médica y ningún interés un 43,36%.

F.8. Docencia

Tabla 60.

El interés de los estudiantes en la docencia.

	Frecuencia	Porcentaje
Nada	60	41,96
Bastante	39	27,27
Mucho	44	30,77
Total	143	100,0

El 30,77% presenta mucho interés y ningún interés un 41,96%.

F.9. Importancia de las siguientes características para la elección de la especialidad tras finalizar la carrera

Engloba un espectro amplio de problemas clínicos

Tabla 61.

A los estudiantes les importa que englobe un espectro amplio de problemas clínicos

	Frecuencia	Porcentaje
Nada	12	8,39
Bastante	35	24,48
Mucho	96	67,13
Total	143	100,0

El 67,13% reconoce como importante la característica y un 8,39% indica ninguna importancia.

Pacientes de diferentes edades

Tabla 62.

A los estudiantes les importa que permita atender un amplio e importante grupo de pacientes de diferentes edades

	Frecuencia	Porcentaje
Nada	10	6,99
Bastante	42	29,37
Mucho	91	63,64
Total	143	100,0

Un 63,64% reconoce como importante la característica y un 6,99% indica ninguna importancia.

Especialidad centrada en un ámbito más concreto de problemas clínicos

Tabla 63.

A los estudiantes les importa que se centre en un ámbito más concreto de problemas clínicos

	Frecuencia	Porcentaje
Nada	16	11,19
Bastante	39	27,27
Mucho	88	61,54
Total	143	100,0

El 61,54% reconoce como importante la característica y un 11,19% indica ninguna importancia.

Resultados de las actuaciones profesionales inmediatos

Tabla 64.

A los estudiantes les importa que permita visualizar de forma inmediata los resultados de las actuaciones profesionales

	Frecuencia	Porcentaje
Nada	18	12,59
Bastante	51	35,66
Mucho	74	51,75
Total	143	100,0

El 51,75% reconoce como importante la característica y un 12,59% indica ninguna importancia.

Goza de prestigio científico

Tabla 65.

A los estudiantes les importa que goce de prestigio científico

	Frecuencia	Porcentaje
Nada	19	13,29
Bastante	38	26,57
Mucho	86	60,14
Total	143	100,0

El 60,14% reconoce como importante la característica y un 13,29% indica ninguna importancia.

Dedicación profesional y compromiso

Tabla 66.

A los estudiantes les importa que requiera de un alto grado de dedicación profesional y compromiso

	Frecuencia	Porcentaje
Nada	10	6,99
Bastante	27	18,88
Mucho	106	74,13
Total	143	100,0

El 74,13% reconoce como importante la característica y un 6,99% indica ninguna importancia.

La formación con elevado esfuerzo

Tabla 67.

A los estudiantes les importa que la formación especializada requiera un elevado esfuerzo

	Frecuencia	Porcentaje
Nada	7	4,90
Bastante	28	19,58
Mucho	108	75,52
Total	143	100,0

El 75,52% reconoce como importante la característica y un 4,90% indica ninguna importancia.

Alto nivel de ingresos económicos

Tabla 68.

A los estudiantes les importa que proporcione un alto nivel de ingresos económicos

	Frecuencia	Porcentaje
Nada	21	14,69
Bastante	46	32,17
Mucho	76	53,15
Total	143	100,0

Un 53,15% reconoce como importante la característica y un 14,69% indica ninguna importancia.

Relación con los pacientes

Tabla 69.

A los estudiantes les importa que permita mantener una relación con los pacientes

	Frecuencia	Porcentaje
Nada	5	3,50
Bastante	35	24,48
Mucho	103	72,03
Total	143	100,0

Un 72,03% reconoce como importante la característica y un 3,50% indica ninguna importancia.

Buenas condiciones laborales y calidad de vida

Tabla 70

A los estudiantes les importa que posibilite unas buenas condiciones laborales y de calidad de vida

	Frecuencia	Porcentaje
Nada	6	4,20
Bastante	29	20,28
Mucho	108	75,52
Total	143	100,0

Un 75,52% reconoce como importante la característica y un 4,20% indica ninguna importancia.

F.10. Grado de satisfacción

Tabla 71.

La satisfacción de los estudiantes si en el futuro ejercieran como médicos de atención primaria de Salud sería

	Frecuencia	Porcentaje
Baja	31	21,68
Medio	45	31,47
Alta	67	46,85
Total	143	100,00

Un 46,85% reconoce que su satisfacción sería alta, en un 31,47% su satisfacción sería media y un 21,68% reconoce que sería baja.

F.11. Especialidad a elegir al inicio de la carrera

Tabla 72.

Los estudiantes tenían clara una decisión acerca de la especialidad que quería al iniciar la carrera

	Frecuencia	Porcentaje
No	96	67,13
Si	47	32,87
Total	143	100

Un 67,13% no tenía una decisión clara sobre la especialidad a seguir, siendo un porcentaje importante. En cambio un 32,87 tenía clara su especialidad.

F.12. Cambio de preferencias de especialidad

Tabla 73.

Los estudiantes que han cambiado su preferencia de especialidad durante la carrera

	Frecuencia	Porcentaje
No	56	39,16
Si	87	60,84
Total	143	100,0

El 60,84% ha cambiado, y un 39,16% no lo han hecho.

F.13. De los estudiantes que han cambiado sus preferencias se valoró la importancia de los siguientes factores en el cambio de preferencias

Opiniones e informaciones del profesorado

Tabla 74.

La importancia en el cambio de preferencia de especialidad de los estudiantes con respecto a las opiniones e informaciones del profesorado

	Frecuencia	Porcentaje
Nada	13	14,94
Bastante	31	35,63
Mucho	43	49,43
Total	87	100

Un 49,43% brinda mucha importancia a esta característica y un 14,94% no da ninguna.

Opiniones e informaciones de compañeros de la Facultad

Tabla 75.

La importancia en el cambio de preferencia de especialidad de los estudiantes con respecto a las opiniones e informaciones brindados por los compañeros de la Facultad

	Frecuencia	Porcentaje
Nada	32	36,78
Bastante	27	31,03
Mucho	28	32,18
Total	87	100

El 32,18% reconoce que mucho mientras un 36,78% dijo que nada.

Contenidos teóricos de las asignaturas

Tabla 76.

La importancia en el cambio de preferencia de especialidad de los estudiantes con respecto a los contenidos teóricos de las asignaturas

	Frecuencia	Porcentaje
Nada	3	3,45
Bastante	10	11,49
Mucho	74	85,06
Total	87	100

El 85,06% reconoce que mucho, mientras un 3,45% dijo que nada, lo que nos refiere que los estudiantes brindan mucha importancia a los contenidos de las cátedras recibidas.

Contenidos prácticos de las asignaturas

Tabla 77.

La importancia en el cambio de preferencia de especialidad de los estudiantes con respecto a los contenidos prácticos de las asignaturas

	Frecuencia	Porcentaje
Nada	2	2,30
Bastante	5	5,75
Mucho	80	91,95
Total	87	100

El 91,96% reconoce que mucho, mientras un 2,30% dijo que nada, lo que nos refiere que los estudiantes brindan mucha importancia a las actividades de las cátedras recibidas.

F.14. Cursos o seminarios de APS

Tabla 78.

Estudiantes que han realizado cursos o seminarios relacionados con la Atención Primaria de Salud

	Frecuencia	Porcentaje
No ha realizado	106	74,13
Si ha realizado	37	25,87
Total	143	100,0

El 74,13% no ha realizado y un 25,87% si lo ha hecho.

F.15. Satisfacción en cursos de APS

Tabla 79.

La satisfacción de los estudiantes que han realizado cursos o seminarios de APS

	Frecuencia	Porcentaje
Baja	7	18,92
Media	15	40,54
Alta	15	40,54
Total	37	100,0

El 40,54% reconoce que fue alta y un 18,92 reconoce que fue baja.

F.16. Rotaciones o actividades prácticas de APS

Tabla 80.

Estudiantes que han realizado rotaciones o actividades prácticas de atención primaria de salud

	Frecuencia	Porcentaje
No ha realizado	42	29,37
Si ha realizado	101	70,63
Total	143	100,0

Un 70,63% sí ha realizado prácticas en APS.

F.17. Satisfacción en las rotaciones y actividades de APS

Tabla 81.

La satisfacción de los estudiantes que han realizado rotaciones o actividades prácticas de APS

	Frecuencia	Porcentaje
Baja	14	13,86
Media	43	42,57
Alta	44	43,56
Total	101	100,0

Fue alta en un 43,56%, mientras que media un 42,57% y baja el 13,86%.

F.18. Interés en la atención primaria de la Salud

Tabla 82.

El interés de los estudiantes en APS a lo largo de los años en la facultad

	Frecuencia	Porcentaje
Ha aumentado	59	41,26
Ha disminuido	15	10,49
No ha variado	69	48,25
Total	143	100

EL 41,26% reconoce que su interés aumentó y un 10,49% reconoce que ha disminuido.

F.19. Porcentaje de formación en APS

Tabla 83.

Los estudiantes consideran que están siendo formados como médicos con enfoque de APS en

	Frecuencia	Porcentaje
1 – 20	16	11,19
21 – 40%	42	29,37
41 – 60%	42	29,37
61 – 80%	29	20,28
81 – 100%	4	2,80
Desconoce	10	6,99
Total	143	100

Un 29,37% reconoce que está siendo formado en APS en un rango de 21 a 40%, otro 29,37% dijo que el porcentaje de formación se encuentra entre 41 a 60%, no siendo despreciable el 20,28% que escoge el rango de 61 a 80%.

F.20. Rotaciones por centros de salud según año de la carrera.

Tabla 84.

Opinión de los estudiantes sobre el año que deben realizarse las rotaciones por los centros de salud

Años	Frecuencia	Porcentaje
1	16	11,19
123456	1	0,70
2	10	6,99
3	34	23,78
34	1	0,70
345	2	1,40
3456	8	5,59
4	31	21,68
45	8	5,59
456	6	4,20
5	16	11,19
56	1	0,70
6	9	6,29
Total	143	100

Un 81,12% refiere que las rotaciones deberían ser realizadas desde el tercero hasta el 6 año.

11. Discusión

El presente estudio se realizó mediante una metodología cuantitativa descriptiva, que permitió medir los conocimientos y percepciones de los estudiantes sobre la Atención Primaria de Salud (APS), mediante los formularios propuestos se obtuvieron los siguientes datos:

Datos de la población

El universo estuvo compuesto mayoritariamente por estudiantes jóvenes de sexo femenino, solteras, de procedencia urbana; algunos autores concuerdan que los estudiantes de sexo femenino y los que proceden de áreas rurales tienen mayor predisposición por la APS. Menos de la mitad cuenta con un familiar en APS, algunos trabajos exponen que los estudiantes que cuentan con un familiar en APS presentan predisposición por la misma, respecto a los familiares en áreas hospitalarias solo un tercio cuenta con ello.

La mayoría de estudiantes asocian la APS con las cátedras de la medicina social y casi la mitad con la medicina interna.

Conocimiento sobre APS

Los estudiantes presentan un nivel deficitario sobre que es la Atención Primaria de la Salud, según la encuesta de conocimientos, desconocen la cantidad de patología que puede ser prevenida, el porcentaje de patologías que deben ser resueltas en APS, la proporción de síntomas inespecíficos que corresponden a problemas psicosociales, desconocen el tiempo que tiene que invertir un médico de APS en labores burocráticas y estiman que la mayor cantidad de cuidados de salud son brindados por las instituciones de salud. No expresan con certeza los ámbitos de acción de la APS, ya que un 24% la describe como una especialidad únicamente dedicada a la prevención y a la promoción.

Percepciones sobre APS

Los estudiantes consideran que la APS tiene un estatus elevado dentro de la profesión médica en un 14,69% en comparación con Pérez (61) quien obtuvo un 21,9% y Zurro (62) menos del 20%. Es llamativo que en Ecuador la APS se encuentra en un proceso de implementación y que presente una realidad similar con estudios realizados en España (donde la APS y su especialidad de medicina de familia ya tiene muchos años de implementación) respaldando lo expresado por Zurro al referir que por lo general los médicos consideran a la APS como una especialidad de poca importancia, de un estatus social inferior al de otras especialidades, que tiene poco prestigio científico y con una remuneración menor respecto a otras ramas de la medicina. Pocos estudiantes piensan que la APS es agradable para trabajar y es atractiva.

Los estudiantes creen casi en un 40% que en la APS es posible realizar investigación, aunque la investigación dentro este nivel no se encuentre institucionalizado ni se realice en gran cantidad respaldando lo expresado en este documento.

Los estudiantes consideran que la APS cumple una función social imprescindible en un 39,86% comparado con Zurro quien obtiene un 89,8%. Tal vez esta mayor valía expresada por los estudiantes españoles pueda ser por un mejor conocimiento de la APS y su importancia dentro del sistema de salud, no así en el caso ecuatoriano.

La mayor influencia sobre la opinión en APS es la de los propios médicos de APS seguida por la experiencia durante la carrera con un 31,47% sobre este último aspecto Pérez obtuvo un 75%. Intuimos que los estudiantes de la Escuela de Medicina aún brindan mucha importancia a los criterios expedidos por sus mentores.

Un tercio de los estudiantes no ha recibido comentarios sobre la APS, quienes si han recibido refieren que la mayor parte de comentarios positivos provienen de los propios médicos de APS y docentes, lo llamativo es que la mayoría de comentarios negativos sobre la APS proviene de los propios estudiantes (53%).



Formación en APS

En cuanto a la formación en APS, consideran en un 54,55% que hay motivos suficientes para justificar un aprendizaje teórico práctico obligatorio en APS durante la carrera, mientras que, Pérez obtuvo 92%. Encontramos que un 72,73% reconoce que la APS contribuye a la mejora de la atención de salud y un 67,83% la reconoce como el núcleo del sistema de salud, a diferencia Pérez obtuvo un 97,9%. Esta diferencia demuestra el poco conocimiento sobre APS.

Los estudiantes brindan mucha importancia a los componentes de la APS en la formación de la carrera, como a la comunicación y relación médico paciente con un 76,92%, a diferencia de Pérez con 89,7%. En las siguientes características: la prevención y promoción, el enfoque biopsicosocial, el enfoque familiar de la atención, el enfoque comunitario de la atención, el trabajo en equipo e importancia de la colaboración de la APS con otros sectores todas superaron el 70%. Sobre las enseñanzas de la APS con respecto a la atención clínica de las enfermedades más frecuentes, la atención a lo largo de la vida, la epidemiología clínica, la bioética, la investigación, todas superaron el 60%. Menos de la mitad de los estudiantes considera a las emergencias como enseñanza de la APS respaldando lo expresado por Zurro, que si bien la APS asume estas competencias en circunscripciones rurales no es una competencia marcada dentro de la APS.

Es importante reconocer que casi la mitad de los estudiantes (48,95%) dice que el aprendizaje en APS debería empezar desde el primer año de la carrera, Zurro obtuvo que el aprendizaje debe iniciar en tercer año. Los estudiantes expresaron en su mayoría que la APS debe ser enseñada de forma integrada en otras asignaturas y de una forma específica y que los contenidos deberán siempre ser impartidos por médicos de APS.

Sobre en qué año debería realizarse las rotaciones por los centros de salud un 17,48% de los estudiantes incluyó dentro de los múltiples años de rotación al sexto año. Un reducido número de estudiantes cree que las rotaciones en los centros de salud deben realizarse en el último año de carrera, a diferencia de lo expresado por los autores que el año de internado rotativo se debería realizar en centros de salud.

El 58,04% de los estudiantes expresaron que el porcentaje de formación práctica de la carrera en APS debe comprender del 25 al 75%, lo que significaría que los estudiantes aún presentan resistencias a una formación en APS.

Expectativas y preferencias

Respecto a las expectativas y preferencias de los estudiantes en relación a la elección de especialidad encontramos que un 77,62% de los estudiantes presenta mucho interés en optar por una especialidad médica hospitalaria, seguida por un 56,64% de estudiantes que piensa en optar por las especialidades quirúrgico hospitalarias, existiendo valores representativos en las especialidades clásicas ofrecidas en el entorno como pediatría con un 46,15% y gineco obstetricia con 59,44%. Solo un tercio de los estudiantes presenta interés en la APS, la salud pública, investigación y docencia, respaldando lo expresado por la OMS donde los estudiantes refuerzan estereotipos enfocados a la atención hospitalaria.

Sobre las características que los estudiantes consideran para su elección de especialidad encontramos lo siguiente: un 67,13% busca que englobe un amplio espectro de problemas clínicos (Pérez obtuvo un 89%); un 63,64% busca la cualidad que permita atender un grupo de pacientes de diversas edades; el 51,75% busca que el resultado de las actuaciones profesionales sean visualizados de inmediato; un 74,13% que la especialidad que escojan requiera un alto grado de dedicación profesional y compromiso; el 53,15% de los estudiantes les parece importante que brinde un nivel alto de ingresos (aspecto a reforzar para generar médicos patriotas comprometidos con la realidad nacional conforme a lo señalado por OMS en la declaración de Alma Ata sobre la necesidad de fortalecer la vocación por el servicio); un 72,03% privilegia el mantener una relación con los pacientes; el 75,52% refiere que es importante que posibilite buenas condiciones laborales y calidad de vida (autores sostienen que es necesario mejorar las condiciones para los médicos de APS, entre éstas la remuneración. Es necesario profundizar sobre qué tipo de trabajo consideran los estudiantes brinda una buena calidad de vida); un 60,14% refiere que la especialidad a seguir debe contar con prestigio científico

pero hemos demostrado que los estudiantes no creen que la APS posea prestigio científico y otro aspecto es que un 61,54% de estudiantes refiere como una característica importante el que se centre en un ámbito más concreto de problemas clínicos como en las especialidades hospitalarias. Entonces se deduce que la mayoría de estudiantes prefieren las especialidades hospitalarias, y no reconocen que la APS engloba la mayor cantidad de problemas de salud (el médico de APS es el nuevo médico familiar), los problemas que se resuelvan en APS no se visualizan de inmediato, necesita un amplio conocimiento de la clínica y de un compromiso superior a la visión curativa y que la APS brinda una relación duradera con los pacientes.

Los estudiantes brindan mucha utilidad a las rotaciones por los centros de salud, un 46,85% de los estudiantes señaló que su satisfacción sería alta si en el futuro ejerciera como médico de APS, resultado contradictorio con respecto al porcentaje de estudiantes que escogió a la APS como especialidad de futura elección.

Un 67,13% de los estudiantes cuando empezó la carrera no tenía clara la especialidad que quería seguir en comparación con Pérez que obtuvo un 83%.

Un 60,84% reconoce que ha cambiado su preferencia por alguna especialidad a lo largo de la carrera, Pérez obtuvo un 64,4%, los principales factores de cambio en elección de especialidad son los contenidos teóricos y prácticos de las asignaturas.

El 74,13% de los estudiantes señaló que no ha realizado cursos o semanarios en APS y la mitad de los que si realizaron estas actividades expresaron satisfacción con los mismos.

El 29,37% de los estudiantes reconoció no haber realizado rotaciones o actividades en APS, y quienes si las realizaron (43,56%) valoraron como alta su satisfacción.

Los estudiantes dijeron en un 48,25% que su interés en la APS no ha variado, otro 41,26% reconoció que aumento.

12. Conclusiones

En la Escuela de Medicina existe mayoría femenina de procedencia urbana.

Los estudiantes sólo reconocen algunos elementos constitutivos de la APS pero no saben en qué consisten realmente.

Los estudiantes brindan mucha importancia a características de la APS dentro del ejercicio profesional pero no escogen la APS como una opción para su futuro profesional.

Los estudiantes consideran que la APS es una especialidad que tiene poca relevancia dentro de la profesión médica y la sociedad, la remuneración es inferior y su rigor científico casi inexistente.

Los estudiantes se prefieren las especialidades médicas hospitalarias que existen en el medio.

Los estudiantes no creen que la APS desarrolle una función social imprescindible.

Los estudiantes reconocen la importancia de la APS, la mitad de los estudiantes presentaría satisfacción si ejerciera en el futuro en APS pero la gran mayoría prefiere las especialidades hospitalarias.

Los estudiantes relacionan la APS con las cátedras de la medicina social y tan solo la mitad la relaciona con la medicina interna.

Los estudiantes creen necesario el aprendizaje de la APS durante la carrera y que empiece desde el primer año de carrera.

Para los estudiantes las rotaciones en los centros de salud tienen mucha utilidad.

La opinión que tienen los estudiantes sobre APS se encuentra influenciada por los propios médicos de APS y su experiencia durante la carrera.



La mayoría de comentarios negativos sobre APS proviene de los propios estudiantes y los médicos hospitalarios y la mayor cantidad de comentarios positivos provienen de los médicos de APS y del profesorado.

Según los estudiantes los conocimientos deben ser ilustrados por médicos de APS, los cuales deberían ser integrados a otras asignaturas y también existir una cátedra específica de APS.

La mayoría de los estudiantes consideran que están siendo formados como médicos en APS en un rango del 25 al 75%.

Los estudiantes no realizan cursos ni seminarios sobre APS.

Menos de la mitad dice que la APS es una especialidad interesante para la investigación.

Los estudiantes no tienen clara la especialidad que piensan seguir al comenzar la carrera ni mantienen sus preferencias durante la misma.

13.Recomendaciones

En vista de los resultados y conclusiones derivadas del presente trabajo se proponen las siguientes recomendaciones:

Orientar la malla curricular hacia la APS, con lo que aumentaría el número de médicos en esta área y así cumplir las recomendaciones de la OMS sobre el número de profesionales en APS.

Realizar una campaña educativa con el fin de dar a conocer los preceptos de la APS, eliminando imprecisiones sobre el tema en los estudiantes, haciendo especial énfasis en que la medicina interna es parte fundamental de la APS, además de las dimensiones psicológica y social de la salud.

Mejorar e incrementar las actividades relacionadas con APS como congresos, cursos, y demás formas para difundir en los estudiantes la vocación hacia la APS y medicina de familia.

Recomendamos que el año de internado sea realizado en centros de salud.

Es necesario la creación de un departamento de APS y medicina de familia en la Facultad de Ciencias Médicas con el fin de ofrecer una alternativa para la formación de nuevos especialistas en la rama.

Proponemos que la facultad realice posgrados intensivos y masivos en APS y medicina de familia, y que estos sean financiados por el Estado, con el compromiso del mismo de emplear a los futuros especialistas en APS.

Consideramos necesario que se realice un estudio de ocupación laboral de los graduados con miras a cuantificar el número de ex alumnos dedicados a la APS tanto en el país como en el exterior.

Mejorar y digitalizar el presente formulario de recolección de datos en función de realizar estudios comparativos sobre el cambio de los conocimientos y percepciones de los estudiantes en los periodos lectivos siguientes.



Crear mecanismos de ingreso preferencial para estudiantes de comunidades rurales o alejadas.

Monitorear desde el principio del pregrado las especialidades a las que los estudiantes optarán a futuro.

14. Referencias bibliográficas

- 1 Informe sobre la salud del mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Organización Mundial de la Salud. Suiza; 2008. P. XIV
- 2 Informe sobre la salud del mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Organización Mundial de la Salud. Suiza; 2008. P. 35
- 3 Ecuador la Salud ya es de todos. Estrategias para la Formación de profesionales en APS. Ministerio de Salud Pública. Ecuador; Julio. 2008.
- 4 Indicadores básicos de salud, Ministerio de salud pública. Edición digital. Quito; 2010.
- 5 Zurro Martin, Pérez Cano. Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 6 ed. Vol. 1. Barcelona: Elsevier; 2008. P.3–19
- 6 Informe sobre la salud del mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Organización Mundial de la Salud. Suiza; 2008. P. 12
- 7 Informe sobre la salud del mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Organización Mundial de la Salud. Suiza; 2008. P. 7
- 8 Starfield Barbara. Primary care: balancing health needs, services, and technology. Oxford University Press. New York; 1998.
- 9 Informe sobre la salud del mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Organización Mundial de la Salud. Suiza; 2008. P. 84
- 10 Werner et all. Cuestionando la solución: Las políticas de atención primaria de salud y supervivencia infantil. Con una crítica detallada de la terapia de rehidratación oral. P. 49.
- 11 Pensum de la Escuela de Medicina. Universidad de Cuenca. Imprenta Universidad de Cuenca; 2008.
- 12 Constitución de la República de Ecuador de 2008, Art 350-55.
- 13 Informe sobre la salud del mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Organización Mundial de la Salud. Suiza; 2008. P. XVII - XX
- 14 Serie la Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. No. 2. La Formación en Medicina Orientada hacia la Atención Primaria de Salud. Organización Panamericana de la Salud; 2008. P. 7-18
- 15 Zurro Martin, Pérez Cano. Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 6 ed. Vol. 1. Barcelona: Elsevier; 2008. P.511-527



- 16 Plan nacional para el Buen Vivir 2009 – 2013: Construyendo un Estado Plurinacional e Intercultural. Secretaria nacional de desarrollo.
- 17 Informe sobre la salud del mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Organización Mundial de la Salud. Suiza; 2008. p. 26 - 27
- 18 Informe sobre la salud del mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Organización Mundial de la Salud. Suiza; 2008. p. 13
- 19 Informe sobre la salud del mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Organización Mundial de la Salud. Suiza; 2008. P. 69
- 20 Organización mundial de la salud. APS. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud, URSS; 1978. Serie “salud para todos” #1. P. 31-37
- 21 Informe sobre la salud del mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Organización Mundial de la Salud. Suiza; 2008. p. 72 - 75
- 22 Organización Panamericana de la Salud. Boletín epidemiológico; 1982. Vol. 3; (5). P. 1-2
- 23 Serie la Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. No. 2. La Formación en Medicina Orientada hacia la Atención Primaria de Salud. Organización Panamericana de la Salud; 2008. p. 18 - 23
- 24 Serie la Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. No. 2. La Formación en Medicina Orientada hacia la Atención Primaria de Salud. Organización Panamericana de la Salud; 2008. P. 28 – 31
- 25 Escobar F. et al ¿Qué determina la elección de una especialidad en Medicina?. Revista Clínica de Medicina de Familiar 2008; Vol. 2 (5): pág. 216-225. http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699-695X2008000300005&script=sci_arttext Acceso 15 de febrero de 2012. p. 218 - 222
- 26 Escobar F. et al ¿Qué determina la elección de una especialidad en Medicina? Revista Clínica de Medicina de Familiar 2008; Vol 2 (5): pág. 216-225. http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699-695X2008000300005&script=sci_arttext Acceso 15 de febrero de 2012. p. 216
- 27 Constitución de la Republica de Ecuador de 2008, Art 358-66.
- 28 Pensum de la escuela de medicina. Universidad de Cuenca. Imprenta Universidad de Cuenca; 2008.
- 29 Cuba's primary health care revolution: 30 years on. Volume 86(5); May 2008. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2647439/>.ultimo acceso 13/03/2012



- 30 Informe sobre la salud del mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Organización Mundial de la Salud. Suiza; 2008. P. 67
- 31 Flawed but fair: Brazil's health system reaches out to the poor. Volume 86(4); April 2008. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2647429/> último acceso 13/03/2012
- 32 Informe sobre la salud del mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Organización Mundial de la Salud. Suiza; 2008. p. 89 - 91
- 33 Organización mundial de la salud. APS. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud. URSS; 1978. Serie "salud para todos" #1. P. 20.
- 34 Organización mundial de la salud. APS. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud. URSS; 1978. Serie "salud para todos" #1. P. 3 – 4.
- 35 Informe sobre la salud del mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Organización Mundial de la Salud. Suiza; 2008 . p. XVI
- 36 Organización mundial de la salud. APS. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud. URSS; 1978. Serie "salud para todos" #1. P 20 – 21.
- 37 Informe sobre la salud del mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Organización Mundial de la Salud. Suiza; 2008. p. 1- 9
- 38 Organización mundial de la salud. APS. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud. URSS; 1978. Serie "salud para todos" #1. P. 20-29.
- 39 Zurro Martin, Pérez Cano. Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 6 ed. Vol. 1. Barcelona: Elsevier; 2008. P.3–19
- 40 Informe sobre la salud del mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Organización Mundial de la Salud. Suiza; 2008. p. 96
- 41 Informe sobre la salud del mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Organización Mundial de la Salud. Suiza; 2008. p. 115 - 117
- 42 Informe sobre la salud del mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Organización Mundial de la Salud. Suiza; 2008. p. 14 - 15
- 43 Informe sobre la salud del mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Organización Mundial de la Salud. Suiza; 2008. P. 51
- 44 Informe sobre la salud del mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Organización Mundial de la Salud. Suiza; 2008. P. 108 - 109
- 45 Zurro Martin, Pérez Cano. Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 6 ed. Vol. 1. Barcelona: Elsevier; 2008. P.107-123



- 46 Zurro Martin, Pérez Cano. Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 6 ed. Vol. 1. Barcelona: Elsevier; 2008. P.42-67.
- 47 Informe sobre la salud del mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Organización Mundial de la Salud. Suiza; 2008. P. 53 - 56
- 48 Zurro Martin, Pérez Cano. Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 6 ed. Vol. 1. Barcelona: Elsevier; 2008. P.511-527.
- 49 Zurro Martin, Pérez Cano. Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 6 ed. Vol. 1. Barcelona: Elsevier; 2008. P.155-169.
- 50 Informe sobre la salud del mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Organización Mundial de la Salud. Suiza; 2008. *p. 18 - 20*
- 51 Zurro Martin, Pérez Cano. Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 6 ed. Vol. 1. Barcelona: Elsevier; 2008. P. 209 – 219.
- 52 Zurro Martin, Pérez Cano. Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 6 ed. Vol. 1. Barcelona: Elsevier; 2008. P.186 - 210
- 53 Zurro Martin, Pérez Cano. Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 6 ed. Vol. 1. Barcelona: Elsevier; 2008. P.279 - 300
- 54 Zurro Martin, Pérez Cano. Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 6 ed. Vol. 1. Barcelona: Elsevier; 2008. P.345 - 366
- 55 Zurro Martin, Pérez Cano. Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 6 ed. Vol. 1. Barcelona: Elsevier; 2008. P.470 - 487
- 56 Zurro Martin, Pérez Cano. Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 6 ed. Vol. 1. Barcelona: Elsevier; 2008.p. 253 – 278
- 57 Zurro Martin, Pérez Cano. Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 6 ed. Vol. 1. Barcelona: Elsevier; 2008. P.837-871
- 58 Ottawa Charter for Health Promotion. World Health Organization. November ; 1986
- 59 Sánchez María. Revista El Mundo: Por qué no quieren ser médicos de familia. Número 801. 2009 abril 23.
- 60 Sánchez María. Revista El Mundo: Por qué no quieren ser médicos de familia. Número 801. 2009 abril 23.
- 61 Pérez Polo et al. Valoración de la medicina de familia por los estudiantes de 6to de la Universidad de Zaragoza. Educmed;14 suplemento 2; 2011.



62 Zurro Martin et al. Valoración de la medicina de familia por los estudiantes Universitarios en España un análisis del ámbito estatal. Educmed;14 suplemento 2; 2011.

**15. Anexos****Anexo 1. Formulario de recolección de datos**

Universidad de Cuenca
Facultad de Ciencias Médicas
Escuela de Medicina

**“CONOCIMIENTOS Y PERCEPCIONES DE LOS ESTUDIANTES
SOBRE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN LA ESCUELA DE
MEDICINA EN EL AÑO 2012”**



Objetivo: Identificar los conocimientos y las percepciones sobre la Atención Primaria de la Salud (APS) en los estudiantes de la Escuela de Medicina de la Universidad de Cuenca. Formulario No-

Datos generales:

Edad: _____ (escriba su edad en años cumplidos)

Sexo: (señale con una X en el casillero correspondiente)

Femenino ☐ Masculino ☐

Estado civil: (señale con una X en el casillero correspondiente)

Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐
Viudo ☐ Unión libre ☐

Procedencia: (Lugar donde usted ha residido la mayor parte de su vida)

Provincia _____ Cantón _____ Parroquia _____

Urbano ☐ Rural ☐

¿Año que cursa?

Quinto ☐ Internado rotativo ☐

**¿Es alguno de tus padres o alguien cercano médico de APS /médico general /médico rural /
pediatra?** (señale con una X en el casillero correspondiente)

Si ☐ No ☐

¿Es alguno de tus padres o alguien cercano médico especialista hospitalario? (señale con una X en el casillero correspondiente)

Si ☐ No ☐



¿Dentro de las actividades del médico de atención primaria de salud se encuentran? (señale con una X en el casillero correspondiente)

Prevención	☐	Docencia	☐	Promoción	☐
Curación	☐	Investigación	☐	Rehabilitación	☐
Todas	☐	No sabe	☐		

¿Qué porcentaje de la morbilidad puede ser prevenida? (señale con una X en el casillero correspondiente)

1 a 25%	☐	26 a 50%	☐	51 a 75%	☐	76 a 100%	☐
No sabe	☐						

¿Cuál es el porcentaje de patología que tiene que ser resuelto por APS? (señale con una X en el casillero correspondiente)

1 a 25%	☐	26 a 50%	☐	51 a 75%	☐	76 a 100%	☐
No sabe	☐						

¿En qué porcentaje los síntomas inespecíficos que presentan las personas corresponden a problemas psicosociales? (señale con una X en el casillero correspondiente)

1 a 25%	☐	26 a 50%	☐	51 a 75%	☐	76 a 100%	☐
No sabe	☐						

¿Qué porcentaje de tiempo dedica un médico de APS a las tareas burocráticas? (señale con una X en el casillero correspondiente)

1 a 25%	☐	26 a 50%	☐	51 a 75%	☐	76 a 100%	☐
No sabe	☐						

¿Qué porcentaje de los cuidados de salud son brindados en hospitales, centros de salud, consultorios, casas asistenciales? (señale con una X en el casillero correspondiente)

1 a 25%	☐	26 a 50%	☐	51 a 75%	☐	76 a 100%	☐
No sabe	☐						

¿Qué porcentaje de los cuidados de salud son brindados por la familia / la comunidad? (señale con una X en el casillero correspondiente)

1 a 25%	☐	26 a 50%	☐	51 a 75%	☐	76 a 100%	☐
No sabe	☐						



¿En qué porcentaje considera usted que está siendo formado como médico con enfoque en APS? (señale con una X en el casillero correspondiente)

1 a 20%	☐	21 a 40%	☐	41 a 60%	☐	61 a 80%	☐	81 a 100%	☐
No sabe	☐								

Del siguiente listado señale que cátedras relaciona usted con la Atención Primaria de Salud: (señale con una X los casilleros correspondientes)

Primer Año

Morfología	☐
Biología	☐
Bioquímica	☐
Salud y Sociedad	☐
Primeros Auxilios	☐

Segundo Año

Fisiología	☐
Microbiología	☐
Parasitología	☐
Inmunología	☐
Historia de la medicina	☐
Bioestadística	☐
Inglés	☐
Psicología	☐
Psicopatología	☐

Tercer Año

Semiología	☐
Farmacología	☐
Inglés II	☐
Metodología de la investigación	☐
Patología estructural	☐
Patología clínica	☐
Imagenología	☐

Cuarto año

Medicina Interna	☐
Dermatología	☐
Psiquiatría	☐
Epidemiología	☐
Inglés Técnico	☐

Quinto año

Gineco Obstetricia	☐
Pediatría	☐
Administración de la Salud	☐
Cirugía	☐
Anestesiología	☐
Oftalmología	☐

Internado

Medicina Interna	☐
Cirugía	☐
Pediatría	☐
Gineco obstetricia	☐
Ciclo comunitario	☐



Otorrinolaringología

Traumatología

Medicina Legal



Anexo 2. TEST DEL FONDO DE INVESTIGACIONES SANITARIAS EXPEDIENTE PI070975

Objetivo: Identificar los conocimientos y las percepciones sobre la APS en los estudiantes de la escuela de medicina de la Universidad de Cuenca.

Por favor, lea detenidamente y señale con una X solo uno de los casilleros ubicados al frente.

A. Percepciones sobre la Atención Primaria de Salud

1. Expresa tu opinión sobre las afirmaciones siguientes. Crees que en Ecuador la Atención Primaria de Salud:

	1	2	3	4	5
1.1 Tiene un estatus elevado dentro de la profesión médica	☐	☐	☐	☐	☐
1.2 Tiene un estatus social elevado	☐	☐	☐	☐	☐
1.3 Tiene un prestigio científico equivalente al de otras especialidades	☐	☐	☐	☐	☐
1.4 Desarrolla una función social imprescindible	☐	☐	☐	☐	☐
1.5 Es una especialidad interesante desde el punto de vista de la investigación	☐	☐	☐	☐	☐
1.6 Proporciona un sueldo alto en comparación con otras especialidades	☐	☐	☐	☐	☐
1.7 Es un ambiente agradable para trabajar	☐	☐	☐	☐	☐
1.8 Es atractiva	☐	☐	☐	☐	☐

2. Valora la influencia de los siguientes factores en la opinión que tienes sobre la Atención Primaria de la Salud:

	Muchísimo	Nada	1	2	3	4	5
2.1 Mi experiencia personal como paciente			☐	☐	☐	☐	☐
2.2 La opinión de los médicos hospitalarios sobre los médicos de APS			☐	☐	☐	☐	☐
2.3 La opinión de los propios médicos de APS			☐	☐	☐	☐	☐
2.4 La opinión de mi familia y/o amigos			☐	☐	☐	☐	☐
2.5 Información de los medios de comunicación social			☐	☐	☐	☐	☐
2.6 Mi propia experiencia durante la carrera			☐	☐	☐	☐	☐

**3. ¿Has recibido comentarios sobre la Atención Primaria de Salud en tu Facultad?**No. Pasa a la siguiente sección B ☐

Si. Valora los comentarios que has recibido por parte de:

	positivos	Muy negativos			Muy	
		1	2	3	4	5
3.1 Médicos hospitalarios		☐	☐	☐	☐	☐
3.2 Médicos de atención primaria de la salud		☐	☐	☐	☐	☐
3.3 Profesores		☐	☐	☐	☐	☐
3.4 Compañeros		☐	☐	☐	☐	☐

B. Formación en Atención Primaria de Salud en la carrera

Expresa tu opinión sobre las afirmaciones siguientes:

**1. Hay motivos suficientes
acuerdo**

Totalmente en desacuerdo

Totalmente de

	1	2	3	4	5
B. 1. 1. Para justificar un aprendizaje teórico práctico obligatorio en APS durante la carrera	☐	☐	☐	☐	☐

2. La enseñanza de la Atención Primaria de Salud debe ser obligatoria porque:Totalmente en desacuerdo
acuerdo

Totalmente de

	1	2	3	4	5
B.2.1. Tiene contenidos científicos específicos	☐	☐	☐	☐	☐
B.2.2. Es una salida profesional habitual	☐	☐	☐	☐	☐
B.2.3. Contribuye a la mejora de la atención de salud	☐	☐	☐	☐	☐
B.2.4. Es una parte nuclear del sistema de sanitario	☐	☐	☐	☐	☐

3. El aprendizaje de los contenidos de la Atención Primaria de Salud se debe dar:Totalmente en desacuerdo
acuerdo

Totalmente de

	1	2	3	4	5
B.3.1. De forma integrada en los contenidos de las asignaturas relacionadas	☐	☐	☐	☐	☐
B.3.2. Como una signatura especifica	☐	☐	☐	☐	☐
B.3.3. De ambas formas	☐	☐	☐	☐	☐

**4. Los contenidos docentes de Atención Primaria de Salud:**

	Totalmente en desacuerdo			Totalmente de acuerdo	
	1	2	3	4	5
B.4.1. Deben ser impartidos siempre por médicos de APS	☐	☐	☐	☐	☐

5. ¿A partir de qué momento (año de la carrera) crees que se debería iniciar este aprendizaje?

1	2	3	4	5	6
☐	☐	☐	☐	☐	☐

6. Valora la importancia de las siguientes contribuciones de la Atención Primaria de Salud a la formación en la carrera:

	Nada				
	Muchísimo				
	1	2	3	4	5
B.6.1. Comunicación / relación médico paciente	☐	☐	☐	☐	☐
B.6.2 Prevención y promoción de la salud	☐	☐	☐	☐	☐
B.6.3 Enfoque biopsicosocial de la atención	☐	☐	☐	☐	☐
B.6.4. Enfoque familiar de la atención	☐	☐	☐	☐	☐
B.6.5. Enfoque comunitario de la atención	☐	☐	☐	☐	☐
B.6.6. Atención clínica de las enfermedades más frecuentes	☐	☐	☐	☐	☐
B.6.7. Atención a lo largo de la vida	☐	☐	☐	☐	☐
B.6.8. Urgencias	☐	☐	☐	☐	☐
B.6.9. Epidemiología clínica	☐	☐	☐	☐	☐
B.6.10. Trabajo en equipo	☐	☐	☐	☐	☐
B.6.11. Bioética	☐	☐	☐	☐	☐
B.6.12. Investigación	☐	☐	☐	☐	☐
B.6.13. Colaboración con otros sectores (Educativo, social)	☐	☐	☐	☐	☐

7. Expresa tu opinión sobre las rotaciones por los centros de salud

	Nada				
	Muchísimo				
	1	2	3	4	5
B.7.1. Utilidad de las rotaciones	☐	☐	☐	☐	☐

8. En qué año o años de la carrera deberían realizarse las rotaciones por los centros de salud

1	2	3	4	5	6

9. Qué porcentaje del total de la formación práctica de la carrera debe hacerse en Atención Primaria de la Salud

< 10%		10 - 25%		25 - 50%		50 - 75%		75 - 90%	
> 90%									

C. Expectativas y preferencias

1. Valora tu grado de interés en trabajar en uno de los siguientes ámbitos tras finalizar la carrera

	Muchísimo	Nada				
		1	2	3	4	5
C.1.1. Especialidades médicas hospitalarias						
C.1.2. Especialidades quirúrgicas hospitalarias						
C. 1.3. APS - Medicina familiar						
C.1.4. Pediatría						
C.1.5. Obstetricia y ginecología						
C.1.6. Psiquiatría						
C.1.7. Dermatología						
C.1.8. Oftalmología						
C.1.9. Otorrinolaringología						
C.1.10. Medicina preventiva y salud pública						
C.1.11. Laboratorio						
C.1.12. Diagnóstico por la imagen (radiología, anatomía Patológica...)						
C.1.13. Investigación						
C.1.14. Docencia						

**2. Valora la importancia que darás a las siguientes características para la elección de tu especialidad tras finalizar la carrera**

	Muchísimo	Nada				
		1	2	3	4	5
C.2.1. Engloba un espectro amplio de problemas clínicos		☐	☐	☐	☐	☐
C.2.2. Permite atender un amplio e importante grupo de pacientes de diferentes edades		☐	☐	☐	☐	☐
C.2.3. Se centra en un ámbito más concreto de problemas clínicos		☐	☐	☐	☐	☐
C.2.4. Permite visualizar de forma inmediata los resultados de las actuaciones profesionales		☐	☐	☐	☐	☐
C.2.5. Goza de prestigio científico		☐	☐	☐	☐	☐
C.2.6. Requiere de un alto grado de dedicación profesional y compromiso		☐	☐	☐	☐	☐
C.2.7. La formación especializada requiere un elevado esfuerzo		☐	☐	☐	☐	☐
C.2.8. Proporciona un alto nivel de ingresos económicos		☐	☐	☐	☐	☐
C.2.9. Permite mantener una relación estrecha con los pacientes		☐	☐	☐	☐	☐
C.2.10. Posibilita unas buenas condiciones laborales y calidad de vida		☐	☐	☐	☐	☐

3. Si en el futuro ejercieras como médico de Atención Primaria de Salud

	alto	Muy bajo					Muy
		1	2	3	4	5	
C.3.1. ¿Cuál sería tu grado de satisfacción?		☐	☐	☐	☐	☐	

4. Cuando iniciaste la carrera, ¿tenías una decisión clara acerca de la especialidad que querías ejercer?

Si ☐ No ☐

5. ¿Has cambiado tus preferencias de especialidad a lo largo de la carrera?

No. Pasa a la pregunta No. 6 ☐

SI. Valora la importancia de los siguientes factores en tu cambio de preferencias.

	Muchísimo	Nada				
		1	2	3	4	5
C.5.1. Opciones e informaciones del profesorado		☐	☐	☐	☐	☐
C.5.2. Opciones e informaciones de compañeros de Facultad		☐	☐	☐	☐	☐
C.5.3. Opciones e informaciones de familiares y amigos		☐	☐	☐	☐	☐



C.5.4. Informaciones de medios de comunicación social

☐☐☐☐☐

C.5.5. Contenidos teóricos de las asignaturas

☐☐☐☐☐

C.5.6. Contenidos prácticos de las asignaturas

☐☐☐☐☐**6. ¿Has realizado cursos o seminarios relacionados con la Atención Primaria de Salud?**

No. Pasa a la siguiente pregunta

☐

Si. Valora tu satisfacción

Alta

Muy baja

Muy

1

2

3

4

5

C.6.1. Con la actividad realizada

☐☐☐☐☐**7. ¿Has realizado rotaciones/actividades prácticas de Atención Primaria de Salud?**

No. Pasa a la siguiente pregunta

☐

Si. Valora tu satisfacción

Muy Alta

Muy baja

1

2

3

4

5

C.7.1. Con la actividad realizada

☐☐☐☐☐**8. A lo largo de los años que llevas en la Facultad, dirías que tu interés en la Atención Primaria de Salud:**

C.8.1. Ha aumentado

☐

C.8.2. Ha disminuido

☐

C.8.3. No ha variado

☐

Anexo 3. Resultados

Sobre si la APS en el Ecuador es atractiva

	Frecuencia	Porcentaje
Desacuerdo	58	40,56
Indiferente	43	30,07
De acuerdo	42	29,37
Total	143	100,00

Un 40,56% se mostró en desacuerdo, mientras que un 29,37% dijo estar de acuerdo.

Influencia de mi experiencia personal como paciente en mi opinión sobre la APS

	Frecuencia	Porcentaje
Nada	59	41,26
Bastante	51	35,66
Mucho	33	23,08
Total	143	100,00

Un 41,26% opina que no tiene importancia y un 23,08% que indica que tiene mucha.

Influencia de la opinión de mi familia y/ o amigos en mi opinión sobre APS

	Frecuencia	Porcentaje
Nada	54	37,76
Bastante	59	41,26
Mucho	30	20,98
Total	143	100,00

Un 37,76% opina que no tiene importancia y un 20,98% que indica que tiene mucha.

Influencia de la información de los medios de comunicación social en mi opinión sobre APS

	Frecuencia	Porcentaje
Nada	53	37,06
Bastante	56	39,16
Mucho	34	23,78
Total	143	100,00

El 37,06% opina que no tiene importancia y un 23,78% que indica que tiene mucha.

Opinión sobre si el aprendizaje de los contenidos de la Atención Primaria de Salud se debe dar de forma integrada en los contenidos de las asignaturas relacionadas

	Frecuencia	Porcentaje
Desacuerdo	16	11,19
Indiferente	36	25,17
De acuerdo	91	63,64
Total	143	100,00

Opinión sobre si el aprendizaje de los contenidos de la Atención Primaria de Salud se debe dar como una asignatura específica

	Frecuencia	Porcentaje
Desacuerdo	37	25,87
Indiferente	39	27,27
De acuerdo	67	46,85
Total	143	100,00

Grado de interés en la especialidad de psiquiatría

	Frecuencia	Porcentaje
Nada	83	58,04
Bastante	32	22,38
Mucho	28	19,58
Total	143	100,00

El 19,58% presenta mucho interés por la especialidad médica de psiquiatría y ningún interés un 58,04%.

Grado de interés en la especialidad de dermatología

	Frecuencia	Porcentaje
Nada	62	43,36
Bastante	43	30,07
Mucho	38	26,57
Total	143	100,00

Un 26,57% presenta mucho interés por la especialidad médica de dermatología y ningún interés un 43,36%.

Grado de interés en la especialidad de oftalmología

	Frecuencia	Porcentaje
Nada	85	59,44
Bastante	34	23,78
Mucho	24	16,78
Total	143	100,00

Un 16,78% presenta mucho interés y ningún interés un 59,44%.

Grado de interés en la especialidad de otorrinolaringología

	Frecuencia	Porcentaje
Nada	80	55,94
Bastante	36	25,17
Mucho	27	18,88
Total	143	100,00

El 18,88% presenta mucho interés y ningún interés un 55,94%.

Grado de interés en la especialidad de laboratorio

	Frecuencia	Porcentaje
Nada	98	68,53
Bastante	22	15,38
Mucho	23	16,08
Total	143	100,00

Un 16,08% presenta mucho interés y ningún interés un 68,53%.

Grado de interés en la especialidad de diagnóstico por la imagen (radiología, anatomía patológica...)

	Frecuencia	Porcentaje
Nada	75	52,45
Bastante	42	29,37
Mucho	26	18,18
Total	143	100,00

El 18,18% presenta mucho interés y ningún interés un 52,45%.

Importancia de las opciones e informaciones de familiares y amigos en el cambio de preferencia de especialidad.

	Frecuencia	Porcentaje
No ha recibido	56	39,16
Nada	37	42,53
Bastante	32	36,78
Mucho	18	20,69
Total	143	100

El 42,53% dijo que nada y un 20,69% dijo que mucho.



Importancia de las informaciones de medios de comunicación social en el cambio de preferencia de especialidad.

	Frecuencia	Porcentaje
No ha recibido	56	39,16
Nada	39	44,83
Bastante	28	32,18
Mucho	20	22,99
Total	143	100

El 44,83% dijo que nada y un 22,99% dijo que mucho.