

FICHA CATALOGRÁFICA

614	Calderón L., Lilián R.
C146	Desarrollo del Primer Nivel de Atención, Docencia, Investigación e Innovación Universitaria; Lilián Calderón y Otros. Quito, Universidad Central del Ecuador, PUBLI SCIENCE, 2021. 354 p. ilustraciones, gráficos, tablas, cuadros. ISBN: 978-9942-601-00-1 1.- SALUD PÚBLICA 2.- ATENCIÓN PRIMARIA 3.- SALUD COMUNITARIA 4.- ATENCIÓN PRIMARIA COVID 19. BRASIL 5.- PRIMER NIVEL ATENCIÓN EN LA RED PÚBLICA. ECUADOR



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

SECRETARIA ABOGADA

Oficio Nro. UCE-FCM-SA-2021-0964-O

Quito, 26 de octubre de 2021

Asunto: Aval académico Obra: "DESARROLLO DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, DOCENCIA, INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN UNIVERSITARIA"

Señora Magíster
Mariana Jacqueline Bonilla Merizalde
Subdecana Facultad de Ciencias Médicas
UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR

Señora Doctora
Lilian Rebeca Calderon Layedra
Docente FCM-Carrera Medicina
UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR

Señor Doctor
Angel Fernando Duran Lucio
Coord. H. Calderón
UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR

Doctora
Georgina de las Mercedes Andrade Yépez

Señor Doctor
Juan Carlos Cazar García
Director Carrera de Medicina
UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR

Doctora
Patricia Coral Rosero
En su Despacho

De mi consideración:

El Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias Médicas en sesión ordinaria virtual desarrollada el 20 de octubre del 2021, conoció el oficio Nro. UCE-FCM-SUB-2021-0349-O 14 de octubre de 2021, suscrito por la Mgs. Jacqueline Bonilla, Subdecana, quien remite las notas de los evaluadores externos de la Obra: "DESARROLLO DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, DOCENCIA, INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN UNIVERSITARIA" editores: Lilian Rebeca Calderón Layedra, Ángel Fernando Durán Lucio, Georgina de las Mercedes Andrade Yépez, Juan Carlos Cazar García, Patricia Coral Rosero y varios autores; EVALUADOR EXTERNO 1 30/36; EVALUADOR EXTERNO 2 34/36; e informa que de acuerdo al



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

SECRETARIA ABOGADA

Oficio Nro. UCE-FCM-SA-2021-0964-O

Quito, 26 de octubre de 2021

puntaje obtenido, se concedería el respectivo Aval Académico.

Al respecto, el Consejo Directivo resuelve: Conceder el aval académico la Obra: "DESARROLLO DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, DOCENCIA, INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN UNIVERSITARIA" editores: Lilian Rebeca Calderón Layedra, Ángel Fernando Durán Lucio, Georgina de las Mercedes Andrade Yépez, Juan Carlos Cazar García, Patricia Coral Rosero y varios autores.

Particular que comunico a usted para los fines pertinentes.

Atentamente,

Documento firmado electrónicamente

Dra. Marcia Piedad Singaña Figueroa

SECRETARIA ABOGADA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Referencias:

- UCE-FCM-SUB-2021-0349-O

Anexos:

- Doc 12. UCE-FCM-SUB-2021-0349-O Aval académico desarrollo de primer nivel.pdf

vc

MARCIA PIEDAD SINGAÑA FIGUEROA

Tratado de comunicaciones FCM - JORGE VILLOTA DÍAZ & C.A. S.
CONSEJO DE COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN
VIALA CARRERA: CIENCIAS DE LA SALUD, CIENCIAS DE LA SALUD HUMANA
FACULTAD
PUEBLO: PUEBLO DE PUEBLO
LUGAR: PUEBLO
PUEBLO: PUEBLO DE PUEBLO

Dirección: N 14-121 & Sodiro, Sector El Dorado.

Teléfono: 2 528 690. E-mail: fcm.secretaria.general@uce.edu.ec

Desarrollo del primer nivel de atención, docencia, investigación e innovación universitaria

ISBN: 978-9942-601-00-1

© PUBLI SCIENCE Publicaciones Científicas

Contacto: 0983578295 / 0988640011

publicaciones.cientificasfb@gmail.com

Directores del equipo editorial:

Dres. Lilian Rebeca Calderón Layedra, Ángel Fernando Durán Lucio, Georgina de las Mercedes Andrade Yépez, Juan Carlos Cazar García, Patricia Coral Rosero.

Coordinador del texto:

Dr. Marco Fabricio Bombón Caizaluisa

Autores:

Dres. Lilian Rebeca Calderón Layedra, Juan Carlos Cazar García, Ángel Fernando Durán Lucio, Georgina de las Mercedes Andrade Yépez, Patricia Coral Rosero, Eduardo Antonio Donadi, Altacilio Aparecido Nunes, Freddy Israel Narváez Pullopaxi, Marco Andrés Sotomayor Paredes, Patricia Janeth Benavides Vera, Irma Jeannette Saltos Llerena, Patricio Inca Ruiz, Narcisa de Jesús Torres Paredes, Bryan Francisco Vaca Cartagena, Heidi Elizabeth Cartagena Ulloa, Alicia Guadalupe Mendoza Orquera, Sandra Irina Luzuriaga Morejón, Jefferson Santiago Piedra Andrade, Silma Cristina Martínez, Óscar Edmundo Tatamués Vosmediano, Verónica Anavel Inuca Tocagon, Marlon Alexis Oviedo Ramírez, Jeny Patricia Valencia Coloma, Rocío Padilla Contreras, Paulina Belén Ríos Quituzaca, Juan Alberto Narváez Olalla, Aldaisa Cassanho Forster, Janise Braga Barros Ferreira, Luciane Loures Dos Santos, Amaury Lelis Dal Fabbro, Maria do Carmo GG Caccia Bava, João Mazzoncini Azevedo Marques, Anderson Soares da Silva, Afonso Dinis Costa Passos, Mayra Carola León Insuasty, Nancy Gabriela Betancourt Castillo, Josseline Guadalupe Bonilla Morales, Karla Mariel García Loo, Karen Andrea Maldonado Cajamarca, Jasmin Esperanza Masabanda Alvarez, Héctor Patricio Núñez Almendariz, Josselyn Daniela Rueda Calvopiña, Kelly Brigitte Ureña Sarango, Luisa Romelia Aranha Reyes, Jhonatan Marcelo Bermeo Quito, Juan Daniel Cadena Cevallos, Lilián Carolina Chicaiza López, Jessica Paola Chiriboga Abad, Juan Carlos Cujilema Cujilema, Darío Fabricio Domínguez Gavilanes, Ana Mercedes Fernández Poma, Estefania Natalia Rosero Tamayo, Cinthya Ionis Sánchez Domínguez, Patricia Michelle Sandoval Albán, Karla Estefanía Taco Espeniza, Edwin Andrés Toapanta Chiluisa, Álex Agustín Torres Quevedo, Álvaro Raúl Mancheno Moreira, Esteban Nicolás Mantilla Cadena, Érika Deyanira Montenegro García, Brenda Lorena Morales Silva, Patricio Alexander Naranjo Lara, Doménica Anahí Palacios Segarra, Paola Beatriz Pulla Jumbo, Liseth Carolina Reascos González, Walter Arturo Cruz Moreno, Víctor Andrés González Vera, Jessica Gabriela Morocho Anchali, Adriana Moraima Barreno Laguna, Rita Carolina Cabascango Trujillo, Diego Bolívar Cali Castro, Eder Vladimir Erazo Acosta, Sharon Paola Guevara Yépez, Henry Patricio Iza Catagña, Bryan Alexander Jaramillo Macaquiza, Ana Katherine Mullo Moreno, Alisson Indira Chiscuet Enriquez, Felipe Santiago Naranjo Gelbert, Darwin Hernán Muñoz Jaramillo, Lizeth Cristina Mero Zambrano, Nathaly Valentina Romero Romero, Magali Rocío Sangolquiza Allauca, Cristian Paúl Betancourt Maldonado, Jéssica Liseth Sánchez Pisuña, Mayra Alejandra Ortega Chiriboga, Diana Rocío Jácome Guerrero, Génesis Nicole Vásquez Flores, Gustavo Andree Defaz Montero, Juan Pablo Padrón Nicolalde, Macarena Alexandra Buitrón Heredia, Dania Mishell Cisneros Mejía, Jordana Gabriela Vaca Santamaría, Lizbeth Stefany Criollo Cuesta, Robinson David Moya Pilay, Samantha Alejandra López Bailón, Iván David Alarcón Salas, Teicy Ariana Martínez Perlaza, Édwin David Naranjo Troya, Erick Gabriel Chiriboga Bombón, Jessica Raquel Díaz Carrión, Evelyn Fernanda Pinto Lema, Katherine Cristina Guano Zambrano, Brayan Patricio Díaz Fuertez, Mélani Lizeth Andrade Cayambe, Jefferson Polivio Fuentes Ante, Gabriela Maritza Haro Morales, Giancarlo Andrés Morillo Morán, Ana María Constante Segura, Michelle Carolina Villavicencio Calvache, Andrea Beatriz Dávila Bruckner, Angie Mishell Diez Ruiz, José Francisco Robles López, Ruby Antonella López Correa, Mishell Katherine Heredia Espín, Marlon Guillermo Rojas Cadena, Bernardo Sebastián Sánchez Naranjo, Cristian Sebastián González Nieto.

Diseño de portada y maquetación:

LETRA SABIA Servicios Editoriales

www.letrasabia.com

info@letrasabia.com

Está prohibida cualquier reproducción, total o parcial, del presente libro,

sin la autorización formal de PUBLI SCIENCE Publicaciones Científicas.

2021

Quito, Ecuador

Índice de contenidos

Presentación	10
Introducción	12

CAPÍTULO I: DESARROLLO DE LA DOCENCIA UNIVERSITARIA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

16

Capítulo I A: La Atención Primaria de Salud en el Sistema Nacional de Salud y la Carrera de Medicina de la Universidad Central del Ecuador.....	16

CAPÍTULO II: DESARROLLO DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN ECUADOR

56

Capítulo II A: Desarrollo de los servicios con enfoque de niveles de atención.	56
Capítulo II B: Redes integradas de salud desde un modelo docente asistencial	99
Capítulo II C: Vivencia del internado rotativo en el Hospital General Docente de Riobamba (Hospital Policlínico), como parte del proceso de formación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador.	105
Capítulo II D: Experiencias de inserción universitaria en la comunidad para la enseñanza-aprendizaje en las carreras de la salud de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador. 2021.....	113

CAPÍTULO III: DESARROLLO DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD, EXPERIENCIAS EN AMÉRICA.....

146

Capítulo III A: Atención Primaria de Salud en la Provincia de Quebec, Canadá.....	146
Capítulo III B: México: vivencia del internado rotativo en la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud (EMCS) del Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey (ITESM).....	154

CAPÍTULO IV: EXPERIENCIAS DEL DESARROLLO DEL PRIMER NIVEL DE LA RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD - MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA ZONA 9

162

Capítulo IV A: Relación docente asistencial de la Universidad Central en el Centro Histórico.	162
Capítulo IV B: Historia del Internado Rotativo en los Centros de Salud pertenecientes al Distrito 17D03 - Red del Ministerio de Salud Pública.	171

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

Capítulo IV C: Ministerio de Salud Pública: historia del Internado Rotativo en los centros de salud pertenecientes al Distrito 17D05 de la Red de servicios del Ministerio de Salud Pública	188
Capítulo IV D: Historia del Internado Rotativo en el centro de salud Tipo B “Lucha de los Pobres” de la Red de servicios del Ministerio de Salud Pública.....	195
Capítulo IV E: Historia del Internado Rotativo en el centro de salud Guamaní Tipo C, 17D07. Red del Ministerio de Salud Pública – Zona 9.	207
Capítulo IV F: Ministerio de Salud Pública: Hospital General Pablo Arturo Suárez: pasado, presente y futuro de la formación médica en Ecuador.....	214

CAPÍTULO V: EXPERIENCIAS DEL DESARROLLO DEL PRIMER NIVEL DE LA RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD - INSTITUTO ECUATORIANO DE LA SEGURIDAD SOCIAL IESS - ZONA 9.....230

Capítulo V A: Instituto Ecuatoriano de la Seguridad Social IESS - Hospital Carlos Andrade Marín – HCAM y la relación con el ciclo de salud comunitaria del Internado Rotativo de la carrera de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador	230
Capítulo V B: Instituto Ecuatoriano de la Seguridad Social: historia del Internado Rotativo en el Hospital General San Francisco.	238
Capítulo V C: Instituto Ecuatoriano de la Seguridad Social: historia del Internado Rotativo del Centro de Atención Ambulatoria IESS Cotacollao	251
Capítulo V D: Red Pública Integral de Salud. Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS: reseña sobre el Hospital del IESS Quito Sur.	257

CAPÍTULO VI: EXPERIENCIAS DEL DESARROLLO DEL PRIMER NIVEL DE LA RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD - INSTITUTO DE LA SEGURIDAD SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS- ISSFA - ZONA 9.....261

Capítulo VI: Instituto de la Seguridad Social de las Fuerzas Armadas: historia del Internado Rotativo de Medicina de la Universidad Central del Ecuador en las unidades de salud de las Fuerzas Armadas.	261

CAPÍTULO VII: EXPERIENCIAS DEL DESARROLLO DEL PRIMER NIVEL DE LA RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD - INSTITUTO DE LA SEGURIDAD SOCIAL DE LA POLICÍA NACIONAL - ISSPOL - ZONA 9.....274

Capítulo VII: Antecedentes históricos del Internado Rotativo de Medicina, su relación e impacto en el hospital Quito N°1 de la Policía Nacional y la Universidad Central del Ecuador.....	274

CAPÍTULO VIII: RED COMPLEMENTARIA DE SALUD SIN FINES DE LUCRO. 285

Capítulo VIII: Red Complementaria de Salud Sin Fines de Lucro: historia del Internado Rotativo de la UCE en el hospital Vozandes- Quito	285

CAPÍTULO IX: RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA ZONA 1	293
Capítulo IX A: Ministerio de Salud Pública: Historia del Internado Rotativo de Medicina de la Universidad Central del Ecuador en el Hospital San Vicente de Paul, Zona 1	293
Capítulo IX B: Ministerio de Salud Pública: Historia del Internado Rotativo de Medicina de la Universidad Central del Ecuador en el Hospital Luis Gabriel Dávila - Tulcán	299

CAPÍTULO X: FORTALECIMIENTO DEL PRIMER NIVEL DURANTE LA PANDEMIA COVID-19.....	308
Capítulo X A: La pandemia del Covid 19 y los servicios del primer nivel de atención	308
Capítulo X B: Experiencia de Atención Primaria de Salud, docencia médica y docencia relacionada en el ámbito de la Facultad de Medicina de Ribeirão Preto - Universidad de São Paulo - contexto de Brasil.....	367
Capítulo X C: el uso de la telemedicina y las herramientas tecnológicas en la atención médica	377
Capítulo X D: influencia intercultural de la UCE en la historia del Hospital Andino Alternativo Chimborazo.....	383

Presentación

El libro **DESARROLLO DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, DOCENCIA, INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN UNIVERSITARIA**; tiene como objeto recrear el proceso histórico de las relaciones docentes- asistenciales con el primer nivel de atención y las reformas curriculares que la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador, ha realizado desde su fundación hasta la actualidad, a propósito de la celebración de sus 327 años, de fructífera vida institucional cuyas innovaciones han producido un impacto positivo en la enseñanza y aprendizaje de la carrera de medicina.

El énfasis en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad en la formación integral de los profesionales de la salud, es producto de los espacios de diálogo, intercambio de conocimientos y reflexión de docentes, estudiantes, personal de los servicios de salud, equipos multidisciplinarios, autoridades y la colectividad; para así responder al encargo social de formar médicos generales probos y humanistas.

La estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada APS-R, en la formación del médico actual, está aceptada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), por ser un elemento que favorece el desarrollo económico y social de las comunidades y que se armoniza con las políticas nacionales tanto de salud como de educación superior en la mayoría de países y por ende en Ecuador; como lo demuestra uno de los recientes trabajos interinstitucionales, logrados a través del “Memorandum de Entendimiento” Tripartito entre UCE/ Zona 9 MSP / UNICEF liderados por el Sr. Dr. Fernando Sempértegui Ontaneda, Rector de la UCE, Dr. Ramiro Estrella, Decano de la FCM, y Directores de las carreras de Medicina y Obstetricia, llevado a cabo en la zona 9 y en extensión de los objetivos del convenio con la participación de los Internos Rotativos que trabajan en Esmeraldas, Tulcán, e Imbabura guiados por sus respectivos docentes.

Mediante este convenio se ha reforzado la formación en APS de los Internos Rotativos y se han obtenido donaciones para la protección de los estudiantes frente a la pandemia de Covid-19, como mochilas denominadas kits de vigilancia comunitaria e insumos para la actividad comunitaria de parte de UNICEF, la donación de mascarillas KF94 para estudiantes y vigilantes comunitarios de la Zona 9 con la gestión de Relaciones Internacionales del Dr. Ramiro López P, así como la disponibilidad de pruebas gratuitas de PCR para estudiantes y familiares, realizadas por el Centro de Biomedicina, liderado por la Dra. Lucy Baldeón. Proyecto que demuestra la continuación de una política institucional tradicional de formación de profesionales en épocas de cambio, afines a las necesidades sociales.

Esta obra, es el resultado de un estudio histórico, documental y observacional de la evolución curricular de la Carrera de Medicina de la UCE, enriquecida con el testimonio de informantes claves a través de entrevistas, siguiendo el proceso científico, lo que se observa en el desarrollo de todo el texto. Consta de 26 Tópicos organizados en 10 Capítulos de acuerdo a la pertenencia de las unidades de salud a la Red Pública Integral de Salud o a la Red Complementaria de Salud y la Introducción, donde se manifiestan las opiniones de los diferentes autores y coautores sobre la docencia, investigación e innovaciones observadas como producto de sus vivencias, o investigaciones, sea como docentes, estudiantes o colaboradores en la formación de médicos.

En este tratado se realza la APS y la APS-R que ya es una filosofía, que concibe a la persona como un ente integral, que reconoce a la salud como parte del bienestar individual, familiar y colectivo, por lo que la OMS y la UNICEF han consolidado nuevos conceptos sobre APS en los últimos años, considerándola como una estrategia que orienta la salud de la población hacia la equidad, basada en cuatro componentes básicos: promoción, prevención, tratamiento–mantenimiento y rehabilitación, transformándose así en una herramienta básica en la actividad de los sistemas de salud.

La promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, están relacionadas directamente con la educación a la colectividad, por lo que el profesional dedicado a esta actividad, debe gestionar junto con la población a su cargo, los determinantes sociales de la salud, y colaborar en la formación de los futuros profesionales; lo que se complementa con el

aporte del equipo de salud, con la participación de la academia y de la población organizada, principio que la Universidad Central del Ecuador cumple mediante la vinculación con la colectividad, lo que se demuestra con excelencia a través de las experiencias logradas en el tiempo, y donde la APS está centrada en el paciente para asegurar una prestación de calidad.

Este libro es el resultado de una heterogénea, pero poderosa compilación de la historia de la actividad docente-asistencial en los distintos espacios del primer nivel de atención del sistema de salud, incluidas las unidades asistenciales docentes de la Seguridad Social, de las Fuerzas Armadas y de la Policía, que participan en la formación de los médicos y donde las descripciones de nuestros estudiantes revelan sus vivencias desde su cosmovisión como agentes fundamentales de la promoción de la salud y donde han desarrollado sus actitudes, han aplicado el conocimiento teórico a la práctica y han aprendido para investigar la realidad y buscar el perfeccionamiento continuo.

En esta obra se realiza el análisis situacional de la APS en el país y se la ha contrastado con las realidades equiparables de otros países como México, Canadá y Brasil, donde todos coinciden que el énfasis en la formación de los médicos en aspectos actitudinales, éticos y científicos-técnicos, aseguran el desarrollo de las habilidades interpersonales y de la comunicación, el respeto a la cultura de los usuarios y el seguimiento de las normas y protocolos vigentes, que promueven la adaptación reflexiva y práctica en el sistema de salud vigente, lo que garantiza la accesibilidad universal tanto geográfica, como económica y cultural de los usuarios.

La presencia de la pandemia COVID 19 ha generado cambios metodológicos en la atención de la salud. La telemedicina y herramientas afines se han reforzado y se han adoptado como medio para la atención médica ambulatoria inicial, sin descartar la atención presencial, aspecto que ha forzado a los gestores de la salud del primer nivel de atención a redireccionar los objetivos de sus actividades murales y extramurales; para combatir eficazmente los efectos del SARS COV 2, que en este tiempo ha causado un efecto nefasto en la salud y sociedad ecuatoriana; demostrando así, la falta de organización y descuido al apoyo al primer nivel de atención de salud, por parte de los gobernantes de turno y de las políticas de salud vigentes.

El concepto de comunidad ha evolucionado con el desarrollo de la tecnología, la globalización y la migración. Nuevos retos deberán asumir los jóvenes profesionales de la salud que requieren de un conocimiento profundo de los principios de la APS, para brindar una atención de calidad, por lo que esta publicación pretende facilitar la comprensión de la situación actual de la salud en el país y su proyección tanto en la docencia e innovación como en la atención de salud.

En la obra se enfatiza el enfoque pluricultural como un determinante social protagónico en el desarrollo docente-asistencial en el primer nivel de atención, donde se mejoran los hábitos saludables y se respetan las creencias, costumbres y cultura de los habitantes; para alcanzar la salud como un derecho que garantiza el Estado y que está vinculado al ejercicio de otros derechos, donde la prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

Juan Carlos Cazar García Dr. PhD (c)

Director de la Carrera de Medicina

Facultad de Ciencias Médicas

Universidad Central del Ecuador.

Introducción

Con fecha 3 de marzo del 2020, Oficio N° 04. CSC- PIR-CM-FCM , remitido al Señor Doctor Ramiro Estrella, Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador, con los siguientes antecedentes: revisando los preludios de la Atención Primaria en el Ecuador; nos encontramos con hitos importantes en la historia de la salud comunitaria, por lo que se hace fundamental reflexionar sobre sus antecedentes, su implementación y las dificultades, sobre los aportes logrados por la participación de los internos rotativos en el proceso de formación médica, en la salud comunitaria, en la Salud Pública del país; así como los desaciertos en su intervención.

Los que han favorecido la implementación de la Atención Primaria de Salud en el currículo de la carrera de Medicina y específicamente en el Programa de Internado Rotativo con participación de las cuatro especialidades año 1964; la planificación del Internado Rotativo en los Hospitales del país como respuesta al cúmulo de estudiantes que desbordaron la capacidad instalada para su formación, producto de la política de libre ingreso implementada en la década del 60 al 70 en respuesta a los movimientos de Córdoba- Argentina con garantías al libre ingreso, la autonomía universitaria y el cogobierno.

Secuenciales a éstos hechos regionales, se realizan los Congresos Nacionales de Educación Médica de las Escuelas y Facultades de Medicina Ecuatorianas (AFEME), específicamente en el I Congreso se aprobó el desarrollo del Programa de Medicatura Rural (año de Medicatura Rural); que con clara definición de la fecha de implementación en 1970, donde los graduados fueron distribuidos en todo el país, ya que el Programa de Salud Rural es también respuesta a la masificación estudiantil y de los graduados de médicos para ese año.

“En la UCE en 1971 se realiza el II Seminario Nacional de Educación Médica en el que se detecta la necesidad de elaborar programas de Medicina Comunitaria que integran la Universidad a la Comunidad y a las instituciones de salud proponiéndole por primera vez la incorporación de un ciclo de trabajo en comunidades dentro del Internado Rotativo” (AFEME 2017), el mismo que por referencia de los directivos de AFEME se desarrollaría desde 1976.

Con estos antecedentes *el marco del proyecto de Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención que ejecutamos con los Internos Rotativos del Ciclo de Salud Comunitaria y con la anuencia del Director del Programa de Internado Rotativo de Medicina, el Director de la Carrera de Medicina y de la Sra. Subdecana-* se propuso al Señor Director de la Carrera de Medicina y docente del Programa de Internado Rotativo: 1. Desarrollar una memoria del aporte a la comunidad del Ciclo de Salud Comunitaria, 2. Ejecutar la Semana de la Salud Comunitaria **del Programa de Internado Rotativo – reflexiones de su implementación en los 327 años de la Facultad de Ciencias Médicas”**.

La intención fue abrir la reflexión sobre los aspectos académicos planteados, el marco legal vigente, los logros alcanzados y los desafíos que se presentan en la consecución de una formación que lidere las transformaciones sociales, es decir que sea pertinente a su medio y al entorno, integre los conocimientos de las culturas, las corrientes pedagógicas y moldee un profesional que se acople a las nuevas realidades de la ciencia, la cultura, el arte, la tecnología, la ética, los recursos, el liderazgo, el trabajo en equipo y la innovación, en el marco de los 327 años de fundación de la Facultad de Ciencias Médicas y los 400 años de la creación de la Universidad Central del Ecuador.

La amplia Agenda Académica programada por los 327 años de fundación, se vio alterada por acción de la pandemia que azota el mundo por el Coronavirus SARS Cov 2, denominada Covid-19; por lo cual repercutió directamente en el desarrollo de la Agenda programada por la fundación de la Facultad de Ciencias Médicas el 13 de abril, debido a las medidas dictadas por El Comité de Operaciones de Emergencia Nacional (COE) para detener la pandemia en el país.

La educación es uno de los sectores afectados por las medidas de cuarentena y aislamiento, trasladando el 100% de las actividades académicas a medios virtuales. Sin embargo, las actividades de los Internos Rotativos de Medicina se desarrollan en las unidades docente asistenciales de la Zona 1 y 9 del país, dentro de los cinco ciclos que estructuran el

Programa de Internado Rotativo: Pediatría, Medicina Interna, Cirugía, Gineco Obstetricia y Salud Comunitaria, -conocido en sus orígenes de Pre rural- los cuatro primeros ciclos se desarrollan en las unidades de II y III nivel de atención. Para el Ciclo de Salud Comunitaria al cumplir sus actividades en las unidades de salud del primer nivel de atención se convierten en la primera línea de atención al Covid-19. Las actividades extramurales se vieron limitadas, no así las actividades intramurales que se desarrollaron en las diferentes áreas de las unidades de salud excepto en las designadas como áreas Covid-19.

En estas condiciones la Agenda Académica se desarrolló de acuerdo a lo programado con el cumplimiento coordinado de la semana de Asamblea de Resultados de las investigaciones de fin de ciclo de los Señores Internos del Ciclo de Salud Comunitaria en curso, del 20 de enero al 5 de abril del 2020, que para el efecto versaron sobre investigaciones históricas desarrolladas por grupos de internos rotativos sobre la implementación del Programa de Internado Rotativo en específico del Ciclo de Salud Comunitaria, conocido en sus orígenes como Pre rural, en las Unidades Asistenciales Docentes en los diferentes Distritos y Zonas.

Estas investigaciones históricas se desarrollaron con el objetivo de reflexionar sobre la trayectoria, aportes y desafíos de la Salud Comunitaria del Internado Rotativo en un concierto globalizante en las unidades de primer nivel de atención de la zona 9 de salud, el acúmulo de normas legales y éticas restrictivas, escenarios de formación hiper regulados y siempre deficitarios presupuestos, y la pertinencia del conocimiento a las necesidades locales del sistema de salud. Sin embargo, esta actividad fundamental se desarrolló como parte de las investigaciones de fin de ciclo y hoy se presenta su producto con una Metodología participativa con los equipos de trabajo por distrito de las cohortes de Internos Rotativos del 1 de mayo del 2019 al 30 de abril del 2020 y 1 de septiembre 2019 al 30 de agosto del 2020.

Las reformas universitarias desarrolladas desde el Informe Flexner a inicios del siglo XX, fortalecidos por los Informes Dawson, Welch-Rose y Goldmark, de una formación hospitalaria departamentalizada y ligada a unidades docente asistenciales de mayor complejidad en el III nivel de Atención se implementaron en América y en Ecuador.

Se suman las II reformas que dan un diálogo de respuesta las necesidades de la población, los determinantes de la salud, la determinación social, la salud comunitaria, con observancia de la Autonomía universitaria, el Cogobierno y el libre ingreso, desarrolladas en el último cuarto del siglo XX.

Caminamos a las III reformas universitarias basada en competencias y resultados de aprendizaje, en pertinencia del currículo en relación a las necesidades de la población, competencias globalizantes de apertura interdisciplinarias y transdisciplinarias, fortaleciendo el trabajo en equipo, liderazgo, innovación, lectura crítica, valores y ética, entre otras fundamentales para afrontar los desafíos del exceso de información, movilidad y migración, insuficiencia en la formación sanitaria para las necesidades globales, diferencias culturales, escenarios formativos y tecnológicos diversos, multilingüístico y siempre con déficit de recursos, etc.

La reflexión al desarrollar este trabajo histórico investigaciones históricas de los internos rotativos y recorrer las experiencias vividas por los actores en comunidades, escenarios formativos, profesionales docente asistenciales que fueron internos y ahora son los actores principales del sistema local de salud, enriquece la experiencia pedagógica de acercamiento temprano a la comunidad, a la familia a su entorno a conocer y resolver los problemas de salud desde sus propias realidades, potencialidades y limitaciones, es de invaluable aporte para fortalecer las competencias y resultados de aprendizaje globalizantes que demanda los desafíos de la tecnología de los sistemas educativos, la sociedad del conocimiento y la III reforma educativa.

El sistema de salud ecuatoriano, joven de apenas 20 años de desarrollo en el país, fragmentado y segmentado, organizado en niveles y al momento conformado por la Red Pública Integral de Salud y la Red Complementaria desde el 2008, de acuerdo a los fondos que manejan las organizaciones, basado en la estrategia de Atención Primaria de Salud, encuentra la puerta de entrada al sistema de salud en el primer nivel de atención, conformado por puestos de salud, subcentros de salud, centros de salud tipo A, B, C1 y C2 y unidades móviles, organización por niveles de acuerdo al criterio poblacional, a la capacidad resolutoria según paquetes de prestaciones en escenario individual, familiar y comunitario. Son escenarios naturales asistenciales docentes donde se insertan los Internos Rotativos del Ciclo de Salud Comunitaria, con la tutoría de los docentes asistenciales docentes y docentes tutores de las unidades de salud y de las Instituciones de educación superior de acuerdo a la norma Técnica de Unidades Asistenciales Docentes.

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

La pedagogía sistémica, integral, se genera en la relación de la comunidad, con el primer nivel, en la referencia al segundo y tercer nivel, en la investigación y la innovación para resolver los problemas de salud de forma oportuna, continua, con calidad, en interacción con la universidad, los sectores sociales y el Estado, liderando los cambios en espiral como respuestas inmediatas, innovando en el respeto a la cultura, la diversidad y el medio ambiente, con la mejor evidencia disponible del conocimiento científico, de manera crítica, aplicando la ética y el ejercicio de derechos, la equidad de género, la igualdad, promoviendo la autodeterminación y el cumplimiento de la normativa nacional y global.

El presente libro además de realizar un recorrido a través de la historia aborda una aproximación a la pedagogía hospitalaria y de las unidades de atención en salud como parte de la acción educativa de todos los niveles de atención y complejidad. En el recorrido histórico que se realiza a través de los diferentes capítulos se evidencia el proceso formativo y como se proyecta de forma dinámica las relaciones intersectoriales en la formación, como son: la academia, el servicio y la comunidad con la integración de la cultura, la tecnología y la innovación que ofrece cada espacio de la interacción docente-asistencial.

Desde la visión de los internos rotativos de diferentes espacios y épocas, se puede evidenciar la formación del personal de salud de manera práctica, en muchos de los casos por buena voluntad antes que con pedagogía, con el individuo ambulatorio y/u hospitalizado, que se convierte en objetivo y sujeto de estudio, investigación y dedicación, para de manera continua lograr un aprendizaje cultural y formativo y además ser competente frente a la enfermedad, subrayando en el cuidado personal, la promoción de la salud y la prevención.

Es importante considerar la pedagogía crítica que hace énfasis en la formación pedagógica del docente, para romper el paradigma mediante el cual hoy se da preeminencia a formar un docente “técnico especializado en un conjunto de reglas para orientar la conducta de los alumnos”, desplazando la práctica reflexiva y crítica.

La pedagogía en salud en los diferentes espacios de atención debe considerar la socialización del paciente contribuyendo a la relación entre pares, en particular con los niños que se relacionan entre sí al compartir condiciones similares de salud y una nueva forma de vida, cuando hay enfermedades crónicas o graves que lideran el perfil epidemiológico que tienen su raíz en la niñez. Se pretende ayudar al paciente para que a pesar de las circunstancias por las que se ve afectado, pueda continuar desarrollándose de manera íntegra en cada uno de los aspectos personales que requiere, así como, el acompañamiento digno al final de la vida de los cuidados paliativos en las diferentes edades, en condiciones de respeto al medio de vida.

Este libro incluye además un aporte de la experiencia en el desarrollo docente en el primer nivel de atención, de sistemas educativos líderes vanguardistas en los sistemas de salud americanos como: la experiencia compartida por la Dra. Narcisca Torres en la Provincia de Quebec- Canadá; El sistema Educativo desde la propia experiencia de los Doctores Bryan Vaca y Heidi Cartagena en el internado rotativo en la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud (EMCS) del Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey (ITESM); y, de un ícono en nuestros sistemas de salud, como es la compartida por los Doctores que lideraron los cambios curriculares en Medicina Familiar en São-Paulo Brasil con la participación de los Doctores Aldaisa Cassanho Forster, Janise Braga Barros Ferreira, Luciane Loures dos Santos, Amaury Lelis Dal Fabbro, Maria do Carmo GG Caccia Bava, João Paulo de Souza, Anderson Soares da Silva, João Mazzoncini Azevedo Marques, Afonso Dinis Costa Passos, docentes de la Facultad de Medicina de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo – Brasil.

Un sueño del sistema de salud que se ha desarrollado secuencialmente en el primer nivel de atención es la interculturalidad en la oferta de servicios, la garantía de una atención no diferenciada, integral y única de calidad. Es la experiencia concreta de un sistema comunitario intercultural del Hospital Andino el Msc. Dr. Patricio Inca Ruiz y la Msc. Carola León Insuasty, profesionales salubristas que fomentan y aplican el desarrollo del nuevo modelo de atención que a posteriori se plasmará en Familiar, Comunitario e Intercultural que asume las experiencias desde la diversidad cultural del país.

Remarcar la relevancia de los docentes asistenciales, tutores, revisores, analistas y diseñadores que han acompañado el proceso formativo en las diferentes unidades docente asistenciales de la Red Pública Integral de Salud como es la Red de Servicios del Ministerio de Salud Pública MSP en los distritos de la zona 9 (17D02, 17D03, 17D04, 17D05, 17D06 y 17D07), del Sistema de la Seguridad Social del Instituto Ecuatoriano de la Seguridad Social IESS, Instituto de la Seguridad Social de las Fuerzas Armadas ISSFA, Instituto de la Seguridad Social de la Policía ISSPOL, así como del Red Complementaria sin fines de lucro como es el caso del Hospital Voz Andes Quito, que corresponden al Distrito Metropolitano de Quito la capital

del país, y a los profesionales que se han sumado desde sus espacios de responsabilidad a colaborar en la producción de los capítulos liderados por los internos rotativos.

Un reconocimiento especial siempre merecen los que creen en los cambios, fomentan la innovación, apuestas a la construcción colectiva y la recreación del conocimiento como son los Doctores poseedores del Título Honorífico “*Líder de la Participación Comunitaria en Salud*”: Fernando Durán Lucio que por casi 30 años de ejercicio de la Unidad Docente Asistencial de la UCE ha liderado el Área Docente Asistencial del Programa de Internado Rotativo en la Facultad de Ciencias Médicas y desde abril de 1996 como Presidente de la División Nacional de Internado Rotativo de la AFEME con repercusión en el sistema formativo del personal sanitario a nivel nacional y Georgina Andrade Yépez, Docente líder en el trabajo comunitario y pedagógico, con responsabilidades de encargo en la Dirección del Internado Rotativo así como en la Dirección de la Carrera de Medicina, las dos autoridades que han aportado en todos las etapas de esta construcción colectiva.

El apostar por innovar es abrir los espacios a los futuros profesionales médicos en la innovación y la recreación del conocimiento, es el apoyo de las autoridades: el Director de la Carrera de Medicina Dr. Juan Carlos Cazar de formación en Medicina Familiar docente del Ciclo de Salud Comunitaria corresponsable del rediseño Curricular de la Carrera de Medicina 2015, el Director actual del Programa del Internado Rotativo Dr. Eduardo Villacís y la Msc. Jacqueline Bonilla Sub Decana de la Facultad de Ciencias Médicas autoridades que han permitido los procesos de cambio.

Cuando los líderes son parte de los equipos de trabajo innovan y promueven cambios fundamentales en sus trayectorias, es el caso de los Doctores Ramiro Estrella Decano de la Facultad de Ciencias Médicas, Eduardo Antonio Donadi Coordinador del Programa de Doctorados del Convenio interuniversitario Universidad de São Paulo de Brasil y la Universidad Central del Ecuador y del Dr. Altacilio Aparecido Nunes Profesor Asociado del Departamento de Medicina Social de la Facultad de Medicina de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo – Brasil, Convenio liderado por la máxima Autoridad Universitaria Dr. Fernando Sempértegui Rector de la Universidad Central del Ecuador, cuando el trabajo es colectivo los resultados se presentan así como esta propuesta hecha realidad, para el fortalecimiento de la interrelación docente asistencial del primer nivel de atención del sistema nacional de salud.

Lilián Rebeca Calderón Layedra Dra. PhD.

Responsable de Salud Comunitaria

Programa de Internado Rotativo de Medicina

Facultad de Ciencias Médicas

Universidad Central del Ecuador

CAPÍTULO I: DESARROLLO DE LA DOCENCIA UNIVERSITARIA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

Capítulo I A: La Atención Primaria de Salud en el Sistema Nacional de Salud y la Carrera de Medicina de la Universidad Central del Ecuador.

Lilián Rebeca Calderón Layedra¹, Fernando Durán Lucio¹, Eduardo Antonio Donadi², Altacilio Aparecido Nunes²

¹Docentes Universidad Central del Ecuador

²Docentes Universidad de Sao Paulo - Brasil

LILIAN REBECA CALDERON LAYEDRA

<https://orcid.org/0000-0003-4788-2621>

EDUARDO ANTONIO DONADI

<https://orcid.org/0000-0002-9457-9601>

ALTACILIO APARECIDO NUNES

<https://orcid.org/0000-0001-9934-920X>

Introducción

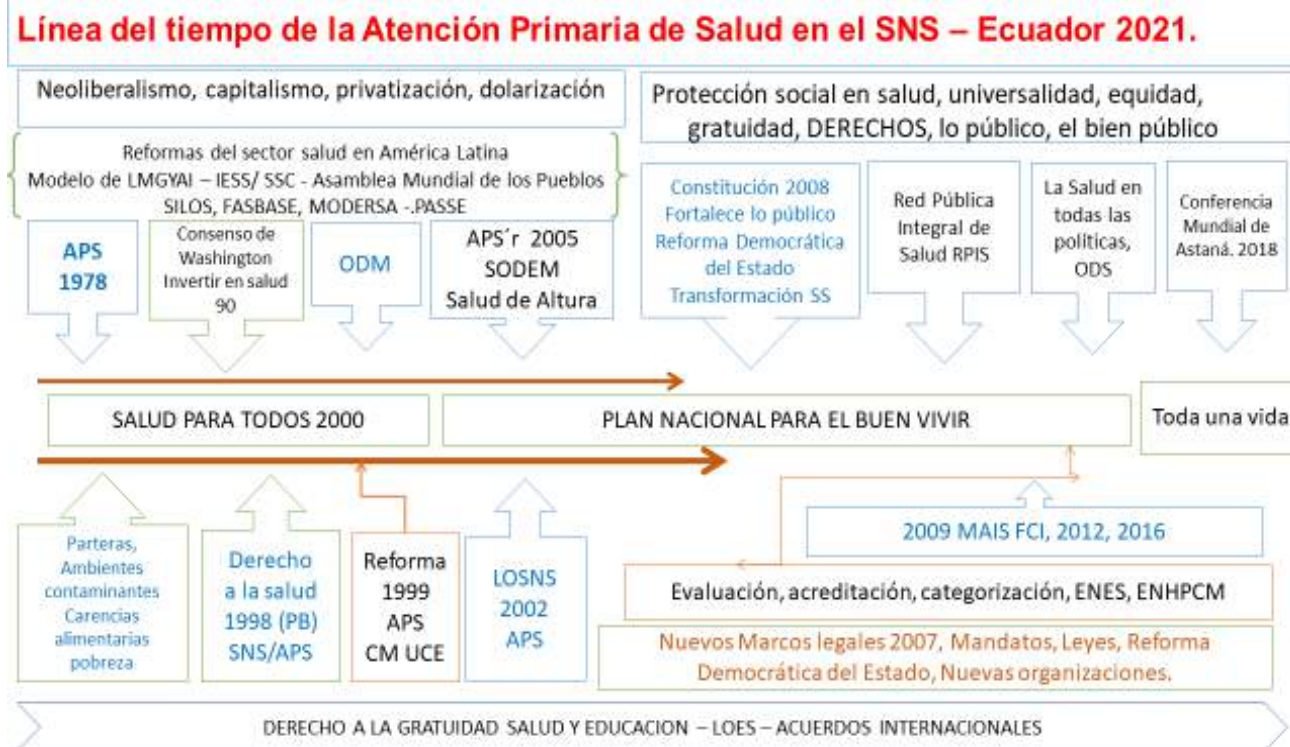
La Atención Primaria de Salud: Importancia de la Declaración de Alma-Ata; **“Health for All – Salud para todos”**,

Seguido del Plan Decenal de Salud para la región de las Américas (1971), la Organización Mundial de la Salud OMS propone en 1977, la meta de Salud para todos en el año 2000 (SPT-2000). para el logro de esta meta lanza la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma - Ata 1978, que reza:

“[...] la asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación, y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación”(1)

Recorreremos la línea del tiempo de la Atención Primaria de Salud en el Sistema Nacional de Salud y en el Sistema de Educación Superior del Ecuador. **Fig. 1.**

Fig. 1 - Línea del tiempo de la Atención Primaria de Salud en el SNS y la relación al Sistema de Educación Superior en el Ecuador.



Fuente: Calderón Layedra, LR.(2)

Elaboración: Dra. Lilián Calderón

En el país se suma a la ausencia de liderazgo en salud la ausencia de estructuración de un sistema de salud, hay relevancia de las organizaciones civiles, se delega gradualmente la responsabilidad de la salud a la población. Realidad que cambia a finales del siglo XX con la Constitución de 1998, que organiza el Sistema Nacional de Salud (SNS), con base en la estrategia de la APS *"La APS debe constituir el núcleo de los sistemas nacionales de salud, debe formar parte indisoluble del desarrollo económico y social de las comunidades [...] reflejando las condiciones económicas y valores sociales del país [...]"* (3)

La APS propone los siguientes objetivos estratégicos: 1. La extensión universal de la cobertura con disponibilidad y accesibilidad (geográfica, económica, cultural) de los servicios, participación comunitaria (participación activa, consciente, responsable, voluntaria, organizada y continua de acuerdo a sus propias necesidades en el mejoramiento de la propia salud). 2. La Regionalización de los Servicios es la reordenación territorial de los servicios para el logro de la eficiencia, eficacia, equidad y justicia social, conformando los niveles de atención de acuerdo a la adscripción territorial, complejidad y los recursos. 3. La articulación intersectorial para atacar los problemas sociales y económicos prioritarios que enferman al individuo y la comunidad. 4. Desarrollo de Tecnología apropiada el mejor modelo de transferencia de conocimientos de los países industrializados frente a los subdesarrollados (uso del conocimiento tradicional, utilización de técnicas y procedimientos sencillos, utilización de los recursos existentes) socialmente aceptable y científicamente válida. 5. Desarrollo administrativo con un sistema de información en salud veraz, oportuna, precisa, continua, confiable y transmisible que sirva para la gestión, evaluación y toma de decisión. 6. Desarrollo de Recursos Humanos en Salud con modificación del patrón de formación de recursos humanos para la salud a nivel técnico, profesional en pre y posgrado habilidades sociales influencia de la percepción sobre la acción, reaccionar adecuadamente en medios distintos, utilización de conocimientos de diversas disciplinas, en una estructura formativa de análisis y crítica, autodidacta que integre la teoría y la práctica, con acercamiento temprano a la comunidad, identifique y resuelva problemas, aplique la investigación en la formación del estudiante(1).

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

La APS se implementa en la prestación de servicios en programas como la Atención materno infantil, Inmunizaciones, Planificación familiar, control de enfermedades diarreicas, respiratorias agudas, parasitarias, ocupacionales, transmisión sexual, control, prevención y rehabilitación de enfermedades crónicas, alimentación y nutrición, saneamiento ambiental, salud mental y dental, prevención de accidentes y erradicación de la malaria. Sumándose además el enfoque de riesgo que considera a poblaciones expuestas a un distinto para patologías específicas (4–8).

Con la APS se fortalecieron las prestaciones del Seguro Social Campesino SSC en su protección laboral, así como en proyectos nacionales como los Sistemas Locales de Salud (SILOS), que incluían tres nuevos puntos de vista: la organización de los servicios, prácticas sanitarias y control social. Para las prácticas sanitarias los equipos de salud no estaban capacitados para trabajar en promoción y prevención, se dedicaron a ampliar el aspecto teórico y continuar con el tratamiento de la enfermedad, sin alcanzar cambios significativos en la atención de salud, debido a que el conocimiento está en relación activa del sujeto con el mundo exterior, ya que el vínculo primero y fundamental del conocimiento cerebral es a través de la acción, como dice Morín (9); La reflexión crítica y la interdisciplinariedad, crea masa crítica y grado de gobernabilidad de los sujetos comprometidos en las relaciones de enseñanza – aprendizaje, para garantizar aprendizajes significativos, se debe buscar la interacción universidad, servicio, comunidad (6,9,10).

Las políticas y acuerdos internacionales lideradas por los Estados Unidos, Organismos de Naciones Unidas así como agencias de cooperación externa como la fundación Rockefeller, Kellogg y la Milbank que a través de fondos para el desarrollo disponen de agenda propia para “invertir en salud”, intervienen en el cumplimiento de políticas y programas estratégicos nacionales en el contexto regional como: planificación familiar, desarrollo de los Sistemas Locales de Salud SILOS, época de implementación del Modelo de Salud Familiar y Comunitaria Integral (SAFYC), que articula los recursos existentes a la realidad local con corresponsabilidad de la población del lugar, dando pasos para la programación, evaluación técnica administrativa, y evaluación social participativa, que procuren una solución a la tasa elevada de mortalidad infantil en menores de un año producidas por enfermedades infecto contagiosas, gastrointestinales, respiratorias agudas y perinatales, desnutrición crónica y poca dotación de servicios básicos(4–8).

Se crean las universidades privadas, Pontificia Universidad Católica de Ecuador (PUCE) “*persona jurídica de derecho privado, autónoma, sin fines de lucro, constituida en un sistema nacional universitario (SINAPUCE)*”, creada por Decreto del 2 de julio de 1946, publicada en el RO No. 629, de 8 de julio de 1946 y erigida por la Santa Sede el 16 de julio de 1954, y en 1988 la Universidad San Francisco de Quito, privada, fundamentada en Artes Liberales y la Maestría en Salud Pública(7,9).

El país cuenta con la primera carrera de Promoción y Educación para la Salud en la Politécnica del Chimborazo en septiembre 1992 y en 1999 Maestría en APS para un abordaje multidisciplinario e intersectorial de la salud, con énfasis en promoción, prevención y fomento de la salud fundamento de la APS(7).

El Proyecto de Fortalecimiento y Ampliación de los Servicios Básicos de Salud en Ecuador (FASBASE) 1992-2001, de las Áreas de Salud, espacio geopoblacional, desconcentrado con capacidades de gestión local financiera y de recursos humanos, que implementa la estrategia de APS con énfasis en la promoción de la salud, en espacios cantonales con representación intersectorial incluida la universidad, con el Internado Rotativo denominado “Programa Pre Rural” que resuelven las necesidades locales con empoderamiento en gestión de salud sin llegar a la descentralización(5–7,10). En 1990 se crea la Red de Formación de Recursos Humanos en Salud del Ecuador (11,12).

El proyecto de Modernización de los Servicios de Salud (MODERSA 1997) sistemas descentralizados desarrollados en algunos cantones con auspicio de Naciones Unidas donde la participación empoderada intersectorial del municipio, provincia y área de salud desarrollan experiencias significativas de municipios saludables, escuelas promotoras de salud y a través de asesorías con recursos técnicos internacionales y nacionales formados dentro y fuera del país. Esta corriente obedeció al direccionamiento de sus agencias de privatización de las empresas públicas, de disciplina fiscal para el gasto público y desregularización, todo esto basados en los lineamientos del Consenso de Washington que dista secuencialmente de conseguir la respuesta a las necesidades de salud del país, fomentando el acumulo ante el desarrollo social(4,6,13).

La estrategia de APS en nuestro marco legal existe desde finales del siglo XX, el sistema de salud se ha mantenido segmentado y fragmentado, con las dos corrientes: la atención de salud en los hospitales y las acciones de salud pública

en el primer nivel, con la preeminencia de la primera, con involucramiento parcial de algunos de los actores claves en el espacio de concertación de políticas el Consejo de Salud como la Asociación de Facultades y Escuelas de Medicina Ecuatorianas AFEME, así como los representantes Gremiales (médicos, enfermeras, odontólogos), al no definir currículos formativos armónico en salud, mantener diversidad de perfiles de egresamiento de las carreras sanitarias, ausencia de directrices formativas nacionales, proliferación de universidades privadas con perfiles diversos y limitada oferta de postgrados de las universidades, que cumplan con el requerimiento del SNS basado en APS (6,7,14–17).

Los Lineamientos Generales del Plan del Gobierno en Salud 1998 – 2002, El Plan Nacional de Salud, en el punto 6.3 planteó: la atención de enfermedades prevalentes y problemas prioritarios, organizando el proceso de modernización del sector salud basado en equidad, eficiencia, calidad y solidaridad, mediante la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud. Para el cumplimiento de este objetivo, en la función 2.3 del Plan a nivel central propone al Consejo Nacional de Universidades y Escuelas Politécnicas CONUEP la incorporación de contenidos de Promoción y Educación para la Salud en la Educación “[...] de los profesionales de la salud”. Seleccionar estrategias de participación de la comunidad educativa en la Promoción de la Salud. Determinar orientaciones generales para la formación práctica del profesional en salud acorde a las necesidades de la salud de la población y posibilidades del sector salud (18). lo que –significa responder al noventa por ciento de las quejas que los enfermos le presentan– y que, al mismo tiempo el graduado, tenga competencias para realizar prevención en salud; un médico que sea capaz de cuidar de todos los individuos independientemente del sexo, edad, condición social o de la enfermedad que les aqueje, en atención continuada y amplia; un médico que tenga en cuenta los componentes bio-psico-sociales e integre el individuo en el contexto de la familia y de la comunidad, y sea al mismo tiempo un educador en salud; crear este nuevo modelo requiere un verdadero cambio de paradigma educacional en el ambiente académico(18):

De modo explícito se destaca en ese documento la importancia *“de la relación personal íntima entre el médico y el enfermo, pues en muchos casos el diagnóstico y tratamiento dependen directamente de esa relación, y la incapacidad en construirla satisfactoriamente se presenta como un obstáculo que anula la acción médica”*. La dimensión humana del médico – verdadero núcleo de actuación de la medicina de familia– es un consenso universal. Solamente de este modo se podrían formar y promover médicos que sean capaces de cumplir el compromiso de Alma-Ata(18–20).

“La atención centrada en el paciente” método que en síntesis se compone de ocho pasos necesarios en el abordaje del paciente para una prestación de calidad: 1) Respeto a los valores, preferencias y necesidades expresadas de los pacientes; 2) Coordinación e integración de la atención; 3) Información y educación; 4) Confort físico; 5) Apoyo emocional y alivio del miedo y la ansiedad; 6) Participación de familiares y amigos; 7) Continuidad y transición; y, 8) Acceso a la atención, siguiendo a la Escuela de Medicina de Harvard y al Instituto Picker(21).

La experiencia, la interacción y la reflexión son aptitudes que le permiten al médico desarrollar la capacidad de analizar su propio desempeño, facilita su autoconstrucción profesional y promueve la búsqueda de realimentación entre sus pares. El énfasis en la formación de los médicos en aspectos educacionales como: creatividad, liderazgo, idealismo, profesionalismo y trabajo en equipo, el respeto al paciente y la práctica de la compasión adecuada y efectiva, la aplicación de los valores, del conocimiento amplio de la medicina y de las ciencias sociales, el desarrollo de las habilidades interpersonales y de comunicación, el profesionalismo y la adaptación reflexiva y práctica al sistema de salud vigente. La reflexión de hacer lo correcto en el desempeño profesional y personal.

Las narrativas tienen por sí solas un efecto curativo o paliativo, además de ser didácticas –de hecho, se aprende y mucho con ellas– para pacientes, familiares, y para todos los profesionales de salud involucrados en el cuidado del enfermo. La educación de la afectividad donde los sentimientos del paciente, del médico - educador, y del alumno - educando, se trabajan con metodología propia para conocer mejor a las personas protagonistas del proceso de aprendizaje y de cuidados (24, 25, 29).

La Sociedad Brasileira de Medicina (Sobramfa) promueve la medicina de familia como disciplina académica, enseñando este nuevo paradigma del arte médico –el Nuevo Humanismo– que integra los conocimientos teóricos y la búsqueda de información, con las virtudes que se requieren en el médico para cuidar del paciente enfermo superando el reduccionismo. El modelo de enseñanza practicado por Sobramfa busca formar al médico técnico y humanista, se centra en el aprendizaje

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

de actitudes como el gran desafío educacional(22). El escenario práctico tiene que ser “el mundo real”, donde el estudiante percibe el mercado de trabajo y las oportunidades que se le ofrecen, el desafío “enseñar mientras se hace la práctica clínica”, en 1994 la OMS y la Organización Mundial de los Médicos de Familia (WONCA) acuerda implementar la Medicina de Familia en las Facultades de Medicina como una manera de equilibrar a los médicos generalistas y los especialistas (22).

El proceso de Bolonia un cambio en la homologación de títulos, con la moneda del crédito, cada país implementó e interpretó de diferente manera los lineamientos como lo describe Gimeno Sacristano, además de la renovación de enseñanza universitaria con cambios estructurales que pueden darse incluso con errores, siendo estos (los) mismos cambios más difíciles de lograr si no se tiene claridad (23).

El SNS, visualizado a partir de los movimientos sanitaristas en la década de los 90, la Reforma del Sector Salud impulsada por la incongruencia en el modelo de atención, la fragmentación y segmentación de los servicios, las bajas coberturas, los deficientes indicadores de salud, el bajo presupuesto entre otros, llevan al cambio del SNS, mediante lo explicitado en la Constitución de 1998 y organizado en la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (LOSNS) en el 2002, producto del Primer Congreso pro la Salud y la Vida y su Reglamento del 2003, basados en la estrategia de la APS (5–7,24,25)

El reto de organizar el Sistema de Salud no se logra, ante la débil rectoría ocasionada por la disposición “[...] de la ley, coordinación [...]” de la Autoridad Sanitaria, las fuerzas e intereses antagónicos de sus miembros y la falta de reconocimiento de la función que el espacio de concertación, denominado Consejo Nacional de Salud (CONASA) [...]” brindaba al Sistema de Salud, las instituciones del sector de salud atendiendo a sus mandatos e intereses individuales no logran articularse, persistiendo diferentes grados de fragmentación y segmentación(25).

Para el 2001 en una universidad privada se da la cátedra de Promoción de la Salud inmersa en la especialidad de Psicología Clínica(6,7,10).

Se desarrollan los Consejos de Salud definidos en la LOSNS y su Reglamento liderados por la Autoridad Sanitaria Nacional el MSP a nivel nacional y la Autoridad democrática a nivel provincial, cantonal parroquial o zonal y la Representación del MSP en la Secretaría técnica, donde se diseñaron planes locales de salud con la participación de la sociedad civil y las organizaciones locales públicas y privadas intersectorialmente. Se trabajó con recursos locales mancomunados, de acuerdo a sus prioridades locales de salud, dando mucho impulso a los principales determinantes de la salud, la promoción, la prevención primaria, secundaria y terciaria, así como la gestión de riesgos, la interculturalidad, los derechos sexuales y reproductivos. La participación social se fortaleció con el enfoque de derechos, desde los primeros consejos de salud formados en 1980, con la aplicación de la guía metodológica de conformación de los Consejos de Salud y posteriormente con la Guía de Elaboración de los planes locales de salud(26), consolidadas con el Proyecto de Ampliación de los Servicios de Salud (PASSE) en 4 provincias centrales de la sierra, el Proyecto PSIE en Esmeraldas y el Proyecto Salud de Altura en el DMQ, que alcanzaron logros demostrados en la salud local, parroquial, zonal, cantonal, provincial y nacional en 22 (provincias) de las 24 provincias del país, en 100 (cantones) de los 224 cantones, incontables parroquias y 8 de las 8 zonas del DMQ.(24,25,27–30).

La APS en los Sistemas de Salud fue evaluado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) observando “[...] desorganización, falta de políticas de incentivos, financiamiento y costos elevados, distribución desigual de servicios y, fundamentalmente, **carencia de recursos humanos capacitados y dedicados a la atención primaria**”(17). Hallazgos que demuestran la necesidad de fortalecer y extender la APS de modo tal que se convierta en el eje articulador del sistema de salud. A los 25 años de Alma - Ata en el 2007 se plantea Renovar la APS “[...] significa más que ajustarla simplemente a las realidades políticas de cada momento; se trataba de reformar la atención primaria y de hacer un examen crítico de su significado y de su propósito [...]”(17).

La Atención Primaria de Salud Renovada (APS-R) exige una transformación profunda en los programas de formación de los profesionales de la salud, así como la expansión, construcción y diseminación del conocimiento sobre el primer nivel de atención, puerta de entrada al SNS. Este desafío se plantea también en el Llamado a la Acción de Toronto, que pide:

“[...] interacción entre las instituciones de formación y los servicios de salud que permitan adecuar la formación de los trabajadores de la salud para un modelo de atención universal, equitativo y de calidad que sirva a las necesidades de salud

de la población” (16,31)· “[...] la insuficiencia de personal calificado para proveer la cobertura universal, el desequilibrio de recursos en favor de la concentración en ciudades y hospitales, identificación de las competencias básicas de los equipos de APS, así como la capacitación e incremento de capacidad de respuesta de los equipos de APS en los Sistemas de Salud”(16,17)·

En la APS–R uno de los retos clave:

*”[...] implica, un enfoque amplio construido sobre la base de las lecciones aprendidas, **la identificación de valores esenciales para establecer las prioridades nacionales y para evaluar si los cambios sociales responden o no a las necesidades y expectativas de la población**; principios que otorgan los cimientos para las políticas de salud, la legislación, los criterios evaluativos, la generación y asignación de los recursos para la operación del sistema de salud; elementos que en un Sistema de Salud basados en la APS **son los componentes organizacionales y funcionales** que permiten organizar las políticas, los programas y los servicios”(17).*

Para junio del 2005, en el MSP se creó el Subproceso de Promoción de la Salud inserto en el proceso de Mejoramiento de la Calidad de la Salud Pública, el que se extendió a las 22 provincias en la Gestión Técnica y por su parte el Consejo Nacional de Educación Superior (CONESUP) declara el médico cinco estrellas. Para el 2006 se presenta la Maestría de Salud Pública en la Universidad Central del Ecuador (UCE)(5,10).

La Segunda Asamblea Mundial de los Pueblos concomitantemente reitera su reclamo en el incumplimiento de “Salud para Todos” declarado en Alma Ata:

“se tradujo en realidad: la salud, si social, es desarrollo, es bienestar, es calidad de vida, es soberanía, es justicia, es participación, es paz, equidad y solidaridad. La cultura, el arte, la economía, el ambiente, el agua, la alimentación si son determinantes de la salud. La interdisciplinariedad también estuvo presente: los ambientalistas, los artistas, los ecologistas, los economistas, los artesanos, los científicos, todos estaban tejiendo redes de transmisión de conocimientos y saberes para proteger la salud y la vida de nuestros pueblos”(32).

En abril del 2008, se propone la Transformación Sectorial de Salud en el Ecuador (TSSE), definiendo el modelo de cobertura universal y la propuesta de articulados de salud en la Constitución 2008, concertada en el IV Congreso por la Salud y la Vida (COSAVI), con incorporación del derecho a la salud gratuita, un MSP en la gestión con alta desconcentración y baja descentralización, definición del Modelo de Atención Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS/FCI) e Incremento del presupuesto en salud de 0,5% anual del producto interno bruto PIB aprobado por Consulta Nacional. La Constitución 2008 en el Art. 264 manda a los GAD “[...] *apoyar la ejecución de programas de promoción, prevención de la salud [...]*”(30).

La Constitución 2008, fortalece al Estado, se define la nueva Estructura Democrática del Estado, en salud se da una dualidad en la rectoría del SNS, se organiza la Red Pública Integral de Salud (RPIS) (MSP, IESS, ISSFA e ISSPOL) red de servicios que reciben recursos del Estado y red complementaria de salud (RC) (organizaciones con fines de lucro y sin fines de lucro), con enfoque en APS y la aplicación del MAIS/FCI del MSP de forma obligatoria en el SNS, para garantizar el acceso a la salud como derecho garantizado y de bien público(33–35)

En el país, se identifican las prestaciones por niveles de atención en el 2006(36), posteriormente Moreira y Narváez estudian en el 2009 “[...] *con la inclusión de la evitabilidad, parámetro para un enfoque integral de las intervenciones en salud reduciendo la muerte, la discapacidad y la morbilidad grave por las complicaciones de las patologías (los problemas) y además atacan a los determinantes o condicionantes fundamentales de los problemas de salud para asegurar el Buen Vivir [...], que direcciona la Constitución 2008, pasando de un enfoque de enfermedad e inclusión a un enfoque de salud y de vida [...]*”(37).

Según éste estudio se demuestra que las enfermedades de alta prioridad (18 enfermedades que causan el 41,5% de muertes a intervenir), mediana prioridad (22 enfermedades que sumadas a las anteriores evitan el 61% de las muertes) y de baja prioridad (50 enfermedades); al intervenir en las primeras 40 enfermedades se interviene ya en las de mayor frecuencia de muerte, de muerte prematura y de más alta evitabilidad(37). Estos principios son concordantes con la APS, que busca la reorientación de la formación para atender a la comunidad de preferencia en acciones de prevención de las enfermedades y promoción de la salud a más de la curación y rehabilitación y en particular mejorar la comprensión de los determinantes

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

sociales y económicos que tienen gran influencia en la formación y en la práctica profesional, acercando la formación hacia la comunidad en la llamada “*integración docente asistencial*”, tomando como base el perfil epidemiológico desde el ámbito comunitario, en acción participativa con los servicios y la comunidad, de preferencia con la participación temprana de la academia en actividades integrales de atención primaria, orientando su currículo a éstas necesidades(37–39).

La garantía del derecho a la salud se justificó con políticas en recursos humanos como el “recambio generacional” renuncia y jubilación a un buen número de profesionales de la salud, tanto en el campo administrativo como en los servicios, dado por “Decreto Presidencial 813”(40), se incrementó la carga laboral de 4 a 8 horas de los profesionales médicos especialistas de la salud, se deterioró la red de epidemiólogos a nivel nacional y se evidenció la brecha de profesionales con perfil de APS tanto generales como especialistas, no existió el personal suficiente para cubrir las necesidades del primero, segundo y tercer nivel de atención en los subsistemas público y privado del SNS. Ante éste déficit se planificó la formación de recursos humanos emergentes en una corte interinstitucional de posgrado de Medicina Familiar, en convenio con 7 universidades para formar a 700 profesionales especialistas en Medicina Familiar, de tal forma la salud se declaró prioritaria y los recursos humanos fueron insuficientes para cubrir las necesidades, ratificando lo evaluado por la OPS que llevó a plantear la APS-R(17,41).

En la educación superior de grado y posgrado se facilitan cambios de los marcos legales, se emite la Ley Orgánica de Educación Superior (LOES)(42), se implementa procesos de evaluación y acreditación de las universidades y carreras(43), en cuyos estándares de evaluación están la evaluación a los profesionales egresados y al entorno, la calidad, la respuesta de la formación en relación al perfil epidemiológico, a los programas, grupos prioritarios y necesidades del país(44), la Autoridad Sanitaria definió el perfil de los profesionales sanitarios que requiere el país, tardó a los procesos de acreditación y evaluación iniciados en el 2014(45).

Se exige el cumplimiento del derecho a la salud estipulado en el Art. 32 de la Constitución 2008 como parte de los Derechos del BUEN VIVIR o Sumak Kawsay, que define:

“La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional”(33).

En la academia y en los servicios la tensión es constante entre el modelo hospitalario de Flexner que parte del estudio del cadáver en anatomía al escenario hospitalario que refleja la enfermedad, ante el modelo social, comunitario e integral de la APS y la APS-R estrategias en la cual se forman los profesionales de salud, vigentes para lograr la cobertura universal, gestionar los recursos escasos del sistema de salud, democratizar el acceso, garantizar el derecho a la salud, al garantizar los determinantes de la salud y promover que la mayor cantidad de la población permanezca saludable, que la salud sea un ejercicio de todas las políticas de Estado, Región o Pueblo y que el profesional de salud sea más humano, científico e integral en su ejercicio profesional.(46,47).

De igual manera, la APS-R es una oportunidad para replantear el papel de los médicos como profesionales de la salud y como gestores de la disminución de las inequidades en salud por lo cual, el MSP priorizó además formar 300 profesionales con becas completas: 150 de ellos en APS, 50 en Economía de la Salud y 100 en Políticas y Gestión de Salud, en el año 2009(25).

A 40 años de la Alma Ata la Conferencia Mundial de Astaná, celebrada con el propósito de renovar el compromiso con la Atención Primaria de Salud para el logro de la cobertura universal y los Objetivos de Desarrollo sostenible, se establecieron compromisos como (en): tomar decisiones políticas audaces para la salud en todos los sectores; 2) construir una APS de salud sostenible; 3) empoderar a los individuos y las comunidades; y, 4) alinear el apoyo de las partes interesadas con las políticas, estrategias y planes nacionales. Para la región de las Américas la Agenda 2030 que partió del Desarrollo Sostenible del 2015 a la Agenda de Salud Sostenible 2018-2030 como estrategias para asegurar el acceso a la salud y la cobertura

universal de la salud, lo que dependiendo) de utilizar los conocimientos técnicos, científicos y los tradicionales, con personal adecuadamente remunerado, que trabaje en atención primaria de salud como (en) respuesta eficaz a las necesidades de la salud de su entorno y promueva el empoderamiento de toda la comunidad(48).

La enseñanza médica en Ecuador

El Sistema de Educación Superior como hoy se lo conoce (SES), pilar fundamental la UCE, desde su origen en 1620(49):

“El Honorable Consejo Universitario de la Universidad Central el pasado 5 de septiembre de 2019, en sesión extraordinaria, decidió cambiar el año 1651 que se inscribía en su escudo institucional por el de 1620 en atención a la cédula real, firmada por Felipe III, justamente un 5 de septiembre de aquel año”(49)

“...primer centro universitario desde la Real Audiencia de Quito, funcionó en el hoy casco histórico de Quito, el edificio que se disponía del `aula magna` conocida como sala capitular de San Agustín se firmó el 10 de Agosto de 1809 la Carta de la Independencia de España, luego del primer Grito de la Independencia de Quito; y, La Real y Pontificia Universidad de San Gregorio Magno de Quito fundada en 1622 que por Decreto Real de 1788 se convirtió en pública e impartía la cátedra de Medicina”(50,51)

El estudio histórico referido por López Pulles, la Universidad San Gregorio Magno sería inaugurada en 1620 según *“Copia manuscrita de la cédula firmada por Felipe III en San Lorenzo de Escorial, documento inserto en el Libro de Oro de la UCE , “Cédula Real provisión para que la religión de la Compañía de Jesús de la ciudad de Quito use de los privilegios apostólicos que tiene por Bulas pasadas por el Real Consejo para dar los grados [...] según mención de Neptalí Zúñiga, verificación del padre Francisco Piñas historiador Jesuita y del historiador Amilcar Tapia Tamayo”, universidad San Gregorio “[...] en funciones y graduando desde el colegio Seminario de San Luis, ya a cargo del clero secular, a partir del propio año de la expulsión de los Jesuitas 1767 en la Real Pragmática de Carlos III, al menos hasta 1779, [...] no menos de 300 graduados fueron registrados”. (49)*

En 1786, se volvieron abrir las clases de teología (49), en 1786 según la Real Orden del 4 de abril se fusionan las dos universidades en la Real y Pública Universidad de Santo Tomás de Aquino de Quito por Orden del Rey de España Carlos II, en la presidencia de la Audiencia del Dr. José Diguja con el nombre de Universidad de Santo Tomás de Aquino de San Francisco de Quito(52), en la sede de San Gregorio (49).

Los Jesuitas, obtienen del papa Gregorio XV la autorización para conceder grados de Bachiller, Licenciado, Maestro y Doctor en artes y Teología a los que hubieran estudiado 5 años. Los jesuitas inauguraron en 1620 La Real Universidad De San Gregorio Magno. En 1681, Los Dominicos fundan el Colegio Real de San Fernando y en 1688 la Real Universidad de Santo Tomás de Aquino, donde dieron impulso a las Cátedras de Cánones y de Jurisprudencia Civil, así como de Medicina. La expulsión de los Jesuitas en 1767 debilita la universidad de San Gregorio Magno *“[...] que por la Junta de Aplicaciones y Temporalidades dictó un auto extinguiéndose el 13 de agosto 1776 y trasladándose al Colegio San Luis la de Santo Tomás [...]”(49)*, el 13 de abril de 1693 el Rey Carlos II de España, mediante Cédula Real fundan la cátedra de Medicina, en 1769 mediante Cédula Dirigida a la Audiencia ordena la incorporación y reunión de las cátedras de las dos universidades en la Universidad de Santo Tomás de Aquino que se transformó en marzo de 1826 en la Universidad Central Grancolombiana fundada por Bolívar, que se constituye en la Escuela de Medicina, Cirugía y Farmacia y en octubre de 1827 la Facultad Médica(8,10,52,53).

El Congreso de Cundinamarca por ley crea las Universidades Centrales entre ellas la de Quito, actualmente la Universidad Central del Ecuador”(50). En 1787 es declarada secular, por Decreto Ejecutivo del Presidente Vicente Rocafuerte en 1836 en la Ley de Educación es declarada pública, laica, fiscal y gratuita, un referente en la formación de profesionales en el país, América Latina y el mundo(52).

El decurrir del modelo educativo de teórico libresco aristotélica, dominicana a decir de Estrella *“[...] limitación de la comprensión de la situación de salud de su pueblo”, se privilegiaba la observación sobre la especulación intelectual, metodología para el análisis de la enfermedad, la higiene pública para el manejo de epidemias, reforma de Eugenio Espejo en 1785, la de Marqués de Miraflores en 1786, José Pérez y Calama de 1791, y la de González Suarez para 1800. Para*

1974 predomina el positivismo francés, los movimientos sociales de Alfaro, la revolución bolchevique “[...]el cogobierno pudo abrir las puertas a la medicina social, que no fue así”, los primeros estudios de relación de determinantes sociales con el proceso salud enfermedad orientados por Pablo Arturo Suarez y Ricardo Paredes(53–55).

“[...] La Escuela Médica de Quito, de fundación secular del 13 de abril de 1693 [...]” en la cátedra de Medicina de la Universidad Santo Tomás de Aquino, con las cátedras de Prima (Anatomía y Fisiología) y de Vísperas (Patología y Método Terapéutica), en tres años graduó de Licenciado, para 1788 la carrera se cursa en 4 años con los grados de Bachiller para ejercicio de la Medicina, Licenciado para Docente y Doctor grado honorífico. Para 1800 se reclama la práctica hospitalaria, La Escuela de Medicina data de 1826 estipulada en la Ley del Congreso de Colombia, Vicente Rocafuerte expide el Decreto Legislativo y Reglamento de Instrucción Pública y establece 6 años de estudios(5,10,52,53).

En 1850 la asistencia a los hospitales es obligatoria, en 1918 la Ley de Educación Superior reconoce la autonomía universitaria promovida por el Movimiento de Córdova, y elevada a la Constitución en 1945, en 1926 se obliga dos años de práctica, 1950 se instaura la práctica en los hospitales públicos, a partir de 1955 son 8 años de estudio, en 1956 se establece el Internado Rotativo que es regulado en 1964, se instaura el Cogobierno en los órganos directivos(52,53).

Desde la creación de la Facultad de Medicina el 13 de abril de 1693(52) con un plan de estudios de 3 años y dos catedráticos al 26 de octubre de 1827(56) el currículo de formación de los médicos se ha orientado por las realidades y voluntades circundantes a la vida de los ciudadanos en el ejercicio del poder político, en las relaciones sociales, las fuentes económicas y de producción, la imbricación de las culturales de un pensamiento mágico-supersticioso- espiritual con el pensamiento lógico, el allanamiento de la razón por el poder religioso, antes que a las condiciones del hombre y de la comunidad ecuatoriana o al lento desarrollo de los servicios básicos, así como a la anárquica estructuración del sistema de servicios de salud desarticulada de la formación médica, condicionando en determinadas épocas de la historia el alejamiento del avance científico mundial de la formación médica (5,52,56).

Los recursos humanos caritativos con orientación religiosa en su mayoría y pocos seculares, con dádiva en el cuidado, orientados al bien morir de los pobres, progresando a curanderos conocedores de los beneficios curativos de las plantas, los polvos, las pócimas y mezclas con insumos del medio y la energía del espíritu, que a fuerza de prueba y error aplican secuencialmente, pasando por la formación oral – teórica a la práctica y estudio de la causa efecto, han encontrado su eco en la enfermería la práctica en el enfermo en un medio hospitalario sin contar con el aporte social – epidemiológico. El plan de estudios de la Universidad Central influencia de los aplicados en Europa en sus inicios en España, París, luego Inglaterra y finalmente la influencia de Estados Unidos. Traída inicialmente por los clérigos, luego por los docentes contratados formados en el exterior que implementaban el currículo que conocían, educación de tipo Napoleónica(52) y de la corriente positivista(53).

La UCE de Quito, la cuarta en crearse en Latinoamérica, imbricada en un solo cuerpo con la Escuela de Medicina de base divina y con vocación como los sacerdotes babilónicos, o en el ámbito griego estatus de artesano, la enseñanza médica y el ejercicio del médico estuvo ligado al espíritu de caridad y misericordia con enfermedades producidas por fuerzas sobrenaturales o por el pecado, ejercicio de una medicina primitiva, mágica-religiosa y astral(8,10,49,52,54,57).

El Reglamento para el funcionamiento de la Universidad Central de Caracas es aplicado para la Universidad Central de Quito, en él refiere que para ingresar a la universidad se necesita saber leer y escribir correctamente, acreditado mediante examen.

“[...] La Medicina dura seis años, con Plan de Estudios semejante a los europeos: Primer año Anatomía General y descriptiva; Segundo año Fisiología e higiene; Tercer año nosografía y Patología Externa o Cirugía, Quinto año Terapéutica, Materia Médica y Farmacia, Sexto año; Obstetricia o partos y Medicina Legal. Los títulos conferidos: Bachiller con las materias de los tres primeros años, Licenciado: todas las materias del Plan de Estudios; y, Doctor: Todas las materias del Plan de Estudios y aprobación de las academias de Bellas Artes, francés, inglés, Ciencias Físicas y Médicas [...]” (5,8,52,53,56).

En reuniones participativas de todos los docentes, de base teórica no práctica. La Medicina se desarrolla en la influencia del coloniaje cultural de España, Francia (libertad, igualdad, fraternidad y democracia), Inglaterra y Estados Unidos con negación total al aporte de la otra cultura frente a la hegemónica de turno(5,8,52,53,56).

En la época republicana la influencia del romanticismo, localmente el latifundio (indígenas pobres en extremo y analfabetos) regresión biológica y a culturización, con negación de su forma histórica de existencia culturalmente configurada y transmitida de generación a generación a través de la tradición y la oralidad. La imposición de tributos que desencadenaron los movimientos independentistas, la proclama de República con la vigencia de las leyes de Indias, dio la apertura comercial y política a los terratenientes con la hegemonía del latifundio en la sierra, que arraigar la presencia de chamanes, curanderos, brujos, desafíos para la joven escuela de medicina con sus futuros médicos con perfiles de internistas y cirujanos, con la salud de las mujeres y los niños a cargo de las indias diestras y comadronas sabias, las parteras. A decir de Eduardo Yépez V, “[...] *La enseñanza médica se circunscribe a señalar materias, designar profesores, tiempo de estudio, introducir o retirar materias [...]*” es de dominio político del Estado (8,52,56,57).

El Presidente Interino Ascázubi (1850) mediante Decreto obliga la **asistencia diaria de los estudiantes al hospital, llevar historia clínica y realizar disección**. En tanto que el Presidente Urbina dicta la Ley de Libertad de Estudios (1853), para el Vicerrector Miguel Egas esta época “[...] *la ciencia médica encuentra su sepulcro*” (56).

El Plan Curricular dictado por la Ley de Instrucción Pública del 24 de octubre de 1863 y el Reglamento General de Estudio en 1864, se asignan cuatro catedráticos: el primero con Anatomía Descriptiva, obligado de hacer demostraciones en los cadáveres del Hospital y Anatomía General; el segundo profesor con Filosofía, Higiene y Cirugía; el tercero con Patología General, Semiología, Etiología, Nosología, Anatomía Patológica, Medicina Legal, Toxicología y Obstetricia; y , el cuarto con Terapéutica, Materia Médica, Clínica y farmacia. Se exigía en Medicina Química y Botánica [...]” (56).

El Plan de Estudios fue de seis años. Primer año: Anatomía descriptiva y Disecciones, Anatomía General y Química Inorgánica; Segundo Año: Fisiología, Higiene, Química Orgánica; Tercer año: Patología General, Etiología, Semiología, Nosología, Anatomía Patológica, Organografía, y Fisiología, Botánica; Cuarto año: Terapéutica y Materia Médica, Lecciones prácticas de farmacia en una de las boticas de la ciudad. Taxonomía y Fitografía Botánicas; Quinto año: Clínica Interna y primer curso de Cirugía, con obligación de asistir a las lecciones prácticas de cirugía; Sexto año: Segundo curso de Cirugía, Medicina Legal, Toxicología y Obstetricia con la obligación de concurrir a las Lecciones prácticas de Medicina, a cargo del Cirujano y del Médico del Hospital San Juan de Dios (8,10,52,53).

Estructura diferente de la Facultad por el Primer Decano designado en 1873, con orientación francesa, basado en el diagnóstico de las necesidades de la época, situación de la facultad y el entorno, orientación práctica, aplicación de concursos, incrementó a 7 cátedras: Anatomía, Fisiología, Patología General y Anatomía Patológica, Terapéutica, Materia Médica, e Higiene, Patología Quirúrgica o Externa, Medicina Legal y Obstetricia. Los profesores de patología Médica y Quirúrgica estaban obligados a hacerse cargo de los respectivos servicios del hospital destinados a la enseñanza(8,10,52,53).

La historia clínica se complementa con datos de autopsias y protocolos y epicrisis de cirugías, la relación enseñanza médica y atención médica se establecen. Los adelantos en bacteriología con el uso del Microscopio se incorporan al plan de estudios, como la obstetricia, oftalmología, dermatología, clínica quirúrgica y Medicina Operativa, Bacteriología, Deontología Médica, se incorpora el radiodiagnóstico, la práctica de la Medicina Etiológica y la Anatomía Patológica. Posteriormente en 1901 se implementa pediatría(5,8,10).

La educación estatal laica, llega con la revolución liberal, despojando al clero de los centros de producción con la quiebra económica a través de la Ley de las Manos Muertas y la subsecuente transición ideológica. Se implementa la ideología liberal, laica, protegida por el Estado. Las capas medias asumen el poder de las decisiones, se facilita la redistribución de los recursos, se vislumbra el socialismo, con acciones de mayor represión, así como la expedición del Código de Trabajo, hasta que en 1948 se da la bonanza bananera y la atención médica es dada por el médico de cabecera(8,54,57).

La reforma sugerida en 1902, el plan de estudios es de 7 años, que Anatomía General y Descriptiva se realice en dos años. El profesor de Anatomía está obligado a dirigir los trabajos de disección y hacerse cargo de la dirección del anfiteatro

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

anatómico. Se incrementa en 1905 la cátedra de ginecología con los becarios que retornaron al país y así secuencialmente se incrementan o disminuyen cátedras o intensidad horaria, con examen de ingreso al pre médico que será el primer año de carrera. El ejercicio privado se da por la organización de clínicas particulares por los mismos becarios del gobierno que retornan al país con grandes privilegios sociales(5,6,10,54,57).

En 1925 se establece la presencia de médicos residentes, y en 1927 el Consejo Universitario de la UCE nombra estudiantes internos y externos de las salas del Hospital de la Ciudad con asignación económica. La formación médica “[...] responde a los determinantes históricos emanadas de las propias condiciones económicas y sociales que han prevalecido [...]” responde a intereses personales o políticos electorales (5,6,8,10,56).

Para 1937 la carrera se cumple en 8 años, en el primer año preparatorios se aprueba Botánica, Química Orgánica, Química Inorgánica, Física. Para 1955 de los 8 años el último corresponde al Internado. En cuarto año se estudia fisioterapia, que luego es retirada. Para 1963 se aprueba el Plan de estudios con reubicación de materias. La Junta Militar de Gobierno constituyó Juntas de Facultad ad-hoc, nombra decano y docentes, a decir del Dr. Miguel Salvador decano “[...] con el afán de una profunda y vigorosa revolución, que transforme los arcaicos e inoperantes sistemas, [...] corrientes filosóficas y sociales del momento, y la utilización de los adelantos de la técnica, [...]”(56).

Esta reforma entrega médicos generales, con enseñanza objetiva, lo principal es el estudio clínico psico somático con espíritu científico, junto al problema de la curación exige (ir) la preocupación en la prevención de las enfermedades, se estructuran organizativamente los departamentos, sin significado ni funciones, en los siguientes:

1. Morfología: Anatomía normal, Neuroanatomía, Histología Normal y embriología
2. Ciencias Fisiológicas: Bioquímica, Fisiología, y Farmacología
3. Patología: Anatomía e Histología Patológicas
4. Salud Pública: Metodología estadística, Microbiología, Parasitología, Saneamiento Ambiental, Nutrición, Medicina Social, Historia de la Medicina, Epidemiología, y Bioestadística.
5. Medicina: Semiología, Propedéutica, fisiopatología, Nosología, Dermatología, Medicina Tropical, Radiología.
6. Cirugía: Cirugía General, Neuromuscular Esquelético, Cirugía Urgencias, Urología, Oftalmología y Otorrinolaringología.
7. Pediatría
8. Psiquiatría: Psicología Médica, Psicopatología, Psiquiatría, Medicina Legal, y Deontología.
9. Gineco Obstetricia: Ginecología, Obstetricia

Con subespecialidades de Digestivo, Respiratorio, Circulatorio y Renal, Hematología, Endocrinología, para justificar el ingreso de nuevos docentes, desintegración de la clínica médica en partes dispersas e inconexas (56).

El funcionamiento del Internado Rotativo se define en el Plan de Estudios de 1964, por las 4 clínicas básicas en los hospitales docentes de Quito. Se establece un convenio de cooperación E.U. y Latinoamérica para fortalecimiento del Instituto de Ciencias Básicas y otros objetivos administrativos, además de la creación de la Facultad de Ciencias Básicas que obligó a desaparecer el premédico, proyecto que fracasaría 2 años después. Hasta ese momento los movimientos de cátedras, horas, años, docentes son circunstanciales y atendiendo a los fines políticos de los dirigentes del Estado. A decir de Eduardo Yépez V:

“hay divorcio total entre la enseñanza médica y la atención médica...la situación del país es algo que vive, dura y perdura fuera de la órbita del nivel académico universitario [...]”(56). “El modelo positivista que reduce el proceso salud – enfermedad al ámbito biológico [...]” como lo dice Estrella R., “se niegan los aportes del diálogo de culturas y se acepta la uniculturalidad dominante, la ciencia del poder”(10,53).

El primer Seminario Nacional de Educación Médica en septiembre de 1967, que analizan la unificación de planes de estudio, condiciones y cupos de ingreso, internado, residencias y cursos de post graduación, y enseñanza de medicina preventiva,

así como los Congresos Nacionales de los Estudiantes de Medicina, que reflexionan sobre la salud rural y se promueve trabajar el primer plan único de salud, constituyen las antesalas para plantear la reforma de unificación del currículo médico(5,10).

Reforma de unificación 1967, con 7 años de estudio, prueba de ingreso con factores de capacidad 20%, conocimientos generales 20%, conocimiento en ciencias 50% y evaluación de los 6 años de bachillerato 10%. El plan de estudios contempla el Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública: sociología, Metodología Estadística, Ecología, Antropología Social Seguridad Social, Microbiología, Parasitología, Saneamiento Ambiental, Bioestadística y Demografía, epidemiología, Higiene y Medicina Preventiva, de integración vertical. Concomitantemente se confiere el título de Doctor en Medicina y Cirugía al aprobar los exámenes teóricos - prácticos de Medicina, Cirugía, Obstetricia y Pediatría. Se suprime la tesis de grado. Se crea la preparación de estudiantes para la docencia con 21 ayudantías de cátedra. Concomitantemente se crean las profesiones paramédicas(5,10,53).

El segundo seminario de educación Médica discute la enseñanza de la demografía en la educación médica. En 1967, se incluye la Universidad de Pittsburg de influencia norteamericana, se da inicio a los departamentos se crea la facultad de ciencias básicas con ingreso obligatorio antes de elegir la facultad que desea, se piensa que es la defensa y mantenimiento del statu – quo, con rechazo absoluto de los universitarios por ser una formación técnica y utilitaria, concluyendo el convenio en febrero de 1968.

El 3 de junio de 1969, el movimiento de Córdoba tiene su correlato en la UCE con el libre ingreso, luego de la masacre de Guayaquil, se crean las cátedras de orientación general: de Problemas del Mundo Contemporáneo y Problemas económicos y sociales del Ecuador y América Latina, Metodología y elementos de investigación y Composición Castellana, y Matemáticas optativa (56).

En 1972 se estudian los objetivos nacionales para la formación del médico: debe estar capacitado para resolver o contribuir a resolver, dentro de un equipo multiprofesional, los problemas de salud individual, de la familia y de la colectividad prevalentes en el Ecuador, tanto a nivel de subcentros de salud (área rural), centro hospital cantonal y hospital provincial (de nivel no universitario). Debe estar capacitado para construirse en multiplicador de cultura y ser factor coadyuvante en la transformación de la realidad actual.

En medicina se da resistencia a la diversificación de escenarios de enseñanza aprendizaje, persiste el modelo pedagógico tradicional, hay reconocimiento de nuevos papeles y funciones para profesores y estudiantes, desde 1976 se da el ciclo de pre rural parte del internado rotativo de medicina, enfermería y obstetricia, la coparticipación de responsabilidades entre autoridades, profesores, estudiantes y trabajadores(5,10).

La experiencia de los proyectos ANDES y UNI e UNIR - E, fundamentó, la reforma educativa de la Carrera de Medicina de la UCE de 1999 determina un objetivo general educativo “[...] *Orientar sus intereses individuales y profesionales en función de las necesidades de salud de la población [...]*”, a la vez que para el cumplimiento de la APS en el país se dispone de una red de Consejos de Salud, una red instalada de servicios organizada en niveles de atención, que se vieron fortalecidas en la última década desde el tercero al primer nivel de atención(58).

En 1967 cambios de forma, trabajo docente asistencial con integración de los estudiantes a los servicios y de los graduados a las áreas de salud en programas rurales, que por la masificación son incorporados en las provincias en 1970, [...] la dualidad de la formación se da en la línea de acercamiento a la comunidad y de acercamiento a las especialidades y a finales de siglo la teoría de la orientación a lo molecular(53,54). En 1969 se instaura el libre ingreso, que se fortalece con la AFEME, tres años más tarde disminuye la Carrera a 7 años de formación. La estructura curricular a lo largo de estos periodos se mantiene en años, hasta la reforma curricular de 1999 en la que modifica su estructura a 12 semestres y con la LOES en el 2010, su nominación cambia de Escuela a Carrera de Medicina(5,10,52,53,58,59).

A finales del siglo la corriente de la autoevaluación impulsada por el Consejo Nacional de Evaluación y Acreditación (CONEA) da inicio junto con la reforma integral [...] en relación a las necesidades científico-técnicas y sociales, orientación profesional a la promoción de la salud y el trabajo comunitario denominado “Salud Comunitaria” que se aplicaría parcialmente a decir

de los auto evaluadores posteriores, en el 2010 se dio inicio el currículo por competencias. La planificación integral del sistema de créditos y adaptación al Estado(60).

El Perfil de APS implementado al interior de la Carrera en la Reforma de 1999(19,45,58,60,61) con posterioridad a otras experiencias universitarias nacionales, que para la década del 90 nacieron con éste enfoque con graduación de pocos profesionales médicos en relación a la magnitud de la UCE, que en las décadas de 1986 – 2016 graduó a 12000 profesionales médicos aproximadamente, con un promedio de 550 profesionales al año distribuidos en dos cohortes por año (62) El número de profesionales impacta en una mirada subjetiva en el modelo de atención y de gestión del SNS, sumado a que en la organización de los servicios de salud para la primera década del siglo XXI, existieron barreras en la incorporación al ámbito laboral, del perfil de formación en APS(14,63,64).

Guarderas, Carlos (2002), A decir de la Comisión de Reforma ya se plantea pertinencia y financiamiento “[...] objetivo superior de asumir el compromiso ante la sociedad, inamovible en sus principios e inalterable en su dirección [...] basado en cuatro pilares; pertinencia, calidad, gestión del financiamiento [...] investigadora de los problemas de la sociedad y su resolución [...] procesos de evaluación en el país, universidad pensante del bien común con sólida base humanística, científica y tecnológica [...]” (5,58,60).

Se emite la nueva reforma en 1999, con Perfil Profesional de APS, con tres ejes integradores horizontal y verticalmente: ‘[...] Salud Comunitaria’, Investigación Médica y Humanidades Médicas, los objetivos generales y terminales de la Carrera, la metodología de implementación es por ciclos, los recursos, el sistema de evaluación, la nominación de autoridades y aspectos procedimentales, con que implemente en su accionar la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, humanista, competente en investigación y con alto perfil ético (5,58–60).

La ganancia de un gobierno de izquierda en el 2007 y la constitución garantista del 2008, en el primer informe al año de gobierno realizado en el Teatro Universitario ante la comunidad universitaria el lanzamiento de la gratuidad en el tercer nivel de educación. Cambia la nominación de Escuela a Carrera en el 2011 con sus propios diseños curriculares, a la vez en la UCE se da el lanzamiento de Radio Universitaria con frecuencia de 1280 AM que hasta el momento emite 3100 programas al año, en los que incluyen promoción de la salud y prevención de la enfermedad (5,53).

La LOES del 6 de octubre del 2010, en la cual se incluye la autonomía regulada, se crean estructuras normativas, de control, de evaluación y acreditación, sin representación universitaria, con retroceso significativos en el ejercicio democrático, requerimiento en docencia de PhD para profesor principal, se fomenta becas y programa Prometeo, no se definen perfiles de ingreso, más si corresponde a la universidad dar el cupo para cada carrera(65,66).

La Constitución 2008 en el art. 1 declara que “el Ecuador es un Estado constitucional de derechos y justicia social [...]”, “[...] intercultural, plurinacional y laico [...]”. En el art. 32.- “[...] a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud [...]”. En el art. 360 reza.- “[...] con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas [...]” (34) El Art. 353.- dispone: “[...] Un organismo público de planificación, regulación y coordinación interna del sistema y de la relación entre sus distintos [...]” “[...] Un organismo público técnico de acreditación y aseguramiento de la calidad de instituciones, carreras y programas [...]” (34), y “[...] VIGÉSIMA “[...] En el plazo de cinco años [...] todas las instituciones de educación superior, así como sus carreras, programas y postgrados deberán ser evaluados y acreditados [...] para el mejoramiento de la calidad de la educación en los tres niveles [...]” (34).

La LOES Art. 13 “[...] el Sistema de Educación Superior [...] garantizará la excelencia, [...] la pertinencia [...]” (65). En el tercer nivel de educación estos procesos iniciaron en el 2009 con la categorización y recategorización, evaluación y acreditación de las Universidades y Escuelas Politécnicas, aplicando el Modelo de Evaluación del Mandato 14(43) basado en criterios: academia, eficiencia académica, investigación, organización e infraestructura, el análisis multicéntrico de toma de decisiones(43,67) implementando para el efecto el Sistema de Gestión de la Información de las Instituciones de Educación Superior GIIES(51,68).

El Consejo de Educación Superior (CES), con la misión de “[...] planificar, regular y coordinar el SES, y la relación entre sus distintos actores con la Función Ejecutiva y la sociedad ecuatoriana [...]” (69,70) y El Consejo de Evaluación, Acreditación y

Aseguramiento de la Calidad (CEAACES) cuyo objetivo “[...] es contribuir al aseguramiento de la calidad de las instituciones, programas y carreras, así como garantizar la calidad del aprendizaje de los egresados, graduados y profesionales, mediante la aplicación de procesos continuos de evaluación, acreditación y habilitación profesional [...]”(43) con el objetivo de mejorar la calidad de las universidades y de la formación, en éste caso la formación médica orientada a las necesidades del Estado y de la población ecuatoriana(43,71).

Secuencialmente en el 2014, se realizan (dan) los procesos de acreditación de las Carreras, inicia Medicina, procesos implementados por la Secretaría Nacional de Educación Superior (SENESCYT) encargada de “[...] ejercer la rectoría de las políticas públicas en el ámbito de su competencia [...] garantizar el efectivo cumplimiento de la gratuidad en la educación superior [...] entre otras...”(51,61,68).

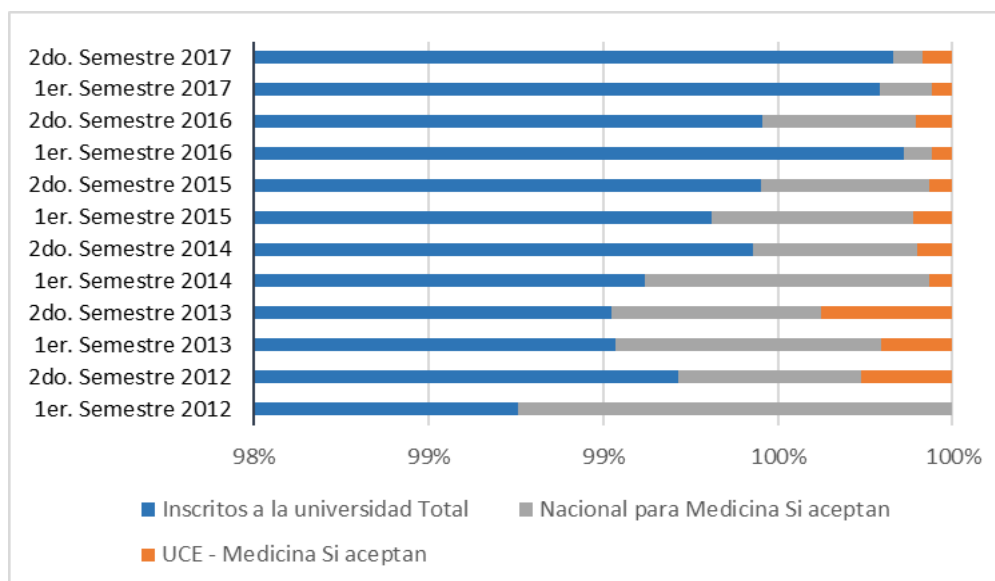
La evaluación de los estamentos: primaria, secundaria y superior, luego el Examen Nacional de Ingreso a las universidades ENES primera experiencia nacional, así como el Examen de Habilitación para el Ejercicio Profesional de los Médicos ENHEPCM que le válida para el ejercicio profesional y para la Evaluación y Acreditación de las Carreras de Medicina(43).

La nueva gestión centralista del Estado, los marcos legales y la concreción del MAIS/FCI dictado por la ASN, generan un incremento de la demanda de profesionales con perfil de Medicina Familiar y Comunitaria y de APS, evidenciándose el desfase en la oferta formativa y la demanda como posteriormente lo expresa el Viceministro de Gobernanza(41). En respuesta el MSP crea un Programa de prioridad y alcance nacional de formación de Médicos Familiares, en convenio con ocho universidades incluida la UCE con el fin de “[...] apuntalar el MAIS/FCI en la RPIS del SNS [...]”(14,35).

En la formación de tercer nivel, el Mandato 14 concreta el proceso de evaluación de las Universidades y Escuelas Politécnicas en el 2009, acreditación en el 2013 y acreditación de las Carreras de Medicina en el 2014, 22 carreras en 21 universidades, el mayor porcentaje ubicadas en una de las cuatro regiones, la Región Sierra CEAACES. La acreditación [...] ‘da inicio con la Carrera de Medicina por ser considerada de interés público’ (43,68) al ser la Carrera de Medicina de la UCE la que certifica el mayor número de profesionales médicos en la región sierra del país, con una población de 3450 estudiantes de ellos hombres 1350(39,13%) y mujeres 2100(60,86%, la Carrera impacta en la demanda y de hecho en la oferta con su Perfil Profesional, competencias genéricas, específicas, habilidades, valores y destrezas en el modelo de atención y de gestión de la red de servicios públicos y privados del SNS, como se observa en la figura la asignación de cupos para Medicina a nivel nacional, por períodos desde 2012 al 2017, en continuo decremento para la UCE, SENESCYT(62,72). **Fig. 2**

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

Fig. 2 – Aceptación de cupos nacionales para Medicina y para la UCE. SENESCYT 2012-2017.



Fuente: Reporte. Asignaciones de Cupo del I Semestre 2012 al II Semestre 2017. Provincia IES-Cantón IES- Nombre IES- Tipo IES- Campo Amplio-Nombre Carrera. Subsecretaría de Acceso a la Educación Superior SAES/SENESCYT. Coordinación de Gestión de la Información - CGI/SENESCYT, febrero 2018(73).

Elaboración: Dra. Lilian Calderón L.

Con la Constitución 2008, los primeros Decretos Ejecutivos Presidenciales donde se tomaron acciones relacionadas al Talento Humano en Salud (Decreto 813), la evaluación y Acreditación de las Universidades(43), con la suspensión de aquellas que calificaron en la última categoría(43,68), sobre la evaluación de la primaria, secundaria y luego el ENES primera experiencia nacional, así como la acreditación de la CM con sus componentes de Entorno y de Estudiantes con el ENHEPCM para los Egresados, con el que le válida para su ejercicio profesional(34,43,74). En el estudio de percepción de pertinencia del mapa curricular en relación al año de salud rural y el ENHEPCM se encontró fortalezas para el perfil profesional de médico general, como constan en las **Tablas 1**

Tabla 1 - Percepción de la pertinencia del mapa curricular de la Carrera de Medicina al Programa de Salud Rural y al Ex. Nac. Hab. Prof. Ecuador 2016 – 2017.

Programa de Salud Rural	n	%	Examen Nacional de Habilitación Profesional CM	n	%
Pediatría	53	(96,40)	Medicina Interna 1, 2, 3 y 4	44	(80,00)
Gineco Obstetricia	47	(85,50)	Cirugía General	33	(60,00)
Ciclo de Medicina Interna	42	(76,40)	Ciclo de Gineco Obstetricia	27	(49,10)
Farmacología Preclínica 1 y 2	41	(74,50)	Ciclo de Pediatría	26	(47,30)
Ciclo de Pediatría	41	(74,50)	Ciclo de Medicina Interna	25	(45,50)
Ciclo de Gineco Obstetricia	40	(72,70)	Farmacología Preclínica 1 y 2	24	(43,60)
Traumatología	39	(70,90)	Traumatología	24	(43,60)
Medicina Tropical	38	(69,10)	Ciclo de Cirugía General	24	(43,60)
Ciclo de Salud Comunitaria	38	(69,10)	Fisiología 1 y 2	21	(38,20)
Parasitología	37	(67,30)	Medicina Tropical	16	(29,10)

Calderón L., 2019

* ENHEPCM Examen de Habilitación para el Ejercicio Profesional de Médicos.

Fuente: Encuesta aplicada a los Médicos rurales participantes en la investigación, 2017-2019

Elaboración: Dra. Lilian Calderón Layedra

De igual manera la percepción de los médicos rurales del mapa curricular vigente al 2016 como de NO aporte tanto al programa de Salud Rural como para el ENHPCM, que podría reflejar la falta de un hilo conductor entre el conocimiento y la aplicación en la resolución de las necesidades del primer nivel se observa en la **Tabla 2**.

Tabla 2 - Asignaturas del mapa curricular de la CM que NO aportan al PSR y al Exam. Nac. Habi. Profesional de la Carrera de Medicina. Ecuador 2016 -2017

NO aportan al Programa de	n %	Cátedras NO pertinentes	n %
Salud Rural		ENHPCM	
Biología Molecular	35 (63,60)	Biología Molecular	32 (58,20)
Genética Básica	32 (58,20)	Bioquímica 1 y 2	27 (49,10)
Histología 1 y 2	27 (49,10)	Genética Básica	26 (47,30)
Humanidades Médicas 1, 2 y 3	18 (32,70)	Anatomía 1 y 2	17 (30,90)
Investigación Médica 1 y 2	13 (23,60)	Humanidades Médicas 1, 2 y 3	17 (30,90)
Anestesiología	13 (23,60)	Administración de Salud	14 (25,50)
Administración de Salud	12 (21,80)	Actividades Comunitarias	10 (18,20)
Psicopatología	11 (20,00)	Microbiología	8 (14,50)
Anatomía 1 y 2	9 (16,40)	Psicopatología	8 (14,50)
Psicología Médica	8 (14,50)	Investigación Médica 1 y 2	8 (14,50)

Calderón L., 2019

* ENHEPCM Examen de Habilitación para el Ejercicio Profesional de Médicos.

Fuente: Encuesta aplicada a los Médicos rurales participantes en la investigación, 2017-2019

Elaboración: Dra. Lilian Calderón Layedra

El SES la conforman universidades públicas, universidades privadas y escuelas politécnicas. La UCE está ubicada en la región sierra, en la capital del país Distrito Metropolitano de Quito zona 9, de acuerdo a la Reforma Democrática del Estado. Consta de 21 Facultades y 66 carreras, amplia gama de posgrados, con más de 50.000 estudiantes, 2000 docentes y 1500 servidores, con extensiones incluida Galápagos (75).

La evaluación y acreditación de las Carreras, la exigencia a incrementar las competencia de los docentes en los diferentes campos, el estímulo a la formación continua, el relevo generacional de los profesionales en los servicios, en las áreas administrativas, en la docencia, en las políticas, han sido cambios estructurales que han removido la zona de seguridad del sector educativo en los diferentes estamentos, cambios que deberán ser evaluados con la mayor objetividad en el diseño, aplicación, resultados e impactos logrados en la formación médica para la población ecuatoriana con aciertos y desaciertos, para la formulación de las nuevas políticas públicas quinquenales o decenales en concordancia con el avance mundial en la ciencia, la tecnología y la innovación (5,15,63). Contexto de la formación médica de la UCE en el Ecuador. **tabla 3**

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

Tabla 3 - La Carrera de Medicina en el contexto nacional de la formación de médicos, Ecuador 2014

Ítems	Caracterización CM/UCE	Caracterización CM nacional
Oferta	Carrera	22 carreras 21 universidades
Modalidad	Presencial	Presencial
Duración	6 años	6 años
Título	Médico	21 carreras Médico Médico General Médico Cirujano
Estudiantes	3920	41220 A = 1,5% B = 43% Acred. C = 15,5% ----- D = 40% En p de A
Docentes	412	3532
Ubicación geográfica	Sierra	Costa 27% Sierra 73%
Financiamiento	Público	Público 48% Cofinanciadas 29% Autofinanciadas 23%
Concentración	%	67% pública 26% cofinanciadas 7% autofinanciadas
Categorización Universidades	B	A = 5% B = 45% C = 27% D = 23%
APS 1978	Reforma 1999	22 carreras públicas y privadas
Costo formación*	Gratuita Promedio costo padres \$31.993,62 Per cápita costo Estado \$23.735,4	

* Calderón, L., (2)

Fuente: Consejo de Acreditación y Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior(72)

Elaboración: Dra. Lilián Calderón L.

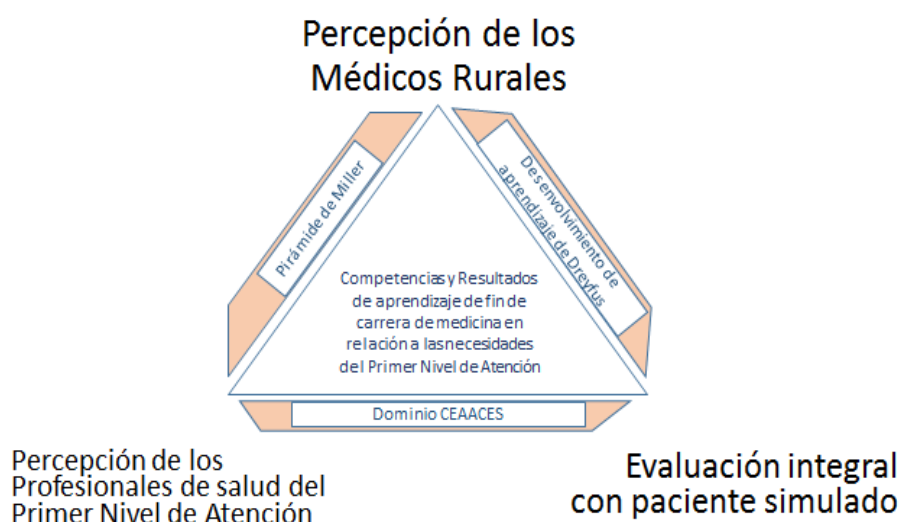
El modelo de gobierno de *Socialismo del Siglo XXI*, trasladado al campo universitario la homogeneización del sistema de educación superior al modelo estadounidense y al proceso de proceso de Bolonia sin relacionarlo al estado de desarrollo del sistema educativo nacional: la cultura, la tecnología y la estructura del sistema educativo, entre otros, sin considerar el papel fundamental que ha liderado la universidad ecuatoriana, tomo prestada la afirmación (76).

(Ribeiro, Carvajal, 2016(76) [...] La “Universidad tiene un tema que es la Nación y tiene una tarea que es pensar profundamente, críticamente, responsablemente, romper los factores que la condenan al atraso y dentro de las cuales puede alcanzar un desarrollo. La Universidad es el útero de la Nación”(76).

La investigación de la pertinencia académica del perfil congruente con el perfil profesional requerido por la ASN a las universidades (en construcción al momento de la investigación), con mayor énfasis en las universidades públicas como la UCE, exigencias dadas por las corrientes filosóficas del momento, el fortalecimiento de lo público, la respuesta a las necesidades de la comunidad, la alta responsabilidad social, el bono demográfico nacional (niños niñas y adolescentes), el cumplimiento de derechos como el acceso a la gratuidad en salud y educación superior como bien público en el SNS y en el SES, investigación en la búsqueda de garantizar los preceptos constitucionales y por tanto contribuir al cumplimiento del Derecho a la Salud, la calidad, la cobertura universal y el Buen Vivir(25,34,45,65,77,78).

La relación de los resultados alcanzados en la percepción de los Médicos Rurales egresados de la carrera. Los Profesionales del primer nivel de atención donde actúan nuestros internos Rotativos, y la evaluación integral con “paciente simulado de las competencias y resultados de las cinco áreas del Internado rotativo, ética, Herramientas y programas del primer nivel de atención así como el eje estratégico, medidos en base al modelo tridimensional de Bollela que compara las competencias de la pirámide de Miller, los estadios de la pirámide de Dreyfus, con la escala de evaluación aplicada por el CEAACES, el método de triangulación orientan a establecer la pertinencia del currículo en relación a la resolución de las necesidades prioritizadas del Primer Nivel de Atención con índice mayor o igual a 60% (rangos 3 y 4) y no pertinencia con un índice menor a 60% (rangos 1 y 2). El método de análisis se observa en la Fig. 3 triangulación de grupos investigados.

Fig. 2 - Método de investigación de la pertinencia del currículo de la carrera de Medicina en relación a las necesidades del Primer Nivel de Atención de la Zona 9 del SNS.



Fuente: Modificado de Bollela(79)

Elaboración: Dra. Lilián Calderón Layedra

En la percepción de la pertinencia de la malla curricular 2016 en el Examen Nacional de Habilitación para el Ejercicio Profesional de Médico.

En la evaluación teórica que los Egresados de la Carrera de Medicina deben aprobar para poder ejercer de Médicos, incluso previa la Medicatura Rural está el Examen Nacional de Habilitación para el Ejercicio Profesional de la Carrera de Medicina ENHEPCM, para el cual consideran pertinentes las cátedras del mapa curricular de los cuatro ciclos del Programa de Internado Rotativo, sumado a las cátedras quirúrgicas como Cirugía General y Traumatología que se desarrollan en el segundo y tercer nivel de atención como se observa en la **Tabla 4**.

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

Tabla 4 - Asignaturas pertinentes para el Examen de Habilitación para el Ejercicio Profesional de la Carrera de Medicina percibido por los Médicos Rurales, Ecuador 2017

Cátedras Pertinentes ENHEPCM*	N	%
Medicina Interna 1, 2, 3 y 4	44	80,00%
Cirugía General	33	60,00%
Ciclo de Gineco Obstetricia	27	49,10%
Ciclo de Pediatría	26	47,30%
Ciclo de Medicina Interna	25	45,50%
Farmacología Preclínica 1 y 2	24	43,60%
Traumatología	24	43,60%
Ciclo de Cirugía General	24	43,60%
Fisiología 1 y 2	21	38,20%
Medicina Tropical	16	29,10%

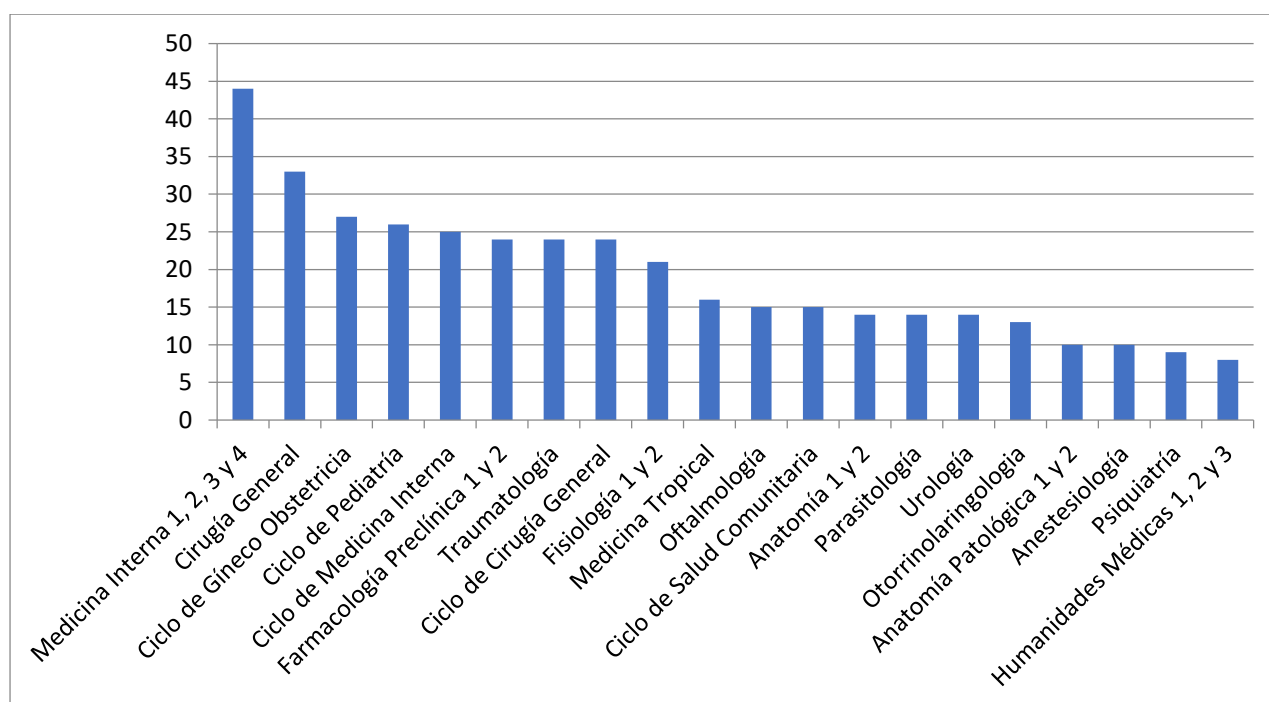
* ENHEPCM Examen de Habilitación para el Ejercicio Profesional de Médicos.

Fuente: Encuesta aplicada a los Médicos rurales participantes en la investigación, 2017-2019

Elaboración: Dra. Lilian Calderón Layedra

Como se puede observar las asignaturas que lideran son Medicina Interna, Cirugía general y los cuatro ciclos del Internado Rotativo como Ginecología, Pediatría, Medicina Interna y Cirugía General, seguido de farmacología y traumatología como se observa en la **Fig. 4**

Fig. 4 - Cátedras que son pertinentes para el Examen Nacional de Habilitación para el Ejercicio Profesional de Médico, Ecuador 2017



Fuente: Encuesta aplicada a los Médicos rurales participantes en la investigación, 2017-2019

Elaboración: Dra. Lilian Calderón Layedra

La percepción de cátedras de no pertinentes para el Examen de Habilitación para el Ejercicio Profesional ENHEPCM son las denominadas de Ciencias Básicas como Biología Molecular, Genética Básica, Bioquímica y Anatomía, así como las Actividades Comunitarias y la Administración de Salud, ver **Tabla 5**.

Tabla 5 - Cátedras NO pertinentes para el ENHEPCM percibido por los Médicos Rurales, 2017-2019

Cátedras NO pertinentes ENHEPCM *	n	%
Biología Molecular	32	(58,20)
Bioquímica 1 y 2	27	(49,10)
Genética Básica	26	(47,30)
Anatomía 1 y 2	17	(30,90)
Humanidades Médicas 1, 2 y 3	17	(30,90)
Administración de Salud	14	(25,50)
Actividades Comunitarias	10	(18,20)
Microbiología	8	(14,50)
Psicopatología	8	(14,50)
Investigación Médica 1 y 2	8	(14,50)

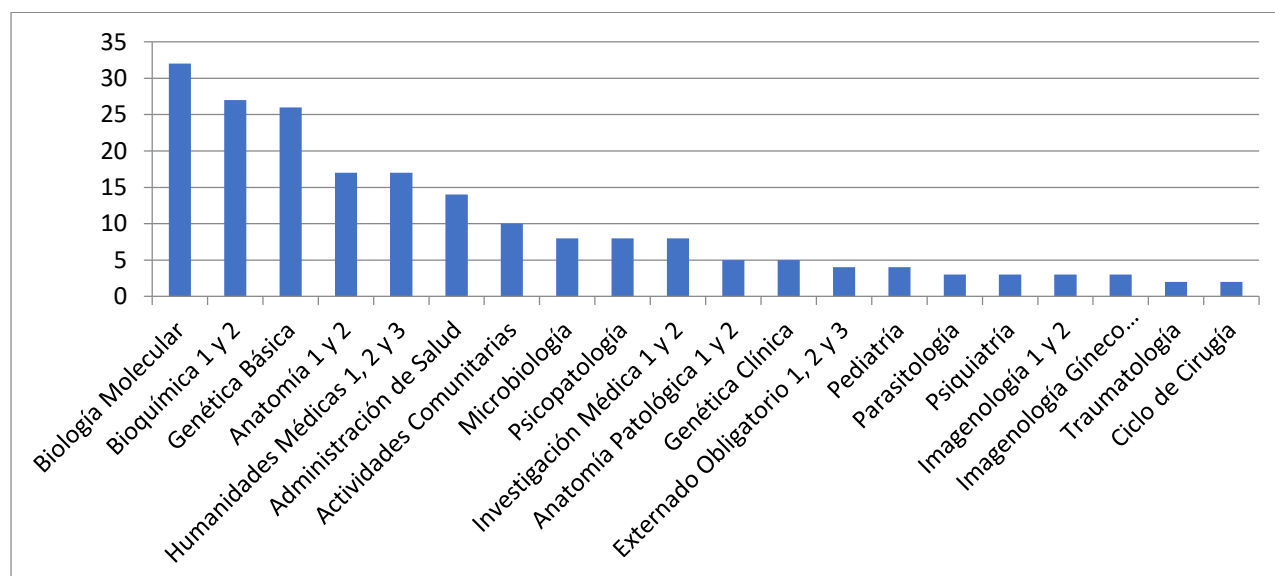
* ENHEPCM Examen de Habilitación para el Ejercicio Profesional de Médicos.

Fuente: Encuesta aplicada a los Médicos rurales participantes en la investigación, 2017-2019

Elaboración: Dra. Lilian Calderón Layedra

Las cátedras denominadas de ciencias básicas como biología molecular, bioquímica, genética, anatomía, humanidades médicas son las más percibidas como no pertinentes para el ENHEPCM, como se puede observar en la **Fig. 5**

Fig. 5 - Asignaturas consideradas como NO pertinentes para el ENHEPCM percibidas por los Médicos Rurales, 2017-2019



PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

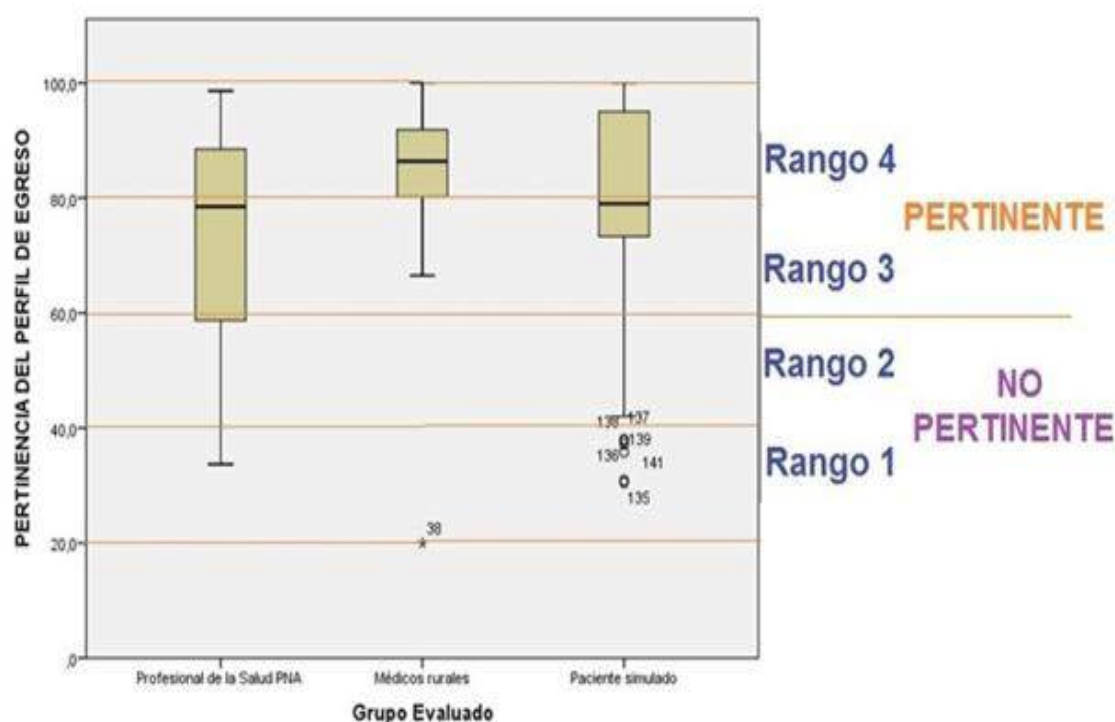
Fuente: Encuesta aplicada a los Médicos rurales participantes en la investigación, 2017-2019

Elaboración: Dra. Lilian Calderón Layedra

Comparación triangular de la Pertinencia del Perfil de egreso por grupo de estudio

Al comparar entre grupos de estudio en el diagrama de cajas los resultados de aprendizaje de las áreas investigadas por los grupos de estudio en el cumplimiento del Perfil de Egreso observamos una media similar alrededor de 80 sobre el 60% de pertinencia, sin embargo la percepción de los profesionales de salud presenta una tendencia hacia valores bajos de la escala de pertinencia, mientras que en el tercer grupo de evaluación integral presenta una tendencia de valores altos de la escala. El grupo 2 de los médicos rurales presenta una media más elevada y se concentran en el rango 3 y 4 de la escala significando mayor grado de pertinencia en relación a los otros dos grupos. como se observa en la **Fig. 6**.

Fig. 6 - Pertinencia del Perfil de Egreso en relación con las prioridades del primer nivel de atención por grupo investigado. 2017 – 2019.

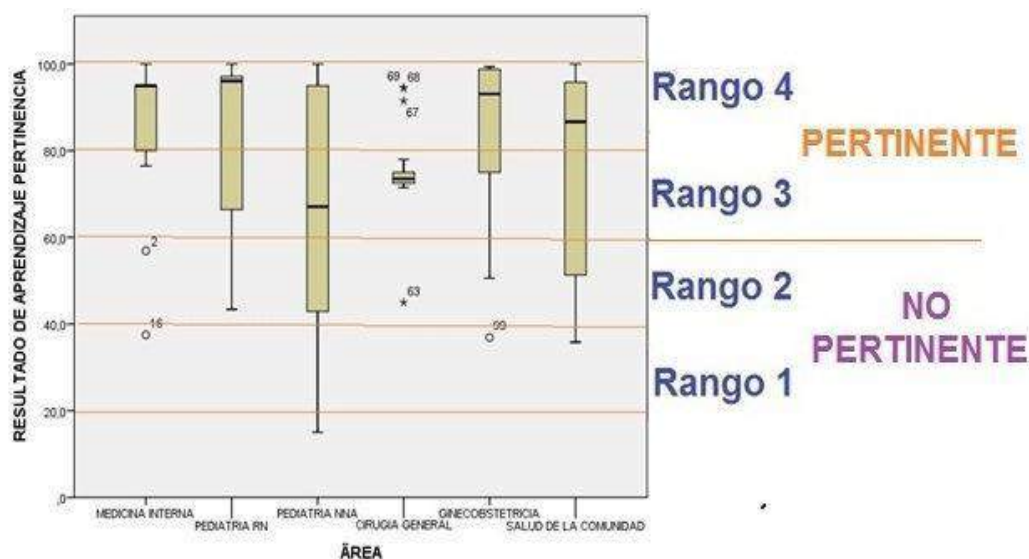


Fuente: Encuesta de percepción de dominio de competencias y resultados de aprendizaje y evaluación integral de prioridades con paciente simulado. 2017 – 2019.

Elaboración: Dra. Lilián Calderón.

En la evaluación integral con paciente simulado en la Clínica de Simulación y Robótica se observa en el diagrama de cajas que el área de MI, está concentrada en el rango 4, mientras que P presentan valores entre el rango 1, 2, 3 y 4. CG se concentra en el rango 3, GO se concentra en rangos 3 y 4 y SC también se expresa en los rangos 1,2,3 y 4. Por tanto, es evidente que MI, CG poseen un mejor nivel de dominio de las competencias en la resolución de las necesidades priorizadas por ciclos de vida del PNA que las áreas de P y GO. **Fig. 7**.

Fig. 7. Pertinencia del dominio de resultados de aprendizaje por área investigada del PIRM en las prioridades del primer nivel de atención con paciente simulado. 2019.



Fuente: Evaluaciones integrales con paciente simulado de las prioridades del PNA por área del PIRM investigada en la Clínica de Simulación y Robótica, aplicando protocolos individuales. 2019

Elaboración: La investigadora

El análisis de estadística inferencial como las varianzas en comparaciones múltiples a través del análisis de anova se demuestra que existe diferencias de medias para un nivel de significancia del 5% entre Profesional de la Salud y Médicos rurales. Mientras que las diferencias de medias para el grupo de evaluación integral con paciente simulado en relación a Profesional de la Salud y Médicos rurales se deben al azar, como se observa en la **Tabla 6**

Tabla 6 – Varianzas de la comparación múltiple entre los grupos estudiados en el cumplimiento del Perfil de Egreso

(I) Grupo Evaluado		Diferencia de medias (I-J)	Error estándar	Sig.	95% de intervalo de confianza	
					Límite inferior	Límite superior
Profesional de Salud	Médicos rurales*	-10,7033*	3,3638	,007	-18,991	-2,416
	Paciente simulado	-5,2113	2,9201	,206	-12,406	1,983
Médicos Rurales	Profesional de la Salud* PNA	10,7033*	3,3638	,007	2,416	18,991
	Paciente simulado	5,4920	2,5126	,094	-,698	11,682
Paciente simulado	Profesional de la Salud PNA	5,2113	2,9201	,206	-1,983	12,406
	Médicos rurales	-5,4920	2,5126	,094	-11,682	,698

*. La diferencia de medias es significativa en el nivel 0.05.

Fuente: Encuesta de percepción de dominio de competencias y resultados de aprendizaje y evaluación integral de prioridades con paciente simulado. 2017 – 2019.

Elaboración: Dra. Lilián Calderón.

La investigación concluye que el perfil de egreso de los médicos de la universidad pública estudiada es pertinente para el primer nivel de atención considerando que en la carrera de Medicina:

- i. en la percepción de los médicos rurales con respecto a los profesionales del primer nivel el currículo médico es pertinente para el primer nivel de atención con un “Gap” estadísticamente significativo,
- ii. en la evaluación en escenario simulado en el mayor porcentaje de las competencias por área estudiadas son pertinentes en (rangos 3 y 4), sin embargo, merece especial atención las evaluadas en nivel de no pertinencia (rangos 2 y 1),
- iii. las áreas evaluadas tienen buena correlación con el perfil de egreso, una (con) menor correlación las áreas de herramientas del primer nivel de atención HPNA y programas del primer nivel PPN, así como el eje estratégico EE,(2)

Las rúbricas de evaluación integral de fin de carrera médica son una herramienta objetiva para el evaluador y el evaluado, permite el crecimiento de doble vía y las percepciones de los grupos involucrados en el dominio de competencias contribuyen a detectar brechas, éste análisis de competencias y resultados de aprendizaje ayuda a orientar la reflexión a una reforma estructural del currículo en relación a alcanzar el dominio de las competencias específicas para la resolución de las prioridades del primer nivel de atención, un objetivo fundamental de la formación del médico general(80)

El estudio tiene limitaciones al ser el primero en su objetivo y será susceptible de ser mejorado para lograr resultados que impacten en el mejoramiento de la formación de los médicos generales promoviendo la estructuración de currículos más flexibles y nuevas prácticas educativas que innoven la evaluación.

En el afán de demostrar evidencia de las competencias integrales en la formación en relación al PNA debo haber incurrido en errores metodológicos, concepcionales y procedimentales, que los asumo en la posibilidad de lograr cambios en la evaluación y la reprogramación de la formación de profesionales médicos de calidad para el SNA.

Entonces se requiere una transformación estructural en la formación de los profesionales de la salud, de acuerdo a su pasado, presente y futuro, relacionando con la democratización, profesionalización e innovación que marcan el *“contrato social universitario, de la educación universitaria al servicio del hombre y de la colectividad, como bien público, una educación de pertinencia y calidad”*(15,65,76), *“la investigación para el cambio social y el desarrollo, con acceso universal de acuerdo al mérito, profesionales competentes y ciudadanos éticos comprometidos con la paz, la defensa de los derechos humanos y los valores de la democracia”*(81,82).

Para el 25 de octubre del 2017, el CES aprobó el proyecto de Rediseño curricular, “[...] formulando el objeto de estudio de la Medicina y sus núcleos problemáticos; adaptando el perfil de egreso contextualizado y prospectivo y una malla curricular que contribuya al logro del perfil del egreso [...], con la inclusión de nuevas asignaturas y reformas de las existentes mejorando la interrelación e integración mesocurricular [...]”(83).

El mapa curricular de 72 asignaturas, programado en 12 semestres de 9000 horas distribuidas en periodos académicos de 18 semanas con un total de 900 horas por periodo; en el sexto año corresponde al internado rotativo, una duración de 52 semanas y dedicación de 80 horas semanales (20% docentes y 80% asistenciales), la duración de la carrera un total de 13.160 horas. La interrelación curricular horizontal y vertical planificada para la categoría cinco en la escala de Harden, que se orienta a lograr la pertinencia del Plan curricular para el mejoramiento de la calidad de la formación de los profesionales, basado en el Reglamento de Régimen Académico aprobado por el CES 2013 y la reforma 2016, orientado por el perfil profesional del Médico del MSP, los ejes estratégicos de gobierno y el informe de evaluación de la carrera al 2014, con núcleos problemáticos: mortalidad materno infantil, del adulto y del adulto mayor; enfermedades infecciosas, enfermedades crónicas no transmisibles; neoplasias, entre otras(83).

La formación académica de la carrera de Medicina, basada en: “1) estructura, 2) desarrollo y función del cuerpo humano; 3) procedimientos diagnósticos y terapéuticos; 4) formación clínica; 5) medicina social, 6) habilidades de comunicación e iniciación científica; 7) prácticas pre-profesionales y trabajo de titulación; organización curricular: Unidad Básica; Profesional

y de Titulación”. Rediseño que persigue un horizonte de transdisciplinaridad que a través de tareas concretas y tangibles aplicando la didáctica, las tecnologías virtuales, de simulación y prácticas reales frente a los problemas del entorno encuentre la mejor solución, basados en la ética y los marcos legales vigentes(83). Con este Rediseño podemos visualizar las reformas curriculares en la **Tabla 7**.

Tabla 7 - Las reformas curriculares de la Carrera de Medicina de la Universidad Central del Ecuador. 1693 – 2020.

Año	reformas académicas	duración de la carrera	grado	Escenario
1693	Cátedras de Prima (Anatomía y Fisiología) y de Vísperas (Patología y Método Terapéutica)	tres años	Licenciado Doctor	Hospital de la Misericordia (1785 – hospital Jesús, María y José) – Hospital San Lázaro
1788		cuatro años	Bachiller para ejercicio de la Medicina (2 años), Licenciado para Docente y Doctor honorífico.	
1800	Se reclama la práctica hospitalaria			
1826 1827	Cirugía práctica y Obstetricia Medidas Sanitarias e Higiene	seis años		
1850 1874	La asistencia a los hospitales es obligatoria, HCL. Asepsia y antisepsia. Oftalmología			
1926	Se obliga dos años de práctica			
1955		ocho años		Se suma la Maternidad Isidro Ayora (1951)
1956	Se establece el Internado Rotativo			
1960	Asociación de Facultades y Escuelas de Medicina Ecuatorianas AFEME			
1963		siete años		
1964	Está regulado el internado rotativo.			Se suma el Hospital Pablo Arturo Suarez (1961)
1970	Inicia el Plan Nacional de Medicatura Rural			En todo el país
1976	Inicia la pre rural			Hospitales cantonales adscritos al H. base
1999	reforma curricular (inclusión Actividades Comunitarias, Humanidades Médicas e Investigación en ejes verticales)	12 semestres	doctor en medicina y cirugía general	Se suman. Hospital Enrique Garcés (1985) y el Hospital Baca Ortiz (1988)
2010	Currículo por competencias y sistema de créditos	12 semestres	Médico	

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

2014	Inclusión de vinculación con la sociedad	12 semestres	Médico	Se suman el Hospital General Docente de Calderón y Hospital Gineco Obstétrico Luz Elena Arismendi
2017	Rediseño curricular			Zona 1, 2 y 9 de Salud

Fuente: Libros escritos por profesionales interesados en la historia (5,8,10,15,55,56,58,84)

Elaboración: Dra. Lilián Calderón

Análisis

La Inclusión de la Atención Primaria de Salud en el currículo de la Carrera de Medicina, analizando el devenir histórico del país encontramos hitos que nos engranan los pasos de acercamiento a la salud comunitaria y la salud pública que serán componentes precursores de la APS base del currículo actual y del sistema de salud.

Se describen “*enfermedades autóctonas entre nuestros aborígenes (leishmania americana, tripanosomiasis americana, mal de Pinto, parasitosis intestinal, neumonías, disenterías, parotiditis, soroche [...])* enfermedades importadas de los invasores, que distan de las patologías de los indios: enfermedades infecciosas, parasitarias, picaduras de insectos, envenenamientos, tétanos neonatal, intoxicaciones...”(8,10,57,85).

La relación indirecta del medio en el tratamiento de la enfermedad se podría identificar en “[...] *la sangría y purgas a las personas que se sentían apestados y cargadas [...]*”(8,10,57,85).

El cambio del perfil a enfermedades infecciosas como la viruela, el sarampión, la parotiditis, la peste neumónica, la sífilis, lepra, tifus exantemático, tétanos, huicho, paludismo, expresado en epidemias referidas subsecuentemente y documentadas en la pionera estrategia de promoción de la salud y prevención desarrollada por Eugenio de Santacruz y Espejo en 1785 afirmando que las epidemias de viruela y sarampión se debía a la “[...] *proximidad de los corpúsculos, que nadan en el fluido del aire, y que forman un ambiente común, respirable de virulentos, y leprosos causa el peligro [...]*” sostuvo la necesidad de aislar a los pacientes, las medidas higiénicas y sanitarias para evitar se difundan(6–8,10,57).

Se podría decir que “[...] *a finales del siglo XIX se trata de construir un frente unido contra la propagación de las epidemias y enfermedades contagiosas que assolaban la región [...]*”(86) con la protección al trabajador asalariado según el modelo (Bismarck 1880), las primeras cifras de mortalidad se tiene a 1932 mediante la Nomenclatura Internacional(10) “[...] *en Ecuador a 1968, se incluye el plan piloto del seguro social campesino, que incorpora los beneficios de la seguridad social a 611 familias rurales [...]*”. Para su cumplimiento se establecen convenios de capacitación de 30 auxiliares para atención de las 4 comunidades en unidades creadas en Guabug, Yanayacu, el Palmar y la Pila, así como “*médicos que abandonen la idea que es igual a atención médica y a hospital, es integrar a las personas como individuos y miembros de la comunidad [...]* responda a la realidad epistemológica, cosmovisión y contexto histórico [...]”(86). Los médicos se encuentran presionados en cumplir las prestaciones de saneamiento ambiental, organizar el dispensario, administrar y velar por el desarrollo comunitario de las áreas rurales(86).

Es tan profunda la desarticulación teórica de la formación con el requerimiento nacional que se pronuncia “[...] *el rector de la UCE, en el sentido que los profesores de clínica como de facultad de ciencias completan las conferencias orales con lecciones prácticas, a fin de conseguir mejores resultados en el estudio de las materias [...]*” (10).

En 1963 se crea la necesidad del Servicio Nacional de Medicatura Rural, responsables de las Zonas Sanitarias por Facultad de Medicina en el II congreso Nacional de Estudiantes de Medicina. El funcionamiento del Internado Rotativo se define en el Plan de Estudios de 1964, en el III congreso Nacional de Estudiantes de Medicina, postulados básicos de salud rural, plan rural de medicina, obstetricia, odontología, enfermería y servicio social 1968(5,6,10,84,87,88).

En 1967 se promueve la enseñanza de medicina preventiva, que contrarresta con el gran desarrollo de las especialidades en el ámbito privado de la atención con y sin fines de lucro y en la hipertrofia de especialidades en el currículo, conjuntamente con la creación del Ministerio de Salud Pública y la creación de unidades de primer nivel(5,6,10,54,87).

En 1970 se aplica el plan de Medicatura Rural, en el IV Congreso Nacional de Estudiantes de Medicina resolvieron trabajar por el plan único de salud y la facultad abre 4 centros de salud en los barrios populares de la ciudad, dando apertura al Área de Medicina Popular(5,6,10,84).

En 1972 se estudian los objetivos nacionales para la formación del médico: debe estar capacitado para resolver o contribuir a resolver, formando parte de un equipo multiprofesional, (de) los problemas de salud individual, de la familia y de la colectividad prevalentes en el Ecuador, con actividades extramurales, en un plan de extensión universitaria “[...] *la universidad junto al pueblo* [...]” tanto a nivel de subcentros de salud (área rural), Centro Hospital cantonal y Hospital provincial (de nivel no universitario), para constituirse en multiplicador de cultura y ser factor coadyuvante en la transformación de la realidad y de la formación, intentó que claudica ante la hegemonía hospitalaria, evidenciado por el fortalecimiento del internado rotativo en el hospital y el internado prerural en 1976, en hospitales cantonales adscritos al hospital base, enseñanza flexneriana fortalecida en el ámbito hospitalario, dada por una medicina formada y orientada en el gran hospital. La masificación del ingreso en la aplicación del libre ingreso, obligaría a las universidades y al Estado a expandir los espacios de internado rotativo a todo el país y luego la apertura de las unidades de primer nivel en la Medicatura Rural obligatoria, ampliando la endermología a todo el país, y preservando la fuerza del trabajo atendiendo a los trabajadores enfermos(5,10,84).

El Dr. Fernando Durán ex director del Programa de Internado Rotativo (1976- 2015) El internado rotativo se inició en convenio con el MSP y con el IESS, con contrato firmado. En los primeros años se tuvo beneficio de afiliación, se dio inicio en Quito en los hospital Eugenio Espejo, Carlos Andrade Marín y San Juan de Dios, posteriormente en el hospital del Sur, hospital Pablo Arturo Suarez anteriormente denominado Liga Antituberculosa Ecuatoriana LEA que luego se trasladó el San Juan de Dios al Pablo Arturo Suarez, para incrementar otras plazas se sumaron los hospitales Militar, Policía y Voz Andes, y por periodo de dos a tres años en el hospital Metropolitano(89).

Desde el inicio se abrió espacio en provincias en Latacunga, Riobamba, en Esmeraldas, Ambato, e Ibarra, con suspensiones en dos periodos, los contratos se realizaban en las Direcciones Provinciales de Salud, con la necesidad de ampliar del IESS a provincias, IESS Ambato, IESS, Ibarra, e IESS Riobamba por dos años. Posteriormente los últimos 20 años se amplió a Guaranda, Santo Domingo de los Colorados, el Tena y Tulcán, en 22 hospitales en las diferentes provincias como Universidad Central del Ecuador(89).

Se organizó un sistema de sorteo, de inicio la inscripción en un hospital de preferencia, en relación a notas, selección de los hospitales, la dirección del internado al final en asamblea pública abierta asignaba las plazas, el número de estudiantes que aspiraban con 4 a 5% que deseaban quedarse en la ciudad y por sorteo se llenaban plazas libres.

Para 1974 en los encuentros en Cuenca I, y en 1984 en Cuenca II irrumpe la medicina social con la determinación social de la salud en el marco de las realidades socioeconómicas del pueblo, debate que no fructifica en cambios curriculares consistentes, persistiendo el desarrollo de las especialidades(5,6,84,90).

La APS, "estrategia lanzada en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma - Ata el 12 de septiembre de 1978, definida como “la asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación, y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.”(90,91).

En 1981, con la Ley de Extensión del Seguro Social Campesino con ampliación de las prestaciones de enfermedad a acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, y pone énfasis en programas de saneamiento ambiental y desarrollo comunitario [...]” (LSS. Art 130). El derecho del beneficiario a obligatoriedad de la atención de primer nivel en el dispensario rural del SSC (Art. 130 y 140). Toma en cuenta el perfil económico y las carencias de la comunidad, la estructura de edades de la población protegida para fijar el aporte a pagar [...]” (Art. 15). La experiencia de SSC trajo fortalecimiento

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

de las organizaciones campesinas y crecimiento de la participación pública en la conducción política y consolidación de su conciencia de Derecho, desarrollo de la contraloría social, entre otros [...]”(86). Además en el 2000 se propone avanzar en propuestas de afianzamiento e incremento de acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad entre otras(86).

En el país se desarrollaron en 1980 los SILOS, en el 1993 el Fortalecimiento y Ampliación de los Servicios Básicos de Salud en el Ecuador (FASBASE), y en 1997 el proyecto de Modernización y Desarrollo de Redes Integrales de Servicios de Salud (MODERSA)(5,6,13). En tanto en Medicina se desarrolló el proyecto de Alimentación, Nutrición y Desarrollo ANDES en colaboración con el Centro Internacional de la Infancia, en 1985(5).

El hospital Voz Andes Quito en 1987 organiza las Primeras Jornadas Médicas de Infectología y Medicina Tropical, recibe la primera promoción de Internos rotativos de la UCE(89).

En el sexto y séptimo Seminario de AFEME en 1989, se plantea el proyecto de evaluación de las escuelas de medicina y la propuesta de reforma curricular en la formación médica del Ecuador(5,84).

En octubre, 1 de 1994 – septiembre 31 de 1997, la Fundación W. K. Kellogg, el proyecto UNI, la OPS, el fortalecimiento de los SILOS y la estrategia de APS, experiencias que permitieron que parte de la formación de los médicos y enfermeras se desarrolle en áreas comunitarias para mejorar las condiciones de vida y salud de la población en áreas urbano marginales de la ciudad de Quito, contribuya a mejorar el nivel académico y la formación humanística, el trabajo en equipo y en red, procesos de investigación acción, y liderazgo, la capacitación de los docentes, el apoyo a la reestructuración curricular y al cambio del modelo Académico – Administrativo, formación multidisciplinaria e interprofesional, a proyectos de investigación operativa, mejoramiento de las condiciones de los centros y subcentros de salud, capacitación al personal de los servicios, adecuación de la infraestructura, dotación de insumos y ejecución de proyectos de desarrollo de la comunidad que solucione sus problemas prioritarios(5,90,92,93).

Estrategias que favorecen el esfuerzo por comprender y mejorar los servicios de salud, la educación del personal y específico de los médicos, el papel de la ciudadanía en la construcción de una ciudadanía autosustentable, el potenciar la integración docente asistencial, la APS y la comunidad, el desarrollo comunitario en las universidades y en los servicios(90,93).

La Atención integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia AIEPI, fue adaptada por el país en 1996 se implementa parcialmente en la currícula universitaria, en el campo de la pediatría, informes posteriores darán cuenta del bajo nivel de aplicación en el país (94).

La Reforma Integral de 1999 se planeó con cuatro pilares fundamentales: La excelencia académica, el desarrollo de los postgrados, la investigación científica y la eficiencia administrativa. Las corrientes de reforma aprobadas en 1996, la evaluación, las competencias traen procesos de reforma que se circunscriben en la Atención Primaria de Salud conformando ejes integradores de Humanidades Médicas, Investigación y Actividades Comunitarias, por un lado, intentando insertar al estudiante tempranamente en la vida diaria de la comunidad y por otro en las ciencias básicas. Se incrementa la genética y la biología molecular, sin perder las especialidades en la formación y el carácter hospitalario, lo que genera una dualidad en el perfil de formación de médico general declarado, la asignación de recursos, la dotación de docentes y cargas horarias respectivas para el cumplimiento de lo programado, además que se inserta en la nueva corriente de las competencias y resultados de aprendizaje, sin cambios en la pedagogía de formación, basada en las conferencias magistrales y de escenario el hospital(58,93,95).

Para implementar la reforma en el eje transversal de actividades comunitarias se organiza el Centro Coordinador de Actividades Comunitarias (1999 – 2014) que aglutina las actividades en la comunidad desde el primer al décimo semestre los dos primeros años y posteriormente desde el tercer semestre, con syllabus basados en proyectos de promoción de la salud y prevención del elemento priorizado para cada semestre: iniciando por la APS y el diagnóstico comunitario de salud con elaboración del mapa parlante; seguido del derecho a la salud; la familia fines, estructura, funcionalidad y genograma; derechos sexuales y derechos reproductivos en etapa adolescente, prevención del embarazo adolescente; perfil epidemiológico de la comunidad; salud sexual y reproductiva de la mujer en edad fértil; niño sano; y, planes de riesgo en las unidades de salud.

La FCM, la segunda más grande del país, con perfil de formación médico generalista basado en competencias y resultados de aprendizaje correspondientes al modelo formal(70) con cátedras y asignaturas clínicas y quirúrgicas hipertrofiadas, con exceso de carga horaria y créditos en subespecialidades, con el mayor tiempo de práctica en los niveles hospitalarios del nivel II y III del Sistema de Salud, incluso desde la mitad de la Carrera (quinto semestre), con solo una pequeña parte de su programa académico ejecutado en el Primer Nivel de Atención como actividades comunitarias – vinculación con la sociedad, con vínculos puntuales con la comunidad.

El programa organizado con Agenda de trabajo continuo es el Ciclo Comunitario del Internado Rotativo que forma parte de las llamadas Prácticas Preprofesionales(96), con 11 semanas de ejecución, se repliega el Internado a raíz de la Reforma democrática del Estado en Zonas y Distritos, distribuyendo la Autoridad Sanitaria a la UCE a la Zona 1 y 9 desde el 2014, en 12 Distritos de Salud, relacionados con 20 hospitales y 65 unidades de primer nivel, con directa influencia en el Distrito Metropolitano de Quito, y las provincias de Ibarra, Tulcán y Esmeraldas. El mayor porcentaje de los docentes es de especialistas intrahospitalarios y si bien se realiza actividades comunitarias y vinculación con la sociedad este programa no se evidencia en el currículo, para el 2016.

La UCE, universidad pública con alta responsabilidad social(77) que en la década 2006-2015 en la Carrera de Medicina ha graduado a 4366 médicos generales(62) en el primer examen de profesionalización convocado por el CEAACES que congregó a 3000 profesionales presentados de una corte de dos años, más del 30% corresponden a sus graduados, lo que demuestra la influencia del modelo de formación de los médicos de la UCE en el DMQ y por ende en el accionar del SNS, considerando además la relación directa con la población del Ecuador, que al momento es de 16.338.677 habitantes al 2018, con una proporción 1:1 hombres y mujeres(72,97,98).

En Ecuador la salud y la educación como un derecho gratuito y universal, de prioridad directa y cumplimiento del Estado. En salud se estructura la Red Pública Integral de Salud, red de servicios que comparten recursos del Estado (Ministerio de Salud Pública, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Seguro de Salud de las Fuerzas Armadas ISSFA y Seguro de Salud de la Policía Nacional- ISSPOL), instituciones que deben cumplir las políticas de gratuidad con cruce de cuentas y deben aplicar el MAIS/FCI del MSP basado en APS para el SNS(34,35).

El SES se regula por la LOES 2010, está conformado por universidades y escuelas politécnicas, creadas por ley; y, por los institutos superiores técnicos y tecnológicos, creados por el CONESUP. Las unidades educativas conformadas por autoridades, personal académico, estudiantes y trabajadores, de personería jurídica sin fines de lucro, garantizada la autonomía y sujetas a mecanismos de control constitucional y legalmente establecidos, tienen la responsabilidad de rendir cuentas a la sociedad sobre el buen uso de su autonomía y el cumplimiento de su misión, fines y objetivos(43,65) marcos legales que crean tensiones institucionales como se observa en la Fig. 8

Fig. 8 - Tensiones en el sistema universitario ecuatoriano



Fuente: Marcos legales del país 2008 -2021

Elaboración: Dra. Lilián Calderón.

En las unidades educativas públicas la educación es laica y financiada por el Estado, para el 2003 a decir de Hurtado O. se promueve la armonización de los enfoques académicos que faciliten llegar a acuerdos mínimos en lo relacionado con la comprensión y comparabilidad de títulos, orientaron su mirada hacia adentro en busca de la calidad, difundiendo la experiencia Tuning, difundir, proveer información(99,100).

En la educación superior de pre y posgrado se dan cambios de los marcos legales(65) se implementa procesos de evaluación de los profesionales, de los estudiantes(101) de calidad, de acreditación de las universidades y carreras(43) en cuyos estándares de evaluación están: la respuesta de la formación en relación al perfil epidemiológico, a la vinculación con la comunidad, a los grupos prioritarios, a las necesidades del país, para el 2014, la Autoridad Sanitaria define el perfil de los profesionales sanitarios que requiere el país (43,45,101–103).

Se exige el cumplimiento del Art. 32 de la Constitución como parte de los Derechos del BUEN VIVIR o Sumak Kawsay, que define:

“La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. [...] políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, [...]”(34).

En aras de la garantía del Derecho a la Salud, se implementan políticas en recursos humanos a través del Decreto Ejecutivo 813, como el de recambio generacional y jubilación, aplicado a un buen número de profesionales de la salud, tanto en el campo docente, administrativo como en los servicios, se incrementó la carga laboral de 4 a 8 horas de los profesionales médicos especialistas de la salud, unificación salarial, escalafón docente.(40) Se evidencia la brecha no cuantificada de profesionales con perfil de APS, tanto médicos generales como especialistas, el personal para cubrir las necesidades del primer, segundo y tercer nivel de atención, requiere ser evaluado de acuerdo al grado de pertinencia a las necesidades de cada nivel de atención, evaluación que debe ser transversalizada por género y generación(64).

Ante éste déficit, se planifica la formación de recursos humanos emergentes en una corte de postgrado interinstitucional de Medicina Familiar, proceso que evidencia la brecha existentes de talento humano para la APS en el SNS, al ser declarada la salud una prioridad, lo que ratifica lo evaluado por la OPS en la formulación de la APS-R y en el literal 5 de los Desafíos de Toronto, esta es una problemática de la formación en medicina, acorde con las necesidades del primer nivel de atención (16).

En pregrado esta formación debe dar cumplimiento a lo estipulado en el Principio de pertinencia la LOES en el Art. 107.- establece. - “[...] consiste en que la educación superior responda a las expectativas y necesidades de la sociedad, a la planificación nacional, y al régimen de desarrollo, a la prospectiva de desarrollo científico, humanístico y tecnológico mundial, y a la diversidad cultural [...]”.(65).

El profesional médico “que sabe hacer con lo que conoce” es en la formación de médico general que debe abordarse las herramientas necesarias para responder al 80% de las patologías más frecuentes del 30% de la población que acude a los servicios del primer nivel, para su resolución según White. et. al. (35,37,104).

3.1 Caracterización curricular de la Carrera de Medicina de la Universidad Central del Ecuador al 2016

La UCE con 116 rectores hasta la actualidad, ha desafiado los lineamientos políticos, las restricciones económica, el usufructo del poder individual al poder de la sociedad, el bloqueo del debate y del pensamiento libre a lineamientos establecidos, desde el Congreso de Cundinamarca del 18 de marzo de 1826, capítulo VII, art. 44 que se forman las Escuelas de Medicina, al 25 de julio de 1827 que se expide el Reglamento Universitario en el cual se fundamenta el espíritu democrático, a las Asambleas Constituyentes de Colombia en 1945 y de Ecuador en 1946 en la que declara la Autonomía (UCE), El Decreto Legislativo de 1847 precisa las funciones de la Facultad de Medicina “progreso de las ramas pertinentes a la Medicina, [...] método higiénicos y tratamientos convenientes para evitar o remediar las enfermedades endémicas o

epidémicas [...]”(105). El modelo de gobernanza analizado y no declarado a la luz de Brunner se puede observar fluctuante en los extremos de la legalidad, **Fig. 9**.

Fig. 9 - Modelo de gobernanza de la Universidad Central del Ecuador. 2017 - 2019.



Fuente: Brunner(106)

Elaboración: Dra. Lilián Calderón L

Medicina, inmersa en el devenir de la vida universitaria, como tal se funda el 13 de abril de 1693(10,52). Cátedra de Medicina en la Real Cédula de Carlos II, pasa a Escuela de Medicina en tiempo indefinido, en 1863 por ley fue nominada Facultad de Medicina y secuencialmente denominada Escuela de Medicina, y en 2010 se denomina Carrera de Medicina, pasa de ser “[...] recluida en un Monasterio de los Andes, físicamente a funcionar desde 1959 en un mirador del Centro Oriente de la Ciudad de Quito, junto al Hospital Eugenio Espejo, en El Dorado, con infraestructura propia en área de dos manzanas [...]”, (5,58,60).

En la década 2006-2015 ha graduado a 4366 médicos/as generales(50,62) con la **misión** de: “[...] profesionales médicos por 324 años **al servicio del ser humano, la familia, la comunidad**, [...]” (62,107).

La **visión** de “[...] Serán profesionales, pensantes, críticos, proponentes con una formación holística en lo social, cultural, económico, ambiental y con bases sólidas en Atención Primaria de Salud; [...]”(50,107).

El Perfil de Egreso con 9 de los 18 postulados que favorecen un currículo orientado en APS: “Orientado a la APS, como eje transversal de la formación médica”, “Formado bajo un criterio de atención integral del individuo, la familia y la comunidad; en el ámbito de la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación; con enfoque bio-psico-social”, “[...] identificar e intervenir sobre los diversos factores determinantes del fenómeno salud enfermedad”, “[...] adecuada comunicación integral con el paciente, la familia, la comunidad y el equipo de salud”, “[...] consciente del trabajo en equipos inter y multidisciplinarios...”, “[...] Con conocimientos básicos de administración y gestión de servicios y programas de salud en los que participa activamente”, “[...] de los criterios de las políticas públicas de salud y de la legislación sanitaria vigente”, “[...] intervenir en los planes nacionales de desarrollo y para el buen vivir”, y “[...] la conservación de la vida, el equilibrio ambiental y a promover estilos y condiciones de vida saludable...”(61), pesos estratégicos que se pueden evidenciar en la **Fig. 10**.

Fig. 10 - Componente estratégico de la Carrera de Medicina de la Universidad Central del Ecuador, 2019.

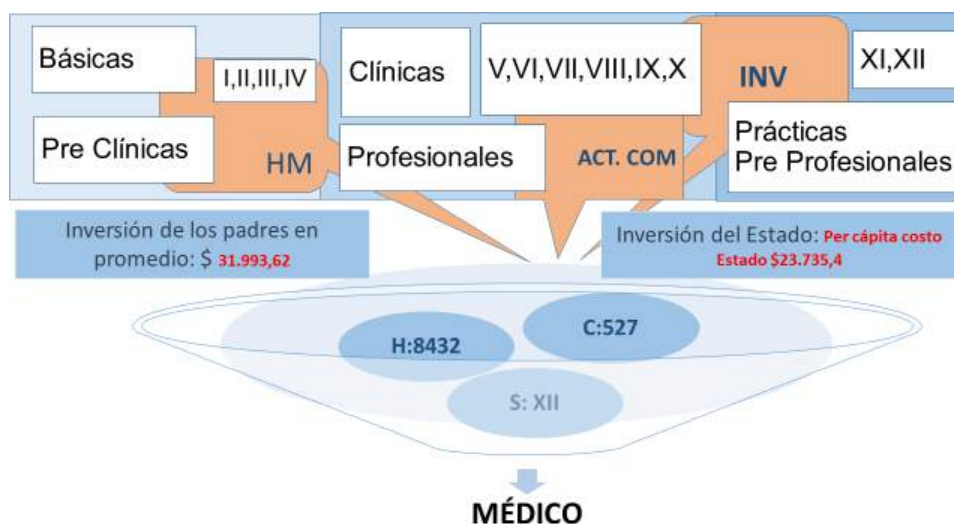


Fuente: Carrera de Medicina (108)– Gimeno Sacristano(23)

Elaboración: Dra. Lilián Calderón L.

La Carrera forma profesionales Médicos, con aprobación de créditos obligatorios, niveles de inglés, vinculación con la sociedad, ciclos de Internado Rotativo con productos investigativos del primer nivel de atención, currículo organizado por asignaturas, duración 12 semestres, Fig. 11.

Fig. 11 - Organización curricular Carrera de Medicina de la UCE, 2016.



Fuente: Currículo de la Carrera de Medicina(59,108)

Elaboración: Dra. Lilián Calderón L

En el primer Examen de Habilitación para el Ejercicio Profesional de la Carrera de Medicina EHPECM, convocado por el CEAACES (16/11/2014) que congregó a 3000 profesionales presentados de una corte de dos años, más del 30% corresponden a graduados en Medicina de la Central (930) lo que demuestra la influencia del modelo de formación de los médicos de la UCE en el accionar del SNS, considerando que al momento la población ecuatoriana es de 16.338.677 habitantes para el 2017, con una proporción 1:1 hombres y mujeres, bono demográfico de adolescentes y población joven, con preferencias acentuadas al estudio de la Carrera de Medicina, como lo demuestra la **Tabla 8** de cupos a nivel nacional de la Carrera de Medicina, informe dado por la SENESCYT a propósito de ésta investigación(109,110).

Tabla 8 - Opción de inscripción nacional a las universidades y a la Carrera de Medicina de la Universidad Central del Ecuador. 2012 – 2017. Ecuador 2019.

Períodos	Inscritos a la universidad	Nacional para Medicina		UCE – Medicina	
		Si aceptan	%	Si aceptan	%
1er. Semestre 2012	57562	725	1,26	0	0,0
2do. Semestre 2012	129817	687	0,53	343	49,9
1er. Semestre 2013	141079	1086	0,77	289	26,6
2do. Semestre 2013	147413	892	0,61	560	62,8
1er. Semestre 2014	157057	1287	0,82	107	8,3
2do. Semestre 2014	322354	1527	0,47	330	21,6
1er. Semestre 2015	223707	1298	0,58	253	19,5
2do. Semestre 2015	199521	970	0,49	133	13,7
1er. Semestre 2016	205542	162	0,08	125	77,2
2do. Semestre 2016	232935	1027	0,44	247	24,1
1er. Semestre 2017	344495	518	0,15	198	38,2
2do. Semestre 2017	292728	250	0,09	250	100

Fuente: Reporte. Asignaciones de Cupo del I Semestre 2012 al II Semestre 2017. Provincia IES-Cantón IES- Nombre IES- Tipo IES- Campo Amplio-Nombre Carrera. Subsecretaría de Acceso a la Educación Superior SAES/SENESCYT. Coordinación de Gestión de la Información - CGI/SENESCYT, febrero 2018(73).

Elaboración: Dra. Lilian Calderón L.

La Carrera de Medicina caracterizada por un plan curricular de cátedras y asignaturas clínicas y quirúrgicas hipertrofiadas, acumulo de carga horaria presencial y créditos, con el mayor tiempo de práctica hospitalaria en los niveles II y III del SNS, incluso desde la mitad de la Carrera (quinto semestre), una quinta parte de su programación académica se ejecuta en el primer nivel de atención como actividades comunitarias hasta agosto 2015 – posteriormente vinculación con la sociedad hasta la actualidad, relación con la comunidad a través de proyectos, un programa organizado para el primer nivel con Agenda de trabajo continua es el Ciclo Comunitario del Internado Rotativo llamado Prácticas Preprofesionales (96,111) con 10 u 11 semanas de ejecución, en 12 Distritos de Salud de las zonas 1 (10 Centros de salud) y 9 (50 Centros de salud) y , relacionados con 7 hospitales de segundo y 5 de tercer nivel de atención, la zona 9 corresponde al Distrito Metropolitano de Quito(96,111).

El perfil de los docentes es de especialistas, con mayor proporción de contratación intrahospitalarios, se realiza actividades comunitarias y posteriormente vinculación con la sociedad con programa sin carga horaria evidente en la currículum, sin asignación de recursos y prioridad para su cumplimiento, modelo curricular vigente a agosto 2016, (50,62,107).

En el cumplimiento de la misión de formar médicos generalistas se identifican nudos críticos, que es necesario analizarlos, en este caso los nudos críticos identificados son: la organización de los contenidos, el modelo de vinculación entre los ciclos básico y clínico, la relación entre teoría y práctica, tiempo asignado a las actividades disciplinarias y al estudio independiente del alumno, los tipos de escenarios en los que se desarrolla la formación, el momento de la inserción en la práctica, el lugar

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

del alumno y del profesor en el proceso de enseñanza y aprendizaje, y en su conjunto los presupuestos que autorregulan los procesos, son algunos de los nudos críticos del currículum que por reiteradas ocasiones evidencian los internos rotativos.

Los postulados no lograron aterrizar en la práctica, la voluntad política de las autoridades de turno, la falta de entendimiento de los docentes de las cátedras hegemónicas en la carrera, los espacios de poder al interior de las cátedras, sin considerar que el perfil de egreso se construye peldaño a peldaño, en fina red entre todos los que hacen la docencia en la Carrera de Medicina, con los docentes asistenciales de los servicios de salud involucrados en la inserción de los estudiantes en los diferentes niveles de atención de la red y de seguro con la comunidad.

El ejercicio continuo de evaluar, reformular, capacitar en el cumplimiento, seguir la implementación y desarrollo del ciclo curricular, tareas continuas y altamente técnicas y competentes, dominio del tema, el proceso histórico, procesos institucionalizados, sostenidos, continuos que vayan madurando en el tiempo darán frutos a 10, 15 o 20 años, pues la Responsabilidad Social de la UCE pasa por el cumplimiento del Perfil de Egreso de los profesionales, la gestión óptima de los recursos que en cada nivel compete gestionar y en el cumplimiento del fin institucional por todos sus integrantes.

La Constitución garantiza el derecho a la educación hasta el tercer nivel de formación, priorizando en recursos el Sector Social estratégico para educación 6% del PIB y salud 4,5% del PIB, inmersa en éste sector están las universidades públicas que históricamente manejaba recursos mixtos de asignación del Estado y de autogestión (cofinanciamiento), con la nueva normativa el presupuesto para el nivel de grado (tercer nivel) pasa a formar parte de la asignación de recursos públicos centralizados en cuentas únicas del Ministerio de Finanzas del Presupuesto General del Estado, desembolsos y asignaciones presupuestarias que no necesariamente reconoce la necesidad institucional individual y se asignan en tiempos diferidos(112).

La UCE con sus 16 facultades, 64 carreras, una de ellas la Carrera de Medicina que tiene una población al 2016 de 3800 estudiantes, 430 docentes y trabajadores administrativos y de servicios generales, al ser la segunda institución de educación superior más grandes en el país, de relevancia en la asignación del presupuesto para la formación de Profesionales de Salud en grado de Médico(62,113).

Un error en la correcta lectura del costo y la efectividad del proceso de formación de médicos en la universidad pública incurriría en una privatización de la educación superior en grado y post grado, pues al no disponer de los recursos necesarios la matriculación será disminuida y la certificación limitada, contradiciendo la orientación formativa de los bachilleres que acceden con las mejores notas en el Examen Nacional de la Educación Superior ENES- Ser Bachiller(114) a igual comportamiento de los posgrados donde los de mejores recursos formativos en el grado ganan los espacios de becas del Estado, situación que podría orientar a una privatización de la educación superior en el Ecuador,(5,15,76,112,115).

La IES - UCE responde a una Planificación Estratégica para lograr sus objetivos, fortalecido en planes curriculares que respondan a la misión, visión y perfil académico que se compromete a entregar a la ciudadanía ecuatoriana, latinoamericana y el mundo(116,117).

La Constitución, de base sistémica, establece el SES, conformada por organismos rectores y unidades que se integran con iguales fines y mecanismos de integración y liderados por un ente rector como es la SENESCYT, coordinada por un organismo técnico CEAACES, regulada por la LOES, que estandarizan y ejecutarán los procesos de autoevaluación, evaluación externa, acreditación, categorización y aseguramiento de la calidad(65,69,118).

La Asamblea Constituyente de Montecristi, expidió el Mandato Constituyente No. 14, “[...] da inicio a la categorización, dicta una Disposición Transitoria que señala “[...] en el plazo de un año, deberá determinar la situación académica y jurídica de todas las entidades educativas bajo su control [...]”. La Función Legislativa en cumplimiento del Art. 91 de la LOES, ejecuta la conoce y resuelve los informes finales del CONEA y CONESUP, ejerce la supremacía del Estado, identifica brechas “[...] académicas, democráticas, investigativa, tecnológica, [...] se emite la Categorización A, B, C, D, la Universidad Central es certificada con Categoría A, de acuerdo al informe final de 2009(43,119,120).

Para el 2013 el CEAACES realizará la segunda recategorización de las universidades y escuelas politécnicas tanto públicas como privadas, de grado y posgrado, aplicando los criterios de academia, eficiencia académica, investigación, organización e infraestructura, la UCE está categorizada en la Categoría B (120).

Este sistema de categorización influye en la asignación de recursos, los criterios de asignación de recursos al Sector Universitario se realizan en base al Art. 24 de la LOES: toma en cuenta la Eficiencia, Equidad, Justicia y Excelencia académica, de acuerdo a: 1. Número de estudiantes y costo por carrera y nivel, 2. Número, dedicación, título y experiencia docente en función de las evaluaciones pertinentes, 3. Clasificación académica y tipología de las instituciones, carreras y programas, 4. Eficiencia en docencia e investigación y relación con el desarrollo nacional y regional, y 5. Eficiencia administrativa.

Explicita un sistema de incentivos a la excelencia académica, el mejoramiento de la formación de los equipos de profesores e investigadores, el tipo de carrera, el fomento a la investigación, la innovación y el desarrollo tecnológico. Adicional vinculación de su oferta al desarrollo nacional y regional o sinergia nacionales e internacionales. SENESCYT (65,118). Esta ruta de asignación de recursos cambia el enfoque histórico de la asignación a nuevos desafíos de la gestión presupuestaria desde el 2011.

Los estudiantes desde el 2013 que aprueban el ENES con el mayor puntaje nacional que superan los 940/1000 puntos, en el sistema educativo optan por matricularse en las 22 Carreras de Medicina de las 21 universidades del país, con preferencia agotan la matriculación de la Central(115,121).

La educación un derecho, gratuidad, la mejor inversión en el tiempo anterior, presente y futuro, de financiamiento adecuado, autonomía universitaria e igualitaria, calidad, libre, democrática, corresponsable del progreso, el futuro del país, pertinente a nuestra realidad, redundando en progreso económico, conocimiento, dominio y entendimiento de la información, adelanto tecnológico, educación acreditada, interinstitucionalidad y defensa de lo público (65,116,119).

Conclusiones

La carrera de Medicina desde sus orígenes se manifiesta como promotora de la salud, inclusiva de la diversidad étnica, cultural, religiosa, preventiva de las enfermedades prevalentes de cada época de la historia, de evitar la diseminación de la contaminación y acompañante de las enfermedades terminales en el complemento del Buen Vivir al Buen Morir, desde sus orígenes implementa las estrategias de Atención Primaria de Salud que debe aterrizar en la implementación de los micro currículos de cada docente y estudiante a médico general.

Sin embargo en el análisis de la historia llama la atención que en las Asignaturas consideradas como NO pertinentes para el ENHEPCM percibidas por los Médicos Rurales, 2017-20 UCE están: administración en salud, actividades comunitarias con calificaciones bajas, siendo éstas de suma importancia en la promoción y prevención del proceso salud- enfermedad, que deben aplicarse en la cátedra de vinculación con la sociedad, que son puntales en la formación del médico general, en el marco de la implementación de la estrategia de Atención Primaria de Salud para el logro del perfil profesional requerido por la sociedad, lo cual invita a trabajar en el rediseño del currículo para lograr el objetivo de preparar un médico/ca capacitado que logre impacto en la APS, se llegue a cumplir los postulados de APS en ALMA ATA desafíos para la III reforma universitaria.

Bibliografía

1. The Pan American Health Organization Promoting Health in the Americas. Declaración de Alma Ata [Internet]. 2012. Available from: http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm
2. Calderón Layedra LR. Percepción de pertinencia del Currículo Médico de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador en relación con las necesidades de salud en el Primer Nivel de Atención, del Distrito Metropolitano de Quito - Ecuador [Internet]. []. [BR]: Universidad de Sao Paulo; 2019. Available from: <http://dx.doi.org/10.11606/t.17.2019.tde-01062020-085825>
3. **Constitución de la República del Ecuador 2008** Decreto Legislativo 0 Registro Oficial 449 de 20-oct-2008 Última modificación: 13-jul-2011. Disponible: [CONSTITUCION 2008.pdf \(www.gob.ec\)](http://www.gob.ec/CONSTITUCION%202008.pdf)

4. Granda E. Salud y equidad. In: La salud pública e identidad. Quito; 2009.
5. Yépez FR. La formación de los Médicos en el Ecuador en los últimos 50 años. 1960 - 2010. 1ed. Quito, Ecuador: Editorial Bicromía; 2013. 295 p.
6. Estrella E, Crespo A, Herrera D. Antecedentes nacionales e internacionales para la creación del Ministerio de Salud Pública. In: Desarrollo histórico de las políticas de salud en el Ecuador (1967 - 1995). Quito: Proyecto Análisis y Promoción de Políticas de Salud; 1997. p. 1–21.
7. Puertas B, Marco Herrera, Aguinaga G. La promoción de la salud en el Ecuador. In: La promoción de la salud en América Latina: modelos, estructuras y visión crítica Centers for Disease Control, Universidad de Puerto Rico San Juan, 2004. 2004. p. 1–18.
8. Estrella E, Crespo-Burgos A. Medicina y Salud Pública durante la Colonia. In: Benítez RF-, Bustos CH-, Granda E, Valdivieso HJ-, Paredes RL-, editors. El Cóndor, La Serpiente y El Colibrí. Quito-Ecuador; 2002. p. 64–72.
9. Quito HVA. PUCE. Rev Médica Vozandes. 2020;
10. Breve historia de la medicina del Ecuador [Internet]. Quito: Casa de la Cultura Ecuatoriana Benjamín Carrión; 2013. 194 p. Available from: [http://www.casadelacultura.gob.ec/?ar_id=5&li_id=129&title=Breve Historia de la Medicina en Ecuador&palabrasclaves=Breve Historia de la Medicina en Ecuador](http://www.casadelacultura.gob.ec/?ar_id=5&li_id=129&title=Breve+Historia+de+la+Medicina+en+Ecuador&palabrasclaves=Breve+Historia+de+la+Medicina+en+Ecuador)
11. Organización Panamericana de la Salud. Llamado a la acción de Toronto. Hacia una década Recur Humanos en Salud para las Américas [Internet]. 2005;1–9. Available from: [http://www.msal.gob.ar/observatorio/images/stories/documentos_institucional/decada de rhus/3-4-b-desafiostoronto.pdf](http://www.msal.gob.ar/observatorio/images/stories/documentos_institucional/decada_de_rhus/3-4-b-desafiostoronto.pdf)
12. CONASA. El talento humano en los umbrales del nuevo milenio. 2008;27–39. Available from: http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publications&alias=105-el-talento-humano-en-los-umbrales-del-nuevo-milenio-ii-edicion&Itemid=599
13. Sistema Nacional de Salud del Ecuador: Financiamiento con aseguramiento universal: Memorias del seminario organizado por AFEME, CONASA, MSP - Proyecto MODERSA (BM), OPS/OMS. Quito; 2001.
14. Reforma-del-Sistema-de-Salud-del-Ecuador-hacia-la-Cobertura-Universal_ 2014.pdf.
15. Cabrera S, Cielo C, Moreno K, Ospina P. Las Reformas Universitarias en el Ecuador (2009-2016): Extravíos, ilusiones y realidades. Primera Ed. Ediciones Fausto Reinoso(Universidad Andina Simón Bolívar SE, editor. Quito; 2017.
16. Organización Panamericana de la Salud. Llamado a la Acción de Toronto. Hacia una década Recur Humanos en Salud para las Américas [Internet]. 2005;1–9. Available from: [http://www.msal.gob.ar/observatorio/images/stories/documentos_institucional/decada de rhus/3-4-b-desafiostoronto.pdf](http://www.msal.gob.ar/observatorio/images/stories/documentos_institucional/decada_de_rhus/3-4-b-desafiostoronto.pdf)
17. Macinko J, Montenegro H, Nebot Adell C, Etienne C. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Rev Panam Salud Pública [Internet]. 2007 Mar [cited 2018 Mar 8];21(2–3):73–84. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892007000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
18. Rodas E, Hermida C, Fernando S, Mármol X, Echeverría R. Plan de gobierno en salud: lineamientos generales 1998 - 2002. Quito-Ecuador; 1998.
19. 03-ELS_APS_JGirard-21Sept2015.
20. Latinoamericana R. La medicina social y las experiencias de atención primaria de salud (APS) en Latinoamérica : historia con igual raíz. 2010;
21. Escuela de Medicina de Harvard y Intituto Picker. Los ocho principios de la atención centrada en el paciente. 2015; Available from: <https://www.oneviewhealthcare.com/the-eight-principles-of-patient-centered-care/>

22. Moreto G, Benedetto MAC De, Roncoletta A, Lamus F, González P. La educación médica y la propuesta “ Salud para todos ”: la Declaración de Alma-Ata treinta años después. Cuad Med en Investig y Salud. 2008;(May 2014):109–19.
23. Gimeno Sacristán J. Curriculum: una reflexión sobre la práctica. El currículum una reflexión sobre la práctica [Internet]. 1991;240–334. Available from: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/profesorado/sitios_catedras/902_didactica_general/material/biblioteca_digital/gimeno_sacristan_unidad_3_TallerAct.pdf
24. Ecuador. Constitución Política De La República Del Ecuador [Internet]. Ecuador; 1998. Available from: http://www.oas.org/juridico/spanish/mesicic2_ecu_anexo15.pdf
25. Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud Ley 80 Registro Oficial 670 de 25-sep-2002. Disponible: [LEY ORGANICA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.pdf \(misionpichincha.gob.ec\)](http://misionpichincha.gob.ec/LEY_ORGANICA_DEL_SISTEMA_NACIONAL_DE_SALUD.pdf)
26. Cantonales P. Guía Metodológica.
27. C DCC, Mogro GT, Laspina DC, Ame P De, Riera DC, Ops R. CONSEJO NACIONAL DE SALUD DIRECTORIO JULIO 2009. 2009;
28. Congreso por la Salud y la Vida, Por una salud equitativa, Calidad DYDE. Concertación ciudadana en salud hacia la Asamblea Nacional Constituyente Consejo Nacional de Salud III Congreso por la Salud y la Vida “Dr. César Hermida Piedra” Cuenca 2007. 2009;
29. UDAL. Declaración de la tercera reunión de universidades de caribe, centroamérica y méxico. 2018;1–4.
30. Congreso por la Salud y la Vida. “ Edmundo Granda Ugalde ” LOJA 2009 Eje de rectoría. 2009;
31. Organización Panamericana de la Salud/OMS. Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Ops/Oms. 2005;21:1-16.
32. Segunda Asamblea Mundial de la Salud de los Pueblos.
33. Ecuador. Constitución de la República del Ecuador 2008. Registro Oficial - Órgano del Gobierno del Ecuador 2008 p. 218 Pages.
34. Ecuador. Constitución de la República del Ecuador 2008. Registro Oficial - Órgano del Gobierno del Ecuador Quito-Ecuador; 2008 p. 218 Pages.
35. Ecuador. Ministerio de Salud Pública. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud- MAIS/FCI. Ecuador; 2016 p. 211.
36. Ecuador. Ministerio de Salud Pública. Conjunto de prestaciones del sistema nacional de salud [Internet]. Quito: Consejo Nacional de Salud; 2007. Available from: <https://studylib.es/doc/8283703/conjunto-de-prestaciones-del-sistema-nacional-de-salud#:~:text=El Plan Integral de Salud, definido en el,de acciones de las entidades integrantes del sistema.>
37. Moreira JM., Narvaez A. Boletín epidemiológico 53. Bol Epidemiológico. 1997;6(54).
38. Alvarez M. “Modelo De Atención Integral De Salud Familiar Comunitario E Intercultural Aplicado En El Centro De Salud N° 1 De Azogues 2009-2011.” El Escorial. 2012;1–107.
39. Morales-borrero C, Borde E. ¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. Fac Nac Salud Pública [Internet]. 2013;15(6):797–808. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v15n6/v15n6a03.pdf>
40. Presidente Constitucional de la República del Ecuador. Decreto no. 813 (reformas al reglamento general de la Ley Orgánica de Servicio Público [Internet]. Ecuador; 2011 p. 5. Available from: <https://www.gporellana.gob.ec/wp-content/uploads/2015/03/Decreto-Ejecutivo-813.pdf>

41. Malo M. Reforma del Sistema de Salud del Ecuador. 2013; Available from: http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2013/transmision/archivos/Ponencias_06_Junio/04.pdf
42. Ecuador. Ley Organica de Educación Superior, LOES [Internet]. 2010 Ecuador; 2010 p. 1–58. Available from: <http://www.conocimiento.gob.ec/wp-content/uploads/2015/07/Ley-Organica-de-Educacion-Superior-LOES.pdf>
43. Consejo de Evaluación, Acreditación y Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior CEAACES. Ecuador: el modelo de evaluación del Mandato 14. Ceaaces. 2010. 113 p.
44. Consejo de Evaluación, Acreditación y Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior CEAACES. Modelo para la evaluación de las carreras de medicina versión matricial. Ceaaces (Consejo de Evaluación, Acreditación y Aseguramiento de la calidad de Educación Superior Ecuador; 2014 p. 1–61.
45. Perfil Medico Agosto 2016 (2).
46. Moreno S. VI Atención Primaria de Salud. In: U.N.A.M., editor. Factores de riesgo en la comunidad I: Elementos para el estudio de la salud colectiva. México; 1991. p. 49-55,57-58, 60–1.
47. Almeida PF. de, Giovanella L, Mendonça MHM. de, Escorel S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. Cad Saúde Pública [Internet]. 2010;26(2):286–98. Available from: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v26n2/08.pdf>
48. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Astaná. Glob Conf Prim Health care [Internet]. 2018;0(0):12. Available from: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf>
49. López Pulles R., Tapia Tamayo A. Génesis de la Universidad Central del Ecuador. Rev la Fac Ciencias Médicas. 2019;44(1):80–5.
50. Reseña histórica UCE. 2017. p. <http://www.uce.edu.ec/>.
51. Consejo de Evaluación, Acreditación y Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior CEAACES.. Modelo para la evaluación de las carreras de medicina versión matricial. Ceaaces (Consejo Evaluación, Acreditación y Asegur la Calid Educ Super. 2014;1–61.
52. Paredes-Borja V., Mosquera-Sánchez C. Historia de la Facultad de Ciencias Médicas - Universidad Central del Ecuador. Quito-Ecuador: Universidad Central del Ecuador - Editorial Universitaria; 1977. 410 p.
53. Estrella E., Burgos AC-. Historia de la enseñanza médica en Quito Tomo II. Quito-Ecuador: Ministerio de Salud Pública; 237 p.
54. Estrella E. Pensamiento médico ecuatoriano primera parte. Ecuador BC del, Nacional CE, editors. Quito: XLIII Biblioteca Básica del Pensamiento Ecuatoriano; 2004. 253 p.
55. Estrella E., Crespo A. Historia de la enseñanza médica en Quito tomo II. Pública M de S, editor. Quito; 2009. 237 p.
56. Yépez E. 150 años de la Facultad de Medicina. Quito-Ecuador; 1979. 337 p.
57. Fierro R., Hermida C. El Precursor: Doctor Eugenio Espejo. In: Fierro R, Hermida C, Granda E, Jarrín H, López R, editors. El Cóndor, La Serpiente y El Colibrí La OPS/OMS y la Salud Pública en el Ecuador del Siglo XX. Quito - Ecuador; 2002. p. 73–82.
58. Universidad Central del Ecuador. Plan de reforma integral: documento instructivo año lectivo 1999/2000. Quito; 1999.
59. Universidad Central del Ecuador. Diseño curricular del nuevo plan de estudios de la Escuela de Medicina. 1999 p. 90.
60. Read J., Pacheco V. Autoevaluación de la Carrera de Medicina. 2012.
61. Perfil del Egreso de la Carrera vigente en el periodo de ev_medicina.pdf.
62. UCE en cifras. www.uce.edu.ec

63. Lopez-Cevallos D, Chi C, Ortega F. [Equity-based considerations for transforming the Ecuadorian health system]. *Rev Salud Pública (Bogotá)*. 2014;16(3):347–59.
64. Vaca RB. Feminización de la profesión médica e inserción laboral pública en Ecuador. 2015;
65. Ecuador. Ley Orgánica de Educación Superior, LOES. 2010 [Internet]. 2010;1–58. Available from: <http://www.conocimiento.gob.ec/wp-content/uploads/2015/07/Ley-Organica-de-Educacion-Superior-LOES.pdf>
66. Codificado Del Reglamento De Régimen Académico 1.
67. Consejo de Evaluación, Acreditación y Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior CEAACES. . Instrumento de cuantificación del desempeño institucional. 2004;
68. Consejo de Evaluación, Acreditación y Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior CEAACES. Resultados de la acreditación y categorización 2009 [Internet]. Available from: <http://www.ceaaces.gob.ec/sitio/resultados-de-la-acreditacion-y-categorizacion-2009/>
69. Educaci ELCDE, Considerando S, Org L, Consejo EL, Oficial G, Naciona P, et al. REPÚBLICA DEL ECUADOR CONSEJO DE EDUCACIÓN SUPERIOR. 2016;(719).
70. Cabrera Proaño LF, Clave P, Cuevas JLM, Damm M. L, Elisa DRA, Velázquez B, et al. Competencias Profesionales : *Rev Educ en Ing*. 2006;1(3):1–11.
71. Oficio Nro. CEAACES-COA-2014-0001-O.pdf.
72. Consejo de Evaluación, Acreditación y Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior CEAACES. Informe final de la evaluación de la carrera de Medicina de la Universidad Central del Ecuador [Internet]. Quito - Ecuador; 2016. Available from: www.ceaaces.gob.ec
73. SAES/SENESCYT. Asignación de cupo del I Semestre 2012 al II Semestre. Quito-Ecuador; 2018.
74. Evaluación ENDE, Carrera DE, El P, Profesional E. ¡Sé parte de la historia! participa en este proceso, es tu responsabilidad. 2014;
75. Sempértegui F. Sesión Solemne de la UCE. 2017. Quito-Ecuador; 2017.
76. Carvajal I. Universidad Sentido y Crítica. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2016. 307 p.
77. Consenso Global sobre la Responsabilidad Social de las Facultades de Medicina. 2010;
78. Senplades. Sostenibilidad, conservación, conocimiento del patrimonio natural y fomento del turismo comunitario, Garantizar los derechos de la naturaleza y promover un ambiente sano y sustentable [Internet]. 2009. 520 p. Available from: <http://plan.senplades.gov.ec/>
79. Bollela VR, José Lúcio Martins Machado. Internato baseado em competências: “bridging the gaps” [Internet]. 1ra. MedVance, editor. Belo Horizonte; 2010. 99 p. Available from: <http://www.ufrgs.br/pediatria/conteudos-1/seminarios/subsidios-bibliograficos/educacao-baseada-em-competencias/bollela-internato-baseado-em-competencias-2010>
80. Calderón Layedra LR, Meza Brito PG, Dueñas Matute SE, Ruano Rivadeneira TL, Erazo Carvajal DA, Nunes AA. Protocolo de evaluación por competencias en la clínica de simulación y robótica. *Rev la Fac Ciencias Médicas* [Internet]. 2018;43(2):86–100. Available from: https://revistadigital.uce.edu.ec/index.php/CIENCIAS_MEDICAS/article/view/2825
81. Rocha JSY. A favor de veto contra o veto.
82. Unesco. Las Nuevas Dinámicas de la Educación Superior y de la Investigación para el Cambio Social y el Desarrollo. *Conf Mund Educ Super*. 2009;1–9.

83. Cabrera Proaño LF, Cazar García JC. Hacia una educación de excelencia: el rediseño curricular de medicina aprobado en 2017 genera nuevos cambios. *Rev la Fac Ciencias Médicas*. 2018;43(1):81–91.
84. Bravo L, Astudillo F. *Internado Rotativo en Ciencias de la Salud en Ecuador*. Quito-Ecuador; 2011.
85. Espejo EX de S y. *Reflexiones. Salud PF-CN de*, editor. Quito - Ecuador; 2010. 255 p.
86. Barreiro PI. *El IESS y el Seguro Social Campesino*. Auspicio d. Quito-Ecuador; 2004. 139 p.
87. García JC. Juan César García entrevista a Juan César García. 2007;153–9.
88. Borrell RM. La educación médica en América Latina: debates centrales sobre paradigmas científicos y epistemológicos. In: Argentina, editor. *Proceso de transformación curricular: otro paradigma es posible*. Argentina: Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Rosario; 2005. p. 1–32.
89. Calderón L. *Entrevista al Dr. Fernando Durán*. 2018.
90. Mayorga G. *El Médico Comunitario*. Quito-Ecuador: PROPUMED; 2009. 103 p.
91. Organización Panamericana de la Salud. Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud, Alma Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. In p. 3. Available from: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
92. Zambrano C, Andrade G, Cañas M. As vozes dos protagonistas: sinopse dos projetos: a comunidade e os serviços de saúde: experiências e perspectivas para o século XXI. In: *A educação dos profissionais de saúde na América Latina Tomo 2*. Sao Paulo: Hucitec; 1999. p. 327–32.
93. Feuerwerker LCM, Sena R de E. La construcción de nuevos modelos académicos de atención a la salud y de participación social. In: *La educación de los profesionales de la salud en Latinoamérica: Tomo I Una mirada analítica*. Sao Paulo - Brasil: Hucitec Ltda.; 1999. p. 47–82.
94. Odm M. PROYECTO DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE AMÉRICA DEL SUR Informe Final Taller Regional : Situación , Lecciones Aprendidas y Perspectivas dentro del Contexto de los Objetivos de. 2007; Available from: http://bvspers.paho.org/SCT/SCT2008-020/SCT2008020.pdf?fbclid=IwAR2EgyCJdj8t2h39TZxwl2bKVXG1iSBOPxiQoB72uZ_xEtoyO5sKSkjnuYM
95. Guarderas C. *La reforma de la escuela de Medicina*. Quito-Ecuador; 2003.
96. Universidad Central del Ecuador. *Agenda Informativa del Programa de Internado Rotativo*. Mayo 2016 a abril 2017. Quito; 2016.
97. Polit E. *Informe definitivo de evaluación aprendizaje de la carrera de medicina Índice general*.
98. Consejo de Evaluación A y A de la C de la ES (CEAACES). *Informe de resultados del examen de habilitación para el ejercicio profesional de la carrera de Medicina aplicado el 30 de julio de 2017*. Universidad Central del Ecuador. Quito-Ecuador; 2017.
99. SENESCYT - Secretaría Nacional de Educación Superior , Ciencia , Te ... 2014;649092.
100. Bravo Salinas NH. Competencias Proyecto Tuning-Europa, Tuning.-America Latina. Inf las Cuatro Reun del Proy Tuning-Europa América Lat [Internet]. 2007;1–27. Available from: http://www.cca.org.mx/profesores/cursos/hmfbcp_ut/pdfs/m1/competencias_proyectotuning.pdf
101. Consejo de evaluación acreditación y aseguramiento de la calidad de la educación superior C. *Guía para los convocados. Examen de Habilitación para el Ejercicio Profesional. Carrera de Medicina*. [Internet]. 2016. Available from: www.ceaaces.gob.ec
102. Consejo de Evaluación, Acreditación y Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior CEAACES. *Informe definitivo de evaluación aprendizaje de la carrera de Medicina índice general*. Quito; 2015.

103. Evaluación de desempeño institucional de las universidades. 2009;(14). Available from: http://www.ceaaces.gob.ec/sitio/wp-content/uploads/2014/02/INFORME_FINAL_UNIVERSIDADES_M141.pdf
104. Márquez M. Siglo XXI: Realidades e incertidumbres en el trabajo de los salubristas. Rev Cuba Salud Pública. 2014;40(1).
105. Fabián V. Memorias del Tricentenario. 1693 - 1993. Quito;
106. Brunner JJ. Gobernanza universitaria: Tipología, dinámicas y tendencias. Rev Educ. 2011;355:137–59.
107. Facultad de Ciencias Médicas [Internet]. 2017. Available from: <http://www.uce.edu.ec/web/ciencias-medicas>
108. Universidad Central del Ecuador Carrera de Medicina F de CM. Agenda Informativa - Programa de Internado Rotativo, Mayo 2016 - Abril 2017. Quito - Ecuador: Facultad de Ciencias Médicas;
109. REPORTE_MEDICINA.
110. Proceso de Admisión correspondiente al segundo semestre 2017.pdf.
111. Universidad Central del Ecuador. Agenda informativa del Programa de Internado Rotativo. Septiembre 2016 - agosto 2017. Quito; 2016.
112. Dólares E. Ejecución de Gastos - Reportes - Información Consolidada Ejecución del Presupuesto (Grupos Dinamicos) Ejecución de Gastos - Reportes - Información Consolidada Ejecución del Presupuesto (Grupos Dinamicos). 2012;
113. Ministerio de Salud Pública. Perfil profesional del médico general para el sistema nacional de salud. Quito-Ecuador; 2013.
114. Artículo de Investigación [Internet]. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/467/46712102.pdf>
115. UNICEF. La Inversión social en el Presupuesto General del Estado 2011. 2011.
116. Haddad G. La educación superior , agente del desarrollo humano y social : el punto de vista de la UNESCO. :0–2.
117. SENESCYT - Secretaría Nacional de Educación Superior , Ciencia , Te ... 2014;
118. La Evaluación y La Acreditación en La Educación Superior en [Internet]. Available from: <http://ecuadoruniversitario.com/directivos-y-docentes/legislacion/ley-organica-de-la-educacion-superior/el-capitulo-ii-de-la-loes-explica-el-financiamiento-actual-de-universidades/>
119. Ecuador Universitario.Com. El Informe del CONEA y el Mandato 14 han sido muy positivos para mejorar la Educación Superior [Internet]. 2012. Available from: <http://ecuadoruniversitario.com/noticias/noticias-de-interes-general/el-informe-del-conea-y-el-mandato-14-han-sido-muy-positivos-para-mejorar-la-educacion-superior/>
120. Universidades Recategorización 2013 [Internet]. Available from: <http://www.expatri.com/es/guia/america-del-sur/ecuador/13676-listado-de-universidades-y-escuelas-polit-cnicas-del-pa-s.html>
121. Guia para la autoevaluación con fines de mejoramiento de las carreras de la Universidad Central del Ecuador.pdf.

CAPÍTULO II: DESARROLLO DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN ECUADOR

Capítulo II A: Desarrollo de los servicios con enfoque de niveles de atención.

Lilián Rebeca Calderón Layedra¹, Freddy Israel Narváez Pullopaxi², Altacilio Aparecido Nunes³

¹ Docente Universidad Central del Ecuador. Correspondencia: lcalderon@uce.edu.ec

² Municipio del Distrito Metropolitano de Quito

³ Docente Universidad de Sao Paulo

Lilián Rebeca Calderón Layedra

<https://orcid.org/0000-0003-4788-2621>

Freddy Israel Narváez Pullopaxi

<https://orcid.org/0000-0003-4047-9178>

Altacilio Aparecido Nunes

<https://orcid.org/0000-0001-9934-920X>

Desarrollo de los servicios con enfoque de niveles de atención: primer nivel de atención

En las reformas de la enseñanza médica en Estados Unidos de América, Abraham Flexner emitió el “Informe Flexner” en (1910),(1) quien diagnosticó la situación prevaleciente en las escuelas de Medicina de los Estados Unidos, caracterizadas por: la división explícita de las ciencias básicas y las ciencias clínicas, expresando:

La importancia del médico en el tratamiento de la enfermedad, pronunció que “[...] si no existe enfermedad no hay razón de que exista el médico [...]” y, que la “calidad de una escuela puede medirse por la calidad de los clínicos que produce”, o que, “[...] hospital como centro de experimentación, propuso que cada universidad tenga su hospital [...]” priorizó la dimensión biológica de la enfermedad, la atención basada en la territorialidad del conocimiento implementando la “departamentalización del conocimiento [...]” y “la especialización de la práctica médica”(1).

Para López (1991)(2) y Borrell (2012)(3) en las recomendaciones más importantes dirigidas al campo hospitalario como centros de formación de futuros profesionales tenemos : a) la prestación de servicios de salud de médicos se realizará bajo un programa único, certificado por un Comité; b) los cursos serán impartidos por profesional calificado; c) se establecerán laboratorios especiales para la enseñanza biomédica con el instrumental y equipo indispensable; y, d) la enseñanza clínica se llevará a cabo en hospitales bajo la supervisión de Médicos Especialistas(2,4).

Desde el Informe Flexner [...] el control de los hospitales por las universidades y dispensarios médicos para estudios clínicos, aplicando la conferencia, la elección demostrativa y el ejercicio práctico, por los años 1950, la formación del médico se traduce en el dominio de lo clínico(1,5).

En "El futuro de los servicios médicos y afines" o Informe de Bertrand Dawson De Penn (1920) en Reino Unido, como resultado del análisis de la estructura gubernamental frente a las mayores necesidades de salud después de la Primera Guerra Mundial, con el mandato de *"considerar y formular recomendaciones acerca del esquema necesario para proporcionar en forma sistemática aquellos servicios médicos y afines que deben estar a la disposición de los habitantes de una región dada"*(6).

El informe recomienda una política de salud reconstructiva y de relación entre los servicios médicos y los problemas de la Ley de Pobres existente con el gobierno local. Propone una organización nueva y ampliada de los servicios para dar disponibilidad general en función de las necesidades de la comunidad, considerando mejora de costos, eficiencia, beneficioso al público y a la profesión médica. Solución de los problemas de la salud cada vez más complejos pasando del nivel individual al nivel de esfuerzos combinados, con mejores resultados en la misma institución. Analiza el incremento de los costos a mayor complejidad y la menor posibilidad de pago individual, además de requerir áreas especializadas de cuidado, pues el hogar es insuficiente. Estableciéndose una cadena de mayor eficiencia, con más organización y mayores gastos(6).

El Médico General debe ocuparse de la prevención y la curación en estrecha coordinación, abarcando al individuo y la comunidad. Los planes de salud deben ser asequible a todas las clases de la comunidad, deben crecer, ampliarse y adaptarse a las diversas condiciones locales y contener todos los servicios necesarios. Enfatiza que la inclusión de las especialidades tiende a privar al estudiante de medicina y al médico de la experiencia que necesita(6).

Se propone la clasificación de los servicios de acuerdo a la proximidad del usuario y la solución en red de sus problemas de salud, a la complejidad de la infraestructura, dotación de personal y servicios que presta tomando en consideración la docencia tanto en el escenario de inserción del estudiante a la práctica, cuanto en la oportunidad de solucionar e investigar las enfermedades complejas, con todos los recursos disponibles para la academia(6).

Regula el funcionamiento y complejidad de la atención creando un sistema de referencia, contrarreferencia y seguimiento al paciente, clasifica a los servicios en: 1). **Domiciliarios**: no institucionales (hogar, preventivos y curativos con médico, dentista, farmacéutico, enfermera, partera y enfermera visitadora) e Individuales (distintos de los servicios públicos). 2). **Centro de Salud**: **Centros de Salud Primarios CP** de servicio sencillo y **Centros de Salud Secundario CS** más especializados, pudiendo variar en tamaño y complejidad y vinculados a un hospital docente. 3). **Hospital Docente** que cuente con una escuela de medicina, en donde el hospital debe incorporar los Centros Secundarios; y, los **Servicios complementarios**: deben ser parte de los centros primarios y secundarios, en extensa región con personal especializado(6).

Aporta con la historia clínica como una herramienta de gestión de la red de servicios, con profundidad mayor en el hospital docente, con lo cual se incentiva y desarrolla la investigación. Estructura un sistema de atención que debe regir una sola autoridad por área y en general, el que vendría a ser el rector del sistema de salud. Sugiere una relación orgánica entre el médico y el administrador y la regularización de los hospitales públicos y privados(6).

Recomendó: 1) Adquisición de edificios y equipo, 2) Servicios convenientemente correlacionados y asequibles a todos, 3) Oportunidad para realizar el mejor trabajo posible y para el progreso del saber, 4) Coordinación entre la medicina preventiva y curativa, y 5) Libertad de acción para médico y paciente. Se sugiere que se realice en coordinación y acuerdo con profesionales y comunidad, dando fuerza a la participación. Define las funciones de los médicos generales de: curación y prevención, medicina laboral, atender en su domicilio o en centro acordado, dándole las facilidades para que ejerza en cualquier situación, el usuario podría solicitar asesoría o experto en el hogar, dispondría de servicios auxiliares (farmacéutico, enfermería, partería y visitadoras), de farmacia: medicina y equipos (pagados o por la seguridad social), de enfermería: voluntario, esencial, insuficientes, el profesional tanto en el CP y CS, dispondrían de equipo y apoyos, podrían ejercer cargos directivos, no a tiempo completo que desalentaría la iniciativa, disminuiría el sentido de responsabilidad y estimularía la mediocridad(6).

En esta propuesta las Parteras que se encargan de la obstetricia, las Enfermeras visitadoras con acciones preventivas, asociada a aspectos curativos, limitadas en no aconsejar el tratamiento o presentarse como personal de salud sin consentimiento y supervisión del médico, y los servicios odontológicos, domiciliarios e institucionales, en acuerdo con el

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

médico. En cuanto a acomodación con salas de diversos tamaños y fines, tomando en cuenta la fisioterapia natural con todos los requerimientos necesarios; y, servicios de ambulancia(6).

Los centros secundarios: recibirán de los primarios, solo los que requiera, que han pasado la etapa aguda, servicios primarios de promoción y prevención, funciones educativas centro de estudios para médicos graduados y de adiestramiento para enfermeras y demás personal. Servicios generales médico, quirúrgico, servicios especiales obstétrico, ginecológico, oftalmológico, otorrinolaringológico, dermatológico, ortopédico, genitourinario, odontológico y de higiene industrial. Laboratorios de patología en todas sus ramas. Otros servicios como: farmacia, radiología, electroterapia, hidroterapia y radioterapia(6).

Este Informe reafirma las propuestas del Informe Flexner, sugirió el fortalecimiento de la medicina privada, así como su generalización. Los países adoptaron la formación de recursos de Flexner y la provisión de servicios de Dawson, desarrollando sistemas de salud con: bajo impacto frente a la patología de la pobreza, utilización de equipos e instrumental de alta sofisticación tecnológica y con costo elevado de recursos humanos para el enfrentamiento de la patología de los pobres, servicios centralizados en áreas urbanas dirigida a población con altos recursos económicos, medicina deshumanizada de escaso contenido social y ético, denominándole “La Crisis De la Medicina”.

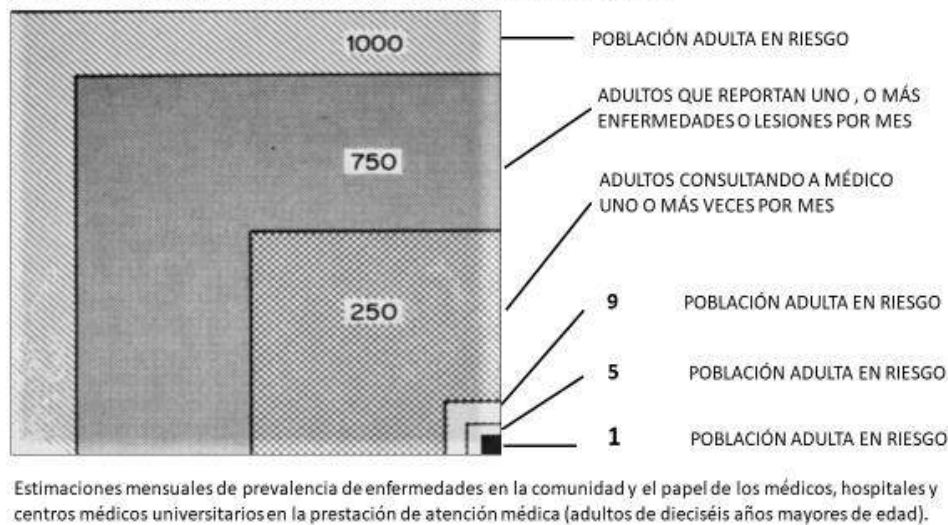
En estudios de White en 1961(7) y Williams y Greenberg 2001(8) tomando en cuenta las organizaciones del cuidado de salud, la educación médica y la investigación, en un mes cualquiera, demuestran: de cada 1000 habitantes 750 a 800 reportan síntomas por mes, 250 llegan a realizar consulta una o más veces por mes, 9 fueron hospitalizados por mes, 5 fueron referidos a otro profesional con prestaciones de alta tecnología médica y de ellos sólo 1 es referido a un hospital universitario(7,8).

¿Qué medidas estamos utilizando para evaluar a la demanda que depende de la voluntad del paciente?, ¿el paciente es la unidad de medida no la enfermedad?, ¿Cómo la gente utiliza los recursos de los servicios de salud?, ¿Dónde estamos enseñando medicina? ¿Cuál es el escenario de aprendizaje que ofrecemos a los estudiantes?, de éstas preguntas lo más probable es que se valore la demanda demostrada por White, Williams y Greenberg del 1 por 1000 y se prepare muy bien al médico para que lo atienda en el escenario de máxima complejidad y se deja de formar al futuro médico que sea capaz de atender a la mayoría de pacientes que (se) decide ir a buscar atención en la puerta de entrada del sistema de salud y a las personas que en general nunca llegan a consultar los servicios de salud (7,8).

El estudio “The ecology of medical care revisited”(9) reproduce el estudio de White, Williams y Greenberg de 1961(7) de 1000 personas en un mes de estudio de las cuales 800 personas reportan síntomas, 327 consideraron consulta médica, de ellos 217 llegan a realizar consulta (113 visitan a médicos de primer nivel y 104 directamente al especialista), 65 visitaron a la medicina alternativa y complementaria, 21 visitas a clínicas privadas, 14 recibieron cuidados en casa, 13 visitan un departamento de emergencia, 8 son hospitalizados y 1 hospitalizado en un centro médico académico evidencia el comportamiento de las necesidades poblacionales de acceso a los servicios, el mayor porcentaje de las necesidades de salud se encuentran en el primer nivel, un pequeño porcentaje requieren atención de hospitalización de moderada a alta complejidad y un mínimo porcentaje requiere atención de la más alta complejidad, que se evidencia en una estructura piramidal. **Fig. 1.**

Fig. 1 - La ecología de la atención médica

La ecología de la atención médica



Fuente: White L. K. et.al. 1961(7)

Los dos estudios demuestran variación por edad, sexo y raza, más adultos que niños, más mujeres que hombres, más blancos que negros reciben cuidados en consultorio y hospitales, al igual que cuidados en casa, el uso de la emergencia no varía con el sexo, edad o raza. Los cambios fueron pequeños en los 40 años de diferencia en los dos estudios, presentando estabilidad de esta proporción en la interacción entre la gente y los servicios de salud(7,9).

El modelo ecológico puede ser aplicado para limitar la calidad y seguridad de los programas, para una hospitalización de alta complejidad se requiere de dos factores la variabilidad en la práctica médica y la demanda inducida.

La variabilidad en la práctica médica depende de necesidades diferenciales; subutilización de servicios efectivos y seguros a iguales necesidades; desequilibrio en la oferta de servicios; baja consideración de la preferencia de los pacientes; cuando la práctica no está conducida por la necesidad la oferta se constituye en una fuente de variabilidad inapropiada.

Demanda inducida: cuando se dan prestaciones más de las necesarias por modalidad de pago a quienes prestan el servicio y demanda por medicina a la defensiva debido a:

- el hecho de garantizar el acceso a bienes y servicios esenciales, puede no resultar suficiente para reducir las brechas en la salud de la población,
- es conveniente generar un adecuado pool de riesgos, porque las respuestas individuales resultan menos eficientes que las colectivas,
- también hace falta garantizar una respuesta segura y adecuada en términos clínicos,
- en tanto se integre como parte del derecho a la salud, la respuesta frente a las enfermedades catastróficas debe ser homogénea en calidad,
- el impacto de las principales variables que condicionan a la utilización de la alta tecnología, la variabilidad en la práctica médica y la demanda inducida (7,9).

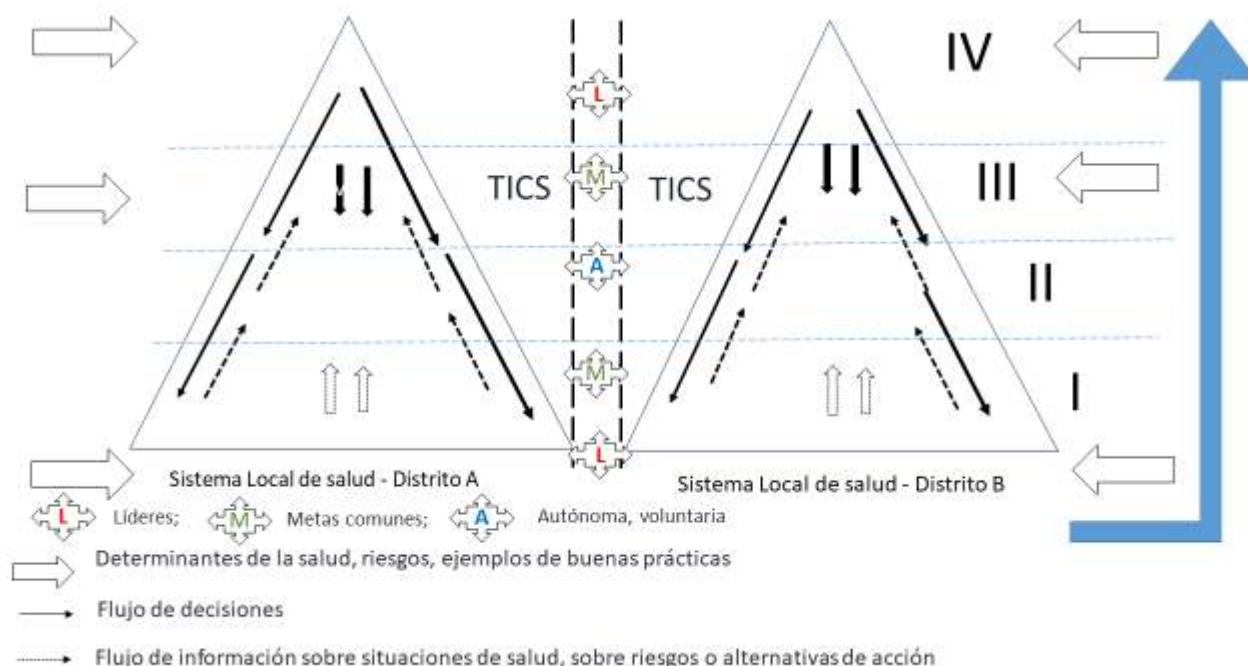
La estructura piramidal de organización de los servicios de salud basados sobre una geográfica definida hiperjerarquizada a nivel cantonal, provincial y nacional con un vértice decisorio burocrático, forman una estructura incapaz de liderar con los riesgos de la globalización que las condiciones materiales y humanas, incluso para el desarrollo de la vida diaria y en sociedad, se dan a nivel globalizado, donde el cantón se vuelve virtual interactuando sin fronteras, lo que dificulta el análisis de las necesidades, tendencias de salud y de políticas efectivas de solución para su población. Entonces las políticas

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

responden a las prioridades del gobierno y las instituciones sanitarias pierden confianza ante el pueblo; además el Estado al perder el poder de proteger a los ciudadanos de las decisiones internacionales, de fuera de sus fronteras, limita la práctica local de resolución de problemas a una realidad global(10).

El nuevo modelo de acción basado en el avance de la tecnología y la información, sin posibilidad de democratizar el conocimiento por el difícil acceso a la información y la privatización del conocimiento mediante leyes o propiedad intelectual. Una acción que contrarreste esta hiperjerarquización piramidal es la utilización de la información y las redes formando redes profesionales, de líderes, con objetivo común, vínculos voluntarios, en diferentes niveles de acción, organizados en distritos virtuales, con acciones locales y nacionales e internacionales, independientes del poder político institucional, creando una herramienta de socialización del conocimiento, definiendo un agenda de acción, creando base de conocimiento confiable en defensa de la salud Kickbusch 1999(11,12). Ver **Fig. 2**

Fig. 2 - Teoría de la estructura piramidal: La armadilla de las pirámides, Adaptado a SNS de Ecuador



Fuente: Harzheim E., Alvarez-Dardet, C. Armadilha das pirâmides. Cad. Saude Publica 2001; 17(4): 1009-1015(11,12)

Elaboración: Dra. Lilián Calderón

Los límites en los sistemas de salud se encuentran, muchas veces en la calidad de los profesionales que están instalados en él. No se trata de incompetencia sino de falta de adecuarse al sistema, a las necesidades locales, a la cultura y a la propuesta de trabajo, que sepan trabajar en equipo y de modo eficaz, educarlos para que actúen de modo reflexivo, democrático "practicante activo" para formar médicos con verdadera vocación y que sepan cuidar de las personas, con un diferencial de calidad.

Desarrollo de los servicios con enfoque de niveles de atención: primer nivel atención del Sistema Nacional de Salud

La situación precaria de salud de los individuos pobres y marginados del país, la casuística de paludismo, enfermedades transmisibles, la tuberculosis, el sarampión, la viruela, generan altas tasas de mortalidad general y específica por edades, para la época se clama por la defensa biológica de la raza(13–16).

La medicina tradicional ofertada por shamanes, curanderos, sobadores y parteras en los domicilios en las zonas rurales y marginales, fue sustituida por la medicina occidental ofertada en casas de salud y hospitales de carácter misericordioso y de ayuda a los trabajadores que eran mano de obra de las empresas creadas, perfilándose a dar atenciones de salud especializadas al atender enfermedades específicas, sin dar prioridad a lo preventivo y a la comunidad(17).

Las unidades de salud inauguradas desde 1541 del primer hospital de Guayaquil hasta 1914 el hospital Civil de Riobamba, Loja, Ambato, Portoviejo, Ibarra, Azoguez y Esmeraldas, alrededor de 39 unidades hospitalarias. El primer dispensario infantil gratuito ubicado en Quito en 1916 por la Junta de Beneficencia, seguido del centro de estudios de tuberculosis Dr. Pablo Arturo Suarez creado en 1938 en Quito, seguido del dispensario No.2 del IESS en 1938 en Cuenca, y el histórico Centro de Salud No. 1 en 1945 en Quito cuando el país contaba con 54 hospitales(15).

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

La creación del centro de salud rural con auxiliares médicos y sanitarios, seguido de servicios básicos y comunitarios para poblaciones pobres y enfermas, ausente inicialmente la participación de la comunidad trae a posteriori el empoderamiento y participación de la comunidad y el análisis de las causas de la enfermedad, el redireccionamiento de abajo hacia arriba del entendimiento de salud - enfermedad(17).

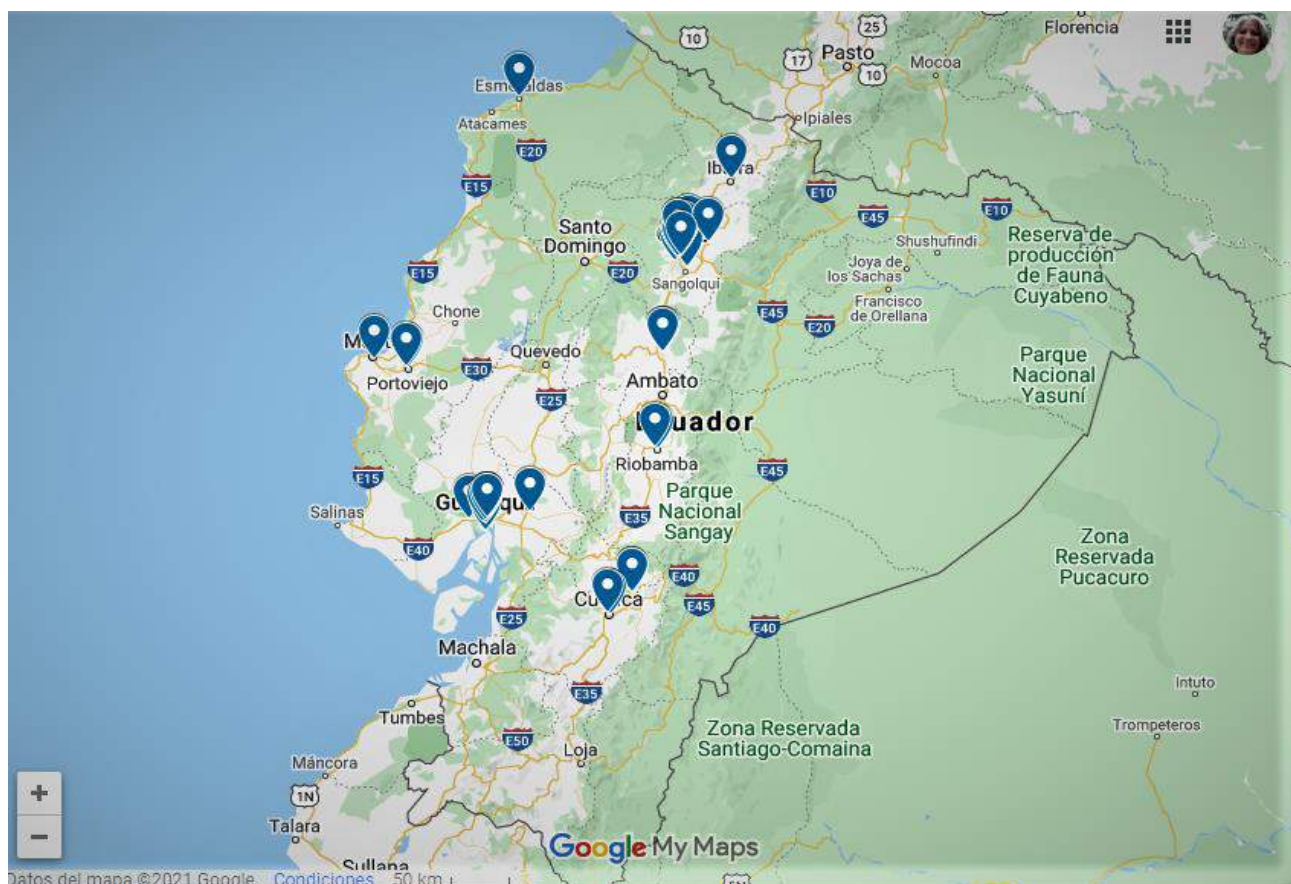
Por tal razón se crea la Dirección de Sanidad en 1908 en Guayaquil, luego el Servicio Sanitario Nacional en 1925, con función de prevención y control de enfermedades infecto contagiosas, vacunación e higiene escolar, la protección sanitaria de la maternidad y la infancia(18).

En 1936 el Ministerio de la Provisión Social con Asistencia Social, Sanidad e Higiene con completa autonomía entre sí, se encarga(se) de la atención médica en la red de hospitales de las principales ciudades, casas cunas, hogares de expósitos y maternidades, dando atención de caridad y gratuita. Para la población obrera, se funda el Instituto Nacional de Previsión el 8 de octubre de 1935 se dan las primeras atenciones médico preventivas de los asegurados se proveen en el local anexo al hospital San Juan de Dios de Quito y el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social en 1937 con el departamento médico y la reglamentación del seguro de enfermedad(15,18,19).

Concomitantemente se funda La primera clínica privada en 1906 en Guayaquil y en 1907 en Quito, La Sociedad de la Cruz Roja Ecuatoriana (1910), el Instituto Nacional de Higiene (1941), La Liga Ecuatoriana Antituberculosa LEA (1940), La Junta de Beneficencia de Guayaquil (1887) y Comité de Lucha Contra el Cáncer (1941) el Hospital Voz Andes Quito (1954), entidades privadas denominadas clínicas se disponen de 12 antes de la fundación del Ministerio de Salud Pública (15,18).

Fig. 3.

Fig. 3 - distribución de unidades de salud 1534 – 1967. Ecuador.



Fuente: Estrella R. (15)

Elaboración: Calderón Lilián.

En 1967 se funda el Ministerio de Salud en una época de bonanza económica. El Ministerio de Salud se encargaría de los hospitales [...] y dispensarios médicos [...](15,18,20). En 1970 se implementó el trabajo del Plan de Medicatura Rural (primera experiencia organizada de recursos formados en APS), se incrementa la formación de recursos humanos en salud con el libre ingreso a la universidad(15,18,21,22).

La expansión de las unidades rurales se da con el Seguro Social Campesino SSC “[...] en Ecuador a 1968, se incluye el plan piloto del Seguro Social Campesino SSC, que incorpora los beneficios de la seguridad social a 611 familias rurales [...]”.(23) En 4 comunidades en unidades creadas en Guabug, Yanayacu, el Palmar y la Pila, con “médicos que abandonen la idea que es igual a atención médica y a hospital, es integrar a las personas como individuos y miembros de la comunidad [...] respondan a la realidad epistemológica, cosmovisión y contexto histórico [...]”(23).

El SSC al ser parte del Seguro General Obligatorio del IESS sirve a las familias de la población rural campesina organizada que desean afiliarse voluntariamente con una módica contribución para la protección de maternidad y enfermedad, discapacidad, vejez y apoyo de funeral al jefe de familia. Las organizaciones proporcionaban un local para el dispensario, donado en escritura pública al IESS, contribución de mano de obra y materiales para la construcción de la unidad de salud y asumir el mantenimiento, en tanto que el IESS asumió la dotación de personal técnico y operativo, equipamiento y funcionamiento con una población afiliada en 1993 de 820.166 afiliados de 2317 organizaciones en 546 dispensarios, a 1998 fueron 978.194 afiliados con 572 dispensarios y al 2017 con cobertura en 658 unidades(23,24).

El déficit en la cobertura de salud de los servicios en las áreas rurales, incentiva a implementar cuidados integrales mínimos con personal paramédico, lo que se denominaría promotores de salud(15).

Los proyectos Sistemas Locales de Salud (SILOS), en 1988;

Plan Nacional de Salud Familiar Integral y Comunitario (se organizó en áreas de Salud) (SAFIC) dándole responsabilidad al profesional de un determinado número de familias;

Proyecto de Fortalecimiento y Ampliación de los Servicios Básicos de Salud en el Ecuador (FASBASE), en el 1997;

El Proyecto de Ampliación de los Servicios de Salud Ecuador (PASSE) vigente julio 2005 – abril 2010 en proceso prorrogado, con el desarrollo de 24 Consejos de Salud Cantonales y Tres Consejos Provinciales de Salud, en infraestructura de salud Bolívar (26 unidades), Chimborazo (64 unidades) y Cotopaxi (31 unidades) de primer nivel de atención, aunado a proyectos de agua potable, saneamiento, alcantarillado, desechos sólidos, obras complementarias y procesos de capacitación del Talento humano local (profesionales 1200, auxiliares 300, parteras 200, agentes comunitarios promotores y líderes de salud 2500, jóvenes 2000 y miembros de la comunidad 3000), nacional (300 becas de 100-diplomado, 200- especialización) e internacional, con un presupuesto planificado-ejecutado 23'989.348- 20'435.628 euros de la Unión Europea y 7'648.820 - 2'865.098 euros del MSP (25); Proyecto de Salud Integral de Esmeraldas (PSIE); Proyecto Salud de Altura en Quito; El Proyecto de Epidemiología Comunitaria en el Norte de Esmeraldas (PAMAFRO 2006), con promotores de la salud y médicos en el control de la malaria, eliminación de la oncocercosis, control de la hipertensión y la diabetes; Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) una manera más equilibrada de distribución de los recursos; En el 2008 el informe la salud es de todos, que lidera la salud en todas las políticas; y también se tomaron decisiones como el la eliminación del SNEM en el 2012.

En el Programa SILOS, en el MODERSA, en 1998 en el marco legal se organiza el sistema de salud, con los tres niveles de atención, en el primer plan de salud del 2000 se asignan funciones al primer nivel de atención.

En Ecuador el Sistema de Salud es un sistema mixto conformado por instituciones públicas y privadas, las cuales se dividen en dos grupos, la Red Pública Integral en Salud (RPIS) y la Red Privada Complementaria (RC)(26).

La RPIS se encuentra conformada por establecimientos estatales, de la seguridad social y con otros proveedores que atañen al Estado(27), el primer actor es el Ministerio de Salud Pública (MSP) por medio de sus entidades prestadoras, el Instituto de Seguridad Social Ecuatoriano (IESS) que atiende a población cotizante y/o afiliada y el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) e Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL) que atienden a miembros activos y pasivos de la policía nacional y del ejército.(28)

La RC se encuentra constituida por instituciones privadas con fines de lucro como: empresas de medicina prepagada, seguros privados, clínicas, hospitales. A su vez, aquellas entidades certificadas por el Instituto de Seguridad Social y/o el MSP, intervienen como prestadores de servicios bajo la modalidad de contratos por prestaciones de servicios.(29)

En el caso de las entidades públicas el financiamiento proviene de fondos fiscales para el Ministerio de Salud y por medio de cotizaciones de los empleadores y trabajadores para el Sistema de Seguridad Social. Los hogares también contribuyen al financiamiento del sector a través de pagos directos, seguros de salud, o pagos de bolsillo cuando la demanda no es satisfecha por el sector público(29).

En el año 2008, con la aprobación de la Constitución de la República en Ecuador, se establece por primer vez que los servicios de salud públicos estatales serán universales y gratuitos, y responsabiliza al Estado de la universalización de la atención en salud, ampliación de la cobertura y la mejora permanente de la calidad de los servicios, en base a la atención primaria(30).

Para el año 2010 y 2011 la RPIS, por medio del MSP atendía alrededor de 51% de la población, el Sistema de Seguridad Social un 25%(31) y un 2% lo hacía el ISSPOL e ISSFA(26). La RC por su parte atendió aproximadamente a un 21% de la población que accedía por pago directo, o por derivación desde la RPIS(26).

El MSP optó por desarrollar el Modelo de Atención Integral en Salud-MAIS, el cual estuvo destinado a responder a la fragmentación, desarticulación y centralización del Sistema de Salud. Este modelo incorporó la estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada (APS-R), como una forma de responder a las nuevas demandas y necesidades de salud y superar las brechas en el acceso a servicios integrales de salud. (29)-(32) A la par, se inició con un nuevo modelo de gestión organizacional, el cual propuso la desconcentración financiera, funcional y administrativa hacia nuevas estructuras territoriales(29).

Según el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS /FCI) se define la Tipología de las Unidades Operativas en el SNS en niveles de atención y por niveles de complejidad en: **Primer Nivel de Atención:** Puesto de salud, Consultorio general, Centro de salud A, Centro de salud B, Centro de salud C; Ambulatorio y Consultorio de especialidad (es) clínico quirúrgico médico u odontológico; **Segundo nivel de atención:** Centro de especialidad Centro clínico- quirúrgico ambulatorio (Hospital del Día); Hospitalario: Hospital Básico, Hospital General; Ambulatorio 1 nivel III-1 Centros especializados; **Tercer nivel de atención:** Hospitalario Hospital especializado, Hospital de Especialidades, Centro de experimentación por registro clínico: y, **Cuarto nivel de atención** Centro de alta Subespecialidad del MSP tiene tres ediciones 2012, 2013 y 2016 (33–35)

El plan de intervención del 2007 de fortalecimiento al nivel hospitalario y más al tercer nivel de atención con los hospitales emblemáticos planteados por la Transformación del Sector Salud, la estructuración de la Red Pública Integral de Salud RPIS y la Red, la implementa el Modelo de Atención Familiar Comunitario del 2009, la conformación de los Equipos Básicos de Atención Integral de Salud (EBAIS) con la participación de un Técnico de Atención Primaria de Salud (TAPS), posteriormente se desarrolla el programa de Médico del Barrio(18,33)

En el 2014, la Agencia de Cooperación Internacional de Japón (JICA) en acuerdo con el Ministerio de Salud Pública planifican la construcción de dos unidades de salud de primer nivel en Calpi y en Santa Rosa provincia de Chimborazo, que atiendan la mayor demanda incrementada del país en 180% de los cantones mencionados, los mismos que se inauguraron en el 2018(36).

La concentración de unidades de salud por niveles de atención organizado por la Red Pública y Red Complementaria se encuentra en la **Tabla. 1.**

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

Tabla 1 – Concentración de unidades de salud por niveles, red del prestador y tipo de red. 2020

Red de atención	Institución	Nivel I		Nivel II		Nivel III		Otros establecimientos	Servicios de apoyo	Servicios de atención móvil
		n	%	n	%	n	%	n	n	n
Red	MSP	1947	63,67	116	36,14	38	41,30		22	570
Pública	IESS	715	23,38	51	15,89	5	5,43		41	115
	Fuerzas Armadas	86	2,81	17	5,30	2	2,17		1	32
	Policía Nacional	44	1,44	1	0,31	2	2,17	1	1	11
	Fiscomisional	6	0,20	5	1,56	1	1,09		2	
	GAD	83	2,71	16	4,98	9	9,78		13	27
	SNAI	45	1,47		0,00		0,00			
Total RPIS		2926	95,68	206	64,17	57	61,96			
Red Complementaria	Junta de Beneficencia		0,00	1	0,31	3	3,26		1	5
	ONG	128	4,19	111	34,58	21	22,83	40	71	46
	SOLCA	4	0,13	3	0,93	11	11,96			6
Total RC		132	4,32	115	35,83	35	38,04			
Total RP y RC		3058	100,00	321	100	92	100,00	41	152	812
Total Nacional		4476								

Fuente: <https://geosalud.msp.gob.ec/geovisualizador/>(37)

Elaboración: Psicólogo Fredy Narváez; PhD. Lilián Calderón

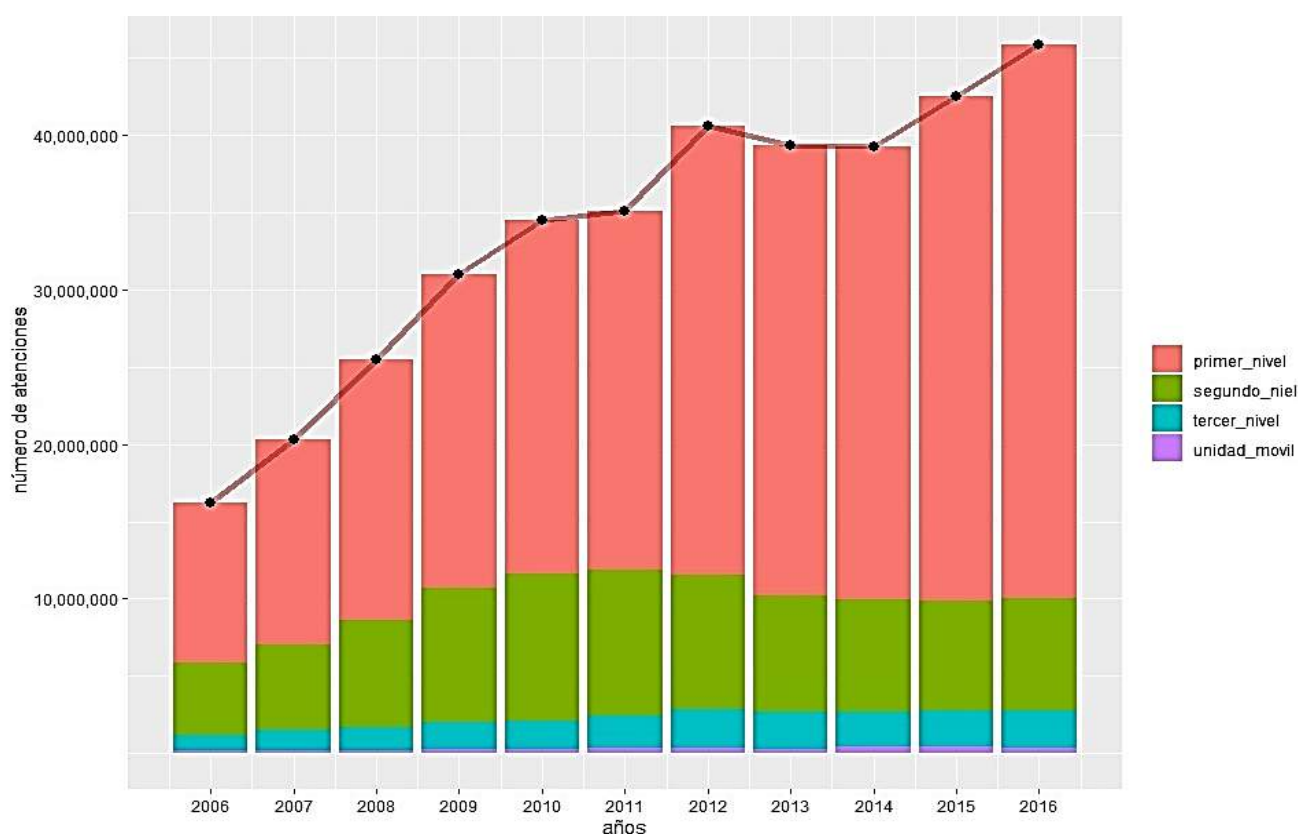
Uno de los ejes centrales del MAIS para garantizar la universalidad y consolidación del Sistema de Salud fue la articulación de las redes de servicios de salud permitiendo la extensión de cobertura sin duplicidad entre prestadores públicos y la complementariedad con el sistema privado, sin embargo, los mecanismos incipientes para la facturación de servicios entre prestadores públicos dejó a prestadores como el MSP incapacitados para cobrar por la prestación de atenciones, sobre todo en el primer nivel de atención, lo que dificulta el acceso a pacientes a otros subsistemas públicos.(38) A esto se sumó que una falta de planificación y excesiva derivación a la RC puso en riesgo la sostenibilidad del sistema, por las altas sumas de dinero facturado y falta de pagos oportunos a prestadores privados que limitaron la derivación de pacientes(28).

El incremento del presupuesto fiscal destinado a la dotación de infraestructura, talento humano y medicación, junto al creciente aumento de la demanda de servicios de salud derivado de la gratuidad, permitieron responder a un aumento de más del 300% en la demanda de servicios de salud.(39) Sin embargo, al año 2017, se encontró diferencias en el uso de servicios de salud públicos en la población.(26) Factores como la necesidad, etnia, seguro de salud, residencia y nivel

educativo, están asociados a una menor probabilidad del uso. Así mismo se ha visto que durante estos últimos años, el gasto de bolsillo, contrario a lo esperado, había aumentado en un 6.5% desde el 1995 al 2016, convirtiéndolo en el segundo país con mayor gasto de bolsillo de toda la región de América Latina y El Caribe(40).

Las prestaciones brindadas de promoción de la salud, prevención, curación, rehabilitación, cuidados paliativos en el primer nivel de atención son de mayor concentración y disminuye progresivamente la concentración de las prestaciones del segundo nivel, sin que se observe disminución en la concentración del tercer nivel en la década 2006-2016 en la mayor red instalada del país que es el MSP. Como se observa en la **Fig. 4**

Fig. 4 – Concentración de cobertura por niveles de atención de la red de servicios del Ministerio de Salud Pública. 2006-2016.

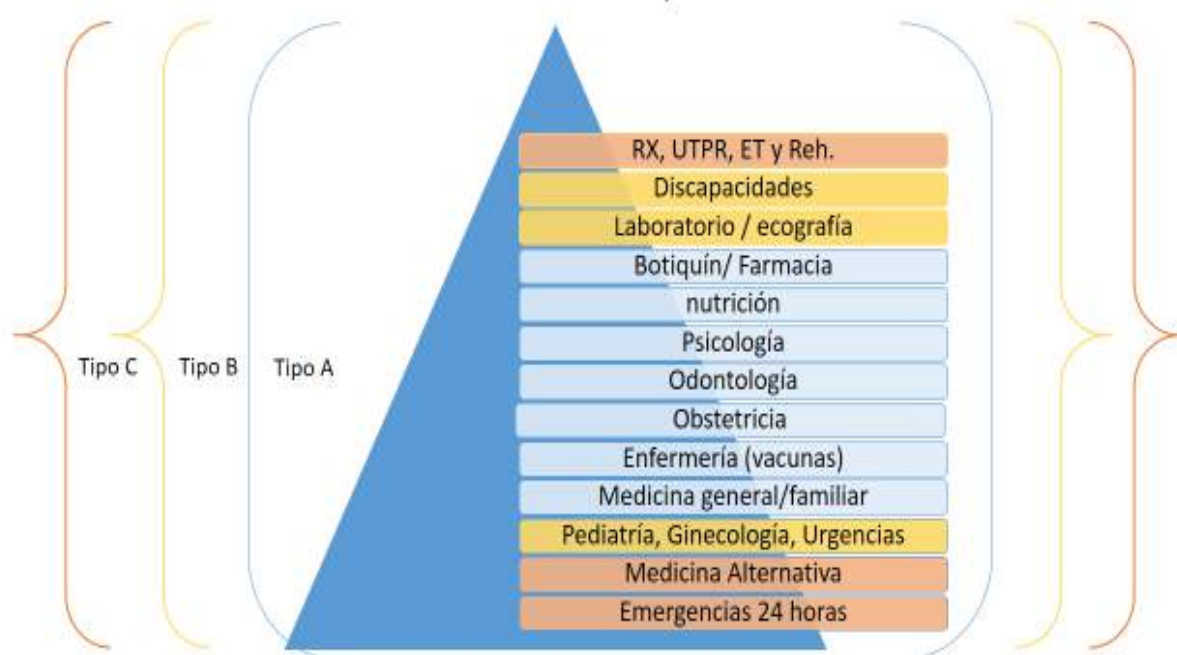


Fuente: <https://geosalud.msp.gob.ec/geovisualizador/>(37)

Elaboración: Psicólogo Fredy Narváez; PhD. Lilián Calderón

Los servicios esenciales en las unidades del primer nivel de atención brindadas por tipo de unidad se pueden observar en la **Fig. 5**

Fig. 5 – Tipología de las unidades de salud en el primer nivel de atención por servicios esenciales proporcionados. SNS 2020.



Fuente: MAIS /FCI(34)

Elaboración: PhD. Lilián Calderón

La APS y la Atención Primaria de Salud Renovada APS-R pone en vigencia la necesidad de los Recursos Humanos pertinentes para el SNS, la APS incrementó su importancia, es una manera inteligente de ver el desarrollo sanitario. (17,18,41). Enfermedades como el SIDA, aumento de enfermedades crónicas, el paludismo, el dengue, incremento de hogares bajo nivel de pobreza y ahora la pandemia del Covid-19 dejan abierto el debate de sobrevivencia en los sistemas de salud, evidencia de infraestructura, servicios, recursos y personal de salud, se requiere justicia, eficacia y acción, la pandemia de Covid-19 obliga a analizar y abordar los determinantes de la salud pública y las lagunas en resultados sanitarios y educativos, da cuenta de fallos en las políticas al no mejorar las condiciones de salud de la población.

La red de servicios contaba con el Instituto Nacional de Higiene “Leopoldo Izquieta Pérez” INH 1941 que fue cerrado el 2012, donde se producían suero antiofídico, vacuna para la tuberculosis, el departamento de virología investigaba arbovirus, virus rábico y la participación de los virus en patologías infantiles gastrointestinales, respiratorias junto con los 38 laboratorios de control de enfermedades.

La cartera de servicios planificada para su nivel y complejidad, adscripción territorial única de la población, con red territorial (territorio-población-epidemiología), con estrategias de mayor costo efectividad de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, asignación óptima de talento humano, priorización del conjunto de prestaciones, licenciamiento y acreditación por tipología, disposición de guías de práctica clínica, con tarifario único, con sistema de información integrado, con planificación territorial de la referencia y contrarreferencia, equidad de per cápitas, financiamiento privilegiando APS, per cápita eficiente, con estrategias como el MAIS/FCI y el Médico del Barrio(34)

Las prestaciones del primer nivel de atención: De acuerdo a Grupos poblacionales, ciclos de vida, escenarios de atención y modalidades de atención, **Fig. 6**

Fig. 6 – Actividades esenciales por especificaciones poblacionales, ciclos de vida, escenarios y modalidad de atención. SNS 2020.



Fuente: MAIS /FCI(34)

Elaboración: PhD. Lilián Calderón

La estrategia de Promoción de la Salud fortalece el primer nivel de atención y del sistema de salud para promover una comunidad saludable con políticas saludables, aptitudes y actitudes saludables, espacios, saludables, participación de la comunidad, y reorientación de los servicios, permite el desarrollo de un abanico de posibilidades de interactuar con las personas, las familias y la comunidad como se observa en la **Fig. 7**:

Fig. 7 - Abanico de posibilidades de interactuar con la persona, familia y comunidad para promover la salud y condiciones de vida saludables.



Elaboración: MAIS /FCI(34)

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

Elaboración: PhD. Lilián Calderón

En otra de las estrategias pilares del primer nivel de atención como la Prevención colectiva acciones como: prevención, vigilancia y control de vectores/ zoonosis, prevención de accidentes domésticos, de trabajo, instituciones educativas y tránsito, prevención de famacodependencias, visita domiciliaria a familias y grupos de riesgo. En prevención individual: consejería relacionada con la salud pública y prevención de la enfermedad, consulta preventiva que incluye esquema de vacunación, detección temprana del riesgo y la enfermedad, tamizaje, discapacidades, preventiva odontológica según norma del MSP. Curación, atención a la morbilidad ambulatoria y hospitalaria, atención prehospitalaria. Rehabilitación: Fisioterapia física, neurológica, ocupacional y de lenguaje, como se observa en la **Fig. 8**.

Fig. 8 - Estrategia de prevención individual y colectiva uno de los pilares del primer nivel de atención del SNS.

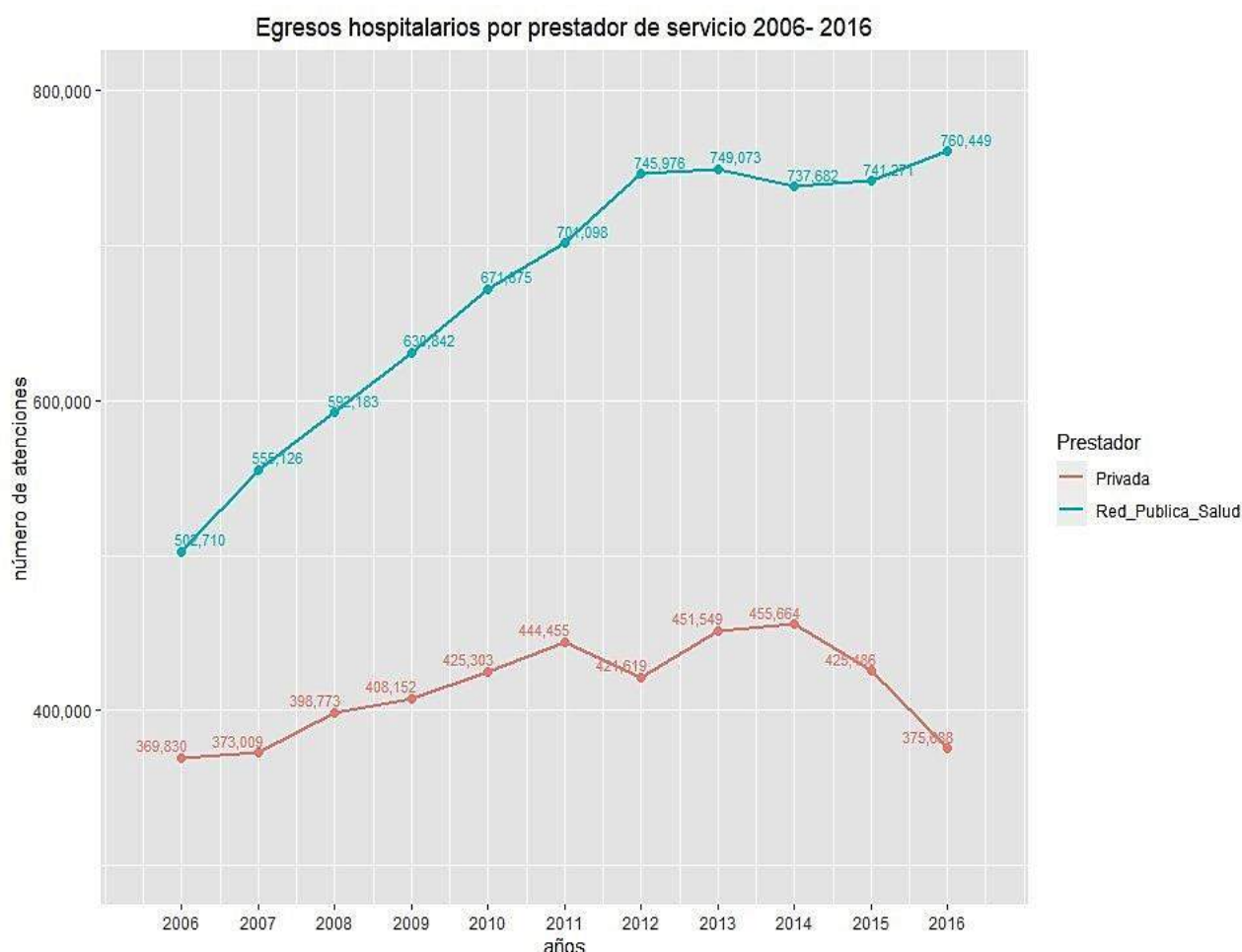


Elaboración: MAIS /FCI(34)

Elaboración: PhD. Lilián Calderón

Los proveedores de la Red Pública Integral representan el 70%, de los Privados el 10% y de la red de privados sin fines de lucro 10%. Con un plan de fortalecimiento del SNS desde el 2008, de un sistema integrado de salud en el corto plazo, al 2014 la integración funcional con convenios bilaterales, en el mediano plazo al 2017, integración funcional completa con un sistema de cruce de cuentas y en el largo plazo al 2023 con el acceso equitativo universal de calidad con pagador único y con un SNS, fue el planteamiento de la TSS al 2009 (MSP). **Fig. 9**

Fig. 9 – Concentración de egresos hospitalarios por por Red Pública y Red Complementaria. 2006- 2016. Ecuador



Fuente: <https://geosalud.msp.gob.ec/geovisualizador/>(37)

Elaboración: Psc Fredy Narváez; PhD Lilián Calderón

En el financiamiento para salud en el 2006 el presupuesto de salud fue de 455,00 millones del PIB (42,43), en el 2012 se incrementa a 1.700,00 millones del PIB(43,44), en el 2019 el financiamiento fue \$2.984.640.951,34 con ejecución del 94,95%. Como se observa en la **tabla 2**.

Tabla 2 – Conformación de la Red Pública Integral de Salud y la Red Complementaria

Red de servicios/ recursos invertidos	Capacidad instalada 2019 (Total unidades/3847)	Capacidad Covid-19 al 2020
Red Pública Integral de Salud RPIS		
MSP – 2019	25%, 34%, 47%	Incremento de camas en UCI
Planificado	1674 ambulatorios	Hospitales centinela
\$2.984.640.951,34	125 hospitales (28 hospitales generales, 79 cantonales y 18 de Especialidades)	Incremento de camas intermedias, acuerdos interinstitucionales para afrontar la pandemia
Ejecutado: 94,95 %	8810 - 9100camas	Apertura de hospitales transitorios
I: 700	Camas intermedias:8704	
II:311	Camas intensivas: 396	
III:440		

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

Red de servicios/ recursos invertidos	Capacidad instalada 2019 (Total unidades/3847)	Capacidad Covid-19 al 2020
Red Pública Integral de Salud RPIS		
	1792 EBAS (M,E,O) 1700 TAPS	
IESS	3864 camas	Designación de hospitales centinela, aplicación de triaje, equipos específicos de atención Covid, coordinación interinstitucional para atención a Niños, Niñas y Adolescentes tempranos con el HBO Primera unidad HEROES para profesionales de salud con Covid
I: 55	Camas intermedias: 3670	
II: 932	Camas intensivas: 194	
III: 536	363 (CAA, UAA, H1) 10 (II nivel) 3 (III nivel)	
SSC	6%, 37%, 24% 902 ambulatorias. (SSC 577 dispensarios al 2004 con 17% de la población rural)(45) 18 hospitales (3 regionales y 5 provinciales) 2279 camas	
ISSFA	ISSFA 72 ambulatorios 16 hospitales Camas nacional: 561 Camas intermedias: Camas intensivas: 23	Asignación de equipos para atención Covid. Espacios exclusivos de atención, coordinación interinstitucional
ISSPOL	ISSPOL 70 - 33 unidades operativas 2 hospitales (III nivel)	
Municipios	Total camas: 391	Trabajo intersectorial Incremento de unidades provisionales
Red Complementaria de Salud RCS		
Sin fines de lucro	27 hospitales Total camas 1066 Camas intensivas: 23 Junta de Beneficencia (4 hospitales 2366 camas) Camas totales 829 Camas intensivas: 77 SOLCA: (8 hospitales especializados en Cáncer y 4 centros ambulatorios) Camas totales: 629 Camas intensivas: 39 Camas intermedias: 590 3023 camas	Complemento a las unidades de la Red Pública
Con fines de lucro	(372 hospitales o clínicas) 99+367 8233 camas – 7020	Complemento a la Red Pública
Seguros privados		

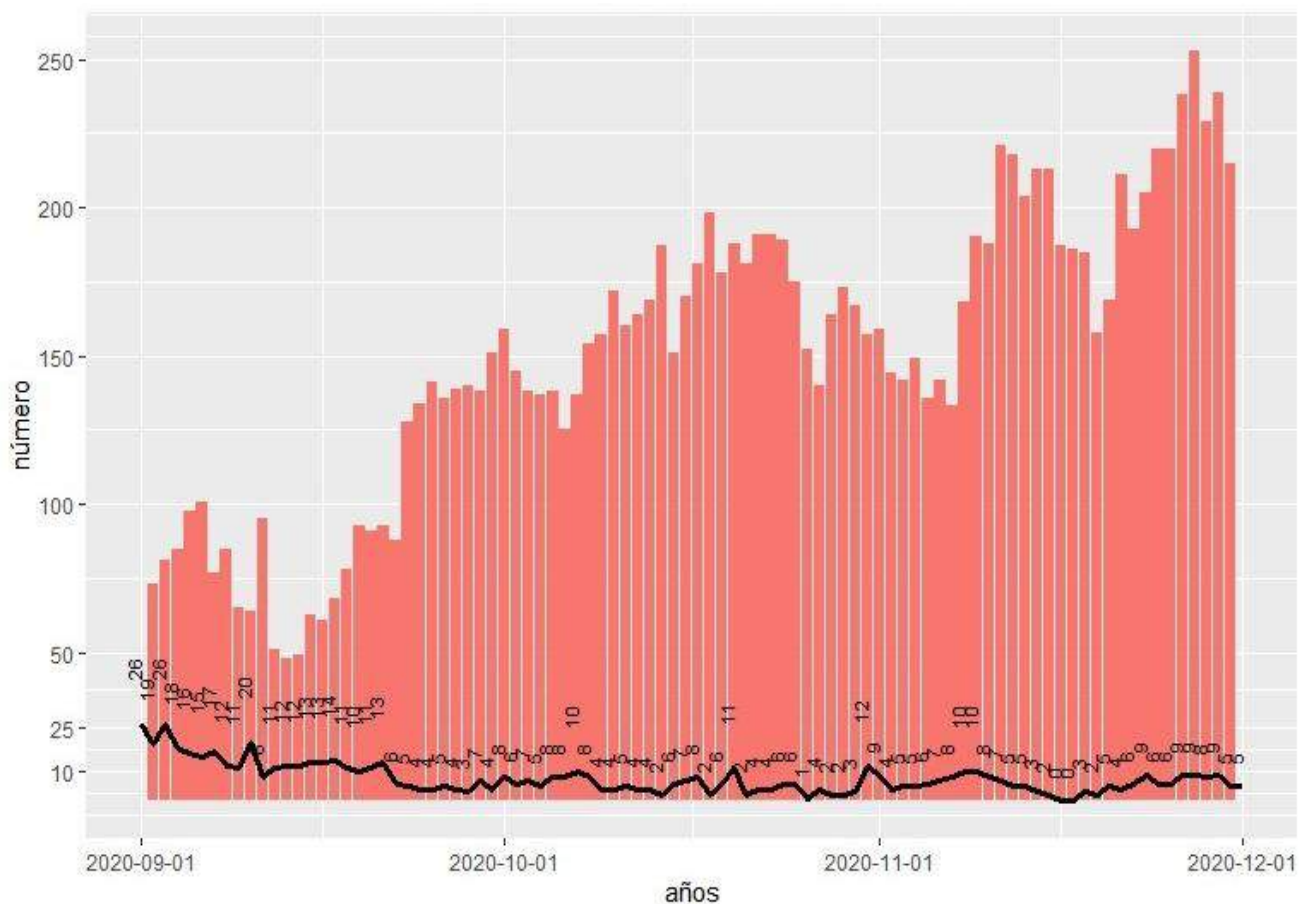
MSP: Ministerio de Salud Pública; IESS: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social; SSC: Seguro Social Campesino; ISSFA: Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas; ISSPOL: Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional.

Fuente: Lucio 201(31); Hermida C. 2013(46); Revista Comunicar 3-5 2006(45); Chang C. 2017(47); MSP(48); Iturralde P.(20(43)

Elaboración: PhD Lilián Calderón

Con efectos de la pandemia a junio 2020 la dotación de camas UCI para el Distrito Metropolitano de Quito en la Fig. 10

Fig. 10 - Camas disponibles y pacientes en espera en el DMQ, Sep - Diciem. 2020.

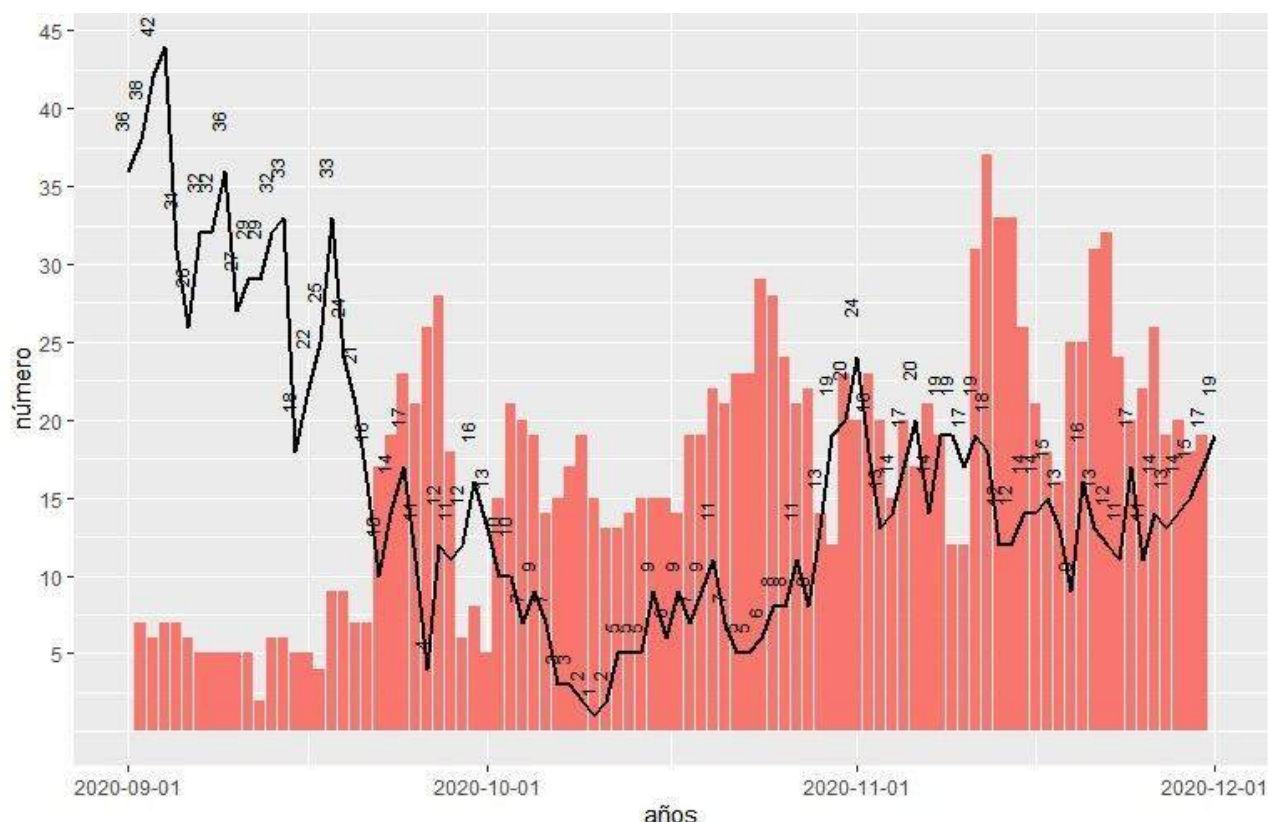


Fuente: Secretaría de Salud del Distrito Metropolitano de Quito

Elaboración: Soc. Fredy Narváez

Durante el año 2020, la escasez de camas UCI ha sido el punto crítico en la demanda de servicios del sistema de salud, como se observa en la Fig. 11.

Fig. 11 - Camas de UCI disponibles y pacientes en espera en el DMQ. sep - dic. 2020



Fuente: Secretaría de Salud del Distrito Metropolitano de Quito

Elaboración: Soc. Fredy Narváez

El orden mundial, la globalización, la sociedad del conocimiento, las estructuras políticas mundiales, la revolución tecnológica, los movimientos de los capitales y los movimientos migratorios han re direccionado la organización de los sistemas y sus servicios de salud, la entrega de acciones de salud integrales con personal de salud acorde a la estrategia de APS, con acciones de calidad, eficiencia, eficacia, acciones costo efectivas, con compromiso social, liderazgo, principios éticos, equidad, inclusión y empoderamiento de la salud del individuo, la familia y la comunidad.

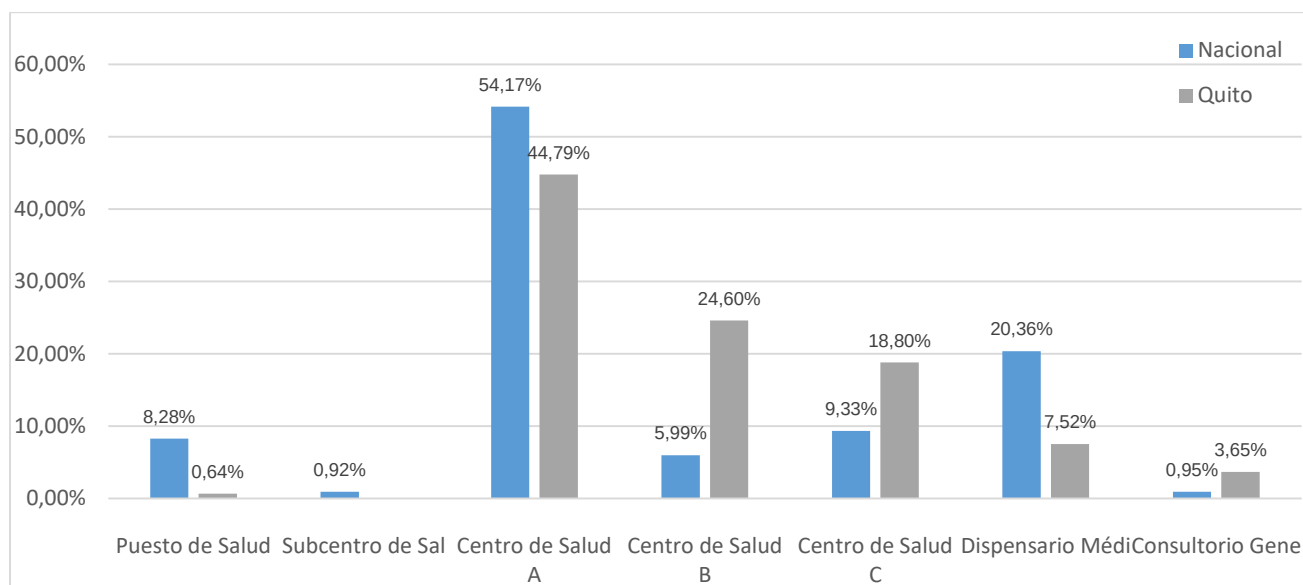
La pandemia Covid-19 evidenció el efecto globalizante de la información y las tecnologías, la ausencia de fronteras, la difusión del virus por todas las vías: aérea, terrestre, marítima, individual y comunitaria, introduciéndose en el nivel local de cada país, reorganizando las necesidades de salud y el acceso a los servicios, obligando la movilización de recursos directamente al tercer nivel de atención, en desmedro del primer nivel de atención, movilizandolos recursos de los Estados, de las familias del individuo, reproduciendo los modelos de desarrollo del comercio internacional. Si bien ha impulsado el uso y provisión de tecnologías en los estratos de menor poder adquisitivo concomitantemente ha evidenciado la vulnerabilidad humana, la inequidad en salud, educación, condiciones de vida, alimentación, trabajo; ha desatado nuevas epidemias como la infodemia retardando o construyendo barreras para la aplicación de los planes propuestos, el beneficiario ha sido el medio ambiente que ha respirado y se ha desintoxicado por un año de pausa de la frenética vida urbana desarrollada y el desempleo aunado al hambre que recae nuevamente en las personas de menos recursos, marcando el grado de interdependencia actual en el mundo.

El primer nivel de atención está dotado de equipos de salud constituidos por personal sanitario como: médicos generales, obstetras, enfermeras, odontólogos auxiliares y técnicos de atención primaria de salud TAPS, primer nivel de salud donde se van a insertar como Internos Rotativos y como Médicos Rurales los estudiantes y los recién graduados de la UCE, Este nivel de atención está conformado al momento por los médicos generales con mayor concentración en los Centros Tipo A,

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

seguidos del tipo B y C(33) como se observa en la Fig. 12. concentración de los médicos generales en el primer nivel de atención.

Fig. 12 – Concentración de Médicos generales primer nivel nacional y Quito. Ecuador 2016

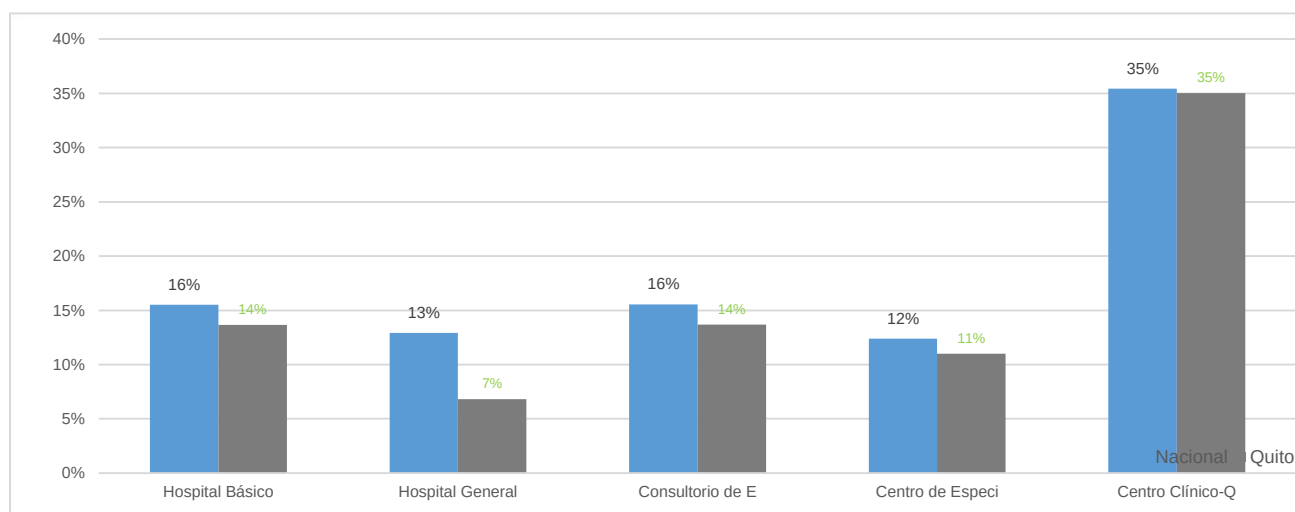


Fuente: INEC 2016(49)

Elaboración: PhD Lilián Calderón

El Sistema de Salud dispone también de Médicos generales en el Segundo Nivel de Atención, siendo su mayor concentración en los centros clínico – quirúrgicos como se observa en la Fig. 13

Fig. 13 - Médicos Generales Nacional y en DMQ, Ecuador 2016.

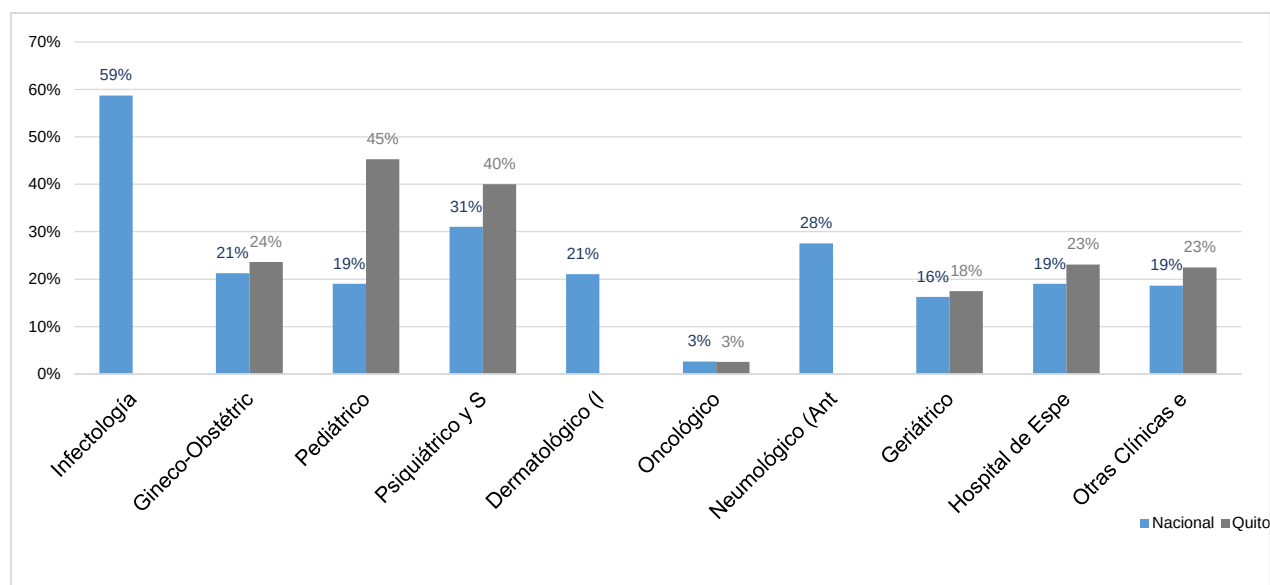


Fuente: INEC 2016(49)

Elaboración: PhD Lilián Calderón

Los Médicos generales también están presentes en el tercer nivel de atención en el campo Pediátrico, de la Salud Mental y Gineco obstétrico como se observa en la Fig. 14.

Fig. 14 - Médicos en el tercer nivel de atención en la zona 9 del Sistema Nacional Salud. 2017.



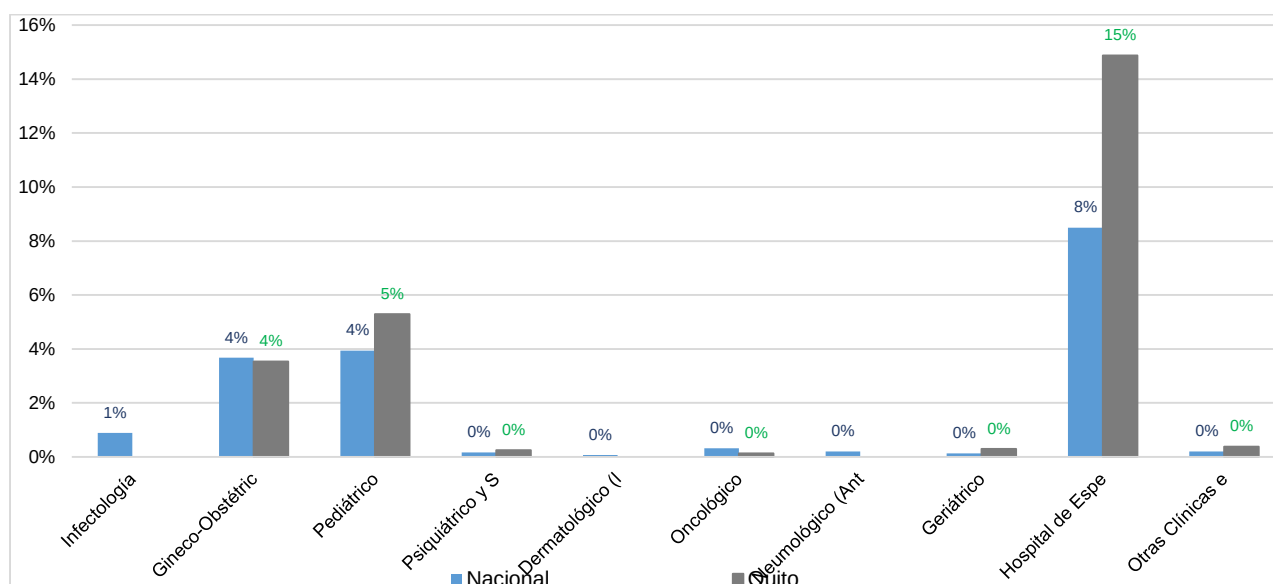
Fuente: INEC 2016(49)

Elaboración: PhD Lilián Calderón

En tanto que la distribución de los Médicos Especialistas de la zona 9 en relación con la concentración Nacional se expresa en la Fig. 15.

Fig. 15 - Médicos especialistas de la Zona 9 en relación al Sistema Nacional de Salud. Ecuador 2017.

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD



Fuente: INEC 2016(49)

Elaboración: PhD Lilián Calderón

Características de las necesidades de salud del Primer Nivel de Atención, por ciclos de vida del Distrito Metropolitano de Quito de la zona 9 del Ministerio de Salud Pública.

Las necesidades de salud del Primer Nivel de Atención se investigaron en las unidades de salud tipo A, B, C1 y C2 que conforman el Primer Nivel de Atención de la Zona 9 del MSP, con condiciones específicas como la adscripción territorial, la cartera de servicios que ofertan y la disponibilidad de recursos humanos, escenarios donde realizan el Ciclo de Salud Comunitaria los Internos Rotativos de la Carrera de Medicina, las unidades de salud por tipo del Primer Nivel de Atención que proveyeron la información por ciclo de vida se expresan en la **Tabla 3**.

Tabla 3 - Unidades de Salud del Primer Nivel de Atención de la Zona 9 del MSP, por ciclos de vida, participantes en la priorización de las necesidades de salud, 2016. Datos basales

Ciclo de vida	Unidad Tipo A	Población adscrita/ unidad*	Unidad Tipo B	Población adscrita/ unidad*	Unidad Tipo C	Población adscrita/ unidad*
0 a 28 días	1		1		2	
1 a 11 meses	3		3		2	
1 a 4 años	3		3		2	
5 a 9 años	3		3	>75.000 y	2	
10 a 14 años	3	< 75.000 h	3	<200.000h	2	>200.000h
15 a 19 años	3		3		2	
20 a 39 años	3		3		3	
40 a 64 años	3		3		2	

> a 65 años	2	3	2

Fuente: *Modelo de Atención Integral de Salud MAIS /FCI – MSP (34)

Elaboración: PhD Lilián Calderón

Los resultados de priorización por ciclos de vida y unidad de salud investigada del tipo A, o B o C1 y C2 se concentraron por tipo de unidad, aplicando la priorización de mayor a menor y el criterio estadístico moda, un ejemplo de resultado intermedio para el análisis final de aproximarnos a los 10 problemas prioritarios del Primer Nivel por ciclo de vida, se observa un ejemplo en la matriz de la Unidad tipo C, para el ciclo de vida de Adultos Mayores que son personas mayores a 65 años de edad según el MAIS – FCI.

Necesidades priorizadas por ciclos de vida del primer nivel de atención

Diez primeros problemas de salud, por ciclos de vida, dado un orden jerárquico de mayor a menor evaluadas por los miembros expertos del equipo de primer nivel de atención de cada unidad, tomando en cuenta la magnitud, frecuencia, gravedad y factibilidad de cambio de las demandas de salud atendidas en consulta externa y hospitalización del primer nivel (unidades A, B y C), utilizando la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 10, problemas en los cuales es indispensable trabajar para la comunidad con la máxima calidad, la matriz de priorización por ciclos de vida. **Tabla 4.**

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

Tabla 4 - Necesidades priorizadas por criterios de magnitud, frecuencia, gravedad y factibilidad de cambio, por ciclo de vida, de una unidad C del Primer Nivel de la Zona 9, del Ministerio de Salud Pública del Sistema Nacional de Salud. Quito 2017.

Unidad de Salud tipo C									
Edad	CIE 10	Diagnóstico de morbilidad	total primeras consultas	total general	Magnitud	Frecuencia	Gravedad	Factibilidad de cambio	TOTAL P*
>65 años	I10X	Hipertensión esencial(primaria)	1880	9475	2	2	2	1	7
>65 años	E119	Diabetes mellitus no insulino dependiente sin complicación	284	1432	2	2	2	1	7
>65 años	E118	Diabetes mellitus no insulino dependiente con complicación	46	1302	2	2	2	1	7
>65 años	K021	Caries de la dentina	431	832	1	1	0	1	5
>65 años	J00X	Rinofaringitis aguda (resfriado común)	556	572	1	1	2	1	5
>65 años	N390	Infección de vías urinarias sitio no especificado	454	560	1	1	1	1	4
>65 años	J029	Faringitis aguda no especificada	382	419	1	1	1	1	4
>65 años	A09X	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	306	323	1	1	1	1	4
>65 años	K083	Raíz dental retenida	158	249	1	1	1	1	4
>65 años	K297	Gastritis no especificada	244	334	1	1	0	1	3

Fuente: *Modelo de Atención Integral de Salud MAIS /FCI – MSP (34)

Elaboración: PhD Lilián Calderón.

El resultado final de priorización son las 10 necesidades priorizadas de salud por ciclo de vida para el Primer Nivel de Atención de la Zona 9 del Ministerio de Salud Pública, que se presentan en la **Tabla 5**.

Tabla 5 - Necesidades priorizadas, 10 primeras por ciclos de vida y criterios del MAIS/FCI – MSP en el Primer Nivel de Atención de la Zona 9 del SNS, 2016

Ciclo de vida	Problemas de salud priorizadas de acuerdo a criterios del MAIS
Recién Nacidos de 0 a 28 días	Rinofaringitis aguda [resfriado común] Ictericia neonatal por otras causas especificadas Onfalitis del recién nacido con o sin hemorragia leve Desnutrición fetal sin mención de peso o talla bajos para la edad gestacional Cefalohematoma debido a traumatismo del nacimiento Dermatitis del pañal Conjuntivitis Piodermitis Otros recién nacidos con sobrepeso para la edad gestacional Anemia
Niños de 1 a 11 meses de edad	Rinofaringitis aguda Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso Desnutrición moderada y leve Anemia por deficiencia de hierro sin otra especificación Faringitis aguda Enteritis debida a rotavirus Dermatitis del pañal Bronquitis aguda Bajo peso para la edad gestacional Luxación congénita de la cadera no especificada
Niños de 1 a 4 años de edad	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso Anemia por deficiencia de hierro sin otra especificación Faringitis aguda no especificada Rinofaringitis aguda Amigdalitis aguda no especificada Desnutrición proteico calórica leve Parasitosis Bronquitis aguda no especificada Caries de la dentina Retardo del desarrollo debido a desnutrición proteico calórica
Niños de 5 a 9 años de edad	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso Amigdalitis aguda Parasitosis intestinal sin otra especificación Rinofaringitis aguda (resfrío común) Caries de dentina Traumatismos que afectan al cuerpo Anemia Faringitis aguda no especificada Baja talla Alergia no especificada

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

Ciclo de vida	Problemas de salud priorizadas de acuerdo a criterios del MAIS
Adolescentes de 10 a 14 años de edad	Gastroenteritis de origen bacteriano Parasitosis intestinal sin otra especificación Amigdalitis aguda Faringitis Rinofaringitis Caries de la dentina Retardo del desarrollo debido a desnutrición proteico calórica Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides uso nocivo Otros dolores abdominales y los no especificados Desnutrición aguda
Adolescentes de 15 a 19 años de edad	Faringitis aguda no especificada Parasitosis intestinal sin otra especificación Rinofaringitis aguda (resfrío común) Gastroenteritis de origen bacteriano Enfermedad acido péptica Infección de vías urinarias sitio no especificado Vaginitis vulvitis y vulvovaginitis en enfermedades infecciosas y parasitarias clasificadas en otra parte Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides síndrome de dependencia Desnutrición moderada y leve Acné juvenil
Adultos de 20 a 39 años de edad	Obesidad Vaginitis aguda Infección de vías urinarias sitio no especificado Rinofaringitis Enfermedad acido péptica Parasitosis intestinal sin otra especificación Hipertensión esencial primaria Faringitis Diabetes Mellitus Caries de la dentina
Adultos de 40 a 64 años de edad	Hipertensión esencial (primaria) Diabetes Mellitus Obesidad debida a exceso de calorías Faringitis Vaginitis Infección de vías urinarias sitio no especificado Enfermedad acido péptica Rinofaringitis aguda [resfriado común] Parasitosis intestinal sin otra especificación Enfermedad inflamatoria del cuello uterino

Ciclo de vida	Problemas de salud priorizadas de acuerdo a criterios del MAIS
Adultos mayores de 65 años de edad	Hipertensión esencial primaria
	Diabetes Mellitus
	Hipoacusia neurosensorial bilateral
	Diabetes mellitus no insulínica con otras complicaciones especificadas
	Enfermedad ácido péptica
	Cefalea
	Nódulo tiroideo solitario no toxico
	Otros traumatismos de region no especificada del cuerpo
	Demencia en la enfermedad de Alzheimer de comienzo tardío
	Poliartrosis

Fuente: Matriz de priorización del MAIS/FCI del MSP(34), aplicado por los médicos del primer nivel de atención de la zona 9, al 2016.

Elaboración: PhD Lilián Calderón

La mortalidad del país para el 2016 de acuerdo al Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC se presenta la **Tabla 6**.

Tabla 6 - Mortalidad general, materna e infantil del Ecuador INEC, 2016

Ciclo de vida	Diez primeras causas de mortalidade
Mortalidad infantil de 0 días a 11 meses	Dificultad respiratoria del Recién Nacido
	Sepsis bacteriana del Recién Nacido
	Neumonía, organismo no especificado
	Otras malformaciones congénitas del corazón
	Neumonía congénita
	Asfixia del nacimiento
	Malformaciones congénitas de las grandes arterias
	Otras malformaciones congénitas no clasificadas en otra parte
	Síndrome de Aspiración Neonatal
	Trastornos cardiovasculares originados en el embarazo
Mortalidad hombres y mujeres	Infarto agudo de miocardio
	Neumonía organismo no especificado
	Diabetes mellitus no especificada
	Diabetes mellitus tipo 2
	Fibrosis y cirrosis del hígado
	Accidentes de vehículo de motor o sin motor
	Tumor maligno de estómago
	Enfermedad cardíaca hipertensiva
	Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

Ciclo de vida	Diez primeras causas de mortalidade
	Enfermedad renal crónica
Mortalidad materna	Otras enfermedades maternas clasificadas en otra parte, pero que complican el embarazo Eclampsia Preeclampsia superpuesta a hipertensión crónica Infección de las vías genitourinarias en el embarazo Preeclampsia Placenta previa Enfermedades maternas infecciosas y parasitarias clasificadas en otra parte Otro trauma obstétrico Desprendimiento prematuro de placenta Otras infecciones puerperales

Fuente: Ecuador (2017)(50)

Elaboración: MSP Copyright ©2016, 2016 - 2017 MSP: DNEAIS

La migración y los servicios de primer nivel:

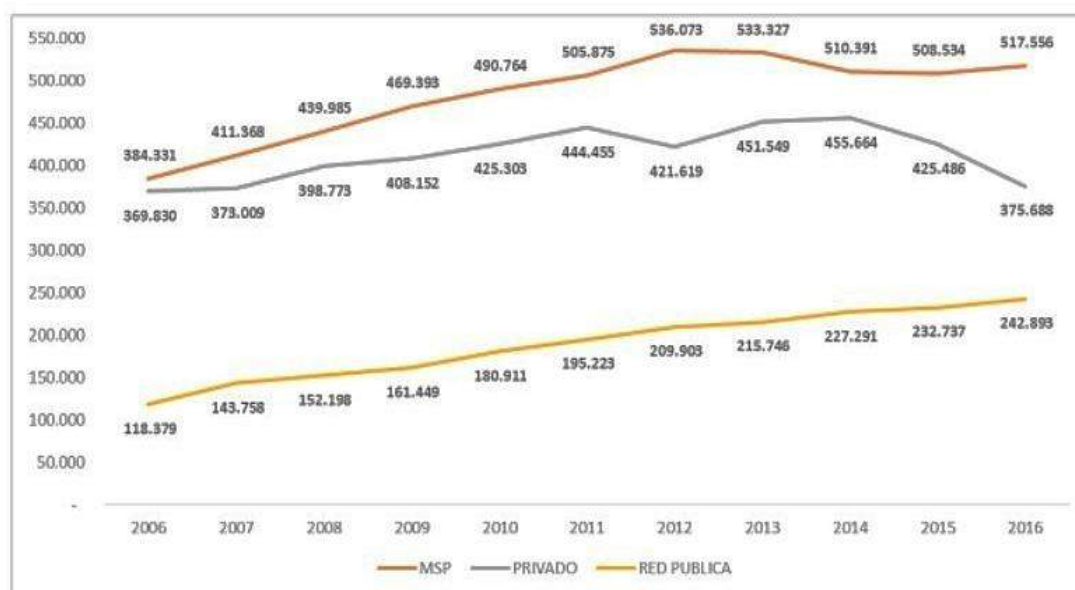
Desde el año 2013, hasta septiembre del 2018 se registran 1 '368.158 atenciones a personas extranjeras en Ecuador, en las siguientes especialidades (Consultas ambulatorias, emergencias, partos y cesáreas, egresos hospitalarios, tratamiento de cáncer y VIH). De estas atenciones en el 2018, el 46% corresponden a ciudadanos colombianos y el 38% a ciudadanos venezolanos. El costo de las atenciones de ciudadanos extranjeros desde el 2013 a septiembre de 2018 ha sido de 100 '749.138,16. Adicionalmente se aplicaron dosis de vacunas de Sarampión, Difteria y Fiebre Amarilla a todas las personas que ingresaron al país y cuya procedencia era Venezuela, esto se realizó desde el 2018.

Los servicios recibieron tensión por la demanda incrementada tanto por las prestaciones cuanto por las necesidades de información de los prestadores estableciéndose tensiones en el cumplimiento de los estándares establecidos para las diferentes carteras de servicio por ciclos de vida así

El país además forma parte de la ruta de éxodo para el sur del continente de los ciudadanos venezolanos en su afán de encontrar mejores condiciones de vida, por lo cual la presencia de usuarias en la consulta de mujer en edad fértil de Gineco obstetricia, parto, posparto, así como en la consulta de niños ha sido saturada por su demanda, igual ha ocurrido por la consulta de emergencia en la cual los hombres en general son los que más demandan de éste servicio.

La cobertura de atención por niveles de atención en la Red de servicios del Ministerio de Salud Pública se ha incrementado en el transcurso de la década 2006-2016 en el primer nivel de atención, lo que regula la cobertura en el segundo nivel y a posteriori la cobertura en el tercer nivel como se observa en la **Fig. 16**.

Fig. 16 – Concentración de las prestaciones de la red MSP con relación al resto de la red pública y la red complementaria década 2006-2016.

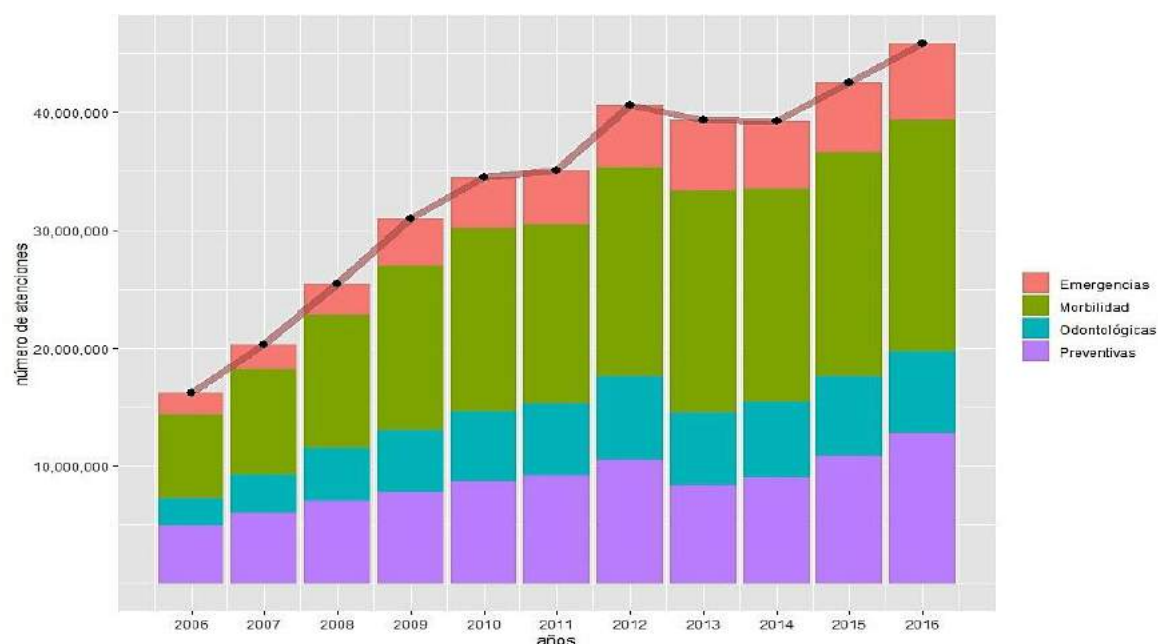


Fuente: <https://geosalud.msp.gob.ec/geovisualizador/>(37)

Elaboración: Psc. Fredy Narváez; PhD Lilián Calderón

La red de servicios del Ministerio de Salud Pública es la mayor red instalada de servicios en el país, en la década 2006 – 2016 podemos observar el incremento de cobertura de prestaciones de morbilidad en relación a las prestaciones de prevención sin tendencia a invertir esta realidad, así como incremento de las prestaciones odontológicas acordes a la morbilidad odontológica presente en todos los ciclos de la vida. **Fig. 17.**

Fig. 17 – Coberturas por programas 2006-2016. Ministerio de Salud Pública



Fuente: <https://geosalud.msp.gob.ec/geovisualizador/>(37)

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

Elaboración: Psc. Fredy Narváez; PhD Lilián Calderón

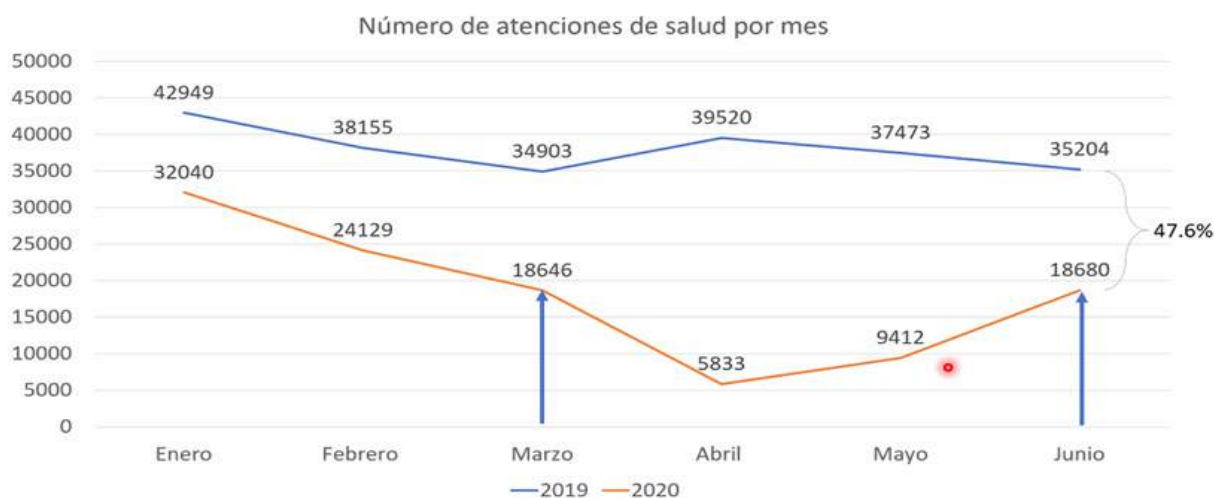
El primer nivel de atención y el Covid-19

Para el fin del año 2019, se origina un brote de neumonía de origen desconocido en Wuhan en la provincia de Hubei – China, en diciembre 31 el mundo afronta una nueva enfermedad la Covid-19 producida por un virus de la familia Retroviridae denominado Coronavirus SARS Cov 2, que por su poder de difusión sería declarado el 30 de enero de 2020, la Organización Mundial de Salud (OMS) lo declara una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII). (51)

Para el 11 de febrero, la OMS denomina la enfermedad COVID-19 y el Comité Internacional sobre la Taxonomía de los Virus (ICTV) anunció "coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV-2)" como el nombre del agente etiológico viral que causa la COVID-19, que al 11 de marzo 2020, la COVID-19 fue declarada como una pandemia(51)

En el Ecuador, con una población de 17'510.643, el 27 de febrero del 2020 se reporta el primer caso de Covid-19, que se confirma el 29 de febrero, a un año después se registró 268.073 casos confirmados de Covid-19; con un total de 15.392 personas fallecidas por Covid-19. Las atenciones en la red de servicios se reportan con brechas en el primer nivel de atención. **Fig. 18.**

Fig. 18 - Brecha de cobertura en el Distrito 17D05 de la Zona 9 de Salud. Primer semestre 2019-2020.

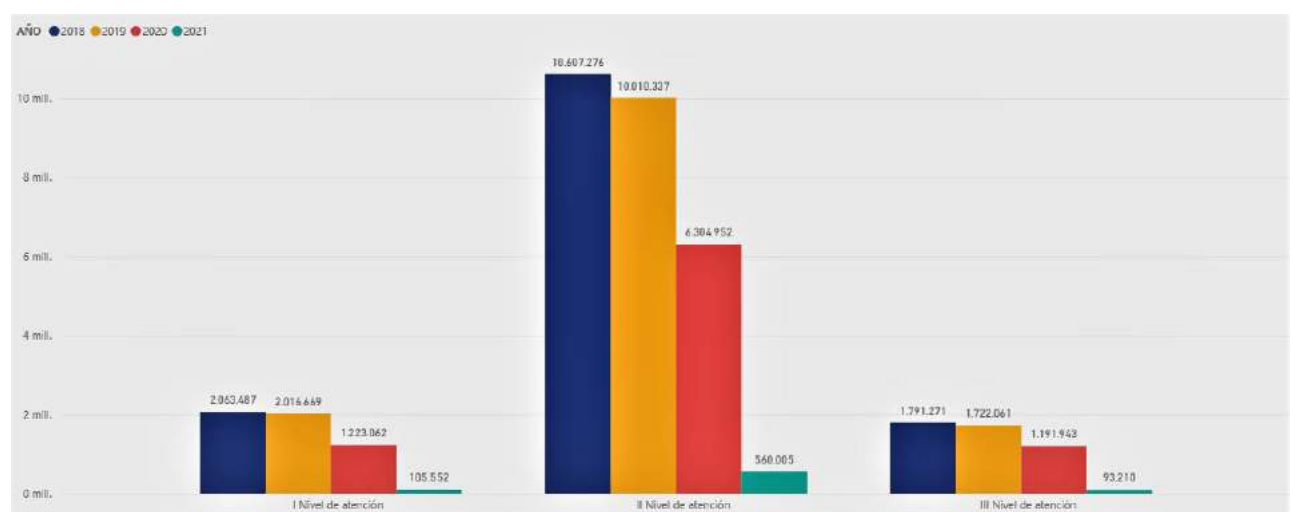


Fuente: Matriz PLOS de las unidades centros tipo A de: Zambiza, Tanda, Segundo Díaz, Santa Clara del Norte, Santa Clara de San Millán, San Vicente de las Casas, Playa Rica, Nayón, Rumiñahui, Pulida, Cocotog, Cochapamba Sur, Bellavista, Santa Anita, Atucucho y 6 de Julio; y centro tipo B, Fray Bartolomé de las Casa. (52)

Elaboración: Armas K. et al.2020(52)

Las variaciones de cobertura de los programas esenciales del primer nivel de atención también podemos observar en las coberturas de la Red de Servicios del Instituto Ecuatoriano de la Seguridad Social IESS. **Fig. 19**

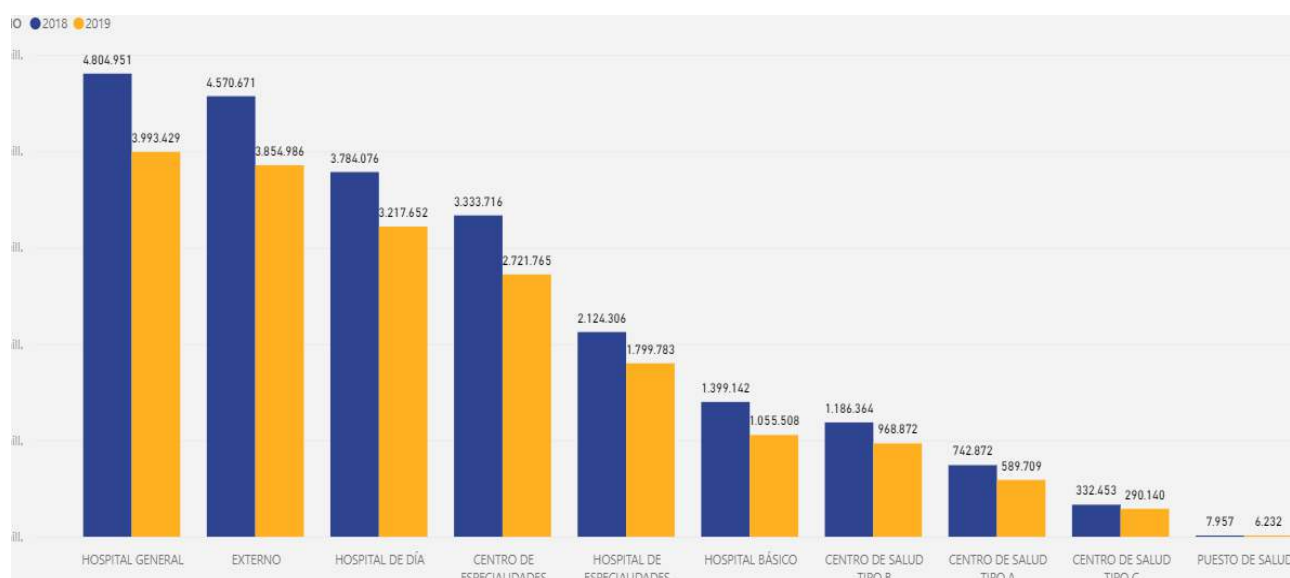
Fig. 19 - Las atenciones en la Red de servicios del IESS por nivel de atención a febrero 15 del 2021.



Fuente: Sitio web del IESS(53)

La puerta de entrada al sistema de salud debe ser el primer nivel de atención, mejorar la calidad de la atención, el nivel de resolución de los problemas prevalentes con talento humano calificado, acceso sin barreras, tecnología apropiada para contener el exceso de demanda al segundo nivel y por tanto al tercer nivel de atención, ejecutando con calidad el gasto, la atención por niveles en la Red Interna del IESS nos muestra una distorsión en la oferta de servicio por niveles. **Fig. 20**

Fig. 20 - Las atenciones en la Red de servicios del IESS por tipo de unidad a febrero 15 del 2021.



Fuente: Sitio web del IESS (53)

El promedio de días espera se puede observar incrementado en el tercer nivel de atención de la red de servicio del Instituto Ecuatoriano de la Seguridad Social, con un promedio en la red de 21,86 días, proyectándose necesidades incrementadas al 2021. **Fig. 21**

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

Fig. 21 – Promedio de días espera para citas médicas 2018-2021. Red IESS.



Fuente: IESS Sitio web del IESS(53)

Actualmente la provincia de Pichincha es la de mayor afectación, desde el 29 de febrero del 2020 al 12 de febrero del 2021, siendo el Distrito Metropolitano de Quito el que predomina con 85.210 casos confirmados, de ellos los masculinos 44.202 (52%) y femenino 41.008 (48%), 1954 personas fallecidas con 280 fallecidos probables y 134 con sospecha de Covid-19, con 346.557 muestras tomadas. El grupo etario de mayor afectación de 20 a 49 años en el 62,55% seguido del grupo de 50 a 64 años con el 20,54% y de los más de 65 años con el 22,25%, siendo las parroquias más afectadas, Chillogallo, Iñaquito, Cotacollao y Guamaní (54)

La tasa de desempleo ha incrementado significativamente en los últimos meses, teniendo una correlación directa por las restricciones del Centro de Operaciones de Emergencia (COE); el 11 de marzo del 2020 se declara Estado de Emergencia Sanitaria en el Sistema Nacional de Salud.

El 13 de marzo del 2020, el cumplimiento de un Aislamiento Preventivo Obligatorio (APO) por 14 días a todo viajero que ingrese a Ecuador. El 17 de marzo el país entró en estado de excepción, el cual prohibió la libre movilidad y limitó las actividades laborales, se implementa el toque de queda desde las 21:00 horas hasta las 05:00. A partir del sábado 21 de marzo el toque de queda a nivel nacional será de 19h00 hasta las 05h00 del día siguiente. En el caso de la provincia del Guayas se mantiene el horario de 16h00 a 05h00. El miércoles 25 de marzo de 2020 el toque de queda a nivel nacional será de 14h00 a 05h00 del día siguiente, manteniendo la excepción para el funcionamiento de las actividades esenciales(54–56)

Al mes de aislamiento, se incorpora un sistema de semaforización desde el 13 de abril con distintos niveles de restricción, se categorizó a las provincias en: rojo, naranja o verde, con base a las recomendaciones del Ministerio de Salud Pública (MSP). A partir del 4 de mayo se pasa de la fase de aislamiento al distanciamiento, pero se mantienen las restricciones (56).

Desde el miércoles 20 de mayo de 2020 distribuir de mejor manera la atención de servicios, la satisfacción de necesidades y facilitar la movilidad de la ciudadanía se reduce el horario de toque de queda, siguiendo los parámetros establecidos en la semaforización, con las siguientes consideraciones: en rojo se mantiene el toque de queda de 14h00 a 05h00, en amarillo se reduce el toque de queda de 21h00 a 05h00, en verde se reduce el toque de queda de 00h00 a 05h00. El 15 de junio de 2020, se aprueba la circulación de vehículos particulares entre cantones de provincias que se encuentren en color amarillo y verde, en relación al último dígito de la placa, par e impar.

Después de 6 meses de restricciones, el viernes 14 de agosto de 2020 se da la renovación del estado de excepción decretado por el presidente, se ratifican las medidas generales y particulares de los colores del semáforo durante el mes de

agosto, toque de queda de 21:00 a 05:00 de lunes a jueves; de viernes a domingo regirá de 19:00 a 05:00. El 11 de septiembre no se renueva el estado de excepción y el 13 de septiembre finaliza el estado de excepción después de 7 meses de duración. Desde el 14 de septiembre las medidas restrictivas están a cargo de los organismos e instituciones del Estado Central y de los Gobiernos Autónomos Descentralizados(56–58).

Según el informe del 30 de octubre de 224 cantones existen 2 cantones en rojo, 204 cantones en amarillo incluidos los de la provincia de Pichincha y en verde los restantes cantones(57). Por consiguiente, debido al largo periodo de confinamiento y restricciones ocasionadas por la pandemia COVID-19 el impacto social, económico y sanitario en el sistema de salud y específicamente en el primer nivel de atención es invaluable.

Los aportes a abordar como la pandemia se refleja en los diferentes grupos sociales, en los programas esenciales va ligada a la investigación operativa la toma de decisión para la gestión, así como las investigaciones (en gris – de fin de ciclo) realizadas en el primer nivel a despecho de la restricción de realizar investigaciones centralizando a un Comité de bioética nacional, limitando las ideas investigativas, innovadoras que acompañen la pandemia, orienten la toma de decisión y garanticen la calidad de uso de los recursos garantizando la cobertura universal y oportuna, donde se cohesionan los servicios y las comunidades, las familias y las personas con sus determinantes, su entorno, que aportan a la reflexión de la realidad para transformarla, con temas como:

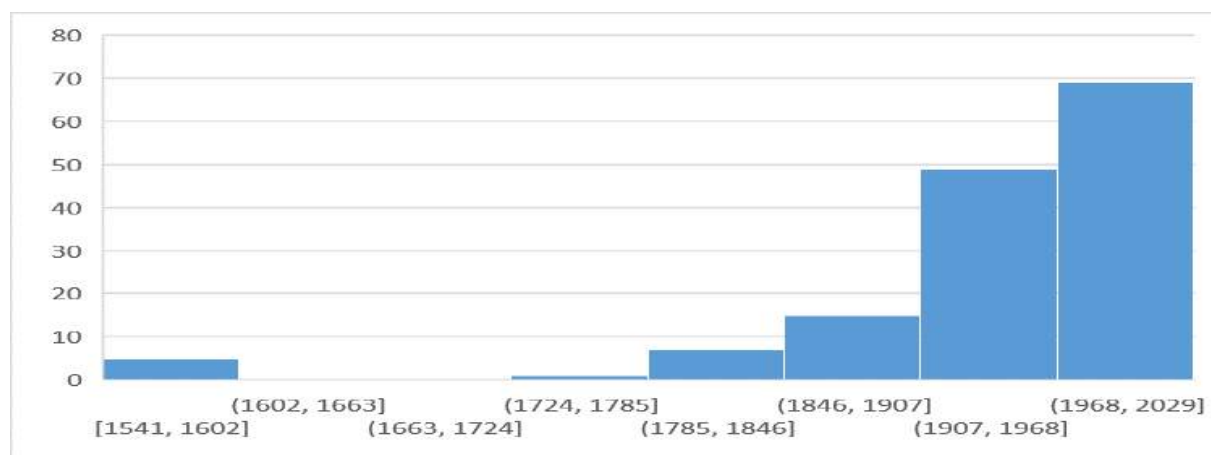
- a. Prevalencia de obesidad en niños y adolescentes atendidos en el centro de salud Cotocollao, perteneciente al distrito 17d03, de la provincia de pichincha en el periodo 2019-2020. Acuña et al(59).
- b. Incidencia de infección por SARS-COV 2 en el personal de una unidad de salud de segundo nivel de la seguridad social, definido por RT-PCR positivo y anticuerpos positivos, durante el periodo Junio 2020 - Diciembre 2020(60).
- c. Impacto social, económico y sanitario ocasionado por las medidas restrictivas del Covid-19 en el Centro de Salud “Centro Histórico”(61).
- d. “Evaluación del sistema de referencias realizadas en el Servicio de Emergencias del Centro Salud “Centro Histórico”, durante la pandemia COVID-19 periodo Marzo-Noviembre 2020”.(62)
- e. Análisis comparativo de cobertura de los programas esenciales en el distrito 17D05 del Distrito Metropolitano de Quito, periodos Enero - Junio del 2019 – 2020(52).
- f. Conocimientos sobre vacunación en madres de niños menores de un año en los centros de salud de Nayón, las Casas y Segundo Díaz en el periodo noviembre 2020 - enero 2021(63)
- g. Prevalencia y comportamiento de COVID-19 en los centros de salud “Eugenio Espejo”, “La Delicia” y “Quitumbe” de la Policía Nacional en el periodo de enero 2020 a diciembre del 2020(64).
- h. Prevalencia de ansiedad y síndrome de estrés post traumático en relación con la pandemia de Covid- 19 en pacientes y personal de salud de los centros de salud de primer nivel de atención de la Policía Nacional de Quito, Ecuador, en octubre del 2020(65)
- i. Prevalencia de consumo de agua no purificada en la comunidad Sápara Naruka en Shell Pastaza en el mes de noviembre del año 2020(66)
- j. Secuelas y posibles efectos del covid-19: revisión de la literatura(67)

Si bien los marcos legales han garantizado el derecho a la salud, la gestión de lo dispuesto en el MAIS/FCI desdice del enfoque biológico que persiste, la ineficiencia en el uso de los recursos, ocasionando en los días de espera para el acceso con incremento de gasto de bolsillo, automedicación, riesgo de mortalidad; sumado, a la improvisación de las políticas públicas, la descoordinación, el bloqueo a la participación social organizada con el cierre a la veeduría social. El sistema de salud además deberá afrontar un cúmulo de patologías crónicas no controlada y agravadas por las secuelas del Covid-19 en todos los ámbitos, las brechas de cobertura de los programas esenciales, el déficit de recursos humanos, para estas

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

nuevas necesidades de salud en el primer nivel de atención, así como el incremento de las personas sin seguridad social que han perdido sus empleos y el incremento de la pobreza, la educación, el trabajo conjunto con las universidades, los financiadores, los servicios y los hacedores de la política pública podrán generar cambios y fortalecimiento de la puerta de entrada del sistema de salud para garantizar el bien público primordial que es la salud de la población y del mundo, con una Atención Primaria de Salud enfocada en la salud pública, la salud comunitaria y la salud familiar, más necesaria que nunca donde la red de servicios instalada se ocupe para las necesidades reales y los recursos lleguen a la mayoría con beneficios probados como es la vacunación. **Fig. 22.**

Fig. 22 - Desarrollo de los servicios públicos por épocas de 1541 a 2020. Ecuador.



Fuente: Estrella R.(15); Estrella E.(68); Hermida C.(46); (69,70)

Elaboración: PhD Lilián Calderón

Tabla 7 - Evolución de la red de servicios con enfoque de primer nivel de atención

I*	UP ^Ω CP [∞]	Unidad de Salud	Año	Ciudad	Provincia
	UP	Primer hospital de Guayaquil	1541	Guayaquil	Guayas
	UP	Real Hospital de la Caridad (Hospital del Belén) (hospital Militar-1742)	1557	Cuenca	
	UP	Hospital Santa Catalina Virgen y Mártir (hospital Luis Vernaza Suarez-1758)(Hospital San Juan de Dios-1782)	1564	Guayaquil	Guayas
	UP	Hospital de la Misericordia de Nuestro Señor Jesucristo (San Juan de Dios) se cierra 1974.	9 de marzo de 1565	Quito	Pichincha
	UP	Casa de maternidad anexa al hospital San Juan de dios	1 de abril de 1898	Quito	Pichincha
	UP	Segundo hospital		Guayaquil	Guayas
	UP	Hospital de los Indios	1566	Quito	Pichincha
	UP	Hospicio de Jesús, María y José (hospital Psiquiátrico San Lázaro-1786)	1785	Quito	Pichincha
	UP	Hospital de Riobamba	1791	Riobamba	
	UP	Cerro de San Lázaro-leprocomio	1818	Guayaquil	Guayas
	CP	Hospital de la Asunción (privado)	1819	Guayaquil	Guayas

I*	UP ^Ω CP [∞]	Unidad de Salud	Año	Ciudad	Provincia	
	UP	Hospital Militar de Quito. Nuevo local	1977	1822	Quito	Pichincha
	UP	Hospital de Loja		1822	Loja	Loja
	UP	Hospital de la Marina		1825	Guayaquil	Guayas
	UP	Hospital de la Caridad (San Juan de Dios)		1836	Guayaquil	Guayas
	UP	Hospital Militar (que fue destruido-1850)		1852	Guayaquil	Guayas
	UP	Hospital de la Caridad de Latacunga		11 de marzo 1866	Latacunga	Cotopaxi
	UP	Hospital San Vicente de Paul Latacunga		11 de marzo 1866	Latacunga	Cotopaxi
	UP	Hospital San Vicente de Paul de Cuenca - 1977 se llama Vicente Corral Moscoso		1872	Cuenca	Azuay
	UP	Hospital de la Caridad		1880	Ambato	Tungurahua
	UP	Manicomio Vélez (hospital psiquiátrico Lorenzo Ponce)		1881	Guayaquil	Guayas
	UP	Hospital de sangre (hospital Militar de Portoviejo)		1884	Portoviejo	Manabí
	UP	Hospital hermanas de la Caridad 1885 (clínica y anatomía)- hospital de Ibarra -1868		1885	Ibarra	Imbabura
	UP	Junta de Beneficencia de Guayaquil		10 de diciembre 1887	Guayaquil	Guayas
	UP	Hospital de Azogues		1890	Azogues	Azoquez
	UP	Nuevo Hospital Militar de Guayaquil		8 de octubre 1892	Guayaquil	Guayas
	UP	Departamento Medico del Seguro Social		1937	Quito	Pichincha
	UP	Clínica del Seguro Social		abr-05	Quito	Pichincha
	UP	Hospital civil de Guayaquil (incendia) se reabre como Hospital Alejandro Mann		1903	Guayaquil	Guayas
	CP	Primera clínica privada Juan A. Cortez García		1906	Guayaquil	Guayas
	CP	Clínica privada Mario de la Torre		1907	Quito	Pichincha
	ADM [°]	Dirección Nacional de Sanidad Militar		diciembre de 1907	Quito	Pichincha
	CP	Clínica privada Gregorio Guermarquer		1980	Quito	Pichincha
	ADM	Sociedad de la Cruz Roja Ecuatoriana		7 de mayo de 1910	Guayaquil	Guayas
	UP	Pabellón de tuberculosis Calixto Romero		17 de abril 1910	Guayaquil	Guayas
	CP	Clínica quirúrgica del Dr. Isidro Ayora		1911	Quito	Pichincha
	UP	Junta de beneficencia de Portoviejo		5 de marzo de 1913	Portoviejo	Manabí
	UP	Hospital de sangre en Esmeraldas		21 de noviembre 1913	Esmeraldas	Esmeraldas

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

I*	UP ^α CP [∞]	Unidad de Salud	Año	Ciudad	Provincia
	UP	Hospital de Milagro	1913	Guayas	Guayas
	UP	Hospital civil de Portoviejo - Hospital Verdi Cevallos Balda 1988	11 de enero de 1914	Portoviejo	
I	CP	Primer dispensario infantil gratuito de la Junta de Beneficencia	1916	Quito	Pichincha
	CP	Clínica Guayaquil (quemada y vuelta a construir 1926)	1919	Guayaquil	Guayas
	UP	Hospital de Azogues	3 de noviembre de 1922	Azogues	Azogues
	CP	Clínica Quito del Dr. Ricardo Villavicencio	1923	Quito	Pichincha
	UP	Leprocomio Verde Cruz	1926	Quito	Pichincha
	UP	Hospital León Becerra de niños	1928	Guayaquil	
	CP	Clínica Pasteur	1928	Quito	Pichincha
	UP	Hospital Policlínico Eugenio Espejo - 1992 Eugenio Espejo nuevo espacio	1 de agosto de 1933	Quito	Pichincha
	UP	Centro de estudios de tuberculosis Dr. Pablo Arturo Suarez - Dispensario-1938 IESS	1934	Quito	Pichincha
	CP	Clínica San Francisco de Quito	1935	Quito	Pichincha
	CP	Clinica Alcivar-Estevez	1937	Quito	Pichincha
	UP	Hospital de niños de Riobamba	1937	Guayaquil	Guayas
	UP	Dispensario No 2 del IESS	1938	Riobamba	Chimborazo
	UP	Clínica Psiquiátrica Julio Endara	1938	Cuenca	Azuay
	UP	Clínica Psiquiátrica Julio Endara	1940	Quito	Pichincha
	CP	Clinica Moreno (Clinica Pichincha)	1940	Quito	Pichincha
	ADM	La Liga Ecuatoriana Antituberculosa LEA dura hasta 1973 que pasa al MSP	1940		
	CP	Nueva clinica Guayaquil	1941	Guayaquil	Guayas
	ADM	Instituto Nacional de Higiene INH -1981	1941	Guayaquil	Guayas
	ADM	Comité de Lucha contra el Cáncer	1941	Guayaquil	Guayas
I	UP	Centro de Salud No. 1	1945	Quito	Pichincha
	UP	Hospital Militar en Cuenca	1945	Cuenca	Azuay
	ADM	Banco de Sangre de Ecuador	1945	Quito	Pichincha
	UP	Clínica del Seguro Social en Quito	1946	Quito	Pichincha
	UP	Sanatorio de tuberculosos Alfredo J. Valenzuela	1946	Guayaquil	Guayas
	UP	Hospital General de Latacunga	11 de noviembre de 1959	Latacunga	Cotopaxi
	UP	Hospital de aislamiento de la sanidad Militar	1947	Quito	Pichincha
	UP	Hospital de niños Baca Ortiz	1948	Quito	Pichincha
	UP	Maternidad Enrique Sotomayor	14 de septiembre 1948	Guayaquil	Guayas
	UP	Policlínico de la Policía Nacional - Hospital Quito I 1991	1950	Quito	Pichincha

I*	UP ^Ω CP [∞]	Unidad de Salud	Año	Ciudad	Provincia
	UP	Clínica de la Seguridad Social	1950	Cuenca	Azuay
	UP	Maternidad Isidro Ayora	1951	Quito	Pichincha
	UP	Sociedad de Lucha Contra el Cáncer- Solón Espinoza en 1999	22 de abril 1953	Quito	Pichincha
	UP	Hospital Psiquiátrico Julio Endara	1953	Quito	Pichincha
	UP	Hospital Misionero Voz Andes,	1954	Quito	Pichincha
	CP	Hospital Voz Andes Quito conocido como Hospital Rimmer Memorial en memoria del Dr. Rimmer	1955	Quito	Pichincha
	CP	Clínica Santa Cecilia	1955	Quito	Pichincha
	CP	Clínica Azuay	1957	Cuenca	Azuay
	UP	Patronato San José del Municipio de Quito	20 de noviembre de 1958	Quito	Pichincha
	UP	Núcleo de Solca Cuenca	1958	Cuenca	Azuay
	CP	Clínica San Francisco (ref)	1959	Quito	Pichincha
	UP	Sanatorio Pablo Arturo Suarez que luego sería el Hospital Pablo Arturo Suarez	1961	Quito	Pichincha
	CP	Clínica Santa Ana de Cuenca	1963	Cuenca	Azuay
	UP	Hospital Gineco obstétrico Patronato Sur	1966		
	UP	Unidad psiquiátrica nuestra señora de Guadalupe de quito	1967	Quito	Pichincha
	UP	Centro de Reposo San Juan de Dios	1967	Quito	Pichincha
	CP	Clínica Santa Inés de Cuenca	1967	Cuenca	Azuay
	CP	Clínica de la Plazoleta Indoamérica	1986		
	ADM	Ministerio de Salud Pública	1967	Quito	Pichincha
	UP	Hospital del IESS de Cuenca	1969	Cuenca	Azuay
	UP	Hospital Carlos Andrade Marín	1970	Quito	Pichincha
	UP	Hospital Metropolitano de Quito - inaugurado en 1985 - incrementa hospital del día -1998	1971	Quito	Pichincha
	UP	Instituto Sagrado Corazón de Jesús - Parcayacu	1971	Quito	Pichincha
	UP	Hospital Isidro Ayora de Loja	1979	Loja	Loja
I	UP	Centro Cipriana Dueñas	1982	Quito	Pichincha
	ADM	Consejo Nacional de Salud	1980	Quito	Pichincha
	CP	Clínica de la Mujer	1980	Quito	Pichincha
	UP	Hospital de Puyo - 1984 Hospital Provincial de Puyo	1981	Puyo	Pastaza
	UP	Hospital Enrique Garcés	1982	Quito	Pichincha
	UP	Hospital Homero Castañer Crespo	1982	Azoquez	Azoguez
	UP	Hospital Dr. Francisco Icaza Bustamante	1985	Guayaquil	Guaya
	UP	Hospital Marco Vinicio Iza Hernández	1985	Lago Agrio	Sucumbios
I	UP	Centro de Salud Zambiza	1985	Quito	Pichincha

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

I*	UP ^α CP [∞]	Unidad de Salud	Año	Ciudad	Provincia
I	UP	Centro de Salud Guamaní – tipo C 13 mayo 2015	1986	Quito	Pichincha
I	UP	Centro de especialidades del Norte del Patronato San José del Municipio de Quito	1987	Quito	Pichincha
	UP	Edificio Pediátrico Baca Ortiz	1988	Quito	Pichincha
	UP	IESS: Centro de Atención Ambulatorio Cotacollao (necesidad 1970, 1981)	1988	Quito	Pichincha
	UP	Hospital de la Policía No. 2	1991	Guayaquil	Guayas
I	UP	C.S. Lucha de los Pobres	1991	Quito	Pichincha
	UP	Hospital Eugenio Espejo nuevo espacio	1992	Quito	Pichincha
	UP	Maternidad Isidro Ayora - Atención Integral a las Adolescentes	1994	Quito	Pichincha
I	UP	Centro de Salud Nayón adscrita a la policía de Nayón -	1995	Quito	Pichincha
	UP	Hospital Latinoamericano	1996	Cuenca	Azuay
I	UP	CS. Segundo Díaz	1998	Quito	Pichincha
	CP	Clínica Kennedy Hospital	1999	Guayaquil	Guayas
	UP	SOLCA Quito Hospital Solón Espinosa	2000	Quito	Pichincha
	UP	Hospital de Niños Roberto Gilbert Elizalde	2000	Guayaquil	Guayas
	CP	Hospital de los Valles	2006	Quito	Pichincha
	UP	Hospital San Francisco de Quito	5 de diciembre 2011	Quito	Pichincha
I	UP	Centro de Salud tipo A Ambatillo	2014		Tungurahua
I	UP	Centro de Salud tipo A Sucre	2014		Tungurahua
I	UP	Centro de Salud tipo A El Triunfo	2014		Tungurahua
I	UP	Centro de Salud tipo A Yatzaputzan	2014		Tungurahua
I	UP	Centro de Salud tipo C de Nabón	2015	Nabón	
I	UP	Centro de Salud Tipo A Chaucha	2015		
I	UP	Centro de Salud tipo B Molleturo	2015		
I	UP	Centro de Salud tipo C Manta	20 de sep 2016	Manta	Manabí
I	UP	Centro de Salud tipo B Pilahuin	14 febrero 2017		
I	UP	Centro de Salud tipo B Santa Rosa	14 debrero 2017		
I	UP	Centro de Salud tipo B Cevallos	14 febrero 2017		
I	UP	Centro de Salud tipo C Velasco Ibarra	24 julio 2017	Machala	El Oro
I	UP	Centro de salud tipo A Misahualli	2017	Misahualli	Napo
	UP	Hospital Guasmo Sur	2017	Guayaquil	Guayas
	UP	Hospital Esmeraldas Sur	2017	Esmeraldas	Esmeraldas
	UP	Hospital Sigchos	2017	Sigchos	
	UP	Hospital Básico de de Baños	14 febrero 2017	Baños	Tungurahua
I	UP	Centro de Salud tipo C Moraspungo	2017		
I	UP	Centro de salud tipo A Chontapunta	2017	Napo	Napo
	UP	Hospital de IESS Quito Sur	5 de diciembre 2017	Quito	Pichincha

I*	UP [∞] CP [∞]	Unidad de Salud	Año	Ciudad	Provincia
	UP	Hospital de Santo Domingo	2017		
	UP	Hospital de Yantzaza	2017		
	UP	Hospital de Lago Agrio	2017		
	UP	Hospital IESS Los Ceibos	2017		
I	UP	Centro de Salud tipo A Guasaganda	2017	La Maná	Cotopaxi
I	UP	Centro de Salud tipo A Las Pampas	2017	Sigchos	Cotopaxi
I	UP	Centro de Salud tipo C Zaruma IESS	2017		El Oro
I	UP	Centro de Salud tipo A Isidro Ayora	26 de abril 2018	Isidro Ayora	Guayas
I	UP	Centro de Salud tipo B Nobol	2018	Nobol	Guayas
I	UP	Centro de salud de Bahía de Caráquez	2018	Bahía de Caráquez	Manabí
	CP	Clínica Universitaria UEES	2 octubre 2020	Guayaquil	Guayas
I	UP	Puestos de Salud Shuar de Warints y Yawi	15 octubre 2020	Morona Santiago	Morona Santiago
I	UP	Centro de Salud Urcuquí "Juan Martín Moreira"	20 octubre 2020	Imbabura	Imbabura
I	UP	Unidad de salud Héroes nexada a Ceibos IESS			
I	UP	Centro de salud tipo B Calpi	2021	Calpi	Chimborazo
I	UP	Centro de Salud tipo B Santa Rosa	2021		Chimborazo

*I; ∞CP: clínicas privadas; UP: unidades públicas; ADM: administrativa

Fuente:(13,15,71)

Elaboración: PhD Lilián Calderón

Bibliografía

1. Pinzón C. Los grandes paradigmas de la educación médica en Latinoamérica The big paradigms of the medical education in latin american countries. Acta Medica Colomb. 1993;33(1):33–41.
2. Moreno SL. Atención Primaria de Salud. In: Altamirano LM, editor. Factores de riesgo en la comunidad I: elementos para el estudio de la salud colectiva. México; 1991. p. 49–55, 57–8, 60–1.
3. Borrell R. Educación médica : ¿ Hacia dónde ir ? Organ Panam la Salud. 2012;1–23.
4. Educación médica: ¿Hacia dónde ir? [Internet]. Available from: www.observatoriorh.org
5. Borrell RM. La educación médica en América Latina: debates centrales sobre paradigmas científicos y epistemológicos. In: Argentina, editor. Proceso de transformación curricular: otro paradigma es posible. Argentina: Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Rosario; 2005. p. 1–32.
6. Dawson De Penn CJB. Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines 1920 [abstracto]. Organ Panam la Salud. 1964;93:38.
7. White KL, Williams TF, Greenberg BG. The ecology of medical care. N Engl J Med. 1961;265(18):885–92.
8. White KL, Williams TF GB. The ecology of medical. N Engl J Med. 2001;344(26):2021–5.
9. Green LA, Fryer GE, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The ecology of medical care revisited. N Engl J Med. 2001;344(26):2021–5.
10. Álvarez-dardet C. Armadilha das pirâmides Armadilha das pirâmides The pyramid trap. 2001;(August).
11. Álvarez-dardet C. Armadilha das pirâmides The pyramid trap. Hum Dev. 17(4):1009–15.

12. Harzheim E, Alvarez-Dardet C. The pyramid trap. *Cad saúde pública / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Esc Nac Saúde Pública*. 2001;17(4):1009–15.
13. Estrella E, Crespo-Burgos A. Medicina y Salud Pública durante la Colonia. In: Benítez RF-, Bustos CH-, Granda E, Valdivieso HJ-, Paredes RL-, editors. *El Cóndor, La Serpiente y El Colibrí*. Quito-Ecuador; 2002. p. 64–72.
14. Estrella E. Pensamiento médico ecuatoriano primera parte. Ecuador BC del, Nacional CE, editors. Quito: XLIII Biblioteca Básica del Pensamiento Ecuatoriano; 2004. 253 p.
15. Breve historia de la medicina del Ecuador [Internet]. Quito: Casa de la Cultura Ecuatoriana Benjamín Carrión; 2013. 194 p. Available from: [http://www.casadelacultura.gob.ec/?ar_id=5&li_id=129&title=Breve Historia de la Medicina en Ecuador&palabrasclaves=Breve Historia de la Medicina en Ecuador](http://www.casadelacultura.gob.ec/?ar_id=5&li_id=129&title=Breve+Historia+de+la+Medicina+en+Ecuador&palabrasclaves=Breve+Historia+de+la+Medicina+en+Ecuador)
16. Fierro R, Hermida C. El Precursor: Doctor Eugenio Espejo. In: Fierro R, Hermida C, Granda E, Jarrín H, López R, editors. *El Cóndor, La Serpiente y El Colibrí La OPS/OMS y la Salud Pública en el Ecuador del Siglo XX*. Quito - Ecuador; 2002. p. 73–82.
17. Mayorga G. El Médico Comunitario. Quito-Ecuador: PROPUMED; 2009. 103 p.
18. Estrella E, Crespo A, Herrera D. Antecedentes nacionales e internacionales para la creación del Ministerio de Salud Pública. In: *Desarrollo histórico de las políticas de salud en el Ecuador (1967 - 1995)*. Quito: Proyecto Análisis y Promoción de Políticas de Salud; 1997. p. 1–21.
19. Martínez S. IESS Jubilados [Internet]. 2018. Available from: <https://slilma.wixsite.com/iessjubilados/caja-de-pensiones>
20. Puertas B, Marco Herrera, Aguinaga G. La promoción de salud en el Ecuador. In: *La promoción de la salud en América Latina: modelos, estructuras y visión crítica* Centers for Disease Control, Universidad de Puerto Rico San Juan, 2004. 2004. p. 1–18.
21. Yépez FR. La formación de los Médicos en el Ecuador en los últimos 50 años. 1960 - 2010. 1ed. Quito, Ecuador: Editorial Bicromia; 2013. 295 p.
22. Bravo L, Astudillo F. Internado Rotativo en Ciencias de la Salud en el Ecuador. Quito-Ecuador; 2011.
23. Barreiro PI. El IESS y el Seguro Social Campesino. Auspicio d. Quito-Ecuador; 2004. 139 p.
24. Leon NDL. Estado y acción colectiva: los afiliados al Seguro Social Campesino en Ecuador, 1993-1998. *Mundos Plur - Rev Latinoam Políticas y Acción Pública*. 2020;6(1):9–30.
25. Chang C, Durango RS, Velasco MA, Laspina C. Informe del programa de apoyo al sector salud en el Ecuador. 2010.
26. Armijos Bravo G, Camino Mogro S. Inequidades socioeconómicas en el uso de servicios sanitarios de atención primaria en Ecuador. *Estud Gerenciales*. 2017 Jul;33(144):292–301.
27. Asamblea Constituyente. Constitución de la República del Ecuador. Ciudad Alfaro; 2008.
28. Chang Campos CJ. Evolución del sistema de salud de Ecuador. Buenas prácticas y desafíos en su construcción en la última década 2005-2014. *An la Fac Med*. 2018 Mar;78(4):452.
29. ISAGS-UNASUR. Sistema de Salud en Ecuador - ISAGS. 2012.
30. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. La salud en la constitución. 2010.
31. Lucio R, Villacrés N, Henríquez R. Sistema de salud de Ecuador.
32. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Manual del Modelo de Atención Integral en Salud - MAIS. Quito; 2012. 2010 p.
33. Ecuador M de SP de. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud- MAIS/FCI. Ecuador; 2016 p. 211.

34. Ministerio de Salud Pública. Manual del modelo de atención integral de salud - MAIS. 1ra. Vol. 66, Ministerio de Salud Pública. Quito: Ministerio de Salud Pública; 2012. 37–39 p.
35. Pública M de S. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud- Mais. Ecuador; 2013 p. 212.
36. Pública M de S. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas graves IRAG en hospitales centinelas. SE 52-2011 [Internet]. 2011; Available from: http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/irag/Informe_IRAG_SE_52_Eu.pdf
37. Ministerio de Salud Pública. GeoSalud3.7.6 [Internet]. 2021. Available from: <https://geosalud.msp.gob.ec/geovisualizador/>
38. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Norma Técnica Sustitutiva de Relacionamento para la Prestación de Servicios de Salud entre Instituciones de la Red Pública de Salud y de la Red Privada Complementaria, y su Reconocimiento Económico. 2017.
39. Espinosa V, Acuña C, De La Torre D, Tambini G. Editorial La reforma en salud del Ecuador. Vol. 41, Rev Panam Salud Publica. 2017.
40. Chang AY, Cowling K, Micah AE, Chapin A, Chen CS, Ikilezi G, et al. Past, present, and future of global health financing: a review of development assistance, government, out-of-pocket, and other private spending on health for 195 countries, 1995-2050. 2019;
41. Aguilar M. Proyecto PAMAFRO.
42. UNICEF. La Inversión social en el Presupuesto General del Estado 2011. 2011.
43. Pablo I. Privatización de la salud en Ecuador. Estudio de la interacción pública con clínicas y hospitales privados. Quito; 2015.
44. Cabrera S, Cielo C, Moreno K, Ospina P. Las Reformas Universitarias en el Ecuador (2009-2016): Extravíos, ilusiones y realidades. Primera Ed. Ediciones Fausto Reinoso(Universidad Andina Simón Bolívar SE, editor. Quito; 2017.
45. CONASA. Revista Comunicar: Para aprender y participar juntos. Revista ecuatoriana de Salud Comunicar. 2006 Dec;4.
46. Hermida C. El escenario de los servicios de salud. La práctica médica. In: La formación de los médicos en el Ecuador en los últimos cincuenta años 1960 - 2010. Quito-Ecuador; 2013. p. 61–29.
47. Campos CJC. Evolución del sistema de salud de Ecuador . Buenas prácticas y desafíos en su construcción en la última década 2005-2014 Evolution of the health system of Equator , good practices and challenges in its construction in the last decade 2005-2014. 2017;452–60.
48. Pública M de S. Coberturas en salud. 2020.
49. Ecuador. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [Internet]. Available from: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/institucional/home/>
50. Ecuador. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC. [Internet]. 2019. Available from: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/proyecciones-poblacionales/>
51. Salud OOP de la S. Actualización Epidemiológica Nuevo Coronavirus (2019-nCoV) 5 de febrero del 2020. 2020;(Cdc):1–10. Available from: <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-nuevo-coronavirus-ncov-5-febrero-2020>
52. K.Armas, E.Calderón, López, A.Ríos, J.Sánchez, Simbaña M, et al. Análisis comparativo de cobertura de los programas esenciales en el distrito 17D05 del Distrito Metropolitano de Quito, períodos Enero - Junio del 2019 – 2020. Quito; 2020.

53. Social IE de S. Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social [Internet]. Available from: http://saludapp.iesgob.ec/visores/%0Ahttps://bit.ly/iesg_agendamiento
54. Quito S de salud del DM de. Situaciones cantones Pichincha [Internet]. Available from: <https://coe-pichincha.senescyt.gob.ec/situacion-cantones-pichincha/>
55. Nacional C. Situación nacional por Covid-19 (Coronavirus). Infografía N° 023. 2020;19:2020.
56. COE. Resoluciones COE Nacional 27 de mayo 2020 [Internet]. 27 DE MAYO. 2020. Available from: <https://www.gestionderiesgos.gob.ec/resoluciones-coe-nacional-27-de-mayo-2020>
57. Resoluciones del COE octubre 25 [Internet]. 2020. Available from: <https://www.gestionderiesgos.gob.ec/resoluciones-coe/>
58. Comité de Operaciones de Emergencia Nacional. Resolución COE Nacional - 11 de Septiembre de 2020. 2020;1–8.
59. Acuna C, Delgado P, Safadi D, Cazar J. prevalencia de obesidad en niños y adolescentes atendidos en el centro de salud cotacollao, pertenecientes al distrito 17D03, de la provincia de pichincha en el período 2019-220. Quito; 2020.
60. Caiza E, Cisneros P, Meneses S, Montesdeoca P, Orozco S, Osorio S, et al. Incidencia de infección por SARS-COV2 en el personal de una unidad se salud de segundo nivel de la seguridad social, definido por RT-PCR positivo y anticuerpos positivos, durante el periodo Junio 2020 - Diciembre 2020. Quito; 2021.
61. Piguave L, Pérez A, Vásconez S, Molina K, Bermeo A, Rocha K, et al. Impacto social, económico y sanitario ocasionado por las medidas restrictivas del Covid-19 en el Centro de Salud “Centro Histórico.” Quito; 2020. p. 15.
62. Barros C, Miranda A, Sánchez D, Trujillo H, Quinapaxi A, L A, et al. UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR CARRERA DE MEDICINA Programa “Evaluación del sistema de referencias realizadas en el Servicio de Emergencias del Centro Salud ‘ Centro Histórico ’, durante la pandemia COVID -19 período Marzo- Noviembre 2020 ”. 2020;
63. D. Araujo, Alarcón I, Chamorro J, B. Cordova, Martínez T, Mayorga O, et al. CONOCIMIENTOS SOBRE VACUNACIÓN EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE UN AÑO EN LOS CENTROS DE SALUD DE NAYÓN, LAS CASAS, SEGUNDO DÍAZ, EL BATÁN (2). Quito; 2020.
64. Padilla K, Peláez K, Calderón L. Prevalencia y comportamiento de COVID-19 en los centros de salud “Eugenio Espejo”, “La Delicia” y “Quitumbe” de la Policía Nacional. 2020. p. 9.
65. Pérez B, Sosa C, Villarreal G, García G, Calderón L. Prevalencia de ansiedad y síndrome de estrés post traumático en relación con la pandemia de covid 19 en pacientes y personal de salud de los centros de salud de primer nivel de atención de la Policía Nacional de Quito, Ecuador, en octubre del 2020. Quito; 2020.
66. Loor N. Prevalencia de consumo de agua no purificada en la comunidad Sápara Naruka en Shell Pastaza en el mes de noviembre del año 2020. 2020;10.
67. Constante A, Maldonado D, Moncayo M, Morales J, Ortega E, Sánchez J, et al. Secuelas y posibles efectos del covid-19: revisión de la literatura. Quito; 2020.
68. Estrella E. Pensamiento Médico Ecuatoriano I. Ecuador BC del, Nacional CE, editors. Quito; 2004. 253 p.
69. Ministerio de Salud Pública. Información sobre inauguraciones realizadas – Información Técnica [Internet]. 2021. Available from: <https://www.salud.gob.ec/?s=inauguracion+de+centros+de+salud>
70. IESS PDLRDE. Inaug Del Hosp Del IESS Los Ceibos Interconect Con La Unidad Médica Tipo C - Cent Matern Infant Y Emerg Del less En Zaruma. 2017;53(9):1689–99.
71. Hermida C. El sistema nacional de salud del Ecuador. Período 1998 - 2010. ¿La construcción de la esperanza? Rev Fac Cienc Med Univers Cuenca. 2011;11:33–157.

Capítulo II B: Redes integradas de salud desde un modelo docente asistencial

Sotomayor Paredes A.¹, Benavides Vera P.², Saltos Llerena I.³ Fernando Durán L.⁴

¹Docente Administración en Salud de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador.

²Responsable de Docencia del Hospital General Docente de Calderón y docente de la cátedra de Farmacología de la Universidad Central del Ecuador.

³Docente Universidad Central del Ecuador

⁴Coordinador Docente en el Hospital General Docente de Calderón, Universidad Central del Ecuador

Marco Andrés Sotomayor Paredes

<https://orcid.org/0000-0002-2350-8486>

Patricia Janeth Benavides Vera

<https://orcid.org/0000-0003-0282-9229>

Angel Fernando Duran Lucio

Introducción

Mediante la declaración de Alma Ata durante la Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria en Salud en 1978, se plantea la posibilidad de dejar atrás una visión médico-centrista y biológica de los problemas de salud, al reiterar firmemente a la salud como, el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, al establecer al mismo tiempo a esta como un derecho fundamental y el logro más alto de salud como un objetivo de los diferentes gobiernos a través del trabajo intersectorial. Para conseguir este objetivo se planteó: abordar las graves desigualdades sociales y plantear políticas equitativas y solidarias en los países y entre los más desarrollados y los menos desarrollados; generar participación individual y colectiva del pueblo en la planificación y aplicación de la atención en salud; generar políticas centradas en la estrategia de la Atención Primaria en Salud (APS) y que esta sea el centro del Sistema Nacional de Salud; Acercar los servicios de salud a los individuos y sus familias donde éstas residen o trabajan; implementar al menos procesos de educación sobre los principales problemas de salud y prevención y la lucha correspondiente para la promoción de alimentos, nutrición apropiada, agua potable y saneamiento básico; asistencia materno infantil, planificación familiar; inmunizaciones contra las principales enfermedades infecciosas y lucha contra enfermedades endémicas; tratamiento apropiado de enfermedades y traumatismos comunes; y suministro de medicamentos esenciales (1).

Sin embargo el orden económico mundial y el modelo neoliberal que se implementa en la década de los 80's y 90's, impulsó a los gobiernos a implementar una Atención Primaria en Salud Selectiva (APS-S), la misma que establecía centrar los esfuerzos y políticas de los diferentes gobiernos en cuestiones particulares o programas de lucha contra una única enfermedad, a través de un conjunto limitado de actividades y programas restringidos, verticales y a corto plazo, dirigido a un sector de la población (salud para pobres), las mismas que atacan a los síntomas y no a las causas que las originan, dejando a un lado a las determinantes sociales de la salud.

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

Después de 25 años de la declaración de Alma Ata, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2007, se plantea renovar la APS para que los gobiernos de los diferentes países puedan organizar una estrategia coordinada, efectiva y sostenible para resolver los problemas de salud, mejorar la salud de la población mediante políticas de equidad para reducir las desigualdades. La OMS considera a la estrategia de Atención Primaria en Salud Renovada (APS-R) como una condición esencial para lograr objetivos de desarrollo a nivel internacional, como los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), abordar a los determinantes sociales de la salud y establecer a la salud como un derecho expreso en las constituciones de los países, así como la formación de los recursos humanos en APS (2).

En el año 2008 se aprueba la constitución de la república del Ecuador, la misma que garantiza los derechos humanos y las libertades fundamentales de los hombres y mujeres, así como su seguridad social en el territorio ecuatoriano, en la sección de salud establece:

“El Estado garantizará el derecho a la salud, su promoción y protección, por medio del desarrollo de la seguridad alimentaria, la provisión de agua potable y saneamiento básico, el fomento de ambientes saludables en lo familiar, laboral y comunitario, y la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia.” (3);

y dispone el cumplimiento del derecho a la salud, a través del ejercicio de otros derechos interdependientes con la finalidad de lograr el buen vivir, la vida plena o Sumak Kawsay(3).

Con el fin de implementar el mandato constitucional el Ministerio de Salud Pública en el año 2012 publica el documento del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI), el mismo que recoge el mandato constitucional y plantea cambios estructurales del sector salud, como son:

“El fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria Nacional, El reposicionamiento de la estrategia de Atención Primaria de Salud como eje articulador del Sistema Nacional de Salud, La reingeniería institucional pública y privada, La articulación y fortalecimiento de Red Pública y Complementaria cuya organización sea de base territorial, de acuerdo a la nueva estructura de gestión del Estado, y la reorientación del Modelo de Atención y Gestión del Sistema de Salud, en función de alcanzar la integralidad, calidad, equidad, tendiente a obtener resultados de impacto social. Cambios que tienen como principio fundamental el derecho a la salud de la población, a través de la generación de condiciones para la construcción y cuidado de la misma” (4).

El MAIS-FCI adopta como eje central del modelo de salud, a la estrategia APS-R y orienta:

“la construcción, cuidado y recuperación de la salud en todas sus dimensiones: biológicas, mentales, espirituales, psicológicas y sociales. Y pone en el centro de su accionar la garantía del derecho a la salud de las personas, las familias, la comunidad y desde este enfoque organiza las modalidades y contenidos de la prestación de servicios integrales, la articulación intersectorial y la participación ciudadana” (4).

Para la implementación del MAIS-FCI, se plantean entre otras las siguientes acciones: Organizar redes integradas de servicios de salud, las mismas que deben implementar la estrategia APS-R en los diferentes niveles de atención, para entregar los servicios de salud de manera oportuna y en el lugar más apropiado, acercando los servicios a la población según lugar de residencia o trabajo, mediante la coordinación asistencial de manera continua. La cartera de servicios debe ser suficiente para responder a las necesidades de la población a través de la promoción de la salud, prevención de enfermedades, curación – recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos; Integrar el Sistema Nacional de Investigación en Salud en el Sistema Nacional de Salud impulsando el desarrollo de la investigación científica, la formación y capacitación del Talento Humano.

El Ministerio de Salud Pública (MSP) y el Consejo de Educación Superior (CES) aprobaron en conjunto la Norma Técnica de Unidades Asistenciales-Docentes con el objetivo de mejorar la calidad de la enseñanza en el campo de la salud, y organizar la tarea asistencial de los servicios de salud, esta normativa se estructuró con el fin de mejorar la calidad en la prestación de servicios de atención que componen el Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social (el Sistema Nacional de Salud es parte de este supra sistema). La norma establece que:

“...la relación asistencial-docente es el vínculo estratégico y de largo plazo que une a los sectores de salud y educación superior tras el objetivo de formar y disponer de profesionales y técnicos competentes para satisfacer las necesidades de salud de la población, generando un beneficio sobre la calidad de atención que reciben los usuarios de la Red Pública Integral en Salud (RPIS) y de las demás instituciones del SNS.” (5).

En septiembre de 2010, la comunidad organizada de Calderón realizó las gestiones para la donación del terreno para la construcción del Hospital Universitario, se firmó el Convenio de Cooperación entre el Ministerio de Salud Pública (MSP), Municipio de Quito, Fondo de Salvamento y Universidad Central del Ecuador (UCE), para la construcción y funcionamiento del Hospital General Universitario de Calderón, para lo cual se establece un modelo nuevo de Servicios de Integración Docente Asistencial comunitaria, entre la UCE y el MSP, el mismo que plantea una co-gestión de los servicios de salud con la academia, generando espacios docente – asistencial para la formación permanente del talento humano y el mejoramiento continuo de los servicios al establecer un proceso de mejora continua de la calidad.

Después de tres años de construcción, entró en funcionamiento en Julio del 2015, el Hospital General Docente de Calderón (HGDC) como el tercer hospital general de la capital, siendo el primer hospital en Quito en construirse después de 30 años. La población beneficiaria supera los 900.000 mil habitantes. Es un hospital de segundo nivel de atención y hospital de referencia para establecimientos de salud de la red norte de Quito y Pichincha por lo cual la planificación de la cartera de servicio responde al perfil epidemiológico y necesidades de la población (6).

El convenio de cooperación entre las instituciones determinó la necesidad de crear partidas para profesionales de salud que tengan relación de dependencia tanto con el MSP como con la UCE con el fin de garantizar la docencia y tutoría permanente en el establecimiento de salud. El HGDC para implementar el modelo docente asistencial según establece la Norma Técnica de Unidades Asistenciales-Docentes, aprobó e implementó el Reglamento Interno de Docencia e Investigación del HGDC en el año 2017, para lo cual se conformó el Comité de Coordinación Asistencial Docente - COMCAD con la representación paritaria entre autoridades, docentes y estudiantes de grado y posgrado de HGDC y la UCE con su representación exclusiva de Coordinador Docente, el mismo que tiene como funciones las de cumplir y hacer cumplir la normativa vigente, planificar actividades académicas y asistenciales, tratar las sanciones por faltas y prohibiciones en las que podrían incurrir los estudiantes o docentes, entre otras (7).

Desde su apertura el HGDC con el fin de satisfacer las necesidades de la población estableció un modelo de gestión por procesos con estructura organizativa matricial (vertical o especializada y transversal o de servicios), la misma que responde a la planificación estratégica institucional, las necesidades de la población se identificaron tanto para usuarios externos (población beneficiaria de servicios de salud, estudiantes de ciencias de la salud, profesionales de salud de primer nivel de atención, proveedores de servicios y bienes), como para usuarios internos (profesionales y personal de salud, personal administrativo del hospital).

Con el fin de organizar las prestaciones de los servicios del hospital, se conformó la Red Norte de servicios de salud, la misma que contó con establecimientos de salud del primer y segundo nivel de atención de los sub sistemas del MSP y el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), se realizó un diagnóstico situacional para identificar necesidades y problemas, lo que permitió organizar las actividades según capacidad operativa instalada en cada establecimiento de salud. El modelo Docente Asistencial, permitió desarrollar jornadas de capacitación y actualización de conocimientos para los establecimientos de salud de la Red Norte, en la que participaron los profesionales y docentes del HGDC y de los establecimientos de salud de los diferentes niveles de atención, los ejes temáticos se desarrollaron en función de las necesidades identificadas por la problemática del manejo de paciente, así como la falta de continuidad y oportunidad de la atención.

La UCE al mismo tiempo con el fin de fortalecer la capacidad de los docentes y tutores en servicio, realizó un curso de capacitación sobre docencia e investigación para profesionales del HGDC y de los establecimientos de salud de la red norte.

El HGDC por su estructura organizacional y al ser un establecimiento con un componente docente asistencial, apoyó en la organización de los COMCAD para el primer nivel de atención del MSP y a través de estos se identificaron las necesidades de formación y capacitación continua, no solo para estudiantes o profesionales en proceso de formación sino también para profesionales y personal de salud de estos establecimientos de salud, es así que se estableció una malla de formación

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

continúa entre profesionales de los diferentes niveles de atención, de aquellos problemas más comunes de relacionamiento y diagnóstico oportuno según capacidad resolutoria, este proceso de formación incluyó rotaciones prácticas, no solo en el hospital docente, sino también en los establecimientos de primer nivel de atención para conocer su capacidad resolutoria, limitaciones y crear redes especializadas (Gineco-obstétricas, pediátricas, de urgencias y emergencias, de enfermedades crónicas, etc.) entre el primer y segundo nivel de atención. Esta actividad permitió actualizar los conocimientos de los profesionales y personal de salud, así como fortalecer la capacidad resolutoria de los establecimientos de salud y brindar una atención oportuna, además de mantener la continuidad y longitudinalidad de la atención.

También participó en la conformación del COMCAD ZONAL, en el cual HGDC quedó como representante de Hospitales, a fin de garantizar el cumplimiento de la normativa vigente y la reorganización de la estructura docente y su relacionamiento con las Instituciones de Educación Superior IES.

Dando inicio del internado rotativo en el HGDC, un 16 de julio del 2015, una experiencia única, quizás fue un reto para todos los Coordinadores del Internado de las diferentes Carreras de la Facultad de Ciencias Médicas, pues enfrentábamos por primera vez a un Hospital Docente de la UCE-MSP, donde este grupo debían ser verdaderos protagonistas de esta historia que estaba por comenzar.

El Internado Rotativo de pregrado forma parte del plan de estudio de las carreras de facultad de Ciencias Médicas, es un año obligatorio, indispensable para que los alumnos integren y consoliden los conocimientos que adquirieron durante los ciclos previos, cuentan con un diseño Microcurricular que está organizado de manera que cumplen cuatro rotaciones básicas, clínica, Pediatría, cirugía y comunidad, quizás la más importante pues se vio más reforzada por todo el equipo de docentes de la Facultad de Ciencias Médicas.

Gracias a la visión del Dr. Fernando Durán y la Dra. Lilian Calderón se realizó la planificación académica donde había un proceso de capacitación a todo el grupo del internado, con el fin de incorporar las competencias y aptitudes de los EALS en los estudiantes de las carreras de medicina, enfermería y obstetricia de la UCE, se aplicó la unificación de contenidos de la Agenda Académica del Ciclo de Salud Comunitaria del PIRM en el cumplimiento del syllabus del Ciclo de Salud Comunitaria para el desarrollo de la rotación conjunta de salud comunitaria del internado rotativo de las tres carreras, el objetivo principal fue, contar con conocimiento conceptual y manejo de herramientas del MAIS-FCI de manera unificada y romper la lógica vertical de relación de poder entre las diferentes carreras y transformando un equipo con una organización transversal y complementario según sus habilidades y competencias generadas durante la rotación desarrollando competencias de trabajo en equipo.

El desarrollo del Análisis de la Situación de Salud (ASIS) con su respectivo Plan Local de Salud (PLS), dió como resultado la incorporación en el ASIS de determinantes sociales de salud y romper con la visión médico-centrista o biológica de los problemas de salud, así como integrar las actividades de promoción de salud, prevención de enfermedades, así como de curación, rehabilitación y cuidados paliativos en el PLS propuesto por los estudiantes.

El Hospital Docente a través de la formación e investigación continua, durante sus años de funcionamiento ha incorporando varias promociones de internos rotativos de medicina, enfermería y obstetricia, además ha contribuido en la formación de estudiantes de varias carreras de grado para realizar sus prácticas en las carreras de Estadística, Psicología, Trabajo Social, Química Farmacéutica, Química Clínica, Ingeniería Ambiental, Nutrición, Periodismo, entre otras, con un total de 3.800 estudiantes de grado que han realizado sus prácticas preprofesionales o internado previo a la obtención de su título profesional, y 1.192 posgradistas de cuarto nivel de varias universidades de la capital, que han realizado sus rotaciones de posgrado en Calderón(6).

La experiencia docente – asistencial de las unidades de primer nivel del área de influencia del HDGC tanto en el distrito 17D02, 17D03 y 17D09 al contar con internos rotativos del Ciclo de Salud Comunitaria tanto de medicina, enfermería así como de obstetricia de la UCE, y al ser el HGDC el centro de gestión de la red de unidades de primer nivel para la docencia, se desarrolló la rotación comunitaria polivalente, al incluir a los estudiantes de las tres carreras y desarrollar en conjunto la malla curricular de las herramientas del Modelo de Atención Integral en Salud con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural, permitiendo identificar y solventar las falencias en la aplicación de las mismas en la red distrital de influencia del HGDC. Con el fin de incorporar las competencias y aptitudes de los EALS en los estudiantes de las carreras de medicina,

enfermería y obstetricia de la UCE, se aplicó la unificación de contenidos de la Agenda Académica del Ciclo de Salud Comunitaria del PIRM en el cumplimiento del syllabus del Ciclo de Salud Comunitaria para el desarrollo de la rotación conjunta de salud comunitaria del internado rotativo de las tres carreras, el objetivo principal fue, contar con conocimiento conceptual y manejo de herramientas del MAIS-FCI de manera unificada y romper la lógica vertical de relación de poder entre las diferentes carreras y transformando un equipo con una organización transversal y complementario según sus habilidades y competencias generadas durante la rotación desarrollando competencias de trabajo en equipo. El desarrollo del Análisis de la Situación de Salud (ASIS) con su respectivo Plan Local de Salud (PLS), dió como resultado la incorporación en el ASIS de determinantes sociales de salud y romper con la visión médico-centrista o biólogo de los problemas de salud, así como integrar las actividades de promoción de salud, prevención de enfermedades, así como de curación, rehabilitación y cuidados paliativos en el PLS propuesto por los estudiantes.

Del mismo modo se pudo evidenciar que fue una experiencia muy gratificante, pues por primera vez estábamos integrando al trabajo en equipo que implicaba compartir conocimientos, observaciones e inquietudes pertinentes para realizar ajustes en la atención al paciente. aprender a valorar el aporte de cada disciplina, como valor único, y centrado con todos los esfuerzos con un objetivo común, el paciente con todas las esferas que componen el ser humano, como un todo indisoluble.

Pero lo más importante, y quizás lo más difícil, fue cambiar la mentalidad como profesionales, desechar paradigmas y estereotipos del pasado, formas de trabajar obsoletas, e impregnar el espíritu real de equipo y colaboración.

Conclusiones

La implementación del Modelo de Atención Integral de Salud mediante la estrategia de Atención Primaria en Salud Renovada y la docencia Asistencial Universitaria basada en APS se la puede realizar cuando existan condiciones técnicas y políticas favorables al desarrollo del ser humano y diálogos intersectoriales asertivos y constructivos, las mismas que se deben institucionalizar y garantizar con instituciones que cumplan la normativa y desarrollen prestaciones de calidad e innovadoras en función de la necesidad de la población.

El escenario asistencial docente permite formar de una manera integral e integrada a diferentes profesionales y personal de la salud, incluyendo no solo a los del proceso agregador de valor sino también a los de procesos asesores y de apoyo, de esta manera se realiza un uso eficiente de los recursos optimizando la infraestructura y el talento humano, el mismo que debe incorporar a profesionales y personal de diferentes niveles de atención para mantener una formación continua y complementaria.

Para la formación de los profesionales de salud con estrategia de APS que puedan implementar el MAIS-FCI, se debe incorporar en el pensum de estudio habilidades y competencias complementarias de las diferentes carreras de la salud, las mismas que deben compartir escenarios de formación para obtener una visión integral e integrada de la salud.

Bibliografía

1. Organización Panamericana de la Salud. Declaración de Alma-Ata. Documentos 2012. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata1978Declaracion.pdf>.
2. Organización Panamericana de la Salud. Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Serie: La Renovación de la APS en las Américas No 1. Washington, DC: OPS; 2008.
3. Asamblea Constituyente 2008. Constitución de la República del Ecuador. Ciudad Alfaro, Ecuador: Asamblea Constituyente; 2008. [Citado 08 febrero 2021]. Disponible en: <https://pdba.georgetown.edu/Parties/Ecuador/Leyes/constitucion.pdf>
4. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud-MAIS. Ecuador: Ministerio de Salud Pública; 2013.

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

5. Ministerio de Salud Pública del Ecuador – Consejo de Educación Superior. Norma Técnica para Unidades Asistenciales-Docentes. 2015.
6. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Historia del Hospital General Docente Calderón. [Citado 08 febrero 2021]. Disponible en: <https://www.hgdc.gob.ec/index.php/hospital/historia-del-hospital>.
7. Ministerio de Salud Pública. Hospital General Docente de Calderón. Reglamento Interno de Docencia e Investigación del Hospital General Docente de Calderón. 2017.

Capítulo II C: Vivencia del internado rotativo en el Hospital General Docente de Riobamba (Hospital Policlínico), como parte del proceso de formación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador.

Gerardo Patricio Inca Ruiz¹

¹ Docente de la Facultad de Salud Pública de la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo. Correspondencia: g_inca@esPOCH.edu.ec

Gerardo Patricio Inca Ruiz

<https://orcid.org/0000-0003-0457-3255>

Introducción

La Universidad Central del Ecuador (UCE) es la más antigua del país, sus orígenes se remontan a la época de la colonia, que en un inicio tuvo del nombre de Universidad Central de Quito (1826), producto de la fusión entre la Universidad de San Gregorio Magno de Quito, dirigida por los jesuitas desde 1622 y la Real y Pública Universidad de Santo Tomás de Aquino, regentada por los Dominicos. Al ser expulsados los Jesuitas, de la Real Audiencia de Quito, por orden del Rey de España Carlos III. En 1836, el presidente Vicente Rocafuerte expide el Decreto Orgánico de Enseñanza pública y en el Art. 7 dice “La Universidad de Quito es la Central de la República del Ecuador”.¹

El 13 de abril de 1693, mediante Cédula Real del Rey Carlos II de España, se funda la Facultad de Medicina en la Real Universidad Santo Tomás de Aquino. La actual UCE y la Facultad de Ciencias Médicas (FCM), como se la conoce actualmente, tuvieron que vencer muchas dificultades que atentaron, en más de una ocasión, con su existencia, así; déficit de recursos económicos, carencia de infraestructura y de personal docentes; injerencias políticas y clericales, intereses bastardos que desearon silenciarla con frecuentes y largas clausuras.² Todas estas dificultades y obstáculos se vencieron, y actualmente se ofertan varias carreras relacionadas con la salud: medicina, enfermería, obstetricia, laboratorio clínico e imagen y radiología, a nivel de pregrado y algunas de ellas con formación de posgrado.

Según los historiadores, Diego de Herrera, a pesar de no haberse educado en la naciente Escuela Médica de la Real Audiencia de Quito, fue el primer quiteño que recibe en ella, la Licenciatura en Medicina un 5 de Julio de 1694 y de Doctor el 8 de agosto del mismo año.²

Desde la Colonia hasta nuestros días importantes médicos se graduaron de sus aulas, entre los que se puede destacar Eugenio de Santa Cruz y Espejo (1767), José Mejía Lequerica (1805)², Isidro Ayora (1905)³, Pablo Arturo Suárez (1913)⁴, Carlos Andrade Marín (1929)⁵, Ricardo Descalsi (1941)⁶, Plutarco Naranjo (1949)⁷, entre otros.

En la década de los 80 eran pocas las universidades que formaban médicos, solo se podía estudiar en Quito, Guayaquil, Cuenca y Loja. Esta realidad daba lugar a una composición estudiantil interesante, los estudiantes pertenecían a diferentes clases socio-económicas, venían de diferentes lugares del país lo que daba origen a una formación extracurricular muy rica para el intercambio en muchos sentidos, lo cual para adolescentes y jóvenes que se encontraban entre los 18 y 24 años, representaba una oportunidad para conocer en el aula diferentes pensamientos políticos, sociales y culturales.

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

En relación a la malla curricular, según consta en los archivos de la Universidad Central, se desarrollaba en 7 años académicos con los siguientes contenidos:

- Primer año: Anatomía I, Antropología, Bioquímica I, Embriología I, Estadística Método Científico, Histología I, Problemas Médico Sociales y Educación Física.
- Segundo año: Anatomía II, Fisiología e Histología II.
- Tercer año: Bioquímica, Biofísica, Demografía, Microbiología, Parasitología, Psicología médica y Semiotecnia.
- Cuarto año: Farmacología, Anatomía e Histología Patológica, Psicopatología, Semiología y Epidemiología.
- Quinto año: Medicina Interna, Radiodiagnóstico, Administración en Salud y Saneamiento Ambiental y Psiquiatría.
- Sexto año: Cirugía General, Ginecología, Medicina Legal, Neuro-músculo esquelético, Obstetricia, Oftalmología, Otorrinolaringología, Pediatría y Urología,
- Séptimo año: Internado Rotativo.⁸

Todo el proceso de formación, en Quito, se realizaba en clases teórico-prácticas ya sea en aulas de la Facultad de Ciencias Médicas, como en los Hospitales del Ministerio de Salud Pública, del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y de las Fuerzas Armadas, de todo el país.

Terminado los 7 años de estudio se graduaron como Doctores en Medicina y Cirugía y previo al ejercicio libre de la profesión debían cumplir con el año de servicio de Salud Rural vigente desde 1970.

Objetivo

Describir las características del proceso de formación médica en el año del Internado Rotativo en el Hospital Policlínico de Riobamba, en el año lectivo 1986 -1987.

Métodos

El presente trabajo de tipo cualitativo – descriptivo, se ajusta al diseño biográfico o narrativo, en el que se pretende describir el testimonio subjetivo de los informantes, al narrar sus experiencias del Internado Rotativo en el Hospital Policlínico de Riobamba en el año académico 1986-1987.

Desarrollo

Cumplidos los seis años de estudio, los estudiantes tenían la opción de escoger el hospital en el cual querían realizar su último año de estudio y si existían muchos estudiantes para un lugar se procedía con un pequeño sorteo.

En este momento algunos grupos que se formaron en las aulas universitarias pugnaban por mantenerse juntos en un Hospital, mientras que otros se desvanecen por intereses personales de los estudiantes, unos querían regresar a lugar natal, otros querían salir del hogar y empezar a experimentar nueva vivencia, así que el internado rotativo, era un buen pretexto para cumplir esta aspiración.

Yo escogí realizar en la ciudad de Riobamba por dos razones, una es mi lugar natal y la segunda porque desde el segundo año de mi formación era un “ratón de hospitales” y durante clases realizaba turnos en el Hospital Carlos Andrade Marín (HCAM), cada tercer día y en mis vacaciones en el Hospital Policlínico. Esta oportunidad me permitió reconocer que en el internado había más posibilidades de realizar procedimientos en Riobamba que en Quito, ya que, en los hospitales de la Capital, tenían prioridad los médicos residentes y posgradistas, mientras que el interno rotativo no tenía mucha oportunidad de poner en práctica sus conocimientos.⁹

El primero de agosto de 1986, se juntaron por primera vez los estudiantes que habían elegido ir a Riobamba, para cursar este último año de estudios, algunos ya se conocían porque habían sido compañeros de aula, la mayoría nunca lo fueron.

Los 21 estudiantes que empezamos este nuevo año fueron: Cárdenas Miguel, Corrales Luis, Gallegos Lenin, Guacapiña Marco, Inca Patricio, Llanga César, Mayacela Ángel, Moreno Patricio, Moreta Manuel, Pilco Marco, Pino Holger, Ponce Luis, Romero Carlos, Romero Rodolfo, Ruiz Fernando, Ruiz Marlon, León Fernando, Saá Edwin, Troya Adrián, Velasco Telmo y Velasteguí Paola.¹⁰

El Hospital ofrecía para la rotación 4 servicios con las especialidades básicas Medicina Interna, Pediatría, Gineco- Obstetricia y Cirugía, más una rotación que se denomina pre rural en los hospitales cantonales de Colta, Alausí, Guamote y Chunchi. Cada rotación duraba 10 semanas.

Infraestructura

El Hospital Policlínico funcionaba en las antiguas instalaciones de lo que antes fue el Hospital de LEA (Liga Ecuatoriana Antituberculosa), era una estructura antigua. Las habitaciones grandes, típicas de los hospitales antiguos, habían sido divididas con madera triplex en espacios para 6 camas, que podrían albergar a 36 pacientes en cada servicio, todas compartían un solo baño. Cuartos con una sola cama había en el “solario”, lugar donde se colocaba a los pacientes que tuvieran alguna enfermedad infecto-contagiosa o en Obstetricia para pacientes con pre eclampsia.

Sus paredes eran de adobe en algunas partes y en otras de ladrillo o bloque, todas las habitaciones tenían los pisos y las ventanas de madera, las camas eran de tubos redondos, con somier de metal y alambre entretejido en forma de rombos, angostas, en las que estaban unos colchones de esponja no muy gruesa, lo que de seguro no brindaba un buen descanso a los pacientes, ya que el somier y los colchones cedían ante el peso de los pacientes.

En cada servicio había una estación de enfermería, que estaba al público y en la parte posterior o al frente estaba la habitación para los internos, y a un lado una división grande para preparación de medicamentos y utilería limpia. La utilería sucia estaba junto a los baños.

En relación a la habitación de los internos algunas tenían ventanas otras no, unas con dos camas y otras con literas para dos camas igual, un velador de madera, al igual que los armarios.

Del quirófano si me acuerdo, porque yo entraba más a las cirugías, había pisos de madera en la parte del quirófano, todas las entradas, adentro ya en el quirófano tenían partes de madera y de baldosas, pero los pisos eran rústicos, bastante acabados, con muchas fallas, que recuerdo que cuando las camillas entraban y salían, solían atascarse ahí las llantas.¹¹

Recursos Tecnológicos

El hospital tenía lo necesario para realizar pruebas y procedimientos básicos, por ejemplo, los equipos de imagen, Rx, ecosonografía, no eran de última tecnología, al igual en quirófano las máquinas de anestesia, las mesas de quirófano o las lámparas cielíticas. La sala de quemados era la que más me impresionó cómo funcionaba, era un cuarto pequeño para 4 camas con un baño en donde había una tina de agua. A parte de que las lesiones son muy dolorosas, el ambiente no era del todo agradable y se escuchaba o se podía ver las curaciones que realizaban a otro paciente, si se deseaba algo de privacidad máximo se colocaba un biombo de metal con divisiones de tela.

Una de las novedades tecnológicas de esa época era la endoscopia, en Quito algunos hospitales ya lo tenían, y a Riobamba no llegaba esta forma de diagnóstico.

No había ascensores, los pacientes eran subidos o bajados al pulso por los camilleros, los internos, familiares, o cualquier otra persona que en ese momento pudiera ayudar. Si requeríamos del apoyo del residente y se encontraba en su cuarto, a dónde no llegaban los parlantes del hospital, había que subir las gradas hasta el tercer piso para comunicarle cualquier novedad.

Cultura Organizacional

Si bien existía un organigrama con todos los niveles que un hospital debe tener, en la práctica algo que nos sorprendió a todos era que los cirujanos en especial tenían sus pacientes y no se respetaba las especialidades, por ejemplo, el cirujano enviaba una nota al interno o al médico residente de turno, a una paciente para histerectomía. Eso fue algo nuevo y cuando se tomó la decisión de referir a Gineco y no a Obstetricia, habían problemas al día siguiente, y en muchos casos desde la paciente o sus familiares porque no veían al cirujano que le envió al hospital. Fue duro acostumbrarse a esta situación y al final como estudiantes no quedó otra alternativa sino ceder a esas disposiciones que llegaban.

Otra situación *novedosa* fue mirar que en las prescripciones de uno de los tratantes de medicina interna a todos los pacientes hospitalizados les prescribía 2 cc de complejo B intramuscular, algún momento se le preguntó y la respuesta que se recibió fue que en el Ecuador hay desnutrición y que es una forma de ayudarles.

En esa época no había muchos médicos especialistas, por eso las interconsultas era al médico que conocía un poco más sobre el tema, por ejemplo, a uno de los médicos tratantes de medicina interna se le consultaba sobre cardiología o tuberculosis.

Debido a que los recursos económicos asignados al hospital apenas avanzaban para cubrir sueldos y uno que otro insumo o medicamento, se daban situaciones como:

1. En emergencias y en quirófano se guardaban los restos de los hilos de sutura que sobraban de un procedimiento para utilizarlo en otro paciente, así que era necesario optimizar al máximo este insumo.
2. A los pacientes con un poco más de recursos económicos, se les solicitaba un medicamento extra que de pronto necesitaba otro paciente o que era necesario tenerlo en el hospital porque no lo había. Unas veces se les avisaba a los familiares y otras veces no, cuando no lo hacíamos y de pronto el familiar llevaba cuenta de lo que compraba y le ponían a otro al paciente había protestas. Gracias a esta estrategia, uno de los subgrupos de internos llegó a tener una dote de medicamentos e insumos que ayudó a muchos pacientes de escasos recursos y que fue donada al hospital una vez que se terminó el internado.
3. El horario completo de los médicos tratantes era de 8H00 a 12H00, a partir de ese momento el hospital quedaba a cargo del médico residente y los internos rotativos que debían atender las emergencias que lleguen y solucionar las novedades de los pacientes hospitalizados. Esto significaba llevar sobre los hombros, como estudiantes aún, una responsabilidad inmensa, así que nos quedaban dos cosas por hacer, consultar cualquier duda al médico residente, o a los libros más actuales que podamos tener a nuestro alcance.
4. Existían dos personajes en el hospital, dos personas que les gustaba enseñar y cada uno lo hacía a su manera y a su nivel, un médico tratante muy famoso y un humilde auxiliar de enfermería. El primero el Dr. Germán Espinoza y el segundo el Aux. de Enfermería Luis Ramos. El doctor entre el personal era conocido como el “Papi Espinoza”, por sus conocimientos, la experiencia profesional y su don de gente para instruir en las cosas complicadas de la medicina. A Luis Ramos se le conocía como “papá Lucho”, una persona que le encantaba compartir lo que sabía a internos de medicina y a las enfermeras rurales que venían al hospital, sin ser pedagogo de profesión, lo hacía con mucho carisma y amabilidad, y de esta manera enseñar las cosas simples de la medicina.
5. Todos los médicos tratantes bordeaban los 60 años, excepto uno el pediatra, Dr. Alberto Gallegos, que siempre estaba proponiendo ideas nuevas, innovadoras, de avanzada para la época, estaba muy actualizado en el conocimiento, exigía mucho a los internos cuando pasaban por sus servicios: pediatría y neonatología, le gustaba la presentación de casos y alternativas actuales de tratamiento, sus clases las daba de 5H00 a 7H00 de la mañana, otras veces venía más temprano, de tal manera que mantenía “despiertos” a todos, por eso le apodaban el “loco Gallegos”. Otro médico joven era un devengante de Beca, con la especialidad de cirugía que igual proponía cosas nuevas para el servicio. Ninguno de los dos tenía peso ante los tratantes mayores que ellos, el uno porque a pesar de ser tratante y querer cambiar las cosas era solo un voto contra todos y el cirujano joven estaba en el hospital

mientras devengaba la beca por lo tanto sus opiniones no eran tomadas en cuenta. La cultura organizacional estaba tan consolidada que resultaba difícil cambiarla.

6. Los médicos residentes, eran igualmente jóvenes y con la finalidad de generar un proceso de actualización de conocimientos, hicieron una propuesta interesante en la que involucraron a los tratantes, y fue sacar una revista con artículos de investigación con revisiones en las cuales plasmaron su experiencia profesional. Fue una iniciativa apoyada por todos, los internos se sumaron a algunos grupos que se formaron y publicaron su primer artículo científico en la revista “El Policlínico”, así se llamaba, tenía todos los avales que en esa época se debían reunir. Este fue un paso importante para ir de a poco cambiando esa cultura organizacional caduca y que requería actualizarse a los nuevos avances de la medicina.
7. Pasado el mediodía, si había emergencias quirúrgicas, los médicos residentes eran los responsables de dar anestesia, pero entre ellos había quienes les gustaba la cirugía y preferían operar antes que dar anestesia y otros que estaban interesado más en la clínica que en la cirugía por lo que no les llamaba mucho la atención de dar anestesia y enseñaban a los internos para que les reemplacen. Esta situación era una oportunidad para que el interno rotativo que tuviera interés aprenda de anestesia, ya sea para dar cuando operaba un residente cirujano o para reemplazar al residente clínico.

Propuestas de los internos

Ante esta cultura organizacional y con toda la energía juvenil, el grupo conformado por Gallegos Lenin, Inca Patricio, León Fernando y Llanga César, se propusieron dejar una huella en cada servicio por el que se rotara y en la medida de sus posibilidades las propuestas fueron:

- Las camas no tenían numeración, por lo que, en cada servicio, el grupo dejaba colocando un número hecho en cartón cartulina para identificar los pacientes, de igual forma se dejaba colocando números en las porta historia clínica de metal o de madera que tenía cada servicio.
- Al finalizar la rotación por cada servicio se dejaba hecho un resumen de la situación de cada paciente, para que el siguiente grupo que llegara pueda estar enterado de qué es lo que se había avanzado. Se propuso que este sistema se lo pueda realizar en cada servicio, pero no hubo eco a esta propuesta por parte de los otros grupos de internos rotativos.
- Se armó un botiquín con los medicamentos mas importantes que se necesitaba en cada servicio, para de esta manera ayudar a los pacientes de escasos recursos económicos, al final llegó a ser un referente para los otros grupos de internos, que cuando ellos necesitaban un medicamento o insumo antes de ir a la farmacia del hospital, acudían primero a este botiquín de este grupo de internos.
- Ser parte del equipo de salud, dejar de lado los estereotipos de que el médico solamente da órdenes, o disposiciones. Así que se tuvo una relación más de iguales con el personal auxiliar de enfermería y enfermeras ya sean de planta o rurales.

No eran cambios trascendentales, o de gran envergadura, pero en el funcionamiento diario del hospital, ayudó mucho para conocer en qué cama se encontraba un paciente, cuál era su estado actual, disponer de medicación en forma oportuna y cambiar esquemas de relación entre las personas, fomentando el trabajo en equipo, comprender que si bien el interno, jugaba un rol importante en el funcionamiento del hospital a partir del mediodía, no era menos cierto que su trabajo no alcanzaría los objetivos deseados, sino se contaba con el aporte de los demás miembros del equipo de salud.

Llegar a la rotación de Pediatría, era todo un reto por lo que implicaba estar bajo las órdenes del tratante, cuyas características se las describió brevemente, pero según él, también tenía mucha expectativa trabajar con este grupo de internos que venía haciendo cosas en los servicios, así que solicitó al grupo una actividad extra, que sea nueva, diferente y así se lo hizo, en neonatología, *sobre el espacio donde se valoraba al recién nacido se colocó una imagen de la valoración*

de Capurro y a la derecha de este una tabla sobre el peso para la edad gestacional trabajo con el cual el “loco Gallegos”, quedó muy complacido¹².

Como internos se trabaja 36 horas seguidas, pasando un día, eran jornadas llenas de aprendizaje diario, de retos cada vez que se bajaba a emergencia, era como un examen de la Universidad, pero esta vez no era por una nota, era para ayudar a un ser humano que venía con alguna molestia, y se respondía con calidad, *nos íbamos haciendo médicos*. Las jornadas más extenuantes y a la vez más compensadoras por su significado, fue Obstetricia, un solo interno atendiendo hasta 3 partos al mismo tiempo en una noche, no se dormía muchas veces, pero qué reconfortante que era ver a las mamás disfrutando de sus bebés, esas imágenes compensaba todo el esfuerzo.

Era la oportunidad para cumplir metas, la mayoría quería terminar el internado haciendo una cesárea, dando una anestesia y la mayoría lo consiguió.

Pre rural

Luego de la rotación por Pediatría se pasaba a la pre-rural, en 4 hospitales que eran cabeceras cantonales, el grupo se dividió y ahora sí, cada uno iba a un encuentro nuevo, bajo situaciones quizás más precarias, pero con la plena seguridad de que había mucho que ofrecer.

Me tocó hacer mi prerural en Guamote, un cantón donde la mayoría de su población es indígena, cuyo idioma natal es el kichwa. En la Universidad me di tiempo para aprenderlo y era la oportunidad de ponerlo en práctica, fui con mucha alegría a ese encuentro y me topé con una enfermera que se vestía de indígena los jueves, que era el día de feria, para atender a las personas que llegaban, y les hablaba en kichwa, fue agradable verle a ella, fueron mis primeros contactos para comprender la interculturalidad. Fue una experiencia hermosa, comprender la dolencia de otro ser humano en su lengua natal y poder ayudarles. El idioma abrió la oportunidad para explicar procedimientos que de pronto no lo querían aceptar y que luego de hablar con ellos lo aceptarían, significaba mucho para mí. Acá la responsabilidad era mayor puesto que como interno nos quedábamos a cargo de todo lo que sucediera y me tocó vivir momentos fuertes como un aborto en curso, una muerte materna, un accidente de tránsito con varios heridos, el poder manejar estas situaciones de la mejor manera posible, me brindó muchas enseñanzas. Una tarde que no hubo mucho trabajo subí una pequeña elevación que había tras del hospital, eran las 5 de la tarde, el sol se estaba ocultando e iluminaba una montaña, que tomaba un hermoso color dorado y se podía distinguir el carretero construido por el hombre, como una inmensa herida que la cortaba, fue una imagen impresionante, en medio de los sonidos de la naturaleza y la imagen de ese atardecer, que nunca olvidaré y que invitaba a la reflexión, comprendí entonces el por qué de esa relación tan íntima del hombre andino con la Pachamama, como se dicen en kichwa para referirse a la Naturaleza.⁹

Momentos impactantes

Existen circunstancias que llegan a golpear fuerte en este momento de formación profesional, uno es el dolor de una madre por perder a su hijo de 4 meses, el haber salvado la vida de un prematuro de 28 semanas y conocer que falleció a los 9 años al ser golpeado por un vehículo, conocer la pobreza de un paciente con tuberculosis y la impotencia de no poder hacer algo más allá de la medicina para ayudarlo, son hechos que nunca se olvidan, enseñanzas que no están en los libros, pero que son parte de esta profesión tan linda y noble que debemos aprender a manejarlo con calidez humana.

Conclusiones

El internado rotativo está lleno de muchas experiencias técnicas y humanas, que, siendo tan jóvenes y próximos a recibirse de médicos, aporta mucho en la formación del nuevo profesional.

Existen culturas organizacionales en los hospitales que son difíciles de cambiar, y siempre se debería escuchar a los jóvenes que, con sus ideas nuevas, aportan mucho para mejorar procesos y procedimientos, como en su momento la hizo la promoción 1986-1987 junto con los médicos residentes, en el Hospital Policlínico de Riobamba.

La práctica en la profesión médica es un elemento importante en el proceso de formación, y el haber hecho el internado rotativo en una ciudad pequeña, alejada de la Capital y de los avances tecnológicos del momento, fue una decisión acertada para completar los conocimientos teóricos que se recibió en las aulas universitarias.

No es suficiente el conocimiento técnico de las universidades, es necesario también desarrollar la calidez humana, parte fundamental en la profesión médica, y el internado rotativo en el Policlínico de Riobamba dio esa oportunidad para aprender de aquello que los libros no cuentan.

Hacer el internado rotativo en la provincia de Chimborazo, brindó la oportunidad de conocer otra cultura, diferente a la mestiza, con una forma de ver y entender la vida totalmente distinta, y para quien se deje sensibilizar por esta realidad, es un paso importante para aportar en la construcción de la interculturalidad en salud, dejando de lado posiciones fundamentalistas porque soy blanco, mestizo o médico, para mirando al otro a un mismo nivel, empezar procesos de diálogo que aporten al construir nuevos conocimientos y relaciones en salud.

Conflictos de intereses:

El autor del presente artículo declara no presentar ningún conflicto de interés.

Agradecimientos

A los Dr. Telmo Velasco, César Llanga, Fernando León que colaboraron con sus aportes para este artículo, como a los Drs. Herbarth Torres, Fabián Cruz y Alberto Gallegos+ que fueron un referente en nuestra formación del internado rotativo.

Bibliografía

1. Universidad Central del Ecuador. Reseña histórica UCE. [Internet]. Quito: Universidad Central del Ecuador; 2021 [citado 2021 febrero 22]. Disponible en: <https://www.uce.edu.ec/web/fcm>
2. Ramírez Molina HR. 325 años de aporte social y humanístico de la Facultad de Ciencias Médicas, un modelo de las artes liberales. Rev Fac Cien Med (Quito) [Internet]. [consulta 2018 diciembre 18; citado 23 de febrero de 2021];43(1):19-28. Disponible en: https://revistadigital.uce.edu.ec/index.php/CIENCIAS_MEDICAS/article/view/1453
3. Wikipedia. Isidro Ayora. [Internet]. Estados Unidos: Fundación Wikimedia; [editado 2019 octubre 30; citado 2020 febrero 2021]. Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Isidro_Ayora
4. Vélez, JL., Cifuentes, P. Vida y legado del Dr. Pablo Arturo Suárez a la medicina ecuatoriana. Rev. Med. Vozandes [Internet]. 2018 [citado 2021 febrero 22]; 29:25-31. Disponible en: <https://revistamedicavozandes.com/volumen-29-numero-2-ano-2018/>
5. Wikipedia. Carlos Andrade Marín. [Internet]. Estados Unidos: Fundación Wikimedia; [editado 2020 abril 30; citado 2021 febrero 22]. Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Carlos_Andrade_Mar%C3%ADn.
6. MCNBiografías.com. Descalzi del Castillo, Ricardo (1912-1991). [Internet]. España: MCNBiografías.com; [subido s/f; citado 2021 febrero 22]. Disponible en: <http://www.mcnbiografias.com/app-bio/do/show?key=descalzi-del-castillo-ricardo>
7. Infomed. Alergología. [Internet]. Cuba: Red de Salud de Cuba Infomed; [editado 2012 abril 28; citado 2021 febrero 22]. Disponible en: <http://articulos.sld.cu/alergia/2012/04/28/fallece-el-dr-plutarco-naranjo-vargas-gran-alergologo-y-reconocido-cientifico-de-latinoamerica/>

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

8. Universidad Central del Ecuador. Archivo General – Facultad de Ciencias Médicas – Escuela de Medicina.
9. Experiencias del Autor. Dr. Patricio Inca Ruiz.
10. Aporte del Dr. Telmo Velasco, Interno Rotativo de la promoción 1986-1987 del Hospital Policlínico, actual funcionario en la Coordinación Zonal 3 de Salud del Ministerio de Salud Pública
11. Entrevista al Dr. Fernando León, Interno Rotativo de la promoción 1986-1987 del Hospital Policlínica, actual médico tratante de una clínica privada en Pallatanga, ex médico tratante de emergencia del Hospital General Docente de Riobamba.
12. Entrevista al Dr. César Llanga, interno rotativo de la promoción 1986-1987, actual médico tratante de Pediatría en el Hospital General Docente.

Capítulo II D: Experiencias de inserción universitaria en la comunidad para la enseñanza-aprendizaje en las carreras de la salud de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador. 2021

Georgina de las Mercedes Andrade Yépez Dra. PhD.

<https://orcid.org/0000-0001-6137-2295>

Introducción

El presente trabajo tiene como objetivo recrear las experiencias de una ex-docente de la Universidad Central del Ecuador de la Facultad de Ciencias Médicas, Carrera de Medicina, que desde el inicio de su profesión se dedicó a la enseñanza de Pediatría de los estudiantes de medicina en áreas comunitarias en forma teórica y práctica, y especialmente con el ejemplo, brindando la atención integral a niños y adolescentes que procedían de estratos populares, con índices de pobreza marcados, pero con un gran corazón, de quienes aprendí muchas cosas que no están escritas en los libros.

En este recuento, se pretende dar una visión integral de lo que significa articular los objetivos de cada componente que interviene en la formación del futuro profesional de salud en áreas comunitarias, donde convergen la Universidad, los Servicios de Salud y la Comunidad bajo un mismo fin que es mejorar las condiciones de vida de la población. Estas experiencias vividas junto a los estudiantes a través de cuarenta años me permitieron desarrollar una concepción holística de la docencia inmersa en la atención de salud en la colectividad participativa, desarrollar proyectos de mejora institucional, así como participar en las diferentes reformas organizativas y curriculares de la Facultad de Ciencias Médicas que impulsaron la vinculación directa de la docencia en servicios de salud del primero y segundo nivel de atención y con la respuesta de la comunidad para en conjunto responder a las necesidades de salud de la población.

La formación de profesionales de salud, involucra la educación formal recibida en las instituciones de educación superior cumpliendo un currículo, y la informal que es la captada por la observación y la experiencia propia o ajena, en ellas intervienen múltiples áreas a desarrollar en el estudiante a más del conocimiento básico de la profesión, como la socialización, la capacidad de empatía, la aplicación de valores, la investigación a fin de comprender las características sociales y culturales de las comunidades donde ejercerá su profesión, el desarrollo de otras competencias como el trabajar en equipos multidisciplinarios, la capacidad de liderazgo y gestión en los servicios de salud. La Universidad debe actualizar periódicamente el plan curricular a fin de lograr profesionales competentes que se inserten al ámbito laboral conocedores de la realidad y comprometidos con la resolución de los problemas de la población con una atención de salud de calidad, integral e integradora.

El objetivo fundamental del aprendizaje en áreas comunitarias es desarrollar en el estudiante habilidades y destrezas que le faciliten diagnosticar y solucionar problemas de salud basándose en el método científico, que tengan vivencias reales del ejercicio profesional, conformando equipos multidisciplinarios, planificando sus actividades de autoaprendizaje, evaluando el estado de salud de la comunidad, evidenciar la influencia de los factores determinantes de la salud y sus efectos, positivos o negativos, establecer el riesgo biológico, psicológico, físico, social, ambiental de la salud colectiva, familiar o individual, considerando el ciclo vital de los individuos, para gestionar acciones propias de la atención primaria de salud, incorporando a líderes comunitarios y participando en planes integrales de desarrollo local, cuya intervención logre impacto en los grupos expuestos a los riesgos detectados, lo que se realiza en la Medicina Rural, para lo cual los estudiantes deben estar preparados en Atención Primaria de Salud, Salud Familiar y Comunitaria e Intercultural.

Características de la educación superior para la formación de los profesionales de salud en la colectividad

La educación superior tiene importancia superlativa, por ser la responsable de la evolución del pensamiento humano, que conforma una colectividad sin fronteras geopolíticas gracias al desarrollo tecnológico de la información y la comunicación, lo que acelera la adaptación del hombre en un mundo dinámicamente cambiante y que anhela el perfeccionamiento continuo. El desarrollo de las competencias personales incrementa la motivación para buscar la armonía de vivir en sociedad y sentirse útil en y para ella, asumiendo una actitud solidaria de servicio y de respeto a sus semejantes, valores ineludibles en los estudiantes de las carreras de la salud. La educación en el siglo XXI tiene como objetivo básico facilitar el aprendizaje reflexivo, dialógico, provisto por la accesibilidad al conocimiento a través de la tecnología. La educación formal ha flexibilizado el currículo, ha optimizado su organización con una visión holista, que conduce al desarrollo de competencias, habilidades, destrezas, valores que habilitan a las personas a la solución de problemas tanto individuales como sociales con amplias bases científicas, técnicas, éticas, morales y de calidad, con competencias globales de liderazgo, trabajo en equipo, sustentabilidad, equilibrio ambiental, atención a la diversidad, el respeto a los derechos humanos y ejercicio de la libertad.

La enseñanza a cargo del docente facilitador del aprendizaje, necesita de la planificación curricular, el manejo de estrategias, metodologías y tecnología educativa de enseñanza interactiva, que eleva la autoestima del educando y logra la participación crítica, creativa y actitudinal en un ambiente de libertad y respeto mutuo, donde se involucra el docente, el estudiante, el grupo de compañeros y el entorno social, permitiéndole construir una personalidad armónica, un estado de realización y donde el estudiante es considerado como un ser en perfeccionamiento y sujeto fundamental del proceso de enseñanza y aprendizaje. El ámbito deseable para la enseñanza y aprendizaje lo crea el docente, al estructurar el conocimiento en forma coherente, clara, organizada y secuencial y promueve la fijación del mismo a través de la investigación aplicada, la solución de problemas en forma individual o grupal y la aproximación precoz a la realidad del futuro desempeño profesional, lo que induce la autoafirmación e incrementa la corresponsabilidad que el estudiante asume en el proceso.

El conocimiento desde la visión integradora es uno de los bienes más preciados que posee el ser humano, donde el estudiante a su vez, debe demostrar competencias específicas como: disponer de conocimientos previos que le permitan abordar los nuevos; dedicar el tiempo necesario; demostrar la motivación y actitud favorables para el aprendizaje. Las nuevas corrientes educativas activas y participativas integran el aprendizaje logrado a través de la vida de la persona, vinculan la teoría con la práctica, relacionan los contenidos del aprendizaje con la destreza profesional y discriminan los componentes del contexto socioeconómico y cultural que le rodean, para priorizar y resolver los problemas de salud en forma integral, con eficiencia, calidad y calidez, desde el inicio de su carrera, donde el estudiante aprende a formular preguntas y a encontrar respuestas como una tarea durante toda su vida, al inicio guiado por el docente, quien está comprometido con la programación, progreso del aprendizaje y la evaluación y retroalimentación del proceso educativo.¹

En este contexto, la Facultad de Ciencias Médicas y la Carrera de Medicina de la UCE, siempre gestionaron alternativas, innovadoras tanto organizativas como científico-técnicas y se lograron alianzas estratégicas con servicios de salud calificados para asegurar los escenarios de prácticas, sean en forma presencial y real o por simulación, que consoliden el aprendizaje teórico en el marco de seguridad del paciente, se enfatizó en la actualización y capacitación continua de la planta docente, tanto en el campo profesional como en la didáctica, incluyendo a los tutores o profesionales de los servicios de salud que guían a los estudiantes de los diferentes ciclos y especialmente del internado rotativo y en las actividades comunitarias, se gestionaron los recursos tecnológicos, materiales y personal de apoyo para responder eficientemente a las necesidades de formación de los nuevos galenos, cuyo perfil es el de un médico integral, probo y competente que evalúa los factores biológicos, psico-emocionales, sociales y axiológicos de los seres humanos como factores que consolidan el estado la salud.

Recomendaciones de la OMS/OPS para la formación del talento humano en Salud Comunitaria

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para alcanzar una resolución adecuada de los problemas de salud de la comunidad, se necesita el concurso de profesionales del área y de todos los niveles, con conocimientos clínicos

fundamentados en la evidencia, con competencias necesarias para la actualización continua, así como disponer de procedimientos adecuados para evaluar la eficiencia y efectividad de las acciones preventivas y curativas en salud; la asignación de recursos en forma acertada y oportuna y disponer de un sistema de incentivos apropiados, aspectos que recaen sobre el Sistema de Salud y que son compartidos con la Universidad. En este proceso participativo también se involucra la población que valida la calidad del servicio, la transparencia, a más de favorecer la equidad y solidaridad social.² Si bien la función de transformación de la enseñanza y de motivación del aprendizaje es importante en la innovación educativa, es necesario planificar la formación del médico con miras a su desempeño profesional futuro, a su especialización y al mundo global.

El médico recién graduado, según la normativa vigente debe cumplir con la Medicina Rural, para lo cual necesita una capacitación exhaustiva en atención primaria, medicina familiar y comunitaria, con una base científica y técnica de excelencia, para brindar una atención integral y de calidad a la mayoría de la población, realizar la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, la rehabilitación, cuidados paliativos, seguimiento de pacientes, las referencias y contrarreferencias, así como solucionar los procesos patológicos prevalentes de la población, detección del riesgo, biológico, psico-social o ambiental que afectan al ser humano en los diferentes periodos de su ciclo vital en una área geográfica definida. Deberá manejar la tecnología en forma reflexiva para analizar la información científicamente y aplicarla en la investigación, solución de problemas de salud, gestión, liderazgo y trabajar por su perfeccionamiento continuo, lo que se logra con el “*aprender a aprender*”²

En la formación médica, es preciso aplicar la investigación- acción para la toma de decisiones y para acelerar los procesos a nivel local, con lo cual se interpreta mejor la relación entre los determinantes de la salud y sus consecuencias, así como para planificar y gestionar las intervenciones y buscar las alianzas efectivas a través de la política estatal. Es básico impulsar la investigación de la medicina complementaria y tradicional a fin de incorporarlas en los casos que sean pertinentes, efectivas y contribuyan al bienestar social. En todo el proceso interviene la Bioética para elevar la calidad de las investigaciones y la atención, el respeto a las personas, y a su diversidad cultural. Según la OMS “*Toda la comunidad internacional trabaja por reducir las inequidades en este ámbito, mediante el mejoramiento de las condiciones de vida de las poblaciones, la mejora en la educación en general y de preferencia en salud para lograr la práctica de hábitos saludables*”.³ Pese a los esfuerzos hay limitación en el acceso oportuno a los servicios de salud y grandes diferencias entre la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud.³

A 43 años de Alma Ata, (1978) en la que la salud fue reconocida como el medio idóneo para mejorar la calidad de vida, alcanzar la paz y la seguridad del mundo, anhelo que aún no se logra, convirtiéndose en asunto político de alto valor en el mundo. Según Roses Directora de la OPS: “*la seguridad humana tiene que ver con el acontecer diario de las personas, la satisfacción de sus necesidades básicas y su protección frente a eventos perjudiciales y de envergadura en la que la salud individual y colectiva son parte de la concepción de la seguridad*.”⁴ Los cambios epidemiológicos, poblacionales de un mundo globalizado provocan zonas de riesgo para la salud humana, produciendo cambios sociales y conductuales que modifican los hábitos alimentarios, de la actividad física, conducta sexual y social, incluso prácticas adictivas, que causan enfermedades globales, epidémicas, crónicas, terminales y problemas de salud mental, afecciones que se consideran como males del siglo y que exigen la planificación de acciones preventivas⁵, aspectos con los que deberá estar familiarizado el futuro profesional de la salud.

La atención primaria de salud de acuerdo con la OMS y OPS

La Atención Primaria de Salud renovada (APS-r) es la “clave” para lograr la “*Salud para Todos en el Siglo XXI*”, es la estrategia basada en el espíritu de justicia social, cooperación y creación de redes intersectoriales para cubrir las necesidades locales. Las bases organizativas han ubicado a la salud como un derecho a ser atendido por el Estado que trata de lograr mayor cobertura, accesibilidad, costos racionales, calidad y eficiencia de los sistemas de salud para el bienestar de la mayoría de la población.⁶ Por lo tanto la APS pretende ser “*integral, integrada y continua, lo que se traduce en ser suficiente para cubrir las necesidades de salud de la población como promoción, prevención, diagnóstico precoz, atención curativa, rehabilitación, medicina paliativa y de apoyo al autocuidado*”. Los países pobres se han comprometido a

gobernar mejor e invertir especialmente en salud y educación para beneficio de sus poblaciones y la formación de los profesionales debe proveer al talento humano las herramientas necesarias para aplicarlas en el ejercicio profesional.⁷

Los países ricos, apoyan a los pobres con asistencia técnica y atenuantes a la deuda externa, a través de un sistema comercial más justo, creando un ambiente de apoyo a la paz y a la seguridad mundial. Esta táctica de las Naciones Unidas para cumplir con los Objetivos de Desarrollo Sostenible, (ODS) a través del Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas (PNUD) convierte a la APS en socia activa de la vigilancia de la salud pública, la investigación, la evaluación de la garantía de la calidad y del desarrollo institucional en todo el sistema.⁸ Facilita la valoración del riesgo y la priorización de las intervenciones en los usuarios, elementos vitales de la planificación, donde se crean políticas que garanticen una mayor integración entre los diferentes servicios sean públicos o privados y fortifican los vínculos entre los diferentes niveles del sistema de salud. Impulsa la creación de conocimientos en las ciencias básicas y aplicadas mediante la investigación en salud, optimiza el recurso tecnológico y farmacológico, evalúa las acciones e incluye la opinión de la población para mejorar la salud.⁹

La falta de cumplimiento del compromiso de lograr la salud para todos, obedece a múltiples factores, entre los que se citan la divergencia entre la formación de talentos humanos en salud y el desarrollo de las competencias necesarias para el desempeño de calidad en los diferentes niveles de los sistemas de salud y en concordancia con el perfil epidemiológico, la organización del Sistema de Salud y de la colectividad. La Organización Mundial de la Salud OMS considera que la promoción de la salud actúa como el mecanismo que permite ampliar el control de la salud personal, familiar y colectiva, por lo que se convierte en un proyecto político y social.¹⁰ Esta propuesta está dirigida a brindar una atención de calidad, procura la mejora de las condiciones socio-económicas y ambientales de la comunidad, impulsa el autocuidado de la salud.

En la última década el Ecuador asumió varias reformas y transformación del sector salud (TSSE) que ocuparon la agenda prioritaria del gobierno. Entre 2005-2007 se propició el Aseguramiento Universal en Salud (AUS) en cumplimiento de los lineamientos dados por el Banco Mundial. A partir del 2007, el sector salud creció hacia el acceso universal gratuito,¹¹ y en 2008, la nueva Constitución de la República, declara a la salud como un derecho humano inalienable y al Estado como garante del acceso universal y gratuito de la población para la atención y prevención de enfermedades.¹² Según la OMS, el funcionamiento de un sistema de salud contempla principalmente: La rectoría, provisión de los servicios de salud, financiamiento y recursos humanos.¹³ Cada país construye su sistema de salud, basado en los modelos de desarrollo y determinantes políticos, sociales y culturales". En el país el Sistema Nacional de Salud (SNS) garantiza la cobertura y el acceso universal a los ciudadanos, vinculando a las instituciones públicas y privadas de salud conformando redes plurales y optimizando los recursos existentes, con equidad, calidad y eficiencia.¹⁴

El SNS, coordina todos los sectores en forma participativa e integrada para asumir colectivamente el objetivo común que propone la Ley Orgánica de Salud (LOS) mediante la aplicación la APS y la ejecución del Modelo de Atención Integral de Salud-Familiar Comunitaria e Intercultural (MAIS/FCI) que incluye el concepto de salud dado por la OMS. La salud implica que todas las necesidades fundamentales de las personas estén cubiertas tanto: afectivas, sanitarias, nutricionales, sociales y culturales. Para alcanzar estos objetivos, El SNS se estructura en niveles: El nivel Central, Zonal, Distrital y de Unidades Operativas. El nivel central es el encargado de la formulación de la política pública de salud, regulación, planificación y control, ejerciendo de esta manera la rectoría del SNS; entre otras funciones, coordina la organización, calificación de recursos humanos para la gestión, planificación, prestación, monitoreo y evaluación del Modelo de Atención.

Entre otras actividades, coordina con las Universidades en lo referente a los cambios curriculares en las áreas de medicina, psicología, enfermería, odontología, obstetricia con el objetivo de formar profesionales con perfil adecuado para APS; Articula los subsistemas sanitarios públicos y privados con el fin de institucionalizar la Atención Primaria; Organiza la red pública y complementaria y redes distritales, estableciendo los estándares para su funcionamiento y articulación; Promueve el intercambio de experiencias y estimula la investigación para mejorar el MAIS; Coordina con organismos internacionales, ONGs y el sector privado para el fortalecimiento de la Atención Primaria; Supervisa, monitorea y evalúa la acción del nivel zonal; Consolida, analiza periódicamente la información y retroalimentación para la toma de decisiones a nivel nacional en función de indicadores de producción, calidad de las prestaciones, logro de resultados de impacto social y metas, e indicadores de gestión.¹⁴

Entre los programas estatales en el ámbito de la salud comunitaria, se conformaron los “Equipos Básicos de Atención de Salud (EBAS), que permitieron un acercamiento de la salud a la comunidad, conocer su realidad e involucrarla en la búsqueda de soluciones basados en los determinantes de la salud. La Red Pública Integral de Salud (RPIS) como herramienta y eje fundamental del sistema, ha permitido la extensión de la cobertura sin duplicación de acciones y en complementariedad con el sistema privado como una de las prácticas de gran impacto en la construcción de la universalidad”¹⁵. Según Malo, es necesario: “ampliar y profundizar los mecanismos de participación ciudadana que permitan garantizar adecuados y eficientes niveles de control social en la gestión de la salud, pero, sobre todo, que generen condiciones para que los ciudadanos se involucren críticamente en la discusión de la política y consideren, de ser pertinente, reivindicar ante cualquier gobierno los beneficios de una reforma de esta naturaleza.”¹⁶

Tanto la Constitución Política como el Plan de Desarrollo para el Buen Vivir, establecen que la estrategia de APS, es la base de la organización y funcionamiento del SNS. De la misma manera, la Educación superior necesita adecuar la formación de los profesionales acorde a las necesidades de la sociedad y a la prestación de servicios, adoptando metodologías de enseñanza aprendizaje que respondan a las expectativas del estudiante y de la sociedad. Esta estrategia requiere de la participación de la universidad, servicios de salud y comunidad en igualdad de condiciones. La práctica comunitaria le prepara al estudiante para captar holísticamente la realidad social donde se presentan los problemas de salud, se encuentran las soluciones que despliega el sistema de salud y la colectividad e integra los conocimientos impartidos en la universidad, es decir aprende-haciendo y participa en forma crítica y creativa en los equipos multidisciplinarios, para alcanzar una meta común que es mejorar las condiciones de vida de la población.

Considerando el marco conceptual de la enseñanza-aprendizaje en la comunidad, la Universidad emprendió en reformas a su interior, para ampliar las áreas de prácticas de los estudiantes, incorporando los servicios de primer y segundo nivel de atención de salud donde se consolida la APS y el MAIS-FCI que se desarrollan basados en el perfil epidemiológico de la zona, producto del diagnóstico situacional, y del sistema de vigilancia realizados por el personal de salud, labor en la que se insertan los estudiantes, quienes aprenden haciendo y aplicando la teoría a la práctica. La apertura de la enseñanza-aprendizaje en áreas comunitarias ha contribuido en la formación de los profesionales de la salud en ambientes reales, lo que ha permitido ajustar el perfil de egreso con el perfil profesional de los futuros médicos. Esto se puede observar con la evolución de las experiencias comunitarias y de vinculación que se implementaron a través de diferentes proyectos que impulsaron cambios curriculares y que surgieron progresivamente en la Facultad y en la Universidad y que se continúan realizando, conformando el eje de vinculación con la colectividad que atraviesa todas las carreras y preferentemente las de la salud y que hoy conforma una política institucional.

Proyectos de desarrollo en educación en Ciencias de la Salud

A partir de la 48ª Asamblea Mundial de la Salud (1995) una de las estrategias para lograr la salud para todos es mediante la reorientación de la enseñanza y el ejercicio de la medicina. Se reconoce que las facultades de medicina forman al profesional, adecuando la enseñanza, investigación y la innovación de paradigmas acordes a los modelos de prestación de servicios con una visión de atención integral de salud y no sólo curativa. La importancia de incorporar profesionales de salud idóneos y motivados, mejora la calidad y eficiencia de atención de toda la población, lo que comprometió a los países miembros a buscar mecanismos que estrechen las relaciones entre universidades y servicios de salud. En la región se viabiliza con proyectos de innovación y mejora en la educación médica.¹⁷

Los proyectos de mejora de la Educación Médica en América Latina y el Caribe, se iniciaron en (1987-89) (EMA) en los que participó la Escuela de Medicina de la UCE y cuyo objetivo fue analizar críticamente la educación en salud, identificar los problemas frecuentes y esbozar soluciones. El Proyecto EMA, impulsó la revisión y ajuste curricular para que la formación de los futuros profesionales responda a los cambios sociales, epidemiológicos y a los avances tecnológicos de la época. El modelo que se implementó fue docente-asistencial y de investigación-acción en el pregrado, con el beneficio de los profesionales en ejercicio, por considerar las necesidades de la población y los avances del conocimiento.¹⁸ Este proyecto no alcanzó su meta, traducándose en una débil modificación del currículo.

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

En 1992-1995, la Facultad participó en el Proyecto ANDES (1992:1995) que impulsó los paradigmas inter y multidisciplinarios en la formación de profesionales de la salud, cuyo resultado se tradujo en limitadas reformas del plan curricular y reducido impacto. El Proyecto fue creado por la Fundación e Instituto Juan César García, centro de investigaciones médico-sociales conformado por algunas autoridades de la Facultad de Medicina de la UCE y de otras disciplinas, y a nivel internacional, entre quienes se destacó el Dr. Rodrigo Yépez.¹⁹ El objetivo fundamental fue aunar esfuerzos entre varias Facultades e instituciones a fin de dotar a las comunidades de graneros (silos) construidos con tecnología apropiada, mejorar la educación y hábitos nutricionales. En una experiencia multiprofesional con participación de médicos, agrónomos, veterinarios, maestros, ingenieros, sociólogos trabajando en poblaciones campesinas,²⁰ para elevar el nivel de vida de esas poblaciones mediante la creación de microempresas que persisten hasta la actualidad.

Experiencias de enseñanza - aprendizaje en Medicina Comunitaria en la Carrera de Medicina de la FCM de la UCE

Durante la formación de profesionales de salud en la FCM de la UCE, hay múltiples experiencias de trabajo comunitario a lo largo del tiempo, sin embargo, no todas han sido sistematizadas ni difundidas, en muchas ocasiones estas actividades han respondido a la vocación del profesional de salud y docente que tiene mayor inclinación al trabajo comunitario. La mayoría de esta vinculación se ha relacionado con los intereses de estudio o de investigación de los autores, en los que se insertan estudiantes que están a cargo del docente y que colaboran y aplican la metodología de “aprender haciendo.” Las experiencias del trabajo comunitario como parte del currículo, se iniciaron con las rotaciones obligatorias de estudiantes sean de pregrado, internado rotativo o estudiantes de posgrado en Centros de Salud adaptados a la docencia y con disponibilidad de profesores y tutores pertenecientes a la FCM de la UCE, que desempeñaron o desempeñan funciones docente-asistenciales en esas áreas.

Cuando fui estudiante del Posgrado de Pediatría (1974-1976) iniciamos las rotaciones en el Centro de Salud N°8 como parte del entrenamiento en salud comunitaria con la tutoría del Dr. Pedro Lovato y los tratantes del Servicio de Salud. Una vez obtenido el título de Especialista, pasé a desempeñarme como profesora de la FCM de la UCE en 1976, previo concurso. Se iniciaron las rotaciones por consulta externa de Pediatría del Centro de Salud de Cotacollao o Centro N° 8 dependiente del MSP, cumpliendo la formación en servicios de salud de primero y segundo nivel de atención en salud, se convirtió en uno de los servicios pioneros en la incorporación de la docencia en un servicio de primer nivel de atención y en forma continuada. Mediante convenio entre la Jefatura de Salud de Pichincha y la FCM de la UCE, en el año 1976 se inicia el Programa de enseñanza aprendizaje en áreas comunitarias. El proceso se facilitó por la intervención del Director del Centro, Dr. Guillermo Velasco, Ginecólogo que a su vez era docente de la FCM. Las rotaciones se iniciaron con estudiantes del pregrado de Pediatría y de Ginecología y luego se incorporaron los estudiantes de posgrado para cumplir sus rotaciones en la denominada “Medicina Social”.

Entre las primeras Peditras graduadas en la UCE, las Dras. Rosa Romero de Aguinaga y Georgina Andrade Yépez, fuimos asignadas al trabajo comunitario por parte de la Cátedra de Pediatría de la FCM, primero mediante la extensión del contrato de devengación de la beca concedida por el MSP para realizar los estudios de especialidad en Pediatría y luego como docentes de la cátedra de Pediatría. En el Centro N° 8 de Quito, nos desempeñamos como Tratantes con funciones docente-asistenciales y desde entonces los estudiantes de la rotación de Pediatría Comunitaria estuvieron a nuestro cargo. En forma similar, en Ginecología se nombraron como tutores de los estudiantes de pregrado y de posgrado de esa especialidad a los Drs. Ludeña y Dr. Alfredo González, docentes de la UCE, con quienes coordinamos acciones conjuntas de formación en servicio. Los estudiantes de quinto año que cursaban pediatría fueron los que se incorporaron para el aprendizaje teórico-práctico en escenarios próximos a su futuro ejercicio profesional, la Medicina Rural.

La función de los estudiantes de quinto año en la rotación de Pediatría, fue la de colaborar en la toma de signos vitales en consulta, el manejo de la Historia Clínica Pediátrica con guía, educación a la colectividad, visitas domiciliarias formando parte del equipo multidisciplinario conformado por pediatría, enfermería, obstetricia, ginecología y trabajo social y con participación de representantes de la población. Los estudiantes aprendieron a realizar el levantamiento de información con la elaboración del mapa parlante o mapa de riesgos, sean biológicos, psicológicos, sociales o ambientales en la comunidad, y cuando se encontraban casos patológicos, se remitían al centro de salud o a una unidad de mayor complejidad,

dependiendo de la gravedad del caso. Los internos rotativos colaboraban con la atención en el servicio, junto a los tutores sean docentes de la Facultad o con los médicos del servicio incorporados a la docencia y respondían a una planificación curricular específica que era evaluada.

La formación de los futuros médicos, con el nuevo perfil profesional, pasó a ser un punto fundamental en la política nacional e institucional, por ocuparse de preservar el potencial humano y de asegurar una formación ajustada a las nuevas corrientes de enseñanza y aprendizaje de la medicina regional y mundial y a las nuevas políticas del Estado en salud. Este movimiento fue el inicio de la replicación posterior de la docencia a otros servicios de salud de primero y segundo nivel de atención de la ciudad, la provincia y luego del país, con mayor razón cuando ya se había iniciado la Medicina Rural y se encontraron falencias entre la formación exclusivamente intrahospitalaria y curativa clásica y la medicina preventiva y social naciente, por lo que a esta formación se la denominó Pre- rural. Los médicos posgradistas cumplían funciones de tratantes de la especialidad y estaban a cargo de la consulta externa del Centro con la supervisión de los Tutores y tratantes del servicio de salud y también colaboraban en la docencia de los internos rotativos en los horarios vespertinos. Dentro de la formación, tenían que presentar casos para revisión en los que intervienen docentes, discentes y tratantes del Servicio.

La misión de la Universidad fue formar un profesional con enfoque integral de la salud, con vivencia en la colectividad, donde aprendía a respetar la cultura de la población, a convivir con ella, a conocer sus necesidades reales y la explicación de sus enfermedades mediante la investigación aplicada. Esta visión coincidía con la declaración de Alma-Ata 1978 y con la implementación de la estrategia de la APS y APS Reformada, lo que fue acogida como política estatal de salud que colaboraría en el logro de un perfil profesional deseado por una sociedad en desarrollo, que cubría las necesidades sociales en salud de la población y de la de formación de los futuros profesionales. En este contexto, coincide que la Universidad inició la reforma curricular de las carreras de la salud con la incorporación de la enseñanza en APS. En mi caso como docente de Pediatría del Centro N° 8 permanecí por cuatro años al igual que como tratante Ad-hoc del Servicio de Pediatría.

En este periodo tuve la oportunidad de aplicar los conocimientos a la práctica, frente a la amplia patología encontrada en los niños, especialmente la desnutrición infantil, por lo que se incorporaron programas de educación en nutrición y en prevención de enfermedades prevalentes, reforzamiento de la lactancia materna, control del niño en los primeros años, vacunación, talleres dirigidos a los familiares de los usuarios y a la colectividad, también se trabajó en el programa de salud escolar con visitas a las escuelas y jardines de infantes de la zona, donde se llenaba la ficha escolar a la que se incorporó odontología, se realizaban visitas y vacunación domiciliarias, desarrollando el trabajo en equipos de salud, junto a enfermería y posteriormente con obstetricia, trabajo en el que participábamos docentes, estudiantes de las diferentes carreras y personal del servicio de salud en un ambiente de camaradería y respeto mutuo, e iniciando en forma práctica el trabajo interdisciplinario e intersectorial.

Frente al incremento del número de estudiantes de pregrado, la Facultad incorporó al Centro de Salud, N°2 del barrio Las Casas en Quito del MSP, como área docente-asistencial, y allí pasé como docente de Pediatría para pre y posgrado con funciones asistenciales Ad-hoc, replicando el trabajo realizado anteriormente, lo que duraría aproximadamente 4 años. Posteriormente colaboré en la elaboración, ejecución y evaluación del Proyecto de Integración Docente-Asistencial del MSP con la participación de la UCE y que se desarrolló en los Centros N°6 La Libertad, y N°8 Cotacollao de la ciudad de Quito, y que se extendió desde 1980-1983 con las mismas funciones mencionadas anteriormente y como instructora de pre y posgrado de Pediatría de la UCE. A las funciones docente-asistenciales se sumaron acciones de investigación, lo que dio muy buenos resultados dentro de la formación de los estudiantes, así como en el trabajo en equipos multi e interdisciplinarios y con participación interinstitucional. Los equipos de trabajo se conformaron con la participación de docentes y estudiantes de Pediatría, Enfermería y Obstetricia.

Se realizaron investigaciones del Crecimiento de Niños de la Zona de influencia del Centro de Salud N°6, trabajo presentado para el ingreso a la Sociedad de Pediatría Filial Quito, así como otros estudios en la zona como prevalencia de hipotiroidismo en los niños de los centros educativos escolares de la zona a cargo de posgradistas de Pediatría. Se implementaron los Programas del MSP de Control del Crecimiento y Desarrollo de preescolares, el Programa de Complemento Nutricional, de vacunación y de Lactancia Materna, Salud escolar. Se logró la participación comunitaria al establecer mejores vínculos con las organizaciones y representantes comunitarios, se conformaron clubes de pacientes con patologías crónicas. En este periodo se cimentó la docencia en servicios de primero y segundo nivel de atención a más de los centros hospitalarios, con

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

quienes se mejoraron las referencias y contrarreferencias de pacientes, alcanzando una mejor vinculación entre servicios de salud, academia y comunidad, aunque esta última con muy poca presencia, además participamos en la actualización de las normas de atención al recién nacido y al preescolar y escolar emitidos por el MSP.

Por razones administrativas pasé a desempeñar mis funciones en la Consulta Externa de la MIA 1984-1987, a la que asistíamos junto a los estudiantes de quinto año a la consulta externa de neonatos y niños preescolares en el horario vespertino. Por no hallar relación con el trabajo comunitario solicité a la Jefatura de Cátedra la reubicación en el Subcentro de Salud de San Juan, de la Escuela de Obstetricia de la FCM de la UCE 1988-1994 (1997- donde cumplí mi trabajo docente asistencial e investigativo con los estudiantes de pediatría de la FCM de la UCE, se realizaron estudios del Perfil Biopsicosocial de los adolescentes de un colegio urbano marginal publicado en la Revista Pediátrica Baca Ortiz, se realizaron controles de niños sanos en guarderías del Ministerio de Bienestar Social y privadas de la zona, además de cumplir el Programa de Salud Escolar en la escuela República del Uruguay y control de adolescentes en el Colegio Pichincha sumadas a la atención de consulta externa de pediatría en el Subcentro de San Juan, donde se incorporaron docentes y estudiantes de Trabajo Social y Psicología de la UCE y se realizó una coordinación con la Facultad de Odontología de la UCE para asegurar la salud oral de los niños de la zona.

Luego pasé a formar parte del equipo formulador del Proyecto UNI Quito y continué con clases teóricas y prácticas en pediatría. Al aprobarse el Proyecto, me designaron como Coordinadora Académica del Proyecto y pasé a desempeñarme como tratante de Pediatría Ad-hoc en el Subcentro Hierba Buena I, servicio de salud participante en el Proyecto, de igual manera, cumpliendo funciones docente-asistenciales e investigativas con la incorporación de los estudiantes de Pediatría Comunitaria, Internos Rotativos, estudiantes de enfermería y obstetricia de la UCE, en este lapso se realizaron proyectos de desarrollo tripartitos entre academia, servicios de salud y comunidad y donde se crearon instrumentos de trabajo en servicios de salud como la Carpeta Barrial y el sistema de referencia y contrarreferencia, entre otros.

El proyecto UNI Quito

Nace en 1991, cuando la Fundación W.K. Kellogg, difunde su Programa entre las universidades de Latinoamérica y el Caribe. Participaron 111 universidades que presentaron sus proyectos y fueron seleccionados 15, entre ellos el Proyecto UNI-Quito. El mismo fue elaborado por la Dra. Georgina de Carrillo Enfermera y Pedagoga, Directora del Instituto Superior de Pedagogía de la Facultad de Ciencias Médicas de la UCE; Dra. Georgina Andrade Yépez, Médico- Pediatra, docente de Pediatría Comunitaria de la Escuela de Medicina de la UCE y Lcda. Adrila Aguirre, Enfermera y docente de la Escuela de Enfermería de la UCE.

El Proyecto crea una nueva estrategia de trabajo articulando la Universidad, los Servicios de Salud y la Comunidad organizada, con el propósito de contribuir al mejoramiento de la salud y las condiciones de vida de la población y con la formación de futuros profesionales de salud integrados al contexto social, político, cultural, económico y ecológico de la población. La diferencia con otras experiencias que vinculan la colectividad con la docencia y el desempeño profesional, es que en este caso, se comparte la misión de cada componente en un ambiente de equidad, de colaboración y de respeto mutuo para alcanzar una meta común.

El Proyecto UNI, crea una nueva estrategia de trabajo y “El propósito del Programa UNI fue producir cambios sincrónicos en las universidades, en los servicios de salud, en las comunidades y en las relaciones entre ellos”.²¹

Los objetivos del Proyecto UNI-Quito en la fase I y II fueron:

- 1) “Contribuir a mejorar la calidad de vida de los pobladores de la zona sur de Quito a través de las políticas de formación participativa de recursos humanos con la prestación de servicios y la construcción de ciudadanía.
- 2) Fortalecer las acciones tripartitas en forma equitativa y armónica en los organismos de poder en la planificación, ejecución, evaluación y sistematización conducentes al logro de los objetivos comunes del Proyecto y específicos de cada componente.

- 3) En lo académico, en la Universidad: Lograr el cambio en el proceso de formación profesional en el campo de la salud, incorporando los conocimientos y las tecnologías de la educación de adultos y generando currículos integrados que lleven a la interdisciplinariedad, buscando que el estudiante desde muy temprano se enfrente con los problemas de la realidad y desarrolle relaciones más humanas y responsables con la colectividad, con mayor percepción del funcionamiento y necesidades de los servicios de salud.
- 4) En los Servicios de Salud: Transformar los servicios de salud para alcanzar mayor integración, efectividad, competencia, que conozcan la realidad local y estén abiertos a cubrir las necesidades de la población y comprometidos con la resolución de sus problemas, así como participar activamente en los procesos de la formación profesional.
- 5) En la colectividad: Contribuir al fortalecimiento de la ciudadanía y de la participación popular en la salud, ampliando el acceso de la comunidad a los conocimientos relativos a la salud, a las tecnologías fundamentales para su desarrollo más autónomo, fortaleciendo sus organizaciones propias y su capacidad de intervención social.
- 6) Cambiar las relaciones entre universidades, servicios de salud y población, haciéndolas más democráticas, produciendo instituciones más abiertas a las demandas, más ágiles en las respuestas, más responsables socialmente, estableciendo relaciones de colaboración a través de la construcción de agendas comunes y de nuevos mecanismos de diálogo.²²

El Proyecto atravesó varios periodos de desarrollo que los resumiremos:

En 1991 la FCM recibe la invitación de la Fundación W.K. Kellogg para participar en un concurso entre universidades de América Latina y el Caribe, a fin de elaborar proyectos que contemplen una construcción práctica de un paradigma para la salud en la región.

En 1992, se formula el Proyecto UNI-Quito. Esta propuesta tenía dos objetivos básicos: a) Probar si era posible trabajar articuladamente entre Servicios de salud, Comunidades y la Universidad en la formación de profesionales de salud y su impacto en la prestación de servicios con la participación de las comunidades en salud y b) Desarrollar propuestas metodológicas y tecnológicas para este tipo de alianza.²³ Es así que el Decano de Medicina de ese entonces, extiende designaciones para la Formulación del Proyecto Internacional denominado: Una Nueva Iniciativa en la Formación de Profesionales de Salud.

En la propuesta se realizó un estudio de las zonas de la ciudad escogidas por sus características socio económico culturales para el desarrollo del Proyecto UNI-Quito y se decidió por la zona sur de la ciudad y por Áreas de salud las comprendidas en el Área N°4 Epiclachima y de Guamaní G19 con el Hospital Base de referencia: Enrique Garcés. Por el área N° 4 las unidades fueron: Centro de Salud Epiclachima; Subcentro de Salud (SCS) Aída León; SCS Hierba Buena I; SCS Hierba Buena II; SCS Oriente Quiteño; SCS La Argelia Baja; SCS Lucha de los Pobres Baja; SCS Lucha de los Pobres Alta. Por Guamaní: Centro de Salud de Guamaní; SCS Asistencia Social; SCS El Blanqueado; SCS Matilde Álvarez; SCS El Rocío; SCS La Victoria; SCS Cutuglagua, SCS La Inmaculada.²⁴

Una vez ganado el concurso, ajustadas las acciones administrativas, conformados los equipos de trabajo en las diferentes “parcerías”: Universidad, Servicios de Salud y Comunidad. En octubre de 1994 se inician las actividades del Proyecto lo que transcurre por cuatro años, siendo conducido por 4 coordinadores y 3 decanos. El equipo de conducción contó con 15 personas de la comunidad y 5 de los servicios de salud. Desde el inicio se mantuvieron 8 personas de la academia. En los primeros 4 años, uno de los principales problemas fue la falta de un sistema gerencial y administrativo y la falta de un subsistema de monitoreo y evaluación.

El monto ejecutado fue de un millón quinientos mil dólares (Cuando la moneda oficial era el Sucre), la población beneficiada fue de 1823 estudiantes de las escuelas de Medicina, Enfermería, Obstetricia y Tecnología Médica; 180.000 habitantes del área de influencia de los servicios intervenidos por el UNI; 50 profesionales de las unidades que participaron en la experiencia y 400 profesores de la Facultad que recibieron capacitaciones e intervinieron en procesos pedagógicos y de cambio, gracias a la intervención del Proyecto.²⁵

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

Para la ejecución del Proyecto y consolidado el equipo conductor conformado por: Decano de la FCM y Director del Proyecto: Dr. Enrique Chiriboga; Dr. Virgilio Páez Director de la Escuela de Medicina; Dr. Marcelo Chiriboga Director de la Escuela de Tecnología Médica; Lcda. Libia Soto y luego Lcda. Mercedes Ayala Directoras de la Escuela de Enfermería; Obstetrix Patricia Espinoza Directora de la Escuela de Obstetricia; Dra. Georgina Andrade Y., Representante de la Academia por la Carrera de Medicina; Dr. Luis Muñoz Representante de los Servicios de Salud y representantes comunitarios: Sr. Máximo Hidalgo por la Comunidad Frente de Lucha de la Entrada Sur de Quito; Sr. Julio Loachamín por la Comunidad, Representante de la Federación de Barrios del Sur Oriente de Quito; Arq. Carlos Zambrano, Representante de la Comunidad de Guamaní.

En el desarrollo del Proyecto, la participación de los estudiantes del Internado Rotativo fue decisiva incorporando a los coordinadores de este nivel al equipo inicial: el Dr. Fernando Durán Representante del Internado Rotativo (IR) de Medicina; Dra. Inés Ortega Representante del IR de Obstetricia; Lcda. Clemencia Gía Representante del IR de Enfermería y posteriormente se incorporó el Sr. TM. Julio Jaramillo por el IR de Tecnología Médica.

Una vez finalizado el primer período, las autoridades de la UCE fueron: Ing. Víctor Hugo Olalla, Rector; Dr. Salomón Cabezas Vicerrector; Dr. Ricardo Carrasco Decano de la FCM; Dr. Ramiro Estrella Subdecano de la FCM; Dr. Enrique Chiriboga Director del Proyecto UNI-Quito. Autoridades del Ministerio de Salud Pública: Dr. Edgar Rodas Ministro de Salud; Dr. César Hermida Subsecretario General de Salud; Dra. Virginia Gómez de la Torre Directora Provincial de Salud de Pichincha; Dra. Mónica Chiriboga Directora del Área N°4 (Epiclachimá); Dr. Luis Muñoz Director del Área G-19 Guamaní; Autoridades Comunitarias: Sr. Máximo Hidalgo Representante del Frente de Lucha de la Entrada Sur de Quito y el Sr. Julio Loachamín Representante de la Federación de Barrios del Sur Oriente de Quito.

“La Misión del Proyecto UNI-Quito fue: Crear un modelo educativo de formación integral de “recursos humanos” en salud, tomando como referencia el ideario UNI y las experiencias propias que puedan replicarse en otras áreas de influencia docente de la FCM de la UCE del Ecuador, con coparticipación de los servicios de salud y la comunidad”.

El desarrollo del Proyecto contempló tres periodos:

Primer período 1994-1995

El eje central de la acción giró en torno a la legitimación y consolidación del Proyecto, priorizando el afianzamiento del equipo de conducción y dando inicio a una nueva relación entre los servicios de salud, la comunidad y la universidad, fue un proceso innovador, inusitado y lentamente construido.

En la primera fase se realizó la difusión del proyecto UNI en la Universidad, se definieron los objetivos de los servicios de salud que se encontraban atravesando un proceso de cambio debido a la instauración de los sistemas locales de salud (SILOS) y con la necesidad de lograr recursos, sobre todo para la capacitación del personal de salud en sus áreas de trabajo y reforzando los procesos de representatividad de la comunidad organizada mediante la participación de sus líderes legítimos.

La Universidad en esta etapa está más segura de su participación y planificó actividades como ampliar la participación de los estudiantes del Internado Rotativo y de los últimos años de las carreras con actividades en la comunidad, sin mayor cambio en el enfoque clínico, lo que demandaba una innovación para alcanzar acuerdos con dos componentes que antes no habían trabajado o lo que se había realizado parcialmente como fueron: la comunidad y los servicios del primer y segundo nivel de atención de salud.

Segundo período 1995-1996

Se detecta que en el desarrollo del proyecto hay falencias en la administración, monitoreo y evaluación del proyecto, no existe un sistema de evaluación de logros o de rendimiento de cuentas, lo que se traduce en una debilidad en la consolidación de una cultura UNI. El equipo de conducción no se ciñe a los objetivos colectivos. El Cluster se convierte en una propuesta de evaluación a través de formularios predefinidos que no solventan la deficiencia permanente de la gestión del proyecto y desplazan al equipo de conducción de sus propios objetivos, el Cluster se convierte en un fin más que en un medio para

lograr los objetivos. Se detecta el trabajo aislado y con objetivos propios de cada uno de los componentes, el equipo de conducción, identifica como causa del problema la ausencia de evaluadores externos y la falta de políticas institucionales o acuerdos tripartitos para dar sustentabilidad al cambio.²⁶

Tercer Periodo: 1996-1997.

La academia se fortalece y emprende una mayor participación, al extender el número de estudiantes del Internado Rotativo en el desarrollo del proyecto, alcanzando a 500 estudiantes de las Escuelas de Medicina, Enfermería, Obstetricia y Tecnología Médica. Se planificó, ejecutó y evaluó en conjunto y en terreno y con la participación de los servicios un nuevo módulo del internado rotativo integrado con la participación activa de los estudiantes, incluyendo a los de cursos previos al IR que ya participaban en actividad comunitaria, identificando la necesidad de sistematizar las experiencias alcanzadas.

En 1997 y frente a los avances alcanzados se propone a la Fundación Kellogg una ampliación del tiempo de ejecución del Proyecto UNI-Quito, se realiza una Propuesta tras un análisis FODA, y entre las debilidades y recomendaciones para la extensión del Proyecto se citaron: “Manejo intuitivo del proyecto, desapego del ideario UNI; La Universidad atraviesa por crisis políticas que tratan de absorber el proyecto y cambiar sus metas. En la docencia se debe orientar a cambios institucionales para implementar nuevas metodologías de enseñanza; en los servicios de salud hay mayor estabilidad porque los planteamientos coinciden con el ideario UNI y es el de fortalecer los SILOS así como en la comunidad se observa la falta de identidad colectiva que precautele la manipulación política”²⁷

Se encuentra además una falta de agilidad en el manejo de recursos económicos que ingresaron por la academia. Los participantes en la nueva propuesta fueron: Dr. Enrique Chiriboga, Dra. Georgina Andrade, Obst. Inés Ortega, Lic. Clemencia Gía, Dr. Fernando Durán, Dr. Luis Muñoz, Arq. Carlos Zambrano, Sr. Máximo Hidalgo, Sr. Julio Loachamín. Facilitadores: Lcda. Margarita Velasco, Dr. César Chalén.

Entre los logros alcanzados y Subproyectos desarrollados en los tres componentes se mencionan: Apoyo a la Reforma Curricular de la Universidad Central y de la Facultad de Ciencias Médicas 1998-1999 con la necesidad de creación del Centro Coordinador de Actividades Comunitarias encargado de reproducir el ideario UNI; Informatización a nivel de los servicios participantes; Apertura de nuevos espacios de formación en los tres componentes; Diseminación del Proyecto UNI en nuevas Cátedras de la Facultad de Ciencias Médicas; Unidad de Formación Integral en Salud en el Hospital docente base Enrique Garcés; Construcción del Centro Infantil de Formación Integral en Guamaní; Diseminación del instrumento Carpeta barrial en Áreas del Proyecto; Fortalecimiento del Sistema de Referencia Bidireccional; Comunicación y Difusión del Proyecto UNI-Quito; Fortalecimiento de la gestión de la organización Comunitaria; Implementación del Sistema de Evaluación del Proyecto UNI-Quito; Mejora de la Gestión interna y externa del Proyecto; Fortalecimiento de Proyectos existentes; Educación permanente de los tres componentes.

En capacitación se introdujo la investigación a todo nivel; Adquisición de tecnología, bibliotecas básicas en cada carrera de la Facultad y en los servicios de salud participantes; Infraestructura para funcionamiento de proyectos específicos; Vehículos para movilización de estudiantes a las áreas de salud participantes; Contratación de personal para el funcionamiento de una oficina para los tres componentes; Gastos de oficina, bolsas viajeras que consistía en preparar a los representantes de los tres estamentos para representaciones del Proyecto UNI-Quito en eventos de evaluación o capacitación a nivel internacional y a cargo de la Fundación Kellogg.

Los Proyectos presentados por la Universidad fueron: Talleres de capacitación para docentes, personal de servicios y estudiantes para el trabajo conjunto; Aporte para la reforma curricular de la Facultad mediante la capacitación pedagógica de los docentes de la Facultad. Se realizaron proyectos universitarios para dotación de agua segura en la comunidad; Colaboración en el Proyecto de Crianza de ganado porcino en la comunidad; Enriquecimiento de pan con hierro para combatir la anemia en guarderías, trabajo de investigación de la Maestría en Nutrición del Instituto de Posgrados de la FCM de la UCE; Proyecto de investigación para establecer el Diagnóstico de la situación nutricional de la población escolar del área del UNI-Quito; Determinación de la prevalencia de Hipotiroidismo en escolares de la zona del Proyecto.

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

Proyectos presentados por la Comunidad: Adquisición de Imprenta para la comunidad de Guamaní y Publicación de la revista Saludar; Comedores Populares para Epiclachima; Remodelación del local de reuniones de la comunidad de Epiclachima; Feria de la salud con participación de docentes, estudiantes, servicios de salud y comunidad en las áreas del Proyecto; Proyecto de Huertos familiares; Cursos de liderazgo y primeros auxilios para la comunidad; Desarrollo de la red de farmacias en las zonas del Proyecto a cargo de la comunidad; Conformación de los Comités locales de salud.

Los Proyectos de los Servicios de Salud: Dotación de material informático, televisores para educación en salud, adecuación de locales para colaboración con la docencia. Capacitaciones del personal de salud en pedagogía y en actualizaciones sobre los Programas que implementó el Ministerio de Salud Pública.

En 1997 los participantes en el Proyecto fueron: Decano: Dr. Luis Riofrío Mora; Coordinador General del Proyecto: Dr. Francisco Delgado; Coordinadores del Componente Académico: Lcda. Clemencia Gía, Lcda. Mercedes Ayala, Dra. Inés Ortega. Ft Julio Jaramillo; Coordinadores Componente Salud: Dr. Luis Muñoz; Dr. Luis Tasiguano; Coordinadores del Componente Comunitario: Sr. Máximo Hidalgo, Sr. Julio Loachamín, Sr. Edwin Salazar; Equipo de Evaluación: Coordinadora: Dra. Georgina Andrade por Academia; Dr. Gonzalo Avilés Servicios de Salud, Arq. Carlos Zambrano Comunidad.²⁸

Testimonios de participantes del proyecto UNI.

A continuación, transcribimos los testimonios de los Coordinadores de los tres componentes y del Equipo de evaluación interna del Proyecto en el tercer año de su funcionamiento.²⁹

EDITORIAL-

“Los Proyectos UNI, tienen como filosofía, el construir y desarrollar procesos encaminados a lograr nuevos modelos de enseñanza- aprendizaje en la formación de profesionales de la salud, con un real acercamiento a la comunidad, en donde se halla la explicación de la multicausalidad del proceso salud-enfermedad y se aprende en forma crítica, así como se aporta con iniciativas y en conjunto se buscan soluciones. Es decir, se aprende haciendo y participando en los equipos multidisciplinarios y en el trabajo intersectorial, en la inserción temprana de los estudiantes en los servicios de salud y la comunidad, para lo cual la FCM, se halla empeñada en la reforma Curricular que contempla estos planteamientos, y sobre todo fortalecer la investigación como eje integrador del conocimiento de la realidad.

Se buscan nuevos modelos de atención eficientes, efectivos y humanizados, fortaleciendo los Servicios de Salud, especialmente los de Atención Primaria, para solucionar las principales patologías que aquejan a la comunidad y al medio en el que se desenvuelven, con participación de todos y cada uno de los “actores,” y en especial de los profesionales de la salud cuyo reto es el de optimizar los recursos, prevenir y educar a la comunidad, así como sensibilizar sobre la responsabilidad del autocuidado de la salud y la corresponsabilidad individual, familiar y comunitaria para lograr; mantenerla o mejorarla, lo que demanda del trabajo interinstitucional e intersectorial, en el que la comunidad participa activamente y la capacitación permanente es el soporte actualizado de los cambios necesarios para alcanzar las metas propuestas.

La comunidad a la vez está en la búsqueda de un nuevo modelo de participación social con fortalecimiento de su representatividad y del derecho que le asiste a detectar sus problemas y, encontrar las soluciones, sin imposiciones ni aplicación de modelos extraños, ajenos a la realidad a la que se deben y que en las evaluaciones no han dado el cambio necesario para mejorar el nivel de vida. Este reto es básicamente lo que se propone el Proyecto UNI-Quito, el mismo que se logrará con la práctica de la toma de decisiones compartida entre los tres componentes del Proyecto que son: Academia, Servicios de Salud y Comunidad en igualdad de condiciones y corresponsables de las políticas adoptadas, lo que demanda buena voluntad, respeto de cada uno de los participantes y sobre todo el trabajar mancomunadamente en búsqueda de una meta común, así como difundir estas experiencias a nivel interno y externo, que lo único que anhelan es el efectivizar los pensamientos que van en beneficio del pueblo y especialmente de los más relegados”.

Dra. Georgina Andrade Yépez Coordinadora del Equipo de Evaluación del Proyecto UNI-Quito.²⁹

Experiencias de la enseñanza aprendizaje multidisciplinario en salud

“La reforma curricular iniciada por la UCE y la FCM con el apoyo del Proyecto UNI-Quito, es un proceso que permitirá, en base a las experiencias vividas integrar la teoría con la práctica a partir de la realidad, de escenarios concretos de trabajo, con la participación y apoyo de la docencia, el servicio y la comunidad. Este esfuerzo requirió de la generación de conocimientos a partir de las necesidades de los sujetos de la educación: el estudiante, los grupos y equipos de trabajo.

La investigación-acción participativa permite a todos aprender de todos y ser parte de la toma de conciencia de los procesos de cambio y la participación responsable para transformar la realidad.

El estudiante al incorporarse como parte del equipo de trabajo aprende a tomar decisiones y progresivamente se fortalece la capacidad de análisis y crítica de su propio proceso: avances y limitaciones que deben reajustarse sobre la marcha. En el año lectivo 1995/1996 se incorporó al trabajo comunitario el Programa Médico-Quirúrgico, al comienzo hubo “resistencia” de los mismos docentes y de los estudiantes, pero conforme se fue viviendo el proceso se comprendió que la realidad, las familias y la comunidad son el punto de partida para aprender a participar en la atención integral de la persona sana o enferma, la familia y la comunidad y también se pidió ampliar el tiempo de práctica.

La evaluación permanente, la educación continua nos ha permitido estar a la altura de la docencia, los servicios y la comunidad. En el presente año lectivo 1997- 1998 como fruto de las experiencias vividas se fortaleció el ciclo comunitario como esfuerzo multidisciplinario de la Facultad mediante el programa de Internado Rotativo liderado por el Dr. Fernando Durán Lucio, a través de esta experiencia la academia, el servicio y la comunidad interactúan en los escenarios reales del Área Cuatro, sector Epiclachima y área Nueve, sector de Guamaní, en donde los internos rotativos de Enfermería, Medicina y Obstetricia se integran a los servicios y con los equipos de trabajo del nivel local, participan en el proceso de atención integral de salud como parte de su formación. Se dio especial énfasis a la motivación y orientación al proceso de trabajo en la comunidad, la respuesta ha rebasado las expectativas, ha permitido que el estudiante aprenda y sea parte del trabajo intramural y extramural.

He sido parte del equipo de trabajo que recrea el modelo de atención de salud que enfatiza la atención primaria, ha compartido experiencias de evaluación del colectivo del nivel local, las mismas que han permitido planificar y ejecutar las acciones y herramientas de trabajo, es decir la evaluación como una experiencia más de aprendizaje. También se ha incorporado la ejecución de carpetas barriales, las mismas que sirven para hacer el autodiagnóstico participativo, para fortalecer el aprendizaje y dar respuesta a las verdaderas necesidades de las familias: Los métodos y técnicas utilizadas facilitan en proceso, entre ellas tenemos: visitas domiciliarias, elaboración de mapas parlantes, charlas educativas, sociodramas, obras de teatro, etc.” Lcda. Clemencia Gía: Coordinadora del Componente Académico por Enfermería.³⁰

“Avances en los servicios de salud”

“El Proyecto pretende a través de la interacción de sus componentes, lograr cambios positivos relacionados con la organización, el modelo de atención, la satisfacción de las demandas, necesidades de la población en salud y el mantenimiento del ecosistema. El Proyecto ha permitido en su primer periodo reforzar la capacidad resolutive de los equipos de salud en las unidades de atención primaria con la participación del trabajo de los docentes y estudiantes de diferentes años de las carreras de Medicina, Obstetricia, Tecnología Médica, Posgradistas de Psiquiatría y Pediatría.

La participación de los docentes ha permitido desarrollar un proceso metodológico compartido entre la Academia, el Servicio y la Comunidad; de esta manera se aprende a transformar la realidad en forma progresiva y a diferentes niveles, generando instrumentos que facilitan el aprendizaje, tales como: protocolos de evaluación, diarios de campo, carpeta barrial, etc. Se ha ampliado la cobertura de atención y se ha elevado localidad de la misma, esto se evidencia a través de los siguientes indicadores:

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

- En el 80% de las unidades operativas de atención primaria se trabaja con equipos multidisciplinarios docente-asistenciales; en el mismo porcentaje se trabaja en barrios urbano marginales catalogados de riesgo y buscando su solución con un seguimiento a las familias de riesgo.
- La presencia de los estudiantes ha permitido cumplir y ampliar con el trabajo extramural. En un 60% de las unidades operativas los estudiantes han logrado crear y consolidar grupos comunitarios de pacientes con patologías prevalentes.
- Se ha logrado en el 100% de las unidades operativas, realizar la actualización geográfica poblacional a través del manejo de un instrumento denominado “Carpeta Barrial”.
- Se ha diseñado un Sistema de Referencia Bidireccional con instrumentos como: Flujogramas, sistemas de comunicación, Sistemas de transporte, Sistemas de Información, Manuales de normas y Procedimientos, Sistemas de Capacitación.
- Con el propósito de contribuir en el mejoramiento de la calidad de atención y facilitar la docencia de los estudiantes, el proyecto está concluyendo las ampliaciones y remodelaciones de las unidades operativas y nueva infraestructura para estos objetivos.
- Los profesionales de los Servicios de Salud con el apoyo del UNI, abren nuevos espacios de trabajo intersectorial (Junta Administrativa de la Red de Servicios de Salud del Sur de Quito), donde el UNI y sus componentes empezamos a tener un rol protagónico.

Los Servicios proponen:

1. Fortalecer la capacitación de los profesionales de los servicios de 1ero y 2do nivel de atención enfatizando ejes temáticos sobre:
 - Capacitación pedagógica
 - Desarrollo de programas integrales de salud
 - Manejo de patologías prevalentes.
2. Desarrollar investigaciones participativas orientadas a:
 - Mejorar la eficiencia y efectividad en la atención, la docencia, la productividad y el mantenimiento del microambiente.
3. Fortalecer, difundir y replicar el modelo de atención en otras áreas geográficas aledañas y con similares características socio-económicas.
4. Fortalecer el trabajo con grupos homogéneos focales, creando redes comunitarias en salud.
 - Apoyar la conformación de la red de Servicios de Salud priorizando referencia y contrarreferencia”

Dr. Luis Muñoz Coordinador del Componente Servicios de Salud del Proyecto UNI-Quito.³¹

Avances en la comunidad

“Durante la primera fase del Proyecto se ha logrado identificar a las organizaciones comunitarias, sus debilidades y virtudes. El contar con personas representativas de base, con prácticas y experiencias de trabajo compartido y liderazgo, ha facilitado su interrelación con Servicios de Salud y Academia, demostrando su predisposición al cambio, lo que refleja un logro cualitativo del Proyecto.

La implementación de proyectos en Comunidad, como los comedores populares, centros comunitarios de capacitación, salud en el deporte, comunicación, abastecimiento de agua, capacitación en liderazgo y aspectos técnicos, ha generado

dinamismo con nuevos actores sociales y organizaciones. En relación con el fortalecimiento de las organizaciones se ha logrado cambios en la visión sobre el trabajo interinstitucional y la solidaridad para alcanzar objetivos comunes, así como experimentar vivencias de discusión y negociación al interno del Proyecto y en otras instancias del Gobierno local y/o central.

El Proyecto UNI ha propiciado la participación comunitaria en la solución de problemas de salud en forma conjunta con los servicios de salud y la academia. La participación comunitaria en las instancias del Gobierno local de las áreas de Salud (Unidad de conducción del área, Consejo técnico del área), así como en la orientación y evaluación de los estudiantes de la FCM, se ha constituido en una práctica habitual, la misma que fue fortalecida y reconocida formalmente en la reforma curricular en uno de los ejes integradores las Actividades Comunitarias.

La experiencia alcanzada en el Proyecto UNI por los líderes comunitarios, ha permitido su participación como docentes o expositores en otros sectores comunitarios. Dentro de los problemas sociales de mayor importancia se encuentra la pobreza marginal, desocupación, violencia, fármaco dependencias, prostitución, que van deteriorando las condiciones de vida de las áreas, lo que deberá ser tomado en cuenta para su intervención.

La comunidad propone:

- 1.- Priorizar la capacitación en: Salud ocupacional; Salud mental; Aspectos técnicos para desarrollo individual, familiar y comunitario; Salud del deporte; Liderazgo y desarrollo organizacional.
- 2.- Apoyar el desarrollo de proyectos comunitarios en los que tengan participación preferente los adolescentes y mujeres en las siguientes áreas: Ampliación de microempresas articuladas con los comedores populares y centros de capacitación; Manejo de desechos sólidos, reciclaje de basura; Dotación de agua segura con participación financiera de la comunidad.
- 3.- Capacitación y fortalecimiento de la participación comunitaria para la docencia.
- 4.- Fortalecer proyectos iniciados como la red de farmacias comunitarias de medicamentos esenciales y tradicionales (FACMEDTS); Proyecto de Comunicación y Desarrollo Cultural. Arq. Carlos Zambrano Coordinador del Componente Comunitario de Guamaní." ³²

Fig. 1 - Proyecto Comedores Populares Barrio Oriente Quiteño Proyecto UNI- Quito 1997



Fuente: Proyecto UNI-Quito 1997

Elaboración. Dra. Georgina Andrade

Conclusiones

El Proyecto UNI (Una Nueva Iniciativa en la formación de profesionales de salud) y su trascendencia en la formación profesional

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

En 1999, se publicaron los resultados alcanzados en el desarrollo del Proyecto UNI-Quito, Una Nueva con el apoyo de la Fundación Kellogg, ONG que colaboró con proyectos similares en toda Latinoamérica y que aún se desarrollan en algunos de los países o persiste el modelo con adaptaciones como parte de la institucionalización del Ideario UNI. El objetivo fue articular los Sistemas de Salud con la comunidad organizada, la que participa en la gestión de los servicios de salud de primero y segundo nivel y colaborar en la formación de los profesionales de salud mediante estrategias de asociación y trabajo conjunto. En 1999, se presentó la propuesta de extensión del Proyecto.

La Facultad realizó cambios curriculares y organizativos, buscando obtener una formación profesional de calidad en ámbitos intra y extra-hospitalarios, impulsó la estructura organizativa y el liderazgo en la comunidad, actuó como agente de cambio al proteger el ambiente, reforzar el autocuidado en salud y estimular la formación de profesionales holistas y con alto compromiso social.³³ La Facultad de Ciencias Médicas, por primera vez escuchó las necesidades de formación de los profesionales de la salud desde el punto de vista de la colectividad, se impulsó el trabajo interdisciplinario e intersectorial, en el que participaron docentes y estudiantes de las escuelas de medicina, enfermería, obstetricia y tecnología médica, que cursaban las áreas materno-infantil y poco a poco fueron incorporándose otras asignaturas con sus docentes y estudiantes.

Se estimuló el liderazgo en los servicios de salud y en la comunidad para desarrollar micro proyectos de interés para cada uno de los sectores y también tripartitos. Se originó un nuevo modelo de gestión, con cooperación y empoderamiento en favor de la salud y en el que tuvimos el privilegio de participar como coautoras. El modelo se replicó con éxito en otros centros de salud de la ciudad y otras universidades del país. Se implementó un nuevo paradigma en la enseñanza y el aprendizaje en las carreras de la salud al estimular el trabajo en equipo, sin embargo no se logró la sustentabilidad ni la institucionalización, como fue su ideario.³⁴ En la actualidad se realizan rotaciones en servicios de salud que participaron en el proyecto y colaboran en la tutoría de grupos de estudiantes en su práctica comunitaria.

El proyecto UNI indujo el desarrollo docente con capacitación en planificación curricular y evaluación educativa, se motivó el uso de metodologías activas en la enseñanza, aunque en contadas cátedras. Las nuevas estrategias aceleraron el cambio de actitud y el trabajo intersectorial, aunando esfuerzos y optimizando recursos para mejorar el nivel de vida de la población. Con los logros se demostró que los sudamericanos son emprendedores y tienen liderazgo, se debe elevar la autoestima para solucionar los problemas sociales, al romper barreras de aislamiento y postergación. Hace falta protocolizar los procesos, y crear una memoria y cultura colectivas, lo que por rutina se valora y transmite en forma oral, con escasa producción científica, aún en los medios académicos de la región.³⁵

El Proyecto UNI impulsó la investigación científica en la Facultad, la misma que trató de indagar en los últimos años de las carreras, las dificultades del proceso de enseñanza y aprendizaje y cuyos resultados fueron acogidos como ganancias reales para iniciar la reforma curricular con un mejor conocimiento del problema. Se impulsaron nuevas metodologías educativas, como el aprendizaje basado en problemas, la medicina basada en evidencias, la investigación-acción, el aprender- haciendo. Se pretendió cambiar la evaluación del aprendizaje, pasando del modelo cuantitativo al formativo, explorando de mejor manera el cumplimiento de los objetivos, el desarrollo de competencias, destrezas, actitudes de los estudiantes y no sólo una valoración centrada en pasadores de exámenes.³⁶

Este ideario y los proyectos desarrollados, produjeron un movimiento de cambio en la salud latinoamericana a través de la educación médica, formando generaciones de profesionales comprometidos con la construcción de un mundo más justo y humano. Sus objetivos principales fueron desarrollar modelos de enseñanza y aprendizaje con prestación de servicios de salud de calidad para las personas, lograr mejoras ambientales y prácticas de autocuidado de salud por parte de la población fortaleciendo la solidaridad en el trabajo, la innovación y cambios necesarios en la universidad, servicios de salud y comunidad organizada en beneficio de la salud y mejora del nivel de vida de la población.³⁷

En la Facultad, el proyecto dejó experiencias que son vigentes aún en la actualidad, ya que se reconoce que la formación de los profesionales de salud debe ser relevante y dar énfasis a la comunidad, establecer la vinculación. El currículo debe actualizarse permanentemente y estimular el razonamiento, la criticidad y la capacidad de seguir aprendiendo, desarrollar competencias para el ejercicio profesional demostradas por la evaluación del desempeño y comenzar a planificar las acciones mediante consensos y priorizando las necesidades sociales dados por el marco filosófico, político, epistemológico, tecnológico y ético de la sociedad.

La formación debe realizarse no sólo en las aulas, sino en los diferentes niveles de atención de salud y en la comunidad para tener contacto con la realidad y con una visión holista del problema. Dar importancia a la enseñanza interdisciplinaria en forma gradual con el consenso y participación de docentes y estudiantes, lo que se facilita con la formación continua del docente para introducir nuevas metodologías de enseñanza y aprendizaje como el estudio autodirigido, la enseñanza asistida, tutorial en pequeños grupos, la solución de problemas y el autoaprendizaje con estrategias activas, participativas. Pese a todos los esfuerzos por incorporar reformas en la educación de los profesionales de salud en la región, que agreguen contenidos de prevención de la salud y de acción comunitaria, prevalecen los contenidos con énfasis curativos que concuerdan con los modelos de atención de salud asistencial, de tipo biólogo y clínico, de especialidad médica y atención intrahospitalaria y dirigido a la solución individual de un problema que no se relaciona con el contexto en el que está inmerso el paciente.

Este modelo se replica en los establecimientos asistenciales desde el primer nivel de atención, predominando acciones curativas por delante de las preventivas, lo que imposibilita cumplir con el perfil del médico general integral, que deberá atender a la mayoría de la población al desempeñarse bajo los principios y normas de los sistemas generales de seguridad social en salud, atención primaria y medicina familiar, que impulsan los nuevos programas curriculares de enseñanza de salud en el mundo.³⁸ “El ideario UNI aporta nuevas dimensiones en el trabajo en *parcería*, la creación de nuevos modelos de formación de profesionales de la salud, de participación comunitaria y de prestación de servicios, el trabajo en red, la disseminación de experiencias, el fortalecimiento del liderazgo, la investigación-acción”.³⁹

“En un inicio no se articulaba la acción de los docentes y estudiantes en las áreas del Proyecto, lo que se resolvió con la creación de la “Carpeta Barrial”, instrumento de estudio-trabajo extramural, que ubica a la academia en contacto directo con las comunidades de la zona de influencia de las unidades de salud. La Carpeta Barrial permite actualizar los datos estadísticos, epidemiológicos y detección de riesgo biológico, socio-económico y sanitario-ambiental. El diagnóstico resultante es participativo entre los tres componentes y abarca el nivel individual, familiar y comunitario. En la comunidad sirve para la toma de decisiones con mayor conocimiento de la realidad, lo que fortalece sus organizaciones y especialmente a los comités locales de salud; a los Servicios de salud les permite afinar la determinación del riesgo e implementar con mayor efectividad acciones de prevención, curación y promoción con énfasis en la conformación de grupos brigadistas populares en salud; en la Academia, influye en la reforma de planes curriculares y el enfoque de la presencia estudiantil en el espacio comunitario en concordancia con los niveles de formación y con las necesidades de la comunidad y de los Servicios de Salud.

Además, la Carpeta Barrial implica la planificación, ejecución y evaluación de acciones con la población apoyando las organizaciones de los Comités Locales de Salud como grupos de madres, grupos homogéneos de acuerdo a patologías y salud escolar con los que se desarrollan microproyectos de información, educación y comunicación, promoviendo liderazgos comunitarios en prevención y promoción de salud. Los equipos multidisciplinarios de los servicios de salud asumen la tutoría de los estudiantes que a su vez se organizan en equipos conformados por estudiantes de todas las carreras de salud para el desarrollo del proceso de enseñanza-aprendizaje durante el periodo de su rotación en el espacio comunitario. “El Proyecto UNI, al ser una experiencia que busca el encuentro de tres lógicas diversas, ha generado un proceso de cómo pensar, actuar, y relacionarse. El poder se mira en forma horizontal, en un ambiente democrático y en un trabajo planificado donde todos ganan.”⁴⁰

Terminado el Proyecto UNI, su ideario continuó en vigencia en la Universidad Central y se amplió al iniciar el trabajo multi, inter y transdisciplinario, mediante el desarrollo del nuevo Proyecto denominado UNIR, con el auspicio de la Fundación Kellogg, y el que involucró varias Facultades de la Universidad con el fin de lograr el desarrollo integral de comunidades especialmente rurales y fundamentalmente intervinieron las Facultades de: Agronomía, Veterinaria, Filosofía Ciencias Médicas, estas experiencias fueron las bases para lo que sería posteriormente la Vinculación con la Colectividad normada por la LOES.

La formación profesional en épocas de cambio

La universidad tiene la función de formar y capacitar a los profesionales del futuro, para lo que requiere del dominio de competencias y actualización continua del cuerpo docente, del currículo, de la organización y gestión académicas, exigencias que impone el fenómeno político-social de la globalización. Época caracterizada por la incertidumbre ante el incesante desarrollo científico y tecnológico que motiva a la innovación en todos los campos del desarrollo humano y por ende en la educación convirtiéndose en el factor clave para el cambio institucional a través de la investigación⁶⁶. Procesos que requieren de planificación, sistematización y dinamización para formar profesionales científica, técnica y axiológicamente competentes que se inserten en el aparato productivo del país en forma idónea, reflexiva, crítica y creativa.⁴¹

Considerando los movimientos de mejora de la enseñanza médica en áreas comunitarias, es necesario realizar un recuento de las reformas a nivel de la Facultad de Ciencias Médicas de la UCE que facilitaron la inserción de la enseñanza aprendizaje de la APS en las últimas décadas.

Evolución de la educación médica en el Ecuador

Frente a las políticas estatales sobre el sector salud, las Facultades de Medicina del país, emprenden reformas encaminadas a formar talentos humanos que den respuestas a las nuevas exigencias de los servicios de salud y de la población.⁴²

En 1967 en Guayaquil, la Asociación de Facultades y Escuelas de Medicina (AFEME) promueve el Primer Seminario de Educación Médica, realizado con el propósito de unificar los planes de estudio en las tres facultades de Medicina del Ecuador, donde se trataron los siguientes temas: “Duración del nuevo Pensum de Estudios de la Escuela de Medicina” y entre las resoluciones se reduce el tiempo de duración del pregrado a 7 años incluyendo, las Ciencias Básicas Generales y el Internado Rotativo, y se divide en cuatro ciclos de formación: Ciencias Básicas Generales, Ciencias Básicas Médicas, Ciencias Clínicas e Internado Rotativo. Se recomienda unificar el sistema de admisión a las Facultades de Medicina del Ecuador y modificar la organización departamental de las facultades.

En este Seminario aún no se consideraron los movimientos sociales de resonancia latinoamericana que tuvieron su origen en Córdoba en los años 1930 y que se acogieron en 1969, aceptando el libre ingreso a las universidades y aplicando la planificación en la Educación Médica, esto como resultado de la orientación emanada en la Primera Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas realizada en Washington DC. Lo aceptado se reafirma en el Segundo Seminario de Educación Médica. En 1971. En el Tercer Seminario Nacional de Educación Médica, se plantea la organización administrativa de las Facultades de Ciencias Médicas; la Organización Hospitalaria Docente y la Medicina Comunitaria, persistiendo con la formación biológica frente a una naciente formación social, práctica y comunitaria del personal de salud, bases que sirvieron para la posterior Reforma Académica.

A finales de 1970 se realiza en Loja la V reunión de Educación Médica donde se discutió sobre el Externado o Prácticas en Servicios Ambulatorios y el Internado y su proyección nacional, lo que se complementó con niveles de Educación Continua, culminando con la creación de la Medicatura Rural y los Posgrados de Especialización. Para 1980 se reconocieron los grados de complejidad tanto en la formación del profesional médico como en su práctica asistencial. Los niveles formativos estaban divididos en pregrado, posgrado y educación continua, donde se observó la relación político institucional y el vaivén político coyuntural que intervinieron en la suscripción de acuerdos o convenios interinstitucionales de tipo docente-asistencial, que respondían a las buenas relaciones políticas o personales de los funcionarios de turno, desplazando la planificación y destacando el tráfico de influencias.

El esfuerzo de la FCM de la UCE se ha orientado en colaborar en la resolución de los graves problemas de salud que afecta a las mayorías nacionales, además de colaborar en la solución de problemas vitales de la población, la creación, desarrollo y difusión de la cultura dentro de la formación de los profesionales de nivel intermedio y superior, capacitados científica, técnica y humanísticamente para participar activamente en el cambio estructural de la sociedad.

Diseño curricular del nuevo plan de estudios de la carrera de medicina

La FCM de la UCE frente a la crisis mundial de la educación superior debida a la situación socioeconómica global, a la liberación del comercio y al deficiente apoyo económico gubernamental a las universidades públicas, planteó un proceso inicial de reforma integral, con el cambio en su estructura curricular y organizativa, tendientes a buscar la excelencia académica y al mejoramiento de la relación entre universidad, sociedad y Estado. Para el efecto se nombraron tres comisiones: la de Reforma Integral y Curricular de la Carrera de Medicina (1995); Comisión Permanente de Reforma Curricular (1996); Comisión Central de Reforma Curricular de la FCM (1997), conformada por los Directores de las diferentes escuelas, cuatro profesores, un representante estudiantil y un representante administrativo, y divididas en Subcomisiones que fueron: De asesoría y evaluación docente, De formación y capacitación pedagógica; De investigación e información; De planificación y evaluación de la reforma.

Las Autoridades de esta etapa fueron: Dr. Luis Riofrío Mora: Decano; Dr. Carlos Valencia: Subdecano; Dr. Virgilio Páez: Director de Escuela de Medicina. Los Miembros de la Comisión Permanente de Reforma Curricular fueron: Dr. Virgilio Páez: Director de la Escuela de Medicina; Dr. Germán Cifuentes: Presidente de la Comisión; Dr. Edmundo Estévez: Relator; Dr. Emiliano Rodríguez: Asesor; Dr. Fernando Durán; Dr. Carlos Guarderas; Dr. Gonzalo Puga; Dr. José Ruales; Dr. Edgar Samaniego; Dr. Jorge Tapia; Dr. Byron Torres; Sr. Juan Carlos Elizalde; Sr. Marlon Oviedo; Dra. Margarita Guevara. Fundamentalmente lo que propuso esta Comisión (nombrada en 1995) fue: Organización de la carrera por ciclos.

En 1996, se propone: Formación del estudiante con sólida base ética, pensamiento y conducta científicos; Optimización del proceso enseñanza-aprendizaje con base en resolución de problemas; Racionalización de recursos humanos, técnicos y materiales; Integración y coordinación horizontal y vertical de las materias en los niveles básico, preclínico y clínico-quirúrgico; Aplicación de un sistema de evaluación que estimule la autoevaluación, coevaluación y el autoaprendizaje; Capacitación permanente de los docentes; Participación de profesores, estudiantes y administrativos en todo el proceso técnico-administrativo de la Reforma; Evaluación permanente de la administración del proceso de enseñanza y aprendizaje y del plan y programas de estudio; Reducción de la carrera a seis años de acuerdo con las necesidades científico-técnicas y sociales en la formación de profesionales de salud.⁶⁸

La UCE y por disposición del H. Consejo Universitario, en 1994 inicia el proceso de Reforma Integral institucional para cumplir con el mandato de la Ley de Universidades y Escuelas Politécnicas y los Estatutos y Reglamentos que las rigen. Desde 1992-1994 se realizó el Proyecto Misión de la Universidad Ecuatoriana para el Siglo XXI. Se priorizaron nueve ejes de análisis para lo que se nombraron comisiones para cada uno de ellos. La Comisión de Reforma Integral constituida por 9 miembros del Consejo Universitario, definieron los problemas más acuciantes de la institución; luego se conformó un Comité ampliado de reforma que organizó dos grupos de trabajo, el primero conformado por 35 personas para el análisis del contexto socio-económico y político de la estructura universitaria y su relación con actores internos y externos, mediante la metodología de la planificación estratégica corporativa (PEC).

El segundo grupo conformado por 55 personas para detectar los problemas importantes, causas y efectos con la metodología de Planificación estratégica por objetivos (ZOPP), para iniciar la transformación universitaria. Se nombraron 8 subcomisiones de acuerdo con los problemas detectados y que fueron: Subcomisión de Investigación; Docencia; Perfil profesional y Reforma curricular; Administrativa; Leyes y Reglamentos; Desarrollo Institucional; Económica y Financiera; Admisión y Egresamiento.

El Consejo Universitario aprueba los informes de las Subcomisiones y dispone la implementación de la Reforma en todos los ámbitos y en todas las Facultades, Escuelas y demás instancias académicas y administrativas de la Universidad. En 1995-1996 a inicios del año lectivo, se difunde el documento de Reforma de la UCE. “Este mismo año, el H. Consejo Directivo de la Facultad resuelve adoptar el Proyecto UNI como uno de los mecanismos estratégicos para implementar en el pregrado las líneas maestras de la Reforma Integral de la Universidad Central del Ecuador.” El Consejo Directivo inició el proceso de reforma académico-administrativa, conformando la “Comisión General de la Reforma Curricular” integrada por directivos, docentes, empleados y estudiantes de todas las Escuelas de la Facultad, la misma que ha iniciado actividades de capacitación técnico- pedagógica en el diseño y administración curricular”.

“Sobre la base de esta Comisión General de Reforma Curricular, el Decanato de la Facultad y el Consejo de Coordinación Académica, disponen la Constitución de la Comisión Central de Reforma de la Facultad, formada por representantes de las escuelas de Medicina, Obstetricia, Tecnología, Enfermería, Instituto Superior de Investigaciones y el Proyecto UNI. Dicha Comisión inicia el trabajo con la asesoría internacional del Dr. Emiliano Rodríguez (Asesor y Profesor del Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana) a partir del mes de agosto de 1995, con dedicación a tiempo completo durante los meses de agosto y septiembre, mientras se produce el receso lectivo en la Facultad.”

Estas acciones se realizan para el cumplimiento eficaz de las funciones determinadas en la misión de la Universidad, y de acuerdo con las demandas de desarrollo y modernización del país y del vertiginoso avance de la C&T en el concierto internacional. En respuesta a la situación se requiere implementar nuevas concepciones y modalidades de enseñanza-aprendizaje para lograr una adecuada vinculación entre los conocimientos que se producen y las demandas sociales, en el marco de un moderno sistema de gestión (planeamiento, autoevaluación, evaluación externa y acreditación, es decir, las técnicas de rendición social de cuentas) tanto para los procesos académicos, cuanto para el manejo de los recursos institucionales y de la relación con el medio externo. “Debemos erradicar el aislamiento crónico de la Universidad del concierto internacional”.

Para viabilizar la propuesta de reforma, el H. Consejo Directivo de la Facultad, el Sr. Decano conformó una Comisión denominada “Comisión Central de Reforma Curricular”, constituida por profesores y estudiantes de la Escuela de Medicina para la elaboración de una PROPUESTA ALTERNATIVA, que permita formar profesionales médicos con calidad y excelencia académica, acorde con las necesidades del país y el desarrollo biotecnológico mundial. La propuesta se elabora siguiendo una metodología y estrategia de diseño y desarrollo curricular basadas en un modelo de competencia y desempeño que por su enfoque sistémico, científico y dialéctico, tiene un carácter universal que se fundamenta en la integración docente asistencial investigativa y en la educación en el trabajo en los servicios de salud, en la solución de problemas y en el dominio de las teorías y métodos del trabajo profesional.

Los miembros de la Comisión Curricular, luego del análisis y consensos presentan una propuesta a la Comisión General de la Reforma Curricular de la Facultad para su discusión. Esta Comisión, acogió los criterios, comentarios, observaciones, críticas y aportes de los estamentos de la Escuela de Medicina para incorporarlos a la propuesta, la misma que fue sometida a consideración de la Comisión Académica de la Escuela, Consejo Directivo de la Facultad y H. Consejo Universitario, en los niveles de responsabilidad legal correspondientes.

El Grupo Central de la Escuela de Medicina lo constituyeron los siguientes miembros: Dra. Andrade Georgina, Dr. Dávila Gonzalo; Dr. Durán Fernando, Dr. Estévez Edmundo (Facilitador-Relator), Dr. Granja Luis (Relator), Dr. Játiva Edgar, Dr. Leguísamo Julio, Dr. Puga Gonzalo, Dr. Riofrío Luis (Presidente), Dr. Ruales José (Relator general), Dr. Tapia Jorge (Vicepresidente), Dr. Torres Byron, Dr. Veloz Carlos, Dr. Velasco Guillermo, Sr. Llor Robert, Sr. Rivadeneira Juan. La Comisión de Curriculum cumplirá con las siguientes actividades: Coordinar objetivos y acción con las diferentes cátedras, áreas y demás organismos universitarios y extrauniversitarios de carácter educativo, de servicios y de la producción con el fin de contar con la participación activa y consciente de toda la comunidad en el proceso de formación y de ejercicio profesional futuros.

Se elabora una propuesta global de reforma curricular y se presenta a consideración de la Comisión General creada por el H. Consejo Directivo. Luego de un extenso análisis de la caracterización de la educación médica en el país de la organización de la FCM de la UCE, de definir el perfil del bachiller que se incline por la medicina, los niveles de formación de los médicos, de limitar las prácticas y los lugares a realizarse para lograr el perfil de egreso y el perfil profesional, las estrategias de selección, las características del docente de medicina, las relaciones con los servicios de salud que colaborarían en la formación del futuro profesional y considerando las tendencias del momento y futuras de la educación médica en el país y el mundo, el perfil epidemiológico predominante y los indicadores demográficos y sus proyecciones, se presenta la propuesta de la Reforma curricular de la carrera de Medicina en 1998-1999.

Considerando la evolución histórica de la enseñanza de la medicina en la FCM de la UCE que transitó con la influencia de las corrientes mundiales de la formación de los médicos desde el galenismo, el escolasticismo, las ideas relevantes de la revolución científica, conservando por mucho tiempo la estructura clásica del modelo de formación francés, para pasar a la

de tipo occidental, buscando la manera de articular la formación profesional con la resolución de los problemas de salud de la población, es decir acercar la Universidad a la colectividad. Debido al predominio del modelo de atención unilateral, de tipo individualista, biólogo, curativo, se mantuvo el paradigma de formación dentro de esos esquemas organicistas, disciplinarios, intrahospitalarios, cuando surgen nuevas corrientes de tipo social, preventivo y promocional de la salud, naciendo la medicina extramural, comunitaria, social, popular, que fue ganando espacios y reclamando su presencia en la formación del futuro profesional de salud, respondiendo a las corrientes ideológicas del momento y a las necesidades crecientes en el ámbito de la salud.

Pese a los esfuerzos por incrementar estos conocimientos, se privilegió la visión biólogo, intramural curativa en la formación de los médicos. Desde 1960 en Latinoamérica surgen movimientos contestatarios a las dificultades políticas, financieras y sociales de la región que obligan al diálogo entre los sectores de salud y educación, dando respuestas a la formación de profesionales más cercanos a la colectividad a la investigación y a la coparticipación social, lo que coincide con la extensión de la cobertura y la planificación en el sector salud.

En este periodo los conflictos universitarios se inician con reclamos por la limitación de cupos para el ingreso a las carreras, lo que se norma con criterios de selección de excelencia, mientras al interior de las escuelas de medicina se trata de integrar la formación básica, clínica y social, enmarcados en un modelo tradicional de "organización de conocimientos y actividades dispuestas de lo general a lo particular, de la forma a la función, de lo normal a lo patológico, de la teoría a la práctica", marcando una diferenciación entre el abordaje biológico y social, lo individual y colectivo.

En 1996 se crea A.F.E.M.E. órgano de asociación de las Escuelas y Facultades médicas del país para coordinar planes, programas de estudio a nivel nacional promover la educación médica, la integración docente- asistencial y la investigación científica en salud. Frente a las nuevas tendencias de educación médica a nivel mundial y regional, se realizan diferentes seminarios y reuniones que sentaron las bases para la formación actual. En la XIV Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina (Quito 1987) se concluye con la necesidad de estructurar un marco teórico de la carrera de medicina, basado en los análisis de su historia, evolución y reconociendo sus tendencias.

Se realizaron varias reuniones previas hasta que a finales de los años 1970, en Loja en la V reunión de Educación Médica se trató el punto principal de discusión que era el Externado o Prácticas en Servicios Ambulatorios y el Internado con su proyección nacional y su relación con los niveles de Educación Continua, lo que culminó con la Medicina Rural y los cursos de Especialización. Se observó que si bien hay avances, tanto en complejidad de las actividades de formación y de servicios y para su cumplimiento en la práctica se necesita de normas y acuerdos para su continuidad, ya que en algunos casos como el Externado Obligatorio, nunca se cristalizaron. Se distinguen dos etapas: En la primera se observa que es eminentemente biólogo y la segunda tiene una alta dosis de proyección comunitaria, de independencia y con planteamientos alternativos de formación. Para la década de los 80, hay un acúmulo de complejidad, tanto en la formación como en la integración asistencial y considerando los niveles de pregrado, posgrado y educación continua.

Debido al predominio del modelo de atención unilateral, de tipo individualista, biólogo, curativo, se mantuvo este paradigma de formación organicista, disciplinario, intrahospitalario, hasta cuando surgen nuevas corrientes de tipo social, preventivo y promocional de la salud, naciendo la medicina extramural, comunitaria, social, popular, que fue ganando espacios y reclamando su presencia en la formación del futuro profesional de salud, respondiendo a las corrientes ideológicas del momento y a las necesidades crecientes de la población en salud.

Pese a los esfuerzos por incrementar estos conocimientos, se privilegió la visión biólogo, intramural curativa en la formación de los médicos. Desde 1960 en Latinoamérica surgen movimientos frente a las dificultades políticas, financieras y sociales de la región que obligan al diálogo entre los sectores de salud y educación, dando paso a la formación de profesionales más cercanos a la colectividad, a la investigación, a la coparticipación social, lo que coincide con la ampliación de la cobertura y la planificación del sector salud. Para iniciar el proceso de reforma curricular en la FCM, también se exigen competencias básicas en los bachilleres aspirantes y en los docentes de la carrera, así como redefinir los perfiles profesionales acordes a la realidad que garanticen un profesional capaz de responder con calidad a las demandas sociales, rediseñar el currículum, elevar el nivel académico para lograr un profesional con formación humanística y ética equilibrados, familiarizado con el desarrollo tecnológico, para trabajar en equipos multiprofesionales e interdisciplinarios.

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

En los estudios previos a la Reforma de 1998 de la carrera de Medicina se señalaron como dificultades: En el ámbito administrativo: “Ausencia de un proceso de orientación, selección e ingreso de estudiantes; Falta de un modelo educativo y de una estructura académica coherente; Falta de coherencia entre el marco conceptual y la operacionalización del currículum. En la Planificación Académica: Falta de investigación educativa que permita la planificación académica; Falta de investigación sobre el mercado laboral con visión prospectiva: Falta de una política de formación de talentos humanos en salud en el ámbito profesional de base, especialidades, innovación de carreras que respondan a las necesidades sociales.

En el Modelo educativo: Deficiencias en la metodología del proceso enseñanza- aprendizaje, Alta repitencia y deserción, centrado en el docente, poca participación del estudiante en análisis de soluciones e investigación científica, insuficientes experiencias de trabajo y aprendizaje a nivel comunitario, insuficiente integración teórico-práctica, falta de seguimiento a los graduados escasa factibilidad de acceso a posgrados ; falta de incentivos estudiantiles falta de interdisciplinariedad y multiprofesionalidad en la formación del profesional de salud. En la docencia: Anárquica distribución de docentes en Carreras, áreas y asignaturas. Déficit en la orientación pedagógica y científico-técnica, facilismo y autoritarismo del docente, incumplimiento de las obligaciones docentes, falencias éticas de docentes y estudiantes; horarios centrados en las necesidades de los docentes, formación centralizada en aulas, laboratorios y servicios de nivel terciario.

Recursos: Falta crónica de presupuesto, infraestructura, equipamiento y materiales docentes y didácticos. En relación con Servicios de salud: Falta de coordinación entre Facultad y servicios de salud; Falta de intercambios interinstitucionales de formación y de cooperación técnica o investigación. Entre otros aspectos: Falta de liderazgo de la Universidad en la sociedad, injerencia político-partidista, falta de programas de bienestar docente, estudiantil y personal administrativo, concepto erróneo de la extensión universitaria”.

El nuevo plan curricular basado en el análisis estimuló realizar los cambios ajustados a las necesidades sociales del momento, elevando el nivel académico con sólidas bases humanísticas, éticas y tecnológicas, reformular el perfil profesional de acuerdo a la realidad, reforzar el trabajo en equipos multiprofesionales e interdisciplinarios; lograr mayor coherencia entre educación médica, servicios de salud, comunidad y práctica profesional, impulsar la reforma administrativa institucional, procesos de orientación, selección e ingreso de estudiantes y estructuración de un sistema de carrera y acreditación docente.

Considerando las tendencias de la educación en salud, siguiendo la estructura organizativa de los servicios de salud y sus requerimientos en relación con el perfil profesional, se estructuró el currículum por ciclos de 6 meses cada uno, con un total de 12 semestres en 6 años de estudios. Los ciclos se dividieron En: **Primer Año:** *Primer ciclo:* Introducción a la Medicina, El cuerpo humano; *Segundo ciclo:* Intercambio, equilibrio y reproducción.

Segundo año: *Tercer ciclo:* Regulación y defensa del organismo; *Cuarto Ciclo:* Patología médica y terapéutica.

Tercer Año: *Quinto ciclo:* Patología Médica y terapéutica; *Sexto /Séptimo ciclo:* Salud del adulto I.

Cuarto año: *Sexto/Séptimo ciclo:* Salud del adulto II; *Octavo ciclo:* Salud Infantil.

Quinto año: *Noveno/décimo ciclo:* Salud del Adulto III; *Noveno/Décimo ciclo:* Salud del adulto IV.

Sexto año: INTERNADO ROTATIVO: *Décimo primero y Décimo Segundo ciclos.* Práctica preprofesional. Atención salud integral a la persona, la familia y comunidad.

Los dos últimos ciclos corresponden al IR organizado en 5 rotaciones de práctica preprofesional o práctica obligatoria en las cinco especialidades básicas de la medicina, Las rotaciones se realizan en escenarios hospitalarios de consulta externa, emergencias y en Centros de salud de las áreas de influencia del hospital base, al finalizar la rotación se realiza un examen.

Internado rotativo

Características generales del Internado Rotativo: Es la práctica preprofesional en las especialidades básicas: Pediatría, Medicina Interna , Cirugía , Ginecología y Obstetricia y Salud Pública, como consolidación e integración de los conocimientos de la carrera.

Los estudiantes se incorporan a tiempo completo cada 3 o 4 días en turnos de 24 horas en las unidades docentes y además colaboran en docencia con los estudiantes de cursos inferiores que asisten a los servicios de salud. La salud comunitaria 4, contempla la práctica pre profesional en el nivel local del Área de salud, realizando la atención integral a las personas y la administración de programas de atención de salud, epidemiología y educación poblacional y ambiental, en este ciclo se ejecutará el módulo de enseñanza avanzada de atención en situaciones de emergencia y desastres naturales o provocadas por el hombre. Se establecen acuerdos y convenios institucionales con la Facultad, manteniéndose la dependencia administrativa para los servicios de salud y las relaciones académicas para la Facultad de Ciencias Médicas a través de docentes, tutores y profesores de las respectivas áreas integrados a las UDAs (Unidades Académicas y de Servicio). ⁴³

Objetivos del ciclo comunitario: Contribuir a la formación integral del médico general para que su desempeño sea con idoneidad científica, técnica y humana en la atención de la salud, con una visión holista, transformadora y humanística y de esta manera colaborar en el logro del bienestar de la comunidad ecuatoriana. ⁴⁴

Objetivos del ciclo comunitario: Contribuir a la formación integral del médico general para que su desempeño sea con idoneidad científica, técnica y humana en la atención de la salud con una visión holista, transformadora y humanística y de esta manera colaborar en el logro del bienestar de la comunidad ecuatoriana.

Los Objetivos del ciclo Comunitario El interno rotativo al finalizar el ciclo de rotación, deberá garantizar un conocimiento básico de los siguientes aspectos:

Aprender experiencias integrales y creativas para optimizar la calidad de la Atención Primaria de Salud acorde con las necesidades y demandas sociales.

Alcanzar un buen conocimiento de la realidad de la comunidad y de la organización familiar, a fin de lograr una visión global de su ejercicio profesional con un enfoque multiprofesional, interdisciplinario e intersectorial.

Generar un proceso de interaprendizaje entre las Universidades, los Servicios de Salud y Comunidad, para construir un modelo de atención y formación- acción- participación- investigación- que responda a las necesidades de salud de la población. Los objetivos son específicos para cada rotación. ⁷¹

Metodología: Efectuará una rotación de 10 semanas en Centros y Subcentros de salud urbano marginales y rurales que cubren áreas desprotegidas y postergadas de los beneficios sociales. Cumplir las actividades asistenciales bajo la supervisión y responsabilidad del correspondiente tutor del servicio. Participar en actividades académicas programadas por la FCM y por los servicios. Presentar informes al final del ciclo, en asamblea de Área y con el Director de Enseñanza. Presentar trabajo de investigación según Art 37, literal C del reglamento del IR (Art. 37: El ciclo Comunitaria, será evaluado sobre 10 puntos de la siguiente manera:

- a) 5/5 puntos las actividades cumplidas en la unidad operativa.
- b) 2/2 puntos, el cumplimiento y participación en las actividades académicas planificadas por el Área y el Programa del IR.
- c) 3/3 puntos por la presentación del informe final de ciclo y del Proyecto de investigación realizado.
- d) Para aprobar un ciclo el estudiante deberá completar sumativamente 7/10 puntos.

Tabla 1 - Las Autoridades y Profesores del IRM, Carrera de Medicina, Marzo 2009- abril 2010

Hospital Carlos Andrade Marín:	Docentes	Hospital Eugenio Espejo	Docentes
Director de Enseñanza	Dr. Carlos Moscoso	Director de Enseñanza:	Dra. Narcisa Valdiviezo
Pediatría:	Dr. Eduardo Noboa, Dr. Alcy Torres	Coordinador:	Dr. Gilberto Guijarro
Clínica:	Dr. Rubén Tinajero	Coordinador Académico:	Dr. Andrés Moreno
Gineco-Obstetricia	Dr. Carlos Domínguez	Pediatría:	Dr. Carlos Valencia

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

Cirugía	Dr. Miguel Moyón	Clínica:	Dr. Washington Mera, Dr. Fernando Durán
Secretaría:	Sra. Martha Arboleda	Cirugía:	Dr. Gerardo Rubio, Dr. Gilberto Guijarro
		Secretaría:	Sra. Sarah Soto
Hospital Militar		Hospital Pablo Arturo Suárez	
Director de Enseñanza:	Dr. Hernán Hervas	Director de Enseñanza:	Dr. Edgar Rentería
Coordinador	Dr. Joel Torres	Coordinador	Dr. Ramiro Salazar
Pediatría:	Dra. Mahnaz Monzavi	Clínica:	Dr. Ramiro Salazar T.
Clínica:	Dr. Edison Carrillo	Cirugía:	Dr. Fausto Vinuesa
Gineco- Obstetricia:	Dr. Marco Rojas	Neonatología:	Dr. Eduardo Garzón
Cirugía:	Dr. René Vargas	Gineco- Obstetricia:	Dr. René Pontón
		Secretaría:	Sra Pilar Villacís
Hospital Baca Ortiz		Maternidad Isidro Ayora	
Director de Enseñanza:	Dr. Mario Acosta	Director de Enseñanza:	Dr. Walter Moya
Coordinador:	Dr. Enrique Chiriboga	Coordinador:	Dr. Marcelo Dávalos
Pediatra:	Dr. Enrique Chiriboga, Dr. Jorge Sierra	Gineco- Obstetricia:	Dr. Marcelo Dávalos, Dr. Galo García, Dr. Marcelo Narváez
	Dra. Miriam Cabezas	Neonatología:	Dra. Lourdes Estrella

Hospital Enrique Garcés		Hospital de Ibarra	
Director de Enseñanza:	Dr. Gilberto Ruiz	Director de Enseñanza:	Dr. Daniel Orquera
Pediatra:	Dra. Luisa Tejada	Pediatra:	Dr. Byron Silva G.
Cirugía:	Dr. Gilberto Ruiz	Clínica:	Dr. José Albuja
Gineco- Obstetricia:	Dr. Ángel Lara	Cirugía:	Dr. Daniel Orquera
Clínica:	Dr. Freddy Ponce	Gineco- Obstetricia:	Dr. Ramiro Burbano
Comunitario:	Dr. Fernando Durán		
Hospital de Latacunga		Hospital de Ambato	
Coordinador:	Dr. Augusto Durán	Director de Enseñanza:	Dr. Tarquino Pinto
Pediatra:	Dr. Manuel Tipanta	Pediatra:	Dr. Hernán Calvopiña
Clínica:	Dr. Fernando Ulloa	Clínica:	Dr. Jorge Morales
Cirugía:	Dr. Jesús Chicaiza	Cirugía:	Dr. Tarquino Pinto
Gineco- Obstetricia:	Dr. Augusto Durán	Gineco- Obstetricia:	Dr. Daniel Hidalgo
Comunitario:	Dr. Reinaldo Castellano (Subcentro de Salud de Salcedo)	Comunitario:	Dr. Edgar Orquera
Hospital de Riobamba		Hospital Quito Policía Nacional	
Coordinador:	Dr. Ángel Martínez	Director de Enseñanza:	Dr. Ronald Contreras
Pediatra:	Dr. Orlando Echeverría	Coordinador:	Dr. Alex Ortiz

Clínica:	Dr. Guillermo Rodríguez	Cirugía:	Dr. Silvio Arias (Hospitalización), Dr. Patricio Merino
Cirugía:	Dr. Ángel Martínez	Clínica:	Dr. Aléxis Ortiz
Gineco- Obstetricia:	Dr. Germán Baño	Pediatra:	Dr. Leonardo Bravo
Comunitario:	Dr. Luis Villacrés (Centro N°1)	Gineco- Obstetricia:	Dr. Alfredo Proaño
Hospital Voz Andes		Hospital de Santo Domingo	
Coordinador:	Dr. Galo Nuñez	Coordinador:	Dr. Marcelo Herrera
		Pediatra:	Dr. Patricio Pullas
Hospital de Guaranda		Clínica:	Dr. Marcelo Herrera
Coordinador	Dr. Franklin Torres	Cirugía:	Dr. Luis Caizaguano
Pediatra:	Dr. Rómulo Escorza	Gineco- Obstetricia:	Dr. César Segarra L.
Clínica:	Dr. Freddy López	Comunitario:	Dra. Rocío Santander
Cirugía:	Dr. Milton Gancino		
Gineco- Obstetricia:	Dr. Noé Veloz		
Hospital Tulcán		Hospital IESS Ambato	
Coordinador	Dr. Carlos Quezada	Coordinador	Dr. Marcelo Ochoa
Pediatra:	Dr. Luis Chancusig	Pediatra:	Dr. Mario López
Clínica:	Dr. Carlos Quezada	Clínica:	Dr. Wellington Bracero
Cirugía:	Dr. Darwin Yépez	Cirugía:	Dr. Patricio Galarza
Gineco- Obstetricia:	Dr. Luis Chamorro	Gineco- Obstetricia:	Dr. Iván Moya
Comunitario	Dr. Omar Chamorro		
Actividades	Comunitarias		
Coordinador:	Dr. Fernando Durán		
Docente:	Dra. Linda Arturo		

Elaboración: Dra. Georgina Andrade Yépez Jefa del Programa de Internado Rotativo (E) ⁴⁵

Según AFEME 2011. “El Programa de IR concebido como una estrategia de aprendizaje presencial y práctico para las carreras de la salud, ha sido ejecutado por más de 4 décadas en los servicios de salud asistenciales del sistema nacional de salud, inicialmente del MSP y Seguridad Social, para incrementar posteriormente a otras instituciones públicas y privadas. Cuando se inició el IR funcionaban en el país cuatro Facultades de Ciencias Médicas y de la Salud estatales y cuyas sedes estaban en Quito, Guayaquil, Cuenca y Loja. Los hospitales que funcionaban eran de segundo y tercer nivel de atención, donde se realizaban las prácticas docente-asistenciales para estudiantes del último año de medicina y otras carreras que realizan la rotación académica.”⁴⁶

Frente al gran incremento de estudiantes de medicina en el país, y que deben cumplir el Internado Rotativo, AFEME planteó la revisión de las competencias que deben adquirir los estudiantes en esta fase académica y establecer un proceso equitativo de la distribución de plazas en los diferentes servicios de salud públicos y privados y considerando la regionalización administrativa política del estado. La formación del Internado Rotativo pretende desarrollar las competencias que se aplican en el desempeño profesional, según Salas Perea 2003, “*Las competencias en medicina se han definido como rendimiento o producción “output” son conocimientos, habilidades y actitudes caracterizadas en modo de actuación aplicados a la solución de problemas de salud*”.

Entre las competencias que debe desarrollar el estudiante son las de tipo profesional que no se refieren a la acumulación primaria de conocimientos sino a la capacidad de aplicarlos en la resolución de problemas reales es decir el saber hacer. La OPS determina varios niveles de competencias en salud: competencias básicas: Capacidad de expresarse adecuadamente en forma escrita y verbal y el dominio del campo básico de la profesión; Competencias esenciales: Las que contempla el programa de formación, liderazgo, consultoría y cooperación; Competencias específicas o especializadas: Relativas al

campo disciplinario, de formación y experiencia del participante. La metodología utilizada en el IR prioriza el “aprender haciendo”, o denominado “aprendizaje práctico tutoriado” que además estimula el análisis crítico ante la realidad de salud.

En el desarrollo de las competencias del interno rotativo, a más de las competencias generales de todo profesional universitario, se tienen las competencias específicas que son: Establecer el diagnóstico, pronóstico y tratamiento aplicando los principios basados en la mejor información posible y reconociendo los elementos esenciales de la profesión, incluyendo principios éticos y responsabilidades legales. Enfermedades prevalentes- endémicas, emergentes agudas y crónicas. Consultas ambulatorias más frecuentes. Los servicios docentes en los que se desarrolla El Programa de Internado Rotativo pertenecen en su mayoría al Ministerio de Salud Pública y localizados en todo el país, incluyendo hospitales de segundo y tercer nivel. Para satisfacer la demanda de plazas intervienen otras instituciones del Sistema Nacional de salud, como el IESS. Las FFAA; Policía, Junta de Beneficencia de Guayaquil, Servicios Particulares y de las propias universidades.⁴⁷

Situación al 2010: Según el estudio de proyección del Internado Rotativo realizado por AFEME hasta el 2013, se demuestra un incremento de internos de medicina de 3.300 estudiantes, cifra que excede en un 72% a la población de internos del 2010, lo que impulsa a planificar acciones para que todos los estudiantes puedan acceder a las plazas asistenciales en servicios públicos o privados previamente calificados y certificados para la función docente, lo que se debe al proceso de selección y admisión de estudiantes, especialmente en entidades públicas.

Frente a la creciente demanda de estudiantes de medicina en el país, el gobierno ecuatoriano a través de la Secretaría Nacional de Planificación para el desarrollo, SENPLADES plantea una nueva división política y administrativa del Estado de corte transversal que agrupa las provincias de características demográficas, de dotación de servicios, de producción y desarrollo económico, lo que obliga a las universidades como parte del sector a participar en la definición de políticas públicas y en los planes de acción de cada zona, definiendo perfiles profesionales acordes a las necesidades y a la realidad regional y acatar el número de aspirantes de la carrera designados por los organismos estatales de selección pertinentes.

Según el **Reglamento de Régimen Académico** vigente, Art. 8 dice: “Educación Superior de grado o de tercer nivel.-Los profesionales de grado tendrán capacidad para incorporar en su ejercicio profesional los aportes científicos, tecnológicos, metodológicos y los saberes ancestrales y globales.”⁴⁷

Respecto a la carrera de Medicina el Régimen Académico en su Art. 8 tercer literal dice: “Educación Superior de grado o Medicina humana, Odontología y Medicina Veterinaria.- Forman profesionales con enfoque biológico, bioético y humanista, con competencias múltiples para el diagnóstico y tratamiento individual y colectivo, tanto preventivo como curativo y rehabilitador”

CARRERA DE MEDICINA: Es el ámbito de la formación universitaria donde el estudiante adquiere los conocimientos, las habilidades y destrezas para ejercer la práctica médica con calidad y centrada en el paciente. El graduado de la carrera de Medicina es competente, efectivo y eficiente para tomar las mejores decisiones en el diagnóstico, manejo terapéutico, pronóstico y prevención de los principales problemas de salud que afectan a la sociedad ecuatoriana; de acuerdo con su nivel de competencia. Para ello aplicará el conocimiento científico y practicará los valores y la ética.⁴⁸

La enseñanza-aprendizaje de medicina en áreas comunitarias en el marco de la atención primaria de salud y aplicando el modelo MAIS-FCI del Ministerio de Salud Pública del Ecuador

En el 2012 el MSP órgano rector de la salud del país es quien ha definido el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar Comunitario e Intercultural MAIS-FCI Ministerio de Salud Pública del Ecuador, como marco de la atención de salud en el primero, segundo y tercer nivel de atención. La Autoridad Sanitaria Nacional en concordancia con las necesidades del país define el Plan de Formación y Capacitación del Talento Humano en coordinación con las Universidades. Todas las unidades de salud en los diferentes niveles de atención se constituyen en espacios docentes, con la finalidad de fortalecer el primero y segundo nivel de atención. En coordinación con las universidades y el SENECYT, el MSP implementará el posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria y la formación de Técnicos en Atención Primaria de Salud. Se mantienen y se incrementarán también los posgrados en especialidades médicas y técnicas en salud para el II y III nivel.

Por otro lado, cada establecimiento de la red de salud y, en el marco de las políticas nacionales de talento humano, deberá contar con un plan local de desarrollo de competencias y perfil de sus equipos de salud en función a las necesidades operativas, que faciliten la apropiación local de los contenidos y actitudes para aplicar el MAIS/FCI, incluyendo sus especificidades locales. A nivel distrital se implementarán los Centros de Formación para el talento humano y se desarrollarán competencias para el uso de las nuevas tecnologías de la información y comunicación-TICS, lectura científica y el auto-aprendizaje para viabilizar los procesos de educación continua.

La Autoridad Sanitaria Nacional define de acuerdo a las necesidades nacionales y estándares la dotación de talento humano para atención directa del paciente y su distribución en las unidades operativas de primero, segundo y tercer nivel asegurando la disponibilidad oportuna y la elaboración del plan de contratación en el caso de falta de talento humano. Según la normativa del MSP dada por la Coordinación Nacional de Planificación del MSP. El responsable a nivel Zonal es el equipo de planificación, quien coordinará con el responsable zonal del departamento financiero, el coordinador de planificación (de cada provincia) y el subdirector técnico a nivel distrital. Las unidades operativas entregarán los insumos al subdirector técnico para complementar el POA.

Gestión y Desarrollo del Talento Humano La gestión estratégica del talento humano es un aspecto fundamental para el Modelo Integral de Salud, se enmarca en la normativa nacional (LOSEP). El equipo de salud es la columna vertebral del sistema su desarrollo implica procesos transversales y continuos de capacitación y actualización Coordinar con la Dirección de Talento Humano la articulación con las Universidades referente a los cambios curriculares en las áreas de medicina, psicología, enfermería, odontología, obstetricia con el objetivo de formar profesionales con perfil adecuado para Atención Primaria.

Gestionar el financiamiento para el cumplimiento de metas y objetivos de acuerdo a los compromisos de gestión; Organización de la red pública y complementaria y redes distritales, estableciendo los estándares para su funcionamiento y articulación; Definir estrategias de articulación con otros subsistemas sanitarios públicos y privados con el fin de institucionalizar la Atención Primaria para fortalecer sus competencias para la gestión y atención integral. La gestión del talento humano se orienta a fortalecer las capacidades técnicas y de gerencia; la revalorización del recurso humano de salud; retención e implementación de un sistema de estímulos en función de resultados; la implementación de procesos sistemáticos de evaluación de acuerdo a competencias y resultados; y, la formación y capacitación continua.⁵⁰

En el año 2015, el Ministerio de Salud Pública y el Ministerio de Trabajo acordaron expedir la norma técnica para la implementación del internado rotativo; para el efecto, se definió al interno rotativo como el estudiante del área de salud que se encuentra en el último año de la carrera de ciencias de la salud y que participa de actividades asistenciales-docentes, en calidad de estudiante, en los establecimientos de salud de la Red Pública Integral de Salud, asignados según la programación de la Autoridad Sanitaria Nacional y de la institución del sistema de educación superior. Los internos rotativos se articulan al sistema de salud al participar del cuidado integral de las personas en su ciclo vital, familiar y comunitario; apoyando administrativamente en las unidades de salud, participando en la planificación de los servicios de salud, políticas, programas y proyectos dirigidos a grupos específicos y de beneficio comunitario; participando de acciones de educación orientadas a la promoción de la salud y a la prevención de enfermedades, entre otras.

En esa perspectiva, es fundamental mencionar que los internos rotativos forman parte del sistema nacional de salud, de las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores que lo constituyen; si bien es cierto, esta participación es coyuntural a su formación y experiencia académica durante el año que corresponde; incluye la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de salud de las personas en todos los niveles en los que participan los estudiantes. Se debe destacar que los internos rotativos deben asistir de manera continua al establecimiento de salud que se les asigna durante el año, con guardias de 24 horas cada cuarto día y con la entrega de la guardia y la participación en las visitas médicas; por supuesto, la o el estudiante debe tener como mínimo un día completo a la semana, como tiempo obligatorio de descanso; en consecuencia, su labor además de preparar su futuro profesional, lo hace partícipe de los fines del sistema. Estas son las razones que justifican de manera plena el reconocimiento económico que corresponde a los internos rotativos; estipendio cuyo cálculo en el año 2015 correspondió al 60% de la remuneración mensual unificada vigente de los profesionales rurales para cada una de las profesiones de la salud [...] ⁵¹

Desarrollo del currículo con la implementación del Centro Coordinador de Actividades Comunitarias, su funcionamiento y relación con el eje de vinculación con la sociedad

La Universidad Central y su FCM para coordinar las actividades comunitarias como eje integrador de la reforma de 1998-1999 continúa con los estudiantes del internado rotativo inmersos en la actividad comunitaria y los estudiantes de cursos anteriores al IR o del Externado obligatorio, y de acuerdo con el plan curricular, crea el Centro Coordinador de Actividades Comunitarias, el mismo que aglutina y coordina las actividades desde el primer semestre en los años 2000-2002 con los Servicios de salud de la red del MSP y la Facultad de Ciencias Médicas.

El Centro Coordinador liderado por el Dr. Enrique Chiriboga y por primera vez abierta una plaza de docente de Salud Comunitaria en la UCE, ganadora de concurso la Dra. Lilián Calderón representante por la Carrera de Medicina, organizan las actividades secuencialmente e incorporan la representación y asignación horaria de las Carreras de Enfermería la Lcda. Clemencia Gía B. responsable de séptimo semestre, de Obstetricia con dedicación horaria a Medicina la Dra. Inés Ortega responsable de tercer semestre, por Obstetricia la Obstetriz Cecilia Tapia responsable de octavo semestre y Lcdo. Carlos Peñafiel de Tecnología Médica, encargados de la Coordinación con las Jefaturas de Área o Jefes de cátedra, para realizar proyectos de investigación y de desarrollo comunitario por semestre, desde el tercer al décimo semestre.

A partir del 2002 el Centro Coordinador de Actividades Comunitarias fue liderado por la Dra. Rosa Romero de Aguinaga, conformado por los delegados de las Carreras y el coordinador del Internado Rotativo Dr. Fernando Durán, Este Centro continuó con lo iniciado por el Proyecto UNI como parte de la institucionalización del Ideario UNI.

Los proyectos desarrollados desde el tercer semestre el diagnóstico comunitario, cuarto semestre el derecho a la salud y uso adecuado de los medicamentos genéricos, quinto semestre funcionalidad familiar e inserción del enfermo crónico en la familia, sexto semestre derechos sexuales y derechos reproductivos en adolescentes, séptimo semestre perfil epidemiológico, octavo semestre derechos sexuales y derechos reproductivos de la mujer en edad fértil, noveno semestre crecimiento y desarrollo del niño, décimo semestre desastres – planes de contingencia, décimo primero ciclo de salud comunitaria del internado rotativo.

El Centro Coordinador de Salud Comunitaria acogía a docentes con dedicación horaria como: Dr. Juan Martín Moreira en cuarto semestre, Dra. Yolanda Pabón en sexto semestre, Dr. Víctor Hugo Sandoval con octavo semestre y Dra. Norma Miranda en décimo semestre En décimo semestre funcionó hasta el 2014, cuando los nuevos marcos legales y el rediseño curricular dio paso a los requerimientos de la vinculación con la sociedad como una de las funciones de la universidad.

El Centro coordinador desarrolló proyectos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad con la comunidad y con la universidad como el Proyecto “*Campus Facultad de Ciencias Médicas*” desarrollado desde 2000 al 2004 con campañas de “quiero mi aire puro” y declaración de espacios libres de humo y Arborización masiva de espacios internos y externos de la Facultad; “Un libro por un papel” para fomento de hábitos saludables en conservación de espacios saludables; “Manejo Adecuado de desechos” con aplicación de las tres R: Reducir, Reciclar y Reutilizar. En tanto en la comunidad: El diagnóstico comunitario, proyectos de promoción en problemas priorizados como (agua segura, ambientes saludables, manejo de desechos), manejo adecuado de la receta, manejo adecuado de medicamentos genéricos, manejo de medicamentos para enfermedades prevalentes del primer nivel, promoción de familias saludables y familias con inserción de enfermos crónicos, proyectos de mejoramiento de autoestima en adolescentes, conocimiento de derechos sexuales y reproductivos, proyectos de maternidad saludable, lactancia materna, alimentación saludable, uso de anticonceptivos, menopausia y andropausia, etc.

La Universidad Ecuatoriana históricamente desde la segunda mitad del siglo XX ha emprendido en acciones de extensión universitaria donde los estudiantes organizados en los distintos gremios, son los impulsores de grandes transformaciones en la comunidad que son una retribución de conciencia social, de convicción y sensibilidad con los sectores populares de las ciudades en expansión especialmente en Guayaquil, Quito y Cuenca, en las décadas del 60 y 70, con participación de la comunidad universitaria es decir, estudiantes junto a docentes y empleados universitarios. En algunas universidades del

país y en ciertas facultades universitarias como Filosofía, Medicina, Arquitectura, Psicología, los procesos educativos y sociales han sido muy exitosos.

Por la importancia del trabajo comunitario en la formación de los profesionales, la Universidad estructura el Sistema de Vinculación con la Sociedad, cuya esencia es establecer la pertinencia entre las necesidades de la población y los perfiles profesionales de las carreras. Es la instancia administrativa y técnica que direcciona las políticas de vinculación con la sociedad, siendo la responsable del monitoreo y evaluación de este nexo.

La Universidad institucionaliza la función de extensión universitaria, como producto de la Reforma Académica que se realizó en la década de los 80 y 90, sin embargo tiene la característica de voluntariado. Posteriormente a finales del siglo XX e inicios del XXI, como producto de su evolución cualitativa e histórica se conforman las bases del desarrollo de la Docencia, Investigación y Vinculación con la Sociedad, consiguiendo la formación integral de profesionales comprometidos con el desarrollo social.⁷⁶ Finalmente la vinculación con la sociedad se incorpora como normativa legal en el año 2010 en la Ley Orgánica de Educación Superior, en el Reglamento de Régimen Académico en el 2013 y las normativas internas, que reconocen a la vinculación con la sociedad como requisito obligatorio para la graduación de los profesionales.

Más allá de la legalidad, el trabajo de vinculación, se convierte en un compromiso de los representantes universitarios con los sectores sociales más necesitados en una interrelación participativa de saberes y realidades, que fortalece la presencia institucional en el contexto local, nacional e internacional. La vinculación con la Sociedad se ha convertido muchas veces en reformas curriculares y organizativas en la universidad. La Vinculación con la Sociedad implica el trabajo conjunto con otras instancias académicas como investigación en la vinculación, siendo las Facultades, Escuelas y Carreras las encargadas de potencializar estas actividades. Dada su complejidad e impacto dentro y fuera de la UCE, se concibe la vinculación como un sistema en el cual cada elemento debe funcionar correctamente en sí mismo, y debe ser ligado a los otros elementos del sistema.

El Sistema de Vinculación de una IES es particular a cada institución y por lo tanto tiene normativa a la que se rige, se sistematiza, y regula planifica, ejecuta y evalúa las acciones para la mejora continua. La organización del Sistema de Vinculación está regido desde las más altas autoridades institucionales, H Consejo Universitario, Rectores, Vicerrectores, que facilitan y norman las acciones de la Vinculación, existen instancias de coordinación con la sociedad que planifican, organizan, dirigen, evalúan y controlan la gestión institucional, debido a que se asigna un presupuesto para el desarrollo, determinando y justificando los gastos, emitir políticas de innovación y apoyo a la gestión de vinculación y propender al trabajo multi, interdisciplinario, sujetos a las normas institucionales y con entrega de resultados.

Entre las instancias institucionales que participan en el Sistema de Vinculación están: la Dirección de Planeación Universitaria, la Dirección Académica, que incorpora los aspectos curriculares y académicos en el desarrollo de los proyectos de vinculación. Introduce los modelos académicos y modificaciones en los planes de estudios, métodos de enseñanza-aprendizaje, materiales y acreditación académicos necesarios para apoyar la vinculación. La Dirección Administrativa al facilitar el financiamiento; Dirección de Informática, dando seguimiento al Sistema de Información y facilitar los medios electrónicos, redes, tecnología virtual, redes, etc. Módulos de capacitación, Dirección de Comunicación y Cultura. Estimular y apoyar la elaboración y difusión de publicaciones sobre el SIV, así como los resultados de proyectos e investigaciones que cuenten con elementos de vinculación.

La vinculación con la sociedad, es la participación de docentes, estudiantes de las carreras en actividades programadas en el marco de proyectos o programas de vinculación con la sociedad. El Comité Técnico de Vinculación con la Sociedad, estará conformado por: Director/a General de Vinculación; Coordinador/a de Prácticas pre Profesionales; Coordinador/a de Trabajos Comunitarios; Coordinador/a de Educación Continua; Coordinador de Servicios, Asesorías, Movilidad y Eventos. Entre las funciones fundamentales: Analizar estudios respecto de las necesidades del Plan Nacional de Desarrollo y de los distintos sectores sociales, a fin contribuir a la solución de los problemas. Formular planes y macro proyectos de vinculación en la que se integren varias facultades y carreras con el respectivo cuerpo docente y estudiantes, a fin de incidir integralmente en la comunidad.⁷⁶

Viabilizar los convenios realizados por la UCE, para la realización de programas y proyectos específicos para la colaboración con los sectores productivos y organizaciones sociales para la realización de prácticas y pasantías; Elaborar los planes

estratégicos y operativos de la Vinculación; Dar seguimiento y evaluar las acciones necesarias para asegurar la buena operación del Sistema de Vinculación; Las demás que le asignen las normas legales, reglamentarias y estatutarias, o el Consejo Universitario. Entre las funciones financieras el Sistema de Vinculación con la sociedad elabora la proforma presupuestaria y todos los mecanismos de control y cumplimiento de los compromisos.

La vinculación desde el punto de vista sistémico “es el conjunto de planes, normas, políticas, reglamentos, recursos, actividades administrativas, así como acciones y proyectos de enlace, mediante los cuales la UCE llevará a cabo, de manera sistematizada y coordinada, pero no burocratizada, sus relaciones con los sectores social, público y productivo. Los recursos son los insumos del sistema, las actividades administrativo-operativas transforman los insumos en resultados; es decir, acciones y proyectos de vinculación cumplidos a tiempo, conforme a su plan, presupuesto y criterios de calidad, que inciden en la solución de los distintos problemas de la sociedad, para cumplir con las metas del Plan Nacional del Buen Vivir”.

“Para la UCE, la vinculación es un elemento intrínseco de los sistemas universitarios de docencia, investigación y vinculación, que fortalece la formación profesional, puesto que va mucho más allá que el extensionismo tradicional. Implica también que se desarrolle la vinculación bajo una visión y concepto integral y estratégico, contando con objetivos de corto, mediano y largo plazo.”⁵³

Bibliografía

- 1.- Andrade Y. Georgina, (2011). UPV. Dialnet. [Evaluación de la formación pedagógica de los docentes de la facultad de ciencias médicas de la universidad central del ecuador, impacto en la atención primaria de salud – Dialnet \(unirioja.es\)](#) Quito Ecuador. Código 133855
- 2.- OPS. (2005:10). Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Documento Oficial OPS/OMS. Borrador para discusión. Julio 2005. Washington DC.
- 3.- Organización Mundial de la salud. Evans.D., y Elovainio. R., y Humphreys. G. & Col. (2010:4) La Financiación de los Sistemas de Salud: El camino hacia la cobertura universal. Resumen. Informe sobre la salud del mundo.
- 4.- Organización Panamericana de la Salud. (2010:1) Capítulo II, 1010. Informe Anual del Director OPS a sus Estados Miembros. Promoción de la salud el bienestar y la seguridad humana. Disponible en: <http://www.paho.org/>
- 5.- Nervi, L. (2008:2). Alma Ata y la Renovación de la Atención Primaria de la Salud. Disponible en: PDF. **Alma Ata y la Renovación de la Atención Primaria** de la Salud Citado por: Jaspers, D. CEPAL. Centro de Estadísticas de Población para América Latina y el Caribe. (2010: 18) Población y salud en América Latina y el Caribe: retos pendientes y nuevos desafíos. Naciones Unidas. LC/L3216(CEP.2010/3. Mayo. Santiago. Chile.
- 6.- Macinko, J. y Montenegro, H. OPS/OMS. (2007: 12). La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). ISBN 92 75 32699 1. Washington, D.C: OPS, 2007.
- 7.- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (2000:1) Disponible en: <http://www.undp.org/spanish/mdg> ; <http://www.undp.org/spanish/mdg/basics.shtml>
- 8.- IBID. 6
- 9.- Jaspers, D. Población y salud en América Latina y el Caribe: retos pendientes y nuevos desafíos (2010:10) Comité Especial del Centro de Estadísticas de Población para América Latina (CEPAL). Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE).

10. Organización Mundial de la Salud. (2008:8). La Atención Primaria de Salud, más necesaria que nunca. Informe sobre la salud en el mundo. Disponible en: www.who.int/whr/2008/08_overview_es.pdf
11. “Desarrollo Histórico Del Sistema Sanitario De Ecuador” (2015: P. 23) Tomado de: Dra. Silvia María Castillo Morocho (Doctoranda) Director Prof. D. Pedro Marset Campos <http://www.msp.gob.ec/index.php/historia-del-ministerio-de-sauid-publica.htmlHistoriadel>
12. Constitución Política de la República del Ecuador. Título II Derechos; Título VII Régimen del buen vivir, sección segunda Salud. Ecuador: Constitución política de la República del Ecuador; 2008. [[Links](#)] Tomado de : Caroline Chang Campos [Anales de la Facultad de Medicina](#) *versión impresa* ISSN 1025-5583 An. Fac. med. Vol.78 no.4 Lima oct./dic. 2017.
13. Christopher D, et al. Investigaciones para una cobertura sanitaria universal. Informe sobre la salud en el mundo 2013. Ginebra: Organización mundial de la salud; 2013. P. 6-10 [[Links](#)] Tomado de Caroline Chang Campos [Anales de la Facultad de Medicina](#) *versión impresa* ISSN 1025-5583 An. Fac. med. Vol.78 no.4 Lima oct./dic. 2017.
14. Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud. 2012. Pag 115 **MAIS-FCI** E-mail: modelo.atencion@msp.gob.ec
15. **Evolución del sistema de salud de Ecuador. Buenas prácticas y desafíos en su construcción en la última década 2005-2014** Caroline Chang Campos [Anales de la Facultad de Medicina](#) *versión impresa* ISSN 1025-5583 An. Fac. med. Vol.78 no.4 Lima oct./dic. 2017 <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v78i4.14270> <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v78i4.14270> ; carolinejchangc@gmail.com **Recibido:** 25 de julio 2016. **Aceptado:** 11 de enero 2017. anales.medicina@unmsm.edu.pe
16. Malo-Serrano M, Malo-Corral N. Reforma de Salud en Ecuador: nunca más el derecho a la salud como un privilegio. Rev Perú Med Exp Salud Publica. 2014;31(4):754-61 [[Links](#)] Tomado de Caroline Chang Campos [Anales de la Facultad de Medicina](#) *versión impresa* ISSN 1025-5583 An. Fac. med. Vol.78 no.4 Lima oct./dic. 2017.
17. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, OPS/OMS. (2009:4) Estrategia de Cooperación de País, de la Organización Panamericana de la Salud/OMS en Ecuador, Periodo 2010.2014.WDC Septiembre 2009.
18. Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Medicina (FEPAFEM). (1990:35,36). Educación Médica en las Américas. El Reto de los Años 90. Informe Final del Proyecto EMA. Apoyo Fundación Kellogg. Venezuela. Caracas.
19. Diario Hoy Quito, Ecuador. Explored. Testigo de Cargo.(1992:1). Disponible en (TESTIGO DE CARGO)- Explored | Archivo digital de noticias del Andinismo social. Quito-Ecuador. Publicado 17 Diciembre 1992. Hora GMT: // - 19:00 Fuente: DIARIO HOY Ciudad N/D Autor: Juan Cueva Jaramillo Copyright ©1994-2011 By Diseño Web Quito-Teland Web.
20. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, OPS/OMS. (2009:4) Estrategia de Cooperación de País, de la Organización Panamericana de la Salud/OMS en Ecuador, Periodo 2010.2014.WDC Septiembre 2009.
21. Almeida, M. Feuerwerker, L. Llanos C, M. La Educación de los Profesionales de la Salud en Latinoamérica. Teoría y práctica de un movimiento de cambio Tomo 2 Las Voces de los Protagonistas. ISBN 85-271-0510-1 (Tomo 2). 1999. Sao Paulo. Brasil.

22. Reformulación de la Propuesta para la II fase del Proyecto UNI-Quito UCE FCM Quito Ecuador. 1998 P.5
23. 58. Almeida, M. Feuerwerker, L. Llanos C, M. La Educación de los Profesionales de la Salud en Latinoamérica. Teoría y práctica de un movimiento de cambio Tomo 2 Las Voces de los Protagonistas. ISBN 85-271-0510-1 (Tomo 2). 1999. Sao Paulo. Brasil.
24. Reformulación de la Propuesta para la II fase del Proyecto UNI-Quito UCE FCM Quito Ecuador. 1998 P.2-6
25. Reformulación de la Propuesta para la II fase del Proyecto UNI-Quito UCE FCM Quito Ecuador. 1998 P.2-6
26. IBID 25
27. IBID 23
28. IBID 25
29. Boletín Proyecto UNI- N°6 AÑO 3 Quito-Ecuador.1997 Universidad Central del Ecuador Facultad de Ciencias Médicas.
30. IBID. 29
31. IBID. 29
32. IBID 29
33. Cháves M., Kisil M., (1999: 8, 9, 10). Tomo I. La Educación de los Profesionales de la Salud en Latinoamérica: Teoría y práctica de un movimiento de cambio. Orígenes, concepción y desarrollo.
34. IBIB. 25
35. Tancredi, F. (1999: xvi.). La Educación de los Profesionales de la Salud en Latinoamérica: Teoría y práctica de un movimiento de cambio. Una Mirada Analítica. Tomo 1. Brasil. Londrina.
36. Venturelli, J. (1999: 145, 146, 147, 148, 149, 150. Tomo 1). La Educación de los Profesionales de la Salud en Latinoamérica: Teoría y práctica de un movimiento de cambio. Los Aspectos Educativos en la Reforma de la Educación en las Profesiones de la Salud. Brasil. Londrina. P: xix
37. IBID. 23
38. IBID. 1
39. La Comunidad y los Servicios de Salud. La Educación de los Profesionales de la Salud en Latinoamérica. Teoría y práctica de un movimiento de cambio. Tomo 2. Las voces de los protagonistas. Zambrano, C., Andrade, G., Cañas, M. 1999. P 335-340.
40. IBID 39
41. Salinas, J. y Col. (2007: 136-144). Vida Chile 1998-2006: resultados y desafío de la política de promoción de salud en Chile. Rev Panam Salud Pública/ Pan Am J Public Health. 21 (2/3). Chile.
42. Diseño Curricular del Nuevo Plan de Estudios de la Escuela de Medicina. Universidad Central del Ecuador. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Medicina, Quito Ecuador. 1998. (Proyecto preparado por la Comisión Permanente de Reforma Curricular de la Escuela de Medicina, en el marco del Plan de Reforma Integral de la Universidad Central del Ecuador. Quito, 1998. Edición y apoyo informático Instituto Superior de Investigaciones (ISI)/ Centro de Biomedicina (CBM).) Valencia Carlos (Subdecano, Presidente del Consejo de Coordinación Académica).

43. IBID. 42
44. Reglamentos y Agenda Informativa del Programa de Internado Rotativo Quito- Ecuador Abril 2009-2010 Andrade Georgina Jefa del IR (E) UCE. FCM. Área de Integración Docente Asistencial. P4.
45. IBID. 45
46. Internado Rotativo en Ciencias de la Salud en el Ecuador. Situación actual y perspectivas. AFEME (Asociación de Facultades Ecuatorianas de Ciencias Médicas y de la Salud. Quito Ecuador. 2011. P9-10.
47. CES, Reglamento de Régimen Académico, 21 11 2013.
48. IBIB. 47
49. Ministerio de Salud Pública del Ecuador Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública Dirección Nacional de Articulación del Sistema Nacional de Salud y Red de Salud Pública y Complementaria Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud 2012. Modelo de Atención Integral de Salud Familiar Comunitario e Intercultural MAIS-FCI Ministerio de Salud Pública del Ecuador.
50. IBID 49
51. <https://medium.com/retazos-de-dignidad/internos-rotativos-sistema-de-salud-y-derechos-humanos-c714e82707a5> Reflexiones semanales sobre DH. Patricio Benalcázar Alarcón Sep 08/2019 Internos Rotativos, sistema de salud y derechos humanos.
52. IBID. 47
53. Universidad Central del Ecuador Coordinación de Vinculación con la Sociedad. Sistema de Vinculación 2017. <http://iquce.edu.ec/images/Normativas/LINEAMIENTOS-DE-APROBACION-DE-PROYECTOS-DE-VINCULACION-CON-LA-SOCIEDAD.pdf>

CAPÍTULO III: DESARROLLO DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD, EXPERIENCIAS EN AMÉRICA

Capítulo III A: Atención Primaria de Salud en la Provincia de Quebec, Canadá

Narcisa de Jesus Torres Paredes Dra. Msc.

<https://orcid.org/0000-0001-8260-0904>

Antecedentes

La Atención Primaria de Salud se llama en Quebec SERVICIOS DE PRIMERA LÍNEA **SPL**. Su descripción más actual será tomada de varios documentos entre ellos el documento “Los servicios generales ofrecidos por los Centros de Salud y Servicios Sociales” publicado en 2004 por el *Ministerio de Salud y Servicios Sociales* MSSS. (1)

Los SPL en Quebec son ofrecidos por los **Centros Locales de Salud Comunitaria CLSC y por las clínicas privadas**. La estructura CLSC nació en 1970, durante la llamada “Revolución Tranquila”, etapa de grandes transformaciones sociales y que dio nacimiento al sistema de salud universal financiado 100% por el gobierno. La implantación de los CLSC se terminó en 1980.

Al mismo tiempo aparecían los policlínicos médicos que funcionaban en espacios físicos separados de la estructura física pública y que daban servicios básicamente médicos, pagables por el gobierno con la presentación por parte del paciente de su carta de seguro de salud.

Las evaluaciones de los *servicios de salud y sociales* para las siguientes dos décadas, concluyeron que existe una sobreutilización de los servicios especializados de segundo y tercer nivel y una subutilización de servicios de primera línea. Se recomendó mantener la premisa que los servicios de primera línea son la base principal del Sistema de Salud y Servicios Sociales SSSS y que deben ser ofertados a través de una RED de servicios que incluyan los CLSC y los consultorios médicos privados. El *Plan 2001-2004* del MSSS lo confirma.

Durante el 2003, el MSSS definió mejor los servicios de primera línea generales y específicos y acordó con los socios privados y públicos de la red de salud, los servicios a ofrecer por los CLSC. En 2003, la adopción de Ley 25 por parte de la Asamblea Nacional confirma la importancia de asegurar a la población de Quebec una gama amplia de servicios de primera línea y precisa que una nueva instancia local llamada **Centro de Salud y Servicios Sociales CSSS** será la responsable de brindarlos. Los CSSS surgen de la fusión de un Centro local de servicios comunitarios (CLSC), de un Albergue de Cuidados de larga duración para personas en pérdida de autonomía (CHSLD) y de un Centro Hospitalario de cuidados generales (CHSG).

Los 94 CSSS en Quebec, se establecieron desde 2004 hasta 2014. Durante ese tiempo también nuevas modalidades de organización de servicios a nivel privado llamados “Grupos de Medicina de Familia GMF” empezaron a funcionar reemplazando parcialmente a los consultorios privados de médicos que trabajaban “en solo”. Los GMF reciben también financiamiento público para financiar gastos administrativos, y pueden recibir otros profesionales de la salud asalariados desde el MSSS. Los médicos de GMF son pagados por acto.

El tercer gran cambio fue la conformación de Redes Locales de Salud RLS, tarea a cargo de los CSSS, con la finalidad de coordinar los servicios con otros actores comunitarios tales como p. ej. las farmacias privadas, Centros Juveniles, Escuelas, Centros de Día para ancianos, Centro de Servicios a personas sin vivienda, Organismos de ayuda para la alimentación, Centros para adicciones, Centros de ayuda a nuevos emigrantes, Organizaciones de voluntariado, etc.

Una nueva reforma en el 2015 llevo a una fusión de CSSS para reducir un nivel de gobernanza y pasar de 94 a 13 organizaciones llamadas **Centros Integrados de Salud y servicios sociales CISSS** y a 9 **Centros Integrados Universitarios de Salud y servicios sociales CIUSSS**. Estos **CISSS** y **CIUSSS** incluyen además los hospitales universitarios de tercer nivel y los hospitales de rehabilitación física de una región geográfica como nuevos actores de las Redes Locales de Salud. Los CIUSSS son responsables de la distribución de recursos financieros, humanos e insumos para la zona de cobertura, responsabilidad antes perteneciente a las Agencias de Salud y Servicios Sociales, que desaparecen. Otra responsabilidad es la formación de sus recursos humanos, ya sea formación continua para graduados o pasantías para personal en pregrado.

La nueva política detrás de esta fusión incluye estrategias para incentivar la participación de los médicos de familia en Cuidados Integrales orientados a la comunidad. Estas estrategias promueven “la colaboración interprofesional e interorganizacional, la coordinación e interdependencia para entregar un paquete de servicios a poblaciones específicas en un territorio dado” (2)

Las fusiones a lo largo de la existencia del MSSS influyen fuertemente en la coordinación, el acceso y los tiempos de espera para obtener servicios de primera línea, de segundo o tercer nivel. Los resultados han sido positivos y negativos sobre los tiempos de espera y las consecuencias en la salud de los pacientes. Se analizará los impactos al final de la descripción.

Objetivos de servicios de primera línea

Prevenir, Resolver o reducir la mayoría de los problemas sociales o de salud de la población en general y de clientelas vulnerables.

Las clientelas vulnerables son grupos poblacionales con uno o más factores de riesgo que podrían llevarlos a un problema de salud o psico-social. Estos factores son un bajo nivel escolar, un bajo ingreso, desempleo, edad, condiciones de vida, aislamiento social, problemas de salud mental, violencia familiar o de género, etc.

Los ancianos son el grupo más grande de población vulnerable. Quebec es la región del mundo en población anciana, después de Japón y Corea. Se estima que en Julio 2020 18% de la población canadiense (incluido Quebec.) tiene 65 y más (3). En Canadá el 6.1% de los mayores de 75 años viven en residencias privadas para ancianos. Pero en Quebec el 18.4% de los mayores de 75 años viven en residencias para ancianos. Las personas con graves limitaciones para su autonomía y que no pueden contar con suficientes horas de servicios en casa, son llevados generalmente a los hospitales llamados Centro de Hospedaje y Servicios de Larga Duración CHSLD

El MSSS en su plan estratégico 2015-2020 estima que 11% de la población -es decir alrededor de **900.000** personas de Quebec tiene una incapacidad moderada a grave. Por ello, la política “En mi casa la mejor opción” existe desde 2002. Implica ayuda a domicilio para mantener a los ancianos viviendo en sus propios hogares. Por esta razón el programa “Servicios a personas en pérdida de autonomía” está bastante desarrollado. Se prevé un aumento de servicios para 1500 personas más en el quinquenio 2015-2020. (4)

Funcionamiento de servicios de primera línea

Se apoyan en:

- Un grupo de diversos profesionales de la salud incluyendo médicos, enfermeras (licenciadas, auxiliares) trabajadores sociales, nutricionistas, fisioterapeutas, ergo-terapeutas, psicólogos, etc. con competencias profesionales diversas.
- Un enfoque interdisciplinario.

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

- Un enfoque que considere el conjunto de necesidades de la persona.
- Localizados en las instalaciones de los CLSC o a través de las visitas a domicilio o a cualquier lugar de la comunidad donde habite la persona incapaz de desplazarse.
- *Los insumos utilizados en las intervenciones clínicas en cualquiera de los componentes de servicios son financiados por el MSSS.*
- *La provisión de medicamentos según prescripción- médica o de una enfermera autorizada a recetar o por un profesional farmacéutico- es dada por las farmacias cercanas a la residencia de la persona y escogidas por ella. Su precio es cubierto totalmente por el seguro de salud o completado por seguros privados según la situación financiera de la persona.*

Componentes: Los SPL con un conjunto de servicios preventivos, curativos, de readaptación, paliativos o cuidados de fin de vida y de apoyo para la vida. Los servicios son:

- de tipo clínico, usando técnicas comunes de intervenciones, **no especializadas**.
- de salud pública o
- de ayuda a la vida cotidiana.

Se clasifican en servicios generales y específicos.

1. **Los servicios generales** son actividades clínicas y de ayuda que responden al conjunto de necesidades para resolver una situación temporal de naturaleza aguda y reversible.
 - Se dirigen **a toda la población** incluyendo a personas con situaciones particulares.
 - Contribuyen a tratar a la persona o a estabilizarse o a reducir las consecuencias de una enfermedad.
 - Si necesario, se asigna una «persona recurso» que cumple acciones de prevención y de sostén a las personas que tratan.
2. **Los servicios específicos:** son intervenciones clínicas o de promoción o de prevención para clientes vulnerables.

Los servicios generales en CLSC

1. INFOSANTE: Ayuda telefónica que tiene por objeto dar respuestas puntuales, confidenciales, rápidas, pertinentes y si necesario referencias urgentes o semi- urgentes a los servicios en persona. Incluye:
 - Ayuda clínica con la evaluación psicosocial o clínica según protocolos telefónicos.
 - Educación para la salud.
 - Servicios de salud pública para prevención de problemas surgidos por contaminación ambiental, accidentes.
2. CUIDADOS CLÍNICOS EN CLSC. Son brindados por las enfermeras clínicas en la mayoría de los casos. Existen en algunos de CLSC otros profesionales como el trabajador social, psicólogo. El médico forma parte del equipo y evalúa al paciente referido por una enfermera (RN) cuando esta lo considera necesario.

Las actividades:

- Evaluación integral de pacientes, tratamiento en el CLSC si es posible.
- Intervenciones en salud sexual y reproductiva que pueden ser hechas por enfermeras clínicas entrenadas y autorizadas para hacer test de embarazo, prescribir anticoncepción oral regular o de urgencia, seguimiento pre y post interrupción involuntaria del embarazo, despistaje de enfermedades de transmisión sexual.
- Toma de muestras de sangre o de otra índole para envío posterior a laboratorios.
- Administración de tratamientos y medicamentos inyectables según prescripción médica.
- Referencia urgente para el médico u otros socios de la Red de Servicios si es necesario.

3. PROMOCIÓN DE LA SALUD Y EDUCACIÓN EN SALUD

- Promoción de la Vacunación y administración de vacunas para los niños y adultos según el protocolo nacional; vacunas extraordinarias con prescripción médica.

Evaluación del estatus de vacunación según las necesidades de la persona: p. ej. Para entrar a formaciones que exigen vacunación al día, nuevos emigrantes niños y/o adultos, adultos mayores necesitando vacunación preventiva contra influenza o neumococos o herpes zoster. Vacunaciones para viajes no son cubiertas por el MSSS.

- Consejería preventiva o específica para un problema de salud, adaptada al paciente.
- Evaluación y consejería sobre el desarrollo físico, intelectual y afectivo de los niños a partir de la segunda semana de nacimiento.
- Despistaje y evaluación de la violencia intrafamiliar, contra los niños o de género.
- Promoción y educación en salud orientada a los problemas de salud más frecuentes en Quebec: despistaje del cáncer de seno, tabaquismo, obesidad, hipertensión, diabetes, síndrome metabólico, malnutrición, salud mental.
- Referencias a otros profesionales y niveles de atención dentro de la Red de salud.

SISTEMA DE REFERENCIAS DESDE CLSC: Se dan hacia los hospitales, hacia los GMF, a otros servicios del CLSC, o hacia servicios médicos especializados hospitalarios. La presencia de “un profesional recurso” a cargo del paciente en el nivel de primera línea y también de otro profesional recurso al nivel receptor facilita la acogida y el tratamiento oportuno del paciente. Los CLSC reciben referencias de otros servicios de primer, segundo o tercer nivel para tratamiento o seguimiento por otros profesionales no médicos.

Los servicios específicos para clientelas vulnerables

Estos servicios son brindados casi exclusivamente desde los CLSC. Incluyen:

Salud escolar: Las enfermeras de salud escolar visitan de manera rotativa las escuelas primarias y los colegios secundarios para ofrecer diversos servicios, según los acuerdos firmados entre el Min. De Educación, recreación y deportes y el MSSS.

Los acuerdos renovados con los CSSS en el 2013 especifican los servicios prioritarios a *desplegar con las escuelas en prioridad, los lugares fácilmente accesibles y los horarios que faciliten encontrar a los estudiantes. Funcionan organizando “clínicas de salud” al interior de las escuelas. Se ofrecen servicios tales como: inmunización, servicios dentales preventivos, control de enfermedades infecciosas y de transmisión sexual y por la sangre, los contraceptivos, el seguimiento de la salud de los escolares tanto en primaria como en secundaria.* (5)

La vacunación incluye los refuerzos para Difteria, Tétanos, Tosferina, Meningitis, Papiloma virus humano a nivel de escuelas primarias y/o secundarias.

Cuidados a domicilio para personas en pérdida de autonomía

Son gestionados por una División del CLSC conformado por enfermeras clínicas y auxiliares de enfermería, por fisioterapeutas, ergo-terapeuta y trabajadores de apoyo, además de un equipo administrativo de apoyo administrativo clínico y gerencial. Tiene una unidad llamada **Recepción Centralizada** que recibe las **referencias** desde diferentes sitios de la Red de Salud y que evalúa la urgencia de implementar servicios a domicilio inmediatamente a la recepción de la demanda o en los días subsiguientes. Las demandas vienen desde el nivel comunitario o desde el nivel hospitalario.

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

Las visitas a domicilio son hechas en su casi totalidad por los profesionales no médicos. En caso necesario, algunos médicos trabajando en CLSC o en GMF hacen visitas a *los hogares*, casi exclusivamente cuando se trata de personas ancianas no autónomas.

Servicios brindados a domicilio:

- Evaluaciones de la autonomía funcional, de los riesgos físicos, psicológicos, ambientales y sociales. Estas evaluaciones las realiza y coordina la enfermera clínica, con apoyo de fisioterapeutas, ergo terapeutas o trabajadores sociales si es necesario. Una vez completa permite la planificación de varios servicios.
- La “reconciliación de medicamentos” sirve para evitar errores posibles por excesivas y múltiples prescripciones; si es necesario, se sugiere al médico tratante cambios en las Rx.
- Actividades preventivas y educativas para evitar accidentes, úlceras e infecciones.
- Intervenciones para detectar e intervenir en caso de negligencia, abuso o violencia hacia personas vulnerables.
- Tratamientos antibióticos o quimioterapia Intravenosa a domicilio, curaciones de heridas o de catéteres IV o port-a -cat, instalación, mantenimiento y cambio de sondas urinarias.
- Cuidados paliativos a domicilio para pacientes con problemas avanzados e irreversibles.
- Toma de muestras de sangre y otras a domicilio
- Administración de medicamentos orales, tópicos, curaciones.
- Enseñanza al paciente y/o a la familia sobre el manejo de síntomas y problemas de salud.
- Los servicios de asistencia a la vida cotidiana incluyen ayuda para la higiene personal, vestirse, alimentarse y otros de higiene de la casa, servir los alimentos, lavar la vajilla. Esos últimos servicios son brindados a veces por personal de **Agencias** de empleo especializadas en el personal para este tipo de servicio, pagados por el MSSS. Otras veces los organismos de la comunidad se encargan de preparar y distribuir alimentos calientes a personas incapaces de cocinar o de aportar empleados que limpian la casa y lavan la ropa una vez por semana, gastos cubiertos con subsidios del MSSS.
- Evaluaciones y tratamientos de ergoterapia y fisioterapia a domicilio.
- Evaluaciones e intervenciones psicosociales a domicilio por parte de trabajadores sociales.

La mayoría de los beneficiarios de servicios a domicilio son personas ancianas. Sin embargo, personas de 18 años y más pueden recibir ese servicio si su condición lo amerita.

Los servicios pueden darse también en las *residencias privadas* para personas ancianas no autónomas o en los *Recursos Intermediarios* -casas o departamentos adaptados y supervisados- para personas con problemas crónicos de salud mental.

Cuidados a domicilio para atención materna infantil post parto

Son gestionados por otra División del CLSC conformado por enfermeras clínicas que reciben referencias de los servicios hospitalarios de partos. Consisten en visitas domiciliarias a 48 horas de llegada de la madre y él bebe a su domicilio. Buscar detectar oportunamente problemas como p.ej. mala succión, hiperbilirrubinemia o desajustes en el cuidado y lactancia especialmente en madres primerizas.

Si es necesario, se hace referencia urgente a los programas de ayuda alimentaria para la madre y él bebe, o para la familia entera si es necesario, al hospital o al médico de CLSC o GMF o al hospital de referencia de segundo nivel, en caso de carencias económicas severas.

Todas las madres reciben a la salida del hospital una guía detallada en francés o inglés para el cuidado de su bebe hasta los 2 años.

Transporte adaptado: es un servicio al que acceden las personas no autónomas para desplazarse. Después de la evaluación de ergo terapeutas, el/la profesional del CLSC emite la certificación de la necesidad de este servicio. Es ofrecido por la Sociedad de transporte de Montreal STM, con subsidio del MSSS.

Servicios de primera línea en grupos de medicina de familia GMF

Los grupos de medicina de familia son agrupaciones de médicos organizados para tomar a cargo una cantidad de pacientes por cada uno y facilitar el acceso a una consulta médica rutinaria o de urgencia. Estas clínicas funcionan diversamente según el número de médicos presentes, el número de otros profesionales que en las clínicas de medicina de familia trabajan y los recursos que dispongan.

La gama de servicios clínicos es similar a los del CLSC, incluyendo la referencia hacia servicios de segundo o tercer nivel y hacia otros actores de la red de Salud para pacientes de toda edad. Sin embargo, *la diferencia de oferta es grande entre los GMF* pues depende de la iniciativa de los propietarios y equipo que deciden lo que desean ofrecer. Para el resto de los servicios que no brindan, hacen las referencias a los CLSC.

Los servicios más comunes son la consulta médica. La delegación de actividades clínicas más complejas depende del nivel de colaboración y de confianza que los médicos tengan en los otros profesionales de la salud.

Aquí algunos ejemplos de actividades en GMF brindados por **enfermeras clínicas**:

- Inmunizaciones con insumos del MSSS, pequeñas curaciones, lavados de oído, ECG, algunas pruebas rápidas y/o la preparación de pacientes antes de la consulta.
- Evaluación integral previo a la inclusión de un paciente como parte del grupo aceptado por un médico de familia para su seguimiento permanente.
- Evaluación de llamadas de urgencia, clasificar la urgencia y decidir si dar o no cita urgente o regular o enviar directamente el paciente al segundo nivel de atención. En caso de sospecha de trombosis venosa profunda, sangrado de primer trimestre o accidente isquémico transitorio, luego de consultar con Md, la referencia al segundo nivel es con un protocolo especial para evitar la larga espera en la emergencia.
- El seguimiento telefónico o presencial de la evolución clínica de pacientes a la consulta y actividades educativas en caso de enfermedades crónicas como DB, HTA, hiperlipidemia.
- Mantener líneas de comunicación telefónica permanente con los pacientes para aclaraciones con respecto a referencias hechas al segundo o tercer nivel de servicios del MSSS, o con respecto a resultados de laboratorio, diagnóstico, prescripciones, etc.

Los GMF más grandes incluyen también nutricionistas, psicólogos o trabajadores sociales a quienes delegan el seguimiento de problemas de su campo profesional.

Otros GMF ofrecen servicio de PAP test por parte de médicas, mientras algunos GMF delegan a enfermeras certificadas para hacerlos

Algunos GMF llamados “super clínicas” ofrecen servicios de rayos X, laboratorio clínico o tratamiento de fracturas, lo cual ayuda a descongestionar los servicios de urgencia hospitalario

Sistema de referencia desde los GMF

Los GMF refieren a los servicios de laboratorio clínicos en CLSC o en hospital, hacia servicios médicos especializados, hacia servicios de exámenes complementarios de imagenología o hacia los servicios ambulatorios y a domicilio ofrecidos por el CLSC según las necesidades del paciente.

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

Breve análisis de la estrategia APS y de los sistemas de referencia

El sistema de salud de Quebec y Canadá toma bastante en cuenta las 5 características que la carta de Alma Ata recomienda a los sistemas de salud. Siendo un sistema de Salud Universal y accesible en sus componentes a toda la población tiene dificultades aún en cuanto a:

- 1) Los tiempos de espera que tienen los pacientes para algunos servicios de primera línea y más aún para servicios de segundo o tercer nivel.
- 2) La calidad de los servicios está medida a través de algunos indicadores de resultados y del costo. Si comparamos con otros países europeos que tienen un nivel de desarrollo económico y social parecido, en este año Canadá tiene el puesto 23. (6)

La sociedad canadiense y de Quebec es una sociedad que se organiza mucho en asociaciones de la sociedad civil para el apoyo y la vigilancia de los programas gubernamentales o privados. Existen propuestas muy específicas basadas en revisiones de resultados y en estudios financieros, pero hace falta aún que los gobiernos acojan favorablemente y las incluyan.

Los servicios a domicilio están lejos aún de cubrir toda la población que los necesita para evitar que se degraden y tengan que pasar a vivir a un CHSLD. Como consecuencia hay una gran cantidad de personas viviendo en estos Centros donde hay insuficiencia de recursos humanos.

Durante la pandemia de COVID-19 se ha dado una alta mortalidad en adultos mayores tanto en residencias privadas para ancianos como en CHSLD, mientras la mortalidad fue mucho menor para quienes viven en sus hogares. Los reclamos de la población se han multiplicado exigiendo aumentar recursos para servicios a domicilio.

Los servicios de salud mental tienen enormes listas de espera mientras esporádicamente hay tragedias como consecuencia de crisis de salud mental.

Con el desarrollo de los registros de salud informatizados paulatinamente en los últimos 10 años, se facilita el acceso a información de pacientes y la referencia de pacientes se facilita en todas las direcciones. Están informatizados, por ejemplo:

- La historia clínica electrónica dentro de los GMF y a veces entre GMF's.
- Los resultados de laboratorio, imágenes y reportes radiográficos, las prescripciones de medicamentos en todas las farmacias son accesibles para los profesionales y también para el paciente que pide un acceso electrónico a su "historia electrónica".
- Los registros de vacunación a nivel de toda la provincia, para evitar duplicaciones y omisiones.
- Las historias clínicas de pacientes hospitalizados, cuyas copias pueden obtenerse a demanda del paciente para llevarlo al nivel de atención primaria donde se requiera.
- Referencias electrónicas para servicios clínicos especializados.

Todo esto ha facilitado el teletrabajo desde antes y después de la pandemia de COVID-19. Sin embargo, aún existen problemas cuando el paciente "cae entre las fisuras del sistema" y su referencia no llega a las buenas manos en tiempo oportuno. A nivel de GMF no existe "un profesional recurso" a cargo de un paciente; en ese caso es el rol del médico de familia de delegar al equipo de enfermeras de GMF el seguimiento a nivel secundario o terciario de atención para asegurar que su paciente complete los exámenes y tratamientos necesarios (7).

Bibliografía

1. Dirección General de Servicios de Comunicación. Sept 2004; "Los Servicios Generales Ofrecidos por el MSSS". Bibliothèque Nationale du Québec, 2004 ISBN 2-550-43261-4

2. Paul Wankah, Maxime Guillette, Sophie Dumas, Yves Couturier, Dominique Gagnon, Louise Belzile, Yahya Mosbah & Mylaine Breton. « Reorganising health and social care in Québec: a journey towards integrating care through mergers ». London Journal of Primary Care March 2018 ISSN:1757-1472 (Print)1757-1480 Online)Journal homepage: <https://www.tandfonline.com/loi/tlpc20>
3. Statistics Canada Data tables 2016 : <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/dt-td/Rp-eng.cfm?TABID=2&LANG=E&APATH=3&DETAIL=0&DIM=0&FL=A&FREE=0&GC=0&GK=0&GRP=1&PID=113404&PRID=10&PTYPE=109445&S=0&SHOWALL=0&SUB=0&Temporal=2016&THEME=117&VID=0&VNAMEE=&VNAMEF=>
≡
4. Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, Plan Stratégique du MSSS 2015-2020; ISBN : 978-2-550-79515-5 (version PDF) www.msss.gouv.qc.ca section Documentation, rubrique Publications
5. Escuelas Saludables. Guía para escuelas y organizaciones socias. Min de Educación ISBN 2-550-44617-8 (versión electrónica). 2005
6. <https://www.fcpp.org/files/1/ECHCI2010%20Final.pdf> Euro Canada Health Consumer Index 2010.
7. Sitio web del Ministerio de Salud y Servicios Sociales. «Accès aux services médicaux de première ligne » <https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/statistiques-donnees-services-sante-services-sociaux/acces-premiere-ligne/>

Capítulo III B: México: vivencia del internado rotativo en la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud (EMCS) del Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey (ITESM)

Bryan F. Vaca-Cartagena¹, Heidi Cartagena Ulloa².

¹ Centro de Cáncer de Mama, Hospital Zambrano Hellion TecSalud, Tecnológico de Monterrey, San Pedro Garza García, México. Correspondencia: bryanvaca96@hotmail.com

² Medicina Familiar, Hospital Vozandes Quito, Ecuador. Docente Facultad de Medicina Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE).

Bryan Francisco Vaca Cartagena

<https://orcid.org/0000-0003-3970-3259>

Heidi Elizabeth Cartagena Ulloa

<https://orcid.org/0000-0001-6558-1692>

Introducción

Desde hace más de un siglo la formación de los profesionales médicos se organiza según el modelo flexneriano, de esta realidad no escapa la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud (EMCS) del Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey (ITESM) - México, en cuyo currículo hay tres ejes: ciencias básicas, médicas-básicas y clínicas, coincidiendo con los tres ciclos del modelo.¹

Desde la década del 90 se ha visto afianzado el nuevo modelo en la formación médica en respuesta a la necesidad de adquirir nuevas habilidades para la práctica frente al desarrollo acelerado de las ciencias biomédicas, implementándose de esta manera la estrategia de estudio denominada aprendizaje basado en problemas.² La facultad de medicina del ITESM lo aplica desde el primer año en el estudio de las ciencias básicas, así como en los niveles superiores.

Durante los primeros 4 años de formación médica los estudiantes de medicina reciben clases teóricas y ponen en práctica su aprendizaje al acudir a centros de atención primaria, también conocidos como centros de salud comunitarios en Monterrey-México. Existen materias del plan de estudio de las carreras del área de la salud donde los estudiantes de medicina, junto con sus pares de odontología, nutrición y psicología clínica acuden para brindar la atención necesaria a la comunidad. El enfoque de estas intervenciones es hacia la prevención y detección temprana de enfermedades, así como a la educación en salud, constituye una experiencia enriquecedora para los estudiantes y los integrantes de la comunidad al tener contacto con la sociedad recibiendo una atención con calidez guiada con Docentes especialistas que laboran en este nivel de atención. El trabajo en equipo multidisciplinario tanto en la formación como en las prácticas permite un aprendizaje colaborativo contribuyendo a desarrollar una política de transformación académica integral en el área de salud, el contacto de los estudiantes en etapas tan tempranas de su recorrido académico es valioso, concientiza la realidad de salud del país, sirviendo de estímulo para profundizar los conocimientos en su preparación para trabajar en el diagnóstico y manejo precoz

de las enfermedades epidémicas no transmisibles, con énfasis en la prevención y referir oportunamente al paciente al segundo o tercer nivel de atención médica de acuerdo al caso. En el plan de estudios del ITESM, una vez que se ha completado una excelente preparación académica de las materias básicas y preclínicas en los 8 niveles, los estudiantes en su andamiaje del aprendizaje pasan al internado rotativo que a continuación vamos a describir.

El internado rotativo se realiza durante los 2 últimos años de la carrera de medicina y tiene una duración de 8 trimestres, cuyas prácticas incluyen guardias hospitalarias en hospitales públicos que mantienen convenios interinstitucionales con la facultad de medicina, así como centros sanitarios propios del ITESM como el Hospital Zambrano Hellion y Hospital San José. Las prácticas se realizan bajo la supervisión de un médico tutor – profesor de la respectiva especialidad.

Un gran porcentaje de las pasantías hospitalarias se las realiza en el segundo y tercer nivel en servicios de especialidad, de acuerdo con el plan de estudios tanto a nivel local como en otros estados del país y a nivel internacional.

Como se puede observar, en el internado del ITESM hay una visión cósmica curricular, que contribuye a cerrar la brecha mencionada por Alkan³ entre el médico de los países industrializados y el médico de un país subdesarrollado, concibiendo de esta manera al médico que puede funcionar en entornos culturales distintos al suyo.

También existe la enseñanza en simuladores pedagógicos, donde el docente crea condiciones y situaciones de educación a fin de que los estudiantes, a través de aprendizaje colaborativo, puedan recopilar información, convalidar sus hipótesis y formular alternativas de solución para los diversos casos planteados. En este modelo los estudiantes y docentes analizan de manera crítica el proceso que han vivido al enfrentar la problemática, dando cuenta del desarrollo de las interacciones y permitiendo extraer conclusiones para un aprendizaje a largo plazo.

Escoger las plazas de práctica depende de la preferencia de los estudiantes, récord académico y dominio del idioma del país donde van a rotar.

Objetivo

Describir los elementos constituidos en la enseñanza y práctica del internado rotativo en la EMCS del ITESM.

Métodos

Este es un estudio descriptivo sobre el internado en la EMCS del ITESM, Campus Monterrey en México. La búsqueda de la información fue recopilada de los documentos públicos de la institución, así como del testimonio de uno de sus estudiantes.

Desarrollo

Historia de la EMCS

El ITESM es una universidad privada que ha destacado desde su fundación en Monterrey, México en el año 1943. La misión de esta institución es formar personas íntegras, éticas, con una visión humanística y competitivas internacionalmente en su campo profesional que, al mismo tiempo, sean ciudadanos comprometidos con el desarrollo económico, político, social y cultural de su comunidad y con el uso sostenible de los recursos naturales.⁴ Esta institución es la universidad privada #1 en México y según el QS World University Rankings 2021 ocupa el #155 a nivel mundial.⁵

En el año 1978, el Tecnológico de Monterrey funda la Escuela de Medicina Ignacio Santos, gracias a la donación del Hospital San José al ITESM por parte del emprendedor Ignacio A. Santos, con la visión de que los médicos graduados de esta institución sean capaces de alcanzar una formación de posgrado en los Estados Unidos de América y que sean capaces de atender las necesidades de la sociedad mexicana de manera excelente. Debido a la expansión de la Escuela de Medicina a otros campus de la República Mexicana y a la incorporación de más carreras del área de la salud, como Nutrición y Bienestar Integral, Odontología, Psicología Clínica y de la Salud, Ingeniería Biomédica, se decide cambiar el nombre a Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud (EMCS).⁶

Internado del ITESM

Desde 1990, el interés en la educación de salud global se ha incrementado notoriamente, observándose un marcado aumento en su enseñanza desde pregrado, como respuesta a la demanda y migración de los estudiantes, así como por la globalización.⁷

El programa de internado del ITESM comprende ocho trimestres académico-prácticos en los cuáles el interno sigue estudios teóricos y prácticos diariamente, mediante la rotación en hospitales públicos y privados. En el primer año del internado los estudiantes deben cursar en su campus sede y está conformado por las siguientes áreas médicas:

- Medicina Interna, Cardiología y Enfermedades metabólicas
- Cirugía general, Oftalmología y Otorrinolaringología
- Pediatría, Infectología y Dermatología
- Ginecología y Obstetricia, Urología y Oncología quirúrgica.

En el segundo año del internado, los estudiantes pueden elegir rotar en hospitales nacionales e internacionales que mantienen convenio con el ITESM.

Es interesante advertir que, en las rotaciones del sexto año, hay un currículo integral de bloques observándose un andamiaje intelectual como el bloque “TRE” (Traumatología, Radiología, Emergencias) con sus respectivas políticas, escenarios de práctica y docentes responsables. Otro corresponde al bloque GNP (Geriatría, Neurología y Neurocirugía, Psiquiatría).

Cada rotación tiene un coordinador y diversos médicos docentes que enseñan a los estudiantes el arte de su especialidad. Se ha designado un día a la semana para que los internos tomen clases de los temas con mayor relevancia de cada especialidad. A este día se le denomina el día académico de la rotación.

Las rotaciones están divididas en dos componentes primordiales de la enseñanza médica: El Core también conocido como el curso teórico y la Clínica o curso práctico. Las clases y exámenes son los principales determinantes del Core de la rotación. Mientras que la rotación por los hospitales y atención a los pacientes, son el centro de la Clínica.

Cada rotación es un verdadero reto, debido al alto nivel académico y arduo trabajo que tienen que cumplir los internos. La exposición a los pacientes inicia desde el primer día de cada rotación, el estudiante está asignado a un tutor, que es el guía en su aprendizaje durante el tiempo de la rotación. Los internos tienen que acudir al hospital asignado a realizar el pase de visita, notas de evolución, cumplir objetivos prácticos propios de cada rotación y posteriormente tendrán que ir con su tutor y ver junto con él a los pacientes que le hayan asignado. Por otra parte, si el estudiante está de guardia, deberá terminar sus actividades de la mañana e incorporarse a la guardia en el hospital en el que esté asignado. Durante la guardia deberán realizar historias clínicas, pasar visita a los pacientes, realizar notas de evolución y prepararse para presentar a los pacientes al día siguiente durante la entrega de guardia.

De acuerdo con el Dr. José Antonio Díaz Elizondo⁸, director del Departamento de Ciencias Clínicas de la EMCS, el internado es la etapa más fascinante de la carrera, porque involucra el contacto diario con el ejercicio profesional, de lo que será en un futuro próximo la razón de llegar a ser médicos. También menciona que es importante buscar el bienestar, el respeto al paciente en cualquier situación y momento clínico que se presente.

Guardias

En México, el esquema de guardias es asignado según las letras del abecedario, es decir, si una persona tiene guardia ABC, significa que tiene guardia cada tercer día; mientras que, si tiene guardias ABCD, tendrá guardia cada cuarto día. El esquema de guardias varía según cada servicio. En Medicina Interna y Ginecología-Obstetricia, se maneja el esquema ABCD, en tanto que en Cirugía y Pediatría el esquema ABC.

Al inicio de cada rotación los estudiantes son asignados a los hospitales donde deberán rotar. Usualmente, son asignados a 3 hospitales y rotan cada mes. El ITESM Campus Monterrey tiene dos hospitales privados propios: Hospital San José y Hospital Zambrano Hellion. Por otra parte, los hospitales públicos con los que se tiene convenio son: Hospital Metropolitano Bernardo Sepúlveda Gutiérrez, Hospital Regional de Alta Especialidad Materno Infantil, Clínica Hospital Sección 50, Centro de Salud San Gilberto, entre otros.

El interno es el pilar fundamental para llevar a cabo múltiples procedimientos tanto en los hospitales públicos y privados. Su trabajo es esencial, sobretodo, en los hospitales públicos donde una gran cantidad de pacientes esperan ser atendidos y debido a la falta de personal, los estudiantes se vuelven los primeros ayudantes en las cirugías y cesáreas, son los encargados de llevar el control de las pacientes embarazadas al igual que la atención durante el parto, también tienen una gran exposición a las enfermedades crónicas, como la diabetes e hipertensión, que afectan a 10.4% y 18.4% de la población mexicana, respectivamente.⁹ Debido a la gravedad de las enfermedades de los pacientes que acuden a buscar atención en los hospitales públicos, los internos se ven expuestos a conocer y poner en práctica las maniobras básicas de resucitación y el manejo ante un cuadro de paro cardiorrespiratorio (RCP).

Esta exposición no sólo se presenta en los hospitales públicos, sino también en los privados. Y el grupo de edad al que prestarán su ayuda, dependerá de la rotación por la que estén cursando.

Intercambios nacionales

El intercambio de experiencias académicas para los alumnos es uno de los principales objetivos de la EMCS del ITESM.

En el segundo año del internado, los estudiantes pueden elegir realizar sus rotaciones en ciudades diferentes a su sede. Entre las rotaciones nacionales destacan hospitales de gran prestigio a nivel nacional como son:

- Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán
- Instituto Nacional de Cancerología (INCan)
- Centro Médico ABC.
- Hospital Ángeles Chihuahua.
- Instituto Dermatológico de Jalisco Dr. José Barba Rubio.
- Hospital San Javier
- Hospital Puerta de Hierro
- Instituto Nacional de Rehabilitación
- Hospital Médica Sur
- Hospital General de México

La posibilidad de elegir rotar en alguna de estas instituciones depende del promedio que el estudiante obtenga hasta finalizar el cuarto año de la carrera y del puntaje obtenido en el examen International Foundations of Medicine (IFOM) Basic que es un examen designado para evaluar el conocimiento de las ciencias básicas de la medicina. Es un test muy parecido al STEP 1, que es un requisito para entrar a la residencia en Estados Unidos. Estos dos puntajes determinarán la posición del estudiante y de esta manera competirán con todos los estudiantes de medicina del ITESM (campus Monterrey, Guadalajara y Ciudad de México).

Dependiendo del tipo de plaza a la que el alumno aspira; existen diferentes requisitos que deberán ser cubiertos para poder ser candidatos. Las rotaciones en los campos clínicos de las diferentes sedes están establecidas en el Campus Monterrey, Campus Chihuahua (Región Norte), Campus Guadalajara (Región Occidente) y Campus Ciudad de México (Región Centro).

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

La rotación en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán es un campo clínico altamente demandado por todos los estudiantes. Es uno de los mejores hospitales de México, se caracteriza por ser uno de los centros de referencia para brindar atención médica especializada de alto nivel. Los internos más destacados de todas las sedes del ITESM, compiten para ser candidatos a una plaza en este hospital, para ser candidato es importante cumplir con:

- Promedio mayor a 85/100 antes del ingreso al internado
- Tener menos de 2 materias reprobadas antes del ingreso al internado.

Todo este proceso curricular constituye una gran oportunidad para el crecimiento académico y personal del estudiante, puesto que brinda la posibilidad a muchos de salir de casa y tener la experiencia de vivir sólo.

Intercambios internacionales

El objetivo de la experiencia en el extranjero se fundamenta en la visión que adquiere el estudiante de medicina al vivir distintas maneras de ejercer la práctica médica.

Las variaciones de la aplicación de la medicina alrededor del mundo dependen de principios geográficos, culturales y de hábitos regionales en la práctica de la profesión.

Los hospitales y clínicas con las que el Tecnológico de Monterrey tiene convenios para realizar rotaciones en el extranjero son los siguientes⁸:

Estados Unidos:

- Clínicas My Doctor
- Universidad de California en San Diego
- Baylor Scott & White Health
- Universidad de Illinois

España

- Universidad Autónoma de Madrid
- Servicios de Salud Navarra, Tudela
- Clínica de Oftalmología Eurocanarias
- Universidad Pompeu Fabra

Francia

- Universidad de Lille

Suecia

- Universidad de Linköping

Argentina

- Instituto Universitario CEMIC

Brasil

- Pontificia Universidad Católica de Río Grande del Sur

Chile

- Pontificia Universidad Católica de Chile
- Instituto de Oftalmología Dr. David Bitran

Colombia

- Universidad Autónoma de Bucaramanga
- Fundación Universitaria Sanitas
- Universidad de Antioquia

La mayoría de las rotaciones en el extranjero tienen el mismo costo de la colegiatura que paga el estudiante en su campus sede. Los internos tienen que cubrir los costos de vivienda y manutención, también deberán presentar un examen que pruebe el dominio del idioma del país al que quieren acudir.

La experiencia internacional que brinda el ITESM es única y permite el crecimiento integral de sus estudiantes. Esta universidad se enfoca en que todos sus estudiantes puedan aplicar a una rotación en el extranjero y es por eso que cada año busca ampliar sus convenios con universidades del exterior.

El recorrido realizado durante la carrera de medicina tiene enorme importancia, particularmente a través de programas electivos enfocados en la salud global y competencias que permitan el desenvolvimiento a nivel internacional, como el dominio de otra lengua.

Normas de conducta, ética y profesionalismo

Durante el internado, los estudiantes tienen que cumplir con normas, políticas y reglamentos del Departamento de Ciencias Clínicas de la EMCS, así como los que rigen el funcionamiento de cada uno de los hospitales por los cuales se realizan las diferentes rotaciones.

Antes del inicio de cada rotación se les indica cuáles son los reglamentos y las repercusiones frente al incumplimiento de alguna de las normas. Los valores éticos que fundamentan la educación de los internos son los siguientes:

- Principio de primacía del bienestar del paciente.
- Principio de autonomía del paciente.
- Principio de justicia social.

Las faltas de integridad académica definidas en el Reglamento Académico Profesional son las siguientes:

- Plagio
- Colusión
- Copia en exámenes
- Compra - Venta (exámenes, tarea, proyectos, etc.)
- Suplantación de identidad
- Soborno

De lo descrito, se puede observar que se cumple una serie de experiencias escolares y entrenamiento dirigido a completar y perfeccionar habilidades que los estudiantes cultivan a lo largo de la carrera. También se puede evidenciar que la formación del internado rotativo es una experiencia fascinante con múltiples aprendizajes.

Relato de la experiencia del internado en la EMCS

El internado de medicina del ITESM, brinda un camino de desarrollo integral para los estudiantes en sus últimos años de carrera. El reto de tener una gran cantidad de pacientes que buscan atención en los servicios médicos públicos y privados, obliga a que el estudiante aprenda los manejos de las enfermedades, así como a reforzar el conocimiento de la fisiopatología de estas.

Una gran ventaja que tiene este internado es ser multicéntrico, es decir que el estudiante tiene la oportunidad de rotar por diversos hospitales durante las pasantías. Esto es de suma importancia, debido a que puede adquirir los conocimientos sobre las ventajas y desventajas de los sistemas públicos y privados y de todo este cúmulo de experiencias sacar lo mejor para su formación como médico. Además, brinda la ocasión de conocer el entorno social de muchos pacientes y de esta manera contribuir a crear un cambio positivo en favor de los pacientes.

Otra de las ventajas que tiene el internado en la EMCS, es que el estudiante forma parte del grupo médico que brinda atención a los pacientes, prioritariamente, su enseñanza viene dada por los residentes, aunada a la enseñanza de los médicos tratantes. Esto permite que el interno esté acompañado durante su proceso de crecimiento pedagógico. Adicionalmente, el día académico es el momento donde se aprende mucho conocimiento teórico que será aplicado posteriormente en las prácticas.

La gran exposición a pacientes que tienen los estudiantes durante estos años trae amplios beneficios. Adicionalmente, hace que haya gran cercanía con los pacientes y familiares, de esta manera, son ellos los encargados de transmitir las dudas del paciente y su familia hacia el resto del equipo médico. Esto es un privilegio del cual gozan los estudiantes, ya que muchas veces lo único que necesita un paciente es ser escuchado. Lamentablemente, no todos los pacientes tienen un desenlace favorable y muchos de ellos fallecen, afectando a todo el equipo médico y sobretodo a los internos, quienes han estado en contacto cercano con el paciente. Pero también esto ayuda a concientizar lo preciado e invaluable de gozar de salud y el privilegio que significa ser interno para poder acompañar a un paciente en su momento de mayor vulnerabilidad.

La posibilidad de ser primer ayudante en múltiples procedimientos como cesáreas, cirugías, colocación de catéteres centrales, intubación endotraqueal, masaje cardíaco, etc., hace que el conocimiento teórico sea aplicado diariamente, brindando de esta manera, un crecimiento integral para el estudiante.

Uno de los retos que tienen que saber enfrentar es la gran cantidad de trabajo al que se ven expuestos, ya que los turnos son extenuantes y el estudiante puede estar en el hospital hasta 36 horas seguidas, sumando las horas de la guardia y las de actividades del día siguiente.

Otro de los grandes retos al que los internos se enfrentan, es rendir exámenes luego de tener turnos que han sido muy demandantes, donde el estudiante se encuentra exhausto. De esta manera, se tiene que encontrar un balance para poder pasar satisfactoriamente las materias.

La oportunidad de rotar en diversos hospitales a nivel nacional e internacional hace que el panorama médico se expanda de manera muy importante, permitiendo valorar el nivel de enseñanza-aprendizaje que es prominente en la facultad de medicina EMCS, así como para desenvolverse en el extranjero y seguir siendo estudiantes de excelencia. Además, estas rotaciones permiten al estudiante tener una visión integral de la práctica médica en otros países y tomar una decisión responsable al momento de elegir su posgrado.

Conclusiones

El internado es el peldaño final de un camino lleno de experiencias y aprendizajes que deja la carrera de medicina. En este camino los internos de la EMCS son acompañados por médicos tratantes y residentes que ayudan a su formación académica y personal.

La oportunidad de realizar rotaciones fuera de casa, tanto a nivel nacional como internacional, hace que los estudiantes de medicina del ITESM se enfrenten a nuevos retos y adquieran las herramientas necesarias para crecer integralmente y forjar

un pensamiento crítico, lo cual contribuirá para escoger correctamente la especialidad a la que quieran dedicarse en el futuro.

El interno debe ser capaz de encontrar un balance entre las actividades académicas y el ejercicio de su práctica médica, sin olvidar que goza del privilegio de ayudar a las personas en su punto de mayor vulnerabilidad.

Conflictos de interés

Los autores del presente artículo declaramos no presentar ningún conflicto de interés.

Bibliografía

1. Pinzón CE. Los grandes paradigmas de la educación médica en Latinoamérica. Acta Med Colomb [Internet]. 2008 Mar;33(1):33-41. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-24482008000100007&lng=en.
2. Guevara G. APRENDIZAJE BASADO EN PROBLEMAS COMO TÉCNICA DIDÁCTICA PARA LA ENSEÑANZA DEL TEMA DE LA RECURSIVIDAD. InterSedes [Internet]. 2010;XI(20):142-67. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=66619992009>
3. Alkan ML. The global medical school, 2020. Med Teach [Internet]. 2000;22(5):527-30. DOI: [10.1080/01421590050110821](https://doi.org/10.1080/01421590050110821)
4. Tecnológico de Monterrey. Formación que transforma vidas [Internet]. TecMx. Recuperado de: <https://tec.mx/es/nosotros/formacion-que-transforma-vidas>
5. QS World University Rankings. QS Top Universities 2021 [Internet]. Recuperado de: <https://www.topuniversities.com/university-rankings/world-university-rankings/2021>
6. Tecnológico de Monterrey. Historia [Internet]. Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud TecSalud. Recuperado de: <https://escuelademedicina.tec.mx/nosotros/historia.aspx>
7. Rowson M, Smith A, Hughes R, Johnson O, Maini A, Martin S, Martineau F, Miranda JJ, Pollit V, Wake R, Willott C, Yudkin JS. The evolution of global health teaching in undergraduate medical curricula. Global Health [Internet]. 2012 Nov 13;8:35. doi: 10.1186/1744-8603-8-35.
8. Tecnológico de Monterrey. EMCS Ciencias Clínicas [Internet]. TecSalud. Recuperado de: <https://www.tecsalud.mx/emcs/ciencias-clinicas>
9. INEGI. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018 [Internet]. 2018. Recuperado de: https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_presentacion_resultados.pdf

CAPÍTULO IV: EXPERIENCIAS DEL DESARROLLO DEL PRIMER NIVEL DE LA RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD - MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA ZONA 9

Capítulo IV A: Relación docente asistencial de la Universidad Central en el Centro Histórico.

Betancourt G¹, Bonilla G¹, García K¹, Maldonado A¹, Masabanda J¹, Núñez H¹, Rueda D¹, Ureña K¹, Aranha L², Calderón L³.

¹ Internado Rotativo de Medicina, Salud Comunitaria, Universidad Central del Ecuador.

² Coordinadora de Docencia del Centro de Salud Centro Histórico.

³ Profesor Titular del Ciclo Comunitario de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador.

Nancy Gabriela Betancourt Castillo

<https://orcid.org/0000-0001-6332-2654>

Josseline Guadalupe Bonilla Morales

<https://orcid.org/0000-0003-0015-9081>

Karen Andrea Maldonado Cajamarca

<https://orcid.org/0000-0003-4434-4000>

Jasmin Esperanza Masabanda Alvarez

<https://orcid.org/0000-0002-6029-937X>

Hector Patricio Nuñez Almendariz

<https://orcid.org/0000-0002-0739-7560>

Josselyn Daniela Rueda Calvopiña

<https://orcid.org/0000-0001-7817-018X>

Kelly Brigitte Ureña Sarango

<https://orcid.org/0000-0003-3994-2428>

Luisa Romelia Aranha Reyes

<https://orcid.org/0000-0002-6459-8676>

Lilian Rebeca Calderón Layedra

<https://orcid.org/0000-0003-4788-2621>

Introducción

El Centro de Salud “Centro Histórico” fue conocido inicialmente como el “Camarote de Santa Martha”, o la “Casa Chica”. Siendo refugio de doncellas, cárcel de mujeres y posteriormente Centro de Consulta Externa del Hospital de la Caridad bajo el cargo de las religiosas Betlemitas. (1)

Durante la presidencia de García Moreno sus instalaciones y servicios fueron reconstruidos para forjar una verdadera Escuela Científica de Medicina al servicio de la ciudadanía

El primero de enero de 1943 se podría considerar la fundación de lo que sería el Centro de Salud Centro Histórico, gracias a la ayuda del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública entidad que lo construyó y equipo, por lo que se constituye en una Unidad anterior a la creación del MSP. (1)

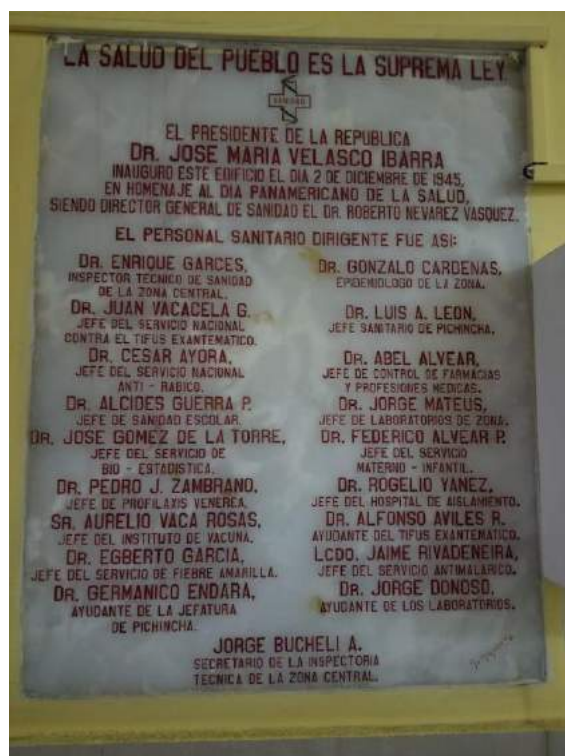
En la presidencia de José María Velasco Ibarra el 2 de diciembre de 1945 se inaugura con el nombre de Sanidad, en homenaje al día Panamericano de la Salud y abre sus puertas al público el 22 de abril de 1946. (2)

En el año 1996 el proyecto Fortalecimiento y Ampliación de los Servicios Básicos de Salud (FASBASE) remodela el Servicio de Emergencia y crea la Maternidad De Corta Estancia, misma que inició su funcionamiento el 3 de marzo de 1998. (2)

En el año 2001, se realizó la reconstrucción total del edificio, con el apoyo del Municipio de Quito y la Unión Europea a través del proyecto “Desarrollo del Centro Histórico de Quito”, y en abril del 2002 se inauguró el edificio que hoy conocemos como Centro de Salud “Centro Histórico”. (3)

El Centro de Salud “Centro Histórico”, se encuentra en la Parroquia Centro Histórico en la calle Rocafuerte 1545 y Venezuela en el Centro de la ciudad de Quito. Su edificio forma parte de las 130 edificaciones monumentales, y de los cinco mil inmuebles registrados en el inventario municipal de bienes patrimoniales. Por otra parte, se encuentra dentro de una región considerada zona roja, por la prostitución y la delincuencia reportada en el lugar.

Fig. 1 - Placa conmemorativa de la inauguración del *Edificio Sanidad* en el año 1945.



Fuente: Centro de Salud “Centro Histórico”

Elaboración: Los Internos rotativos

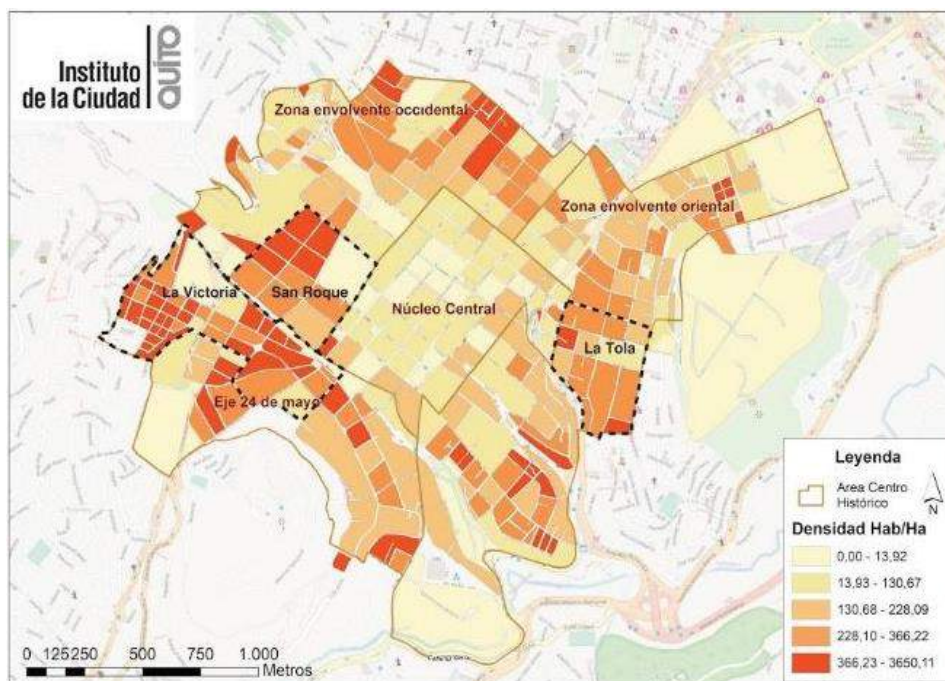
PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

Los límites geográficos están formados de la siguiente manera: al **Norte**: Esmeraldas y Manabí. Al **Sur**: 24 de Mayo. Marañón, Benigno Vela, 5 de Junio, Ambato, Bahía de Caráquez. Al **Este**: Avenida Pedro Vicente Maldonado, Montúfar, Espejo. Y al **Oeste**: Quiroga y José López. (3)

misma que abarca una sociedad dividida entre clases sociales donde convive la pobreza con el excedente, el subempleo y el pluriempleo, comercio formal e informal, legal e ilegal, venta de servicios personales, públicos y privados.

El Centro de Salud (CS.) “Centro Histórico” es responsable de resolver las necesidades de salud de la población del Centro Histórico de Quito (CHQ), para el año 2020 su población estimada es de 21220 personas, y una densidad poblacional de 10.823,2 hab/km², habitantes, en su mayoría mujeres. El CHQ está densamente poblado, tiene mayores porcentajes de población históricamente excluida (indígenas, afros y montubios) y concentra un mayor porcentaje de pobres, pues los índices de pobreza de las familias residentes son mayores a los del promedio de todo el Distrito Metropolitano de Quito. El CHQ se constituye de 4 sectores: Núcleo central, Zona envolvente oriental, Zona envolvente occidental y Eje 24 de mayo. En el Núcleo Central, sector donde se ubica el CS. “Centro Histórico”, existen mayor actividad administrativa, comercial y turística-patrimonial, lo que dificulta el cumplimiento del distanciamiento social en el sector (Instituto de la Ciudad, 2018). La figura 2 muestra la delimitación de estos sectores.

Figura 2 - Mapa zonal del Centro Histórico de Quito



Fuente: Instituto de la Ciudad, 2016

Fuente: Centro de Salud “Centro Histórico”

Elaboración: Los Internos rotativos

El Centro de salud “Centro Histórico” es catalogado como un centro de salud tipo C dentro del primer nivel de atención, de la red de servicios del Ministerio de Salud Pública MSP, brindando servicios de maternidad de corta estancia, emergencia, consulta externa, odontología, inmunizaciones, acupuntura, nutrición, laboratorio clínico, rayos X, central de esterilización y farmacia, al alcance de los habitantes del Centro Histórico. Al momento esta unidad de salud dispone en laboratorio de un

equipo Mindray para química sanguínea, un equipo Abacus para Biometría hemática, 3 microscopios binoculares y una centrífuga; en el departamento de imagen se dispone de un equipo de Rayos X y en odontología se dispone de 3 equipos con tres profesionales a su cargo. (3)

Desde su creación esta casa de salud ha recibido entre sus profesionales médicos, de enfermería y de obstetricia egresados de la Universidad Central del Ecuador UCE. Y desde el año de 1980 se convierte en un centro docente asistencial abriendo sus puertas a los estudiantes de la UCE para realizar sus prácticas pre profesionales en el denominado Externado Voluntario; más adelante, en el año 2006 posterior a un convenio entre estas dos entidades un porcentaje importante de Internos Rotativos de la UCE realizan aquí su ciclo de salud comunitaria en diferentes servicios de la Institución y en el año 2016 empieza a recibir estudiantes para cursar el Externado Obligatorio. (3)

Objetivos

Documentar la relación docente asistencial entre los profesionales de salud de la Universidad Central del Ecuador y el servicio público de salud, específicamente del Centro de Salud “Centro Histórico”.

Recrear la evolución y el aporte que los profesionales de salud de la Universidad Central del Ecuador han tenido en estos servicios públicos, a propósito de cumplirse 50 años de Salud Comunitaria en el Programa de Internado Rotativo.

Métodos

Para cumplir con el objetivo de recrear a través de una reseña histórica la relación docente asistencial entre los profesionales de salud de la Universidad Central del Ecuador UCE y el Centro de Salud “Centro Histórico” a través de la historia, se realizó una búsqueda bibliográfica en documentación propia del Centro de Salud y de la Facultad de Ciencias Médicas Medicina de la Universidad Central del Ecuador. Además, se realizaron entrevistas a informantes claves del personal de salud (Anexo 1), relatos de internos rotativos y lectura de placas conmemorativas existentes en esta unidad.

El presente proyecto es un Estudio de tipo histórico descriptivo que engloba a la población cautiva en el Centro de Salud “Centro Histórico”

Resultados

En el Centro de Salud Centro Histórico laboran setenta (70) profesionales de la salud, sesenta y nueve en ejercicio de su profesión dentro de la casa de salud, y un profesional jubilado que laboró en esta unidad. De estos profesionales seis participaron como informantes clave.

Del personal de salud que presta sus servicios en esta casa de salud, se observó paridad de género, teniendo como resultado, que de los 27 doctores el 59% corresponden al sexo femenino, y el 41% al sexo masculino. Con respecto a licenciados en enfermería, el 93% son de sexo femenino, mientras que apenas el 7% son de sexo masculino. (4) Observar tabla 1

Tabla 1 - Distribución del personal de salud de acuerdo al sexo, del centro de salud Centro Histórico 17D04 –Zona9.2020

Profesión	M	(%)	H	(%)	N	(%)
Doctores	16	(59%)	11	41%	27	39%
Enfermeros	14	(93%)	1	7%	15	22%
Laboratoristas	1	(33%)	2	67%	3	4%
Odontólogos	2	(67%)	1	33%	3	4%
Psicólogos	1	50%	1	50%	2	3%
Radiólogo	1	100%	0	0%	1	2%
Internos Rotativos Medicina	7	88%	1	13%	8	12%
Obstetrices	8	100%	0	0%	8	12%
Nutricionista	1	100%	0	0%	1	1%

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

Lic. Acupuntura	1	100%	1	0%	0	1%
Total					69	100%

Fuente: Centro de Salud “Centro Histórico”

Elaboración: Los Internos rotativos

Para nuestro **Informante 1** (médico salubrista), quien realizó prácticas pre profesional y actualmente ejerce en esta institución, esta experiencia fue la mejor de su vida, pues gracias a la apertura a las prácticas que existe en esta Unidad, pudo relacionarse con el paciente desde los primeros ciclos de su carrera. Hablándonos de su experiencia como estudiante menciona “Aquí aprendí el arte de la medicina, me dejaron ser parte del proceso de atención directa al paciente, donde más se aprende. Me impulsaron a estudiar cada día, fue un aprendizaje permanente”. Ella menciona además que el convenio entre la UCE y el Centro de Salud “Centro Histórico” para las prácticas pre profesionales del Internado se realizó a petición de la unidad de salud, y se convirtió así en la primera unidad de primer nivel de atención en oficializar que el estudiante de medicina tenga relación directa con el paciente en este nivel tanto en emergencia como en consulta externa y de esta forma se ha permitido al estudiante brindar un aporte científico y humano a la población y al Distrito Metropolitano de Quito. (4)

Nuestro **Informante 2**, enfermera graduada de la UCE menciona que su experiencia laborando en el Centro de Salud “Centro Histórico” ha sido muy grata, y en cuanto al nexo docente menciona que “Aquí hay apertura para diferentes universidades y es muy bueno ya que permite a los estudiantes fortalecer su conocimiento. Este es un centro docente que les ayuda a enfocarse e identificar lo que quieren para el futuro. Aquí se crean amistades y personalmente me siento muy satisfecha con los estudiantes. (5)

Nuestro **Informante 3**, Obstetra graduada de la UCE, menciona que como profesional centralina ha tenido una experiencia muy buena en esta unidad, pues vive un aprendizaje continuo que se desarrolla en gran medida gracias a las prácticas pre profesionales existentes en la unidad. Con respecto a los Internos Rotativos ella dice que “Ha habido siempre confianza. No los tomo como estudiantes sino como profesionales, amigos. “Si vienen con temor les doy confianza y les trato como colegas profesionales. He aprendido de ellos y ellos de mí; personalmente aprendo mucho de ellos, están actualizados, aprendemos mutuamente, compartimos conocimientos, aceptamos errores, cuando ellos tienen la razón se las doy, y yo los refuerzo en la práctica, es un trabajo en equipo”. (5)

Nuestro **Informante 4** (Médico general), quien realizó prácticas pre profesionales, su año de medicina rural y posteriormente su carrera profesional en esta unidad nos menciona textualmente “Mi experiencia en este centro de salud fue siempre excelente. Esta unidad me ha dado todo lo que he aprendido, además me ha permitido transferir conocimientos, experiencia y aprendizaje a los jóvenes que vienen a realizar sus prácticas aquí”. Al preguntarle sobre el convenio entre la UCE y esta unidad de salud para las prácticas pre profesional él menciona que “El trabajo de los estudiantes es excelente en emergencia y consulta externa. El estudiante se motiva, práctica, aquí no hay comparación, los estudiantes de la Universidad Central del Ecuador han sido pioneros, de los primeros que realizaban las prácticas, además es la única universidad que está presente aquí permanentemente y los Internos Rotativos muestran conocimientos, entusiasmo, comparten con los pacientes, son excelentes”. Finalmente, él nos expresa su opinión de que este convenio entre estas dos entidades no debería perderse nunca, pues es un aporte muy importante tanto para el estudiante como para esta casa de salud. (5)

El personal de salud del centro de salud Centro Histórico, tuvieron su formación académica en ciertas universidades. Podemos observar el gran impacto que tiene la Universidad Central del Ecuador como pioneros en la formación de sus estudiantes, aportando sus conocimientos, habilidades y aptitudes desarrolladas durante su formación. Como podemos observar en la tabla 3.

En cuanto a la formación profesional de los trabajadores de la salud, un 97% la han realizado en la UCE con lo cual se evidencia la importante influencia que representa la Universidad Central dentro de esta casa de salud. Ver tabla 2.

Tabla 2 - Distribución del personal de salud del centro salud Centro Histórico, según la universidad en la que se formaron como profesionales.

Universidad	N personas	Porcentaje
Universidad Central del Ecuador	67	97%
Universidad Privada	2	3%
Total	69	100%

Fuente: Centro de Salud “Centro Histórico”

Elaboración: Los Internos rotativos

En lo referente a las cifras de los profesionales que han trabajado en esta casa de salud nuestro **Informante 5**, médico centralino, actualmente jubilado que empezó a laborar en esta casa de salud en el año de 1985 nos cuenta que en el Centro Histórico siempre han predominado los profesionales de la Universidad Central. “Cuando yo empecé a trabajar aquí había 4 médicos generales, 3 pediatras, 2 ginecólogos y 2 obstetras. Más o menos ese siempre fue el número de médicos que hubo en este Centro de Salud”. (5) Ver tabla 3.

Tabla 3 - Personal de salud, que laboró en el centro de salud Centro Histórico en el año 1985.

Profesionales	N personal	Porcentaje
Médicos Generales	4	36%
Pediatras	3	27%
Ginecólogos	2	18%
Obstetrices	2	18%
Total	11	100%

Fuente: Centro de Salud “Centro Histórico”

Elaboración: Los Internos rotativos

En el año de 1995, el personal que laboraba en el Centro de Salud N°1 sumaba un total de 107 personas de los cuales según nuestro **Informante 6** (enfermera) “19 eran médicos -6 mujeres y 13 hombres-, todos graduados de la Universidad Central, 25 enfermeras, 2 obstetras, 3 odontólogos, y el número restante estaba distribuido entre auxiliares de enfermería, personal de laboratorio, farmacia, personal administrativo y de limpieza” (5) Ver tabla 4.

Tabla 4 - Personal de salud según su especialidad del centro de salud Centro Histórico -17D04 – Zona 9. 2020.

Profesionales	N personal	Porcentaje
Pediatras	4	6%
Médicos generales	19	28%
Acupuntura	1	1%
Enfermería	15	22%
Médico familiar	2	3%
Ginecóloga	1	1%
Médico internista	1	1%
Laboratorio	3	4%
Nutrición	1	1%
Obstetriz	8	12%

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

Odontólogos	3	4%
Psicólogos	2	3%
Radióloga	1	1%
Interno rotativos medicina	8	12%
Total	69	100%

Fuente: Centro de Salud “Centro Histórico”

Elaboración: Los Internos rotativos

Discusión

A lo largo de los años la UCE siendo una de las primeras universidades en formación salubrista en América Latina se ha caracterizado por la formación de profesionales de la Salud pioneros en investigación, competentes en el ámbito laboral y en la integración con su comunidad y su entorno.

La Universidad Central del Ecuador y el Centro de Salud “Centro Histórico” se han constituido como referentes de la formación de profesionales de la salud a lo largo de los años, no solo por su historia cronológica, sino también por los acuerdos interinstitucionales a los que han llegado con el objetivo de brindar a los profesionales en formación un lugar donde desarrollar sus destrezas y habilidades mientras tienen contacto directo con el paciente.

El Centro de Salud Centro Histórico es pionero en Quito en la integración de estudiantes de medicina, obstetricia y enfermería de diferentes años de estudios a la atención sanitaria de primer nivel acoplándose a la realidad de la población de cada comunidad, así mismo ha ofrecido un ambiente oportuno para la docencia tanto académica como práctica de lo aprendido bajo supervisión guiada de los profesionales que laboran en este centro, muchos de los cuales han replicado el entusiasmo de docencia que recibieron cuando ellos cursaron su último año de estudios realizando sus prácticas en este mismo centro.

Los profesionales del centro de salud Centro Histórico, tuvieron su formación académica en universidades tanto públicas como privadas de Ecuador, encontrándose en mayor medida profesionales de la UCE reflejando el gran impacto que tiene la Universidad Central del Ecuador como pioneros en la formación de sus estudiantes, aportando sus conocimientos, habilidades y aptitudes desarrolladas durante su formación, El incremento de número de profesionales femeninos manifiesta la igualdad de oportunidades en el ámbito laboral en la época actual dándole importancia a la mujer como ente comunitario.

En esta investigación podemos confirmar la influencia de la FCM de la UCE en este establecimiento de salud, así como del Sistema de Salud del país, no solo en base a las estadísticas sino también en base a las experiencias de profesionales que han laborado en esta casa de salud por más de una década.

Fig. 2 - Mapa Parlante del Centro Histórico 17D04 – Zona 9 de Salud. MSP 2020



Fuente: Centro de Salud “Centro Histórico”

Elaboración: Los Internos rotativos

Conclusión

El aporte médico científico que han brindado los profesionales de la salud graduados en la Universidad Central del Ecuador (UCE) al Centro de Salud “Centro Histórico” es evidente, debido a su amplia participación en los servicios prestados en el mismo, es reconocido que desde la apertura de este centro; médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería y otros profesionales vinculados con la salud y que se han graduado de la UCE han contribuido con el crecimiento en las diferentes áreas de diagnóstico y tratamiento, es así que en la actualidad el 94% de servidores públicos que prestan servicios de salud y que laboran en esta institución corresponde a profesionales de la Universidad Central del Ecuador y esto genera un efecto positivo para ambas instituciones, influyendo en el crecimiento intelectual de nuevos profesionales debido al convenio que presentan las Instituciones para las prácticas de los Internos Rotativos, así como el fortalecimiento del Centro de Salud al contar tanto con la labor de los profesionales, así como con el apoyo de los estudiantes del Alma Mater en la prestación de servicios de primer nivel de atención.

Recomendaciones

Con el fin de aportar a la recopilación de información con referencia a Médicos, Enfermeras, Internos Rotativos, y de más personal que forma parte del equipo de profesionales del Centro de Salud N 1, es aconsejable el archivo de documentos como este, mismo que un futuro servirá como base para el desarrollo de nuevas investigaciones.

Es importante además destacar el nivel de importancia que tendría realizar estadísticas mensuales, trimestrales, semestrales o anuales del personal que en sus instalaciones labora con el fin de llevar un registro un poco más exhaustivo de los profesionales graduados en la Universidad Central del Ecuador y que ahora laboran en sus instalaciones.

Reconocimientos

Agradecemos a nuestra Tutora por la guía frente al desarrollo de esta investigación, a nuestra encargada docente en el Centro de Salud por facilitarnos documentos que fueron primordiales en el desarrollo del mismo, y finalmente a aquellos profesionales que no dudaron en ser parte de este proyecto compartiendo con nosotros más que sus conocimientos, su punto de vista, experiencia y testimonio propio tanto de su trabajo siendo parte del equipo de salud del Centro Histórico, ex estudiantes de la Universidad Central del Ecuador (UCE), así como también relatarnos sus vivencias y conformidad con los Internos Rotativos de Medicina.

Bibliografía:

1. Desconocido. Archivos históricos del Centro de Salud número 1 Quito; 1943.
2. Desconocido. Boletín "Bodas de Oro" del Centro de Salud número 1. Quito; 1993.
3. HISTORICO" PAC". Informe. Quito; 2001.
4. Betancourt BGMMNRU. Relación docente asistencial de la Universidad Central en el Centro Histórico. 2020.
5. Betancourt BGMMNRU. Relación docente asistencial de la Universidad Central en el Centro Histórico. 2020 Febrero.

Capítulo IV B: Historia del Internado Rotativo en los Centros de Salud pertenecientes al Distrito 17D03 - Red del Ministerio de Salud Pública.

Bermeo J,¹ Cadena J,¹ Chicaiza L,¹ Chiriboga P,¹ Cujilema J,¹ Domínguez D,¹ Fernández A,¹ Rosero E,¹ Sánchez C,¹ Sandoval P,¹ Taco K,¹ Toapanta A,¹ Torres A,¹ Andrade G,² Calderón L.²

¹ Internado Rotativo de Medicina, Salud Comunitaria, Universidad Central del Ecuador

² Docentes Universidad Central del Ecuador

Jhonatan Marcelo Bermeo Quito	https://orcid.org/0000-0002-5280-5332
Juan Daniel Cadena Cevallos	https://orcid.org/0000-0001-7460-899X
Lilian Carolina Chicaiza López	https://orcid.org/0000-0003-1094-2352
Jessica Paola Chiriboga Abad	https://orcid.org/0000-0003-4088-9150
Juan Carlos Cujilema Cujilema	https://orcid.org/0000-0001-8877-311X
Dario Fabricio Dominguez Gavilanez	https://orcid.org/0000-0001-7981-483X
Ana Mercedes Fernandez Poma	
Estefania Natalia Rosero Tamayo	https://orcid.org/0000-0002-2447-0969
Cintha Ionis Sánchez Domínguez	https://orcid.org/0000-0001-6041-5732
Patricia Michelle Sandoval Albán	https://orcid.org/0000-0002-8982-3497
Karla Estefania Taco Espeniza	https://orcid.org/0000-0002-8045-7953
Edwin Andres Toapanta Chiluisa	https://orcid.org/0000-0002-0426-5570
Alex Agustín Torres Quevedo	https://orcid.org/0000-0002-8353-2840
Georgina de las Mercedes Andrade Yépez	https://orcid.org/0000-0001-6137-2295
Lilián Rebeca Calderón Layedra	https://orcid.org/0000-0003-4788-2621

Introducción

En abril de 1693 se crea la Cátedra de Medicina en el Real Colegio del Santo Rey San Fernando. No fue hasta el año de 1800 en el que se estableció por primera vez que los estudiantes deben asistir al Hospital para aprender entre otras cosas a “tomar el pulso”, ya que hasta ese momento el requerimiento para graduarse de bachiller en Medicina era haber realizado prácticas durante dos años junto a un médico de prestigio. (1)

Se crea el primer plan de estudios en el año 1827, en donde se establece que se requieren tres años para titularse como bachiller en Medicina y tres más para ser Doctor en Medicina. Durante el mandato de Vicente Rocafuerte se decreta que solo se obtendrá el título de Doctor luego de un período continuo de seis años. Veinte y tres años después se dispuso que

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

los estudiantes deben asistir diariamente a los Hospitales y para 1864, García Moreno creó el Reglamento General de Estudios que incluía lecciones prácticas en el Hospital San Juan de Dios lo que duró 10 años, hasta que llega al Ecuador el positivismo, iniciándose así una nueva época para la Medicina Ecuatoriana, ésta imitaba la enseñanza de Cirugía conforme se hacía en Europa. Su objetivo principal era consolidar el conocimiento bajo el concepto de que éste se basa en la experiencia y que la ciencia sólo puede basarse en las percepciones sensoriales. (1)

Un hecho trascendental fue que los estudiantes de Medicina se integren a la ley de sanidad en el año de 1926 en el cual se manifiesta que deben realizar estudios prácticos durante los últimos dos períodos de vacaciones, mismos que estuvieron enfocados en el tratamiento, profilaxis y epidemiología de enfermedades tropicales, por primera vez se indica que los estudiantes ganarán sueldo y viáticos. En mayo de 1968 AFEME (Asociación de Facultades Ecuatorianas de Ciencias Médicas y de la Salud) realizan el primer seminario de Educación Médica en donde reducen el tiempo de duración del pregrado a siete dividiéndolo en cuatro ciclos: Ciencias Básicas Generales, Ciencias Básicas Médicas, Ciencias Clínicas e Internado Rotativo, a más del Departamento de Medicina Preventiva. (1)

El Internado Rotativo es un Programa del Área de Integración Docente Asistencial de la Carrera de Medicina, que tiene como objetivo aplicar y profundizar los conocimientos, habilidades y destrezas, proporcionados a los estudiantes en los diez niveles anteriores de la carrera. (2)

Este se realiza en los dos últimos semestres de la carrera, durante 12 meses seguidos y guardias de 24H cada cuarto día, a excepción del ciclo de comunitaria. Se divide en cinco ciclos: Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Comunitaria, Pediatría y Medicina Interna.

En mayo del 2019 se atentó contra los derechos de los Internos Rotativos con la amenaza de reducir el estipendio que desde hace varios años se venía entregando e incumpliendo la ley que establece que el estipendio es el 60% del sueldo de un Médico Rural. Este problema se suscitó debido a que en ese entonces la Ministra de Salud, Verónica Espinoza, manifestó que la planificación por parte de algunas instituciones de educación superior no contempló un aumento en el número de estudiantes que iniciaría su internado rotativo. Ante este anuncio los estudiantes no dudaron en reclamar sus derechos consiguiendo un acuerdo que benefició solo a la cohorte de mayo, por lo que en septiembre del mismo año nuevamente los estudiantes, acompañados del rector de la Universidad Central, Dr. Fernando Sampértegui, y gremios de la Salud decidieron “Presentar junto con el Gobierno Nacional a la Asamblea Nacional del Ecuador una propuesta de acciones fiscales y otras medidas de recaudación para la sostenibilidad y financiamiento permanente suficiente del programa de internado rotativo y de otras necesidades esenciales para el adecuado funcionamiento del sector de la salud. (3–5)

El Internado Rotativo cumple 53 años de funcionamiento y desarrolla la misión de la Facultad de Ciencias Médicas que es: “...formación de médicos generalistas, al servicio del ser humano, la familia, la comunidad y la satisfacción de sus necesidades de salud integral” (1)

Objetivos

Documentar la historia, antecedentes y datos de importancia de cada uno de los centros de salud e identificar cuáles son los aportes a la sociedad que han brindado los anteriores internos de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador, como parte de las actividades realizadas durante nuestra participación en las distintas instituciones que pertenecen al distrito 17D03 durante nuestra rotación en el ciclo de comunitaria del Internado Rotativo de Medicina.

Entre las actividades relevantes que cumple el interno rotativo en áreas comunitarias se pueden citar: Participar en proyectos de vinculación con la sociedad, involucrándose con la comunidad, reconocer los grupos vulnerables y palpar la realidad de la población, reconocer las carencias y obstáculos a vencer durante la atención primaria de salud, brindando una atención oportuna, de calidad y calidez al paciente, además ejecutar acciones de prevención y promoción de la salud orientadas a mejorar estilos de vida saludables, y a fortalecer medidas contra enfermedades infecciosas, dirigida a la persona, familia, comunidad y grupos vulnerables, a través de la aplicación de las nuevas tecnologías de información y comunicación.

Analizar la importancia que tiene el internado rotativo para la formación científica y moral de los futuros médicos de nuestra nación, tomando en cuenta el cumplimiento de los 50 años del Internado Rotativo de Medicina en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador.

Materiales y métodos

Diseño

Se trata de un estudio descriptivo transversal de tipo retrospectivo, en el cual se describe la historia y evolución de cada uno de los centros de salud correspondientes al Distrito 3, destacando el inicio de actividades y el desarrollo de cada uno de ellos, además del equipo interdisciplinario que lo compone, tanto en la apertura, como también aquellos que se han incrementado a través del tiempo, resaltando información sobre el inicio de actividades desde la primera promoción hasta la actual, de los Internos Rotativos de Medicina, Obstetricia y Enfermería de la Universidad Central de Ecuador.

De igual manera, se integrará información sobre los servicios que prestan y el incremento de los mismos, incluyendo las repotenciaciones de algunos de los centros de salud, proyecto a realizarse durante el periodo correspondiente entre enero y marzo del 2020. Datos que nos revelarán la historia y el desarrollo cronológico de los centros de salud del distrito mencionado, esto como parte de la celebración de los 50 años de internado rotativo de la Universidad Central del Ecuador

Población

La población estará conformada por los Internos Rotativos de la Universidad Central del Ecuador tanto en las carreras de Medicina, Enfermería y Obstetricia que asisten a los diferentes establecimientos de salud tipo A, B y C correspondientes al Distrito 3, mismos que se encargarán de investigar sobre cada Centro, analizándolos desde el inicio de sus actividades hasta la actualidad. La información se obtendrá a partir del personal que integra cada uno de los centros de salud, basándonos especialmente en aquellos con mayor antigüedad en el establecimiento

Materiales

Recursos materiales: Hojas de papel bond, bolígrafos, impresora, laptop.

Recursos humanos: Personal de cada uno de los centros de salud: médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, personal de limpieza.

Herramientas para (poder) realizar esta investigación se contó con varios recursos que fueron de ayuda al momento de recopilar la información los cuales son: toma de notas, grabaciones de audio y video.

Resultados

La salud es un punto de encuentro en el que confluyen lo biológico y lo social, el individuo y la comunidad, lo público y lo privado, el conocimiento y la acción.

Al igual que la sociedad de la que forma parte, la salud es dinámica. Durante el último medio siglo, el campo de la salud ha vivido el periodo de cambio más intenso en la historia

Los centros de salud son una versión reducida o simplificada de los hospitales ya que, si bien cuentan con los elementos y recursos básicos para las curaciones, no disponen de grandes tecnologías ni de espacios complejos que existen en los hospitales. (4)

La misión de los Centros de Salud es proporcionar servicios médicos holísticos de alta calidad en medio de una comunidad, para restaurar la salud, prevenir enfermedades, promover estilos de vida saludables y proporcionar apoyo individualizado a individuos o familias.

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

El presente estudio se elaboró gracias a la participación de los profesionales de la salud, quienes laboran en distintos Centros de Salud, y que en conjunto conforman el Distrito 17 D 03

CENTRO DE SALUD “COTOCOLLAO”

La cobertura de atención del Centro de Salud comprende dos parroquias; Cotocollao y Ponceano.

Se encuentra ubicada en el Noroccidente del área urbana, situada a una altura promedio de 2784 msnm. Su densidad poblacional es: 113.13 hab/km² correspondiente a Cotocollao y Ponceano 82,4 hab/km² y significa que el 2,4 % de los quiteños residen en el sector

Situación actual

El Centro de salud N° 8 “Cotocollao” es catalogado como un centro de salud tipo B, brindando servicios de Medicina General, Ginecología, Pediatría, Obstetricia, Odontología, Psicología, Laboratorio, Ecografía, Farmacia, Enfermería, Vacunas, Estadística y Emergencia. Desde su creación esta casa de salud ha recibido entre sus profesionales médicos, de enfermería y de medicina egresados de la Universidad Central del Ecuador en su gran mayoría y desde el año 2012 Internos Rotativos de medicina y enfermería de la UCE realizan aquí su ciclo de salud comunitaria en diferentes servicios de la Institución.

Personal del centro de salud

El equipo de trabajo del centro de salud lo conforma 28 personas entre las especialidades mencionadas y se incluye las estudiantes del internado rotativo obteniendo un total de 30 integrantes. En la siguiente tabla se menciona a cada profesional de los servicios que brinda el centro y la universidad donde realizó sus estudios respectivamente.

Tabla 1 - Nómina de personal del Centro de Salud, especialidad y Universidad de estudios

Servicio	Personal	Universidad
Médico General	Dra. Ayora Paola	UCE
	Dra. Baez Jhoana	UCE
	Dr. Amaya Luis	UCE
Médico Familiar	Dra. Meza Gabriela	UCE
	Dr. Zambrano Francisco	UCE
	Dr. Peralvo Jaime	UP
Ginecología	Dra. Menéndez Teresa	UCE
	Dra. Grijalva Sonia	UP
Pediatría	Dra. Vinueza Zoila	UP
	Dra. Narváez Alba	UCE
Obstetricia	Obst. Taboada Fabiola	UCE
Psicología	Dra. Calderón Miriam	UCE
	Dra. Leiva Patricia	UP
	Dra. Martínez Sandra	UP
Nutrición	Lic. Chávez Karla	UCE
	Lic. Haro Margarita	UP
Odontólogo	Od. Maldonado Andrés	UP
	Od. Encalada Soraya	UCE
	Od. Aragón Marcela	UP
	Od. Jacqueline Salgado	UCE
Enfermería	Lic. Pazmiño Gabriela	UCE
	Lic. López Mónica	UCE
	Lic. Maldonado Cecilia	UCE
	Lic. Pallo Verónica	UP
	Lic. Tenesaca Andrea	UP

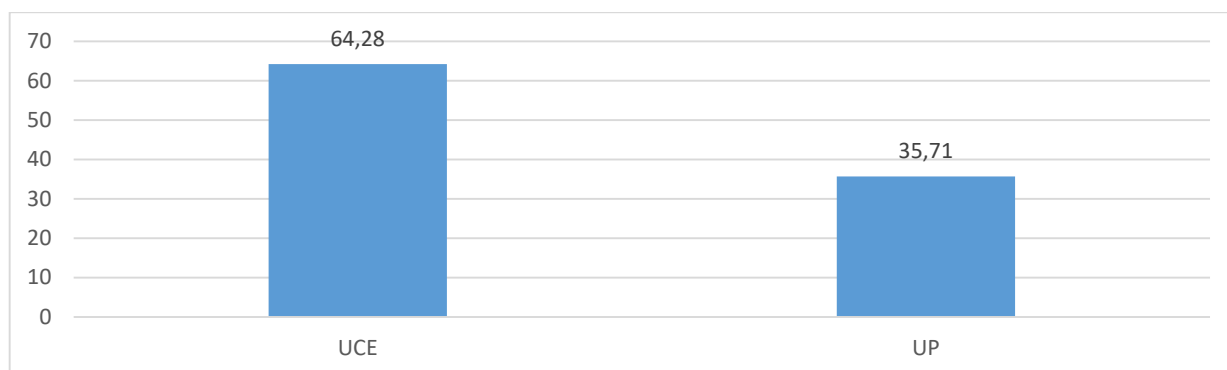
	Lic. Tello Baciza	UCE
Aux. enfermería	Lic. Sánchez Rocío	UCE
	Lic. Rea Norma	UCE
Internos rotativos de Medicina	IRM Chicaiza Lilian	UCE
	IRM Sandoval Patricia	UCE

(UCE) Universidad Central del Ecuador, (UP) Universidad Particular

Fuente: centros de salud del Distrito 17D03

Elaboración: Internos rotativos

Fig. 1 - Porcentaje de profesionales del centro de Salud graduados en la UCE



Fuente: centros de salud del Distrito 17D03

Elaboración: Internos rotativos

Internado rotativo

Las actividades del internado rotativo dentro del programa de comunitaria en el Centro de Salud de Cotacollao iniciaron desde el año 2012 con la participación de los estudiantes en los distintos servicios que le competen a la Carrera de Medicina como son Medicina General, Medicina Familiar, Pediatría, el área de vacunación y Ginecología abarcando la mayoría de población del sector que serán motivo de atención del primer nivel de Salud y lo prepara para el manejo adecuado y oportuno de las patologías más prevalentes de la población según grupos etarios.

El Centro de salud de Cotacollao denominado N°8, en el año 1976, fue uno de los servicios pioneros que mediante convenio entre Jefatura de Salud de Pichincha y la Facultad de Ciencias Médicas de la UCE, permitió la incorporación de la docencia en el servicio. Se inició con Pediatría y Ginecología. En este centro de salud acudieron por primera vez los estudiantes de pre y posgrado para sus rotaciones en la denominada "Medicina Social". Los estudiantes de Pediatría, estuvieron a cargo de dos médicas pediatras recién graduadas en el Primer Posgrado de Pediatría de la UCE. Dras. Rosa Romero de Aguinaga y Georgina Andrade Yépez, en Ginecología los tutores fueron el Dr. Ludeña y Alfredo González, docentes de la UCE. Los estudiantes de quinto año que cursaban pediatría fueron los innovadores, a los que luego se sumaron los internos rotativos y los Posgradistas de las dos especialidades.

La función de los estudiantes de quinto año fue la de colaborar en la toma de signos vitales en consulta, la realización de la Historia Clínica con guía, educación a la colectividad, visitas domiciliarias formando parte del equipo multidisciplinario conformado por pediatría, enfermería, obstetricia, ginecología y trabajo social y con participación de la población. Los estudiantes también realizaban el levantamiento del mapa de riesgos, sean biológicos, psicológicos o sociales y cuando se encontraban casos, se remitían al centro de salud o a una unidad de mayor complejidad, dependiendo de la gravedad. Los internos rotativos colaboraban con la atención en el servicio, junto a los tutores sean docentes de la Facultad o con los médicos del servicio incorporados a la docencia y responden a una planificación curricular específica que era evaluada La

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

formación de los profesionales de salud pasó a ser un punto fundamental en la política nacional, por ocuparse de preservar el potencial humano.

Este movimiento fue el inicio de la incorporación posterior de la docencia a otros servicios de salud de primero y segundo nivel de atención de la provincia y luego del país, con mayor razón cuando ya se inició la Medicina Rural, por lo que a esta formación se la denominó Pre- rural. La misión de la Universidad, fue de formar un profesional con enfoque integral de la salud, con vivencia en la colectividad, donde aprendía a respetar la cultura de la población. Esta visión coincidía con la declaración de Alma-Ata 1978 y con la implementación de la estrategia de la APS y APS Reformada, lo que fue acogido como política estatal de salud que colaboraría en el logro de un perfil profesional deseado por una sociedad en desarrollo.

Frente al incremento de estudiantes de pregrado, la Facultad se incorporó al Centro de Salud, N°2 en el barrio Las Casas y allá pasé como docente de Pediatría para pre y posgrado con funciones asistenciales Ad-hoc, lo que duraría unos 4 años. Posteriormente continué de docente en el Centro 6 La Libertad con las mismas funciones y como instructora de pre y posgrado de Pediatría de la UCE y me sumé al Dr. Homero Endara docente de Farmacología de la FCM y Pediatra, allí se implementó el Proyecto Docente-Asistencial del MSP y la UCE, que consistía en cumplir funciones docente-asistenciales e incrementar la investigación, lo que dio muy buenos resultados dentro de la formación de los estudiantes. Por razones administrativas pasé a desempeñar mis funciones en la Consulta Externa de la Maternidad Isidro Ayora MIA. y luego en los Subcentros de Hierba Buena I en el desarrollo del Proyecto UNI Quito, terminado este Proyecto desempeñé mis funciones docente asistenciales en el Subcentro de Salud de San Juan y en el Cipriana Dueñas de la Escuela de Obstetricia de la FCM de la UCE. (1976- 2014. G. Andrade).

CENTRO DE SALUD "POMASQUÍ"

Tras conquistar al poblado autóctono el 27 de julio de 1573, se fundó la reducción de Pomasqui. Un valle donde se ubicaron colonias de mitimaes quechuas, trasladados por los Incas, de las provincias norteñas, conquistadas por Huayna Cápac. Sin lugar a duda la historia de Pomasqui es muy apasionante sobre todo por la diversidad de etnias que en el tiempo la han habitado.

Para la atención de una extensa población de habitantes se fundó el centro de salud de Pomasqui, el cual lleva a cabo sus funciones por más de 37 años. Brindando atención a sus más de 30.000 habitantes.

Actualmente el centro de salud cuenta con los servicios de:

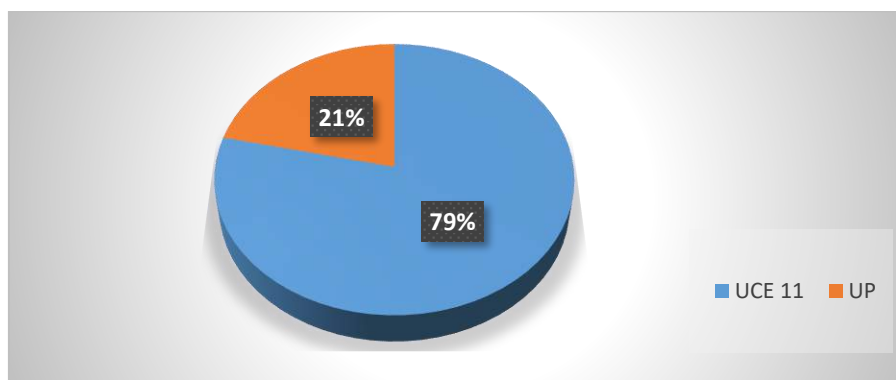
Tabla 2 - Nómina de personal del Centro de Salud, especialidad y Universidad de estudios

Servicio	Personal	Universidad
Médico General	3 médicos generales	2UCE / 1PUCE
Médico Familiar	1 médico Familiar	UCE
Obstetricia	1 obstetra	UCE
Psicología	2 psicólogos clínico	UCE / PUCE
Nutrición	1 nutricionista	UCE
	2 internos de nutrición	UDLA
Odontólogo	2 odontólogas	UCE
Enfermería	3 licenciadas	2 UCE/ 1 U. de Babahoyo
Aux. enfermería	1 auxiliar	UCE
Internos rotativos de Medicina	2 IRM	UCE

Fuente: centros de salud del Distrito 17D03

Elaboración: Internos rotativos

Fig. 2 – Porcentaje de personal graduado en la UCE en el Distrito 17D03. 2020



Fuente: centros de salud del Distrito 17D03

Elaboración: Internos rotativos

Trabajando arduamente para una atención de calidad para su población.

Gráfico 1 - Participación de los internos de medicina en el Centro de Salud de Pomasqui 2020.



Fuente: centros de salud del Distrito 17D03

Elaboración: Internos rotativos

Desde hace 5 años ya, éste Centro de Salud ha permitido a los internos rotativos de medicina y enfermería en convenio con la prestigiosa Universidad Central la realización de su ciclo comunitario antes conocido como Pre- rural y sobre todo entendiendo la importancia que representa para cada uno de los internos este ciclo, ya que es el paso previo a la realización de su medicatura rural, ciclo en el cual pueden afianzar aún más sus conocimientos y tener la tutoría sobre la atención del primer nivel de atención en salud. (2)

El Centro de Salud cuenta con profesionales de la salud prestos a enseñar la prevención, diagnóstico, tratamiento y derivación de las patologías vistas frecuentemente en el primer nivel de atención, permite la participación de los internos de

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

medicina tanto de manera intramural, con la atención de pacientes dentro de los consultorios así como extramural, en el caso de visitas domiciliarias a pacientes gestantes, con enfermedades crónica o en cuidados paliativos, por parte del servicio de enfermería afianzan controles de suma importancia como es el control del calendario vacunas, entre otros, es menester mencionar también el impacto de este centro de salud en esta comunidad sobre todo mediante la realización de campañas de vacunación y prevención de enfermedades, tareas que todo el personal sanitario realiza, de esta manera los señores internos pueden ir ambientándose a tareas que serán de su responsabilidad en los días venideros. (5)

CENTRO DE SALUD “COMITÉ DEL PUEBLO”

El Centro de salud N° 9 se inició en 1970, fue creado por iniciativa de los moradores y el Párroco de San José del Inca, funcionaba en la Casa Parroquial de la comunidad, como Sub. Centro de Salud. Al comienzo laboraba personal que cumplía con su año de salud rural. En el año 1982 por motivos de fuerza mayor el centro de salud se trasladó a ocupar las instalaciones de la Casa Comunal de la Ciudadela la Kennedy. (6)

En 1995, se produce la descentralización de las unidades y el Centro de Salud N° 9 pasa a ser la Jefatura de Área N° 9 “Kennedy”, conformada por los siguientes subcentros: Comité del Pueblo 1A, 1B, 1C, 1D y 1E, 6 de Julio, Campiñas del Inca, La Bota, Zámbiza, Llano Chico, Nayón, Calderón, Guayllabamba, Carapungo, San Juan de Calderón y Marianitas. Posteriormente los Sub-Centros de Calderón, Carapungo, Guayllabamba y San Juan de Calderón pasaron a formar parte del Área N° 21.

Al Área de Salud N° 9, le pertenecen 8 Sub-Centros que brindan Atención esencial en Salud; el 8 de agosto del 2000 se inaugura el nuevo Centro de Salud, en el sector del Comité del Pueblo N° 1. Aquí funcionaba la Jefatura del Área de salud N° 9. La atención se inició con los servicios de consulta externa con: Pediatría, Ginecología, Obstetricia. Medicina General, Odontología, Control Sanitario, Salud Ocupacional y paulatinamente se han ido incrementando nuevos servicios tales como atención en Psicología, Ginecología, Maternidad de corta estancia, Calificación de Discapacidades, Farmacia, Laboratorio, Ecosonografía, Rayos X y Emergencias las 24 horas.

Tabla 3 - Nómina de personal del Centro de Salud, especialidad y Universidad de estudios

Servicio	Personal	Universidad
<i>Medicina General</i>	<i>Dra. Raquel Guamán</i>	<i>UCE</i>
	<i>Dra. Mónica Quinatoa</i>	<i>UCE</i>
	<i>Dra. Gabriela Chinín</i>	<i>UCE</i>
	<i>Dr. Luis Santamaría</i>	<i>UCE</i>
	<i>Dr. Fabricio Orosco</i>	<i>UCE</i>
	<i>Dr. Flavio Gonzales</i>	<i>UCE</i>
	<i>Dra. Paola Escobar</i>	<i>UCE</i>
<i>Medicina Familiar</i>	<i>Dra. Carmen Cevallos</i>	<i>PUCE</i>
	<i>Dra. Elizabeth Gallo</i>	<i>UCE</i>
<i>Ginecología</i>	<i>Dr. Oscar Tréboles</i>	<i>UCE</i>
	<i>Dr. Luis Chaves</i>	<i>UCE</i>
<i>Pediatría</i>	<i>Dra. Sara Aguinaga</i>	<i>UCE</i>
	<i>Dra. Alicia Campo</i>	<i>PUCE</i>
<i>Obstetricia</i>	<i>Obst. Andrea Gallo</i>	<i>UCE</i>
<i>Psicología</i>	<i>Lic. Maite Murillo</i>	<i>UCE</i>
	<i>Lic. Sandra Hernández</i>	<i>PUCE</i>
	<i>Lic. Patricia Albán</i>	<i>UCE</i>
<i>Nutrición</i>	<i>Lic. Lizbeth Chica</i>	<i>PUCE</i>
<i>Odontólogo</i>	<i>Od. Byron Peralta</i>	<i>UCE</i>
	<i>Od. Marcela Aragón</i>	<i>UCE</i>
<i>Enfermería</i>	<i>Lic. Grace Ramírez</i>	<i>UCE</i>

	Lic. María Gómez	UCE
	Lic. Andrea Caza	UCE
	Lic. Tania Torres	UP
	Lic. Diana Cuenca	UP
	Lic. Luis Salazar	UCE
Aux. enfermería	Lic. Carlos Mejía	UP
	Lic. Fátima Flores	UP
IRM	IRM Ana Fernández	UCE
	IRM Karla Taco	UCE

Fuente: centros de salud del Distrito 17D03

Elaboración: Internos rotativos

Internado rotativo

No existen datos específicos que nos indiquen un año específico en el cual se dio apertura a los internos de medicina en este centro. Pero hay datos que nos indican que el internado rotativo tuvo que pasar por 2 etapas debido a la remodelación por la cual pasó esta unidad en el año 2017, etapa en la cual tuvo que instalarse en el mercado del mismo barrio, lugar donde se limitaba el personal excesivo debido a su reducido espacio, motivo por el cual ese año se suspendió la realización de actividad comunitaria en dicho centro y se reincorporo en año 2019, ya en la nueva infraestructura del centro de salud. Siendo parte de varios servicios, rotando en áreas como: medicina general, medicina familiar, pediatría, ginecología, inmunizaciones., participando en actividades como visitas domiciliarias, campañas de vacunaciones y charlas de promoción y prevención de salud.

Compañeros internos de la promoción año 2015 relatan que su experiencia en actividad comunitaria en esta unidad operativa les brindó una experiencia única, mencionan que un punto importante es la zona en la cual se encuentra ubicado, zona con un perfil epidemiológico variado por el tipo de población (población flotante), alberga gente tanto originaria del sector como población migrante. El centro de salud se encuentra ubicado en el sector el Comité del Pueblo es denominado un barrio comercial pero también insalubre debido a que desde hace años los comerciales informales hicieron de la calle principal Enrique Garcés un sitio de comercio informal, expendio de varios productos que van desde, artículos personales, artículos comestibles y con ello la proliferación de basura en cada esquina, perros callejeros así también existen ventas de

comidas ambulantes cuyo expendio es al aire libre y la población la consume en gran cantidad, lo que da lugar a una contaminación ambiental y alimentaria que han dado como resultado una serie de enfermedades respiratorias y parasitosis, caracterizando así el perfil epidemiológico de dicha zona, tal es el caso que existe una gran demanda a nivel de la consulta externa y en emergencia por motivo de dichas enfermedades, lo que irónicamente brinda un campo adecuado para el aprendizaje de estudiantes que cursan el último año de la carrera de medicina, ya que la alta demanda permite la realización de prácticas por parte de los estudiantes, y brinda un amplio escenario para la adquisición de conocimientos e investigación.

Según relata Luis, enfermero en esa unidad desde el año 2017, muchos estudiantes han pasado por este centro de salud, pero en su mayoría eran del Hospital Pablo Arturo Suarez, el comenta que tenían pequeñas falencias en el área de práctica, pues bien asegura tenían conocimientos pero para ciertos procedimientos, no estaban muy bien capacitados y con añoro recuerda a uno en específico que en aquel entonces no podían realizar una sutura simple, "el gordito" lo llamaba él, ahora es un excelente traumatólogo afirmó con una gran sonrisa .

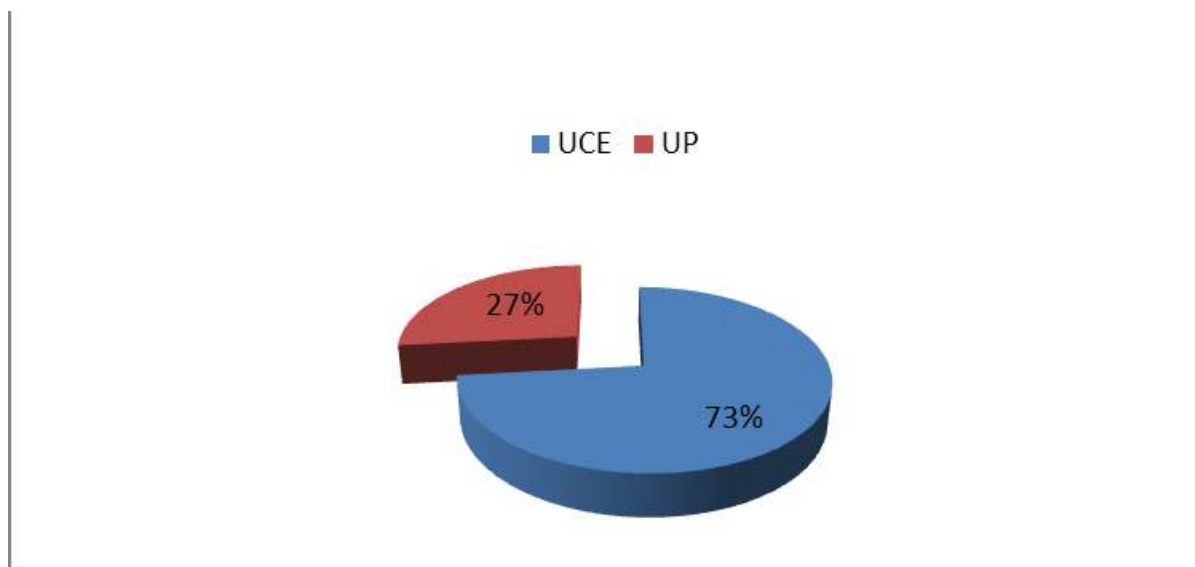
Según el Dr. Jorge, médico general menciona que el internado rotativo en el área de salud comunitaria es una oportunidad de aprendizaje para los jóvenes internos, menciona el que hace

aproximadamente unos tres años atrás funcionaba el centro obstétrico para la atención de partos en el centro de salud , el mismo fue suspendido debido a que según funcionarios declararon que la infraestructura, no era la adecuada para este procedimiento, por lo que se atienden partos sólo si la paciente llega en expulsivo, algo que es penoso para los estudiantes

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

internos ya que ellos se encargaban de esta labor, según menciona es de importancia en la práctica, ya que en la mayoría de centros de salud en los que él ha trabajado la función del estudiante es ayudar parcialmente, y no realizar toda la labor médica que según indica sería lo óptimo ya que es la manera en la que se han formado la mayoría de los médicos del alma mater, claro bajo la responsabilidad y el asesoramiento del tutor, indicó.

Fig. 3 - Porcentaje de profesionales del CS. No. 9 graduados en la UCE.



Fuente: centros de salud del Distrito 17D03

Elaboración: Internos rotativos

CENTRO DE SALUD “LA BOTA”

El barrio “La Bota” se encuentra ubicado en la parroquia del Comité del Pueblo, identificada como la zona 9 del Distrito Metropolitano de Quito, perteneciente a la provincia de Pichincha. Cuenta con un centro de salud de primer nivel tipo “A”, perteneciente al Ministerio de Salud Pública (MSP), en el distrito 17D03 y según esta tiene una población de 10 928 de moradores en el sector. (7)

El centro de salud La Bota se encuentra localizado en las calles E17 Jesús Gualavisi N68-30 Y N69 Wladimir Lenin, cuenta con los servicios de: enfermería, medicina general, medicina familiar, odontología, obstetricia y nutrición. Brinda atención en el cuidado de un paciente, atención a pacientes en estado de emergencia, atención y ayuda a pacientes en su tratamiento y diagnóstico, atención al paciente y a la familia. Para lo cual el personal de profesionales que laboran en el lugar es: dos médicos generales, dos odontólogos, un médico familiar, una obstetra, una nutricionista, dos enfermeras, una auxiliar de enfermería. (8)

Indagando al personal del centro de salud, comentan que: El establecimiento de salud de La Bota, preocupado por el ámbito educativo, en el año 2005, indaga con las autoridades de la Universidad Central del Ecuador, para formar parte del programa “Internado Rotativo” como establecimiento de prácticas para los estudiantes de último año de la carrera de Medicina, en el módulo de Salud Comunitaria; recibiendo así su primera promoción de Internos Rotativos de Medicina en dicho año. Se mantuvo en el programa hasta el año 2014, donde tuvo que suspender el ingreso de los internos rotativos, debido a que el MSP incluyó al centro de salud en el programa Año de Salud Rural hasta el 2018. Volvió a formar parte del programa de Internado Rotativo en el año 2019, recibiendo estudiantes de Medicina, Obstetricia, Enfermería y Nutrición, hasta la actualidad, quienes han dejado momentos inolvidables en el Centro de Salud. (7)

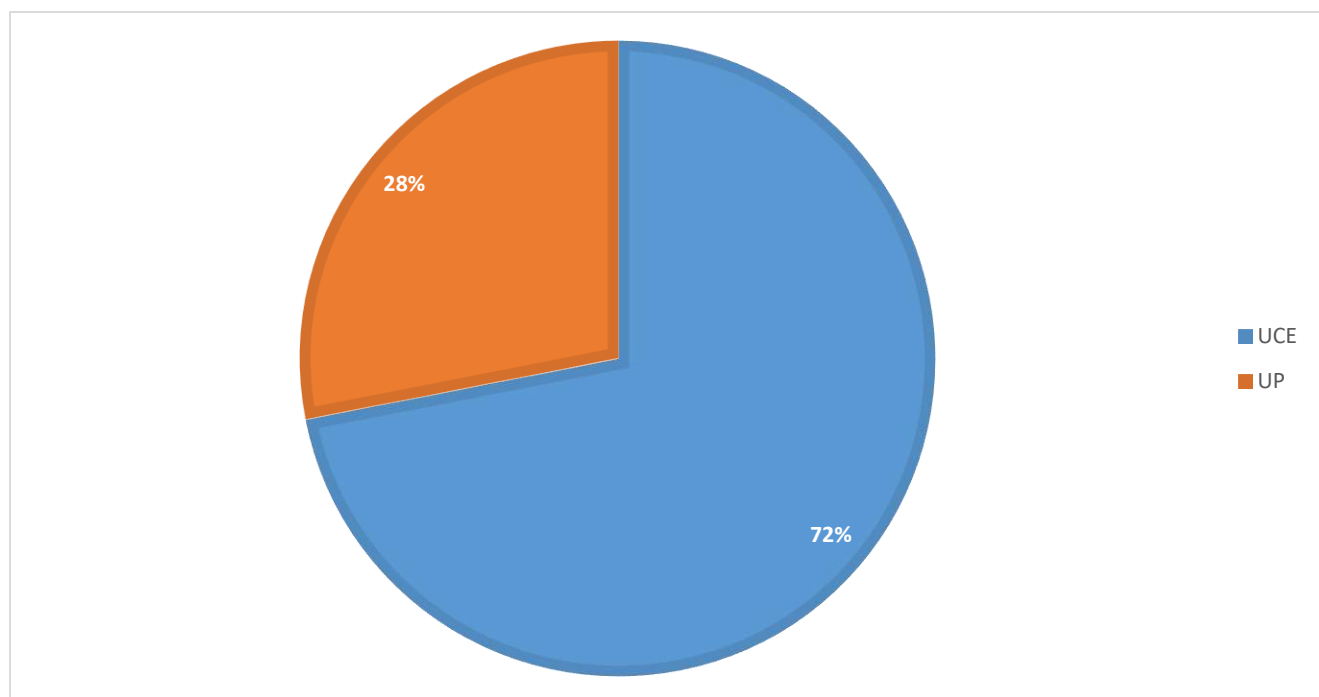
Tabla 4- Nómina de personal del Centro de Salud, especialidad y Universidad de estudios

Servicio	Personal	Universidad
Médico Familiar	1 médico Familiar	UCE
Médico General	2 médicos generales	2 UCE
Obstetricia	1 obstetra	Técnica de Manabí
Nutrición	1 nutricionista	UCE
Odontólogo	2 odontóloga	UCE
Enfermería	1 licenciadas	UCE
Internos rotativos de Medicina	2 IRM	UCE

Fuente: centros de salud del Distrito 17D03

Elaboración: Internos rotativos

Fig. 4 - Porcentaje de graduados en la UCE



Fuente: centros de salud del Distrito 17D03

Elaboración: Internos rotativos

CENTRO DE SALUD "CORAZON DE JESUS"

Antecedente histórico

El barrio Corazón de Jesús, surge originalmente frente al crecimiento poblacional que cada vez alcanza niveles altos en la ciudad de Quito, como resultado de migraciones hacia la misma, además frente a la inminente necesidad de la población de establecerse y conseguir vivienda, situación que conduce a la gente a exigir una forma adecuada de vida y garantía de estabilidad para sus familiares.

Es así que el 09 de mayo 2009 se inaugura el centro de Salud Corazón de Jesús y comienza a funcionar como una Unidad en Atención Primaria en Salud. Esto se consiguió debido a la participación de líderes barriales. Actualmente este barrio tiene una población aproximada de 29262 personas.

El equipo de trabajo desde un inicio estuvo formado por profesionales del campo de la salud formados en su mayoría en la Universidad Central del Ecuador, personas con calidad humana y valiosas virtudes que desde el comienzo buscaron el fortalecimiento de esa unidad de salud, quizás porque su vocación los empuja a brindar una atención de calidad, sin distinción de raza, color de piel o nivel socioeconómico, o quizás solamente porque aman servir al prójimo.

Internado rotativo

En lo que respecta a la inclusión de internos de las diferentes ramas que forman parte de la Facultad de Ciencias Médicas, este centro de salud hasta febrero del 2020 solo contaba con estudiantes de las carreras de psicología y nutrición. A inicios de febrero se incorporó al equipo de trabajo un grupo de internos de medicina de la Universidad Central del Ecuador, siendo así la primera promoción de estudiantes que realizan prácticas en esta casa de salud.

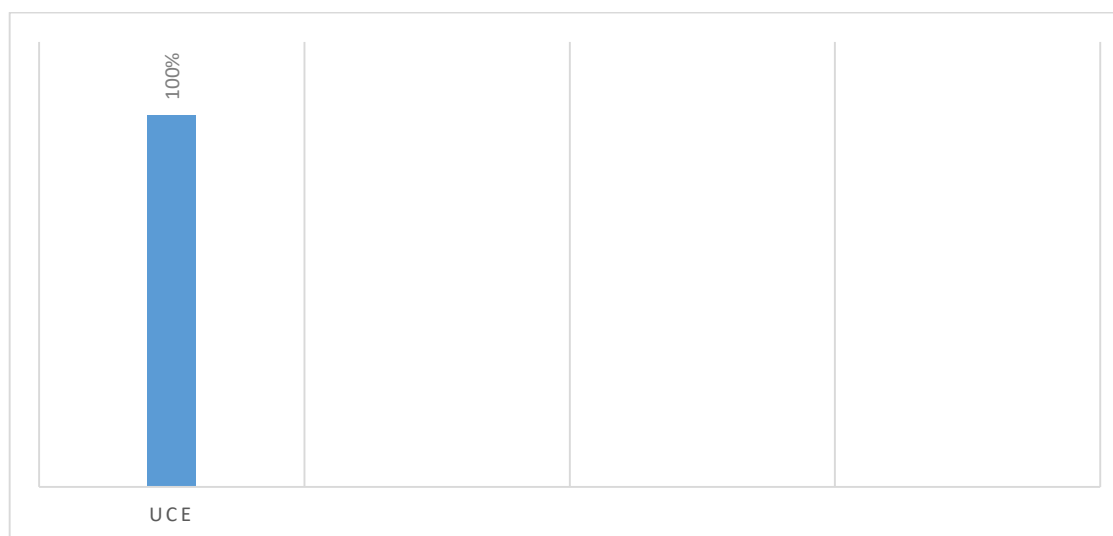
Tabla 6 - Nómina de personal del Centro de Salud, especialidad y Universidad de estudios

Servicio	Personal	Universidad
Médico General	2 médicos generales	2 UCE*
Médico Familiar	1 médico Familiar	UCE
Obstetricia	1 obstetra	UCE
Psicología	1 psicólogo clínico	UCE
Nutrición	1 nutricionista	UCE
Odontólogo	1 odontóloga	UCE
Enfermería	2 licenciadas	2 UCE
Internos rotativos de Medicina	2 IRM	UCE

*UCE: Universidad Central del Ecuador

Fuente: centros de salud del Distrito 17D03

Elaboración: Internos rotativos

Fig. 5 - Porcentaje de profesionales del centro de Salud graduados en la UCE

Fuente: centros de salud del Distrito 17D03

Elaboración: Internos rotativos

CENTRO DE SALUD "SAN ANTONIO DE PICHINCHA"

Antecedente histórico

La historia de la parroquia de San Antonio de Pichincha se remonta a la época pre-Inca. San Antonio, se presenta en época pre-Inca como un asentamiento agrícola llamado Lulumbamba, término de raíz quichua que significa llanura de frutos o huevo en la planicie.

Fig. 6 - Centro de Salud San Antonio de Pichincha, 17D03 - MSP.



Fuente: centros de salud del Distrito 17D03

Elaboración: Internos rotativos

Antiguo subcentro de salud

En el año de 1976 fue inaugurado el Subcentro de Salud de la parroquia de San Antonio de Pichincha en cual se encontraba ubicado en el barrio San Francisco en las calles Daniel Cevallos y Equinoccial, funcionaba con apenas 5 profesionales que atendían en promedio a unas 100 personas por día.

La atención del Subcentro de Salud era de 8h00 a 16h30; sin embargo, fue insuficiente, puesto que no abastecía a toda la población de la parroquia debido a la falta de infraestructura, medicamentos y personal.

Situación actual del centro de salud

Luego de 41 años, el 2 de febrero del 2017 se inaugura en San Antonio de Pichincha el nuevo y moderno Centro de Salud tipo C, con el fin de mejorar la calidad de atención para aproximadamente 35.000 habitantes del sector. Se encuentra localizado en el Barrio San Francisco y se estima que atiende en promedio a 400 pacientes por día.

Internado rotativo

Las actividades del internado rotativo dentro del programa de comunitaria en el Centro de Salud de San Antonio de Pichincha iniciaron desde el año 2017 a partir del funcionamiento de las nuevas instalaciones, con la participación de los estudiantes en los distintos servicios que le competen a la Carrera de Medicina como son: medicina general, medicina familiar, pediatría, el área de vacunación y ginecología, a la Carrera de Obstetricia en los servicios de: ginecología, obstetricia, emergencias obstétricas y sala de partos y la Carrera de Enfermería en los servicios de: área de vacunación y procedimientos; abarcando la mayoría de población del sector que serán motivo de atención del primer nivel de Salud y lo prepara para el manejo adecuado y oportuno de las patologías más prevalentes de la población según grupos etarios.

Las actividades desarrolladas en el centro de salud no solo se enmarcan a las relacionadas intramurales en servicios de consulta externa y emergencia, es importante destacar la actividad extramural que se desarrolla en conjunto con los médicos del barrio, donde se recorren las áreas de influencia geográfica del establecimiento, brindando atención prioritaria destinada a los grupos más vulnerables de la sociedad como son discapacitados, tercera edad, cuidados paliativos, entre otros.

Fig. 7 - Internos Rotativos del Ciclo de Salud Comunitaria en el 17D03



Fuente: centros de salud del Distrito 17D03

Elaboración: Internos rotativos

Así mismo desarrollan charlas informativas dirigidas a los pacientes de las salas de espera tanto de la Consulta Externa como en Emergencia, de igual manera la educación dirigida a las embarazadas con todos los temas que se pueden abarcar, son actividades del día a día desarrolladas por los Internos Rotativos.

Tabla 7- Nómina de personal del Centro de Salud de San Antonio d Pichincha al 2020

Servicio	Personal	Universidad
Médico General	Dr. Lojan Romel	UCE
	Dra. Morales Luisa	UCE
	Dra. Larrea Cecilia	PUCE
Médico Familiar	Dra. Lozano Katy	U CUENCA
	Dr. Hurtado Jorge	UCE
Ginecología	Dr. Suarez	UCE
Pediatría	Dra. Angara Evelyn	UCE
Obstetricia	Obst. Andrango Jorge	UCE
Odontólogo	Od. Aguilar Noria	UP
	Od. Mier Dennis	UCE
	Od. Cruz Jorge	UP
	Od. Mejía Diego	UCE
	Od. Saltos Ximena	UCE
Enfermería	Lic. Jaramillo Ximena	UCE
	Lic. Mesa Teresa	UCE
	Lic. Cuello Erika	UCE
	Lic. Anrango Doris	UCE
	Lic. Risueño Mónica	UP
	Lic. García Patricia	UCE

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

Aux. enfermería	Lic. Hermoza Ana	UCE
Internos rotativos de Medicina	IRM Chiriboga Paola	UCE
	IRM Domínguez Darío	UCE
	IRM Torres Alex	UCE

Fuente: centros de salud del Distrito 17D03

Elaboración: Internos rotativos

Conclusiones

El Programa de Internado Rotativo se realiza en el sexto año de la carrera de Medicina de la Universidad Central del Ecuador y tiene como objetivo consolidar las competencias del médico general, dentro de un escenario hospitalario y bajo supervisión de un médico tratante.

La rotación en el área de salud comunitaria permite a los estudiantes del último año de la carrera de medicina formar parte del equipo de salud, realizar procedimientos médicos los mismos que son supervisados y autorizados por el personal correspondiente lo que permite así la formación de los estudiantes como futuros profesionales.

En la actualidad la influencia que tienen las distintas unidades operativas por parte de la Universidad Central del Ecuador es de gran magnitud ya que la mayor parte del personal médico se formaron en esta institución, y a ello se suman los internos rotativos de medicina que son un gran aporte en las unidades, y también serán parte de la historia de cada centro de salud.

Bibliografía

1. Estévez E, Villota I, Zapata M, Echeverría C. La Escuela Médica de Quito: origen y trayectoria de tres siglos. Revista de Facultad de Ciencias Médicas. 2018; p. 145-163.
2. Ministerio E, Rotativo I. Salud alcanza acuerdo sobre estipendio de estudiantes de Medicina. 2020.
3. Ministerio de Salud Pública. Centro de Salud Tipo C San Antonio de Pichincha. [Online].; 2019. Available from: <https://www.salud.gob.ec/centro-de-salud-tipo-c-san-antonio-de-pichinca/>.
4. Dirección Nacional de Estadística y Análisis de Información de Salud. [Online].; 2017 [cited 2020 marzo 18. Available from: <https://geosalud.msp.gob.ec/geovisualizador/>.
5. Twitter T De. Ministerio de Salud ratifica ajuste en el estipendio para internos rotativos. [Online].; 2019.
6. Geosalud. Ministerio de Salud Pública. [Online].; 2017 [cited 2020 Marzo 21. Available from: <https://geosalud.msp.gob.ec/geovisualizador/>.
7. Molineros D. Análisis Situacional integral de Salud Centro de Salud La Bota. Período 2018.. Quito: Ministerio de Salud Pública; 2018.
8. Distrito Metropolitano de Quito. Mapa de servicios sociales integrados del distrito metropolitano de Quito. [Online].; 2013 [cited 2020 Marzo 18. Available from: http://www.quito.gob.ec/mapas_servicios/Comite_Pueblo_mapa.pdf.
9. Ministerio de Salud Pública. San Antonio de Pichincha cuenta con nuevo centro de salud, luego de 41 años. [Online].; 2019. Available from: <https://www.salud.gob.ec/san-antonio-de-pichincha-cuenta-con-nuevo-centro-de-salud-luego-de-41-anos/>.
10. ASSIS. COORDINACION ZONAL 9 SALUD CENTRO DE SALUD POMASQUI 2019-2020.
11. Ministerio del Trabajo. 6 acuerdos con el MSP evitarían la reducción del estipendio de los internos rotativos; 2020.
12. LAS AMÉRICAS FDMUDLID. PROGRAMA DE INTERNADO ROTATORIO REGLAMENTO.

Capítulo IV C: Ministerio de Salud Pública: historia del Internado Rotativo en los centros de salud pertenecientes al Distrito 17D05 de la Red de servicios del Ministerio de Salud Pública

Mancheno A.¹, Mantilla N.¹, Montenegro D.¹, Morales B.¹, Naranjo P.¹, Palacios D.¹, Pulla P.¹, Reascos C.¹, Calderón L.²

¹*Internos Rotativos de Medicina, Ciclo de Salud Comunitaria, Universidad Central del Ecuador*

²*Docente Universidad Central del Ecuador*

Alvaro Raúl Mancheno Moreira	https://orcid.org/0000-0001-9618-4315
Esteban Nicolás Mantilla Cadena	https://orcid.org/0000-0003-0192-0119
Erika Deyanira Montenegro Garcia	https://orcid.org/0000-0001-5442-7905
Brenda Lorena Morales Silva	https://orcid.org/0000-0001-5978-9171
Patricio Alexander Naranjo Lara	https://orcid.org/0000-0003-3639-6062
Doménica Anahí Palacios Segarra	https://orcid.org/0000-0001-7451-0968
Paola Beatriz Pulla Jumbo	https://orcid.org/0000-0001-9626-9116
Lizath Carolina Reascos González	https://orcid.org/0000-0001-6912-1861
Lilián Rebeca Calderón Layedra	https://orcid.org/0000-0003-4788-2621

Introducción

El ejercicio profesional a nivel hospitalario surgió en el Ecuador, desde el mismo inicio de la práctica de la medicina.

Es así que en el año 1800, se establece que los estudiantes de medicina deben asistir a las casas de salud, para practicar y desarrollar habilidades y aptitudes de un buen profesional médico; evidenciando la necesidad de crear un vínculo entre la teoría y la práctica (1).

En 1850, es obligatoria la asistencia diaria de los estudiantes al hospital y llevar un registro diario de los pacientes y su evolución, lo que hoy se conoce como historia clínica.

Para 1926, es emitida la Ley de Sanidad que establece que los estudiantes de Medicina de todas las Universidades del Ecuador, están en la obligación de realizar estudios prácticos sobre tratamiento y profilaxis, durante sus dos últimos periodos de vacaciones (1).

En el año 1969, gracias a las innovaciones del Dr. Plutarco Naranjo, se forma el programa del Internado Rotativo. Proceso que se consideró como aporte de la Facultad de Medicina de la Universidad Central del Ecuador y del Ministerio de Salud Pública, a la salud del pueblo ecuatoriano; las rotaciones se llevarían a cabo en la red de salud pública (1).

Objetivos

1. Otorgar un legado de los estudiantes de la Universidad Central del Ecuador en base a sus prácticas comunitarias en los Centros de Salud del Distrito 17D05 y su relación con el personal docente, las dinámicas e interacciones que se suscitan al interior de los centros médicos y su interconexión y vivencias con los pacientes que acuden a estos espacios sanitarios.
2. Legitimar el crecimiento profesional de los estudiantes universitarios de la carrera de Medicina al realizar sus prácticas relacionadas con el conocimiento de la realidad que viven los sectores del distrito 17D05.

Materiales y métodos

Estudio descriptivo en donde se recopilaron datos por medio de entrevistas individuales con profesionales, usuarios de los servicios de atención de salud y habitantes aledaños a los centros de salud, se obtuvieron datos claves en proyectos de internos rotativos que cursaron su ciclo de comunitaria por dichos centros, además se realizó una observación directa de campo y análisis documental de los registros y los datos que reposan en el archivo de los diferentes centros de salud.

Se recolectaron las siguientes variables para cada centro de salud perteneciente al distrito 17D05: historia del centro de salud, número de profesionales, universidad de formación, fecha donde se vincula a los centros de salud con internos rotativos, funciones y testimonios.

A. Diseño:

Estudio de tipo observacional - descriptivo, estudios de carácter estadístico y demográfico, ya sean de tipo sociológico o biológico -estudios epidemiológicos- en los que no hay intervención por parte del investigador, y éste se limita a medir las variables que se definen en el estudio.

B. Población:

Profesionales y colaboradores de los diferentes centros de salud.

C. Materiales

Testimonios de médicos, enfermeras, internos y auxiliares de servicio pertenecientes a las diferentes unidades de salud correspondientes al distrito 17D05, información recopilada en informes de actividades realizadas y análisis situacional por centro de salud, sitios web del gobierno autónomo descentralizado parroquial.

D. Herramientas

En el presente artículo para la recopilación de información se utilizó, bases de datos proporcionados por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, sitios web de Gobiernos Autónomos descentralizados parroquiales.

Resultados

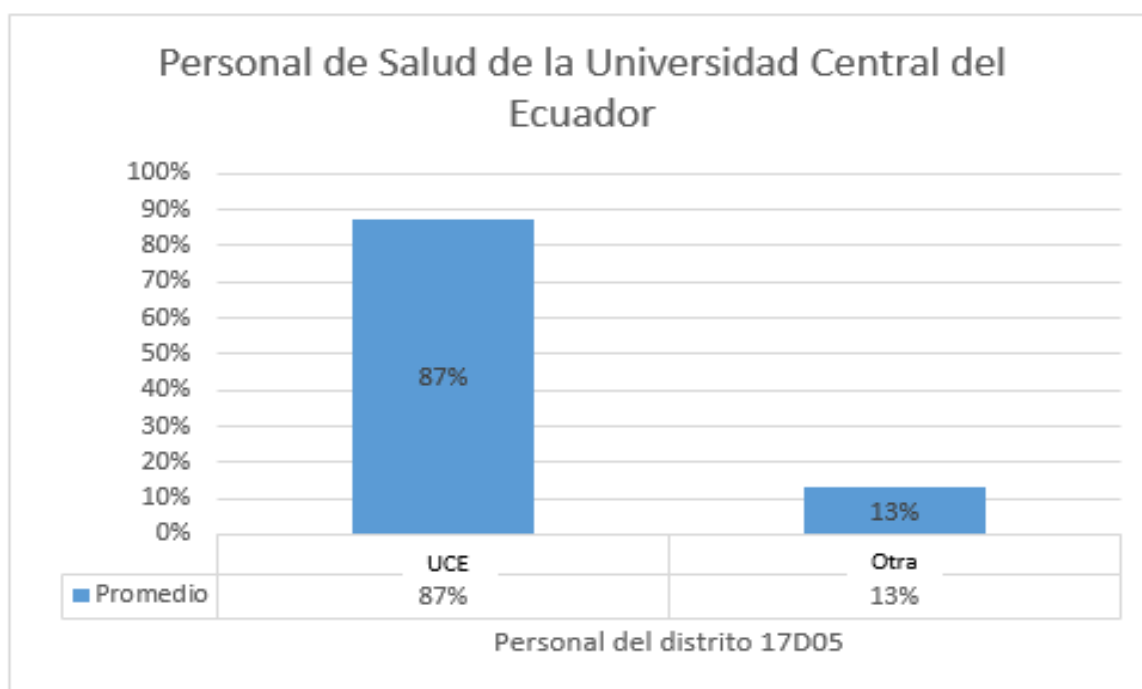
Actualmente la influencia que tiene la Universidad Central del Ecuador sobre los centros de salud, es considerable, teniendo en cuenta que la mayoría del personal que lo conforma ha estudiado en esta respetada institución ya sea su pregrado o posgrado (Gráfico 1).

CENTRO DE SALUD “ZÁMBIZA”

En el presente estudio fueron incluidos los profesionales de la salud que laboran en distintos Centros de Salud que en conjunto conforman el Distrito 17D05.

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

A través de los testimonios de uno de los informantes que colaboraron, y de informes de médicos rurales, se recabaron datos históricos del Centro de Salud de Zámiza. El cual inició su funcionamiento cerca del año 1985 como subcentro de salud y sus inmediaciones pertenecían al Municipio de Quito.

Gráfico 1- Personal de Salud del Distrito 17D05 de la Universidad Central del Ecuador. 2020.

Fuente: Distrito 17D05

Elaboración: Internos Rotativos

Más de una década después, gracias a la gestión de la Sra. Auxiliar Celina Veliz y de autoridades de la parroquia, se logra comprar un terreno destinado para la construcción del Centro de Salud en las calles Quito y Mejía, el mismo que fue remodelado y ampliado por dos ocasiones, en el 2002 y en el 2010. Quedando conformado por tres consultorios médicos, uno de obstetricia, estadística, farmacia, odontología, preparación, vacunación, procedimientos, baños y bodega. Éste Centro de Salud ha sido considerado como una excelente plaza para médicos y obstetras rurales (1-3).

A partir del año 2014 el Centro de Salud de Zámbez, pasa a formar parte del Distrito de Salud 17D05 La Concepción a Zámbez (1,3).

Actualmente el 100% del personal que labora en el Centro de Salud Zámbez, son graduados de la Universidad Central del Ecuador en la Facultad de Medicina, Enfermería y Obstetricia. De acuerdo al testimonio obtenido de la directora de este Centro de Salud, quien ha laborado por casi quince años en este espacio, siempre ha evidenciado un predominio de profesionales graduados en la Universidad Central del Ecuador, en relación con otras universidades del país. Y es cerca del año 2005 que son recibidos internos rotativos de medicina de la Universidad Central, para completar su ciclo de salud comunitaria; cumpliendo funciones en el servicio que sea requerido (1).

CENTRO DE SALUD "SEGUNDO DIAZ"

Con el afán de atender la falta de atención básica de salud en la Parroquia San Isidro del Inca, barrio "La Campiña del Inca" y la necesidad de contar con un centro de salud, que permita mejorar la calidad de vida y salud de los habitantes del barrio. Se crea en Enero de 1998 el centro de Salud "Segundo Díaz" localizado en las calles José Félix Barreiro y pasaje 4 en terrenos donados por el señor Segundo Díaz, hermano del señor José Díaz en ese entonces presidente de la comunidad, por el cual lleva su nombre, para lo cual el comité barrial, legalmente elegido presenta como proyecto prioritario en el desarrollo barrial, la construcción, equipamiento y puesta en funcionamiento el Centro de Salud (4).

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

El centro de salud cuenta con distintas áreas para la atención a la comunidad de la Campiña del Inca, como son 2 consultorios de medicina general, estación de enfermería, área para nebulizaciones y vacunación, consultorio obstetricia, consultorio de odontología, estadística, farmacia, zona de limpieza y servicios higiénicos para el personal y para pacientes (4).

El equipo de trabajo del centro de salud lo conforman actualmente, el Odontólogo Andrés Romero (jefe administrativo del Centro de Salud) graduado en la Universidad Central del Ecuador con un tiempo laboral de alrededor de 15 años, la Dra. Isabel Espinosa medico graduada en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador especializada en fitoterapia y medicina alternativa, con un tiempo laboral de aproximadamente 4 meses, la Obstetra Diana Tenorio graduada en la Universidad Central del Ecuador, laborando hace 5 meses en el centro de salud, la Licenciada en Enfermería Irene Jiménez quien se encarga también de las campañas de vacunación de la comunidad y quien lleva trabajando hace aproximadamente 10 años en el centro de Salud Segundo Díaz y la Srta. Paola Almeida encargada de estadística y farmacia hace aproximadamente 2 años(5).

Desde hace medio siglo se instituyó en Ecuador el año de “Internado Rotativo” para estudiantes de medicina y otras carreras, estudiantes que cursan su último año de preparación profesional, los cuales brindan apoyo desde el año 2005 al Centro de Salud Segundo Díaz, donde en años anteriores contaban con el apoyo de médicos que cursan su año de medicatura rural(5)

Los jóvenes internos en el caso de la carrera de medicina son encargados de la apertura de historias clínicas y entrega de turnos, preparación de pacientes, estudio y participación en el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), atención de pacientes en consultas preventivas: Control de crecimiento y desarrollo del niño y adolescente, Fortalecimiento de la Nutrición Infantil, Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), Control preventivo de embarazadas y salud reproductiva, Orientación e información en planificación familiar, Atención de pacientes en consultas de morbilidad, subsecuentes y de emergencia. Además de realizar referencia de los pacientes que ameriten, entrega de Certificados de Salud, todo siempre supervisado por el médico a cargo de la unidad de salud.

Además, se reciben estudiantes que cumplen horas de externado rotativo e internos rotativos de la carrera de nutrición humana complementando así un sistema de salud que cuida la prevención, promoción, tratamiento y seguimiento de su comunidad (6).

CENTRO DE SALUD NAYÓN TIPO “A”

El Centro de Salud Nayón es una unidad operativa perteneciente al distrito 17D05 de la coordinación zonal número 9, ubicado en el centro del poblado, en la calle Sucre SN y Huayna Capac (7). De acuerdo a los relatos del Dr. Luis Peralta, vocal de desarrollo social del Gobierno Autónomo Descentralizado parroquial, fue creado hace más de 25 años en conjunto con las instalaciones de la policía, y es hace aproximadamente 14 años que funcionan en infraestructuras separadas (8).

El personal de salud, cuenta con 1 médico general, 1 médico familiar, 1 obstetriz, 1 odontólogo, 1 psicóloga, 1 enfermera, 1 auxiliar de limpieza y 1 estadístico. (7) Cabe recalcar que los profesionales de salud en su mayoría pertenecen a la Universidad Central del Ecuador, con lo que se aprecia la influencia que tiene esta institución en esta unidad de salud y el alcance de los profesionales de salud una vez concluidos sus estudios superiores. Al momento el administrador del centro de salud, también pertenece a la institución antes mencionada (8).

A pesar de la falta de documentación del inicio del programa de internado rotativo de medicina de la Universidad Central del Ecuador en esta casa de salud, se logró recopilar información gracias al testimonio de la Sra. Rosa Quevedo, quien cumple con actividades de auxiliar de servicios. Ella menciona que desde hace más de 6 años se lleva a cabo un acuerdo entre el establecimiento educativo y el establecimiento de salud, el cual permite las actividades de salud comunitaria en esta institución, recibiendo a estudiantes en su último año, quienes ofrecen apoyo en las diferentes áreas en donde se los requiera. Se observa, así como a través de los años, la Universidad Central del Ecuador ha tenido gran influencia en las áreas de salud, tanto públicas como privadas, en el ejercicio de su profesión, así como en su formación académica (8).

CENTRO DE SALUD TIPO B “FRAY BARTOLOMÉ DE LAS CASAS”

Con cerca de 78 años de vida institucional, el Centro de Salud No 2 de Quito del barrio las Casas, ha atravesado un sinnúmero de cambios, adaptándose a las necesidades de la población, hecho que ha generado más de dos reubicaciones y múltiples variaciones, comprensible para la agitada situación en la que vive el Ecuador. Desde hace 15 años, acoge el nombre que lleva en la actualidad. Es la principal casa de salud de la parroquia Belisario Quevedo y bajo su jurisdicción se encuentran otros cinco centros de salud. Cuenta con una amplia cartera de servicios generales, en donde además de los esenciales, se destaca la atención a pacientes con discapacidad, psicología, tamizaje auditivo, vacunatorio, triaje y observación, rehabilitación y terapia física, termoterapia, estimulación temprana, terapia de lenguaje, psicoprofilaxis de parto, laboratorio, farmacia y rayos x, todo esto para beneficiar a cerca de 83.000 habitantes de los diferentes barrios que conforman la parroquia (9).

Sin desmerecer la rica historia que nos ofrece este centro de salud, la intención de estas líneas procura rendir un pequeño tributo a la influencia de la Universidad Central del Ecuador en este establecimiento, alrededor de 1974 ya rotaban los estudiantes de pregrado de ginecología junto a su tutor, el Dr. Ovando, Director del Centro y docente de Ginecología de la UCE, donde realizaban prácticas dirigidas incorporándose al control prenatal y manejo de la Historia Clínica. En 1977 se agregan los estudiantes de pediatría de quinto año a cargo de la docente Dra. Georgina Andrade, que se prolongó hasta 1983, donde realizamos trabajo intra y extramural (10).

El trabajo intramural de los estudiantes de Pediatría en el Centro de salud, consistía en la toma de signos vitales, manejo de gráficas del crecimiento, valoración del desarrollo psicomotriz, manejo de Historia Clínica Pediátrica, educación en salud a los usuarios del servicio, siempre supervisados por la tutora. El trabajo extramural consistía en visitas domiciliarias, vacunación a domicilio, detección de casos y zonas de riesgo. No había integración interdisciplinaria, pero acompañaban a Enfermería en sus labores comunitarias de pediatría como visitas domiciliarias (10).

La profesora cumplía funciones docentes remuneradas y asistenciales Ad hoc. Esta experiencia se afianzó con la integración del internado rotativo al Centro de salud y la presencia de posgradistas de Ginecología y Pediatría. La relación docente-asistencial en centros de salud va consolidándose progresivamente, lo que coincide con reformas al sistema de salud que comienzan a priorizar la atención primaria de salud y también se debió al aumento del número de estudiantes de las carreras de salud y a las reformas curriculares de la carrera de medicina de la UCE (10).

La Facultad de Ciencias Médicas amplía las rotaciones por los servicios de salud de primero y segundo nivel de atención para facilitar las prácticas formativas de los estudiantes de los últimos años y busca servicios de menor complejidad que los hospitales. Son los primeros pasos de un nuevo abordaje en la formación de los futuros profesionales, especialmente de los médicos que hasta ese entonces se centralizaban en los servicios de tercer nivel. El Centro 2 se amplió en sus instalaciones y cambió de ubicación, dando cabida a un número mayor de docentes y estudiantes de la UCE y de otras universidades (10).

En 1983 se inicia el Proyecto Docente Asistencial que escoge la zona sur – occidente de Quito y la docente de pediatría pasa a desempeñar funciones en el Centro N°6 del MSP “La Libertad”. Sin embargo, en Centro 2 como unidad docente siguió funcionando el internado con nuevos docentes incorporados a esa labor (10).

No existen fuentes bibliográficas con respecto a este tema, el paso del tiempo ha dejado una marca imborrable del trabajo desempeñado por los profesionales de salud graduados por nuestra universidad, así lo asegura la Lic. Miriam Benavides, Jefa de Enfermería del servicio de Emergencia, quien ha estado durante varios años en el establecimiento. Asegura que la llegada de los Internos Rotativos de Medicina hace más de 46 años, cambió el panorama completo de la atención en el centro, pues el esfuerzo, la habilidad y destreza que caracteriza a los estudiantes de la Universidad Central se ve reflejada en las tareas en las que se desenvuelve diariamente el Interno Rotativo, y no únicamente de la Carrera de Medicina, sino en otras como Enfermería, Fisioterapia y Laboratorio Clínico (9,10).

La mayoría de profesionales de la salud, especialmente médicos que laboran en esta unidad, pertenecen al pregrado de la Universidad Central, consolidan la influencia del alma mater en su formación y en su atención en la población, pues el testimonio de los pacientes tanto de la parroquia, así como de otras, asevera esta situación (9).

Si bien, la educación superior, y en especial la Universidad Central del Ecuador ha pasado por cambios radicales en la última década, no hay que desmerecer la importancia que ha dado a la formación de los médicos de la nación, pues lo historia recuerda y recordará, en cada paciente y sobretodo en cada acto realizado por las manos de nuestros estudiantes y médicos durante toda esta línea de tiempo (9).

Conclusión

La conformación de las unidades operativas del distrito 17D05 inicia con el apoyo de diferentes instituciones de los gobiernos parroquiales, profesionales que hacen parte del equipo operativo de las casas de salud, así como con el apoyo de la ciudadanía, con lo cual se ha logrado un avance importante en el sector salud. Actualmente la influencia que tiene la Universidad Central del Ecuador sobre los centros de salud, es considerable, teniendo en cuenta que la mayoría del personal que lo conforma ha estudiado en esta respetada institución ya sea su pregrado o posgrado. Los internos rotativos de medicina, son un recurso humano insustituible por destacarse en las diferentes actividades que realizan a lo largo de su rotación de actividad comunitaria, por lo cual, se considera que parte de la historia de cada centro de salud que se ha mencionado en este artículo, tendrá sin duda alguna, la participación de este grupo de estudiantes.

Bibliografía:

1. **Ramos Alencastro, Marilene Viviana.** *Informe para la Culminación del Año Social Rural.* Quito: Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2018.
2. **Segovia Sánchez, Ana María.** *Nivel de conocimiento acerca del uso de métodos anticonceptivos y su relación con el embarazo en adolescentes de entre 15-17 años que asisten al Centro de Salud de Zámiza en el Periodo Enero - Marzo 2016.* Quito: Universidad Central del Ecuador, 2016. 1.
3. **Reyes Cárdenas, Carla Valquiria.** *Informe de las actividades realizadas durante el año de salud social rural.* Quito: Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017. 1.
4. **IRM Leonardo Acosta.** *Informe para la Culminación del Año Social Rural.* Quito: Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2006.
5. **Isabel Espinosa.** *Análisis situacional integral de salud. Centro de Salud Segundo Diaz. Período Enero - Marzo 2019.* Quito: Ministerio de Salud Pública, 2019. 1.
6. **Diana Valeria Melo Castro** *Informe de las actividades realizadas durante el año de internado rotativo-comunitaria.* Quito: Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019. 1.
7. **GAD Nayón.** *Programas de atención prioritaria entre el Gobierno Autónomo Descentralizado de Nayón y Centro de Salud Nayón; obtenido de www.nayon.gob.ec; 2020*
8. **Ministerio de Salud Pública.** *Análisis situacional integral de salud. Centro de Salud Nayón.* Quito: Ministerio de Salud Pública; 2018
9. **Ministerio de Salud Pública.** *Análisis situacional integral de salud. Centro de Salud Fray Bartolomé de las Casas.* Quito: Ministerio de Salud Pública; 2019
10. **Andrade, G.** *entrevista personal.* Febrero 2021.

Capítulo IV D: Historia del Internado Rotativo en el centro de salud Tipo B “Lucha de los Pobres” de la Red de servicios del Ministerio de Salud Pública.

González Vera Víctor Andrés¹, Morocho Anchali Jessica Gabriela¹, Andrade Yépez Georgina², Calderón Laydra Lilián Rebeca².

¹ Interno Rotativo de la Carrera de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador

² Docentes Universidad Central del Ecuador

Correspondencia: Morocho Anchali Jessica Gabriela/ jessygb50@hotmail.com

Víctor Andrés González Vera

<https://orcid.org/0000-0002-3088-2193>

Jessica Gabriela Morocho Anchali

<https://orcid.org/0000-0002-5841-069X>

Georgina de las Mercedes Andrade Yépez

<https://orcid.org/0000-0001-6137-2295>

Lilián Rebeca Calderón Laydra

<https://orcid.org/0000-0003-4788-2621>

Introducción

En el Plan Nacional del Buen Vivir 2013 – 2017, objetivo 1, política y lineamientos 1.1, literal f, se plantea: “Consolidar la desconcentración de la función ejecutiva en el territorio, a través del impulso a la articulación territorial e intersectorial en zonas, distritos y circuitos administrativos, en el marco de los modelos de gestión desconcentrados de la Función Ejecutiva”. Por lo que existe esta división territorial, además en el Modelo de Atención integral de Salud (MAIS) establece una “organización territorial de la red pública integral de salud (RPIS) estructurándose macroneces, redes zonales, microneces distritales, mediante la articulación funcional requerida en los niveles de atención de la RPIS y con la RC con los proveedores de servicios de salud privados, conforme la nueva división territorial de la gestión gubernamental” (1).

El internado rotativo es el último año que cursa el estudiante de medicina en su formación profesional. “es considerado un año obligatorio e indispensable para que los alumnos sean integrados en el área de la salud y fortalezcan los conocimientos adquiridos durante su formación de pregrado” (1,2).

Durante este año, los IRM reciben una compensación económica mensual denominada “estipendio”. Corresponde a una asignación económica que es entregada por el Ministerio de Salud Pública (MSP) al Interno Rotativo a través de la instancia administrativa correspondiente. “Según el artículo 11 del Registro Oficial No 690 el monto del reconocimiento económico individual por las actividades asistenciales correspondería al 60% de la remuneración mensual unificada vigente de los profesionales rurales” que asciende a USD 540,60 (2,3).

El presente trabajo pretende determinar las características y limitaciones con las que se enfrentan los estudiantes de medicina antes de terminar su formación en la carrera profesional.

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

Objetivos

- 1.- Revisar los antecedentes e importancia que tiene la creación del internado rotativo de los estudiantes de medicina para fortalecer sus destrezas dentro del medio laboral.
- 2.- Identificar la importancia que tiene la participación de la población del área de influencia de las unidades de salud que permitan proporcionar una atención y seguimiento adecuados de todos los usuarios.
- 3.- Evaluar las actividades realizadas en el centro de salud tipo B del primer nivel de atención “Lucha de los Pobres” de la red de servicios del MSP y definir la relación o impacto en la formación profesional de los IRM.

Materiales y métodos

Se realizó una búsqueda de información a partir de diferentes fuentes como: el Análisis Situacional Integral de Salud (ASIS), documentos del Ministerio de Salud Pública (MSP) que tratan sobre la docencia en el ámbito laboral, artículos informativos de la Organización Panamericana de Salud (OPS), medios locales y entrevistas a docentes, esta información adaptada al contexto de la unidad de salud.

Resultados

Se encontró información confiable acerca de la historia del centro de salud “Lucha de los Pobres”, los servicios que ofrece, las actividades realizadas en la unidad de salud y la docencia realizada en el ámbito laboral.

HISTORIA DEL CENTRO DE SALUD TIPO B “LUCHA DE LOS POBRES”

“En el inicio este barrio estaba conformado por 200 familias, gente humilde de escasos recursos que llegaban de distintas provincias del Ecuador, con el propósito de buscar de alguna manera mejorar su pobre y desgastada situación económica y social”(1)

“Esta organización popular es una de las únicas cooperativas de vivienda de Quito que invadió tierras. En el año 1980 se unieron para fundar la cooperativa Juan Montalvo que está legalizada bajo el nombre de cooperativa Lucha de los Pobres. Los dirigentes tratan de negociar con los propietarios de la hacienda Santa Ana ubicada en el kilómetro 4,5 de la Panamericana sur. Esta propiedad abarca una superficie de 123 hectáreas de las cuales 6 son cultivadas. Luego de largas discusiones con los propietarios, parece existir un acuerdo en el que los socios de la cooperativa pueden comprar la Hacienda. Pero a último momento, los propietarios rechazan la venta al precio pactado, entonces las familias invaden la Hacienda en 1983” (2)

Posteriormente se construyeron viviendas pequeñas y sencillas, “algunas de madera, otras de adobe con la cubierta de zinc y plástico, donde se acomodan familias de seis u ocho integrantes” (2)

En estas circunstancias y ya declaradas las intenciones de estas personas de mantenerse como un asentamiento ilegal, surgen otras necesidades, como los principales servicios básicos, como son la falta de agua, luz, alcantarillado, acompañados de la carencia de escuelas, mercados, centros de salud, entre otros (2)

La provisión del agua potable, se la hacía de las vertientes naturales ubicadas en la quebrada San Pedro y Santa Ana, también de servicio de tanqueros, las excretas se las realizaba en letrinas que cada morador construía en su lote.

Con el fin de dar solución a estas problemáticas, se conformó en el año de 1985 un comité pro mejoras “Lucha de los Pobres”, el mismo que estaba integrado por un conjunto de moradores dispuestos a luchar en búsqueda de las obras sociales para su comunidad (2).

Gestión del Comité por la consecución de un Centro de Salud en el sector bajo de la Lucha de los Pobres. (1991, Obra realizada). La Unidad Operativa se inició hace 27 años en el mismo lugar, en una casa de teja que fue bodega y establo de

la hacienda, y a la cual se le realizaron diferentes adecuaciones y readecuaciones para que funcione como unidad de salud (2).

En 1993 la FCM de la UCE participó en un concurso entre 111 universidades latinoamericanas para recibir apoyo económico e impulsar una nueva visión de formación de profesionales de salud con fortalecimiento en la enseñanza de la atención primaria de salud. Las autoras fueron la Dra. Georgina de Carrillo, Dra. Georgina Andrade Yépez y Lcda. Adrila Aguirre. En 1994 se implementa el Proyecto UNI-Quito, (Una Nueva Iniciativa en la Formación de Profesionales de Salud en unión con la comunidad). Se realizan convenios interinstitucionales entre UCE, MSP y Fundación Kellogg y con participación de la Comunidad organizada a través de líderes debidamente reconocidos por la colectividad. Se fortalecieron los servicios de atención primaria localizados en el sur de la ciudad, entre los que participó el Centro de Salud Lucha de los Pobres. Allí rotaban los estudiantes del Internado Rotativo de la UCE, de medicina, enfermería y obstetricia, brindaban atención supervisada y realizaban educación sanitaria en la comunidad, se iniciaron los clubes de embarazadas, de madres lactantes de diabéticos, e hipertensos, desnutridos, etc. a los que se realizaba seguimiento domiciliario en equipos interdisciplinarios bajo un tutor de la universidad y un tratante del servicio de salud (3,4).

Se implementó el uso de mapas parlantes con detección de grupos poblacionales en riesgo, y se aplicaban las normas de los Programas Prioritarios del MSP (1).

Este proyecto duró hasta 1997, que posteriormente continuó porque se consolidó la política gubernamental de ampliar la salud preventiva en áreas comunitarias. En el año 2007 la Dra. Georgina Andrade siendo Directora (E) de Medicina 2007-2008 y Directora (E) del Internado Rotativo de Medicina de la UCE 2008-2009, presenté al Consejo Directivo de la Facultad la propuesta de reforma curricular con incremento del tiempo de rotación en las áreas comunitarias y reforzando la enseñanza de Atención Primaria de Salud, lo que coincidía con las nuevas políticas nacionales de salud. Se crearon instrumentos que facilitaron el trabajo de los profesionales de salud como la Historia clínica familiar, los mapas parlantes y detección de riesgo poblacional, instrumentos de referencia y contrarreferencia de pacientes a niveles de mayor complejidad y el plan de visitas domiciliarias en equipos multidisciplinarios (5,6).

La comunidad organizada presentaba micro-proyectos de desarrollo como el de “comedores populares”, huertos familiares, letrización, entre otros. Los micro proyectos de comedores populares funcionaban con personas del sector, y preparaban almuerzos para niños y trabajadores a precios módicos, debían ser autosustentables (6).

Los estudiantes eran evaluados por los directores de los servicios de salud y rendían exámenes con sus tutores docentes, se pedía la opinión de los usuarios sobre la actitud de los estudiantes en el trabajo comunitario.

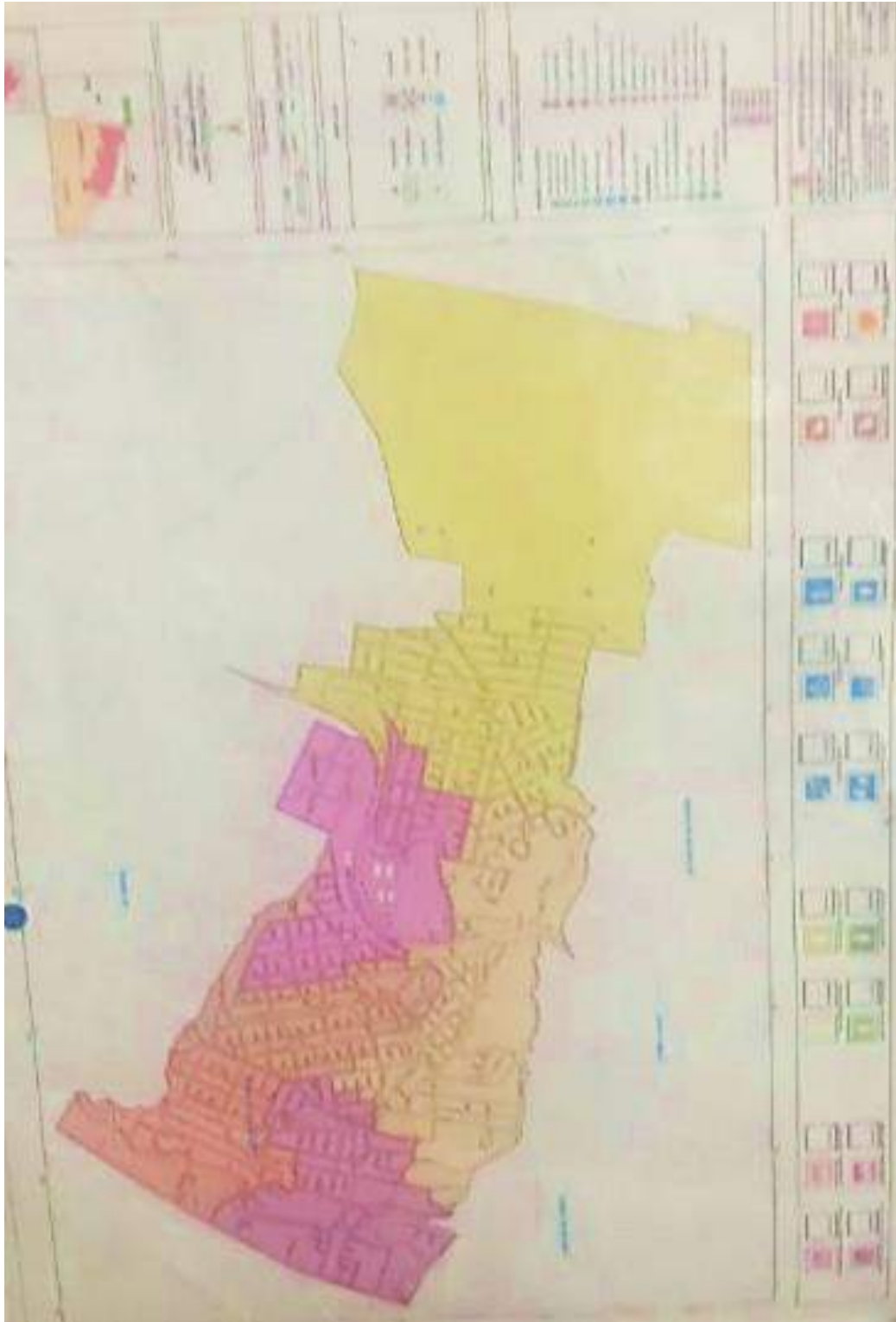
Por gestión de la comunidad, a partir del año 2011 el barrio cuenta con un Centro de Salud con infraestructura adecuada y moderna para la atención en salud de los moradores del sector (1)

Imagen 1 - Exteriores del Centro de Salud Tipo B “Lucha de los Pobres”



Fuente: Los Internos Rotativos investigadores

Imagen 2 - Mapa parlante del Centro de Salud “Lucha de los Pobres”



Fuente: Los Internos Rotativos investigadores

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

Servicio de comunitaria que realiza el Centro de Salud

El servicio de comunitaria dentro del sector abarca el reconocimiento de puntos críticos de pacientes que han sido diagnosticados con algún tipo de discapacidad, embarazo o patología crónica, ya que ellos necesitan atención médica con frecuencia y muchos de estos pacientes viven solos y les es difícil acercarse a la unidad de salud para su atención. Actividad que está liderada por la Lic. Alexandra Andrade (TAP de este Centro de Salud) conjuntamente con otros profesionales que laboran en la unidad de salud (4,7)

Otro grupo poblacional con el que trabaja el Centro de Salud son los adolescentes, existe un “Club de Adolescentes” quienes están a cargo de los profesionales Dra. Camila Naranjo, Psc. Franklin Obregón, Obst. Neyda Estrada. Dentro del trabajo que realizan se encuentran charlas educativas vía zoom, actividad adaptada desde el mes de junio de 2020 dentro de la emergencia sanitaria. Dentro del centro de salud este grupo poblacional tiene prioridad de atención en los servicios de Psicología, Medicina Familiar, Obstetricia y Odontología (4,7)

Los pacientes que presentan algún tipo de discapacidad, son un grupo prioritario dentro de esta Unidad de Salud, servicio que está a cargo del Dr. Edisson Auquillas, quien ofrece atención médica, seguimiento, calificación y ayudas técnicas a este grupo de pacientes (4,7)

Imagen 3 – Interno prestando atención en el área de Emergencia del Centro de Salud “Lucha de los Pobres” 2020



Fuente: Los Internos Rotativos investigadores

Función del Interno Rotativo de Medicina dentro del Centro de Salud “Lucha de los Pobres”

La Dra. María de Lourdes Silva, directora del Centro de Salud “Lucha de los Pobres”, menciona que no es muy frecuente la presencia de Internos Rotativos dentro de esta casa de salud y que aquellos que han sido asignados a esta unidad han sido un apoyo para todo el personal que trabaja día a día en este lugar (8,9)

Además, la Dra. menciona que antes de nosotros (Andrés González y Jessica Morocho) hace un año y medio aproximadamente recibieron IRM y que en total han sido aproximadamente 15, durante el periodo del 9 de noviembre 2020 al 17 de enero 2021 el centro de salud contó con 2 IRM, 1 IRE y 1 IRN.

Los IRM son asignados en diferentes rotaciones por semana de acuerdo a los servicios que este Centro de Salud ofrece que son: Medicina Familiar, Obstetricia, Medicina General, Emergencias, Consultorio de Discapacidades, Procedimientos de Enfermería, Vacunatorio, Psicología, Nutrición, Farmacia, Laboratorio clínico y Odontología, estando a cargo de cada médico especialista quien dentro de cada consulta imparte sus conocimientos a los Internos para ayudar de esa manera a su formación profesional, dentro de las actividades realizadas incluyen charlas educativas de temas relevantes referentes a salud, dadas a los usuarios mientras esperan ser atendidos por el personal(1,8,9).

Imagen 4 - Internos Rotativos de Medicina participando en charlas educativas para los usuarios del Centro de Salud “Lucha de los Pobres”



Fuente: Internos Rotativos investigadores

Además de las actividades realizadas en el Centro de Salud se realizan las visitas domiciliarias junto con Técnicos en Atención Primaria de Salud (TAPS) donde se conoce de manera directa las necesidades y problemas de salud que abarca el sector, además del reconocimiento de los pacientes que necesitan seguimiento y ayudas técnicas de acuerdo a sus patologías (9,10).

Imagen 5 - Internos Rotativos de Medicina junto con TAP en visita domiciliaria de un paciente con discapacidad



Fuente: Internos Rotativos investigadores

Actividades docentes realizadas en el centro de salud

La atención ambulatoria: consiste en los siguientes puntos:

- La educación para la salud, la prevención y promoción de salud, la profilaxis en el hombre sano, en interrelación con el medio ambiente
- La aplicación del programa de trabajo del médico y enfermera de la familia, el policlínico, la unidad de salud y las actividades de administración que garantizan su cumplimiento
- La atención integral en las consultas, las visitas domiciliarias, los ingresos en el hogar, la detección de población de riesgo, desarrollo de las interconsultas y de las interrelaciones con otros niveles de atención
- La aplicación de programas de seguimiento de pacientes que se clasifican por problemas de salud (2).

Imagen 6 - Interna Rotativa de Medicina junto con TAP y Psicóloga en visita domiciliaria de un paciente con discapacidad, brindando una atención integral y seguimiento a pacientes.



Fuente: Propia

La atención médico quirúrgica consiste en la aplicación de conocimientos en:

Inyecciones intramuscular, subcutánea y endovenosa.

- Inicio de venoclisis.
- Intubación nasogástrica.
- Cateterismo vesical.
- Medidas de asepsia y antisepsia.
- Cohibir hemorragias externas.
- Curar, suturar y vendar heridas.
- Incisión y drenaje de acceso caliente.
- Masaje cardiaco externo.
- Respiración artificial.
- Ventilación pulmonar.
- Anestesia tópica local infiltrativa.
- Inmovilizaciones.

La atención de enfermería consiste en la aplicación de conocimientos en:

- Administración de medicamentos por vía oral.
- Inyecciones intramusculares subcutáneas, intradérmicas y endovenosa.

- Preparación y administración de venoclisis.
- Cateterismo vesical.
- Administración de oxígeno, vapoyet y aerosol.
- Masaje cardiaco externo.
- Respiración artificial
- Desinfección, preparación, y esterilización de materiales.
- Instrumentales y equipos.
- Cambio de posiciones del paciente.
- Desinfección.
- Aplicación de tratamiento por vía dérmica.
- Aplicación de colirios y ungüentos oftálmicos.
- Aplicación de instilaciones óticas y nasales.
- Curaciones de heridas y aplicación de vendajes.
- Retiro de sutura.
- Preparación de pacientes para consulta médica.
- Toma de signos vitales: Tensión arterial, frecuencia cardíaca, temperatura, frecuencia respiratoria, peso, talla, además del perímetro cefálico y perímetro abdominal (cuando amerite el caso) (2).

La presentación del caso y capacitaciones consiste en la revisión de temas en el área de la salud:

- Se presenta el caso clínico relacionado con el tema revisado en bibliografías con evidencias científicas.
- Se realizan jornadas de capacitación sobre temas de importancia para el personal de salud.

Imagen 7 - Internos Rotativos de Medicina en jornadas de capacitaciones dirigidos al personal de salud con presentación de caso clínico



Fuente: Propia

Conclusiones

1. Es importante conocer la historia del internado rotativo para la formación profesional de los futuros médicos, para el desarrollo de sus respectivas destrezas, especialmente en el primer nivel de salud, que es la puerta de entrada al sistema de salud y donde se realiza la prevención y atención integral de salud.
2. El centro de salud abarca una población extensa que requiere los servicios que ofrece, incluso hay población de riesgo por ciclos de vida, por acceso a las unidades de salud, por la inequidad social y educativa que requiere atención especial por parte del personal del centro de salud.
3. A medida que se realizan las actividades de atención al paciente, se realizan las actividades de investigación acción, de atención-educación, de promoción y prevención primaria, de enseñanza-aprendizaje con la comunidad para una retroalimentación productiva y adquisición de nuevos conocimientos con aplicación efectiva frente al paciente.

Componente ético

El valor del presente artículo es informativo, aportando datos que pueden ser citados para búsqueda de información acerca del centro de salud Lucha de los Pobres.

Conflicto de interés

Los autores no manifiestan conflictos de interés.

Bibliografía

1. Modelo de Atención Integral en Salud. Instituciones.msp.gob.ec. 2020. [accessed 30 Dec 2020] Disponible en: <https://bibliotecapromocion.msp.gob.ec/greenstone/collect/promocin/index/assoc/HASH9ae1.dir/doc.pdf>

2. Silva M. Carvajal G. Chávez M. Análisis Situacional Integral de Salud, 2020. Ministerio de Salud Pública. Coordinación Zonal de Salud 9 Salud. Distrito 17D06 Chilibulo-Lloa. Centro de Salud Lucha de los Pobres. Febrero 2020. Disponible en: <https://1drv.ms/b/s!AiIHGBJuPP8biVNYai5C1gmf-1tF?e=ld98Z4>
3. Reformulación de la Propuesta para la II Fase del Proyecto UNI-Quito Una nueva Iniciativa en la Formación de Profesionales de la Salud en Unión con la Comunidad. Facultad de Ciencias Médicas UCE. 1998. Coautora. Andrade Yépez Georgina, Representante de la Academia
4. El interno es pieza clave en la atención hospitalaria. El Comercio. 2020. [accessed 30 Dec 2020] Disponible en: <https://www.elcomercio.com/actualidad/internos-atencion-hospitalaria-medicina-estudiantes.html>
5. Andrade Yépez G. Artículos del Proyecto UNI-Quito en los Boletines N° 1, 2, 3, 4, 5,6 y 8. 1995, 1996, 1997, 1998. FCM. UCE. Coautora.
6. Andrade Y. G. et al. Informes Narrativos de Evaluación del Proyecto UNI–Quito enviados a la Fundación Kellogg. FCM UCE. 1996, 1997, 1998 Coautora.
7. Alonso O. Ilizástigui F. Fernández J. Salas R. Hernández O. Prieto M. Serrano C. Aguilar N. Velásquez A. Méndez G. Reyes M. Orientaciones metodológicas sobre la educación en el trabajo. Ministerio de Salud Pública. Área de Docencia. Disponible en: <https://files.sld.cu/sccs/files/2010/04/educacion-en-el-trabajo5.pdf>
8. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) 2007 La equidad en la mira: la salud pública en Ecuador durante las últimas décadas (Quito: OPS/MSP/CONASA). Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34945>
9. Andrade Yépez Georgina; Carrillo G. de Aguirre A. Proyecto UNI- Quito, Una nueva Iniciativa en la Formación de Profesionales de la Salud en Unión con la Comunidad. Facultad de Ciencias Médicas. UCE. 1993- 1994. Propuesta Presentada a la “Fundación Kellogg. Secretaría del Proyecto FCM. UCE.
10. Diseño Curricular del Nuevo Plan de Estudios de la Escuela de Medicina como Miembro del Grupo Central de Reforma de la Escuela de Medicina en los años 1995, 1996, 1997. Universidad Central del Ecuador, Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Medicina. 1998. Coautora.
11. Andrade Y. G. et al. La Educación de los Profesionales de la Salud en Latinoamérica. Teoría y Práctica de un Movimiento de Cambio. Tomo 2 Las voces de los protagonistas, Cap. 4 Nuevos espacios de participación social en salud. La Comunidad y los Servicios de Salud. Vivencias y Perspectivas para el Siglo XXI. P. 335-340. Sao Paulo, Brasil. 1999. Zambrano C.; Andrade Y. G.; Cañas M. Coautora. ISBN 85-271-0510-1 (tomo 2).
12. Andrade Yépez G. Tesis de Grado para Doctorado en Gestión y Docencia Universitaria en la Universidad del País Vasco Título: “Evaluación de la Formación Pedagógica de los Docentes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador y su impacto en la Atención Primaria de Salud”. 2011. Autora. Repositorio Tesis UPV.
13. Andrade Yépez G. Formación Pedagógica Universitaria. Segundo Premio Universidad Central del Ecuador. Marzo 2013, en libros de salud, con certificación de registro en el Instituto Ecuatoriano de la Propiedad Intelectual (IEPI), como Autora y Titular de la obra Literaria en el capítulo Innovaciones Académicas. 03 abril 2014.

**Capítulo IV E: Historia del Internado Rotativo en el centro de salud Guamaní Tipo C, 17D07.
Red del Ministerio de Salud Pública – Zona 9.**

Autores

Barreno Laguna Adriana Moraima¹, Cabascango Trujillo Rita Carolina¹, Cali Castro Diego Bolívar¹, Erazo Acosta Eder Vladimir¹, Guevara Yépez Paola Sharon¹, Iza Catagña Henry Patricio¹, González Vera Victor Andrés¹, Jaramillo Macaquiza Bryan Alexander¹, Calderón Layedra Lilián Rebeca²

¹ *Internos Rotativos de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Central del Ecuador.*

² *Docente Universidad Central del Ecuador*

Adriana Moraima Barreno lagua	https://orcid.org/0000-0001-9886-6774
Rita Carolina Cabascango Trujillo	https://orcid.org/0000-0002-9563-764X
Diego Bolívar Cali Castro	https://orcid.org/0000-0002-8971-301X
Eder Vladimir Erazo Acosta	https://orcid.org/0000-0003-2034-7119
Sharon Paola Guevara Yépez	https://orcid.org/0000-0002-4075-6211
Henry Patricio Iza Catagña	https://orcid.org/0000-0002-1420-4229
Victor Andrés González Vera	
Bryan Alexander Jaramillo Macaquiza	https://orcid.org/0000-0001-7157-6531
Calderón Layedra Lilián Rebeca	https://orcid.org/0000-0003-4788-2621

Correspondencia: Guevara Yépez Paola Sharon / psguevara@uce.edu.ec

Introducción

El internado rotativo es el último periodo de aprendizaje que cursa el estudiante de medicina en su formación profesional. “Es el periodo curricular de práctica pre-profesional y el cumplimiento de este requisito, con su aprobación permitirá la certificación del título de Médico y la habilitación para el ejercicio profesional”(1).

El Programa de Internado Rotativo se efectuará en los dos últimos ciclos académicos de la carrera de medicina, que tiene la duración de un año calendario ininterrumpido. Se iniciará y terminará en las fechas fijadas en la programación de la Autoridad Sanitaria Nacional y se desarrollará con la modalidad de pasantías obligatorias bajo el régimen de internado, en los establecimientos de salud de la Red Pública Integral de Salud(2).

Durante el internado rotativo se espera fortalecer la relación con los pacientes, la interacción con los colegas y el ejercicio profesional. La práctica médica que se realiza durante este año tiene una particularidad: es una práctica controlada,

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

supervisada, guiada por profesionales con gran experiencia que están dispuestos a compartirla. El alumno de esta institución universitaria, convive con médicos, enfermeras y pacientes desde una perspectiva estrictamente profesional y bajo el amparo institucional pues los diferentes Servicios que reciben a los internos saben que el claustro Universitario está presente en forma permanente y acompañando a sus alumnos. (3)

Durante el tiempo que el alumno esté en el Hospital o Centro de Salud, deberá cumplir estrictamente con las tareas e indicaciones dadas por el equipo médico a cargo de la rotación; el Internado Rotatorio exige del alumno la máxima responsabilidad, el máximo esfuerzo y una dedicación de tiempo completo, pero además goza de privilegios y derechos impartidos por la institución, hospital o centro de salud(1).

El Internado es una etapa importante dado que es el momento en el que el estudiante empieza a formar parte del equipo de salud en los hospitales del país y en las unidades del primer nivel de atención de salud. La presente investigación tiene como objetivo resumir como el interno rotativo ha sido parte de la calidad de atención médica ofrecida en el CS. Guamaní donde se aplica la ciencia y tecnologías médicas, para maximizar los beneficios para la salud con un desempeño apropiado de las intervenciones que se saben son seguras, enseñadas a través de la docencia ofrecida en este centro de salud.

Gráfico 1: Internos Rotativos CS. Guamaní. año 2020



Fuente: CS: Guamaní del D17D07 Zona 9-MSP

Elaboración: Internos Rotativos 2020.

Materiales y métodos

Estudio observacional descriptivo sobre la historia del Internado Rotativo en el Centro de Salud Guamaní tipo C, se obtuvo información histórica a partir de entrevistas a personal de salud de varios años de trayectoria en esta unidad de salud, de documentos publicados, noticias en prensa escrita, información de sitios WEB.

Resultados

Las áreas de salud pública son creadas a partir de la década de los 70, después de la creación del Ministerio de Salud Pública, con el objetivo de dar atención primaria a los habitantes de una zona determinada y de esta manera evitar la aglomeración en los hospitales públicos de las ciudades. Por lo que se vuelve fundamental la participación del interno rotativo en los programas de prevención, salud familiar y comunitaria, como parte de su formación académica de pregrado, importante para que el interno rotativo se relacione con las necesidades de salud más frecuentes y prioritarias de la población

y aprenda a promover un desarrollo integral mediante la participación conjunta y coordinada del equipo de salud, que será posteriormente aplicado a su año de salud rural. (4)

HISTORIA DE SALUD DEL CENTRO DE SALUD GUAMANÍ:

a) Descripción histórica de la población. hitos históricos relevantes y sus actores

Quito llegó a mediados del siglo XVII, con un gran incremento de la población. Eran tiempos de auge de la industria textil, incorporándose Quito a esa fiebre, no solamente en lo comercial, sino ocupando buen espacio productivo. Debido a este crecimiento, el movimiento comercial se desplaza de los centros de actividad de la ciudad guardados por el conventual concepto de encerramiento, hacia fuera de esos límites por los que las apropiaciones territoriales, que dividieron en haciendas se ven también visitadas por los comerciantes o mercaderes de todo tipo de novedades “tiangués”, indígenas o no mestizos no aceptados en los medios blancos, además del intercambio de productos de la tierra. Esas poblaciones más alejadas de la urbe, se irán transformando en las haciendas a las que poco a poco llamarán: La Perla, Turubamba, Cataguango, La Barba, Correa, Caupichu y otras más.(4,5)

El sitio conocido ahora como Guamaní y otros aldeaños, fueron haciendas de propiedad de los llamados criollos, que con el advenimiento del capitalismo y sus necesidades de expansión, tanto para la localización de fábricas, como para las viviendas de los trabajadores, que no encontrarían formas de planificar sus vidas en los barrios del norte, ocupados por grandes construcciones de propiedad de dueños de las antiguas haciendas, por los patrones, dirigentes y mandamases de las empresas constructoras, esas haciendas fueron desmembradas en pequeña propiedades , tanto por las herencias y descuidos posteriores, como por las necesidades antes nombradas.(4,5)

Años después, en algunas haciendas se formaron luego, las cooperativas que llevan nombres en castellano, borrando los nombres primigenios.

Los sacerdotes de los que se tiene conocimiento especialmente son tres: Padre Juan Wisnet que creó las iglesias de Guamaní alto y bajo, como también la de la Victoria Central. Padre Ramiro Moreno y el Padre Luis Campues, pero se recuerda mucho también al Padre José Carollo, especialmente en la parte del Beaterio; a su muerte se sabe que estuvo entregado a la creación de estructuras y espacios para beneficio de los más pobres, hecho tomado como ejemplo por más de uno, siendo reconocidos por los pobladores y también por el conjunto de la ciudadanía. (5)

b) Reseña histórica del centro de salud e importancia

La salud en Guamaní partió de un movimiento estructurado en la base y liderado por comunidades conscientes de la necesidad de relacionar las problemáticas del territorio, identidad y cultura, con participación. (5)

Este proceso social de alta envergadura es sustentado desde el inicio y en buena medida con la fuerza de organización y compromiso de indígenas y sus entidades, y así se logró en pocos años conformar en el sur de Quito una red de servicios activada y propulsada por un movimiento conocido allí como “Frente de Lucha de la entrada sur de Quito”. Los líderes y actores de este hicieron del derecho a la salud de todos y para todos el epicentro de su accionar.

"Lo que se ha podido hacer y se está haciendo en Guamaní es fundamentalmente el desarrollo de una propuesta de la propia comunidad, donde ella misma, con sus líderes, es la que autogestiona las actividades" (4,5)

El 'Frente de Lucha' en Guamaní, comenzó propiamente hace más de 15 años y desde su inicio se ha caracterizado por ser un modelo con un alto nivel de participación social dotado de una capacidad de organización y gestión.

Luis Alfonso Chamorro, ex presidente del Comité pro mejoras del barrio Guamaní Bajo desde 1980, confirma que el primer paso que se dio fue el oficio enviado el 31 de mayo de 1982, en el que se solicita al Dr. Gonzalo Avilés Yáñez Jefe Provincial de Salud de Pichincha, la donación del terreno donde ahora se encuentra ubicado el Centro De Salud. Ese terreno pertenecía

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

a la beneficencia social, el mismo que entregó al Ministerio de Salud con un decreto dictado por el presidente José María Velasco Ibarra en el año 1970.

Para el año 86 se da el terreno como comodato y se empieza a formar el desbanque del terreno para dejarlo plano, posteriormente sería el Municipio el encargado de la infraestructura. En ese tiempo toda la construcción era de madera, vigas, barro y cubierta de teja. La atención médica inicia con la administración del Dr. Luis Muñoz funcionó con 10 médicos, y una masiva asistencia de las personas. (5,6)

En cuanto al desarrollo de la capacidad para brindar un servicio de Maternidad de Corta Estancia, sucede algo muy importante, ya que el índice de mortalidad materno infantil en este sector era alarmante y las medidas correctivas tomadas fueron inmediatas. De igual manera, la gran demanda de servicios por los usuarios del sector, crea la necesidad de incrementar Emergencias las 24 horas por el alto índice de accidentes de tránsito en el sector. (6)

Se da apertura a los servicios de salud alternativos y complementarios; que por esos años era alto el involucramiento de los líderes de los comités, estos servicios tienen una difusión y aceptación a nivel comunitario muy importante. (6)

En el año de 1998 el Área de Salud de Guamaní oferta el servicio de HOMEOPATÍA, por iniciativa de un profesional que se capacita por sus propios medios y porque la comunidad da crédito a este nuevo servicio, dando lugar al inicio de una de las Medicinas Complementarias Alternativas, después de forma paulatina se van incorporando las demás especialidades gracias a la capacitación del Talento humano.

Para el año 2002 se da otro salto importante logrando incluir la Medicina Ancestral como parte del paquete de servicios, siendo su primer Yachag, Francisco Chumap, que fallece y le sucede el Taita Rafael Quispe, que se mantuvo hasta el cierre del centro de salud para la nueva construcción.

A finales del 2008 se inicia con el proyecto del Parto Culturalmente Adecuado, con el fin de dar cumplimiento a los derechos de mujeres en gestación, así como también brindar confianza para que acudan a este centro y de esta manera disminuir la mortalidad materna.

El 26 de junio de 2013, se cerró el centro de salud, debido a que la nueva unidad a reemplazar inició su construcción en el mismo terreno, el 3 de agosto de 2013.(4,5)

El centro de salud es ahora TIPO C "GUAMANI", inició su funcionamiento el 27 de abril del 2015 y fue inaugurado el 13 de mayo a cargo del Presidente de la República Eco. Rafael Correa Delgado, de la Ministra de Salud y las máximas autoridades del país. Se le asignaron 14 zonas censales (17D07EU18, 19, 26, 27, 28, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 47, 49). (4,5,6)

Para agosto del 2015 se encuentra funcionando toda su capacidad de infraestructura, talento humano y servicios.

En Abril del 2016, se reasignó las zonas censales a la Unidad Operativa, asignándole 11 zonas censales y con una población de 43.885, quedando fuera barrios como Los Cornejos y una gran parte de la Ciudadela Nueva Aurora. (4,5)

Para junio del 2016, nuevamente se reasignaron las zonas censales, con 13 zonas censales, quedando fuera barrios, como, San Blas II, y volviéndose a incluir los barrios de Los Cornejos y Nueva Aurora.

c) Importancia del centro de salud

Dentro de la estructura del sistema de salud, las unidades del primer nivel constituyen un gran respaldo, ya que cumple actividades propias y específicas que se complementan con los niveles superiores como el segundo y tercer nivel, como es la atención primaria y ambulatoria general y en cuanto al centro de salud de Guamaní, además brinda servicios de rayos X, emergencia, laboratorio, rehabilitación física, pediatría y obstetricia.(5)

El centro de salud del primer nivel cumple varias funciones más dentro de la organización del sistema de salud como son las siguientes(5):

- Brindar servicios de salud primaria a la comunidad

- Administrar los recursos humanos, materiales y financieros del área en función del proceso de desconcentración
- Constituir el nexo entre la red de servicios del área de salud
- Elaborar la programación local, incluyendo la educación permanente
- Establecer planes de supervisión del área y su red de servicios
- Promover la integración funcional entre las diferentes entidades que prestan servicios de salud(6).

Actividades del interno rotativo de medicina

En el centro de salud de Guamaní los internos rotativos realizan muchas funciones entre ellas tenemos: realizar triajes así como suturas en el área de emergencia, en el área de procedimientos realizan limpiezas de heridas, colocan inyecciones, retiran puntos de suturas siempre bajo la supervisión de un tutor, también pasan por la parte de centro obstétrico en donde los internos dan apoyo con charlas sobre lactancia materna y ayudan en las diferentes actividades en la que se los pueda requerir. Una actividad importante que también realizan los internos son las salidas extramurales en donde se cumplen las visitas domiciliarias y se presta atención médica a estas personas. (6,7)

Investigación y docencia

La Jefatura Técnica de Investigación y Docencia en el centro de salud de Guamaní ha sido liderada por renombrados profesionales en el ámbito de la docencia e Investigación. Desde su inauguración en 2015, fue primordial estructurar todos los programas de docencia hospitalaria que conocemos en la actualidad; suscribir los convenios con la Universidad Central del Ecuador, Universidad de las Américas para que inicie el Programa de Internado Rotativo en esta Unidad de Salud. Hasta la fecha se encuentran cursando su internado rotativo 7 estudiantes de medicina acompañados de 5 internos de enfermería y un interno rotativo de nutrición y dietética(7).

A pesar de no ser un centro de salud destinado formalmente para la docencia, (según la ley, todo servicio de salud público es para docencia, deben mediar convenios que con la UCE, entiendo siguen) es un establecimiento en el cual los internos rotativos refuerzan todo lo aprendido a lo largo de los años con las prácticas que realizan pasando por las diferentes áreas como son obstetricia, emergencias, procedimientos, vacunas, lactario y de esta forma siguen enriqueciendo su conocimiento con la guía de los diferentes médicos y enfermeras del centro de salud. (7)

La formación en esta casa de salud es de gran calidad y entre las principales ventajas de realizar el internado en esta institución se encuentra el hecho de que existía una relación más cercana entre los futuros profesionales y sus tutores debido a que es un centro de salud lo que permite recibir clases prácticamente personalizadas(8).

CICLO DE SALUD COMUNITARIA EN EL C.S. GUAMANÍ

La rotación del ciclo de medicina comunitaria tiene una duración de 11 semanas actualmente, los internos de medicina próximos a alcanzar la profesión adquieren nuevas destrezas y habilidades en este ciclo, además de la experiencia en la atención primaria y el contacto en comunidad con los pacientes que es muy importante en esta profesión y más próximo en el ejercicio del año de la Medicatura Rural de los señores y señoritas internos/as. De esta manera la rotación en el Centro de Salud de Guamaní aporta en gran medida al conocimiento y habilidades de sus internos quienes desempeñan funciones en todas las áreas del centro de salud tales como Emergencia, Procedimientos, Consulta externa, Centro obstétrico, Contacto con la comunidad en la actividad Extramural junto con los/as Técnicos/as en Atención Primaria en Salud y los Médicos Familiares.(9,10)

Actualmente en la coordinación del ciclo de Comunitaria en el CS. De Guamaní se encuentran el Dr. Fernando Andrade como Jefe de Docencia e Investigación del centro de salud quien es el encargado de la coordinación de las actividades de docencia en el centro de salud quien a su vez se apoya de los médicos del centro de salud para el mismo fin, la Dra. Lilian

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

Calderón responsable de la Universidad Central del Ciclo de Salud Comunitaria, la supervisión del programa del internado rotativo y del cumplimiento de Agenda Académica en las 11 semanas de rotación y la docencia específica para el distrito 17D06 y 17D06 del Dr. Hugo Pereira de la Universidad Central del Ecuador con el que cumplimos talleres comunitarios de actualización y revisión de casos en MAIS/FCI, APS, Género, interculturalidad, discapacidades, inmunizaciones, maltrato, violencia de género, interculturalidad y el desarrollo de investigaciones operativas que den respuesta a los problemas prioritarios del primer nivel de atención. Además de entrega de portafolio de productos y herramientas del primer nivel como ASIS, mapa parlante, genograma, ecomapa, apgar familiar, historia de un derecho vulnerado y restitución del derecho, ficha familiar, pirámide poblacional, diagnóstico comunitario, etc.(9,10).

En cuanto a las actividades de docencia, los internos asisten a clases presenciales en el auditorio del centro de salud donde se tratan temas de importancia clínica y epidemiológica, se realizan exposiciones por parte de los tutores y de los estudiantes garantizando su participación activa, además se acuerda la lectura de temas semanales que son evaluados en plataformas virtuales, junto con estas actividades está también la realización de cursos avalados por la OMS/OPS de carácter obligatorio para los internos.

Como internos, durante esta investigación hemos acordado que el Ciclo de Salud Comunitaria se convierte en una parte muy enriquecedora de conocimiento y habilidades en este primer nivel de salud que nos prepara para la vida como médicos, para alcanzar la satisfacción del usuario como indicador y herramienta de la excelencia en salud. (11)

Conclusiones

El interno rotativo de medicina que cursa por el centro de salud de Guamaní como unidad de primer nivel de atención constituyen un gran respaldo en el cual se fortalece la relación con los pacientes, la interacción con los colegas y el ejercicio profesional en el cual se aprenden y perfeccionan habilidades prácticas y académicas, cumpliendo con las tareas e indicaciones encomendadas por el equipo médico a cargo de la rotación y siempre guiada por profesionales con gran experiencia que están dispuestos a compartirla, generando así una atención médica de calidad. El estudiante convive con médicos, enfermeras y pacientes desde una perspectiva estrictamente profesional y bajo el amparo institucional.

Componente ético

Gracias al Ciclo de Salud comunitaria cursado durante el año de internado rotativo de la Universidad Central del Ecuador los internos rotativos cumplen una función importante en el apoyo de atención de pacientes en las distintas áreas como son consulta externa, extramural, procedimientos y emergencias, preparándose de esta manera en funciones que los preparan para su año de medicatura rural preservando el principio de no maleficencia y beneficencia y justicia en la atención médica desempeñada en el centro de salud(11).

Esta investigación fue aprobada por el Jefe de docencia de la unidad de salud y la responsable de docencia de la UCE

Conflictos de interés

Los autores del presente artículo declaramos no presentar ningún conflicto de interés.

Bibliografía

1. David PQECD. Informe del internado rotativo. Rev salud pública. 2009;9–15.
2. Jose R. Percepción de los internos rotativos de medicina de las universidades que realizan su pasantía en el hospital general Enrique Garcés acerca de su desempeño y sus condiciones generales. 2016-2017. 2017;4:9–15.
3. De Medicina F, Carolyn L, Montenegro M, Rivera Álvarez JX, Proaño C, Metodologico D, et al. Nivel de Satisfacción personal de los Internos Rotativos de medicina en los Hospitales Carlos Andrade Marín, Hospital Eugenio Espejo,

Hospital de los Valles y Hospital De Las Fuerzas Armadas N°1 en la Ciudad de Quito-Ecuador durante el año 2012 y 2013. 2012;1–67.

4. Salcedo DAG. Diseño y operativización de un sistema de gestión para mejorar la calidad de los servicios del Área 19 de Salud (Guamaní) en la ciudad de Quito. Univ POLITÉCNICA Sales. 2006;114–28.
5. Mauricio SJA. Hacia un modelo de comunicación intercultural en un centro de salud. Caso: Área de salud N.-19 Guamaní. 2012;2–3.
6. Gafas González C, Roque Herrera Y, Bonilla Pulgar GE. Integral health care model vs. quality of care in Primary Health Care in Riobamba 2014-2017. Educ Medica. 2019;20:136–42.
7. Espinosa V. La reforma de la reforma en salud. Rev Panam Salud Pública. 2017;41:449–61.
8. Vázquez E, Sotomayor J, González A, Montiel A, Gutiérrez I, Romero M, et al. Satisfacción del paciente en el primer nivel de atención médica. Rev salud pública. 2018;20(2):254–7.
9. Universidad Central del Ecuador Carrera de Medicina F de CM. Agenda Informativa - Programa de Internado Rotativo, Mayo 2016 - Abril 2017. Quito - Ecuador: Facultad de Ciencias Médicas;
10. Ecuador UC del. Agenda Académica de Ciclo de Salud Comunitaria del Programa de Internado Rotativo de Medicina 2021. Ecuador; 2021.
11. Pérez Maza B. La satisfacción de la población y los servicios de salud. Rev Cuba Salud Pública. 2016;42(4):507–9.

Capítulo IV F: Ministerio de Salud Pública: Hospital General Pablo Arturo Suárez: pasado, presente y futuro de la formación médica en Ecuador.

Alicia G. Mendoza¹, Sandra I. Luzuriaga ¹, Katherine Mullo ², Alisson I. Chisquet²

Afiliaciones:

¹ Médicos Docente de la Facultad de Ciencias Médicas, Carrera de Medicina.

² Internos Rotativos Carrera de Medicina Universidad Central del Ecuador

Alicia Guadalupe Mendoza Orquera <https://orcid.org/0000-0001-6551-7738>

Sandra Irina Luzuriaga Morejón <https://orcid.org/0000-0001-8254-0593>

Ana Katherine Mullo Moreno <https://orcid.org/0000-0003-2222-0285>

Alisson Indira Chiscuet Enriquez <https://orcid.org/0000-0003-3649-632X>

Correspondencia:

Dra. Alicia G Mendoza PhD. / agmendoza@uce.edu.ec Institucional UCE

Introducción

"Un pueblo que no conoce su historia

no puede comprender el presente

ni construir el porvenir"

Helmut Kohl

Las instituciones se crean, se desarrollan, maduran y por qué no decirlo, llegan a su propio límite. Al formarse, tienen un porqué, un cómo, un dónde y es aquí donde la investigación y el rescate de su experiencia a través de los años permite entender su dinámica, su desarrollo, su evolución y sobre todo su importancia en la comunidad (1).

El hospital Pablo Arturo Suárez es una Institución del sistema de Salud Pública del Ecuador, con una ubicación estratégica en el norte de la ciudad de Quito, desarrolla una política en salud capaz de brindar una atención integral, universal, eficiente, eficaz y con calidez a la población que demanda sus servicios.

Se rige y cumple las leyes y normas del Sistema Nacional de Salud, gerencia las actividades de organización, docencia, atención y asistencia hospitalaria siempre brindando un escenario adecuado para el área médica(2).

Los cambios múltiples que ha experimentado a través del tiempo se hallan ligados con las necesidades y desarrollo poblacional y en este proceso los médicos han aportado a mejorar no solo la calidad de prestación de servicios al usuario sino también han constituido el pilar fundamental en la capacitación de nuevos profesionales de salud.

Objetivos

Registrar y documentar historia, antecedentes y datos relevantes del Hospital Pablo Arturo Suárez H PAS como una Institución Hospitalaria Educativa adscrita a la Universidad Central del Ecuador (UCE).

Describir y analizar la participación de los estudiantes de internado rotativo de la Universidad Central del Ecuador, sus actividades, roles y experiencias.

Materiales y métodos

Estudio descriptivo cualitativo de corte transversal sobre el inicio y desarrollo del Hospital Pablo Arturo Suárez de la Ciudad de Quito como una Institución que participa activamente en la formación de profesionales médicos y que se encuentra ligada directamente a las actividades docentes de la Universidad Central del Ecuador.

Tratando de escribir una “historia por contar” hemos recurrido a una guía para la investigación de una institución educativa y hospitalaria mediante el uso de textos y documentos referenciales de este período.

Antecedentes históricos y datos relevantes del HPAS

La historia colonial nos describe a la palabra “hospital” como un término que se aplicó en principio a un establecimiento religioso que recibía a los pobres cuando se enfermaban, para darles un poco de alivio, sustento y abrigo. Su papel como lugar de atención médica empezó a aparecer progresivamente en el mundo occidental desde el siglo XVIII con un afán transformador que sirvió de relevo a las aspiraciones metropolitanas que imaginaba convertir al hospital en un lugar de curación de la enfermedad. Para lograr este proceso se pensaba instaurar una organización y una disciplina en las diversas facetas de funcionamiento de la institución, en la que la intervención médica desempeña un papel esencial que lo convirtiera tanto en un lugar para la curación de la enfermedad como para la producción y transmisión del saber médico(3),

Con estos antecedentes y para ubicarnos en la línea de tiempo histórica del Hospital Pablo Arturo Suárez, es necesario saber que esta casa de salud nace del Hospital de la Misericordia de Nuestro Señor Jesucristo, institución fundada el 9 de marzo de 1565 siendo presidente de la Real Audiencia de Quito, el licenciado Hernando de Santillán y Figueroa (1519-1575), colocando dicho hospital bajo la protección del Rey Felipe II y poniendo como mayordomo y administrador del hospital al padre Juan Sánchez Miño”.(4,5). En las décadas venideras, la institución debió reorganizarse y un nuevo momento se dio con la llegada de la Orden de las Hermanas de la Caridad en 1870.

En el siglo XIX estuvo bajo la influencia del pensamiento europeo de la Ilustración. Esta fue una época de reformas universitarias y renovación de los planes académicos que incluyó a la cirugía en su pensum de estudio. Además, se introdujo la noción de higiene personal, pero en especial la pública y se señaló la importancia de los factores medioambientales y sociales en el origen y contagio de las enfermedades.

Para el Hospital San Juan de Dios, el nuevo siglo y los cambios políticos, sociales y económicos que se suscitaron, significaron muchas mudanzas en su organización. La transición entre el estado colonial y el estado republicano trajo una época de inestabilidad, que buscaba la secularización en la organización de la vida del hospital y en sus prácticas médicas, lo que produjo que el hospital deje de ser administrado por la Orden los Betlemitas y pase a manos de la administración municipal(6).

En la Facultad de Medicina, fundada el 13 de abril de 1693 en la Real Audiencia de Quito, se comenzó a enseñar anatomía, patología, y terapéutica mediante el método galénico, siguiendo las teorías de los humores, de los miasmas, del pneuma y

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

otras influencias medio-ambientales que ocasionan las enfermedades, cuya terapéutica consistía en purgas, enemas y sangrías. Los primeros médicos de Quito, por las malas condiciones higiénicas de la ciudad, tuvieron que afrontar una serie de epidemias que diezmaron a la población, por lo que el pueblo, en su mayoría indígena, recurrió a la medicina ancestral indígena que enriqueció con sus fitofármacos a la medicina clásica, que incorporó entre otras hierbas, a la quina, la coca y el tabaco.

La medicina colonial tuvo que esperar la venida de los médicos franceses, con la primera Misión Geodésica en 1936, para que incorporara los nuevos adelantos médicos científicos del Viejo Continente, reestructurando la enseñanza médica en la Facultad de Medicina que tomó otro rumbo, después de la independencia de la Patria (4)

En el San Juan de Dios empezó el régimen formal de médicos residentes que primero debían ganar un concurso. Delia Landázuri, Raúl Terán Puente y Gerardo Rentería fueron parte de este grupo.(7)

En 1963 el Hospital de la Misericordia de Nuestro Señor Jesucristo cambia de nombre por Hospital San Juan de Dios y este luego de haber cumplido por 400 años de labor ininterrumpida en el centro de la ciudad de Quito cierra sus puertas porque presentó deterioro de su área física.(8)

Al no existir tiempo ni recursos económicos para una nueva construcción, las autoridades de salud, observaron que el área del Sanatorio de la Liga Ecuatoriana Antituberculosa (LEA) fundada en 1940, tenía un espacio físico sin ser ocupado; ciertamente quince días después de haber desalojado las instalaciones del hospital San Juan de Dios, se produjo el incidente pues la “Sala de la Virgen” ubicada sobre el área de emergencia del hospital San Juan de Dios, fue la que primero cayó, la estructura arquitectónica ya no soportó el peso de la historia.(9,10).

El hospital PAS fue creado entonces por la fusión del Hospital San Juan de Dios, fundado en la época Colonial y el Sanatorio de la Liga Ecuatoriana Antituberculosa (LEA) que permitía el aislamiento de personas enfermas de tuberculosis, y ha sido el centro de formación de decenas de generaciones médicas de la Universidad Central del Ecuador (11).

El HPAS se encuentra ubicado en la provincia de Pichincha, cantón Quito, Parroquia Cotacollao, calles Ángel Ludeña y avenida Machala; pertenece al segundo nivel de prestación de servicios del sistema de Salud Pública del Ecuador.

Este centro sanitario lleva el nombre de un distinguido y excelso ecuatoriano, que se destacó profesionalmente como médico y catedrático, siendo responsable de valiosas contribuciones en el campo de la salud pública y en el desarrollo de actividades gremiales médicas; además, fue un defensor de las necesidades indígenas e incursionó en la política como diputado provincial (12).

El Sanatorio hospital inicia sus actividades para la atención de usuarios del norte de la ciudad de Quito el 21 de junio de 1973, como un Hospital General, unidad operativa que da atención de salud ambulatoria e internación en las cuatro especialidades básicas y algunas subespecialidades de la medicina, siguiendo el perfil epidemiológico del área de influencia y atención de emergencias; disponiendo además de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, odontología, medicina física y de rehabilitación; al igual que en la actualidad estaba en capacidad resolutive de las referencias recibidas de las unidades de menor complejidad, y ligada a estas actividades realiza docencia e investigación (13).

El Sanatorio Pablo Arturo Suárez, en una fase inicial dependió administrativamente de la Liga Ecuatoriana Antituberculosa, más tarde pasa a ser una unidad operativa del Ministerio de Salud Pública por decreto supremo 1364 del 11 de diciembre en 1974, con la denominación de Pablo Arturo Suárez, con dependencia técnica y administrativamente de la entonces, denominada Jefatura Provincial de Salud de Pichincha.(8)

El hospital se inicia con 216 camas, de las cuales 120 estaban destinadas para Neumología, 48 camas para Medicina Interna y 48 camas para Cirugía, fueron nombrados como jefes departamentales a profesionales de la medicina ecuatoriana que se han destacado por su acertada labor en el ejercicio médico y docente (**Tabla 1**).

Tabla 1. Jefes departamentales – 1974 Hospital Pablo Arturo Suarez

Nombre	Función Institucional

Dr. Luis Cueva Sotomayor	Director Administrativo
Dr. Alfonso Castro León	Director Médico
Dr. Raúl Vaca Bastidas	Jefe Departamental de Cirugía.
Dr. Carlos Guarderas	Jefe Departamental de Medicina Interna,
Dr. Nello Manciatì	Jefe del Departamento de Traumatología,
Dr. Guido Santillán Cepeda	Jefe del área de Emergencias
Dr. Carlos Veloz	Jefe del área de Neumología y Tisiología
Dr. Bahamonte	Jefe del Departamento de Anestesiología
Dr. Eduardo Garzón	Jefe del Departamento de Pediatría
Dr. Oswaldo Santos	Jefe del Departamento de Ginecología y Obstetricia

Fuente: Departamento de recursos humanos del Hospital HPAS

Elaborada: las autoras

Desde la fase institucional inicial, los galenos ligaron sus actividades médicas con las actividades docentes de la Universidad Central del Ecuador

porque se desempeñaban como profesores principales de estas asignaturas ya desde el período del Hospital San Juan de Dios, partiendo del criterio de que “aprender haciendo” un método pedagógico actual era parte de sus actividades de enseñanza en la escuela médica (14).

El inicio de trabajo en las instalaciones de LEA fue un trasplante de la metodología diagnóstica y de los procedimientos quirúrgicos de la escuela del San Juan de Dios

Se nombraron y confirmaron listado de médicos tratantes, residentes, internos y externos meritorios, el hospital constituyó su nueva casa donde a través del tiempo y gracias a su esfuerzo seguirían superándose.

Los internos rotativos del Hospital San Juan de Dios, llegaron a ser médicos residentes y luego médicos tratantes de esta casa de salud; en cada fase fueron destacando, y son entonces recordados y elogiados por sus méritos propios por las sociedades científicas de las que actualmente son directivos o miembros. **(Tabla 2).**

Tabla 2 - Nómina de internos rotativos de las primeras promociones del HPAS y especialidad en la culminación de su profesión

Nombre	Especialidad médica
Gilberto Ruiz	Cirugía General
Dr. Gerardo Rentería	Cirugía General
Diego Andrade	Cirugía General
Romero Marco	Cirugía Oncológica
Delia Landázuri	Oftalmología
Dra. Gladys Llanos	Medicina familiar
Dr. Gabriel Ordoñez	Traumatología
Susana Molina	Medicina Ocupacional
Gustavo Daqui	Terapia intensiva
Galo Guerra	Terapia intensiva
Dra. Estrella	Ginecología
René Ordoñez	Salud Pública
Galo Défaz	Anestesiología
Galo Molina	Traumatología
José Molina	Intensivista
Fausto Tafur	Urología
Enrique Durango	Cirugía Vascular

Fuente: Departamento de recursos humanos del Hospital HPAS

Elaborada: las autoras

Los procesos de transformación del conocimiento y de la práctica médica están ligados, y en buena parte determinados, por los procesos de reformas curriculares y, muy especialmente, aquellos que tienen que ver con la formación práctica en el ámbito hospitalario. En la formación del médico, el último año de la carrera denominado internado rotatorio, es una experiencia muy enriquecedora desde el punto de vista académico y personal, pues le permite afianzar conocimientos y llevar a cabo prácticas bajo supervisión de profesionales, con un mayor grado de autonomía que en los semestres previos (15).

En el hospital se distribuyeron las salas de hospitalización según la capacidad física disponible, la asignación de cubículos según el número de camas hospitalarias y número de pacientes para cada uno de los médicos tratantes, en las diversas especialidades médicas estaba a cargo del jefe departamental según la especialidad.

El departamento de Estadística estaba a cargo de la señora Lidia Vargas y la Srta. Lourdes Alcázar y desempeñarían un papel importante en la creación, custodia, archivo de los registros médicos, además de generar los reportes epidemiológicos Institucionales.

Se inició la atención en consulta externa, donde se hizo obligatorio el seguimiento de los enfermos atendidos en esta casa de salud, el área de emergencia se tornaba cada vez más funcional y gracias al trabajo en equipo se superan todas las dificultades impuestas por un sistema de salud que económicamente para este período fue deficiente.(10)

El crecimiento acelerado del progreso médico a nivel mundial trajo consigo nuevos retos: incorporar nuevas tecnologías en áreas clínico- quirúrgicas, lograr nuevas competencias en los profesionales para atención de los pacientes, y conseguir recursos para adecuación, reparación y mantenimiento de un área física que desde un inicio fue adaptada.

En septiembre de 1989 se pone al servicio de la comunidad la Consulta Externa.

En abril de 1993 se inauguraron los servicios de Obstetricia y Neonatología. El Dr. Raúl Vaca Bastidas conocido por muchos colegas médicos como el “Cavo Vaca” Director del Departamento de Cirugía General del HPAS, ante el crecimiento vertiginoso de la medicina fue adaptando a esta casa de salud, elementos tecnológicos para diagnóstico y tratamientos quirúrgicos modernos; apoyó la capacitación médica continua de los miembros del Departamento.

En 1995 los doctores Gerardo Rentería, Diego Andrade y Daniel Vásquez salieron a realizar su certificación en laparoscopia la Paz Bolivia.

El Dr. Vaca gracias a sus competencias administrativas y don de gente logró el apoyo de instituciones privadas como ALEM; firmó acuerdos institucionales mediante los cuales se dio oportunidad a que los pacientes de esta casa de salud accedan a procedimientos endoscópicos y laparoscópicos terapéuticos con equipos de última tecnología, siendo 1996 el año en que se da inicio a la realización de cirugía laparoscópica según consta en archivo de sala de operaciones.

La capacitación continua del personal médico permitió el desarrollo de procedimientos complejos en el área quirúrgica siendo desde 1990 considerado nuestra institución como un centro de referencia de patología hepato biliar, donde el grupo quirúrgico liderado por el Doctor Diego Andrade Astudillo adquiere reconocimiento a nivel nacional y extranjero´.

Los cirujanos actuales de este departamento son los Doctores: Raúl Tapia, Daniel Vásquez, Alicia Mendoza, Ramiro Cortez, Cristina Endara, Estefanía Zapata, , Raúl Barros, Patricio Toapanta, Julio Campoverde, Francisco Palacios cada uno de los cuales están comprometidos también en el área de docencia con diversas instituciones Universitarias.

En el área clínica la actividad liderada por el Dr. Carlos Guarderas maestro de la Medicina Interna y de la Semiología contemporánea, poseedor de una dedicación infinita a la Docencia, permitió vencer paradigmas del pasado abriendo pasos a nuevos conceptos y mirando el futuro con entusiasmo donde los tres ejes verticales de la formación profesional médica “ Bioética, Investigación Científica y servicio Comunitario deben ser practicados a lo largo de toda la carrera médica y en todas las cátedras.(10)

Los docentes del servicio de Medicina Interna de nuestra institución generaron escuela en diversas áreas clínicas, gracias a la participación de los doctores Jorge Sánchez, Ramiro Salazar, Dr. Ramírez Hernán, Dr. Rentería Edgar.

El servicio de traumatología recibió aportes importantes en su práctica clínico quirúrgica gracias a la intervención del Doctor y Docente Centralino Nello Manciatto "capacitador de maestros" donde sus pupilos (Efrén Loaiza, Juan Barriga, Manuel Ordoñez, Galo Molina, Edwin Bravo, Gabriel Escobar, Fanny Álava, Diana Masache, Eduardo Parra, Jorge Torres, Gibran Mancheno, Santiago Ponce, Felipe Serrano), hoy son reconocidos en el ámbito médico y forman parte importante en el desarrollo de la sociedad Científica de esta área.

Junto a estos reconocidos médicos es importante destacar la labor de las Licenciadas Elena Cueva y Sor Teresita Benavides (Sor Bebita) líderes eternas del personal de enfermería de este Hospital que con su carisma, trabajo y entrega fueron eje importante en el desarrollo institucional (7).

Área física y cartera de servicios del Hospital Pablo Arturo Suárez

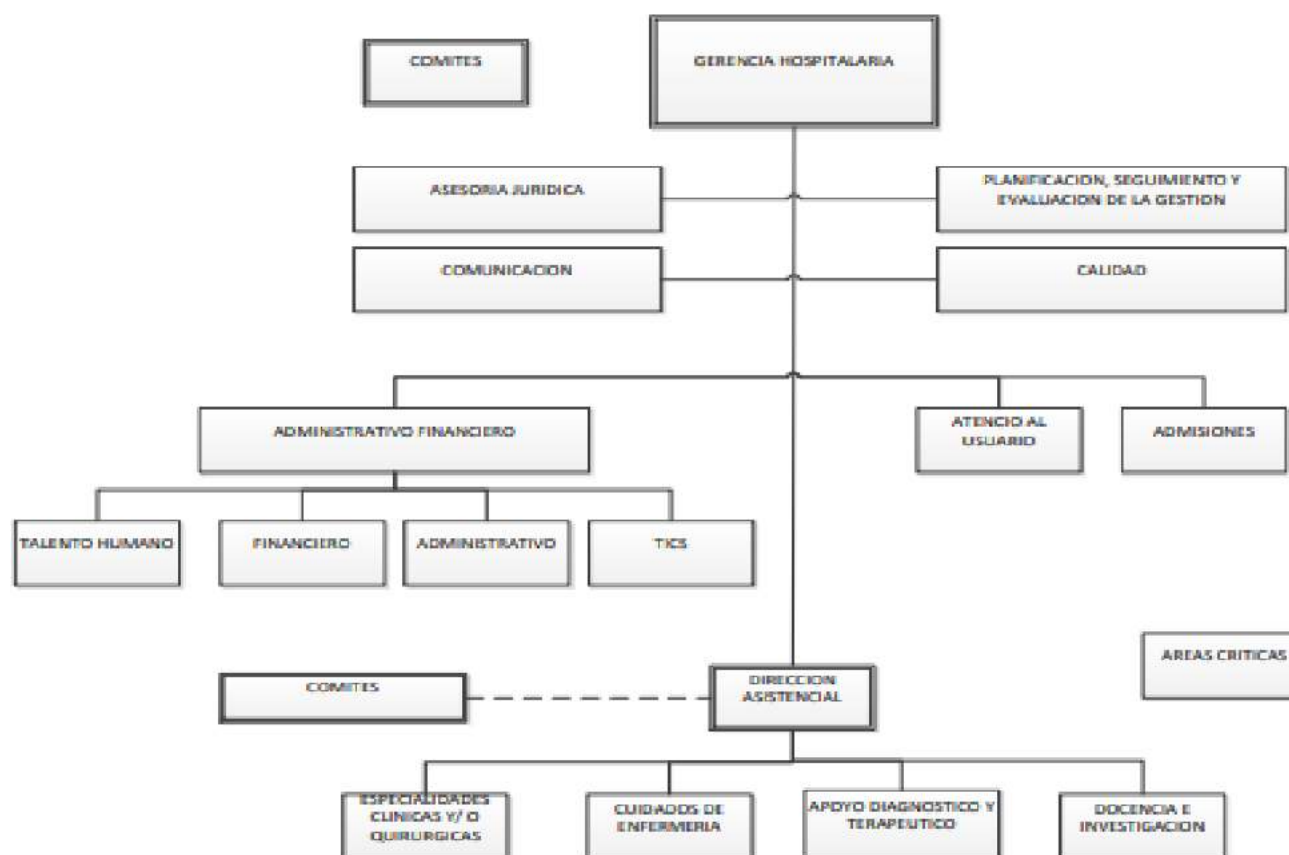
El Manual de Organización de las Áreas de Salud, aprobado mediante Acuerdo Ministerial No. 140 de 19 de julio de 1993, el "Sistema Regionalizado de Servicios de Salud y Capacidad Resolutiva de las Unidades y Áreas de Salud", distribuyó a las Instituciones en unidades de Primero, Segundo y Tercer Nivel; y para desarrollar el trabajo articulado con todas las Unidades del sector público y conformar la Red Pública Integral de Salud. Se definió al HPAS, como un Hospital General Provincial, un establecimiento de salud que brinda atención clínico - quirúrgica y ambulatoria en consulta externa, hospitalización, cuidados intensivos, cuidados intermedios y emergencias, con especialidades básicas y subespecialidades reconocidas por la ley; que cuenta con unidad de diálisis, medicina transfusional, trabajo social, unidad de trauma, atención básica de quemados. Además, tiene los servicios de apoyo diagnóstico y tratamiento (Laboratorio clínico, imagenología, anatomía patológica, nutrición y dietética, medicina física y rehabilitación). Dispone de farmacia institucional para el establecimiento público y farmacia interna para el establecimiento privado. Resuelve las referencias recibidas de las Unidades de menor complejidad y direcciona la contrarreferencia(16).

Durante el año 2005 y con un valor de \$1 319 964, el hospital Pablo Arturo Suárez de la capital se modernizó. La inversión posibilitó la instalación de nuevos servicios en las unidades: emergencia, rehabilitación, cuidados intensivos y laboratorios. Además, se reestructuraron las áreas de Ginecología, Obstetricia, Pediatría y Neonatología. Parte de su modernización fue capacitar al personal técnico y administrativo en servicios de salud, gestión administrativa y financiera.

Este proceso fue llevado a cabo por el proyecto "Modersa", que se ejecutó a través de tres ejes de acción: atención y promoción de la salud, gestión descentralizada y participativa de los servicios de salud y modernización del Ministerio de Salud Pública (MSP), mientras se realizaba este proceso, los hospitales públicos como el Eugenio Espejo y la maternidad Isidro Ayora acogieron a los pacientes en un plan de contingencia. (GCA) esta noticia fue publicada con fecha 10 de octubre 2005 (17).

Desde este período la Organización Administrativa del hospital está en una fase de transición en su organización del modelo Directivo- normativo-vertical al modelo de organización horizontal por Procesos desde el año 2005 dispuesto por el MSP, que propone un mejoramiento continuo de Calidad de servicios de salud, como lo observamos es la **Figura.1** (2)

Figura 1 - Organización administrativa del Hospital Pablo Arturo Suárez



Fuente: Departamento de Gestión de Calidad.

Elaboración: Los investigadores

El 31 de agosto 2021 esta unidad junto con 10 hospitales más a nivel nacional fue declarado en emergencia sanitaria mediante acuerdo ministerial N° 00000767 por el Ministro de Salud Pública David Chiriboga, y a partir del 23 de diciembre de 2013 comenzó la construcción de la nueva torre de Consulta Externa y Emergencia donde se invirtió en infraestructura \$8.000.000.00 equipamiento \$1.2000.000.00. y mobiliario \$550.768.08. Esta obra permitió extender la consulta externa a 70 consultorios repartidos en tres plantas, emergencia amplía su atención a 60 camas destinadas a triaje, observación, atención de pacientes críticos y ambulatorios tanto de pacientes pediátricos, ginecológicas-obstétricas y adultos.

Durante el año 2014 la inversión en Bienes y servicios alcanzó \$1792.953.35, bienes de larga duración \$1439.493.10, medicamentos e insumos médicos \$5079.310 y una inversión en talento humano de \$11983260.99.

Adicionalmente en el año 2015 se realizó la remodelación de áreas quirúrgicas con un monto de \$214.000.00 y la construcción del área de hospitalización pediátrica con 21 camas para atención clínica. El monto que alcanzó esta obra fue de \$226.000.00.(18)

El 17 de junio de 2016, bajo el liderazgo de la Dra. Sandra Luzuriaga y con el apoyo de la Dra. Mirian Rosas, se inaugura el servicio de Hospitalización Pediátrica, con área para lactantes, preescolares y adolescentes. Un año antes (mayo del 2015), ya se había logrado la apertura de Emergencia Pediátrica, donde la Dra. Luzuriaga, con el apoyo de la Dra. Nancy Bravo, coordinan la apertura de 3 consultorios de atención rápida, área de procedimientos, área de rehidratación, fisioterapia respiratoria, y 5 camas de observación. Esto permite dar atención intrahospitalaria integral a los casos que no podían ser referidos al tercer nivel de atención, brindando el servicio que demandaban los niños y adolescentes del norte de Quito y de

provincias del norte del país. Hay que destacar el apoyo de profesionales de otras áreas en la valoración y atención interdisciplinaria de niños y adolescentes, como Dra. Alicia Mendoza de Cirugía, Dr. Eduardo Ramos y Dr. Michael Quisilema en Cirugía Maxilo-facial, Dra. Belén Loyola en Otorrinolaringología, Dra. Paola Guevara en Dermatología y todos los especialistas del área de Traumatología, con el Dr. Gibrán Mancheno apoyando en consulta de traumatología pediátrica.

En 2017 se realiza una ampliación de Neonatología, creando una segunda área de Terapia Intensiva, área de aislamiento y Lactario.

Revista médico científica del Hospital Provincial General Pablo Arturo Suárez

En marzo 2012 bajo la dirección Hospitalaria del Dr. Juan Barriga Garzón se edita la Revista Médico Científica del Hospital Provincial General "Pablo Arturo Suarez" donde se incluye artículos científicos de las diversas especialidades de la institución que muestra al lector investigaciones médicas caracterizadas por su importancia, actualidad e innovación contribuyendo en la difusión de la actividad investigativa y científica de nuestro país; reconociendo por este medio la labor de los profesionales médicos inmersos en la salud pública, sino también la actividad del catedrático por su compromiso y responsabilidad formando a los miles de estudiantes que han transitado por nuestra institución (19)

Área de comunicación

Este departamento se inicia en el año 2010 bajo la dirección de la Sra. comunicadora Lcda. Belén Mosquera, y su actividad es continuada por la Sra. Licenciada Verónica Luna quien es autora del primer periódico digital bajo el título "Hospital Pablo Arturo Suárez, dueño de un legado Colonial" en el que describe algunos antecedentes históricos de nuestra Institución, además permite la difusión de actividades que benefician a los usuarios y a los trabajadores del hospital.(18)

Mediante la participación del Ing. Marcelo Rojas encargado de Tecnología de informática, se da inicio a la implementación de la página electrónica del H.PAS mediante el cual usuarios externos e internos podemos informarnos y comunicarnos virtualmente sobre los hechos de interés institucional.

Hospital Pablo Arturo Suárez como Unidad Asistencial Docente (UAD)

El Hospital Pablo Arturo Suárez es una Unidad Asistencial Docente perteneciente al Sistema de Salud del País. La incorporación del Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) a la Red Pública Integral en Salud (RPIS), define la necesidad de establecer un sistema de concertación entre el sector público y las Instituciones de Educación Superior (IES). Son, por lo tanto, las unidades asistenciales-docentes (UAD) aquellas que facilitan el proceso de aprendizaje debido a su estructura y órganos de dirección, planta física, recursos asistenciales y cartera de servicios, índices mínimos para una correcta relación alumno/camas/pacientes, indicadores docentes, biblioteca, control de calidad, estructura de investigación, órganos de participación, entre otros.

El de 18-nov.-2014 el Ministerio de Salud Pública y el Presidente del Consejo De Educación Superior publican la Norma Técnica para Unidades Asistenciales Docentes según el Acuerdo Ministerial 4604 del Registro Oficial Suplemento 377 (Última modificación: 23-jun.-2015), donde se describe la relación asistencial-docente como el vínculo funcional que se establece entre las Instituciones de Educación Superior (IES) y los establecimientos de salud, con el propósito de formar talento humano en salud o entre instituciones educativas cuando por lo menos una de ellas disponga de áreas de práctica formativa en salud. Este vínculo se funda en un proceso de planificación académica, administrativa e investigativa de largo plazo, concertado entre las partes de la relación asistencial-docente.

La Ley Orgánica de Educación Superior (LOES) en su Art.15 dice que los organismos públicos que rigen el Sistema de Educación Superior son: El Consejo de Educación Superior (CES); y, El Consejo de Evaluación, Acreditación y Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior (CEAACES)". El Art. 12, refiere que el Sistema de Educación Superior se regirá por los principios de autonomía responsable, cogobierno, igualdad de oportunidades, calidad, pertinencia,

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

integralidad y autodeterminación para la producción del pensamiento y conocimiento en el marco del diálogo de saberes, pensamiento universal y producción científica tecnológica global. Estos principios rigen de manera integral a las instituciones, actores, procesos, normas, recursos, y demás componentes del sistema, en los términos que establece esta Ley. El Art. 93 de la misma ley dice que el principio de calidad consiste en la búsqueda constante y sistemática de la excelencia, la pertinencia, producción óptima, transmisión del conocimiento y desarrollo del pensamiento mediante la autocrítica, la crítica externa y el mejoramiento permanente.(20)

Acreditación Canadá y Hospital Pablo Arturo Suárez

El 13 de abril de 2016 el Hospital Provincial General Pablo Arturo Suárez (HPAS) obtuvo su reconocimiento Oro a nivel internacional dentro del Sistema Nacional de Salud y se sumó a la lista de 39 hospitales que han sido acreditados por su excelencia en atención con calidad y calidez. La casa de salud obtuvo un promedio de cumplimiento del 95.6%.

El acto de entrega de la acreditación del HPAS por parte de la Ministra de Salud Pública, Margarita Guevara, ante la presencia de autoridades gubernamentales y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

La Primera Autoridad Sanitaria explicó que esta acreditación forma parte del plan de mejora continua hacia la excelencia; esa es nuestra filosofía de acción. “Todo lo que hacemos es garantizar el acceso en salud para la ciudadanía”.

El proceso de acreditación es uno de los 11 puntos por los que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) entregó un reconocimiento al país el lunes 11 de abril de 2016. “Los organismos internacionales reconocen la labor de los trabajadores de la salud en el Ecuador para alcanzar los logros que sirven como ejemplo en la Región. Este trabajo es la suma de todo el esfuerzo de quienes hacemos salud”, siendo “El objetivo de este proceso de acreditación es el asegurar que todas las unidades operativas del país cumplan con estándares que permitan a los usuarios recibir atención médica con la misma calidad, sin importar sus ingresos y el lugar en donde reciban la atención”(21)

El gerente del HPAS en ese período fue el Dr. Glubis Zanzzi, afirmó que el reconocimiento recibido se obtuvo gracias al trabajo realizado y al compromiso del equipo del hospital con un solo objetivo: llegar a la excelencia y mejorar la calidad de la salud; por eso es importante compararse con estándares internacionales, para superarse día a día. Desde mayo de 2013 el Ministerio de Salud Pública desarrolló el proceso de acreditación internacional de sus hospitales públicos. Ecuador es el único país de Hispanoamérica en contar con este reconocimiento(22).

En el 2019 se desarrolla la estrategia de atención mediante Código Rojo, que implica la atención obligatoria y urgente de los casos que lo ameriten, desde el primer nivel de atención para los establecimientos del segundo nivel, y de estos al tercer nivel. Este proceso se gestiona mediante la articulación de la Red Pública de Instituciones de Salud (RPIS) con la Red Complementaria (instituciones IEES, ISSFA, ISSPOL e instituciones privadas en convenio). El HPAS forma parte de esta red y brinda atención de Código Rojo de Adultos, Pediátricas y Gineco-obstétrico, con prioridad a su área de georreferencia (distritos 17-D03 y 17-D05) pero también complementando los requerimientos del área norte del Distrito Metropolitano de Quito, de la Provincia de Pichincha y de otras provincias aledañas como Esmeraldas, Santo Domingo, Napo y Sucumbíos.

Pandemia COVID 19 y Hospital Pablo Arturo Suárez

La Organización Mundial de la Salud el 11 de marzo 2020 declara pandemia mundial por coronavirus Covid 19 y se registra al 24 de mayo de 2020 5.201.549 casos confirmados, con un total de muertes que alcanzan 337,405 personas (23).

En Ecuador el inicio del contagio por el síndrome de coronavirus respiratorio agudo severo 2 (SARS-CoV-2) o denominado enfermedad por coronavirus (COVID-19), fue reportado el 29 de febrero de 2020. El 12 de marzo el Gobierno Ecuatoriano realiza la declaratoria de “Estado de Emergencia” en todo el territorio nacional como resultado de esta pandemia mundial, además activa el comité de operación de emergencia (COE). A dos meses 24 días el número de casos confirmados alcanza 35828, los casos sospechosos 24223, el número de muertes es 3056 (* 1892 decesos probables) y 3536 casos curados.(24)

El Ministerio de Salud Pública el 27 de marzo del 2020 designa al Hospital Pablo Arturo Suárez (HPAS) como Hospital Principal de atención para pacientes Covid 19 en la provincia de Pichincha, adecua áreas físicas de la Institución y ha proporcionado los recursos humanos y tecnológicos para la atención de usuarios con esta enfermedad.

En este período de tiempo el HPAS ha puesto en marcha la ejecución de guías de atención para diagnóstico y tratamiento de pacientes con SARS-CoV-2 tomando en cuenta fuentes actualizadas que han sido modificadas en sus postulados según los avances en investigación y conocimiento respecto a la enfermedad a nivel mundial(25)

Departamento de Docencia de la Universidad Central Del Ecuador

El departamento de docencia en el HPAS inicialmente estuvo a cargo del Dr. Alfonso Castro León, que coordina las actividades de los estudiantes de medicina con los diferentes jefes de servicio y los docentes del hospital. Los períodos de pasantías inicialmente anuales se cumplían según tiempos establecidos por las autoridades de la UCE. A medida que otras especialidades eran creadas en la institución se complementaban con docentes hospitalarios.

El Dr. Jorge Salazar toma a cargo después este departamento y posterior a su jubilación es designado el Dr. Pablo Almeida médico neumólogo como coordinador de docencia de la UCE. y es quien realiza estas funciones actualmente y dirige las actividades del profesorado según la especialidad. **Tabla 1.**

Tabla 1. Nómina de docentes Universitarios 2021

Nombre	Especialidad
Barriga Juan	Traumatología
Benítez André	Medicina Interna
Calero Nancy	Psiquiatría
Carmen Villa	Anestesiología
Lasso Edgar-	Urología
López Rafael-	Cirugía Vascular
Luzuriaga Sandra	Pediatría
Mendoza Alicia	Cirugía
Pontón René	Ginecología
Quisiguiña María-	Oftalmología
Ramos Walter-	Pediatría
Tobar Juan Carlos-	Anestesiología
Vásquez Daniel –	Cirugía
Vélez Jorge-	Terapia Intensiva
Villacrés Raúl	Neonatología

Fuente: Departamento de recursos humanos del Hospital HPAS

Elaborada: las autoras

Una actividad importante, que complementa y refuerza la docencia, constituye la investigación. Algunos docentes de la Universidad Central ingresaron a programas de doctorado en prestigiosas universidades extranjeras, así: Dra. Alicia Mendoza, Dra. Carmita Villa y Dra. Sandra Luzuriaga en la Universidad de Sao Paulo-Brasil, Dr. Jorge Vélez en la Universidad Cayetano Heredia-Perú. Con esto, se ha iniciado un período de impulso a la investigación clínico-quirúrgica, que mejorará la calidad de docencia e investigación en el HPAS, con el desarrollo de proyectos en los que participan internos rotativos y alumnos de posgrado.

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

Internado rotativo en época de pandemia COVID 19

En la formación del médico, el último año de la carrera denominado internado rotatorio, es una experiencia muy enriquecedora desde el punto de vista académico y personal, pues le permite al estudiante afianzar conocimientos y llevar a cabo prácticas bajo supervisión de profesionales, con un mayor grado de autonomía que en los semestres previos⁽¹⁵⁾.

En el Hospital Pablo Arturo Suárez la cohorte de internos rotativos del periodo mayo 2020 a abril 2021 realiza al igual que todos los años, un proceso de inducción, en esta ocasión fue el día 29 de abril, el mismo que estuvo a cargo del doctor Diego Noboa, Director de Docencia Hospitalaria que, en coordinación con el Dr. Pablo Almeida Coordinador del Departamento de Docencia de la Universidad Central del Ecuador.

Ellos se encargan de dar la bienvenida a los estudiantes al hospital, asignan a cada servicio un grupo de estudiantes y establecen tiempo, actividades, de esta práctica pre profesional, dan a conocer las normas de evaluación, los derechos y deberes de los estudiantes e incorporan las actividades con los estudiantes de internado de otros centros universitarios, se da a conocer y la importancia del compañerismo que se debe vivir dentro del hospital, donde el acoplamos a un nuevo estilo de trabajo, socializar y convivir de buena manera con nuevas personas formaran un buen equipo de trabajo y un ambiente laboral agradable.

El doctor Jesús Dawaher médico del área de infectología se encarga de explicar acerca de la pandemia que actualmente estamos viviendo, la forma en que actúa el virus, los mitos alrededor de mismo, el uso adecuado de prendas de protección personal (EPP) dentro del hospital y los cambios ocurridos dentro del hospital cuando este se convirtió en hospital receptor para casos de Covid-19 y la distribución de las áreas estaban exentas de estos casos.

Talento humano por otra parte instruye a los señores internos sobre el proceso de registro en el biométrico del hospital, como evidencia del tiempo que se permanecerá en el hospital realizando actividad pre profesional.

El rescatista Sr. Rubén Moromechano se encarga de dar indicaciones de cómo los señores internos se deben adherir a las normativas del plan de contingencia por covid19 usado durante esta pandemia dentro del hospital, la ciudad y país; instruye acerca del plan de evacuación en caso de algún desastre natural, incendio o cualquier situación que pudiera poner en peligro la vida y las de nuestros pacientes, explica el uso de las prendas de protección que serán usadas dentro del hospital en áreas limpias y el equipo de protección personal en áreas Covid-19.

Funciones en el Internado Rotativo

Acompañamiento a los médicos tratantes, médicos posgradistas, médicos residentes y asistenciales en la aplicación del conocimiento, en la atención o al realizar procedimientos médicos a cada uno de los pacientes y velando por su bienestar durante toda nuestra guardia, aplicando la estrategia de aprender haciendo, bajo supervisión continua por el médico tratante a cargo del paciente, además el interno rotativo realiza actividades supervisadas:

- Manejo adecuado del sistema digital del Hospital.
- Elaboración de notas de ingreso, y egreso de pacientes
- Llenado de Formularios y documentos de alta de pacientes
- Llenado de formularios de Interconsultas a los diferentes servicios del hospital,
- Elaboración de pedidos de laboratorio e imagen, recetas de medicamentos y dispositivos disponibles.
- Trámites en despacho RPIS para facilitar el acceso a la atención en el sector público.

Cada rotación hospitalaria tiene una duración de 1 mes 15 días en cada servicio realizando 11 guardias cada quinto día.

Las rotaciones en el hospital Pablo Arturo Suárez tienen como finalidad que el interno rotativo de medicina pueda poner en práctica sus conocimientos teóricos mediante el manejo del paciente y que se familiarice con la documentación necesaria

para cada procedimiento médico realizado. De acuerdo a cada servicio el interno rotativo de medicina será responsable de distintas actividades como son el cuidado del paciente, el manejo de muestras, elaboración de papeleo y estudio teórico de los casos clínicos presentados.

Al momento en el hospital existen dos zonas limpias libres de pacientes Covid-19 que son el servicio de ginecología y el servicio de neonatología las cuales han comenzado a abrir de nuevo sus puertas para la consulta externa, a pesar que esta esté limitada aún sigue siendo de vital importancia para a la formación de los internos, estos servicios también cuentan con área Covid-19 separada de la zona limpia, por otro lado las áreas de medicina interna y áreas quirúrgicas al momento se mantienen atendiendo sólo a pacientes con diagnóstico de covid19, las distintas especialidades con las que contaba el hospital previo a la pandemia al momento, se encuentran trabajando en guardias donde los médicos se encargan de visitar a los pacientes a través de interconsultas.

Actividades en cada rotación

Cada servicio realiza distintas actividades en la que el interno rotativo de medicina tiene responsabilidades, en el servicio de ginecología el IRM será encargado de la atención inicial de las pacientes con ayuda y guía del médico tratante y posgradista con quien se halle en la guardia, es responsable del papeleo para los ingresos, realización de recetas, cuidado de pacientes dentro de hospitalización, toma de muestras y elaboración de evoluciones médicas con guía y autorización del médico tratante. En el manejo de pacientes tienen la responsabilidad de seguimiento de signos vitales, monitoreo fetal, tactos vaginales, atención de parto y postparto hasta el alta de la paciente.

El servicio de pediatría se subdivide en neonatología que es el servicio que actualmente se halla vigente dentro del hospital requiere que el interno elabore la documentación adecuada tanto de niños sanos en alojamiento conjunto como de niños ingresados a cuidados intermedios y críticos, se encarga de la toma de muestras, elaboración de evoluciones con autorización y guía de médicos tratantes, atención del recién nacido desde el momento en que es entregado por los médicos ginecólogos luego del parto y cuidado del buen estado de salud del neonato hasta el alta, durante la consulta externa de la misma manera se encargara del control de salud del niño y de la educación a los padres del mismo acerca de los cuidados que este necesita.

En el servicio de medicina interna el IRM no tendrá acceso a zonas Covid-19 y al manejo del paciente sin embargo su responsabilidad será la elaboración de papeleo necesarios para el cuidado durante la estadía intrahospitalaria del mismo y el manejo de muestras fuera de zona Covid-19.

En los servicios de cirugía y traumatología además de la elaboración de papeles necesarios para la estadía intrahospitalaria del paciente el IRM tendrá acceso al ingreso a cirugías junto a sus médicos tratantes y posgradistas.

Durante el periodo de medicina comunitaria este será fuera del hospital y es asignado por cada universidad en coordinación con el Ministerio de Salud Pública.

Uniforme

Prendas que identifican institucionalmente y que son socializadas con antelación a los estudiantes al inicio de su internado rotativo, además se debe acompañar de una credencial digital con los datos de identificación, como se observa en la Fig. 2

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

Fig. 2- Vestuario del Interno Rotativo de la Unidad Asistencial Docente – Hospital Pablo Arturo Suárez



Blusa: Modelo cuello en V, manga corta, con bolsillos superior izquierdo y dos inferiores a nivel de la cintura

Pantalón: con piernas rectas, incluye elástico en la cintura, con 2 bolsillos laterales superiores.

Colores: azul eléctrico con vivos color blanco en cuello, mangas y bolsillos de la blusa.

Tela: anti fluido.

Sellos: Imagen Institucional del MSP (manga derecha) y de la universidad a cual pertenece (manga izquierda), además el nombre.

Zapatos: cerrados, antideslizantes, color blanco.

Mandil: blanco con los mismos bordados que en la blusa.

Fuente: Departamento de recursos humanos del Hospital HPAS

Elaborada: las autoras

Experiencia de los señores estudiantes en el internado rotativo en este período de pandemia.

Refieren que ha sido una experiencia inigualable, sin duda un tiempo difícil para todos y un reto mucho más grande el aceptar realizar el internado en un tiempo tan difícil por el riesgo que implica no sólo por la salud personal, sino también por la de sus familias y seres queridos(26).

Un tiempo en donde se ha logrado la unión con amigos, familia, hermanos, y entre el personal del hospital, sin distinción de cargos, un tiempo en que la unión ha fortalecido al equipo de salud, donde se ha valorado a la vida y un período que ha fortalecido la vocación médica. Los conocimientos teóricos se captan por el aula virtual que se ha complementado con apoyo en las necesidades de aprendizaje en la práctica hospitalaria, sin embargo, ha sido un período muy complicado, pero se ha puesto el máximo esfuerzo por parte de estudiantes y docentes para adaptarse a esta nueva forma de educar y en lo futuro desempeñarse en la profesión médica.

Experiencia de los Internos de medicina con estudiantes de otras universidades

El compartir con estudiantes de otras universidades es una experiencia enriquecedora que permite romper barreras de rivalidad y competencias y fortalecer la unión de un equipo médico, mostrar que tanto universidades públicas como privadas generan profesionales médicos con igual calidad y que es el rasgo personal, el que imprime la diferencia. **Tabla 4.**

Tabla 4. Nómina de internos rotativos de Medicina. 2020-2021

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
Alpusig Guanoluisa Nathaly Silvana
Andrade Bombón Gissela Estefanía
Araujo Pérez Daniel Matías
Calero Maldonado Ana Elizabeth
Camacho Molina Sheyla Dayana
Carrasco Gavidia María Elena
Chamorro Cruz Jethsy Andrea
Chiscuet Enríquez Alisson Indira
Constante Segura Ana María
Córdova Celi Brenda Michelle
Fajardo Loaiza Thalía Silvia
Meza Tapia Zoe Isabela
Mullo Morejo Ana Katherine
Siza Enríquez Tamia Estefanía
Toapanta Allauca David Santiago
Villalba Almeida Miguel Angel
Villavicencio Calvache Michelle Carolina
Zumba Calle Andrea Fernanda
UNIVERSIDAD TÉCNICA EQUINOCCIAL
Insuasti Valenzuela Elizabeth
Maldonado Hernández William
Muñoz Espinosa Ximena
Navarrete Cisneros Michelle
Játiva Morejón Jaime
PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
Santoro Arce Valery
Contreras del Salto Dominique
Bustos Barrera Héctor
Rivas Lasso Carolina
Jaramillo Erazo Sofía
Méndez Álvarez Pablo
UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS
Benavides Martínez Jorge
Chávez Pasquel David
Cazco Chiriboga Kevin
Schiavi Guzmán Jessica

Fuente: Departamento de Docencia HPAS.

Elaboración: Las investigadoras.

Conclusión

Los hospitales públicos al igual que toda institución sanitaria evolucionan con el momento político, social y económico del país. Tiene un rol importante en esta transformación, la Academia que contribuye con sus recursos en la formación de

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

profesionales de una sociedad en continuo cambio, donde los valores éticos y morales cobran importancia para el desarrollo del país.

Contribución de los autores

Recolección de información de los autores, análisis y redacción del documento.

Disponibilidad de datos

Datos e información correspondiente a este manuscrito está a disposición de los autores, bajo requerimiento.

Financiamiento

Recursos propios

Conflicto de interés

Ninguno

Bibliografía

1. Calderon M. HM. La importancia de la Historia institucional para la educación. Prim Congr Int Educ [Internet]. 2007;857–64. Available from: file:///E:/Users/ALICIA MENDOZA/Desktop/hpas/La importancia de la Historia institucional para la educación. .pdf
2. Ordoñez SLB. La Universidad Católica de Loja. 2013.
3. Echeverry AMA. Comer en el hospital colonial: Apuntes sobre la alimentación en tres hospitales neogranadinos a finales del siglo xviii. Hist Crit. 2012;1810(46):18–42.
4. Hervás HF. La enseñanza en la antigua Facultad de Medicina en el siglo XVIII. Rev la Fac Ciencias Médicas. 2018;43(1):60–5.
5. McGann TF. Historia del Ecuador. Vol. 36, Hispanic American Historical Review. 1956. p. 131–131.
6. url museo hospital San Juan de Dios. http [Internet]. Available from: <http://www.museociudadquito.gob.ec/antiguo-hospital-san-juan-de-dios/>
7. El comercio https. Jul; Available from: <https://www.elcomercio.com/actualidad/quito-san-juan-dios-anecdotas.html>
8. MORILLO M. DETERMINACIÓN DEL USO DE PROTOCOLOS DE SEGURIDAD PARA EL MANEJO DE ACCIDENTES POR PINCHAZOS EN TRABAJADORES DEL HOSPITAL PABLO ARTURO SUÁREZ DE QUITO E IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA ADECUADO DE REPORTE Y REGISTRO INTERNO [Internet]. UNIVERSIDAD INTERNACIONAL SEK; 2012. Available from: file:///E:/Users/ALICIA MENDOZA/Desktop/hpas/TESIS MSSO MARCELA MORILLO .pdf datos históricos y área de influencia.pdf
9. Hervás HF. La enseñanza en la antigua Facultad de Medicina en el siglo XVIII. Vol. 43, Revista de la Facultad de Ciencias Médicas (Quito). 2018. p. 60–5.
10. Guarderas Jijón Fabian. Una mirada al interior. Vol. ENERO, Mente y Cerebro. 2010. 327 p.
11. HPAS https [Internet]. Available from: <https://www.hpas.gob.ec/index.php/hospital/historia>

12. Vélez J, Cifuentes P. Vida y legado del Dr. Pablo Arturo Suárez a la medicina ecuatoriana. *Rev Médica Vozandes* Vol 27. 2016;1:25–31.
13. Franco Peña GE, Outón P, Zhu C, Chen L, Ou L, Geng Q, et al. glosario. *Ayaq* [Internet]. 2010;8(2):2019. Available from: [https://barnard.edu/sites/default/files/inline/student_user_guide_for_spss.pdf%0Ahttp://www.ibm.com/support%0Ahttp://www.spss.com/sites/dm-book/legacy/ProgDataMgmt_SPSS17.pdf%0Ahttps://www.neps-data.de/Portals/0/Working Papers/WP_XLV.pdf%0Ahttp://www2.psy](https://barnard.edu/sites/default/files/inline/student_user_guide_for_spss.pdf%0Ahttp://www.ibm.com/support%0Ahttp://www.spss.com/sites/dm-book/legacy/ProgDataMgmt_SPSS17.pdf%0Ahttps://www.neps-data.de/Portals/0/Working%20Papers/WP_XLV.pdf%0Ahttp://www2.psy)
14. Schimdt S. Suministra magníficas oportunidades para aprender las materias de los programas de estudio, no solo como información, sino como un conocimiento adquirido a través de las situaciones de la vida”. 1952; Available from: http://www.ecolegios.org.pe/Curso/curso-virtual/Modulos/modulo2/3Secundaria/m2_secundaria/Aprender_haciendo-John_Dewey.pdf
15. Palacios-Sánchez L, Nuñez-Gómez MC, Quevedo-Vélez E. Notas para una investigación futura sobre la historia del internado médico en Colombia, siglo XX. Primera parte: antecedentes europeos y norteamericanos, (siglo XIX e inicios del XX). *Iatreia*. 2019;32(1):33–9.
16. Rand E. 00001.203. Quito,2014.
17. Modersa 2005 [Internet]. 2005. Available from: <https://www.tuugo.ec/Companies/hospital-pablo-arturo-suarez/12600011941#!>
18. Luna V. 2014. Periódico Digital HPAS. 2014.
19. Revista Médico Científica HPAS, 2012. 2012. Mar;
20. Generales SH, Sutura MDE, Anestésicos A & G, Iv C. Ministerio de Salud Pública tarifario de prestaciones de salud contenido.
21. acreditación internacional hospitales MSP [Internet]. 2013. Available from: <https://www.salud.gob.ec/hospitales-del-ministerio-de-salud-iniciaran-proceso-de-acreditacion-internacional/>
22. Acreditación Internacional [Internet]. 2016. Available from: <https://www.salud.gob.ec/el-hospital-pablo-arturo-suarez-recibio-su-acreditacion-internacional/>
23. Datos Epidemiológicos OMS.
24. <https://www.salud.gob.ec/gacetas-epidemiologicas-coronavirus-covid-19/>. *https datos ecuador* [Internet]. Available from: <https://www.salud.gob.ec/gacetas-epidemiologicas-coronavirus-covid-19/>
25. Ayala V. et al (HPAS). GUÍA DE DIAGNÓSTICO Y MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES COVID 19 HOSPITAL PABLO ARTURO SUÁREZ SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. Ecuador- Pichincha; 2020.
26. Luzuriaga S., Mendoza A., Mullo K. CA. ENTREVISTA INTERNOS ROTATIVOS 2021. Quito 2021;

CAPÍTULO V: EXPERIENCIAS DEL DESARROLLO DEL PRIMER NIVEL DE LA RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD - INSTITUTO ECUATORIANO DE LA SEGURIDAD SOCIAL IESS - ZONA 9

Capítulo V A: Instituto Ecuatoriano de la Seguridad Social IESS - Hospital Carlos Andrade Marín –HCAM y la relación con el ciclo de salud comunitaria del Internado Rotativo de la carrera de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador

Piedra S.¹, Coral P.², Martínez S.³, Calderón L.⁴

¹ Residente asistencial Hospital Carlos Andrade Marín, IESS

² Docente Centro de Atención ambulatoria de Cotacollao, IESS

³ Docente del ITQ

⁴ Docente de la Universidad Central del Ecuador

Jefferson Santiago Piedra Andrade <https://orcid.org/0000-0003-3003-065X>

Patricia Coral Rosero <https://orcid.org/0000-0002-9201-8157>

Silma Cristina Martínez <https://orcid.org/0000-0001-8838-6865>

Lilian Rebeca Calderón Layedra <https://orcid.org/0000-0003-4788-2621>

En el año 1850, el presidente interino Ascázubi y Matheu dicta un Decreto en el que se obliga a la asistencia diaria de los estudiantes al Hospital y a llevar un extracto diario de los enfermos.

Para empezar, recordar:

“La Medicina actual, no sólo es consecuencia del devenir histórico, sino que es su propia historia, por tanto, para el mundo actual y del mañana... es imprescindible conservar el recuerdo de las instituciones médicas y de los médicos ejemplares, que señalaron un rumbo, dieron un paso adelante y sembraron lo que hoy se cosecha diariamente.” Eduardo Estrella

“El hospital moderno ya no es el refugio para los desvalidos. No es tan solo el lugar para curar o reparar la salud. Es también un valioso laboratorio de investigación, un centro de formación docente y educativa, que mantiene una vinculación muy estrecha con la comunidad a la que sirve y de la cual forma parte”. César del Pozo (Primer director del HCAM)

Palabras Clave: Internado Médico, Salud Pública, Seguridad Social, Medicina Comunitaria, Atención Primaria de Salud, Educación Superior, Educación médica, Hospital del Día. (1)

En la entrada del Hospital Carlos Andrade Marín (HCAM) hay una placa que señala que dicha unidad de salud fue inaugurada el 30 de mayo de 1970. Cuenta con un director general capacitado en administración de hospitales y salud pública con 4

comités de asesoría: Comité de auditoría médica, comité de reglamentación y disciplina, comité de medicamentos, comité de docencia e investigación. (1)

Como se ve desde el inicio del hospital se considera a la docencia e investigación como un pilar importante en la estructura y desarrollo de los servicios, así como la salud pública. El decano de la Facultad de Medicina de la UCE, el Dr. Augusto Bonilla, señala: *“El HCAM debe convertirse en hospital docente, permitiendo las prácticas a los estudiantes”*. (2)

El Dr. Rodrigo Fierro señala: *“Con Bonilla, Plutarco Naranjo y Nicolás Espinoza se inicia, en los años sesenta del siglo pasado, la fuerte presencia de mi generación en el contexto de la medicina nacional. El ejercicio de la profesión y la investigación científica biomédica llegan a la modernidad que ya se vivía en algunos países latinoamericanos”* (2).

Sin embargo, la historia de la seguridad social se remonta años atrás. En 1928 el régimen de turno era el del Dr. Isidro Ayora, es así que mediante Decreto N°18 nace la Caja de Jubilaciones, Montepío Civil, Retiro y Montepío Militar, Ahorro y Cooperativa, que de conformidad con la Ley se denominó Caja de Pensiones y que protegía a empleados del magisterio público, empleados públicos, bancarios y a los militares. (3)

La seguridad social en el Ecuador tiene una compleja evolución institucional, con una variedad de denominaciones que adopta a lo largo del tiempo, las entidades encargadas de su ejecución: Caja de Pensiones (1/5/1928), Caja del Seguro (13/3/1928), Caja Nacional del Seguro Social, Instituto Nacional de Previsión (8/10/1935) e Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. (4)

El 2/10/1935 por Decreto Ejecutivo N°12 se dicta la Ley del Seguro Social Obligatorio, para trabajadores públicos y privados, con la contribución de aportes bipartita: personal y patronal para la cobertura de los riesgos con beneficio de jubilación, montepío y mortuoria.

El 1 de mayo de 1936 se inician las primeras atenciones médico-preventivas de los asegurados en un local anexo al Antiguo Hospital San Juan de Dios. Luego en 1937 se crea el departamento médico, y se reglamenta el seguro de enfermedad. (1)

El 14 de julio de 1942 se legisla la contribución del 40% por parte del Estado para el seguro general y se incrementa el beneficio de seguro de enfermedad y maternidad, respaldados en la nueva ley del Seguro Social Obligatorio.

“En 1958 comenzó oficialmente la construcción del primer hospital del IESS, en un sector de la antigua hacienda Miraflores de Quito. Un diseñador alemán dio la forma arquitectónica al que siempre fue considerado como el principal centro de salud del país y que lleva el nombre del médico Carlos Andrade Marín. Los antiguos recortes del diario El Comercio dan cuenta de ello.

Pasaron 12 años para que quede registrada la inauguración oficial a cargo del expresidente José María Velasco Ibarra, el 30 de mayo de 1970. Desde entonces el hospital se convirtió en el principal referente para los afiliados al IESS y la demanda por servicios creció, lo cual obligó a las autoridades a emprender en la construcción de otros nosocomios en todo el país. (5)

A la par de lo antes mencionado la educación superior y entre ellas la educación en salud sigue su curso al igual que el programa de Internado Rotativo, de la Facultad de Ciencias Médicas FCM de la Universidad Central del Ecuador UCE” iniciado en 1964.

Los alumnos de la Escuela de Medicina que terminan su sexto año de estudios deben hacer una rotación hospitalaria por cinco áreas, en un período total de 12 meses, sujetos a turnos de trabajo según las unidades asistenciales docentes y las obligaciones académicas señaladas por el Departamento de Internado de la Facultad”. (6)

Las áreas de rotación son las siguientes: Medicina Interna, Cirugía, Pediatría, Gineco-Obstetricia y Pre rural. Las actividades en las cuatro primeras áreas se cumplen de preferencia en hospitales generales de carácter docente, situados en las capitales provinciales (hospitales base). El ciclo pre-rural corresponde a una rotación de diez semanas de duración que se efectúa en unidades hospitalarias pequeñas, ubicadas por lo general en cantones que se conectan, a veces geográficamente, pero siempre administrativamente, con un hospital base. (6)

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

La educación médica y el internado rotativo ha sufrido cambios a través del tiempo, tanto por el número de estudiantes, como por los espacios de aprendizaje existentes, así como el cambio de políticas y normativas nacionales. Desde el año 1800, el plan de estudios establece que los estudiantes deben asistir al hospital para, entre otras cosas, “aprender a tomar el pulso”.(7)

Uno de los aspectos a considerar es el relacionado con “el libre ingreso y la masificación de la educación superior, la reorganización estructural interna del sistema educativo; los cambios en el plan de estudios, la organización y crecimiento en el internado rotativo; ... Los cambios educacionales se produjeron en el contexto de un sistema de atención médica en el cual coexisten por lo menos tres formas de prestación de servicios, de ubicación preferentemente urbana y que dan cobertura a un 43 por ciento de la población”.

El Dr. Rodrigo Yépez ex decano de la FCM de la UCE señala: “La fase de formación académica de los internos está bajo la responsabilidad de Profesores/ Instructores quienes obtienen su cargo después de un concurso de merecimientos y oposición convocado por la Facultad. Por lo general las vacantes de Instructores en un hospital son llenadas por médicos de la propia institución; cuando esto no sucede, las actividades académicas sufren menoscabo”.(6)

En la relación asistencial docente en los diferentes escenarios de aprendizaje como hospitales y unidades de salud, una parte de los estudiantes tiene tutorías y otra parte no, dependiendo entonces en sus rotaciones por los servicios del perfil docente piramidal de los profesionales que se encuentran en las áreas y de la disposición que tenga para compartir sus conocimientos. Al hacerlo no necesariamente tiene formación pedagógica para la transmisión y formación de estudiantes. (8)

Además de los cambios de políticas y normativas del Estado en cuanto a la educación superior y salud relacionados con acreditación de:

- Instituciones de educación superior (IES),
- unidades asistenciales docentes (UAD)
- la carrera de salud entre ellas medicina;

Todo lo anterior amparado por diferentes cuerpos legales por mandato desde el 2009, la Ley Orgánica de Educación Superior 2000/ 2010 y la reforma del 2018, que regula la relación docente asistencial a través de la Norma Técnica de Unidades Asistenciales Docentes del 2013 y su reforma del 2014. Estos regulan los aspectos de relación asistencial-docente con las IES, manda establecer un marco de interrelación formalizado a través de convenio interinstitucional, conformar el Comité de Coordinación Asistencial Docente ComCAD, cumplir el reglamento para la calificación de hospitales docentes, en pro de lograr mejor calidad en la formación sanitaria, garantizar los derechos del paciente y optimizar los recursos formativos(9,10)

El IESS, el 1/09/2011, en la Resolución N° 380 que reforma la Codificación del Reglamento de Afiliación, Recaudación y Control Contributivo, establece “la afiliación obligatoria de pasantes, internos rotativos y becarios, durante su período de estudios, considerando que los pasantes y becarios son aquellos que ejecutan una actividad sin relación de dependencia laboral, por tanto, para efectos de la afiliación la totalidad del aporte será personal, y no incluirá el pago correspondiente al seguro general de cesantía y de los fondos de reserva”. (11)

En este contexto se desarrolla el internado rotativo de medicina, en el HCAM a pesar del tiempo y los cambios se mantiene la docencia. La coordinación de docencia e investigación hace mucho esfuerzo por cumplir con la programación docente que se realiza cada año y en la que pueden participar todos los estudiantes y personal de salud del hospital.

Desde 1969, que está vigente en el Ecuador el libre ingreso a las Universidades (3), el número de estudiantes de medicina creció aceleradamente; solamente en la Escuela de Medicina de la UCE en Quito de 906 matriculados, en 1975, se pasó a 1620 ,en 1980, y se llegó a 6.560 bachilleres. Todo esto generó la reorganización académica y administrativa y así se creó el departamento de Internado. (6)

El HCAM desde los primeros años de su fundación, contó con internos rotativos, y con médicos posgradistas de la UCE. El Hospital CAM recibió a los estudiantes que alcanzaban mejor puntaje promedio en el sexto año. Siempre se distinguió por brindar las instalaciones y tecnología de punta y contar con profesionales de renombre en el ámbito médico nacional, ya que

la mayoría de tratantes fueron especialistas graduados en universidades extranjeras o fueron los primeros especialistas graduados en los posgrados de la UCE. (12)

Para los años 1970 la Facultad de Ciencias Médicas ya tenía convenios docente- asistenciales con el Hospital Carlos Andrade Marín (HCAM), de allí que el hospital contaba con una unidad de docencia e investigación y que fue la encargada de organizar al interior de la unidad hospitalaria las rotaciones de los internos rotativos asignándoles a los servicios de Medicina Interna, Cirugía, Pediatría y Ginecología. Al término de cada rotación, los estudiantes rendían un examen teórico-práctico y aprobaban el ciclo. (12)

Para la estancia de los estudiantes se disponía de instalaciones denominadas de residencia médica, donde los internos rotativos tenían lugares de reposo, así como los Médicos Residentes en otro sector aledaño a la de los internos rotativos, se disponía de servicio de comedor para el personal médico en el que se incluyó a los estudiantes que realizaban la guardia del día. (12)

Los tratantes de los servicios, quienes a su vez tenían nombramiento de docentes de la Facultad de Ciencias Médicas evaluaban el desempeño del estudiante, por lo que la integración de la teoría y la práctica estaba asegurada. El inconveniente se suscita cuando el tratante inclinaba el conocimiento del estudiante hacia la especialidad o subespecialidad, lo que desvirtuaba la formación de un médico generalista que, en su ejercicio profesional, inicialmente debía cumplir con la Medicatura rural, donde debía brindar atención primaria de salud y colaborar a la mejora de las condiciones de vida de la población asignada. (12)

Esto obligó a definir un nuevo perfil de formación de los profesionales de salud y ampliar las rotaciones, ya no únicamente en al área hospitalaria, sino también incorporando las unidades de primer y segundo nivel de atención. También aprovechar la relación de los hospitales como centros de referencia de las unidades de menor nivel de complejidad y preparar al futuro profesional en el proceso de referencia y contrarreferencia de pacientes. (12)

En el caso del Hospital Carlos Andrade Marín los estudiantes de comunitaria debían asistir a los servicios de salud cantonales dependientes del IESS, donde se realizaba la atención médica del seguro campesino, que eran unidades hospitalarias de menor complejidad, donde se prioriza la medicina curativa, limitando la formación real en promoción y prevención a nivel colectivo. Esto se iría corrigiendo con las nuevas ideas y políticas de formación del médico y las políticas nacionales de salud que impulsan la Atención Primaria de Salud. En los años siguientes y con el apareamiento de nuevas universidades, se incrementaron el número de estudiantes del internado rotativo en el Hospital, debiendo ampliar los periodos de las guardias que en un inicio se hacían pasando un día, luego cada segundo día, posteriormente cada tercer día y en los últimos años cada cuarto día. (12)

En 1970 El número total de estudiantes del Internado Rotativo no llegaba al centenar, considerando que de ellos se dividían para asistir a los diferentes hospitales docentes de la ciudad. la Facultad de Ciencias Médicas ya tenía convenios docente-asistenciales con el Hospital Carlos Andrade Marín, de allí que el hospital contaba con una unidad de docencia e investigación y que fue la encargada de organizar al interior de la unidad hospitalaria las rotaciones de los internos rotativos asignándoles a los servicios de Medicina Interna, Cirugía, Pediatría y Ginecología. Al término de cada rotación, los estudiantes rendían un examen teórico-práctico y aprobaban el ciclo. (12)

En 1993, la Facultad de Ciencias Médicas recibe la invitación de la Fundación W.K. Kellogg para participar en un concurso entre universidades de América Latina y el Caribe, a fin de elaborar proyectos que contemplen una construcción práctica de un paradigma para la salud en la región. Esta propuesta tenía dos objetivos básicos: a) Probar si era posible trabajar articuladamente entre Servicios de salud, Comunidades y la Universidad en la formación de profesionales de salud y su impacto en la prestación de servicios y la participación de las comunidades en salud y b) Desarrollar propuestas metodológicas y tecnológicas para este tipo de alianza. (12-14)

La Facultad, decide participar y se nombra un equipo de docentes para elaborar el proyecto, conformado por Dra. Georgina de Carrillo, Directora del Centro de Pedagogía, Dra, Georgina Andrade Y. Docente de pediatría de la carrera de Medicina y Lcda. Adrila Aguirre, docente de la carrera de Enfermería de la UCE. Una vez ganado el concurso, en 1994 se implementa

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

el Proyecto UNI-Quito y se priorizan las Zonas De Guamaní y Epiclachima, donde se distribuyen los estudiantes del IR no sólo de medicina, sino también de enfermería, obstetricia y tecnología médica. (12–14)

Al preguntar a los estudiantes sobre su paso por el hospital y sus diferentes rotaciones nos han dado los siguientes testimonios a lo largo del tiempo, registros personales y escritos de diferentes actores:

- ✓ 1975: “Yo empecé en esa fecha a estudiar medicina y fui externa del HCAM, desde ahí, luego interna rotativa, residente, hice mi especialidad en este hospital. Aquí aprendí desde poner sonda vesical, nasogástrica, vía central, shaldom, entre otras, mucho de tecnología, (Desde bombas de infusión, máquinas de anestesia, respiradores), fui ratón de hospital y por eso aprendí de grandes maestros”
- ✓ 1980: “El internado de medicina en el HCAM es la mejor experiencia de mi vida de estudiante, con turnos súper-cansados y pesados, porque hacíamos turnos pasando un día en algunos servicios y en otros cada tercer día. Pero eso nunca nos importó porque nosotros hacemos todo, y nos olvidamos hasta de comer, pero así se aprende, haciendo”
- ✓ 1981: “Yo rote con los mejores especialistas del país que están en el HCAM, por eso estar aquí es apasionante, no se siente el paso del tiempo, si te gusta la medicina de verdad, y eres bueno los tratantes y residentes te dan más chance de hacer más cosas”
- ✓ 1982: “En mi época de interna en el HCAM, aprendí hacer, atender partos, a cuidar neonatos, y también a soportar pinchazos en las manos en cirugía general, cuando por el sueño cortaba un nudo. Pero así y todo uno debe aprovechar al máximo el internado”
- ✓ 2008: “Nosotros ya sabemos la angustia por la que están pasando”. “Aquí están los mejores especialistas del país”
- ✓ 2010: “...Ya sabemos cuándo están fingiendo. Hay muchos que vienen el domingo por la tarde con algún pretexto para que les demos certificado médico y faltar el lunes al trabajo.”

En 1978 se realiza otra reforma académica que permita la integración del conocimiento entre las ciencias básicas y clínicas y la reformulación del proceso formativo a través de la integración de la teoría y de las técnicas para el análisis y resolución de problemas concretos ligados a la realidad del País. En este sentido se destaca el proyecto de externado para desarrollarse en consultas de pacientes ambulatorios con estudiantes pregraduados en los últimos cursos. (6)

Históricamente se ha considerado que las prácticas asistenciales son fundamentales para el desarrollo de competencias prácticas, estas se logran en las unidades asistenciales, en todos los niveles de atención y complejidad; además que en las comunidades tanto urbanas como rurales. Por ello se realizan prácticas de externado, pre-rural y salud comunitaria.

Las actividades asistenciales en el IESS se continuaron realizando en la clínica del seguro creada el 27 de diciembre de 1946 con 80 camas y llegó a 180 camas, estaba ubicada en las calles Manabí y Benalcázar. En una crónica de la historia, el Dr. Humberto Bolaños Álava señala: “la selección y adquisición de equipos se hizo de forma muy cuidadosa. Prueba de ello es que gran parte de los equipos han servido más allá del tiempo necesario (casi un cuarto de siglo), a pesar de las desfavorables condiciones de mantenimiento”

“La clínica del seguro llegó al más alto nivel científico y moderno. Todos los médicos de las diferentes especialidades han participado en conferencias, congresos, seminarios y reuniones científicas del país y el exterior, mereciendo el aplauso por sus trabajos” (1). Esta cultura docente y de investigación se mantiene en el posterior HCAM, que ha sido un escenario de aprendizaje y de investigación de muchas generaciones.

En 1999 en la reforma curricular se integra el ciclo de Salud Comunitaria programado para el primer nivel de atención.

En todos los lugares mencionados, el prestigio de los estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas de la UCE, fue bueno en cuanto a conocimientos y conducta, el respeto a sus superiores y especialmente al paciente, la calidez en el trato diario a los usuarios y el compañerismo entre los estudiantes, con las debidas excepciones.

Entre las principales observaciones de parte de los docentes o tutores de los servicios de salud, había un clamor generalizado de que se deben incrementar las prácticas de los estudiantes antes del ingreso al internado rotativo, pues se detectaron muchos vacíos de conocimiento y sobre todo de acercamiento y trato al paciente o usuario. Se recomendó incrementar asignaturas de contenido social para que tengan una visión real y global de la salud y para que deduzcan las diferencias culturales y sociales de los usuarios de los servicios de salud y especialmente en las unidades de primero y segundo nivel de atención, así como reforzar una actitud de servicio al usuario para ejercer una medicina más humanizada. (12)

Las rotaciones ya contemplaban las cuatro especialidades básicas y rotaciones por Centros de salud que dependían del área de influencia de los Hospitales base. La mayoría de profesores eran tratantes de los hospitales o de los servicios por donde rotaban los estudiantes y los que no pertenecían al servicio, eran docentes contratados. (12)

Por su parte, algunos estudiantes informaban que en las provincias y en algunos servicios, se les exigía, a cuenta de cumplir con las prácticas, el asistir a servicios privados de los docentes a cumplir esas prácticas, aspecto que no estaba permitido, y detectado este inconveniente, se tomaron las medidas necesarias por parte de las autoridades universitarias y se arreglaron las dificultades con la aplicación del Reglamento del Internado Rotativo. (12)

Se detectó que la mayoría de profesionales incorporados a la docencia del IR, si bien poseían una formación adecuada en su especialidad, no tenían formación en pedagogía o andragogía, lo que dificulta el proceso de enseñanza y aprendizaje y se ofertaron cursos de capacitación en didáctica básica, lo que se consiguió con el trabajo del Centro Superior de Pedagogía de la Facultad de Ciencias Médicas de la UCE que ya venía funcionando desde los años 1970.

En el año 2000, la Coordinadora del Centro Superior de Pedagogía de la Facultad de Ciencias Médicas de la UCE, siendo Director el Dr. Harold Aguirre quien frente a las nuevas estrategias de enseñanza y aprendizaje a nivel mundial, prioriza la capacitación de los docentes de la Facultad en la metodología del Aprendizaje Basado en solución de Problemas, lo que se replicó en cada provincia con cursos dirigidos a los docentes de los servicios incorporados a la docencia y con el apoyo del Proyecto UNI. (12)

En el año 2001, el Centro Superior de Pedagogía realiza el Seminario Internacional de “Sensibilización para la Evaluación de la Calidad de la Educación Superior”. Un Modelo de Autoevaluación Institucional con miras a la acreditación de las universidades del país, luego de este evento se realizaron capacitaciones sucesivas a los docentes de cada área del conocimiento de las carreras de la salud de la Facultad para lograr el objetivo de funcionar como una Facultad de calidad certificada. (12)

Con el aporte del Proyecto UNI-Quito y se contrató al Profesor Pedro Municio docente de la Universidad Complutense de Madrid y experto en evaluación de calidad de las carreras de medicina. Entre sus recomendaciones se mencionaba que a más de capacitar a los docentes en Didáctica y Andragogía, se debía incrementar el trabajo multi e interdisciplinario en la formación de los futuros profesionales y la incorporación de la investigación a todo nivel. Esta recomendación la tomó el IR y durante la rotación de los estudiantes en el ciclo de Medicina Comunitaria, como parte de la evaluación, debían presentar un trabajo de investigación de las patologías o aspectos importantes encontrados en su rotación, trabajo que era calificado y sumado a la nota del examen final. (12)

En el 2007, la directora encargada de la Escuela de Medicina, señala: *“tuve conocimiento de las fricciones que habían entre los estudiantes de diferentes universidades que asistían para realizar las rotaciones en el HCAM, donde se prioriza la presencia de universidades particulares e incluso de otras provincias y poco a poco se fueron disminuyendo las plazas de los internos rotativos para la UCE, lo que obligó a buscar otros establecimientos de salud para que los estudiantes cumplan con el año de práctica obligatoria y se reforzó la rotación de Medicina comunitaria.* (12)

En el año 2008 el Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador, la jefa del Internado Rotativo de la Carrera de Medicina y visita cada uno de los servicios donde se realizaba el Internado Rotativo en Quito y provincias del país (Tulcán, Ibarra, Guaranda, Riobamba, Ambato, Santo Domingo de los Colorados), y así supervisa todos los hospitales y algunos Centros de Salud adscritos, y entre ellos el HCAM, con el fin de conocer la situación de los estudiantes y docentes del Internado Rotativo. (12)

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

En el 2014, el HCAM para cumplir este ciclo de comunitaria; hace que los Internos rotativos roten por urgencias 5 semanas y en distintos servicios; iniciando así un plan piloto liderado por Docencia: Dr. Andrés Calle, Dra. Oderay Larrea y la Dra. Mónica Tarapues y el responsable del Internado Dr. Escalante y Dra. Mónica Ortiz se unifica el ciclo de salud comunitaria para todos los internos que están en esa unidad de salud. Se desarrolló la misma Agenda Académica para el logro de los productos de investigación, propuesta lúdica creativa de respuesta a un problema detectado en el primer nivel; informes individuales que compile en un portafolio las herramientas del primer nivel revisadas como: mapa parlante, análisis de la situación de salud local (ASIS), pirámide poblacional, ecomapa familiar, genograma, historia de un derecho vulnerado, etc., experiencia para todas las universidades.(9,15,16)

Desde el 2014, los cuatro ciclos del Internado Rotativo de Pediatría, Cirugía General, Medicina Interna y Gineco-Obstetricia se desarrollan en las diferentes áreas del HCAM que incluyen áreas de subespecialidad Médica como Oftalmología, Otorrinolaringología, Cirugía Vascular entre otras y el ciclo de salud comunitaria.

En la actualidad se analizó los syllabus y se desarrolló una propuesta en base al syllabus de la FCM de la UCE bajo la responsabilidad de la Dra. Lilián Calderón Docente Responsable de Salud Comunitaria de la UCE(16) proyecto con el objetivo final de lograr un Syllabus único de salud comunitaria y una única Agenda Académica de Salud Comunitaria(15) que se desarrolla en:

- a) 5 semanas en las unidades de primer nivel del IESS CAA Quito Central, CAA el Batán, CAA Eloy Alfaro, CAA Chimbacalle, CAA de Cotacollao, en segundo nivel en el CAA de Sangolquí, en los servicios que dispongan de Médicos Familiares, inmunizaciones, visitas domiciliarias, seguimiento epidemiológico y clubes con participación de usuarios; y,
- b) 5 a 6 semanas en emergencia del HCAM, con talleres comunitarios que se revisan a través de casos clínicos de los programas y herramientas del primer nivel de atención formuladas en el Modelo de Atención Familiar Comunitario e Intercultural MAIS-FCI como:
 - Atención Primaria de Salud APS, MAIS/FCI, interculturalidad, violencia de género familiar, física o psicológica de los diferentes ciclos de vida, inmunizaciones, discapacidades, atención integral al adulto mayor, muerte digna, dilemas éticos en la relación médico – paciente. así como elaboración de mapa parlante, APGAR familiar, familiograma, eco-mapa familiar, pirámide poblacional, diagnóstico comunitario y diagnóstico situacional de salud, historia de un derecho humano vulnerado y su restitución entre otras herramientas.

Sin embargo, con este proyecto desarrollado por un año y medio (2015 al 2107) no se logran las metas planteadas para un syllabus único de salud comunitaria, en el que intervengan todas las universidades e internos (nutrición, enfermería, medicina) que se desarrolla en 11 semanas del primer nivel.

Sin embargo, se logra un mayor espacio para la salud comunitaria en el HCAM, como contar con un horario para los talleres comunitarios (4 horas por semana), apertura a la investigación y facilidades para la misma y que los estudiantes desarrollen competencias y habilidades en herramientas y programas del primer nivel de atención.

Se aspira que las investigaciones den respuesta a las necesidades prioritarias de las unidades de salud donde se realizan las rotaciones. Queda aún un gran camino por recorrer para la salud comunitaria que a pesar de ser el 20% de las actividades académicas del año de internado, solo el 10% se desarrolla como tal y el otro 10 % sigue desarrollándose en el tercer nivel de atención y en las especialidades hospitalarias.

El ciclo de salud comunitaria al momento dispone de un tutor específico y con horario predefinido para sus actividades en el primer nivel de atención del IESS en el 50% de rotación. Se aspira que en las rotaciones de especialidades se fortalezcan los criterios clínicos para que al estar en la rural haya mejor criterio para las referencias a otros niveles de atención.

Bibliografía

1. Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS). HCAM Hospital amigable. Unimarket, editor. Quito; 2011.

2. Diario El Tiempo. Hoy se inaugura el Hospital del Seguro. Diario El Tiempo. 1970;44.
3. Martínez S. IESS Jubilados [Internet]. 2018. Available from: <https://slilma.wixsite.com/iessjubilados/caja-de-pensiones>
4. Martínez S. IESS Jubilados [on line]. 2018;
5. Noticias U. Redacción últimas noticias [on line]. 2018;
6. Yépez R. Revista digital UCE [on line]. 1980.
7. Raad J. [Conferencia dictada por el Dr. Jean Raad en el CES]. 2012.
8. Interinstitucional A. Acuerdo Interinstitucional MSP/CES [Internet]. 2013. Available from: www.salud.gob.ec
9. Superior M de SP y C de E. Reforma a la Norma de las UAD R.O. 528 (1). Ecuador; 2015 p. 7.
10. Acuerdo Interinstitucional MSP/CES [Internet]. 2013. Available from: [https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/NORMA TECNICA UNIDADES ASISTENC. DOCENTES.pdf](https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/NORMA%20TECNICA%20UNIDADES%20ASISTENC.%20DOCENTES.pdf)
11. Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS). Resolución No. 380 IESS. Ecuador;
12. Andrade G. Entrevista a Directora del Programa de Internado Rotativo 2007- 2010. 2021.
13. Feuerwerker LCM, Sena R de E. La construcción de nuevos modelos académicos de atención a la salud y de participación social. In: La educación de los profesionales de la salud en Latinoamérica: Tomo I Una mirada analítica. Sao Paulo - Brasil: Hucitec Ltda.; 1999. p. 47–82.
14. Feuerwerker L, Aleida M, Llanos C. La educación de los profesionales de la salud en Latinoamérica. Teoría y práctica de un movimiento de cambio Tomo II. Las voces de los protagonistas. São Paulo. Brasil; 1999.
15. Ecuador UC del. Agenda Académica de Ciclo de Salud Comunitaria del Programa de Internado Rotativo de Medicina 2021. Ecuador; 2021.
16. Universidad Central del Ecuador Carrera de Medicina F de CM. Agenda Informativa - Programa de Internado Rotativo, Mayo 2016 - Abril 2017. Quito - Ecuador: Facultad de Ciencias Médicas;

Capítulo V B: Instituto Ecuatoriano de la Seguridad Social: historia del Internado Rotativo en el Hospital General San Francisco.

Naranjo F¹., Muñoz D.¹, Mero L.¹, Romero N.¹, Sangolquiza M.¹, Betancourt C.¹, Sánchez J.¹, Ortega M.¹, Jácome D.¹, Vásquez G.¹, Calderón L.²

¹ Internos Rotativos Universidad Central Del Ecuador

² Docente Universidad Central del Ecuador

Correspondencia: Naranjo Gelbert Felipe Santiago / fnaranjogelbert@hotmail.com

Felipe Santiago Naranjo Gelbert	https://orcid.org/0000-0002-0341-8459
Darwin Hernán Muñoz Jaramillo	https://orcid.org/0000-0003-2514-9381
Lizeth Cristina Mero Zambrano	https://orcid.org/0000-0002-3833-0983
Nathaly Valentina Romero Romero	https://orcid.org/0000-0001-8376-0029
Magali Rocio Sangolquiza Allauca	https://orcid.org/0000-0002-0581-1094
Cristian Paúl Betancourt Maldonado	https://orcid.org/0000-0003-0995-0830
Jéssica Liseth Sánchez Pisuña	https://orcid.org/0000-0002-9172-5773
Mayra Alejandra Ortega Chiriboga	https://orcid.org/0000-0001-8109-5854
Diana Rocío Jácome Guerrero	https://orcid.org/0000-0001-7092-520X
Génesis Nicole Vásquez Flores	https://orcid.org/0000-0001-9434-1866
Lilián Rebeca Calderón Layedra.	https://orcid.org/0000-0003-4788-2621

Introducción

El Internado Rotativo de Medicina fue establecido con el fin de aprender y poner en práctica los conocimientos adquiridos. Históricamente para la obtención del título de Médico era necesario que el estudiante realizará sus pasantías junto a un médico de prestigio durante un determinado periodo de tiempo, situación que fundó las bases para la instauración de este programa. (1)

El Internado Rotativo es el último año que cursa el estudiante de medicina en su formación profesional. “Es el período curricular de práctica pre profesional y el cumplimiento de este requisito, con su aprobación permitirá la certificación del título de Médico y la habilitación para el ejercicio profesional” (2). “Es un año obligatorio, indispensable para que los alumnos integren y consoliden los conocimientos que adquirieron durante los ciclos previos”. El lugar en el que se realizará el año de Internado Rotativo es elegido por el estudiante de medicina tras culminar 10 semestres de preparación académica e

inscribirse al internado rotativo previo el cumplimiento de requisitos específicos que incluye el dominio del inglés B2, certificado de tecnologías, esta elección se efectúa en reuniones organizadas por los representantes del nivel y el Docente Coordinador del Programa de Internado Rotativo de Medicina PIRM. En dicha reunión, los estudiantes eligen la unidad asistencial docente que más se acerque a sus expectativas por orden decreciente de promedio calificaciones alcanzado durante los 10 semestres, iniciando con el promedio más alto. En Asamblea abierta en el Auditorio José Mejía Lequerica de la Facultad de Ciencias Médicas. Una vez realizada su elección el estudiante continúa los trámites pertinentes y participa en charlas de inducción en el hospital para iniciar su año de labor académica. (3)

Durante este año, los IRM reciben una compensación económica mensual denominada “estipendio”. Corresponde a una asignación económica que es entregada por: el Ministerio de Salud Pública (MSP) al Interno Rotativo a través de la instancia administrativa correspondiente si la Unidad Asistencial Docente (UAD) es parte de la Red de servicios del MSP; por el Instituto Ecuatoriano de la Seguridad Social (IESS) si la unidad es parte de la Red IESS como el caso del IESS- San Francisco; por el Instituto de la Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) si la unidad es de la Red del ISSFA; y, de igual manera con las unidades de la Red del Instituto de la Seguridad Social de la Policía (ISSPOL). Este no es un sueldo como tal, y será fijado por el MSP a través del comité académico de becas mediante el correspondiente informe académico del pregrado. Dicho estipendio cubrirá los gastos desde la fecha de la adquisición del mismo después de la firma del convenio del MSP o IESS y el Comité Académico de Becas (4). “Según el artículo 11 del Registro Oficial No 690 el monto del reconocimiento económico individual por las actividades asistenciales correspondería al 60% de la remuneración mensual unificada vigente de los profesionales rurales”. Actualmente el MSP acuerda que los estipendios para estudiantes en el Programa de Internado Rotativo de las Carreras de Salud, en sus establecimientos se mantienen en \$591 (quinientos noventa y un dólares) para aspirantes a médicos y \$540 (quinientos cuarenta dólares) para aspirantes a enfermeros y obstetrices (5). Sin embargo, en mayo del 2019 se pretendió atentar contra los derechos de los Internos Rotativos, mediante la disminución de su estipendio. Frente a este anuncio los Internos Rotativos de la cohorte de mayo 2019 realizaron manifestaciones pacíficas y gracias a charlas constantes no se logró vulnerar sus derechos, esta situación se repitió en la cohorte de septiembre 2019.

La presente investigación surge con el fin de conocer las características y condiciones en las que se relacionan y desarrollan los estudiantes de medicina durante este año de formación insertos en las unidades de salud, sean centros de salud u hospitales. El Internado es una etapa clave, porque es el primer momento en que empiezan a formar parte del equipo de salud en los hospitales más importantes del país y en las unidades del primer nivel de atención de la Zona 1 y Zona 9 de Salud, en nuestro caso por acuerdos entre el Coordinador de Docencia del HGSF, el Centro de Salud San Antonio de Pichincha del Distrito 17D03 del MSP y la Coordinación del Internado rotativo de la FCM de la UCE el Ciclo de Salud Comunitaria se realiza en la Unidad tipo C de San Antonio de Pichincha del MSP. (6).

Objetivos

1. Documentar la importancia del Internado Rotativo de Medicina siendo un programa de integración docente asistencial.
2. Aplicar y profundizar los conocimientos proporcionados en los niveles de pregrado de la carrera, así como perfeccionar las habilidades y destrezas de los estudiantes.
3. Registrar la historia, antecedentes y datos de relevancia del Hospital General San Francisco y la participación colaborativa de los internos con el equipo de salud en las actividades académicas según las necesidades de cada servicio del hospital.
4. Analizar la participación de los internos en las actividades docentes y de investigación del hospital o servicio de salud de primer nivel.
5. Analizar la percepción que tienen los internos rotativos de medicina de su desempeño y condiciones generales en el Hospital General San Francisco.

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

Materiales y métodos

Estudio observacional descriptivo sobre la historia del Internado Rotativo en el Hospital General San Francisco, se obtuvo información histórica a partir de documentos publicados, noticias en prensa escrita, entrevistas a médicos encargados de docencia del hospital e información de sitios WEB.

Resultados

Hace medio siglo se instituyó el Internado Rotativo en el Ecuador para estudiantes de medicina y otras carreras, desde entonces se constató la importancia que tienen los internos en sus hospitales y como se han convertido en un pilar fundamental del Sistema Nacional de Salud del Ecuador. En el Hospital General San Francisco el Internado Rotativo comenzó en el año 2013 y desde entonces los Internos han sido parte clave en el funcionamiento de esta unidad.

Historia del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

Figura 1 - Edificio de la Caja del Seguro, IESS, Avenida 10 de agosto, Quito



Fuente: Evelia Peralta. 2007.

Las leyes dictadas en los años 1905, 1915 y 1918 normaron la cobertura destinada a los empleados públicos, educadores, telegrafistas y dependientes del poder judicial. (7)

Durante la dictadura del Ing. Federico Páez, el 31 de marzo de 1937 se reformó la Ley del Seguro Social Obligatorio, que incorporó, en beneficio de los afiliados, el Seguro de Enfermedad. (7)

Su historia se remonta al 8 de marzo de 1928, en que por Decreto Ejecutivo No. 18, dictado por el gobierno del Dr. Isidro Ayora y publicado en el Registro Oficial No. 590 del 13 de marzo de ese mismo año, nació la “Caja de Pensiones”. (7)

La Seguridad Social en el Ecuador ha tenido una compleja evolución institucional, con una variedad de denominaciones que adoptaron a lo largo del tiempo, las entidades encargadas de su ejecución: Caja de Pensiones, Caja del Seguro, Caja Nacional del Seguro Social, Instituto Nacional de Previsión Social e Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. El 2 de octubre de 1935, mediante Decreto Supremo N° 12 se dicta la Ley de Seguro Social Obligatorio, estableciendo su aplicación en los

trabajadores del sector público y privado y la contribución de aportes bipartita: patronal y personal para la cobertura de los riesgos y con beneficios de jubilación, montepío y mortuoria. La Caja de Pensiones se mantiene como institución ejecutora y bajo la dependencia jurídica del creado Instituto Nacional de Previsión. (7)

En el año 1937, con la Ley del Seguro Social Obligatorio se crea la Caja del Seguro de Empleados Privados y Obreros y el Departamento Médico ligado a ella. El 14 de julio de 1942, se expide la nueva Ley de Seguro Social Obligatorio, en la que se establecen nuevas condiciones de aseguramiento, el financiamiento de todas las pensiones del seguro general, en adelante, serán con la contribución del 40%; por parte del Estado y se incorpora el seguro de enfermedad y maternidad entre algunos beneficios para los afiliados. (7)

El 19 de septiembre de 1963, mediante el Decreto Supremo N° 517, se fusionan la Caja de Pensiones y la Caja del Seguro para crear la Caja Nacional del Seguro y del Departamento Médico. Mediante Decreto Supremo N° 40, del 25 de julio de 1970, publicado en el Registro Oficial N° 15 del 10 de julio de 1970 la Caja Nacional del Seguro Social se transforma en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS). (7)

En 1988, la Asamblea Nacional reforma la Constitución Política de la República y establece la permanencia del IESS como única Institución autónoma, responsable de la aplicación del Seguro General Obligatorio. El 30 de noviembre de 2001, en el Registro Oficial N° 465 se publica la LEY DE SEGURIDAD SOCIAL. (8)

El IESS, según lo determina la Constitución de la República del Ecuador aprobada en referendo por el pueblo ecuatoriano el 28 de septiembre de 2008, se mantiene como entidad autónoma, con personería jurídica, recursos propios distintos a los del Fisco; y con una estructura orgánica que ha ido modificándose en el transcurso de los años. Así mismo, se establecen modificaciones para separar el financiamiento y administración de las contingencias cubiertas por el seguro general obligatorio que administra el IESS. (8)

En el transcurso de su existencia, el IESS como la institución social más grande del país que brinda seguridad social, ha ido transformándose en el ámbito legal, social y de prestaciones. Tuvo varias etapas de evolución, hasta convertirse en una entidad, cuya organización y trabajo se fundamenta en los principios de: solidaridad, obligatoriedad, universalidad, equidad, eficiencia, subsidiariedad y suficiencia. (8)

La Ley de Seguridad tiene varios artículos reformados por la Asamblea Nacional en temas de préstamos hipotecarios, fondos de reserva, décimas cuarta y tercera pensión y sueldo, 40% del aporte del Estado para pensiones jubilares, y reconocimiento del trabajo en el hogar el IESS, que contribuye al cumplimiento de los objetivos del Plan Nacional del Buen Vivir, con el propósito de mejorar la calidad de vida de las y los ecuatorianos (8)

Las prestaciones de la seguridad social se financian con el aporte de las personas aseguradas en relación de dependencia y de sus empleadores; con los aportes de las personas independientes aseguradas; con los aportes voluntarios de las ecuatorianas y los ecuatorianos domiciliados en el exterior; y con los aportes y contribuciones del Estado. (8)

Historia e importancia del Hospital General San Francisco

Figura 2 - Hospital General San Francisco IESS, Carcelén, Quito



Fuente: Edición Médica. 2018.

El hospital empezó formando parte de un proyecto privado en el año 2001, pero dicha iniciativa desistió debido a una falta de administración y escasos recursos, rezagos de una crisis bancaria. Sin embargo, debemos conocer que este hospital pese a que la estructura estaba construida en un 70% fue abandonada por casi una década, hasta que en el año 2004 se hizo la adquisición por parte del IESS, a pesar de esto, existieron inconvenientes como una dilatación en los procesos debido a que se investigaron posibles sobreprecios e irregularidades. (9)

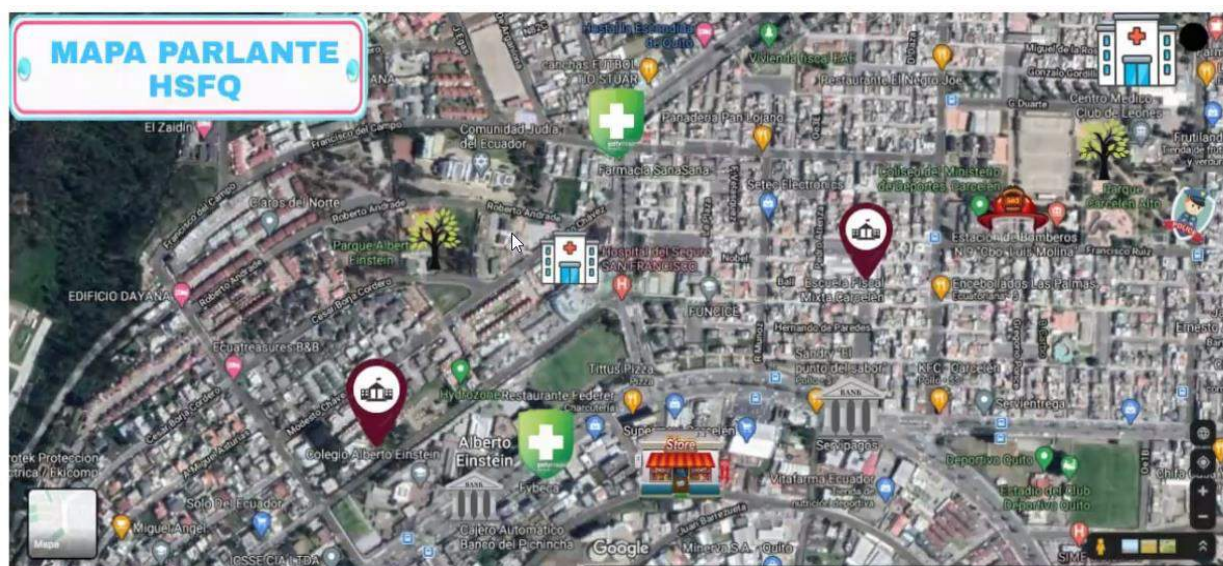
El Hospital General San Francisco (HGSF) constituye una institución cuya construcción empezó cuatro años antes de la inauguración el 5 de diciembre del 2011 por autoridades del Estado y otras autoridades en la parroquia de Carcelén al norte de Quito. Es una de las entidades pertenecientes al IESS,

El hospital representó una inversión de treinta y ocho millones de dólares y contó desde su inauguración con infraestructura moderna con equipamiento y tecnología de punta. Son cerca de 26.000 metros cuadrados de construcción dentro de los cuales consta con 10 quirófanos en total, repartidos entre centro obstétrico, emergencias y área quirúrgica; un tomógrafo (que para entonces era el más moderno del país); tres equipos de rayos X; 2 ecógrafos; 2 equipos de endoscopia (todos nuevos y con excelente tecnología).

El Hospital inició su atención médica con 128 camas, 56 consultorios de diversas especialidades como centro quirúrgico, centro obstétrico, neonatología, hospital del día, área de diagnóstico, cuidados intensivos, emergencia, farmacia, medicina interna, traumatología, endoscopía, dermatología, pediatría, entre otros, todos dirigidos por más de seiscientos profesionales, quienes pasaron a formar parte de esta institución mediante el respectivo concurso de merecimientos. (9)

La importancia de esta institución se basa en el gran beneficio que presta en la actualidad a la población afiliada perteneciente a los sectores de Carcelén Alto y Bajo, además de sectores cercanos ya que constituye un hospital de segundo nivel de atención, con infraestructura adecuada que garantizan una buena atención a los usuarios y representa por esto un referente regional en cuanto a calidad en salud, buen trato, trabajo responsable y compromiso social. Fig. 3

Figura 3 - Mapa parlante del HSFQ, elaborado por los Internos Rotativos de Salud Comunitaria



Fuente: Google Maps.

Elaboración: Jácome Daniel y Vásquez Génesis

Es relevante mencionar los cambios a los que se ha sujetado la Institución durante los últimos 2 meses (marzo-abril 2020) debido a la pandemia por Covid 19, que se basan principalmente en la remodelación y readecuación del cuarto piso de la institución antes utilizado para el funcionamiento del servicio de medicina interna, misma que fue reubicada en el tercer piso del área de hospitalización cuyo espacio lo comparte actualmente con las especialidades del área quirúrgica, todo esto con el fin de poder implementar un área exclusiva para el cuidado y aislamiento de los pacientes infectados por Sars-CoV-2 el objetivo es poner en funcionamiento lo más pronto posible un área más amplia de terapia intensiva y cuidados intermedios para dichos pacientes. Todos estos cambios junto con la implementación de una carpa adicional que forma parte del triage del servicio de emergencia para los sintomáticos respiratorios, se han llevado a cabo al margen de las normas correspondientes para la prevención del contagio y atención digna de todos quienes participan de los servicios de esta noble institución.

Actividades del interno rotativo de medicina

Desde el año 2013 las actividades del IRM en cada una de las áreas del HGSF han sido fundamentales para el desarrollo del mismo. En los servicios de Pediatría, Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna, Cirugía y Emergencia, los internos se encargan de la realización de historias clínicas, toma de signos vitales, toma de muestras, análisis de los cuadros clínicos para determinar sus patologías y tratamientos de cada uno de los pacientes al ingreso de los distintos servicios.

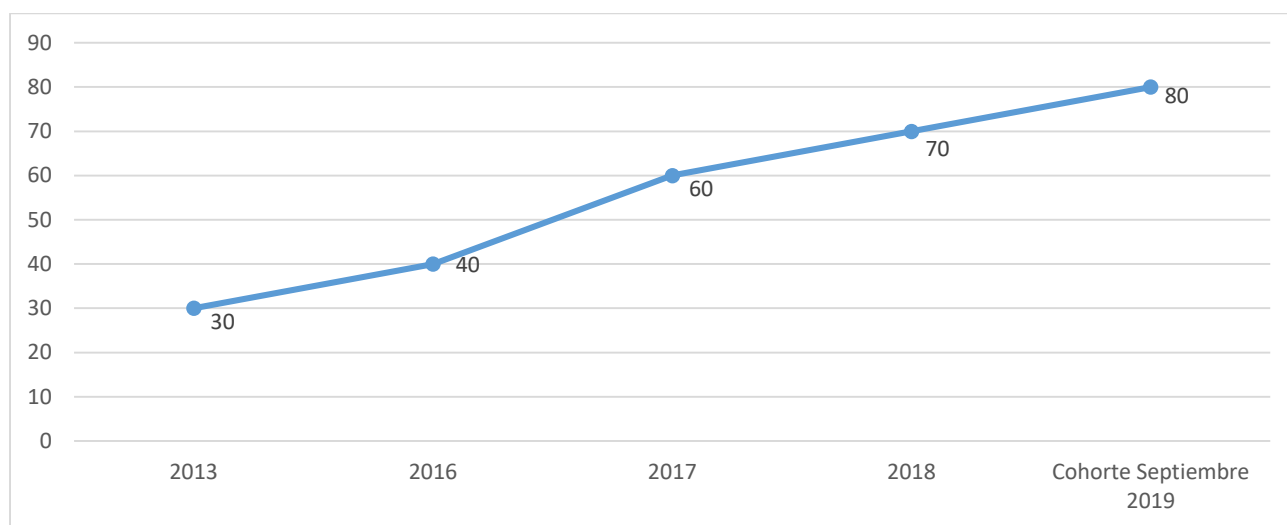
Sin embargo, en áreas como Ginecología y Obstetricia, además de la realización de los parámetros antes mencionados, el interno evalúa a las pacientes embarazadas, realiza monitoreos fetales e ingresa a sala de partos donde es capaz de atender partos. En Cirugía ingresa a quirófano donde desarrolla sus habilidades. En el servicio de neonatología, las funciones que realiza el interno son la de preparación del equipo para recepción de recién nacido (RN), en área de alojamiento conjunto realiza el examen físico del RN, explica a la madre sobre lactancia materna y demás cuidados del RN. Todas las actividades que desempeña el IRM en el HGDSF las realiza con la guía y acompañamiento de los Médicos Tratantes, Posgradistas o residentes.

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

Investigación y docencia en el Hospital General San Francisco

La Jefatura Técnica de Investigación y Docencia en el HGSF ha sido liderada por renombrados profesionales en el ámbito de la docencia e Investigación. Desde su inauguración en 2011, el Doctor Roberto Ramos (actualmente Director Académico de Telesalud de la Universidad De Las Américas) asumió este cargo y fue primordial su acción para estructurar todos los programas de docencia hospitalaria que conocemos en la actualidad. Uno de sus principales proyectos fue en el 2013, al suscribir los convenios con las Universidades: Central del Ecuador, Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Universidad de las Américas y la Universidad Internacional del Ecuador para iniciar el Programa de Internado Rotativo en esta Unidad de Salud que paulatinamente ha incrementado el número de plazas, ya que, en un inicio acogía a 30 Internos Rotativos de Medicina y al momento se encuentran 80 cursando el último año de su carrera. (10) (Gráfico 1)

Gráfico 1 - Número de Internos Rotativos de Medicina en el Hospital General San Francisco, 2013-2020.



Elaboración: Los autores

El Doctor Pablo Hidalgo, cirujano plástico con amplia experiencia de más de 35 años como Coordinador de Docencia de Posgrados en Venezuela, es nombrado jefe del Departamento de Investigación y Docencia en el año 2016, él refiere que a pesar de la excesiva carga de funciones que tiene el Interno, el HGSF es un lugar idóneo para el aprendizaje de algunas técnicas que durante la formación como médicos no sería posible fuera de un ambiente hospitalario. Así mismo recalca la importancia que tienen los IRM en el Sistema de Salud Público ya que en la mayoría de las ocasiones dichas Unidades Hospitalarias no podrían mantener su funcionamiento adecuado sin ellos dado el trabajo que realizan. (11)

Durante su gestión al frente de esta Jefatura, recalca la inclusión de pasantías complementarias en áreas cruciales para el crecimiento profesional de los futuros médicos según un informe técnico en áreas como Cardiología, Otorrinolaringología, Neurología, Cirugía Vascular, Urología y Cirugía Plástica. (11)

Además, debido a que evidenció una falencia en los estudiantes, incluyó en la semana de inducción previo al inicio de las rotaciones un curso para el manejo de heridas agudas y un taller de suturas dictado por él con asistencia de posgradistas o tratantes del servicio de cirugía, con una duración de alrededor de 12 horas que cuenta en la actualidad con aval universitario. (11)

A pesar de no ser un hospital destinado formalmente para la docencia, comenta que antes de la culminación de su periodo, se llevó a cabo una evaluación sobre la percepción que tenían los Internos Rotativos sobre su formación en este hospital y se concluyó con que era de gran calidad y entre las principales ventajas de realizar el internado en esta institución se encontraba el hecho de que existía una relación más cercana entre los futuros profesionales y sus tutores debido a que es un hospital más pequeño y esto permite recibir clases prácticamente personalizadas. (11)

Actualmente, el Doctor Ronnal Vargas (Figura 4), médico subespecialista en cirugía bariátrica, con 12 años de experiencia en docencia universitaria, asume en enero de 2020 el cargo como Jefe Del Departamento de Investigación y Docencia como sucesor del Dr. Jorge Chalco Navas. (12)

Plantea dos principales proyectos para el crecimiento profesional de quienes conforman el equipo médico de esta institución; la primera se denomina “Docencias Locales” y se trata de migrar el proyecto de docencia general previo, en una asamblea semanal para todo el personal e implementar en cada servicio una agenda personalizada con temas destacados para fortalecer el conocimiento de sus integrantes, a dicho proyecto de educación continua, se suma el beneficio de obtener un aval universitario, logrando así una mejora a nivel curricular. (12)

Mediante el segundo plan, se busca posicionar al hospital como una referencia de investigación a nivel nacional mediante la creación del Comité de Ética en Investigación en Seres Humanos CEISH, que se encuentra presentado a la autoridad sanitaria en espera de su aprobación, además de consolidar las líneas de investigación relevantes de cada área y en base a esto producir artículos científicos adaptados a nuestra realidad local que permitan una mejor atención de los pacientes. Una de las fortalezas de este proyecto es que, entre los autores de estos artículos se incluye a internos rotativos que se encuentran en el hospital, logrando así una ventaja competitiva al postular para un posgrado una vez que se gradúen. (12)

Adicionalmente, el Dr. Vargas recalca la importancia de privilegiar la parte académica sobre la administrativa durante este año de la carrera, pero refiere que esto solo se puede lograr a través de una corresponsabilidad entre docentes y estudiantes, donde plantea como alternativa el uso de herramientas digitales para complementar el aprendizaje desde los hogares ya que muchas veces el volumen de trabajo hospitalario no permite impartir las horas de docencia adecuadas. (12)

Finalmente, considera al Internado Rotativo como una etapa fundamental en la formación médica donde se aprende sobre el compromiso y responsabilidades que se adquiere con los pacientes al seguir esta carrera universitaria, así como la importancia de trabajar en equipo y la capacidad de resolver casos clínicos. (12)

Figura 4 - Dr. Ronnal Patricio Vargas Córdova – Jefe Del Departamento De Investigación y Docencia HGSF. 2020



Fuente: Internos investigadores.

Durante los nueve años de funcionamiento el Hospital General San Francisco ha recibido trece cohortes de Internos Rotativos de Medicina, posgradistas de varias especialidades médicas como traumatología; medicina interna; cirugía, otorrinolaringología; ginecología; entre otros y externos que cursan desde sexto a noveno semestre de la carrera de medicina. Esto lo ha llevado a posicionarse como un referente en la formación de médicos a nivel nacional e internacional ya que mediante convenios institucionales también recibe a médicos en formación de España, Italia, Estados Unidos y México. (10)

Antecedente Del Ciclo De Medicina Comunitaria en el HGSF

Figura 5 - Edificio de la Unidad de Atención Ambulatoria (UAA) del IESS Sangolquí



Fuente: Constructora Vicente Rodríguez

Desde el año 2013 que se inició el Programa de Internado Rotativo en el HGSF se instauró el ciclo de medicina comunitaria, con la primera cohorte que estuvo integrada por IRM de la Universidad Central del Ecuador.

El ciclo de medicina comunitaria comenzó en la Unidad de Atención Ambulatoria (UAA) del IESS Sangolquí, donde la rotación se conformaba de 7 semanas en la UAA y 3 semanas en la emergencia del HGSF, luego se pasó a conformar por 6 semanas en la UAA y 4 semanas en la emergencia del HGSF. (6)

En esta Unidad de Atención Ambulatoria del IESS Sangolquí se llevaba a cabo la rotación en la consulta externa de medicina familiar en un horario de 8:00 a 15:30 de lunes a viernes. Mientras que las semanas de rotación en el servicio de emergencia del HGSF se hacían en un horario de 7:00 a 13:00 y de 13:00 a 19:00 mediante guardias.

Se tuvo la propuesta por parte del Dr. Hidalgo, segundo jefe de docencia, junto al Dr. Siza, médico tratante de la emergencia del HGSF, de hacer parte del ciclo de medicina comunitaria un programa de información, comunicación e investigación por parte de los IRM, el cual consistía en hacer una rotación en la sala de espera de la emergencia, donde se daría charlas informativas a los pacientes sobre patologías prevalentes y además se recogería datos para realizar las investigaciones requeridas como aprobación del Ciclo de Salud Comunitaria de la Facultad de Ciencias Médicas que contribuye a una mejor atención a los pacientes, además de formar futuros médicos con mayor interés por la investigación.

Esta propuesta de investigación nace de la inquietud de analizar los aportes por los 327 años de fundación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador y casi los 50 años del Ciclo de Salud Comunitaria vinculada al primer nivel de atención del Sistema Nacional de Salud (SNS) a la salud pública del país. El proyecto fue de conocimiento de las autoridades por medio de los autores de este artículo durante la investigación del mismo, lo que les ha parecido una interesante propuesta que debería ser analizada por parte de la unidad docente del hospital y de la Universidad.

Antecedentes Centro de Salud Tipo C San Antonio de Pichincha

Figura 6 - Centro de Salud Tipo C, MSP, San Antonio de Pichincha



Fuente: MSP.

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

Luego de 41 años, San Antonio de Pichincha, al norte de Quito, cuenta con un nuevo y moderno Centro de Salud dotado por el MSP como parte de su red de servicios de la Zona 9 de salud. Sus habitantes se mostraron agradecidos por esta gran obra que beneficia a más de 28 mil habitantes de la zona. Se inauguró este centro de salud del Primer Nivel de Atención Tipo C el jueves 02 de febrero de 2016. (13)

Esta unidad ofrece una cartera de servicios: Medicina general en consulta externa, vacunación, odontología, pediatría, salud mental (itinerante), obstetricia, ginecología, pediatría, nutrición, laboratorio, rayos x, acupuntura, medicina comunitaria, terapia física, terapia ocupacional, terapia del lenguaje, psico-rehabilitación y estimulación temprana. (14)

En el nuevo Centro de Salud Tipo C de San Antonio se tiene proyectado atender hasta 400 pacientes diarios, mientras en el antiguo centro de salud se atendían alrededor de 100 al día. En el nuevo centro de salud laboran 79 personas: 68 profesionales de la salud y 11 administrativos. (14)

Ciclo Medicina Comunitaria en el Centro de Salud Tipo C San Antonio de Pichincha

Figura 7 - Interno Rotativo de Medicina presentando el proyecto ESAMyN, Centro de Salud Tipo C, San Antonio de Pichincha. 2020



Fuente: Propia

Desde el año 2018 con el Dr. Chalco como jefe de docencia del HGSF, se cambió a la rotación de medicina comunitaria de la Unidad de Atención Ambulatoria del IESS Sangolquí al Centro de Salud Tipo C San Antonio de Pichincha bajo la Coordinación y supervisión del Programa de Internado Rotativo de Medicina en el área de Salud Comunitaria Responsable la Dra. Lilián Calderón, con cumplimiento de la Agenda Académica de Salud Comunitaria correspondiente a este ciclo de 11 semanas. Se mantiene hasta la actualidad la rotación de medicina comunitaria en dicho centro con el jefe de docencia Dr. Vargas.

El Dr. Hurtado, médico tratante de medicina familiar, es el encargado de los IRM en el centro de salud. Se realiza la rotación en los diferentes servicios del centro de salud como medicina general, pediatría, ginecología-obstetricia, que incluyen exposiciones de temas relevantes referentes a salud y que se realizan en la sala de espera de la consulta externa y emergencia, además de las actividades del centro de salud se realiza las visitas domiciliarias con el médico del barrio, donde hay más acercamiento con la comunidad y sus necesidades. Cabe recalcar que una parte de medicina comunitaria se la realiza en el servicio de emergencia en la figura de guardias del HGSF.

Además de las actividades mencionadas, se realizan visitas médicas a la Casa de Acogida Puma maqui para mujeres adolescentes (12 a 17 años de edad) con consumo problemático de drogas, donde se realizan actividades junto al Dr. Hurtado de consulta médica, promoción de la salud, educación en salud con charlas y seguimiento a estas pacientes. (15)

Durante esta investigación nos cuestionamos que al hacer el internado en un Hospital del IESS se debería realizar el ciclo de medicina comunitaria en una unidad de salud del IESS del primer nivel de atención, que hasta el momento no ha sido autorizada, pero que se encuentra en próximo proceso de aplicación. Igual que sería una experiencia enriquecedora el incluirnos en el nuevo programa del IESS de médico a domicilio, para niños menores de 5 años, las personas con discapacidad y los adultos mayores que se implantó en enero del 2020. (16)

Conclusiones

Desde que se implementó el Programa de Internado Rotativo en el Hospital General San Francisco en el año 2013, se ha podido observar el aporte que ofrecen los internos rotativos en el funcionamiento del hospital, además el mismo se ha convertido en un hospital referente a nivel nacional por sus planes de docencia, los cuales se han ido renovando constantemente con el propósito de dar un mayor apoyo en la formación tanto de sus internos rotativos como de los médicos residentes.

Componente ético

Mediante el desarrollo de la rotación de medicina comunitaria dentro del Programa de Internado Rotativo del Hospital General San Francisco, los futuros profesionales se enfrentan a situaciones donde deben desarrollar una capacidad reflexiva y evaluativa de las situaciones que tendrán que resolver en el ámbito de su profesión, ésta investigación documental dispone de la aprobación de la Autoridad de la Unidad de Salud y de la docente responsable, los participantes en las entrevistas firmaron el consentimiento informado.

Conflictos de interés

Los autores del presente artículo declaramos no presentar ningún conflicto de interés.

Bibliografía:

1. Estévez E, Villota I, Zapata M, Echeverría C. La Escuela Médica de Quito: origen y trayectoria de tres siglos. Revista de Facultad de Ciencias Médicas. 2018; p. 145-163.
2. Pereyra, J., & Danza, Á. (2015). Ciclo internado rotatorio (CIR) contrato didáctico – periodo de transición 2015 - 2016.
3. Tapia Villanueva, R., Núñez Tapia, R., Salas Perea, R., & Rodríguez Orozco, A. (2007). El internado médico de pregrado y las competencias clínicas. México en el contexto latinoamericano. Retrieved from http://www.bvs.sld.cu/revistas/ems/vol21_4_07/ems05407.html
4. Sánchez, J. (2013). Registro Oficial No 888 Derecho Ecuador. Retrieved from <http://www.derechoecuador.com/productos/producto/catalogo/registrosoficiales/2013/febrero/code/20760/registro-oficial-no-888--jueves-07-de-febrero-de2013>
5. Ministerio de Salud Pública. (2015). Aclaración: se mantienen estipendios para estudiantes en internado rotativo. Retrieved from <http://www.salud.gob.ec/aclaracion-se-mantienenestipendios-para-estudiantes-en-internado-rotativo/>
6. Seguro de Salud - IESS [Internet]. less.gob.ec. 2020 [cited 16 April 2020]. Available from: <https://www.iless.gob.ec/es/web/quest/mapa-de-unidades-medicinas1>

7. Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social - Historia del Ecuador | Enciclopedia Del Ecuador <http://www.encyclopediadelecuador.com/historia-del-ecuador/instituto-ecuadoriano-de-seguridad-social/>
8. Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y funciones. [Internet]. 26 de agosto 2019. Available from: <https://www.metroecuador.com.ec/ec/noticias/2019/08/26/instituto-ecuadoriano-seguridad-social-iess-cuales-funciones.html>
9. Secretaria de la Presidencia de la república del Ecuador. [Internet]. presidencia.gob.ec. 2011 [cited 17 April 2020]. Available from: <https://www.presidencia.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/01/2011-12-05-Inauguracion-Hospital-del-IESS2.pdf>
10. Sánchez, M. (2020). Entrevista [In person]. Hospital General San Francisco.
11. Hidalgo, P. (2020). Entrevista [In person]. Hospital General San Francisco.
12. Vargas, R. (2020). Entrevista [In person]. Hospital General San Francisco.
13. Centro de Salud Tipo C San Antonio de Pichincha – Ministerio de Salud Pública [Internet]. [Salud.gob.ec](http://salud.gob.ec). 2020 [cited 16 April 2020]. Available from: <https://www.salud.gob.ec/centro-de-salud-tipo-c-san-antonio-de-pichincha/>
14. San Antonio de Pichincha cuenta con nuevo centro de salud, luego de 41 años – Ministerio de Salud Pública [Internet]. [Salud.gob.ec](http://salud.gob.ec). 2017 [cited 16 April 2020]. Available from: <https://www.salud.gob.ec/san-antonio-de-pichincha-cuenta-con-nuevo-centro-de-salud-luego-de-41anos/> <https://www.primicias.ec/noticias/sociedad/medicos-domicilio-seguro-social-iess/>
15. El MIES entrega la Casa de Acogida para tratamiento de drogas con mujeres en Quito – Ministerio de Inclusión Económica y Social [Internet]. [Inclusion.gob.ec](http://inclusion.gob.ec). 2017 [cited 16 April 2020]. Available from: <https://www.inclusion.gob.ec/el-mies-entrega-la-casa-de-acogida-para-tratamiento-de-drogas-con-mujeres-en-quito/>
16. Médico a domicilio, la nueva promesa del Seguro Social [Internet]. Primicias. 2020 [cited 16 April 2020]. Available from: <https://www.primicias.ec/noticias/sociedad/medicos-domicilio-seguro-social-iess/>

Capítulo V C: Instituto Ecuatoriano de la Seguridad Social: historia del Internado Rotativo del Centro de Atención Ambulatoria IESS Cotacollao

Defaz G.¹, Padrón JP.¹, Buitrón M.¹, Cisneros D.¹, Vaca G.¹, Criollo L.¹, Moya R.¹, López S.¹, Coral P.², Calderón L.³

¹ Internado Rotativo de Medicina, Salud Comunitaria, Universidad Central del Ecuador.

² Médica Instituto Ecuatoriano de la Seguridad Social

³ Docente Universidad Central del Ecuador

Gustavo Andree Defaz Montero	https://orcid.org/0000-0001-8899-8490
Juan Pablo Padrón Nicolalde	https://orcid.org/0000-0001-8852-3583
Macarena Alexandra Buitrón Heredia	https://orcid.org/0000-0001-9858-8188
Dania Mishell Cisneros Mejia	https://orcid.org/0000-0002-1655-1427
Jordana Gabriela Vaca Santamaria	https://orcid.org/0000-0001-5087-6658
Lizbeth Stefany Criollo Cuesta	https://orcid.org/0000-0002-9091-4134
Robinson David Moya Pilay	https://orcid.org/0000-0002-9847-3812
Samantha Alejandra López Bailón	https://orcid.org/0000-0002-0405-6744
Patricia Coral Rosero	https://orcid.org/0000-0002-9201-8157
Lilián Rebeca Calderón Layedra	https://orcid.org/0000-0003-4788-2621

Correspondencia: DEFAZ GUSTAVO. gadefaz@uce.edu.ec

Introducción

En el Ecuador, el internado rotativo es el último año de formación académica de los estudiantes de las carreras de salud, entre ellas, medicina, en la que el XI y XII ciclos académicos corresponde al internado médico. El programa del internado rotativo son cinco ciclos de 10 y 11 semanas, Pediatría, Cirugía, Medicina Interna o Clínica, Gineco-Obstetricia y Salud comunitaria.

Cuatro de los cinco ciclos se desarrollan en hospitales de II y III nivel, en las provincias de Pichincha, Imbabura, Tulcán y Esmeraldas. El ciclo de Salud Comunitaria se cumple en el primer nivel de atención de la zona 1 provincia de Esmeraldas, Tulcán e Imbabura, la zona 9 en el Distrito Metropolitano de Quito.

El lugar en el que se realizará el año de internado rotativo es elegido por el estudiante de medicina al culminar los primeros diez ciclos académicos y acorde al promedio acumulado en los primeros nueve. Se inicia con el más alto y sigue en orden

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

decreciente de notas. Una vez realizada su elección el estudiante continúa los trámites y empieza a cumplir los requisitos de cada hospital, para iniciar su año de internado rotativo de medicina.

La Asociación de Facultades y Escuelas de Medicina Ecuatoriana AFEME formada 1964 realiza el Primer Seminario de Educación Médica, con los temas: “Duración del nuevo Pensum de Estudios de la Escuela de Medicina”. Sus conclusiones reducen el tiempo de duración del pregrado a 7 años incluyendo las Ciencias Básicas Generales y el Internado Rotativo, y lo divide en cuatro ciclos: Ciencias Básicas Generales, Ciencias Básicas Médicas, Ciencias Clínicas e Internado Rotativo, a más del Departamento de Medicina Preventiva (2).

El Programa de Internado Rotativo se inició en 1964 a nivel nacional frente a las necesidades sentidas por los estudiantes de Medicina de involucrarse con la comunidad, y el estrés que sufren las unidades de salud, de recibir gran número de estudiantes, consecuencia de los logros del libre ingreso universitario, por lo cual se abren plazas a nivel nacional en los hospitales de las principales provincias, da inicio con los cuatro ciclos de Pediatría, Medicina Interna o Clínica, Cirugía y Gineco-Obstetricia. Durante la III Asamblea nacional de Educación Médica convocada por AFEME en Cuenca en 1971 se decide la realización de un ciclo que se desarrollará más cerca a la comunidad denominado Pre rural, de duración de 10 semanas que se suman a los 4 ya implementados, y da inicio en 1976.(1,2)

El año de internado rotativo se caracteriza por tener una enseñanza tutelar, dirigido por personal capacitado en las diferentes áreas hospitalarias por las que rota el alumno. En este periodo se designa al 95% del tiempo del interno a la práctica de sus conocimientos y en donde el alumno formalmente se integra, por primera vez, bajo reglamentos específicos a las actividades hospitalarias y de consulta externa cuya función principal es la atención integral de los enfermos y la prevención de las enfermedades. Se considera que el alumno aprenderá observando y participando en el equipo multidisciplinario que realiza sus labores asistenciales cotidianas, consolida sus habilidades y destrezas aplicando sus conocimientos adquiridos en los años previos, y unirá estos factores con una actitud humanística, de servicio y empatía hacia el enfermo, todo lo cual se precisa dentro del concepto integral de competencia.

En el Ecuador según el artículo 149 de la ley Orgánica del Servicio Público todas las instituciones podrán tener contratos o convenios con institutos, universidades, escuelas politécnicas para la realización del internado rotativo respetando la equidad, paridad de género, discapacidad y la intelectualidad siempre y cuando estos convenios tengan una duración limitada y todos estos convenios serán regulados por un organismo competente en el país organizando reuniones en estas instituciones (Ministerio del Trabajo y Salud Pública, 2016).(3)

Según el artículo 7 del Registro Oficial número 690 en el Ecuador el número de internos rotativos estará basado en la cantidad que requiera el país de acuerdo a las necesidades de talento humano, los perfiles epidemiológicos locales y las exigencias de la red del Sistema Nacional de Salud y los establecimientos deberán contar con fondos y presupuesto (Ministerio del Trabajo y Salud Pública, 2016). (3)

Dentro del año de internado rotativo el estudiante recibirá un estipendio, el cual será cubierto por la institución la cual haya elegido el interno, Ministerio de Salud Pública MSP, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS, Instituto de la Seguridad Social de las Fuerzas Armadas ISSFA, Instituto de la Seguridad Social de la Policía ISSPOL o institución privada. Este no es un sueldo como tal, y será fijada por el MSP a través del comité académico de becas mediante el correspondiente informe académico en este caso del pregrado(4). Este estipendio cubrirá los gastos desde la fecha de la adquisición del mismo después de la firma del contrato en cada institución. “Según el artículo 11 del Registro Oficial No 690 el monto del reconocimiento económico individual por las actividades asistenciales corresponde al 60% de la remuneración mensual unificada vigente de los profesionales rurales”. Actualmente el Ministerio de Salud Pública acuerda que los estipendios para estudiantes en el programa de internado rotativo de carreras de salud en sus establecimientos se mantienen en \$591 para aspirantes a médicos y \$540 para aspirantes a enfermeros y obstetras(3).

Los internos del Hospital IESS San Francisco de Quito, realizaron 4 ciclos dentro del hospital. El ciclo de Salud Comunitaria por disposición del Dr. Ronald Vargas, jefe de docencia del hospital ha sufrido un cambio, ya no se realiza en el Centro de Salud de San Antonio de Pichincha lugar donde se desarrolló por acuerdo entre las partes desde 2016 (perteneciente al MSP). En cambio, se divide a los internos en 2 grupos, uno realiza sus prácticas en el servicio de Medicina Familiar del

hospital y el otro en el Centro de Atención Ambulatorio IESS Cotocollao. Cada grupo realizará la mitad de su rotación en el hospital y la otra mitad en el centro de atención ambulatoria o viceversa.

La historia del Centro de Atención Ambulatorio IESS Cotocollao comienza cuando los trabajadores de la parroquia de Cotocollao y la zona norte de la ciudad de Quito, en 1970, solicitaron al Departamento Médico del IESS la instalación de un dispensario médico para ser atendidos. En conjunto con el MSP dicha petición fue resuelta, contando con un médico, una auxiliar de enfermería y un odontólogo. Seis años más tarde se arrienda una casa particular en la Av. La Prensa y Nazaret, esquina, con dos médicos generales, dos ginecólogos, dos odontólogos, 2 tecnólogos de laboratorio, una fisioterapeuta, una trabajadora social. La demanda de atención se incrementó y los trabajadores del sector exigieron la ampliación de la planta física, el incremento del personal y de los equipos que garanticen una mejor atención. Entonces, en el año de 1981 se contó con 4 médicos generales, 6 especialistas (3 ginecólogos, 2 pediatras, 1 cardiología) 2 odontólogos, dos fisioterapeutas y 4 de personal administrativo y de servicios. Finalmente, en 1988 se procede y termina la construcción del edificio que hoy ocupa el Centro de Atención Ambulatorio Cotocollao.

Actualmente año 2020 cuenta con medicina general, 11 especialidades clínicas: Medicina Familiar, Medicina Interna, Gastroenterología, Obstetricia y Ginecología, Pediatría, Geriatria Fisiatria, Neurología, Neumología, Odontología, Salud Mental (psiquiatría y psicología), 8 especialidades quirúrgicas: Cirugía General, Traumatología y Ortopédica, Urología, Oftalmología, Cirugía Vascular, Otorrinolaringología, Dermatología, Ginecología. Atención de emergencia 24-7 y servicios complementarios como: Laboratorio, Farmacia, Imagen (Rx., Eco, mamografía) Endoscopia, Electrocardiografía, Pruebas de esfuerzo, Colposcopia, Rehabilitación y terapia física, Trabajo social. (3)

La presente investigación surge con el fin de conocer las características y condiciones a las que se enfrentan los estudiantes de medicina durante este año de formación dentro del hospital y unidades de primer nivel. Además de recolectar información sobre este año específicamente en el Hospital IESS San Francisco de Quito y la rotación por el Centro de Atención Ambulatorio IESS Cotocollao.

Objetivos

1. Documentar la importancia del Internado Rotativo de Medicina, un programa de integración docente asistencial, para la formación médica.
2. Investigar y documentar la historia, antecedentes y datos de relevancia del Centro de Atención Ambulatoria IESS Cotocollao.
3. Analizar la participación de los internos rotativos de medicina en las actividades laborales, docentes y de investigación del Centro de Atención Ambulatoria IESS Cotocollao.
4. Analizar la percepción que tienen los internos rotativos de medicina de su desempeño y condiciones generales en el centro de Centro de Atención Ambulatoria IESS Cotocollao.

Materiales y métodos

Este es un estudio observacional descriptivo sobre la historia del internado rotativo de Medicina en el Centro de Atención Ambulatoria IESS Cotocollao, se recabó información a partir de entrevistas a médicos encargados de docencia del centro de atención ambulatoria, internos rotativos de Medicina y sitios webs fehacientes.

Resultados

Historia e Importancia del Centro de Atención Ambulatoria IESS Cotocollao

Pues bien, la Seguridad Social nace por primera vez en Alemania, en al año 1883, con la Ley del Seguro de Enfermedad. (Es por esta razón que siempre pensamos en salud) (4)

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

En los años de 1905, 1913, 1915 y 1918 se dictaron algunas leyes las cuales dan origen al Sistema del Seguro Social en el Ecuador, con el fin de ayudar a los empleados públicos, educadores, telegrafistas y dependientes del poder judicial.

En Ecuador, el Seguro nace en 1928, como parte del proceso de reforma del Estado, impulsado por el llamado régimen juliano y como consecuencia de las grandes luchas sociales y políticas de los años veinte y treinta. (4)

“Mediante Decreto Supremo N° 40, del 25 de julio de 1970, publicado en el Registro Oficial N° 15 del 10 de julio de 1970 la Caja Nacional del Seguro Social se transforma en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS)”. (4)

Un grupo de trabajadores y empleadores del norte de Quito solicitan al Departamento Médico del IESS, la creación de un dispensario que brinde atención para las personas enfermas del sector. Para lo cual el Instituto de Previsión recoge la solicitud del grupo de trabajadores y establece un acuerdo con el Ministerio de Salud, el cual tenía en ese entonces a disposición el Centro de Salud de Cotacollao, el mismo que a través de dicho acuerdo empieza a dar atención a las personas enfermas del sector, con el personal que se encontraba en ese tiempo trabajando: un médico, un odontólogo y una auxiliar de enfermería.

En el año de 1972, bajo el gobierno del presidente José María Velasco Ibarra y bajo la presión de los trabajadores de la parroquia de Cotacollao se creó el Dispensario del IESS del Norte.

En 1976 se arrendó una casa en la Av. La Prensa y Nazaret, con dos médicos generales, dos ginecólogos, dos odontólogos, dos tecnólogos de laboratorio, una fisioterapista y una trabajadora social, sin embargo, debido al crecimiento del parque industrial en el sector noroccidente de Quito, los trabajadores exigieron la ampliación de la infraestructura, incremento del personal, de atención y mejoramiento de los equipos necesarios para garantizar la atención para las personas del sector.

En el año de 1981 se cuenta con 4 médicos generales, 6 especialistas (3 ginecólogos, 2 pediatras, 1 cardiólogo) 2 odontólogos, 2 fisioterapistas y 4 de personal administrativo y de servicio, de los cuales se forma la Brigada de Medicina Preventiva con 1 médico, 1 Trabajadora Social, 1 enfermera y 1 Educador para la Salud que brindan servicios en las empresas del sector.

En el año de 1988 debido a la presión de los afiliados, jubilados y empleadores de la jurisdicción del Dispensario Cotacollao, se inicia, se procede y se terminó la construcción del edificio que hoy ocupa el Centro de Atención Ambulatorio Cotacollao.

En el 2010 la infraestructura era adecuada para la demanda y garantizar una buena atención a los usuarios y representa por esto un referente regional en cuanto a calidad en salud, buen trato, trabajo responsable y compromiso social. (Fuentes, 2010)

“El Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio, Hospital Del Día Cotacollao, es parte de las unidades de II Nivel del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. En el año 1972 se creó como Dispensario del IESS del Norte en un local arrendado; desde el 14 de marzo de 1988 el “Dispensario” así llamado, cuenta con local propio, hasta la actualidad. En enero del año 2016, el Ministerio de Salud Pública categoriza a esta unidad como nivel II de atención tipología B y cambia su nombre al actual. “Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio Hospital del día Cotacollao”. El Laboratorio diseñado en su inicio para un volumen de aproximadamente 80 solicitudes de exámenes, con equipamiento necesario para pruebas manuales. En el año 2005 se procedió con la automatización para las áreas de hematología, química sanguínea y hormonas, con un aumento de la producción en un 30 %. Ese mismo año el 7 de octubre el quirófano 1, inicia sus actividades (2005), con procedimientos ambulatorios de cirugía general”. (5)

La importancia del CENTRO DE ATENCION AMBULATORIA IESS - COTACOLLAO se basa en ser un centro de Nivel C PLUS (Hospital del día por su capacidad instalada), el cual en la actualidad tiene como beneficio prestar atención a la población afiliada perteneciente a los sectores de las parroquias: El Condado, Ponceano Bajo, Cotacollao, Cochapamba, Concepción, Kennedy occidental (5).

Investigación y docencia en el Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio Hospital del Día IESS Cotacollao

La Jefatura de Investigación y Docencia del Centro de Atención Ambulatoria IESS Cotacollao al momento es coordinada por la Doctora Patricia Coral quien es doctora en medicina y cirugía, magíster en investigación y administración de servicios de

salud. Con una larga trayectoria laboral y realiza la coordinación de Docencia e Investigación desde hace un año en dicho centro.

Para ella, el internado rotativo es una gran oportunidad para aprender y reforzar conocimientos sobre las patologías más frecuentes que se evidencian en consulta externa, así como también para desarrollar destrezas prácticas que considera que son muy útiles para la atención primaria, señala “la formación en personal de salud es tripartito, un proceso docente que comprende un conjunto entre estudiantes, IES y Centros de Atención en Salud”.

Por otro lado, recalca que al ser la primera vez que internos rotativos del Hospital San Francisco de Quito acuden a esta unidad de salud, se tuvo que realizar la respectiva logística y planificación para las actividades asistenciales en consulta externa, para lo cual refiere que tuvo la apertura de aproximadamente el 50% de médicos tratantes para recibir a estudiantes e impartir docencia, es así que se realizaron horarios para que cada estudiante pueda rotar durante una semana con un médico tratante de las distintas especialidades que se ofertan en el lugar y señala la importancia de convertir los centros desde el primer nivel en unidades de docencia e incluso que desde el internado se comience a realizar docencia para recuperar la cadena de enseñanza que hasta el momento se ha perdido.

Finalmente, su visión a futuro es que espera tener una mayor apertura por parte de los médicos tratantes en relación a realizar docencia e investigación, para que de esta manera se pueda enriquecer de más conocimientos a los estudiantes y la unidad se acredite como unidad asistencial docente.

Conclusiones

La historia del Centro de Atención Ambulatorio IESS Cotocollao comienza cuando los trabajadores de la parroquia de Cotocollao y la zona norte de la ciudad de Quito, en 1970, solicitaron al Departamento Médico del IESS la instalación de un dispensario médico para ser atendidos. En conjunto con el Ministerio de Salud Pública dicha petición fue resuelta, contando con un médico, una auxiliar de enfermería y un odontólogo. Seis años más tarde se arrienda una casa particular en la Av. La Prensa y Nazaret, esquina, con dos médicos generales, dos ginecólogos, dos odontólogos, 2 tecnólogos de laboratorio, una fisioterapeuta, una trabajadora social. La demanda de atención se incrementó y los trabajadores del sector exigieron la ampliación de la planta física, el incremento del personal y de los equipos que garanticen una mejor atención. Entonces, en el año de 1981 se contó con 4 médicos generales, 6 especialistas (3 ginecólogos, 2 pediatras, 1 cardiología) 2 odontólogos, dos fisioterapeutas y 4 personal administrativo y de servicios. Finalmente, en 1988 se procede y termina la construcción del edificio que hoy ocupa el Centro de Atención Ambulatorio Cotocollao que tiene además de medicina general 20 especialidades médicas y 38 tutores voluntarios en servicios.

La importancia del CENTRO DE ATENCION AMBULATORIA IESS - COTOCOLLAO se basa en ser un centro de Nivel C PLUS (Hospital del día por su capacidad instalada), el cual en la actualidad tiene como beneficio prestar atención a la población afiliada perteneciente a los sectores de las parroquias urbanas: La Concepcion, barrio Andalucía, Cochapamba, Belisario Quevedo, Rumipamba, El Condado, Carcelén, Ponceano, Cotocollao, y en las siguientes parroquias rurales: Nono, Calacalí, San Antonio de Pichincha, Pomasqui, Pacto, Gualala, Nanegal, Nanegalito, Minas, Atahualpa, Perucho, Puellaró, Chavezpamba, Calderón y también los siguientes cantones: Cayambe, Pedro Vicente Maldonado, Pedro Moncayo, Los Bancos y Puerto Quito. Lo cual corresponde a un aproximado del 45% del total de la provincia de Pichincha.

Es el primer año que los internos del Hospital San Francisco de Quito realizan su actividad comunitaria en esta casa de salud, los médicos tratantes que tienen la voluntad de docencia son el 50%, no todos, sin embargo, son profesionales con mucha disposición para la enseñanza. Se espera tener una mayor apertura por parte de los médicos tratantes en relación a realizar docencia para que de esta manera se pueda enriquecer de más conocimientos a los estudiantes.

Recomendaciones

La oportunidad que tenemos los internos rotativos de rotar en el Centro de Atención Ambulatoria IESS-Cotocollao es muy grata, una de las rotaciones que más deberíamos aprovechar. Dentro de nuestra rotación y paso por esta casa de salud

encontramos tutores dispuestos a enseñarnos y guiarnos en nuestro último año de pregrado. nos parece maravillosa la idea de las personas a cargo de docencia de implementar más apertura a la misma.

Bibliografía

1. Descriptores en Ciencias de la Salud. OPS. [Online].; 2017 [cited 2020 Noviembre 12 [Descriptores en Ciencias de la Salud: DeCS [Internet]. ed. 2017. Sao Paulo (SP): BIREME / OPS / OMS. 2017 [actualizado 2017 May 18].]. Available from: <http://decs.bvsalud.org/E/homepagee.htm>.
2. Raad J. La adquisición de saberes médicos. [Online]. Quito; 2012 [cited 2020 Noviembre 5 [Conferencia dictada por el Dr. Jean Raad en el CES]. Available from: https://www.ces.gob.ec/doc/regimen_academico/2da_ronda_de_talleres/FormacionMedica/jean%20raad%20uce%20pregardo.pdf.
3. IESS Cotocollao. Plan de mejoramiento calidad docente. Calidad Docente. Quito: IESS, Docencia e Investigación; 2020.
4. Martinez S. IESS Jubilados. [Online].; 2018 [cited 2020 Septiembre 30. Available from: <https://slilma.wixsite.com/ieessjubilados/caja-de-pensiones>.
5. IESS COTOCOLLAO. Plan médico funcional. PMF. Quito: IESS, Dirección Médica; 2018.
6. Fuertes J. Repositorio UTPL. [Online].; 2010 [cited 2020 Octubre 04. Available from: <http://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/1018/3/658X4453.pdf>.

Capítulo V D: Red Pública Integral de Salud. Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS: reseña sobre el Hospital del IESS Quito Sur.

Alarcón Iván¹, Marrínez Teicy¹, Naranjo David¹, Calderón Lilián²

¹ Internos Rotativos de la Carrera de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Central del Ecuador

² Docente Universidad Central del Ecuador

Iván David Alarcón Salas <https://orcid.org/0000-0002-4435-0905>

Teicy Marrínez <https://orcid.org/0000-0001-6858-6026>

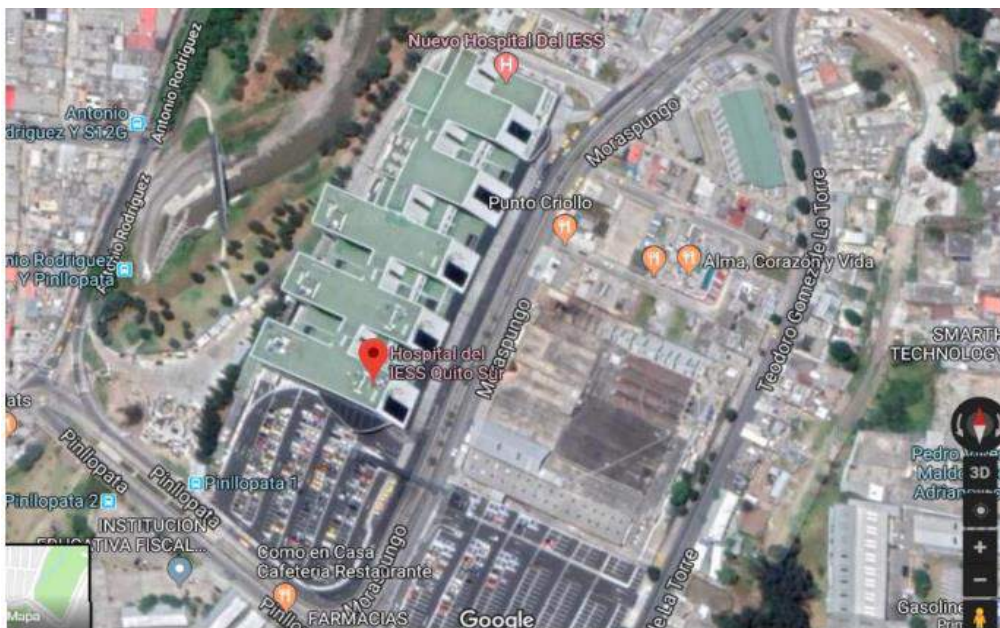
Edwin David Naranjo Troya <https://orcid.org/0000-0002-0555-5406>

Lilian Rebeca Calderón Layedra <https://orcid.org/0000-0003-4788-2621>

Introducción

El Hospital del IESS (Instituto Ecuatoriano de la Seguridad Social) Quito Sur, es un hospital general de nivel II de atención y III de complejidad, se encuentra ubicado en el sector sur de la ciudad de Quito, provincia de Pichincha, barrio el Calzado, Av. Moraspungo y Pinllopata, mismo que desde su inauguración el 6 de diciembre de 2017, se ha caracterizado por ser un referente de la población del sur de Quito así como de otras unidades de salud del IESS, y del Ministerio de Salud, lo que ha hecho que exista un incremento en la demanda de las atenciones de manera considerable hasta la actualidad(1).

Fig. 1 - Ubicación del Hospital General del Sur de Quito-IESS. Mapa parlante



El 5 de Diciembre de 2017 se inauguró el nuevo hospital del IESS con la presencia del presidente de la República de Ecuador, Lenin Moreno.

Este proyecto, con una inversión de alrededor de 203 millones de euros, ha sido ejecutado por Grupo Puentes, con la participación de las empresas China Railway First Group, y Semaica. El proyecto incluye la infraestructura, el equipamiento, y el mantenimiento durante cinco años.

El Nuevo Hospital Quito Sur, ha sido reconocido como el más moderno y el más grande de la capital, con un total de 10 pisos (siete de ellos en altura) y 5 torres, que suman 83.000m² construidos. Cuenta con un total de 450 camas, y hasta 47 consultorios de diversas especialidades médicas y quirúrgicas que ofrecerán la mayor calidad y las últimas tecnologías, con 1800 profesionales para atender a 1'200.000 usuarios (1).

A los pocos días de su apertura, el hospital ya registra 485 atenciones en consulta externa y cerca de 3 mil por Emergencia. Otros servicios que brinda este hospital son diálisis, endoscopia, rehabilitación, medicina transfusional, hospitalización, centro quirúrgico, cuidados críticos de adultos y pediátricos, centro obstétrico, neonatología, imagenología, farmacia, laboratorio clínico, emergencia y atención en 36 especialidades médicas, para 2400 plazas de trabajo.

Esta institución brinda atención médica a todos los afiliados del Instituto Ecuatoriano de la Seguridad Social (IESS) ya sean activos, jubilados, hijos menores de 18 años seguro campesino y además brinda su atención a los usuarios de la red pública de salud (mediante el proceso de la recuperación de la prestación de salud como se detalla en el Reglamento para atención de salud integral y en red de los asegurados, Resolución del IESS 308, en el cual en su parte pertinente refiere: CAPÍTULO II DE LAS RESPONSABILIDADES Y ATRIBUCIONES Facturación: "Las unidades médicas del IESS y los demás prestadores de servicios de salud que atendieron al asegurado, facturará a la administradora de este seguro, de acuerdo con el tarifario institucional vigente, valores que serán cancelados dentro del plazo establecido en las regulaciones y conforme conste en los respectivos convenios. Las unidades médicas propias, presentarán sus costos de producción. El prestador no exigirá pagos al asegurado ni condicionará sus servicios". (IESS, 2014).

De igual manera la prestación de los servicios de salud se realizará mediante el Tarifario Nacional del Sistema Nacional de Salud mismo que fue emitido y publicado en el registro oficial, edición especial No. 289 del 24 de mayo de 2012 con el Acuerdo Ministerial N.- 160, que es el instrumento clave para el reconocimiento económico de las prestaciones entre la Red Pública Integral de Salud y la Red. Privada Complementaria. (MSP, 2012) Actualmente según datos que se registran en INEC, la población afiliada de la ciudad de Quito es de 941.276 personas, y de esta población descrita, el área de influencia del Hospital del IESS Quito Sur corresponde al 11% del total de afiliados de la ciudad de Quito. (INEC, 2018) (2).

El Hospital del IESS Quito Sur es una de las casas de salud centinelas para la atención de pacientes con coronavirus, para lo que cuenta con un área de emergencia externa para patologías respiratorias. Es el primer hospital que implementó la utilización de un software para la detección oportuna del virus de la pandemia. es uno de los 633 instituciones de salud y de los 183 establecimientos públicos. forma parte de las 1,4 camas por 1000 habitantes, y de 22 médicos por cada 10000 habitantes que existen en el país (4).

En la pandemia por el SARS-COV- 2, el Hospital del IESS Quito Sur, cumplió una labor importante frente al covid-19, ya que es el hospital de referencia de Quito y la provincia de Pichincha, denominado hospital centinela, trabajo con pacientes Covid-19 en sus 43 camas de UCI que se sumaron a las 300 camas UCI existentes para incrementar la cobertura a 1000 camas de UCI a nivel nacional(4).

En mayo de 2020 el Hospital Quito Sur, del Seguro Social, contó con 320 camas en hospitalización para atender exclusivamente a pacientes con covid-19. En los primeros días de mayo se llegó a su capacidad máxima, para lo cual una de las acciones preventivas fue la instalación de un hospital móvil con 80 camas, por lo que la capacidad aumentó a un total de 400 dentro y fuera del establecimiento.

Al hospital móvil trasladan a aquellos pacientes con síntomas leves y moderados que no requieren terapia de oxígeno. Además, están llevando hacia ese espacio a los hospitalizados que están a uno o dos días de recibir el alta. De este modo, las personas que llegan con síntomas más graves pueden usar estas camas de hospitalización de la unidad de salud. Hasta ese momento a esta casa de salud habían ingresado unas 900 personas de las cuales 550 ya habían recibido el alta. Para enero 2021, Pichincha es la provincia más afectada, se saturan los servicios, el exceso de mortalidad para el año 2020 en relación al 2019 se incrementa casi en un 50%(4)

Fig. 2 - vista externa del Hospital del IESS Quito Sur



La presencia de pandemia por el SARS-COV-2 en olas, permite la reapertura del funcionamiento del hospital por áreas como quirófanos, así como también la hospitalización clínica, obstétrica y pediátrica además de seguir brindando atención a los pacientes con covid-19, sin dejar de estar preparados por posibles olas posteriores de Covid-19.(4)

Bibliografía

1. Edición Médica. El Hospital del IESS 'Quito Sur' ya está listo Disponible en: [El Hospital del IESS 'Quito Sur' ya está listo \(edicionmedica.ec\)](http://edicionmedica.ec) consultado. lunes 31 de mayo 2021
2. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC. Disponible en:
3. Pie de Página. Disponible en: < [Quito: pacientes por covid saturan la atención hospitalaria - Pie de Página \(piedepagina.mx\)](http://quito.pacientesporcovid.com)>
4. Open democracy. Disponible en: [La evolución de la pandemia en Ecuador ya satura los hospitales en Quito | openDemocracy](https://openDemocracy.net/en/la-evolucion-de-la-pandemia-en-ecuador-ya-satura-los-hospitales-en-quito/)

CAPÍTULO VI: EXPERIENCIAS DEL DESARROLLO DEL PRIMER NIVEL DE LA RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD - INSTITUTO DE LA SEGURIDAD SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS- ISSFA - ZONA 9.

Capítulo VI: Instituto de la Seguridad Social de las Fuerzas Armadas: historia del Internado Rotativo de Medicina de la Universidad Central del Ecuador en las unidades de salud de las Fuerzas Armadas.

Chiriboga Bombóm Erick Gabriel,¹ Díaz Carrión Jessica Raquel,¹ Calderon Layedra Lilián Rebeca²

¹ Internos Rotativos de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador.

² Docente Universidad Central del Ecuador

Erick Gabriel Chiriboga Bombom

orcid: 0000-0002-5298-4692

Jessica Raquel Díaz Carrión

orcid: 0000-0002-9908-3832

Lilián Rebeca Calderón Layedra

orcid: 0000-0003-4788-2621

Introducción

La relación histórica entre la medicina y la educación médica, entendida como el proceso de formación del futuro profesional de la salud ha sido muy variada. Desde los inicios de la medicina racional en la Grecia clásica hasta la moderna y tecnológica medicina, la formación del médico ha tenido algunas constantes y muchas variantes.(1)

En Ecuador, la evolución en la formación del médico y ejercicio de la medicina, no ha sido ni es ajena a esta cambiante realidad. Así fue que en 1693 se crea la Cátedra de Medicina a través de la Real Cédula de Carlos II, en el “Real Colegio del Santo Rey San Fernando” erigido en 1683 a la Categoría de “Universidad del Angélico Doctor Santo Tomás de Aquino” y posteriormente Escuela de Medicina de la Universidad Central del Ecuador. En 1745, se obtiene la primera referencia documentada sobre el plan de estudios que seguramente se venía aplicando desde 1693. (1)

En 1794, por primera vez se establece que se otorga el grado de Bachiller en Medicina a quienes hayan cursados 2 años de práctica junto a un profesional de reconocido prestigio (primera evidencia de la necesidad de realizar prácticas en el proceso de adquirir saberes médicos).(2)

En 1800, en el Plan de Estudios se establece que los estudiantes deben asistir al hospital para entre otras cosas, “aprender a tomar el pulso”.(2)

En 1827, se reestructura el Plan de Estudios estableciendo que el Grado de Bachiller en medicina se otorga a los 3 años y de Doctor en medicina se otorga a los 6 años.(2)

En 1850, el presidente interino Ascázubi y Matheu dicta un Decreto en el que se obliga a la asistencia diaria de los estudiantes al Hospital y a llevar un extracto diario de los enfermos (hoy historia clínica). (2)

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

En 1926, se emite la llamada Ley de Sanidad: “Los estudiantes de medicina de todas las universidades del país, estarán obligados durante los dos últimos períodos de vacaciones a realizar estudios prácticos sobre el tratamiento y profilaxis epidemiológica.” (1)

En 1969, innovaciones emitidas por el Dr. Plutarco Naranjo, lleva a la formación del Internado Rotativo como importante aporte de la Universidad, a través de la Facultad de Medicina, a un nuevo plan de estudios que pone énfasis en la asistencia de los futuros médicos a los hospitales y la importancia de las prácticas pre profesionales. (3)

El Internado Rotativo en Ecuador, desarrollado desde hace ya medio siglo, es un programa del área de integración docente asistencial de las instituciones del sistema de educación superior, que tiene como objeto aplicar y profundizar los conocimientos, habilidades y destrezas, proporcionados a las estudiantes en los diez niveles anteriores de la carrera.

De esta manera, el estudiante del último nivel de las carreras de ciencias de la salud (medicina, enfermería, obstetricia, nutrición) realiza sus labores asistenciales docentes en los establecimientos, tanto de la Red Pública Integral de Salud y Red Privada Complementaria, según la planificación de la Autoridad Sanitaria Nacional, sin perder su condición de estudiante durante la realización del Internado rotativo.(4)

Así entonces, partiendo del hecho de que el conocimiento de la historia de un individuo es elemental para la formación ideológica, cultural y social de un ciudadano(6); la escasa información hallada acerca de la trayectoria del programa de internado rotativo en las diferentes unidades de salud, ha llevado a la elaboración del presente trabajo para recopilar información sobre los inicios, evolución y actual desarrollo del Programa de Internado Rotativo de Medicina de la Universidad Central del Ecuador, y su desarrollo dentro de las Unidades de Salud de las Fuerzas Armadas, permitiendo así armar las raíces de éste programa, comprender el presente y sentar evidencia de su evolución para el conocimiento de las futuras generaciones.

Justificación

El presente escrito se despliega con la finalidad de plasmar en letras el largo trascender del Internado rotativo en las unidades de asistencia médica de las Fuerzas Armadas. Los estudiantes centralinos han contribuido al desarrollo asistencial médico del diario ejercer de la medicina en las Fuerzas Armadas.

Así, los beneficiarios de esta recopilación serán los lectores quienes deseen conocer acerca del inicio y desarrollo del Internado Rotativo en las Fuerzas Armadas.

La investigación ha presentado ciertos obstáculos en el desarrollo de la misma, puesto que, al ser la primera recopilación sobre la historia del Internado Rotativo, la recolección de los datos se ha hecho mediante entrevistas al personal que ha prestado más años de servicio y adicionalmente fuentes bibliográficas de la web.

Objetivos

Objetivo general

Relatar la Introducción del Programa de Internado Rotativo de Medicina de la Universidad Central del Ecuador en las Unidades de Salud de las Fuerzas Armadas del Ecuador desde sus inicios hasta la actual cohorte Septiembre-agosto 2019-2020, y como éste contribuye en la formación del futuro profesional médico.

Objetivos específicos

1. Indagar sobre el origen de las Unidades de Salud de las Fuerzas Armadas del Ecuador.
2. Interrogar al personal de salud y administrativo que labora en las Unidades de Salud de las Fuerzas Armadas, con el fin de recabar información acerca de la inclusión del internado del Programa de Internado Rotativo de Medicina de la Universidad Central del Ecuador.

3. Describir las labores que desempeña el Interno Rotativo de Medicina en las unidades de salud, Hospital Básico "BACO", localizado en Latacunga y "Hospital Básico 17 Base Selva Pastaza" localizado en la ciudad del Puyo.

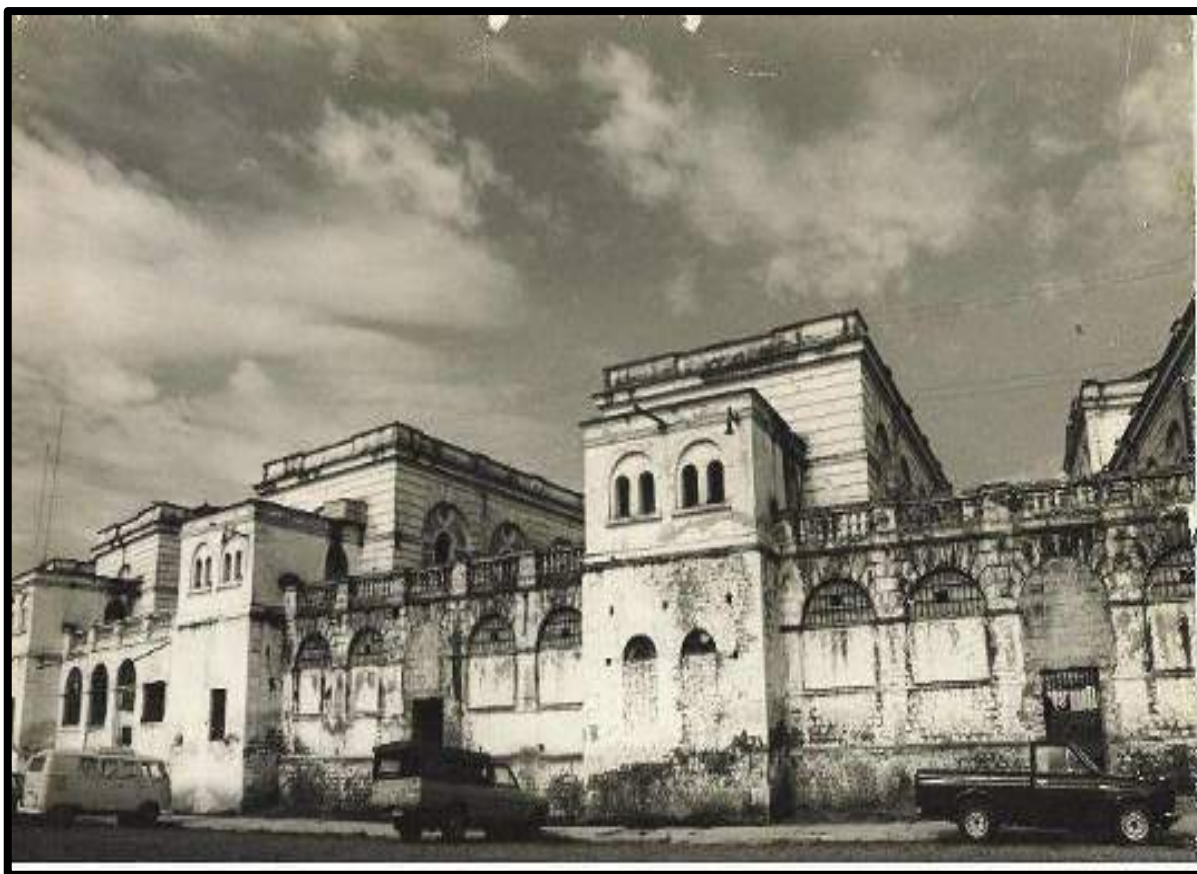
Marco teórico

Historia del Hospital General de Especialidades de las FFAA N. 1

Los orígenes del actual Hospital General de las Fuerzas Armadas se remontan a las Guerras de la Independencia, cuando algunos hospitales de la Real Audiencia se transformaron en hospitales militares.(7)

En tiempos independentistas, luego de la Batalla de Pichincha, el General Antonio José de Sucre dispuso que la parte sur del Hospital San Juan de Dios (**Imagen N°1**).

Imagen 1. Hospital San Juan de Dios;inaugurado en marzo de 1565 y ubicada en la actual calle García Moreno



Elaboración: Internos Rotativos

Inaugurado en marzo de 1565 y ubicada en la actual calle García Moreno sea aislada del sector civil y se transforme en un hospital militar para atención médica a los militares heridos, con su propio personal médico. Consolidándose su acción con la expedición del Reglamento para Hospitales Militares, por el Libertador Simón Bolívar en enero de 1827. (7)

El Gral. Juan José Flores mediante su Decreto N.- 19 del 24 de mayo de 1831, crea el cuerpo de médicos y cirujanos militares, con sus jerarquías, insignias y funciones. Su jefe el Gral. Bernardo Daste pasaría luego a desempeñarse como Ministro de la Guerra.

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

El presidente José María Urbina, en 1851, ubica al Hospital Militar en lo que hoy es el Colegio Militar Eloy Alfaro y en el año de 1869, el Congreso de la República encarga la administración y cuidado de los hospitales militares a las Hermanas de la Caridad.

En la época republicana, el 27 de diciembre de 1918, tomó el nombre de Hospital Territorial del Ejército y funcionó donde actualmente se encuentra el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social en las calles 10 de agosto y Bogotá (**Imagen 2**).

Imagen 2. Hospital Territorial del Ejército calles 10 de Agosto y Bogotá



Elaboración: Internos Rotativos

Su director en ese entonces fue el Dr. Ricardo Villavicencio Ponce, contó con 4 cirujanos, 4 practicantes y 43 empleados administrativos, personal de enfermería y las hermanas de la caridad. Tuvo una incipiente organización, grandes problemas técnico-administrativos, escasos recursos humanos, materiales y financieros.(7)

Aproximadamente en 1936 pasó a ocupar el edificio sede del Grupo de Artillería Bolívar, ubicado en las inmediaciones de la colina del barrio San Juan en Quito, esta época se caracteriza por la iniciación de las especialidades, las que alcanzan un importante grado de desarrollo que le permiten adquirir un gran prestigio, hasta convertirlo en uno de los mejores del país.

En el año 1937, el “Hospital Militar Territorial de Quito” funcionó en las calles México y Estados Unidos. En este centro médico, conocido como “Sanatorio Rocafuerte”, nace la atención médica especializada del país. Se destaca por su personal médico formado en diferentes países y su tecnología siempre actualizada, que le permite realizar excelentes tratamientos en el campo de la traumatología, neurocirugía, órganos de los sentidos y trasplantes de órganos y tejidos principalmente.(7)

El Dr. Julio Arosemena Tola, en 1948, fundó la “Escuela de Sanidad Militar”, anexa al Hospital Territorial, con lo que se inicia la formación médica especializada, universitaria y científica en nuestro país.

En 1957 se transformó en Hospital Territorial N. 1, en el Hospital General de las FF.AA. N.1, siendo nuevamente reestructurado orgánica, técnica y administrativamente, acorde a las necesidades de ese entonces, dependiendo del Estado Mayor Conjunto.(8)

En el año 1959, se coloca la primera piedra del Hospital General de las Fuerzas Armadas en las calles Queseras del Medio y Gran Colombia. El Dr. Clemente Yerovi Indaburu, en 1966, asigna el 3% del presupuesto del Ministerio de Defensa Nacional para la Sanidad Militar y exclusivamente el 35% de este para la construcción del Hospital General de las FF.AA. N.1.3

El 28 de febrero de 1977 se inauguró el nuevo local que ocupa actualmente. El asesoramiento administrativo de la American Medical International, más el apoyo de la H. Junta de Defensa y el gobierno de ese entonces, permitió al país contar por primera vez con una organización hospitalaria al más alto nivel continental. Esta época se caracterizó por la especialización y subespecialización, se implementan nuevos servicios con modernas técnicas y los más sofisticados equipos.

En 1996 el Hospital abre sus puertas a la comunidad civil proporcionando atención de calidad con calidez a toda la población ecuatoriana.³ Por su dotación física, equipamiento de última generación, equipo humano altamente especializado y tipo de organización, se convirtió en el primer centro de atención de tercer nivel y un modelo en el país y el exterior.⁽⁷⁾

Actualmente, el Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas N1, es el hospital de mayor complejidad (tercer nivel) del Sistema de Salud de las Fuerzas Armadas y brinda atención de salud integral tanto a la comunidad militar como civil. Ofrece atención en 38 especialidades y subespecialidades. Además, dispone de 165 habitaciones y 9 quirófanos totalmente equipados. Adicionalmente cuenta con la acreditación de la “Organización Nacional de Trasplante de Órganos y Tejidos” (ONTOT) del Ministerio de Salud Pública.

Historia del Hospital Básico Base Aérea Cotopaxi “HB BACO”

El Hospital Básico BACO es un hospital básico correspondiente al segundo nivel de atención de salud que pertenece a la Fuerza Aérea Ecuatoriana, distrito de salud 05D01, ubicado en el cantón Latacunga, y su historia se remonta a la década de los años 90. En aquel entonces según la entrevista realizada a la informante 1, Doctora Gladys Semblantes, especialista en Fisioterapia, quien se encuentra prestando sus servicios profesionales en la Base Aérea de Cotopaxi desde hace ya más de 30 años, nos menciona que *“la base aérea Cotopaxi solamente contaba con un pequeño dispensario médico ubicado en las instalaciones del ETFA (Escuela Técnica de la Fuerza Aérea) ubicado a un par de cuadras al norte del actual Hospital BACO. Dispensario médico que tenía como funciones realizar las fichas médicas del personal militar, realizar el chequeo pre-vuelo, chequeo pre-manejo, atención de consulta externa de medicina general, atención de fisioterapia, entre otros”*.

Es así que ante la necesidad de ampliar la atención de servicios de salud a los miembros de las F.F.A.A. especialmente a F.A.E., se construye el mencionado policlínico siendo los Sres. CRNL Mario Naranjo Comandante General FAE, CRNL. Raúl Pavón Jefe de Sanidad FAE, TCNL. SERV.AVC. Ing. René Jaramillo Comandante Grupo Base Latacunga. El mismo que fue fundado en octubre de 1990, según se evidencia en lápida de conmemoración ubicada en la puerta de entrada de la institución (**imagen N.3**).

Imagen 3. Lápida de conmemoración de fundación de Hospital Básico BACO - Cotopaxi



Fuente: Hospital Básico BACO - Cotopaxi

Actualmente, el Hospital Básico “BACO” está ubicado en Latacunga calles Amazonas S/N y Antonio Clavijo, y cuenta con médicos especialistas en Ginecología/Obstetricia, Traumatología, Cirugía General, Oftalmología, Otorrinolaringología, Anestesiología, Odontología, Medicina General, Fisioterapia, Psicología. Además de Laboratorio clínico, servicio de imagen – Rayos X, y un quirófano básico; brindando atención a personal militar, sus familias, y pacientes dentro de la Red Pública y Privada de Salud cuando el caso lo amerite.

Inclusión del programa de internado rotativo de medicina en el Hospital Básico “HB BACO”

En lo que corresponde a la programación del año de Internado Rotativo de Medicina, se lo ha dividido en cinco ciclos de rotación de diez semanas de duración cada uno, por las diferentes áreas médicas como son las quirúrgicas, clínicas, ginecología y obstetricia, pediatría y salud comunitaria. 3. Así, los estudiantes que han sido asignados a ocupar las plazas de internado rotativo disponibles en el Hospital General de Especialidades de las Fuerzas Armadas N.1 “HE- 1”, en lo que corresponde a la realización de su rotación por el ciclo comunitario, son distribuidos de acuerdo a disponibilidad y cronograma del departamento de docencia del Hospital HE- 1 en las diferentes unidades de Salud de las Fuerzas Armadas ubicadas en Manta, Salinas, Machala, Loja, Riobamba, Latacunga y Puyo.

El Hospital Básico “BACO” ubicado en la base aérea de Latacunga correspondiente a la Fuerza Aérea Ecuatoriana Ala 11, ha sido desde sus inicios, para los futuros profesionales de la salud y el programa de Internado Rotativo de Medicina, el campo de acción para la aplicación de conocimientos teóricos y prácticos, desarrollo de habilidades y destrezas de atención/manejo del paciente con su patología.

No se ha encontrado evidencia escrita de la fecha del inicio de la inclusión de éste programa en ésta unidad de salud, ya que según la entrevista realizada a informante 2 Secretaria Jackeline Bravo, quien presta sus servicios en el Hospital Básico BACO desde el año 2001, menciona verbalmente *“desde que yo entré a trabajar aquí he visto que los señores internos de medicina de la central han venido a hacer sus prácticas, pero fue hasta el 2004 cuando recién se empezó a llevar un registro escrito de los nombres, números telefónicos y dirección de residencia de los internos hasta la actualidad”*.

En la entrevista realizada al informante 1. especialista en Fisioterapia, quien se encuentra prestando sus servicios profesionales en la Base Aérea de Cotopaxi desde hace ya más de 30 años, es la funcionaria más antigua en la institución en la actualidad, es ella quien nos cuenta que *“he visto que los doctores internos han venido al BACO desde el año 93 más o menos”*.

Así también, en la entrevista realizada a la informante 4, Carmen Chamorro, licenciada de enfermería más antigua de la institución en la actualidad, cuenta *“yo he trabajado unos 22 años en el BACO, y desde que llegué habían los señores internos; pero según contaban ellos, ya venían desde antes a acá”*.

Así también, da fe el informante 3 - actual director del Hospital BACO, en entrevista realizada, cuenta que *“desde hace doce años que trabajé aquí, dos años como médico general, y diez como especialista, ya estaban aquí los internos rotativos realizando sus prácticas”*.

En tal virtud, podemos decir entonces, que el programa de internado rotativo de medicina en esta casa de salud se viene desarrollando desde el año 1993, aproximadamente 3 años posteriores a su fundación.

Actividades que cumple el interno rotativo en el Hospital Básico “BACO”

En la teoría, la programación del ciclo de Salud Comunitaria tiene como objetivo “aplicar los conocimientos básicos de la medicina para fomentar la salud física, psicológica y ambiental de los individuos, las familias y la comunidad mediante la Atención Primaria de Salud y el MAIS FIC acorde a las demandas sociales, con responsabilidad, honestidad, calidez y criticidad.

En la práctica, las actividades que realizan los internos rotativos de medicina en el Hospital “HB BACO”, según la entrevista realizada a informante 3 - Doctor José Guerrero, especialista en Ginecología/Obstetricia y actual director del Hospital “HB BACO” afirma que “los internos en esta casa salud realizan historias clínicas, ayudan a médico residente; elabora epicrisis, protocolos; desempeñan el papel de ayudantes en cirugías, y realizan guardias dirigidas por el médico residente. Además, menciona que la presencia del interno rotativo ha servido de ayuda también al hospital ya que comparten información actualizada, y experiencia de manejo de pacientes y situaciones adquiridas en el tiempo de rotación en el HE -1; por ello, el hospital BACO brinda la facilidad necesaria para que se pueda desarrollar de la mejor manera el tiempo de rotación”.

De la misma manera, según entrevista realizada a informante 5 - Bilma Muñoz, e informante 4 - Carmen Chamorro Licenciadas de enfermería de “HB BACO”, coinciden en que *“la tarea del interno es ayudar al médico residente a la elaboración de epicrisis, protocolos, hacer el ingreso de los pacientes, y la mayor parte del tiempo pasan en el quirófano ayudando a los cirujanos”*.

Finalmente, todos los entrevistados coinciden ciertamente que la función del interno rotativo en esta casa de salud es positiva bilateralmente, puesto que el futuro médico colabora y aporta a agilizar el servicio de salud, y éste se beneficia de la experiencia y conocimientos de los médicos del “HB BACO”, adquiriendo pericia en el manejo del paciente.

Historia del “Hospital Básico 17 Base Selva Pastaza”

El origen del Hospital se inicia en el año 1930, como terrenos donados para guarnición militar, y como respaldo para la población, en el sector Pindo Chico. Unidad formada como Destacamento Militar Ecuador, cuyo objetivo servía para realizar los abastecimientos logísticos, para las Unidades Militares Avanzadas de frontera como Taisha, Montalvo, Curaray, Santiago. Cuyo transporte era a lomo de mula.(9)

En 1948 los terrenos donados al Ministerio de Defensa Nacional son legalizados, según acuerdo ejecutivo No. 250 del 26 de octubre de 1948, inscrita en la Notaría de Pastaza el 4 de octubre del mismo año. Estos terrenos fueron adquiridos con la finalidad de formar una ciudadela militar.(9)

En 1949 esta Unidad toma el nombre de Batallón de Selva No. 11 Quito. En el año 1967 el BS-11 Quito, se traslada a la población de Shell, por disposición del Ministerio de Defensa según orden general, a ocupar las instalaciones que dejó la

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

Compañía de Petróleos Shell Mera, quedando como Centro de Instrucción No. 2 Pindo Chico, al mando de la Brigada de Selva No. 11 “Pastaza”.

En mayo de 1990, el nuevo Hospital Militar, ubicado en el sector Pindo Chico, el 8 de agosto de 1994, abre sus puertas a toda la población militar y civil de la provincia de Pastaza, el 22 de mayo de 1995 se constituye la IV División de Ejército “Amazonas”. (Imagen N°4).

Imagen 4. Hospital Básico 17 Base Selva Pastaza



Elaboración: Internos Rotativos

por consiguiente, también cambió el nominativo del Hospital, pasando a llamarse HOSPITAL DE LA IV – DE “AMAZONAS”, hasta la fecha actual, este Hospital brinda atención a la población militar y civil de esta provincia, con las siguientes especialidades: Cirugía, Pediatría, Medicina Interna, Gineco-obstetricia, Radiología, Ecografía, Emergencia, Saneamiento ambiental, Odontología, Psicología, Ortopedia y Traumatología, Laboratorio clínico, Dietética y la atención permanente de farmacia popular.(9)

Según Orden General No. 146 del día lunes 8 de agosto de 1994; en el Art. 4 Autorización, se dispone: “Por disposición del Sr. Comandante de la Fuerza Terrestre se autoriza el funcionamiento del Hospital Militar Divisional de la IVA División “Amazonas”, a que proporcione atención médica al personal militar y civil de la provincia de Pastaza”.(9)

Inclusión del programa de internado rotativo de medicina en el Hospital Básico 17 Base Selva “Pastaza”

El internado rotativo es el último periodo de adiestramiento que cursa el estudiante de medicina en su formación profesional. “Es el periodo curricular de práctica pre-profesional y el cumplimiento de este requisito, con su aprobación permitirá la certificación del título de Médico y la habilitación para el ejercicio profesional.”(10) El Hospital 17 Base Selva Pastaza junto con su Hospital piloto de Especialidades N1 Quito han prestado sus servicios para que el interno rotativo pueda cumplir con su rotación Salud comunitaria y reforzar sus conocimientos obtenidos a los largo de su preparación universitaria. La falta de información documentada sobre el año preciso de la inclusión del interno en mencionado hospital nos basaremos en información otorgada de forma verbal por trabajadores del HB 17 BS PASTAZA.

Informante 1. Licenciada en enfermería Eby Aguilar Casty. He trabajado en este hospital por más de 32 años exactamente en el año del 1988, el hospital trabajaba se ubicaba en ese entonces en la Brigada Amazonas La Shell y contaba solo con

un médico general militar y un médico rural, no fue que hasta el año de 1994 cuando se fundó la actual infraestructura hospitalaria con sus especialistas que empezó la inclusión del interno, me parece que fue en el año 1995 acudió la hija de un coronel que venía de la Universidad Central.

Informante 2 Dr. Marco Santamaría Médico General. Durante mi ejercicio profesional en este hospital que son más de 20 años es decir desde el 2000 exactamente he tenido la oportunidad de observar el trabajo de los internos, pero según tenía entendido ellos ya estaban acudiendo desde tiempos anteriores, al empezar las vacantes venían internos solamente de la Universidad Central pero hoy en día han llegado tanto de la Universidad Católica y últimamente de la UDLA.

Informante 3 Mayor de SND Taylor Ramírez Chonata Endodoncista. Pues es una pena que no se pueda otorgar por la parte administrativa la fecha exacta de la inclusión del interno debido, que por nuestra profesión realizamos nuestra labor por 2 o 3 años máximos en diversos hospitales, no tenemos un lugar fijo esta es la razón por la cual no hay un seguimiento exhaustivo. Pero tengo entendido que el interno ha sido bienvenido en este hospital desde el año 1994-1995.

Actividades que cumple el interno rotativo en el Hospital Básico 17 Base Selva “Pastaza”

El Hospital Básico 17 Base Selva “Pastaza” ofrece al interno rotativo hospedaje y alimentación las 3 comidas principales al día, así como su inclusión en la vida militar tanto en su trabajo como en su actividad deportiva.

Informante 4 TCRN DE SND Galo Molina C. Médico anesthesiologo Actual Director del Hospital Básico 17 Base Selva “Pastaza” el trabajo del interno en este hospital es una práctica controlada, supervisada, guiada por profesionales con gran experiencia que están dispuestos a compartirla. El interno, convive con médicos, enfermeras y pacientes desde una perspectiva estrictamente profesional y bajo el amparo institucional. Obtiene conocimientos tanto de los servicios de Emergencia, consulta externa en medicina General, pediatría, dermatología y Ginecología, ingresa y realiza una función importante como ayudante en diversos procesos quirúrgicos, realiza actividades en hospitalización con la realización de procedimientos médicos y epicrisis (**Imagen 5**) siempre bajo supervisión, exigiendo siempre su máxima responsabilidad, esfuerzo y una dedicación, y pues hasta ahora todos los internos que he tenido la oportunidad de conocer en este hospital han cumplido todas nuestras expectativas, realizando a cabalidad cada una de las tareas encomendadas.

Imagen 5. Hospital Básico 17 Base Selva Pastaza con sus autoridades que laboran e interna de rotación.



Elaboración: Internos Rotativos

Informante 5. Mayor de SND Robert Pico Médico Cirujano General. Es muy importante la Función que realiza el interno en nuestro Hospital en especial el valioso interés que ponen por brindar la mejor atención, los internos realmente entienden la importancia de una buena relación médico paciente y sienten un enorme deseo de ser un apoyo para los pacientes y les preocupa el tener los conocimientos y la madurez para enfrentar el reto que conlleva ser el personaje más cercano al enfermo dentro de la escala jerárquica del personal médico en el hospital, estoy muy contento con el trabajo que han venido realizando todos los internos que han llegado nuestro hospital.

Se puede apreciar que el trabajo hospitalario es un trabajo conjunto, en armonía que lleva a la agilización y buen desarrollo tanto para el interno como para a atención hospitalaria preparando al interno dentro de la parte comunitaria (Pre-rural) donde se pretende preparar al estudiante al periodo que vendrá posterior a la culminación de los estudios, la rural.

Materiales y métodos

Diseño de la investigación

Se ha llevado a cabo un estudio documental analítico deductivo de tipo “Descriptivo, de corte Transversal, y Retrospectivo”, realizado en el Hospital Básico de las Fuerzas Armadas “BACO” ubicado en Latacunga, provincia de Cotopaxi y en el Hospital Básico 17 Base Selva “Pastaza” ubicado en la ciudad del Puyo, provincia de Pastaza, durante el período Enero- Marzo 2020. Es decir, de tipo descriptivo porque se va describir el comportamiento de la variable única, transversal porque los datos son recolectados en el período ya mencionado y retrospectivo porque la información que se recogerá ya ha sucedido anteriormente en una línea de tiempo. Además se ha aplicado el sub-método de estudio “cronológico”, es decir, el relato de los hechos por orden sucesivo de fechas.(6) Siendo utilizadas como fuentes de información documentos web y los testimonios verbales del personal de salud y administrativo más antiguo de las unidades de salud en mención.

Población

La población de estudio está conformada por profesionales de la salud y personal administrativo que laboran en las unidades de salud ya mencionadas. La información se obtuvo especialmente de aquellos funcionarios con mayor antigüedad en los establecimientos.

Materiales

Recursos materiales: Hojas de papel bond, bolígrafos, impresora, laptop, CD, cámara fotográfica

Recursos humanos: Personal que conforma de cada uno de los Hospitales HB BACO – HB 17 BASE SELVA “PASTAZA”: médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, personal administrativo militar y civil.

Técnicas e instrumentos

La técnica para la recolección de la información fue la entrevista teniendo como instrumento el cuestionario, el cual fue conformado por preguntas abiertas y sometido previamente a un control mediante concordancia de opinión entre los autores.

Se realizó entrevista directa siendo partícipes los entrevistados y los autores. Los autores leían las preguntas, dando una pequeña explicación para la óptima comprensión por los entrevistados. El léxico utilizado fue de tipo común para llegar de forma efectiva con el mensaje al personal entrevistado.

Estrategias

Criterios de Inclusión: Individuos quienes hayan laborado hace más de 5 años en las unidades de Salud. Sin restricción alguna de edad, género o cargo realizado.

Criterios de Exclusión: Individuos que no conozcan sobre el programa de Internado Rotativo realizado en las unidades de salud.

Discusión

En el análisis de la información obtenida, se observa la importancia que los futuros médicos le dan a la fase del internado médico de pregrado como una etapa en la que esperan superar deficiencias, avanzar en sus conocimientos y habilidades, así como en la profundización de la relación médico paciente y en la adquisición de responsabilidades que los acercan cada vez más al modelo de médico que quieren ser y los alejan del estudiante en formación.

Los hospitales tanto HB 17 BS PASTAZA Y HB BACO presentan a los internos rotativos el espacio ideal para avanzar en su formación, siendo un sitio donde encontrarán las condiciones para su superación y el apoyo de los verdaderos médicos con la experiencia y sabiduría que a ellos les falta.

A falta de elementos documentados por la parte administrativa de los Hospitales, ha sido de gran ayuda la experiencia e historia contada por el personal civil y militar más antiguo que conforma las diferentes instituciones de salud. Es reconfortante el saber que cada interno cumple con grandes expectativas y cada una de sus tareas encomendadas, los diferentes internos que han recorrido las instituciones de salud se encuentran plasmados en sus memorias tanto en los dos hospitales desde el año 1993-1994 que abrieron sus puertas y prestaron sus servicios para el desarrollo profesional de los mismos.

Conclusiones

- El Programa de Internado Rotativo de Medicina de la Universidad Central del Ecuador en las Unidades de Salud de las Fuerzas Armadas brinda al estudiante de medicina la oportunidad de conocer y adquirir pericia del manejo del paciente y sus dolencias más frecuentes, ser consciente de las oportunidades que tiene a la mano para desarrollar su potencial, imponerse retos, responsabilidades y que en un futuro sea capaz de aplicar los conocimientos adquiridos a la resolución de las enfermedades y problemas de salud que aquejan a nuestra sociedad. Para ello, las Fuerzas Armadas han abierto las puertas de sus distintas Unidades de Salud, para la realización de las prácticas asistenciales - docentes del futuro médico, tanto en el Hospital de Especialidades de

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

las FF. AA N.1 en la ciudad de Quito, y Hospitales Básicos ubicados en las ciudades de Manta, Salinas, Machala, Latacunga, Riobamba, Loja, y Puyo, donde realizan la rotación de Salud Comunitaria.

- La historia de las Unidades de Salud de las Fuerzas Armadas empieza en marzo de 1565, en la actual calle García Moreno en la ciudad de Quito donde se dispone que el Hospital San Juan de Dios sea aislada del sector civil y se transforme en un hospital militar para atención médica a los militares heridos, con su propio personal médico. Actualmente, las Fuerzas Armadas del Ecuador tiene a su mando unidades de salud de distinto nivel de complejidad de atención médica, ubicadas en las bases militares tanto aéreas, terrestres y de la marina; siendo el Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas N1, el hospital de mayor complejidad (tercer nivel) del Sistema de Salud de las Fuerzas Armadas y brinda atención de salud integral tanto a la comunidad militar como civil.
- La falta de registros escritos del inicio de inclusión del programa de Internado Rotativo de Medicina en el Hospital de Especialidades de las FFAA N. 1, este trabajo se basó fundamentalmente en la inclusión del Interno Rotativo de Medicina de la Universidad Central del Ecuador en los hospitales básicos de las Fuerzas Armadas, especialmente en Hospital Básico Base Aérea Cotopaxi y Hospital Básico 17 BS PASTAZA, casas de salud que han abierto sus puertas al programa desde 1993 y 1995, respectivamente, según relato de servidores más antiguos en mencionadas instituciones.
- El Interno Rotativo de Medicina en Hospital Básico Base Aérea Cotopaxi y Hospital Básico 17 BS PASTAZA, durante las diez semanas de rotación que le corresponde, realizar actividades de apoyo a médico general en atención primaria de salud, tanto en consulta externa y emergencias médicas, mediante la elaboración de historias clínicas, pase de visita médica supervisada a pacientes hospitalizados, elaboración de epicrisis, consentimientos informados, partes y protocolos quirúrgicos. Así como también, acompañamiento a médicos especialistas en consulta externa y en quirófano como primer ayudante de cirujanos.

Recomendaciones

- Se recomienda al personal administrativo del Hospital de las Fuerzas Armadas tener un registro actualizado de los internos rotativos de medicina que ingresan y van a los diversos hospitales básicos para poder tener un seguimiento más explícito con información más veraz y completa de su trascender.
- Se sugiere que para próximos estudios se realice una entrevista en todos los diversos hospitales básicos donde el Hospital de Especialidades FFAA N1 Quito da la oportunidad que se realice el periodo de salud comunitaria para que la información sea más detallada o un cuestionario con más preguntas evaluando más factores que podrían calificar el desempeño del interno rotativo.
- Se recomienda realizar un estudio que se enfoque principalmente en el trato de los internos en los diferentes sectores donde se realiza el servicio de salud comunitaria, para de esta manera conservar en lo máximo posible la integridad de los internos rotativos.
- Se recomienda al departamento de docencia evaluar el trato que reciben los internos rotativos por parte de médicos tratantes, médicos residentes, enfermeras, auxiliares, camilleros después de cada respectiva rotación para evitar que se susciten casos de discriminación o maltrato.

Limitaciones

- Carencia de registros históricos sobre el inicio de la inclusión del Programa de Internado Rotativo de Medicina en los diferentes hospitales que abren sus puertas para la realización de las prácticas pre - profesionales.
- Dificultad en la movilización a diversos lugares para la obtención de información debido a la emergencia sanitaria mundial y nacional a propósito de COVID 19.

- Ausencia de algunos profesionales administrativos debido a la emergencia sanitaria mundial y nacional.

Consideraciones éticas

El consentimiento informado para la realización de la presente investigación se contó con la aprobación de las autoridades que laboran en los HB BACO – HB 17 BASE SELVA “PASTAZA”, así como la respectiva autorización verbal de los entrevistados; sin el propósito de perjudicar, ya sea personal o institucionalmente.

Conflicto de interés

El presente estudio no cuenta con auspicio o remuneración por parte de ninguna empresa, fundación, institución y otras, que desee integrar el tema tratado.

Bibliografía

1. Estevez M E, Villota V I, Zapata M. M, Echeverría C. La Escuela Médica de Quito: origen y trayectoria de tres siglos. Rev la Fac Ciencias Médicas. 2018;43(1):145–63.
2. Raad J. La adquisición de saberes médicos [Internet]. Available from: http://www.ces.gob.ec/doc/regimen_academico/2da_ronda_de_talleres/FormacionMedica/jean_raad_uce_pregardo.pdf
3. Villacís E. Syllabus Programa Internado Rotativo de Medicina Universidad Central del Ecuador. Palacios G, editor. Quito; 2019. 4–52 p.
4. Ministerio de Salud Pública. Norma Técnica del Internado Rotativo en Establecimientos de Salud. 2016;5. Available from: <http://www.haiam.gob.ec/index.php/docencia-e-investigacion/2018-11-07-16-10-53/norma1>
- 5.. Ministerio del Trabajo y Salud Pública. No Title [Internet]. Registro Oficial No 690 - Suplemento - Derecho Ecuador. 2016. Available from: http://www.derechoecuador.com/productos/producto/catalogo/registros oficiales/2016/febrero/code/RegistroOficialNo690-Lunes15deFebrerode2016Supleme/registro-oficial-no-690---lunes-15-de-febrero-de-2016-suplemento#N_MDTMSP201500005286
6. Delgado García G. Conceptos y metodología de la investigación histórica* Concepts and methodology of historical research. Rev Cuba Salud Pública [Internet]. 2010;36(1):9–18. Available from: <http://scielo.sld.cu9>
7. Hervas J. HISTORIA CORTA DEL HEE FFAA N1. In Quito: Biblioteca Militar; 2019. p. 10.
8. DESARROLLO DEL HOSPITAL DE LAS FUERZAS ARMADAS” QUITO N°1. Gaceta Militar. 2018;13.
9. Sumba W. ESTUDIO DEL SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL IV-DE “AMAZONAS” PUYO. 2017. 48 p.
10. Salazar J. Percepción de los alumnos de medicina acerca del campo clínico durante el año de internado en el hospital sede y la preparación para la etapa profesional. [Internet]. 2012. Available from: <http://dspace.biblioteca.um.edu.mx/xmlui/bitstream/handle/123456789/313/Tesis Jorge Salazar.pdf?sequence=1>.

CAPÍTULO VII: EXPERIENCIAS DEL DESARROLLO DEL PRIMER NIVEL DE LA RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD - INSTITUTO DE LA SEGURIDAD SOCIAL DE LA POLICÍA NACIONAL - ISSPOL - ZONA 9

Capítulo VII: Antecedentes históricos del Internado Rotativo de Medicina, su relación e impacto en el hospital Quito N°1 de la Policía Nacional y la Universidad Central del Ecuador

López Correa Ruby¹, Heredia Mishell¹, Rojas Cadena Marlon¹, Sánchez Naranjo Bernardo¹, González Nieto Sebastian¹, Calderón Layedra Lilián²

1 Internos Rotativos de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador

2. Docente, Universidad Central del Ecuador

Ruby Antonella López Correa <https://orcid.org/0000-0003-1005-9287>

Marlon Guillermo Rojas Cadena <https://orcid.org/0000-0002-8445-7256>

Bernardo Sebastian Sánchez Naranjo <https://orcid.org/0000-0002-5418-746X>

Cristian Sebastian Gonzalez Nieto <https://orcid.org/0000-0001-7004-068X>

Lilian Rebeca Calderón Layedra <https://orcid.org/0000-0003-4788-2621>

Mishell Katherine Heredia Espín

Introducción

El Internado Rotativo en la Carrera de Medicina es el espacio de consolidación de los conocimientos previamente adquiridos por el estudiante, permitiéndole comprender, analizar, y sintetizar el concepto del proceso salud enfermedad de una forma global, integrando las herramientas de la comunicación médico- paciente - familia y las herramientas semiológicas de la historia y examen clínicos, para la estructuración de una intervención terapéutica integral sobre los problemas patológicos resolutivos ambulatorios y de hospitalización en todos los niveles de atención, que afectan al individuo, la familia y la comunidad en las ramas de la Obstetricia, Neonatología, Cirugía General, Medicina Interna y Salud Comunitaria.

Justificación

Se conoce muy poco sobre la formación del personal de salud en el Ecuador. Por lo cual tenemos una idea poco clara acerca de la relación de instrucción del personal sanitario en los servicios denominados docente-asistenciales. Creemos que es indispensable conocer la historia de la formación del personal médico, enfatizando en el último año correspondiente al internado rotativo en cada uno de las Unidades Docente Asistenciales UAD's que tienen convenio con la UCE, ya que consideramos esta una etapa clave, como primer ejercicio para los estudiantes de medicina formando parte del equipo de

salud, aplicando conocimientos fundamentados en evidencia científica orientados por la experiencia de sus tutores en los diferentes servicios por los cuales rotan.

Objetivos

Recrear la evolución y el aporte que los profesionales de salud de la Universidad Central del Ecuador han tenido en el servicio a la comunidad en el hospital de la Policía Nacional, a propósito de cumplirse 50 años de salud comunitaria en el programa de Internado Rotativo.

Dar a conocer la historia del Internado Rotativo de Medicina en la UCE y el país.

Materiales y métodos

Estudio descriptivo en donde se compiló datos por medio de encuestas individuales con profesionales y sitios web.

Se recolectaron las siguientes variables del Hospital Quito N°1 de la Policía Nacional: historia del hospital, número de profesionales, universidad de formación, fecha donde se vincula a los internos rotativos en el Hospital, funciones y testimonios.

Métodos

A. Diseño:

Estudio de tipo histórico descriptivo que intenta englobar la historia del Internado Rotativo en Ecuador y su relación con el Hospital de la Policía Nacional.

B. Población:

Profesionales y colaboradores del Hospital Quito N°1 de la Policía Nacional que laboran en las áreas donde los internos rotativos cumplen con sus funciones.

C. Materiales

Encuestas y testimonios a médicos, enfermeras e internos pertenecientes a las diferentes unidades de salud correspondientes al Hospital de la Policía Nacional, información recopilada en informes de actividades realizadas, sitios web del Hospital de la Policía Nacional.

D. Herramientas

Se utilizaron bases de datos proporcionados por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador y Registros Informáticos de Recursos Humanos del HQN°1.

Recopilación histórica

La reglamentación de la enseñanza en los hospitales se inició al terminar el siglo XIX en Alemania, Australia, Francia e Inglaterra; de ahí pasó a los Estados Unidos de América donde en 1904 se da formalmente el internado y las residencias médicas (1).

A nivel del continente americano, prácticas pre profesionales son descritas por primera vez en 1773 en el Hospital de Pensilvania, Filadelfia. Creían necesario llevar aprendices a vivir en el hospital para “aprender el arte de la medicina”(1). Por lo cual se redactó un contrato mediante el cual el aprendiz estaba obligado a servir al hospital por cinco años, a cambio de instrucción en el arte de la medicina(2).

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

El comienzo de los días modernos en cuestión de internado y residencias datan a partir del año 1889 y la apertura de The Johns Hospital Hopkins (1). Influenciados por los programas de formación europeos, se propuso una rigurosa clínica prolongada experiencia aumentando progresivamente la carga de responsabilidad por el cuidado de los pacientes `` (2). La clase de pasantía inicial en el Hospital Johns Hopkins consistió en 12 personas los cuales rotaron por un año, en los servicios quirúrgicos, clínicos y ginecológicos del hospital (1,2).

El término interno fue acuñado para diferenciar al personal médico y médicos residentes, del estudiante de medicina que se encuentra realizando sus prácticas pre-profesionales. Es así que deciden poner nombre AMA en 1904 decide instaurar el programa de Internado rotativo en el programa de educación médica. Cambiando los años de educación de cinco años por 6 años, siendo el sexto año el internado rotativo (1,2).

En Ecuador conocemos que a partir del año 1794 se establece que se otorgará el grado de estudios de Bachiller en Medicina después de 2 años realizando prácticas supervisadas por un profesional que tenga prestigio, reconociendo que es importante el deber práctico para cumplir el ejercicio médico (1).

Esta se considera como la primera referencia de un reglamento (vigente inicialmente desde que se creó la Cátedra Médica) identificándose una necesidad de que se realicen prácticas para la adquisición de los saberes médicos (1).

En el año 1800 es elaborado un plan para los estudiantes que establece que los mismos deben asistir a sus prácticas hospitalarias para aprender saberes como, “tomar el pulso” (1).

Para 1827 se aprobaron otros reglamentos para las escuelas. Es establecido que para que un título de médico sea otorgado deben realizarse los estudios perteneciendo a una “Escuela de Medicina”, ya constituyéndose un plan para estudios que incluyen 6 años. Se da un título de Bachiller a los 3 años, un título de Licenciado y Doctor estudiando otros 3 años.(2)

Al año 1874 se da inicio a la época Positivista francés primitiva en Ecuador, que se inicia como corriente de pensamiento, considerando que el conocimiento del ser humano está basado en la experimentación práctica y que el concepto de la ciencia se basa en las percepciones sensoriales, lo que hace un cambio en la enseñanza de la Medicina con la colaboración de los profesores de Francia Gayraud y Domecq, que fueron contratados en esta época por el expresidente García Moreno, siendo considerada una reforma para la carrera, este momento es considerado como elemental para la historia del Internado Rotativo en el Ecuador, ya que es la primera vez que se realiza prácticas en la enseñanza de la Medicina y se enseña otras cátedras como Cirugía igual que como se realizaba en Europa. Estos conjuntos de procesos hacen que los conocimientos que terminan por conformar una mentalidad fisiopatológica puedan integrarse, a pesar del retraso, a una enseñanza médica para la Escuela Médica de Quito.(1,2)

Para dar fin al siglo XX se da inicio a procesos de integración en la enseñanza concebida como universitaria, que incluyen cátedras como la medicina preventiva, medicina extramural que incluyen referencias de compromisos sociales que se ha dirigido por el Estado hasta ese entonces.

A partir del año 1965 se crea el programa de internado rotativo, aumentando así a 7 años la carrera de Medicina, siendo el último año en el cual los estudiantes universitarios empiezan el ciclo de internado rotativo que tiene la duración de 1 año y rotaron por las ramas de Obstetricia, Neonatología, Cirugía General, Medicina Interna. (1,2)

El Internado Rotativo en la actualidad

En el año 2010 según datos del INEC, se contaba con 24960 profesionales de la salud en el Ecuador, esto en el contexto, de que desde el año de 1986 al año 2011, se han graduado 9258 médicos de la carrera de Medicina - Facultad de ciencias médicas.

Los estudiantes con el pasar de los años han ido incrementando en número, se sabe que desde el año 1967 al año de 1975 hubo un aumento de alrededor 3000 alumnos, en la carrera de Medicina. En 1915 los estudiantes admitidos en la carrera eran apenas 14, los cuales aumentaron hasta 655, en el año de 1969, cuando el ingreso al primer año de Medicina fue libre.

Al momento se calculan más de 4000 estudiantes de pregrado, y el promedio de médicos que egresan está alrededor de 250 cada cohorte, dos cohortes en un año.

La Norma técnica de Unidades Docente Asistenciales estipula en el artículo 3, para el Internado Rotativo en nuestro país, los conceptos de:

“A) Internado Rotativo: Es un programa del área de integración docente asistencial de las instituciones del sistema de educación superior, que tiene como objetivo aplicar y profundizar los conocimientos, habilidades y destrezas, proporcionados a las y los estudiantes en los diez niveles anteriores de la carrera. Para el cumplimiento de su objetivo, el Programa de Internado Rotativo se efectuará en el último nivel de las carreras de ciencias de la salud, que tiene la duración de un año calendario. Se iniciará y terminará en las fechas fijadas en la programación de la Autoridad Sanitaria Nacional y se desarrollará con la modalidad de pasantías obligatorias, bajo el régimen de internado, en establecimientos de salud de la Red Pública Integral de Salud y Red Privada Complementaria. Este Programa estará bajo el apoyo, supervisión y evaluación de la institución del sistema de educación superior a la que pertenecen las y los estudiantes”(3).

“B) Interno Rotativo: estudiante del área de salud (medicina, enfermería, obstetricia, nutrición) que se encuentra en el último año de la carrera universitaria y que realiza labores asistenciales-docentes en los establecimientos de salud, asignados según la planificación de la Autoridad Sanitaria Nacional en coordinación con la Red Pública Integral de Salud y Red Privada Complementaria, de conformidad con el requerimiento de las Instituciones de Educación Superior. La o el interno rotativo no perderá su condición de estudiante durante la realización del Internado Rotativo.” (3)

Según la Norma Técnica del Internado Rotativo en el Ecuador, establece para cada hospital, que el internado, tiene una duración de 1 año calendario, y la meta es el poder aplicar los conocimientos obtenidos en los 10 semestres anteriores. Según los datos obtenidos se calcula que en el año de 2019, se encontraban aproximadamente 3000 estudiantes de diferentes áreas como, medicina, obstetricia, enfermería y nutrición, cursando el año de internado (3).

El estudiante interno rotativo, tiene un horario establecido, por cada hospital y la universidad respectiva, el cual consiste en cumplir guardias y horas asistenciales, donde el mismo bajo supervisión de un médico tratante, o un médico que se encuentre realizando su postgrado, debe realizar actividades afines, en el curso de su aprendizaje como realizar una correcta historia clínica, evolucionar pacientes, discutir sobre posibles diagnósticos y tratamientos. El Internado incluye 80 horas semanales de trabajo, repartidas entre docencia (20h) y horas prácticas (60h). (3)

Hospital Quito N°1 de la Policía y su relación con los internos rotativos.

El Hospital Quito N. 1 de la Policía Nacional, abrió sus puertas a la comunidad el 9 de abril de 1990. Ha servido durante aproximadamente tres décadas manteniendo con excelencia su asistencia médica a la ciudadanía bajo estrictos estándares de calidad y con el compromiso de fortalecer la seguridad médica en el país (3).

En sus orígenes, el hospital tenía una cobertura de acuerdo a todo el personal policial, que era de 10 mil agentes. En el año 2020 el personal está conformado por 47 mil efectivos, y sumado a que cada médico es responsable de la atención médica de cuatro a cinco familiares de los uniformados (padres, cónyuge, hijos), se suma un promedio de más de 130 mil personas bajo cobertura al año, en 35 especialidades, constituyéndose como un hospital de Tercer Nivel de Atención.

El Hospital cuenta con 731 trabajadores, de los cuales aproximadamente el 40 % son colaboradores civiles, y el otro 60 % talento humano policial. 160 médicos policías y más de 40 particulares congregan alrededor de 200 médicos y 20 internos rotativos, quienes se dividen en dos cohortes y realizan sus prácticas pre-profesionales en los servicios de Cirugía, Clínica, Medicina Comunitaria, Gineco- Obstetricia y Pediatría, estableciéndose el Hospital de la Policía como una institución docente que permite la formación de futuros médicos del país.

Además de las cuatro especialidades básicas de Cirugía, Ginecobstetricia, Pediatría y Medicina Interna, se suman las de Neurología, Obstetricia, Nefrología, Neonatología, Geriatria, Neumología, Cirugía Vascular, Oftalmología, Otorrinolaringología, Radiología, Ortopedia, Traumatología y Rehabilitación, por las cuales los internos rotativos tienen la oportunidad de rotar y adquirir conocimientos de las mismas.

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

Actualmente el 70% del personal (médicos generales, especialistas y médicos posgradistas) que labora en el Hospital de la Policía Nacional son graduados de la Universidad Central del Ecuador en la Facultad de Ciencias Médicas, de acuerdo al testimonio obtenido del Subdirector Médico del Hospital, quien ha laborado por casi trece años en este espacio, siempre se ha evidenciado un predominio de profesionales graduados en la Universidad Central del Ecuador, siendo pioneros en la formación de Profesionales de salud, sobre otras universidades del país. Aproximadamente en el año 2005 son recibidos internos rotativos de medicina de la Universidad, para completar su ciclo de internos rotativos; cumpliendo funciones en el servicio que sea requerido

Informante uno (Médico tratante del Servicio de Ginecología y Obstetricia del HQN°1)

“El trabajo realizado por los internos rotativos es muy bueno en emergencia y consulta externa de Gineco-Obstetricia (Tabla 1). Los internos que rotan por el servicio llegan ansiosos de conocimiento y el servicio se presta para aportarles los conocimientos necesarios basados en la mejor evidencia posible, además los motiva, y los impulsa a realizar actividades prácticas, los estudiantes de la Universidad Central del Ecuador son de los primeros que realizaban las prácticas en esta casa de salud, además de ser la única universidad que está presente aquí permanentemente con Internos Rotativos, los cuales muestran conocimientos, entusiasmo, y lo demuestran en su práctica con los pacientes, son excelentes”. Finalmente, él nos expresa su opinión de que este convenio entre estas dos entidades no debería perderse nunca, pues es un aporte muy importante tanto para el estudiante como para esta casa de salud.

Tabla 1 - Internos rotativos por servicio en el HQN°1, 2020.

SERVICIO	INTEGRANTES	SEXO		UNIVERSIDAD	
		HOMBRE	MUJER	UCE	OTROS
PEDIATRÍA	6	1	5	5	1
GINECOLOGÍA	9	5	4	4	5
EMERGENCIA	8	2	6	5	3
CIRUGÍA GENERAL	6	5	1	4	2
TRAUMATOLOGÍA	8	5	3	6	2
UROLOGÍA	4	4	0	3	1
MEDICINA INTERNA	3	0	1	3	0
NEUMOLOGÍA	2	1	1	1	1
CARDIOLOGÍA	6	4	2	3	3
ENDOCRINOLOGÍA	2	2	0	2	0
MÉDICOS RESIDENTES	15	7	8	8	7
ENFERMERÍA	20	4	16	15	5
INTERNOS ROTATIVOS	20	7	13	20	0
TOTAL	105	47	58	79	26

Fuente: Informante dos (Médico tratante del Servicio de Pediatría del HQN 1)

Los internos rotativos son pieza clave y fundamental en el servicio de Pediatría de esta unidad de salud, su contribución académico y científica es indudable y brinda gran apoyo a los Médicos Tratantes y Residentes de este servicio; su paso por esta casa en relación docente-asistencial a ha dado la apertura a que esta unidad tenga la oportunidad de brindar atención integral a diferentes patologías en especial de las patologías pediátricas y neonatales, tomando en cuenta lo anteriormente comentado sería un crimen el romper las relaciones de este hospital con la Universidad Central, debido a que los internos que pasan por este servicio y los diferentes servicios pertenecen en su totalidad a mi Alma Mater la Universidad Central del Ecuador.

Resultados

Tras haber realizado la recopilación de datos históricos y adjuntado la información procesada de nuestra investigación, se obtuvieron los siguientes resultados.

Con una población total de 105 participantes, correspondientes a las áreas de Emergencia, Ginecología, Pediatría, Medicina Interna, Neumología, Cardiología, Endocrinología, Cirugía General, Traumatología, Urología, Médicos Residentes y personal de enfermería del HQN°1. Tabla 2

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

Tabla 2 – Profesionales del Hospital No.1 de la Policía Nacional según universidad de origen.

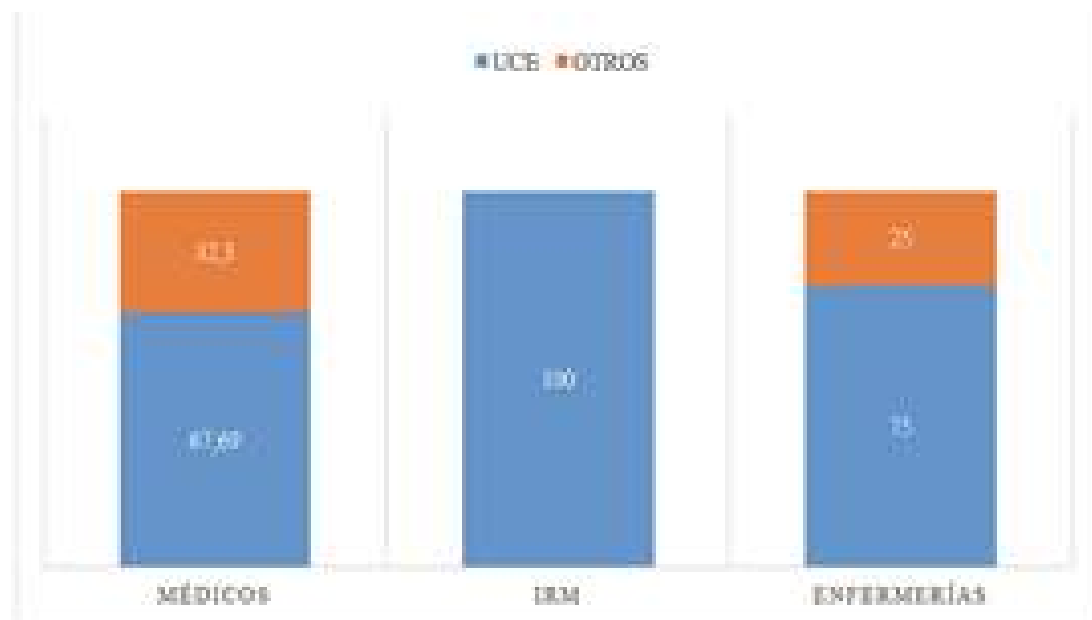
Servicio	Integrantes	Sexo		Universidad	
		Homb.	Muj.	UCE	Otras
Pediatría	6	1	5	5	1
Ginecología	9	5	4	4	5
Emergencia	8	2	6	5	3
Cirugía General	6	5	1	4	2
Traumatología	8	5	3	6	2
Urología	4	4	0	3	1
Medicina Interna	3	0	1	3	0
Neumología	2	1	1	1	1
Cardiología	6	4	2	3	3
Endocrinología	2	2	0	2	0
Médicos Residentes	15	7	8	8	7
Enfermería	20	4	16	15	5
Internos Rotativos	20	7	13	20	0
Total	105	47	58	79	26

Fuente: Hospital N°.1 De la Policía

Elaborado: Internos rotativos

Se obtuvo un 75 % de profesionales cuya Alma Mater fue la Universidad Central del Ecuador, El 67,69 % de los médicos, 100 % de los Internos Rotativos y 75 % del personal de enfermería, (Fig. 1),

Fig. 1 - Distribución de acuerdo a institución formativa por subgrupos, HQN°1



Fuente: Hospital Quito No. 1 de la Policía Nacional

Elaboración: Internos Rotativos

De acuerdo al sexo 55,23 % son mujeres y un 44,76 % son hombres, quienes reportaron una participación femenina del 69.9% en el volumen anual de egresados de la Carrera de Medicina, concuerdan con la información obtenida en este artículo, corroborando tanto la participación de los Médicos formados en la Universidad Central del Ecuador como la posición protagónica de las mujeres en el campo de la Salud.

Discusión

La Universidad Central del Ecuador y el Hospital Quito N°1 de la Policía Nacional (HQN°1) se han constituido como referentes de la formación de profesionales de la salud a lo largo de los años, no solo por su historia cronológica, sino también por los acuerdos interinstitucionales a los que han llegado con el objetivo de brindar a los profesionales en formación un lugar donde desarrollar sus destrezas y habilidades mientras tienen contacto directo con el paciente.

Resulta complejo el establecer comparaciones con otros estudios debido a que poseen características metodológicas distintas, sin embargo basados en la información recopilada de la Subdirección Médica con un aproximado del 70 % de profesionales graduados en la Universidad Central del Ecuador, junto a los datos obtenidos en el artículo publicado en 2018, por Ayala Gómez y cols *"Participación Laboral de la mujer en Ecuador y sus determinantes"*

El HQN°1 es pionero en Quito en la integración de estudiantes de medicina, de diferentes años de estudios a la atención sanitaria de tercer nivel acoplándose a la realidad de la población de cada comunidad, así mismo ha ofrecido un ambiente oportuno para la docencia tanto académica como práctica de lo aprendido bajo supervisión guiada de los profesionales que laboran en esta casa de salud, muchos de los cuales han repicado el entusiasmo de docencia que recibieron cuando ellos cursaron su último año de estudios realizando sus prácticas en este mismo hospital.

Los profesionales del HQN°1, tuvieron su formación académica en universidades tanto públicas como privadas de Ecuador y el mundo, encontrándose en mayor medida profesionales de la UCE reflejando el gran impacto que tiene la Universidad Central del Ecuador como pioneros en la formación de sus estudiantes, aportando sus conocimientos, habilidades y aptitudes desarrolladas durante su formación. El incremento de número de profesionales femeninas manifiesta la igualdad de oportunidades en el ámbito laboral en la época actual dándole importancia a la mujer como ente comunitario.

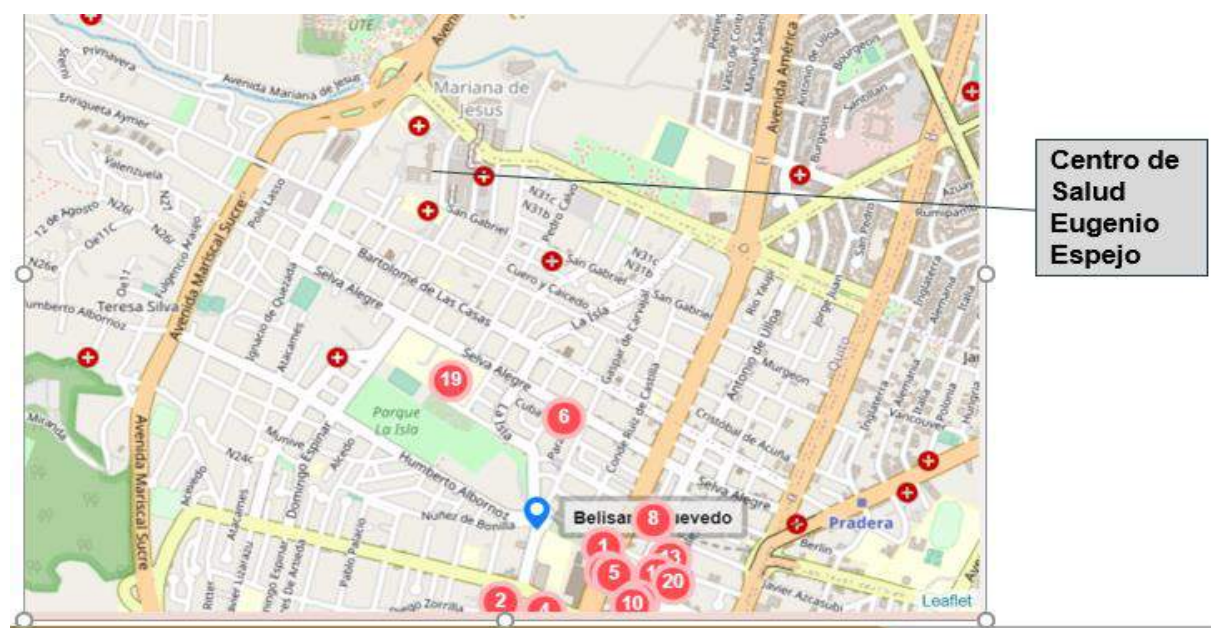
En este estudio podemos afirmar la gran influencia que tiene la Universidad Central del Ecuador sobretodo la Facultad de Ciencias Médicas en la formación de personal sanitario en uno de los tantos hospitales de Quito y en si en el Sistema de Salud del país, no solo en base a las estadísticas que presentamos anteriormente sino también en base a la experiencia aportada por nuestros colaboradores en el desarrollo de esta investigación.

Desarrollo del ciclo de salud comunitaria

Uno de los principales pilares del internado rotativo en el Hospital Quito No. 1 de la policía nacional, es la participación de los estudiantes en la atención que se brinda a policías y familiares en los distintos subcentros con los que cuenta la institución. Entre ellos, se encuentra el subcentro de salud Eugenio Espejo que, durante cada ciclo de rotación, acoge a cuatro internos rotativos para permitirles una participación en la atención ambulatoria de patologías correspondientes a Atención Primaria y a los diversos chequeos de rutina a los que son sometidos los miembros del personal policial durante los períodos de ascenso.

Este subcentro fue creado como un satélite al Hospital Quito No. 1 en la década de los 90, actualmente cuenta con Servicios de Medicina General, Psicología, Odontología, Enfermería y Laboratorio Clínico, atendiendo cada día a alrededor de 20 pacientes entre profesional policial y sus familias. Se ha convertido además en una estructura fundamental para el triage y tamizaje de pacientes en época de pandemia y evitar la saturación del hospital de tercer nivel. Además, se ha realizado un sucinto Análisis Situacional Integral de Salud como parte de las actividades del ciclo comunitario, cuyos resultados se detallan a continuación. Fig. 2.

Fig. 2 – Mapa parlante de CS. Eugenio Espejo – Policía Nacional



Fuente: Hospital Quito No. 1 de la Policía Nacional

Elaboración: Internos Rotativos

El subcentro de salud de la policía Eugenio Espejo Se encuentra ubicado en la parroquia Belisario Quevedo, fundada en el año 1940 y ubicada a 2800 msnm, es una de las más comerciales del noroccidente del Distrito Metropolitano de Quito, albergando alrededor de 45000 habitantes y distribuida casi en un 90% en población urbana de etnia mestiza, con predominio masculino y de un grupo etario entre 45-59 años. Las principales actividades a las que se dedican los pobladores de esta parroquia, principalmente migrantes de provincias del centro del país, son la manufactura (47%) y servicios (35%), hasta un 45 % cuenta con vivienda propia y la tasa de pobreza extrema es muy baja, menor al 1%. Cuenta con una amplia cobertura en salud, toda vez que allí se localizan dos hospitales de tercer nivel, uno público (Hospital Quito No. 1) y un privado (Hospital Metropolitano), además de 4 subcentros de salud, entre ellos el subcentro policial Eugenio Espejo y el subcentro tipo B del Ministerio de Salud Pública “Fray Bartolomé de las Casas”, adicionalmente se encuentran cerca de 32 centros médicos privados dedicados a consulta externa por especialidad y centros de imagen y reproducción asistida. Al ser una parroquia delimitada por quebradas y pendientes, es menester mencionar los riesgos naturales a los que se encuentran expuestos sus habitantes, y que han sido motivo de consulta a lo largo de los años en el subcentro Eugenio Espejo y el Hospital Quito No. 1, entre ellos, deslaves en la temporada invernal, incendios forestales en época estival y erupciones volcánicas como la del año 2000. (6,7,8).

El perfil de salud de esta parroquia y sus habitantes, que son atendidos por estos subcentros mencionados, establece que las principales enfermedades que, en la actualidad, aquejan a esta población son las neoplasias con predominio de cáncer gástrico en población masculina y femenina, y en segundo lugar se encuentra el cáncer de mama en la población femenina y, cáncer de próstata en la masculina, en segundo lugar se ubican las enfermedades crónicas, teniendo especial relevancia la hipertensión arterial y diabetes mellitus. Entre las principales causas de muerte de esta población se ubican las enfermedades isquémicas del corazón, enfermedades cerebrovasculares, diabetes mellitus, influenza y neumonía y, enfermedades hipertensivas. Esto concuerda con un el cambio epidemiológico que ha vivido el país en las últimas décadas, en donde las enfermedades crónicas han desplazado a las enfermedades infecciosas como principales causas de muerte, situación que ocurría hasta finales de la década de los 90. Esto corrobora que la implementación del Hospital Quito No. 1 y el subcentro Eugenio Espejo han logrado menguar la tasa de muertes por infección gracias a una atención primaria oportuna,

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

sin embargo, el nuevo reto es abordar de forma óptima las enfermedades crónicas para lograr una reducción de su incidencia en este sector. (6,7,8).

La cobertura educativa es amplia, con una tasa de analfabetismo menor al 2%, y se ha determinado que un 76% de sus pobladores ha finalizado el bachillerato. Además, cuenta con cerca de cincuenta instituciones educativas de nivel primario y secundario. Es menester mencionar que los espacios de recreación, zonas verdes y de actividad física se han ampliado en los últimos años para promover estilos de vida saludables, en esta parroquia se localizan alrededor de veinte zonas diseñadas para este cumplir este objetivo.

Los individuos que pertenecen a esta parroquia están ampliamente cubiertos por el Sistema Nacional de Salud y cuentan con una calidad de vida óptima merced a los esfuerzos realizados en las últimas décadas por la institución policial y el ministerio de salud pública, pese a enfrentarse a nuevos retos de la modernidad como las enfermedades crónicas y la pandemia por COVID19 (6,7,8).

Conclusión

Es evidente el aporte humano y científico que ha brindado la Universidad Central del Ecuador (UCE) al Hospital Quito N°1 de la Policía Nacional a través de la formación de personal médico, ya que es notoria la participación de los mismos en los distintos servicios prestados por el hospital, siendo piezas clave para realizar diagnósticos oportunos y tratamiento adecuados. Es así que en la actualidad el 67,69% de los profesionales que laboran en los servicios especificados anteriormente cruzaron por las aulas de la Universidad Central del Ecuador, esto genera un efecto positivo para ambas instituciones.

Bibliografía

1. Wentz DK, Ford CV. A Brief History of the Internship. JAMA. 1984;252(24):3390–3394. doi:10.1001/jama.1984.03350240036035
2. Ministerio de Salud Pública del Ecuador – Consejo de Educación Superior. Norma Técnica para Unidades Asistenciales-Docentes. 2015.
3. Estrella R., Breve historia de la medicina del Ecuador Páginas: 194 - Editorial: Pedro Jorge Vera - Sede Nacional]
4. Consejo de Educación Superior. 2020. Adquisición de Saberes Médicos. Extraído de: http://www.ces.gob.ec/doc/regimen_academico/2da_ronda_de_talleres/FormacionMedica/jean%20raad%20uce%20p%20regardo.pdf
5. Ministerio de Gobierno. 2020. Hospital de la Policía al Servicio de la Comunidad. Extraído de: <https://www.ministeriodegobierno.gob.ec/25-anos-al-servicio-de-la-comunidad-cumplira-el-hospital-de-la-policia-nacional-de-quito/>
6. Policía Nacional del Ecuador. 2020. Hospital de la Policía- Quito No.1. Extraído de: <https://www.policiaecuador.gob.ec/hospital-quito-n1/>
7. Secretaria de Salud del Distrito Metropolitano de Quito. 2017. Diagnóstico de Salud del Distrito Metropolitano de Quito. Extraído de: https://quito.gob.ec/documents/Salud/Diagnostico_Salud_DMQ2017.pdf
8. Augusto Barrera Guarderas. Conociendo Quito, Estadísticas del Distrito Metropolitano. 2013. Extraído de: <https://www.institutodelaciudad.com.ec/documentos/folleto3/Folleto3.pdf>

CAPÍTULO VIII: RED COMPLEMENTARIA DE SALUD SIN FINES DE LUCRO.

Capítulo VIII: Red Complementaria de Salud Sin Fines de Lucro: historia del Internado Rotativo de la UCE en el hospital Vozandes- Quito

Pinto E., Guano K., Díaz B., Calderón L.

Correspondencia: Evelyn Fernanda Pinto lema / efgklo@gmail.com

Evelyn Fernanda Pinto Lema <https://orcid.org/0000-0003-3646-4889>

Katherine Cristina Guano Zambrano <https://orcid.org/0000-0001-8845-651X>

Brayan Patricio Diaz Fuertez <https://orcid.org/0000-0001-6439-5695>

Lilian Rebeca Calderón Layedra <https://orcid.org/0000-0003-4788-2621>

Introducción

El Internado Rotativo de Medicina complementa los conocimientos teóricos y prácticos de la medicina convencional, permite que el estudiante identifique las enfermedades prevalentes de la comunidad, se relacione con estas y establezca objetivos para lograr una población más saludable.

La memoria histórica de la práctica del internado se remonta al año 1794 en donde era necesario que el estudiante realice sus pasantías junto a un médico de prestigio durante un periodo de 2 años, para la obtención del bachillerato en medicina (1). Esta práctica sentó un precedente para la conformación del internado como un periodo de formación del estudiante para la obtención del título médico.

El Internado Rotativo se define como el período curricular de práctica pre profesional que permite la certificación del título de Médico (2). Este periodo de formación en nuestro país se convierte en un requisito obligatorio, para la consolidación de conocimientos durante la formación universitaria.

Los requisitos para postular incluyen la aprobación de diez semestres de formación académica, suficiencia en informática, idiomas y educación física.

El estudiante que ingresa al internado escoge su hospital base, de acuerdo a un proceso de selección el que se toma en cuenta su rendimiento académico y prioridades extracurriculares dictados por la autoridad sanitaria MSP que son: Prioridad 1 (enfermedades, personas que dependen del estudiante, hijos, embarazo etc.). Por medio de una reunión con representantes de la universidad y el docente coordinador del internado. Una vez realizada la selección de plazas, el estudiante continúa los trámites pertinentes y participa en charlas de inducción en el hospital para iniciar su año de labor académico(3).

Durante el periodo 2020-2021 se escogieron 24 plazas ,con estudiantes de las siguientes instituciones UCE,PUCE,UDLA, sin embargo es importante mencionar que la presencia de internos de la UCE data de 10 años atrás y durante el transcurso de ese tiempo se ha logrado consolidar como la universidad con más internos en este hospital en la fecha actual.

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

La compensación económica que se recibe durante el año de internado se basa en el artículo 11 del Registro Oficial No 690 que corresponde al 60% de la remuneración mensual unificada vigente de los profesionales rurales(5). Actualmente el salario que se percibe en esta institución es unificado y equitativo con respecto a todos los internos del país

Esta compensación económica ha querido ser reducida en cortes anteriores por el gobierno de turno, sin embargo tanto en mayo como septiembre del 2019, los estudiantes defendieron este derecho en protestas de las calles de las diferentes ciudades del país, llegando a un acuerdo de mantener la beca otorgada por el cumplimiento de su trabajo durante su año de Internado. Durante este año de lucha social el hospital brindó su apoyo a los internos de la institución y estuvo con ellos durante su protesta.

Durante el 2020 el hospital Vozandes asumió el pago completo del estipendio para sus estudiantes del internado a través de un convenio con las diferente para cuantas plazas en cada universidad es universidades y el MSP.

La presente investigación surge de la necesidad de crear memoria histórica del desarrollo de la relación de los servicios con los internos rotativos de la Universidad Central, la pasantía de estudiantes durante su año de formación en el internado, además de generar evidencias de logros alcanzados analizar el rol del interno dentro de esta institución de salud en el cumplimiento de los cinco ciclos del internado, establecer la relación del estudiante entre el Hospital Vozandes Quito, y las unidades donde se cumple el ciclo de salud comunitaria como CMF fundación Vozandes Carapungo, hospital del día Shell y la Coordinación del y Internado rotativo de la FCM de la UCE (6).

Objetivos

1. Registrar la historia, antecedentes y logros del hospital con respecto a su programa de internado rotativo, además de su evolución en el proceso de elección y asignación de plazas.
2. Documentar el rol del interno rotativo en la Institución de salud y su importancia en el manejo del paciente.
3. Describir el papel del interno rotativo dentro del entorno de la salud comunitaria.

Materiales y métodos

Estudio descriptivo sobre la historia del Internado Rotativo en el Hospital Vozandes Quito, se obtuvo información histórica a partir de documentos publicados, noticias en prensa escrita, entrevistas a médicos encargados de docencia del hospital e información de sitios WEB.

Resultados

Historia del Hospital Vozandes Quito

Figura 1 - Hospital Vozandes Quito, bajo el nombre Rimmer Memorial Hospital ubicado en la avenida José de Villalengua y 10 de Agosto



Fuente: Metro Ecuador 2020.

Antecedentes históricos: En la ciudad de Quito, se hacía evidente el crecimiento del siglo XX, que se extendía por el norte hasta los sectores la Carolina e Iñaquito, un grupo de misioneros impactados por la cordillera que rodea a la ciudad decidió construir un lugar de atención integral en el que no solamente se tratan dolencias hospitalarias sino también se convirtiera en un refugio para el alma y el corazón especialmente para grupos vulnerables como las comunidades indígenas.(6)

Las raíces del Hospital Vozandes Quito se unen a las de 'La Voz de Los Andes', Radio HCJB (Hoy Cristo Jesús Bendice), también de esencia misionera, que al experimentar un significativo crecimiento desde 1931, vio la necesidad de crear un centro de atención médica para sus empleados nacionales y extranjeros.

A pocos meses de entrar en funcionamiento, la clínica de salud para 'La Voz de Los Andes' tuvo su primer desafío: los profesionales y los equipos médicos de aquella época, pusieron a prueba sus conocimientos al brindar ayuda a las víctimas del terremoto de Ambato de 1949, uno de los duros episodios registrados en la historia del Ecuador. El hecho a destacar es: que el grupo misionero era el único que poseía equipos portátiles de esterilización a gasolina que sirvieron para hacer procedimientos médicos móviles. También brindaron apoyo a la clínica del Seguro y fueron los únicos, que junto a personal militar, constataron que en Pelileo no hubo sobrevivientes. En este terremoto fallecieron 5 mil personas, según los datos oficiales. (6)

Con esta experiencia más la aparición de otras necesidades y el anhelo de ayudar a la gente surge el deseo de ampliar el servicio Así que en un 28 de abril de 1950 se abre formalmente el albergue indígena y dispensario médico que atendía especialmente a grupos indígenas y necesitados, lo mencionado anteriormente es un breve recuento de los primeros pasos que se dieron antes de la aparición del hospital Vozandes Quito hecho que ocurrió el 12 de octubre de 1955 fecha en que se abrieron formalmente las puertas del hospital. (6)

Hospital Vozandes Quito

Las figuras notables del hospital fueron el Dr. Paul Roberts, la Sra. Bárbara Roberts y la enfermera Kathleen Erb quienes se convirtieron en los primeros misioneros médicos evangélicos en la mitad del mundo y fueron quienes materializaron un sueño a favor de los ecuatorianos, a quienes aparte de llevarles salud, también les llevaban esperanza(6).

Con su aparición, el Hospital Vozandes Quito fue de gran apoyo para las casas de salud públicas y privadas que existían en esa década. Siempre se destacó por el profesionalismo, altruismo y solidaridad de los médicos, que según los escritos y los testimonios registrados, el Vozandes hizo grandes aportes a la medicina ecuatoriana gracias a sus vínculos, especialmente con Estados Unidos y Canadá, de donde llegaban a través de donaciones, equipos nuevos y usados que permitían a los galenos desarrollar técnicas novedosas para el país, métodos de diagnóstico o medicina de producción reciente, entre otros;

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

así como también, el aporte de médicos, enfermeras, administradores, tecnólogos, quienes contribuyeron con sus conocimientos en la atención médica o en la administración de los servicios hospitalarios que marcaron un hito en el cuidado integral, apoyo psicológico y espiritual para los pacientes(6).

Todo este trabajo permitió que en 1991 se reconozca al Hospital Vozandes Quito como Hospital Docente. Realce concedido por la Federación Médica Ecuatoriana y el Consejo de Facultades de Medicina del Ecuador, siendo el primer hospital privado en recibir esta distinción.

En 1999 recibió a la Primera Promoción de Internos Rotativos de la Pontificia Universidad Católica de Quito y de la Universidad San Francisco de Quito. Para esta fecha se establece un programa formal de externado rotativo con estas universidades.(6)

En 2005, comienza el Postgrado de Otorrinolaringología con el aval de la Universidad San Francisco de Quito.

La docencia no es la única fortaleza que destaca hasta hoy en el Hospital Vozandes Quito. Entre otras, la investigación también hizo grandes aportes para la comunidad científica nacional e internacional. En la década de los setentas, el misionero Ronald Guderian encontró el primer caso de oncocercosis en un habitante de las orillas del Río Cayapas de la Provincia de Esmeraldas. Esto obligó una investigación profunda del tema por alrededor de 9 años, hecho que contó con el apoyo de grupos estratégicos que permitieron la creación del Centro de Investigaciones Clínicas del Hospital Vozandes, cuyo fin fue el de realizar estudios de enfermedades tropicales como la oncocercosis, malaria, leishmaniasis, paragonimiasis y chagas.

Luego de este paso, se ejecutó el programa de control de la oncocercosis a través del tratamiento comunitario anual con ivermectina, circunstancia que con el paso del tiempo se convirtió en referente para el diagnóstico y el manejo de las enfermedades tropicales y que concluyó en la formación de biólogos en el campo de la investigación clínica y terminó con destacados reconocimientos en renombradas revistas internacionales de la especialidad. Desde el 2005 hasta la actualidad se han fortalecido varios servicios como el de traumatología, cirugía, imagen, laboratorio, etc., y se han creado otros como el de fisioterapia, educación prenatal, parto personalizado y más, siempre cuidando su objetivo de brindar un servicio integral. Como un hospital de tercer nivel, las demandas de altos estándares de calidad cada vez son más exigentes, de allí, que desde el 2015 el Hospital Vozandes Quito vigoriza los procesos de seguridad y calidad, un eje transversal que vela por la seguridad del paciente, generando los canales adecuados de comunicación que procuren terminar con una satisfacción total con el uso del servicio hospitalario.

El Hospital Vozandes Quito se ha preocupado por la seguridad del paciente, promoviendo el mejoramiento continuo de los procesos para cumplir con las normativas, implementando medidas de protección y prevención, difundiendo y fomentando responsabilidades y compromisos, lo que ha constituido un importante servicio con cimientos que sustentan al desarrollo del pueblo ecuatoriano.

La asistencia médica es un campo complejo y está sujeta a cambios constantes en respuesta a la evolución de la tecnología, del conocimiento y de las condiciones económicas. Todo esto convierte a la salud en un tema estimulante y excitante, pero al mismo tiempo desafiante y asombroso.

Hospital del Día Shell

Figura 2 - Hospital del Día Shell, antes Hospital Vozandes del Oriente año 2008



Fuente: Tripadvisor 2020

Ubicado en Shell, cantón Mera Provincia de Pastaza, inaugurado de manera reciente luego de su separación de la fundación Vozandes, surge de la necesidad de seguir sirviendo a la comunidad y de continuar con el legado de anteriores Misioneros, se edifica nuevamente en el lugar del hospital Vozandes del Oriente gracias a la gestión nacional e internacional actualmente es un hospital del día con miras a convertirse en un hospital de especialidades. El hospital se convierte en el sueño de reconstrucción de los doctores Wolf que se encuentra a la cabeza de este proyecto(6).

CMF Fundación Vozandes Carapungo

El Centro Médico Carapungo empezó sus operaciones en el mes de mayo del año 1996 como parte del programa de las clínicas satélites del Departamento de Desarrollo Comunitario de la misión HCJB (Hoy Cristo Jesús Bendice). Inició en una casa arrendada, desde el año 2002 cuenta con un edificio propio, junto al mercado de Carapungo, y desde el 13 de junio del año 2018 es administrado por la Fundación Vozandes.

Es un centro médico cristiano que brinda atención médica de alta calidad, sino también reciben atención integral. Con un equipo formado por 12 médicos, la atención se centra tanto en la salud física del paciente como en su bienestar emocional y espiritual. A través del versículo de Jeremías 33:6, en el cual Dios expresa su deseo de ayudar a su pueblo, comprendemos cuál es nuestra tarea: “Mira, quiero sanarlos y darles paz y fidelidad en abundancia”.

Docencia Médica en el Hospital Vozandes y creación de la Academia Bruckner

El Hospital Vozandes Quito se ha caracterizado por contribuir en la formación de profesionales íntegros y de excelencia en la medicina, que ha sido, uno de los principales objetivos del Hospital.(6)

La docencia tuvo sus inicios al poco tiempo de su inauguración en 1955, con reuniones médicas para discusión de casos de mortalidad y morbilidad y con el establecimiento de las Escuela de Enfermería Palmer en 1956, la cual recibiría a practicantes de la Escuela Nacional de Enfermería creada en Quito.

Docencia Médica se creó con el objetivo de educar, entrenar y capacitar en el campo de la medicina con una clara orientación cristiana y se inició oficialmente con el Dr. Evert Bruckner en 1978, poco tiempo después se recibió a la primera promoción de Internos Rotativos pertenecientes a la Universidad Católica de Cuenca.

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

El Dr. Evert Bruckner, fue médico oncólogo norteamericano, que llegó al Ecuador en la década de los setentas, fue quien inició el programa que hasta hoy conocemos como “Cardiología Espiritual” que enseña el modelo más grande de Atención Integral, dedicada a cubrir las necesidades físicas y espirituales.

Dr. Bruckner también fue expositor de las Primeras Jornadas Médicas de Infectología y Medicina Tropical organizadas por el Hospital Vozandes en el año de 1987. En ese mismo año y con el aval de la Universidad Católica de Cuenca, comenzó el Postgrado de Medicina Familiar y se recibió a la primera promoción de Internos Rotativos de la Universidad Central del Ecuador.

A partir del 2019, se marca un hito en la historia del Departamento de Educación Médica, nombrando su área como Academia Bruckner del Hospital Vozandes Quito.

Figura 3 – Médico del Hospital Vozandes Quito



Fuente: Metro Ecuador, 2020.

Investigación en el Hospital Vozandes Quito

En el área de investigación la academia Bruckner tiene su Revista Médica. Con el objetivo de promocionar y difundir conocimientos de interés científico en el ámbito de la salud, el Hospital Vozandes Quito, en el año de 1986 estimula a autores nacionales y extranjeros a generar evidencia científica bajo rigurosos estándares metodológicos. Hay que destacar la apertura que da el hospital para que los estudiantes realicen investigación y la facilidad para poder ser parte de la Revista Médica Vozandes como autores de artículos de investigación.

Actividades del interno rotativo de medicina

El Programa de internado rotativo en el hospital, se realiza en diversas casas de salud, siendo el Hospital Vozandes Quito el hospital base en donde se realizan las rotaciones de clínica, cirugía, emergencia, pediatría y traumatología. En estas áreas los internos se encargan de la realización de notas de ingresos, notas de evolución, análisis de cada patología de los pacientes, pases de visita, realización de procedimientos guiados por residentes y médicos tratantes, entregas de guardia con elaboración del respectivo algoritmo diagnóstico. Además de la parte hospitalaria, los internos están involucrados en la parte docente, clases, presentación y discusión de casos clínicos.

La parte de Ginecología y Obstetricia se realiza en el Hospital Gineco-obstétrico Isidro Ayora, en donde el interno se encarga de la toma de signos vitales, monitoreos fetales, toma de muestras, evaluación de pacientes embarazadas, llenado del CLAP y atención del parto.

En el área de neonatología, las funciones que nos corresponden comprenden: la recepción inmediata y mediata del recién nacido, toma de muestras, examen físico del neonato, realización de historia clínicas y participar en la parte docente. .(6)

Salud comunitaria en el HVQ

Esta rotación consta de tres fases que se encuentran distribuidas entre el Hospital como tal, el Centro Médico Familiar Fundación Vozandes Carapungo y el Hospital del día Shell.

Actividades del interno en el CMF Fundación Vozandes Carapungo

La parte de salud comunitaria tiene como finalidad el conocer y aprender del entorno y las necesidades de la comunidad, con el objetivo de trabajar sobre estrategias e implementar nuevos métodos para así ejecutar acciones.

Consideramos que:

“Una comunidad es el reflejo del lugar, en donde las personas viven”

En el CMF, al interno le corresponden distintas actividades que fortalecen su formación y su relación con la comunidad, de esta forma se adquieren conocimientos tanto de la parte médica como de las necesidades que se evidencian en la sociedad, sobretodo de grupos de vulnerables.

Dentro de las actividades se realizan: Toma de signos vitales, curaciones, suturas, valoraciones de emergencia y consulta externa siempre supervisados por el médico tratante.

Actividades del interno en el Hospital del Día Shell

Parte de la rotación del interno del Hospital Vozandes se desarrolla en los pueblos amazónicos del Ecuador ,en la ciudad de Pastaza ,parroquia Shell, el interno cumple las funciones de médico al diagnosticar enfermedades y ayudar en su tratamiento,se busca integrar a la comunidad en materia de salud con programas de concientización sobre enfermedades prevalentes .

Además, de las actividades médicas se busca fusionar los conocimientos ancestrales con la medicina convencional, de manera que el paciente aprenda del médico interno y este a su vez tenga una concepción nueva sobre la medicina y se relacione de mejor manera con la población. Esta rotación incluye también el acercamiento a las comunidades indígenas y pueblos no contactados a través de brigadas médicas sin fines de lucro que se realizan una vez al año llevando a los pueblos amazónicos, vacunas y medicinas además de una campaña de desparasitación permanente. Esta experiencia se queda grabada en el corazón y la mente del futuro profesional proporcionando una nueva perspectiva de la medicina.

Conclusiones

El Hospital Vozandes Quito a lo largo de la historia se ha caracterizado por un programa de internado rotativo de calidad y excelencia basado en valores y principios. La academia Brucker se destaca por la planificación docente con el fin de impartir conocimiento y formar profesionales de alto nivel, a través de clases teóricas, talleres, presentación y análisis de casos, entregas de guardia con un enfoque docente del algoritmo diagnóstico y su manejo.

El estudiante de medicina que se encuentra cursando su año de internado rotativo adquiere destrezas que complementan su formación académica, generando habilidades para el diagnóstico y manejo de las distintas patologías siempre basadas en la evidencia más actual.

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

Como futuros médicos es imprescindible conocer las necesidades, el entorno en el que viven las personas, con la finalidad de plantear métodos innovadores que puedan cambiar el curso de la problemática que se encuentren atravesando.

Componente ético

Esta investigación documental fue aprobada y autorizada por las autoridades de la institución, ya que tiene fines educativos con el fin de plasmar el desarrollo de nuestro internado rotativo, las experiencias y dar a conocer la evolución a través de los años del Hospital Vozandes Quito.

Conflictos de interés

Los autores del presente artículo declaramos no presentar ningún conflicto de interés.

Bibliografía

1. Estévez E, Villota I, Zapata M, Echeverría C. La Escuela Médica de Quito: origen y trayectoria de tres siglos. Revista de Facultad de Ciencias Médicas. 2018: p. 145-163.
2. Pereyra, J., & Danza, Á. (2015). Ciclo internado rotatorio (CIR) contrato didáctico – periodo de transición 2015 - 2016.
3. Tapia Villanueva, R., Núñez Tapia, R., Salas Perea, R., & Rodríguez Orozco, A. (2007). El internado médico de pregrado y las competencias clínicas. México en el contexto latinoamericano. Retrieved from http://www.bvs.sld.cu/revistas/ems/vol21_4_07/ems05407.html
4. Sánchez, J. (2013). Registro Oficial No 888 Derecho Ecuador. Retrieved from <http://www.derechoecuador.com/productos/producto/catalogo/registrosoficiales/2013/febrero/code/20760/registro-oficial-no-888--jueves-07-de-febrero-de2013>
5. Ministerio de Salud Pública. (2015). Aclaración: se mantienen estipendios para estudiantes en internado rotativo. Retrieved from <http://www.salud.gob.ec/aclaracion-se-mantienenestipendios-para-estudiantes-en-internado-rotativo/>
6. Revistamedicavozandes.com. 2020. Revista Médica Vozandes – Una Revista Del Hospital Vozandes Quito. [online] Available at: <<https://revistamedicavozandes.com/>> [Accessed 22 December 2020].

CAPÍTULO IX: RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA ZONA 1

Capítulo IX A: Ministerio de Salud Pública: Historia del Internado Rotativo de Medicina de la Universidad Central del Ecuador en el Hospital San Vicente de Paul, Zona 1

Cruz Walter¹, Calderón Lilián²

¹ Internado Rotativo de Medicina, Salud Comunitaria, Universidad Central del Ecuador

² Docente Universidad Central del Ecuador

Correspondencia: Cruz. W., walter791@hotmail.com.

Introducción

En abril de 1693 se crea la Cátedra de Medicina en el Real Colegio del Santo Rey San Fernando. No fue hasta el año de 1800 cuando se estableció por primera vez el que los estudiantes deben asistir al Hospital para aprender entre otras cosas a tomar signos vitales ya que hasta ese momento el requisito para graduarse de bachiller en Medicina era haber realizado prácticas durante dos años junto a un médico de renombre. (1)

Se crea el primer plan de estudios en el año 1827, donde se establece que se requieren tres años para titularse como bachiller en Medicina y tres más para ser Doctor en Medicina. Veinte y tres años después se dispuso que los estudiantes deben asistir diariamente a los Hospitales. Su objetivo principal era consolidar el conocimiento bajo el concepto de que éste se basa en la experiencia y que la ciencia sólo puede basarse en las percepciones sensoriales. (1)

Un hecho trascendental fue que los estudiantes de Medicina se integren a la ley de sanidad en el año de 1926 en la cual se manifiesta que los discípulos debían realizar estudios prácticos durante los últimos dos períodos de vacaciones, mismos que estuvieron enfocados en el tratamiento, profilaxis y epidemiología de enfermedades tropicales, por primera vez se indica que los estudiantes ganarán sueldo y viáticos.() En mayo de 1968 AFEME (Asociación de Facultades Ecuatorianas de Ciencias Médicas y de la Salud) realizan el primer seminario de Educación Médica cuyas conclusiones aportan para la reducción del periodo de formación del pregrado a siete años, incluyendo que el pensum se dividió en cuatro ciclos: Ciencias Básicas Generales, Ciencias Básicas Médicas, Ciencias Clínicas e Internado Rotativo, y se creó el Departamento de Medicina Preventiva. (1)

El Internado Rotativo es un Programa del Área de Integración Docente Asistencial de la Carrera de Medicina, que tiene como objetivo aplicar y profundizar los conocimientos y perfeccionar habilidades y destrezas propias de la profesión, desarrollados por los estudiantes en los diez niveles anteriores de la carrera. (2)

El Internado Rotativo se realiza los últimos dos semestres de la carrera, durante 12 meses seguidos y guardias de 24H cada cuarto día, a excepción del ciclo de comunitaria. Este año se divide en cinco ciclos: Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Comunitaria, Pediatría y Medicina Interna. (2)

El Hospital San Vicente de Paúl

La propia naturaleza en momentos de furia incontenible e injusta se habría de enseñar destruyendo en instantes todo lo recorrido por sus generaciones en más de dos siglos y medio de esfuerzo y existencia. Era la escena del terremoto de Ibarra del 16 de agosto de 1.868. Precisamente entre los edificios venidos al suelo y desaparecidos de la faz de la tierra, se encontraba el denominado en aquel entonces Hospital de Caridad San Nicolás de Mira, situado en el barrio San Felipe. (1)

Al fundar pueblos y ciudades debía merecer especial cuidado la dotación de hospitales en todas las provincias y jurisdicciones, en las cuales sean atendidos los pobres y los enfermos y, al mismo tiempo, se ejercite la caridad cristiana. Claro que debían diferenciarse entre enfermos con afecciones contagiosas y no contagiosas. (1)

Los portadores de las primeras debían asilarse en hospitales adecuados en sitios apartados, evitando de esta manera el que se propaguen enfermedades en el resto de la población.

El origen del Hospital de Ibarra no está muy claro. Hay indicios y vagas referencias de acciones sanitarias y de atención directa brindadas a los nativos por parte de los primeros misioneros religiosos, que devienen así en los primeros adoctrinadores y a la vez en los primeros médicos de las dolencias físicas y desde luego la atención espiritual. (1)

Ibarra, una de las más florecientes capitales provinciales del concierto geopolítico nacional, ocupa un lugar destacado en su aporte al desarrollo del país, especialmente dentro del campo cultural e histórico, a través de sus valores humanos. Ibarra, fundada el 28 de septiembre de 1.606 en el Valle de Carangue, (1) su propio trazado físico y su entorno geográfico le confirieron características especiales y muy peculiares ya para el canto de los poetas como para la inspiración de sus artistas, músicos y pintores. Y su crecimiento integral aparejado con todos los problemas que de ello se derivan, poco a poco, la convirtieron en una urbe de gran atracción para el asentamiento humano, constituyéndose en un polo de desarrollo del sector norte del país. (1)

Pero, sería el 22 de abril de 1.609 la fecha histórica en la cual el Cabildo comienza por preocuparse de las acciones de salud pública. Por iniciativa de Antonio de Carvajal se donó y adjudicó el solar para la construcción del hospital de Ibarra, en pleno trazado urbano, aunque algo distante del centro político-administrativo. Esta donación se confirma el 25 de octubre de 1.611 mediante la visita personal realizada por Juan Fernández, comisionado de la Real Audiencia. (1)

La catástrofe del 16 de agosto, si bien marcó el fin y la existencia de Ibarra y la destrucción de muchos pueblos imbabureños, no es menos cierta que se constituyó en el punto de arranque y nacimiento de una nueva ciudad, con mentalidad de desarrollo y de avance pujantes. Así, viene el despertar de nuevas y antiguas instituciones y el renacimiento del hospital de Ibarra que comienza a funcionar de una manera incipiente con el nombre de Hospital de Caridad, el 20 de abril de 1879 en lo que hoy es la calle Juan Montalvo, entre Velasco y Colón, muy cercano al sitio de su edificio predecesor del barrio San Felipe, en base al Decreto Supremo del 15 de abril de 1.872 y contando con los planos realizados por el Hermano Benito Aulín, sacerdote y arquitecto de origen italiano. (1)

Para 1885 ya se conocía como Hospital de Caridad de San Vicente de Paúl, aunque esta designación debe precisarse con certeza en el tiempo. Para el mantenimiento del hospital a partir de 1880 se consideraba los fondos procedentes de la exportación de quinas, productos de los llanos de La Esperanza y que fueron asignadas el 2 de mayo de 1878, capital íntegro del Monte de Piedad, equivalente a 1200 pesos anuales que era la contribución del Estado.

A partir de la fecha de iniciación de sus actividades, para su funcionamiento se contaba con una sola sala general para hombres se fue incrementando poco a poco sus servicios y dependencias y así se creó la sala de mujeres. En 1885 se establecen las Hermanas de la Caridad, quienes hacen de enfermeras y orientadoras espirituales, se inició el funcionamiento de la Botica; la Sala de Cirugía General; la Sala de Pediatría; el Servicio de Maternidad, cuya construcción concluyó en 1944. Inclusive poco antes, según referencias, existieron ciertos trabajos de laboratorio. Si bien desde 1.888 se registran datos estadísticos, no es sino en 1.953 cuando se creó oficialmente la oficina de Estadística. Posteriormente y en base a la gran demanda de atención médica generada, se vio la necesidad de ampliar la planta física del edificio y se resolvió la construcción del segundo piso, la misma que se inició el 12 de junio de 1.948 y se concluyó en 1.953, a cargo de la Junta de Asistencia Social de Imbabura como ente jurídico autónomo.

Luego de la creación del Ministerio de Salud Pública en 1967 el Hospital San Vicente de Paúl pasó a depender de la Jefatura Provincial de Imbabura a partir del 14 de abril de 1972. Pero pronto sus autoridades, así como su personal y los ibarreños en general, advirtieron la mala funcionalidad de su planta física; el deterioro de sus instalaciones y lo obsoleto de su equipamiento. Se creó así la necesidad de luchar por un nuevo edificio acorde a la época, con nuevas instalaciones y equipamiento de acuerdo con el avance tecnológico presente, como única manera de brindar atención médica actualizada, de mejor calidad y para velar por la prevención, recuperación, fomento y rehabilitación de la salud de la población del área de su influencia.

Felizmente el nivel central del Gobierno fue sensible a esta realidad y dispuso dentro de la política general de salud la planificación de algunos hospitales a nivel nacional y su factibilidad tanto técnica como económica para su construcción y equipamiento, dentro de los cuales se colocó a nuestro hospital.

El Municipio de Ibarra, en gesto que le honra y al cual tuve la oportunidad de pertenecer como concejal, hizo la donación del área de terreno suficiente en 1.977 en el cual hoy se levanta majestuoso el nuevo Hospital San Vicente de Paúl, cuyo contrato de construcción se firmó el 3 de julio de 1.980 y la recepción provisional se hizo a partir del 31 de agosto de 1.990. Su inauguración oficial y el inicio de sus actividades fue el 27 de abril de 1.991, en un acto solemne e histórico de grata recordación para los ibarreños y el personal de la institución. En justicia histórica y en rigor formal, los mentalizadores de la necesidad sentida y advertida de la construcción del nuevo y actual edificio, son los regímenes de la década de los 70s.

Muy mal hacen y faltan a la verdad quienes sostienen gratuitamente tal padrinazgo, entre los que se encuentran indudablemente determinados políticos a partir de los 80, sin desmerecer, desde luego eso sí, el apoyo económico que brindaron los presidentes Roldós, Hurtado, Febres Cordero y muy significativamente, el presidente Borja que fue quien más lo impulsó hasta inaugurarlo completamente. En aquel entonces era ministro de Salud Pública, el doctor Plutarco Naranjo; director de Salud de Imbabura, el doctor Ramiro Silva y director del hospital, el doctor José Albuja Chávez.

En la actualidad, el Hospital San Vicente de Paúl, está al servicio de la ciudad, provincia y del norte del país en general a la altura de los tiempos y de casas de salud de cualquier parte del mundo en su nivel, sus instalaciones, equipos, instrumental y planta física así lo determinan, constituyéndose en una institución de orgullo para ibarreños y ecuatorianos. Desde el punto de vista técnico y organizacional, este hospital superó ya la condición del pequeño de otras décadas, en atención en las cuatro especialidades básicas, como: cirugía general, clínica, pediatría y obstetricia.

Se implementaron nuevas especialidades en Enfermería, Nutrición y Obstetricia, que vienen a llenar un grave e importante vacío existente, mejoran notablemente el espectro de atención y crean las facilidades más adecuadas, especialmente para la población de escasos recursos económicos, evitando progresivamente el tormentoso peregrinaje hacia otros centros de la ciudad capital del país. De esta manera el Hospital San Vicente de Paúl no solamente es una institución ibarreña de prestigio e históricamente muy vinculada al desarrollo de nuestra ciudad, sino que es un ente de servicio social que labora con tesón, sacrificio, mística y humanismo, que vela por la salud de un importante sector poblacional de ecuatorianos y trata de consolidarse como un hospital moderno en el concierto nacional.

Finalmente, es de justicia testimoniar que hubo vientos exógenos para improvisar con un nuevo nombre a la institución a base de acciones sinuosas y clientelares, las mismas que, advertidas de nuestra parte, permitieron gestionar valientemente ante las autoridades gubernamentales, la obligación moral de mantener como patrono, eterno e indiscutible, a Vicente de Paúl, uno de los santos más humanitarios y solidarios que ha tenido la Iglesia Católica por siempre y para siempre.

Internado rotativo en el Hospital San Vicente de Paúl

La participación de internos rotativos de medicina de la Universidad Central del Ecuador en el hospital San Vicente De Paul se remonta desde el periodo de Abril 2009 a Marzo 2010, el grupo conformado por: IRM. Fernanda Araujo, IRM. Liliana Paspuezan, IRM. Verónica Pinto, IRM. Alexander Calderon, IRM. Xavier Cujilema, IRM. Marcelo Monar, IRM. Pedro Proaño, que al día de hoy algunos ocupan cargos de importancia en nuestro hospital, quienes relatan que el personal médico y administrativo del Hospital de ese entonces ha contribuido en el perfeccionamiento de su ardua labor con paciencia y ética profesional, que hoy por hoy ha conseguido a que sean buenos médicos al servicio de la comunidad.

Fig 1. Internos Rotativos de la UCE



Fuente: Los investigadores

Conclusiones

El Programa de Internado Rotativo permite a los estudiantes de la carrera de medicina formar parte del equipo de salud, realizar procedimientos médicos los mismos que son autorizados y supervisados por el personal correspondiente que permite el desarrollo de habilidades y competencias que serán de gran utilidad para el año de medicatura rural.

En la actualidad el hospital San Vicente de Paúl brinda a la sociedad un servicio integral de salud que incluyen especialidades de gran importancia para la población en general, uno de los ejes fundamentales para el funcionamiento del hospital es la labor aportada por los internos de las diversas carreras por tal razón en el hospital brinda acogida cada año para nuevas generaciones de internos rotativos que se preparan con gran entusiasmo para la futura prácticas profesionales.

Componente ético

Estudio descriptivo, con entrevista a informantes clave guardando la confidencialidad si así lo solicitaron. Con aprobación de la unidad de salud y el responsable de salud comunitaria.

Bibliografía

1. Estévez E, Villota I, Zapata M, Echeverría C. La Escuela Médica de Quito: origen y trayectoria de tres siglos. Revista de Facultad de Ciencias Médicas. 2018: p. 145-163.
2. Chávez, D. J. (jueves 05 de febrero de 2.015). El Hospital San Vicente de Paúl. Ibarra, Imbabura, Ecuador

3. Diario El Norte. (02 de noviembre de 2.013). Fantasmas rondan algunas edificaciones. Recuperado el febrero de 2.015, de <http://www.elnorte.ec/ibarra/actualidad/43064-%E2%80%9Cfantasmas%E2%80%9D-rondan-algunas-edificaciones.html>
4. Grijalva, D. (06 de febrero de 2.015). Ibarra contó con el mejor Hospital de América en los 70's. (S. A. león, Entrevistador)
5. Hospital San Vicente de Paúl. (agosto de 2.012). Nuestra Historia. Recuperado el 05 de febrero de 2.015, de <http://hsvp.gob.ec/index.php/2012-08-26-14-30-20/historia>
6. Madera, L. (1.954). El Hospital de Ibarra. Quito: Fray Jodoco Ricke.

Capítulo IX B: Ministerio de Salud Pública: Historia del Internado Rotativo de Medicina de la Universidad Central del Ecuador en el Hospital Luis Gabriel Dávila - Tulcán

Andrade Melani¹, Fuentes Jefferson¹, Haro Gabriela¹, Morillo Giancarlo¹, Tatamués Oscar² Calderón Lilián²

¹ Internos Rotativos Universidad Central del Ecuador

² Docentes Universidad Central del Ecuador

Melani Lizeth Andrade Cayambe	https://orcid.org/0000-0001-7515-917X
Jefferson Polivio Fuentes Ante	https://orcid.org/0000-0003-4189-0583
Gabriela Maritza Haro Morales	https://orcid.org/0000-0002-5143-7697
Giancarlo Andrés Morillo Morán	https://orcid.org/0000-0001-9693-3451
Oscar Edmundo Tatamués Vosmediano	https://orcid.org/0000-0001-6833-5040
Lilian Rebeca Calderón Layedra	https://orcid.org/0000-0003-4788-2621

Introducción

La administración de elementos, habilidades, aptitudes y actitudes prácticas en el ejercicio profesional, prioritariamente en el nivel hospitalario en el Ecuador surgió desde el inicio de la práctica de la medicina; desde el año 1069 se forma el internado rotativo con el fin de consolidar lo aprendido teóricamente y expresarlo en la práctica y junto al paciente, para lograr obtener un médico crítico y con conciencia social. (1)

El Programa de Internado Rotativo se realiza luego de haber cursado 10 semestres en las aulas de la escuela de Medicina de la Universidad Central del Ecuador y tiene como objetivo consolidar las competencias del médico general, dentro de un escenario hospitalario y bajo supervisión de un médico residente o médico tratante.

Las siete competencias que se consolidan con el Programa son:

1. Cuidado al paciente,
2. Conocimiento médico,
3. Destrezas interpersonales y de comunicación,
4. Profesionalismo,
5. Aprendizaje basado en la práctica y mejoramiento,
6. Práctica basada en enfoque sistémico (sistemas) y,
7. Formación integral humanística.

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

El Programa de Internado Rotativo tiene una duración de un año calendario, y coincidirá con las fechas de inicio y finalización fijadas en la programación académica del Ministerio de Salud Pública (MSP)

El Programa de Internado Rotativo se desarrolla bajo la modalidad de prácticas pre profesionales obligatorias, normadas por el Régimen de Internado en Unidades Asistenciales Docentes (UAD).

El Internado Rotativo se divide en cinco rotaciones: Medicina Interna, Cirugía General, Gineco-obstetricia, Pediatría y Salud Comunitaria.

El syllabus de cada una de las rotaciones se entrega cada año a la UAD, previo al inicio del Programa de Internado, al Departamento de Docencia de la UAD, a través del Coordinador del Internado Rotativo. En el syllabus se proponen los objetivos específicos y actividades de cada rotación en cada UAD.

El equipo docente de esta rotación lo conforman uno o más tutores en cada rotación asignada.

El lugar en el que se realizará el año de I R es elegido por el estudiante de medicina tras culminar el tiempo establecido de preparación académica e inscribirse a este previo el cumplimiento de requisitos específicos que incluye el dominio del inglés B2, certificado de tecnologías, esta elección se efectúa en reuniones organizadas por los representantes del nivel y el Docente Coordinador del Programa de Internado, en dicha reunión, los estudiantes eligen la unidad asistencial docente que más se acerque a sus expectativas por orden decreciente del promedio de calificaciones alcanzado durante los 10 semestres, iniciando con el promedio más alto. En Asamblea abierta en el Auditorio José Mejía Lequerica de la Facultad de Ciencias Médicas. Una vez realizada su elección el estudiante continúa los trámites pertinentes y participa en charlas de inducción impartida por los docentes coordinadores del internado previo al inicio de su año de labor académica. (3)

En este año, los internos de medicina tienen una compensación económica mensual denominada “estipendio”, corresponde a una asignación económica que es adjudicada por: el Ministerio de Salud Pública (MSP) al Interno Rotativo a través de la instancia administrativa correspondiente, si la Unidad Asistencial Docente (UAD) es parte de la Red de servicios del MSP; por el Instituto Ecuatoriano de la Seguridad Social (IESS) si la unidad es parte de la Red IESS; por el Instituto de la Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) si la unidad es de la Red del ISSFA; y, de igual manera con las unidades de la Red del Instituto de la Seguridad Social de la Policía (ISSPOL). No corresponde a un sueldo como tal, y será fijado por el MSP a través del comité académico de becas mediante el correspondiente informe académico del pregrado. Dicho estipendio cubrirá los gastos desde la fecha de la adquisición del mismo después de la firma del convenio del MSP o IESS y el Comité Académico de Becas (4). “Según el artículo 11 del Registro Oficial No 690 el monto del reconocimiento económico individual por las actividades asistenciales correspondería al 60% de la remuneración mensual unificada vigente de los profesionales rurales”. Actualmente el MSP acuerda que los estipendios para estudiantes en el Programa de Internado Rotativo de las Carreras de Salud, en sus establecimientos se mantienen en \$591 (quinientos noventa y un dólares) para aspirantes a médicos y \$540 (quinientos cuarenta dólares) para aspirantes a enfermeros y obstetrices (5). Sin embargo, en mayo del 2019 se pretendió atentar contra los derechos de los Internos Rotativos, mediante la disminución de su estipendio. Frente a este anuncio los Internos Rotativos de la cohorte de mayo 2019 realizaron manifestaciones pacíficas y gracias a charlas constantes no se logró vulnerar sus derechos, esta situación se repitió en la cohorte de septiembre 2019.

Este trabajo de investigación nace con el objetivo de conocer las particularidades y situaciones en las que se relacionan y desarrollan los estudiantes de medicina durante este año de formación insertos en las unidades de salud, sean centros de salud u hospitales. El Internado es una etapa clave, porque es el primer momento en que empiezan a formar parte del equipo de salud en los hospitales más importantes del país y en las unidades del primer nivel de atención de todas las Zonas de Salud, en nuestro caso por acuerdos entre el Coordinador de Docencia del Hospital Luis G Dávila, el Centro de Salud N°1 Tulcán Tipo B del Distrito 04D01

Objetivos

1. Evidenciar la importancia del Internado Rotativo de Medicina siendo un programa de integración docente asistencial.

2. Aplicar y profundizar los conocimientos proporcionados en los niveles de pregrado de la carrera, así como perfeccionar las habilidades y destrezas de los estudiantes.
3. Registrar la historia, antecedentes y datos de relevancia del Hospital General Luis G. Dávila y la aportación de los internos con el equipo de salud en las actividades académicas según las necesidades de cada servicio del hospital.
4. Analizar la participación de los internos en las actividades docentes y de investigación del hospital y del Centro de Salud N°1 Tulcán.
5. Analizar la percepción que tienen los internos rotativos de medicina de su desempeño y condiciones generales en el Hospital Luis G Dávila

Materiales y métodos

Mediante un estudio descriptivo sobre la historia del Internado Rotativo en el Hospital General Luis G. Dávila, se obtuvo información histórica a partir de entrevistas a médicos encargados de docencia del hospital y de los que fueron parte a un inicio de este programa

Resultados

Hace medio siglo se instituyó el Internado Rotativo en el Ecuador para estudiantes de medicina y otras carreras, desde entonces se constató la importancia que tienen los internos en sus hospitales y como se han convertido en un pilar fundamental del Sistema Nacional de Salud del Ecuador. En el Hospital General Luis G. Dávila el Internado Rotativo comenzó en el año 2004 y desde entonces los Internos han sido y siguen siendo pieza clave en el funcionamiento de los 365 días del año de esta casa de salud.

El Internado Rotativo del Hospital Luis Gabriel Dávila, data desde mediados del año 2004, y su apertura así como en otras provincias obedece a una necesidad universitaria, ya que por motivos de cambio de la reforma educativa de la escuela de Medicina de ciclos lectivos anuales a ciclos lectivos semestrales 1999(6), esto ocasionó una acumulación de estudiantes que se graduaron con la antigua malla curricular, es así que las plazas disponibles en ese entonces que en su mayoría eran en hospitales de Quito no lograban recibir el número de internos de esa promoción, por tal motivo se vio la necesidad de buscar nuevos hospitales y con el afán de que los estudiantes puedan acceder a realizar su año de internado rotativo, un grupo de estudiantes oriundos de la ciudad de Tulcán y del vecino país de Colombia, proponen al director del internado rotativo de la Universidad Central del Ecuador de ese entonces Doctor Fernando Duran Lucio tomar en cuenta al Hospital de la ciudad de Tulcán como Plaza para el año de internado. De esta manera se contactó con el director del Hospital Luis G Dávila el Doctor Luis Enríquez de ese entonces, y se llegó al acuerdo de acoger a los internos ya que era un hospital que contaba con las áreas que necesitaban los futuros médicos para desarrollar conocimiento, destrezas y habilidades.

Es así que en el mes de agosto del año 2004 se inaugura oficialmente el internado rotativo de la Universidad Central del Ecuador quien asigna 8 internos rotativos a esta casa de salud, entre los cuales se encontraban:

- Alexandra Abata; Especialista en Medicina Familiar del MSP, docente del ciclo comunitario del internado rotativo Tulcán de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Oscar Tatamués; Especialista en Medicina Familiar del MSP encargado de la docencia del ciclo comunitario del internado rotativo de la Universidad Central del Ecuador.
- Vinicio Torres; Especialista en Anestesiología del Hospital Militar Quito, docente de Postgrado de la misma especialidad
- Sonia Tatés: Medica Patóloga del Hospital Carlos Andrade Marín Quito
- Paola Benavides; Médico general del Centro de Atención Ambulatorio del IESS Tulcán
- Kalil Bastidas; Especialista en Psiquiatría radicado en Colombia

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

- Rina Benavides; Especialista en Pediatría y Líder del servicio de Pediatría del Hospital Luis G Dávila.
- Armando Cuaspu; Especialista en Medicina Interna del Hospital Civil de la ciudad de Ipiales, Colombia.

De tal forma que esta nueva plaza se concibe con la idea de convertir al hospital de Tulcán en un hospital docente que capacite y oriente al nuevo grupo de internos, por tanto se delega como docentes encargados en las distintas áreas de conocimiento a los doctores:

Dr. Galo Enríquez docente del ciclo de Ginecología.

Dr. Francisco Rivadeneira docente del ciclo de Medicina Interna.

Dr. Hernán Yépez docente del ciclo de Cirugía.

Dr. Wilson Tobar docente del ciclo de Pediatría.

Rotación comunitaria a esa fecha dependía de la coordinación con el Área de Salud N°1; tras la creación de esta plaza la Universidad Central del Ecuador con su coordinador el Dr. Fernando Duran Lucio, siempre se mantuvo en contacto íntimo con el hospital con el esmero de mejorar la calidad educativa así como brindar la seguridad, derechos y beneficios óptimos a los internos, como disponer de una residencia permanente con el mobiliario adecuado, donde la universidad donó los libros bases de pediatría, cirugía, medicina interna y ginecología para disposición de los estudiantes, y se garantizó el acceso a la alimentación y estancia de los futuros médicos en formación.

Una actividad que fortalecía los lazos entre la universidad y hospital era realizada cada 6 meses, en el cual se presenciaba conferencias de un día con un acto social que se denominaba Integración docente asistencial que se realizaba tanto en la ciudad de Tulcán como Ibarra, siempre precedido por el coordinador del internado Dr. Fernando Duran y con la presencia de los Internos rotativos de medicina asignados a Imbabura y Carchi.

La evidencia documentada no es posible encontrarla actualmente ya que estos acuerdos no están disponibles y mucha de esta documentación se perdió cuando el hospital cambió sus instalaciones en el año 2013.

Figura 1 – Primera cohorte de Internos Rotativos de la promoción 2004- FCM/UCE



Fuente: Hospital Luis G Dávila

Elaboración: Internos Rotativos

A partir del año 2004 en el cual se inicia en IRM en la ciudad Tulcán, el compromiso de la Universidad Central y Ministerio de Salud Pública se ha venido fortaleciendo para actualmente ofrecer 20 plazas para internos de la Universidad Central, 10 por cada semestre. Y el compromiso de ambas partes es ofrecer un hospital a la altura en las áreas de docencia y práctica, para los futuros médicos. Tanto es así que el Hospital Luis Gabriel Dávila no solo ha recibido internos de la UCE, sino que a partir del año 2013 acoge a internos de la Universidad Católica del Ecuador, en el año 2014 la Escuela Superior Politécnica del Chimborazo también se sumó a este programa.

Fig. 2 - Dr. Galo Enríquez Coordinador de internado rotativo Hospital Luis G Dávila, junto a estudiantes de UCE



Fuente: Hospital LG Dávila

Elaboración: Internos Rotativos

Actualmente el coordinador del internado rotativo en el Hospital Luis G Dávila con la Universidad Central es el doctor Galo Enríquez y el grupo de docentes que actualmente se encarga de docencia son los doctores:

Dr. Galo Enríquez docente de Ginecología.

Dra. Rina Benavides docente de Pediatría.

Dr. Leonardo Poma docente de Medicina Interna.

Dr. Hernán Yépez docente de Cirugía.

Dr. Oscar Tatamués docente del Ciclo comunitario.

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

Notando así que dos de los docentes que actualmente dirigen el internado rotativo fueron parte de la primera promoción de internos que dieron apertura a esta plaza, y muchos de los que cursaron este periodo como internos rotativos del hospital Luis G Dávila, son médicos de prestigio, especialistas, residentes y médicos encargados de la administración de servicios de sus hospitales donde actualmente laboran así como también de los centros de salud de primer nivel.

Figura. 3 - Grupo internos rotativos promoción 2019-2020 FCM/UCE



Fuente: Hospital L.G. Dávila

Elaboración: Internos Rotativos

Así entre historias y anécdotas que marcaron el pasado, trabajo y esfuerzo que construyen un presente y una visión que se proyecta a un sistema de salud de calidad, el hospital Luis Gabriel Dávila y su programa de internado rotativo con la promoción, el respaldo y compromiso de la Universidad Central del Ecuador forman y seguirán formando médicos de calidad para esta nación.

Historia e importancia del Hospital Luis G. Dávila

El hospital Luis G. Dávila abrió sus puertas al servicio de la comunidad en febrero de 1926, cuando la Junta Central de Asistencia Social del Ecuador cumplía funciones y asumía responsabilidades, que hoy las ejerce el Ministerio de Salud.

Actualmente el Hospital General Provincial Luis G. Dávila, es una entidad operativa desconcentrada de segundo nivel que cuenta con las especialidades básicas de: Pediatría, Gineco-obstetricia, Medicina Interna y Medicina general; para atender las necesidades de la comunidad en temas de salud y de acuerdo a su perfil epidemiológico ha sumado otras especialidades médicas como: dermatología, cardiología, oftalmología, audiología, máxilo facial, salud mental, psiquiatría, terapia física, urología, emergencia, unidad de cuidados intensivos adultos y neonatales, traumatología, asesoría genética y nutrición. Así mismo cuenta con servicios complementarios como: Imagenología, Laboratorio, Central de mezclas, farmacia y trabajo social

Su capacidad es de 166 camas censables.

Figura. 4 - Edificio Hospital Luis G. Dávila de Tulcán



Fuente. MSP

Actividades del interno rotativo de medicina

Medio hospitalario

Desde el año 2004 las actividades del IRM en cada una de las áreas del Hospital Luis G. Dávila han sido fundamentales para el desarrollo del mismo; cuando se inició este programa los internos de medicina cubrían cada servicio con responsabilidad y entrega debido a que en aquella época los médicos tratantes su jornada de labores era de 4 horas y para entonces existía un solo médico residente que se encargaba de todos los servicios que contaba el hospital, algo extraordinario si nos ponemos a analizar hoy en día; y es ahí donde el rol del IRM de la UCE, toma un protagonismo crucial en esta casa de salud debido a que viene a fortalecer las actividades operativas de cada proceso de la casa de salud.

En cada uno de los servicios del hospital como Pediatría, Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna, Cirugía y Emergencia, los internos se encargan de la realización de historias clínicas, toma de signos vitales, toma de muestras, análisis de los cuadros clínicos para determinar sus patologías y tratamientos de cada uno de los pacientes al ingreso de los distintos servicios.

Figura. 5 - Internos rotativos recibiendo clases en Centro de Salud N°1



Fuente. Archivos docente rotación comunitaria

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

Sin embargo, en áreas como Ginecología y Obstetricia, además, de la realización de los parámetros antes mencionados, el interno evalúa a las pacientes embarazadas, realiza monitoreo fetal e ingresa a sala de partos donde recibió adiestramiento por los profesionales del servicio para luego ser él quien pueda encargarse del parto. En Cirugía ingresan a quirófano donde muchas de las veces son considerados como primer ayudante y por tal razón desarrollan de mejor manera sus habilidades. En el servicio de neonatología, las funciones que realiza el interno son la de preparación del equipo para recepción del recién nacido (RN), en área de alojamiento conjunto realiza el examen físico del RN, educa a la madre sobre lactancia materna y demás cuidados del RN. Todas las actividades que desempeña el IRM en el HLGD las realiza con la guía y acompañamiento de los Médicos Tratantes o residentes.

Área comunitaria

El Dr. Oscar Tatamués Vosmediano, médico tratante de Medicina Familiar, es el encargado de los IRM en el Centro de Salud N°1, es quien coordina con cada servicio que cuenta esta casa de salud para la realización de la rotación de los señores internos en el ciclo comunitario IRM en el CNJ°1, cada pasante mantiene tutoría directa en consulta con médico especialista en Medicina Familiar donde adquiere el conocimiento en lo que respecta a relación médico-paciente, abordaje integral del individuo y la familia, análisis de caso, manejo de programas del MSP, además se identifica y despeja necesidades de aprendizaje que se origina en cada consulta, participación en capacitaciones con todo el personal en lo que respecta a guías clínicas del MSP, ser parte de los 6 equipos EAIS que conforman la estrategia Médico del Barrio que cuenta el Centro de salud para el trabajo extramural donde realiza levantamiento de fichas familiares, visitas y seguimiento a personas con discapacidad, personas en cuidados paliativos, enfermedades crónicas, niños con malnutrición, cumplimiento de esquema de vacunación, visitas a mujeres en embarazo, entrega de ayudas técnicas, actualización y manejo de mapa parlante, cumpliendo de esta manera su rotación y conociendo a ciencia cierta lo que significa la puerta de entrada al sistema de salud de este país.

Figura. 6 - Centro de Salud N°1 Tulcán Tipo B, internos de medicina capacitación AIEPI



Fuente. MSP

En los aspectos académicos de generación de conocimiento, liderazgo y capacidad innovadora los internos rotativos de salud comunitaria desarrollan investigaciones que dan respuesta a los problemas de salud identificados en el primer nivel de atención, propuesta lúdicas de capacitación a la comunidad y a los equipos de salud.

Bibliografía

- 1) Agenda informativa del programa de internado rotativo de medicina , mayo 2019 abril 2020; p.6
- 2) Estévez E, Villota I, Zapata M, Echeverría C. La Escuela Médica de Quito: origen y trayectoria de tres siglos. Revista de Facultad de Ciencias Médicas. 2018; p. 145-163.

- 3) Pereyra, J., & Danza, Á. (2015). Ciclo internado rotatorio (CIR) contrato didáctico – periodo de transición 2015 - 2016.
- 4) Tapia Villanueva, R., Núñez Tapia, R., Salas Perea, R., & Rodríguez Orozco, A. (2007). El internado médico de pregrado y las competencias clínicas. México en el contexto latinoamericano. Retrieved from http://www.bvs.sld.cu/revistas/ems/vol21_4_07/ems05407.html
- 5) Sánchez, J. (2013). Registro Oficial No 888 Derecho Ecuador. Retrieved from <http://www.derechoecuador.com/productos/producto/catalogo/registrosoliciales/2013/febrero/code/20760/registro-oficial-no-888--jueves-07-de-febrero-de2013>
- 6) Ministerio de Salud Pública. (2015). Aclaración: se mantienen estipendios para estudiantes en internado rotativo. Retrieved from <http://www.salud.gob.ec/aclaracion-se-mantienenestipendios-para-estudiantes-en-internado-rotativo/>
- 7) Carrasco R. Documento Instructivo Año Lectivo 1999/2000. Integral E de M-CP de R, editor. Quito - Ecuador: Escuela de Medicina; 2000.

CAPÍTULO X: FORTALECIMIENTO DEL PRIMER NIVEL DURANTE LA PANDEMIA COVID-19

Capítulo X A: La pandemia del Covid 19 y los servicios del primer nivel de atención

Calderón L.¹, Constante A.², Villavicencio M.², Dávila A.², Diez A.², Piedra S.³, Inuca V.⁴, Narváez F.⁵, Valencia J.⁶, Padilla R.⁶, Ríos P.⁶, Robles J.², Cazar J.C.⁶, Narváez A.⁶.

¹. Docente Salud Comunitaria Universidad Central del Ecuador. Correspondencia: lcalderon@uce.edu.ec

² Interno Rotativo de la Universidad Central del Ecuador.

³ Residente Hospital Carlos Andrade Marín

⁴ Médica Familiar Universidad Central del Ecuador

⁵ Secretaria de Salud del Distrito Metropolitano de Quito

⁶ Docentes Universidad Central Del Ecuador

Lilián Rebeca Calderón Layedra	https://orcid.org/0000-0003-4788-2621
Ana María Constante Segura	https://orcid.org/0000-0003-3553-9703
Michelle Carolina Villavicencio Calvache	https://orcid.org/0000-0001-7465-7185
Andrea Beatriz Dávila Bruckner	https://orcid.org/0000-0001-7393-4689
Angie Mishell Diez Ruiz	https://orcid.org/0000-0002-6030-0190
Jefferson Santiago Piedra Andrade	https://orcid.org/0000-0003-3003-065X
Freddy Israel Narváez Pullopaxi	https://orcid.org/0000-0003-4047-9178
Verónica Anavel Inuca Tocagon	https://orcid.org/0000-0001-9368-1586
Marlon Alexis Oviedo Ramirez	https://orcid.org/0000-0002-8821-3857
Jeny Patricia Valencia Coloma	https://orcid.org/00002-5759-6074
Rocío del Carmen Padilla Contreras	https://orcid.org/0000-0003-1072-9404
Paulina Belén Ríos Quituzaca	https://orcid.org/0000-0002-1597-3812
José Francisco Robles López	https://orcid.org/0000-0002-5306-6113
Juan Carlos Cazar García	https://orcid.org/0000-0001-5931-247X
Juan Alberto Narváez Olalla	https://orcid.org/0000-0002-5056-6315

Antecedentes epidemiológicos

La enfermedad por SARS CoV2- COVID 19 es el tema dominante de interés mundial y de los medios de comunicación, así como de los Estados, de la Organización Mundial de la Salud OMS y la Organización Panamericana de la Salud OPS; han colocado su mirada desde el apareamiento de los primeros casos en Wuhan provincia de Hubei - China en diciembre del 2019. (1)

Identificado el 9 de enero de 2020 como un nuevo coronavirus. Los coronavirus son virus de ARN de aproximadamente 30kb, se encuentran divididos en 4 grupos α , β , γ , y δ , los dos primeros infectan a especies animales; los de tipo α son responsables del SARS-COV y MERS-COV mientras que los del tipo β son responsables del SARS-COV-2- el denominado SARS-CoV2, en un grupo de personas quienes padecían un tipo de neumonía desconocida que comprometía gravemente su sistema respiratorio y hemodinámico, extendiéndose a varios países, por lo que el 11 de marzo del 2020 la OMS declaró una pandemia por su alta tasa Ro de transmisibilidad el 30 de enero de 2020, la Organización Mundial de Salud (OMS) lo declara una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII)(1).

Para el 11 de febrero, debido a la amplia gama de manifestaciones clínicas principalmente respiratorias la OMS denomina la enfermedad COVID-19 y el Comité Internacional sobre la Taxonomía de los Virus (ICTV) anunció "coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV-2)" como el nombre del agente etiológico viral que causa la COVID-19, que al 11 de marzo 2020, fue declarada como una pandemia(1).

El primer caso confirmado fue reportado en Tailandia el 13 de enero de 2020, poco después fueron notificados algunos casos en Corea y Taiwán. En el continente americano, el primer caso sospechoso fue notificado en EE.UU. el 15 de enero de 2020, cuando un hombre que había visitado Wuhan regresó a su hogar en el estado de Washington lo que se confirmó el 20 de enero. En Europa, el coronavirus llegó a través de Francia, cuyos dos primeros casos fueron demostrados el 22 de enero de 2019. Italia, el país más afectado en términos de pérdida de vidas, informó su primer caso el 31 de enero. Desde entonces y debido a la alta transmisibilidad el virus se ha propagado rápidamente a nivel mundial. **Fig. 1.**

Fig. - 1 – Variación de Covid-19 en el mundo. Enero 2020 - febrero 2021.



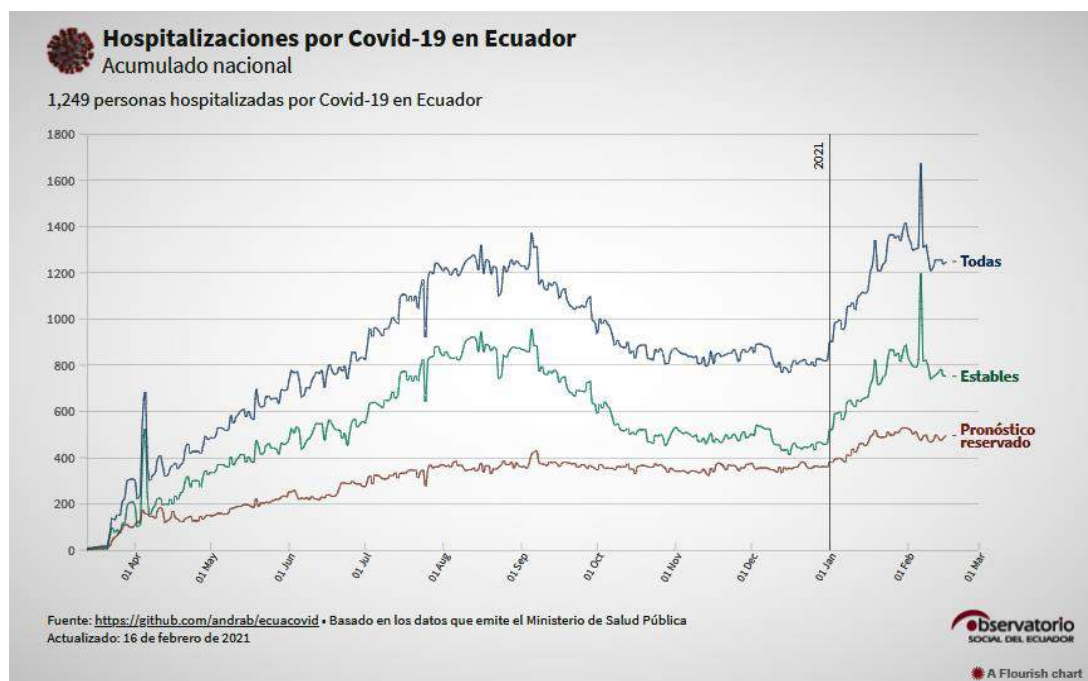
Fuente: <https://www.un.org/es/coronavirus> (2)

Elaboración: University, John Hopkins

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

El Ecuador, con una población de 17'510.643, el 27 de febrero del 2020 se reportó el primer caso de Covid-19, que se confirma el 29 de febrero (1). Desde entonces un año después se registran 268,073 casos confirmados de Covid-19; Con un registro de 15392 personas fallecidas por Covid-19, al momento con 1249 personas hospitalizadas cuyo estado se registra en la Fig. 2 (3)

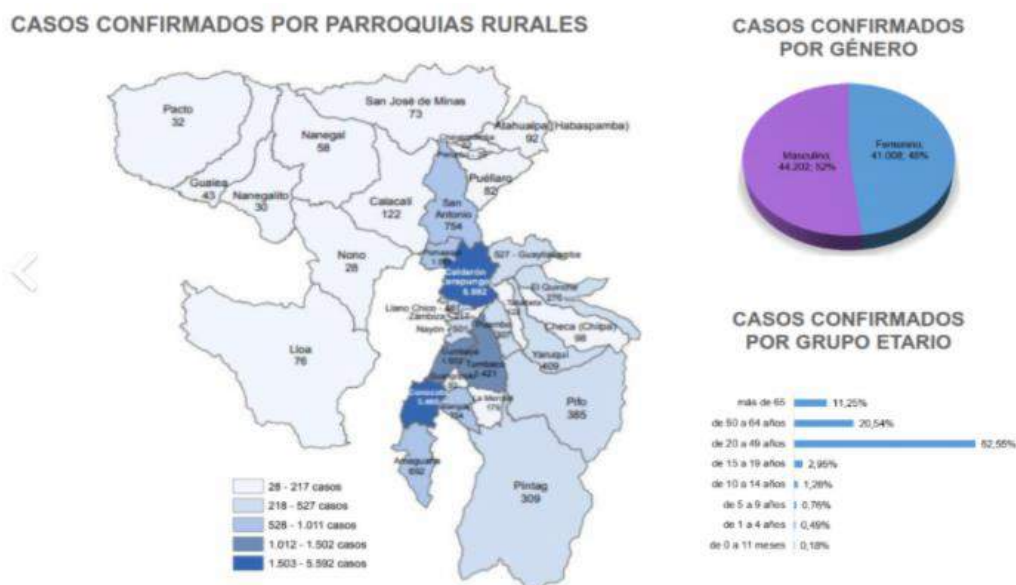
Fig. 2 - Casos confirmados de Covid-19 en Ecuador. Febrero 2021



Fuente: Observatorio Social del Ecuador(3)

Actualmente, la provincia de Pichincha, una de las 24 provincias del país, es la mayormente afectada, al 12 de febrero del 2021 el Distrito Metropolitano de Quito es el que predomina con 85.210 casos confirmados, de ellos los masculinos 44.202 alcanzando el (52%) y femeninos 41.008 alcanzando el (48%), 1954 personas fallecidas por Covid-19, con 280 fallecidos probables y 134 con sospecha de Covid-19, se reporta 346.557 muestras tomadas. El grupo etáreo de mayor afectación es el de 20 a 49 años en el 62,55% seguido del grupo de 50 a 64 años con el 20,54% y las personas mayores de 65 años con el 22,25%, las parroquias más afectadas son: Chillogallo, Iñaquito, Cotacollao y Guamaní (4). Fig. 3

Fig. 3 – Situación de la Covid-19 del Distrito Metropolitano de Quito . 12-02-2021.



Fuente: Distrito Metropolitano de Quito (4)

Elaboración: Distrito Metropolitano de Quito (4)

La tasa de desempleo ha incrementado significativamente en los últimos meses, teniendo una correlación directa por las restricciones del Centro de Operaciones de Emergencia (COE); el 11 de marzo del 2020 se declara Estado de Emergencia Sanitaria en Sistema Nacional de Salud(5).

El 13 de marzo del 2020, se implementa el cumplimiento de un Aislamiento Preventivo Obligatorio (APO) por 14 días a todo viajero que ingrese al Ecuador. El 17 de marzo el país entró en estado de excepción, ordenando el cierre de los servicios públicos, se prohibió la libre movilidad y se limitaron las actividades laborales, se implementa el toque de queda desde las 21:00h. hasta las 05:00h., se prohibieron las clases, los eventos masivos y se ordenó el cierre de fronteras internacionales. A partir del sábado 21 de marzo el toque de queda a nivel nacional será de 19:00h hasta las 05:00h. del día siguiente. En el caso de la provincia del Guayas se mantiene el horario de 16:00h. a 05:00h. El miércoles 25 de marzo de 2020 el toque de queda a nivel nacional será desde las 14:00h a 05:00h. del día siguiente, manteniendo la excepción para el funcionamiento de las actividades esenciales salud , seguridad y servicios de riesgo.(5,6).

Al mes de aislamiento, se incorpora un sistema de semaforización desde el 13 de abril con distintos niveles de restricción, se categorizó a las provincias en: rojo, naranja o verde, con base a las recomendaciones del Ministerio de Salud Pública (MSP), cabe mencionar que todas las provincias inician en semáforo rojo. A partir del 4 de mayo se pasa de la fase de aislamiento al distanciamiento, pero se mantienen las restricciones.

Desde el miércoles 20 de mayo de 2020 con el objetivo de disminuir las aglomeraciones, distribuir de mejor manera la atención de servicios, la satisfacción de necesidades y facilitar la movilidad de la ciudadanía se redujo el horario de toque de queda, siguiendo los parámetros establecidos en la semaforización, con las siguientes consideraciones: en rojo se mantuvo el toque de queda de 14:00h a 05:00h, en amarillo se redujo el toque de queda de 21:00h a 05:00h, en verde se redujo el toque de queda de 00:00h a 05:00h. El 15 de junio de 2020, se aprobó la circulación de vehículos particulares entre cantones de provincias que se encuentren en color amarillo y verde, en relación al último dígito de la placa, par e impar

Después de 6 meses de restricciones, el viernes 14 de agosto de 2020 se renovó el estado de excepción decretado por el presidente, se ratificó las medidas generales y particulares de los colores del semáforo durante el mes de agosto, toque de queda de 21:00h. a 05:00h. de lunes a jueves; de viernes a domingo regirá de 19:00 a 05:00. El 11 de septiembre no se renovó el estado de excepción y se finalizó el 13 de septiembre después de 7 meses de duración. Desde el 14 de septiembre las medidas restrictivas están a cargo de los organismos e instituciones del Estado Central y de los Gobiernos Autónomos

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

Descentralizados, deberán desarrollar e implementar normativas y políticas públicas que se adecúen al régimen ordinario para enfrentar la crisis sanitaria.

Por consiguiente, debido al largo periodo de confinamiento y restricciones ocasionadas por la pandemia COVID-19 el impacto social, económico y sanitario en el sistema de salud y específicamente en el primer nivel de atención es invaluable. En salud mental Tusev et al(7). Al estudiar 789 personas a mayo 2020, aplicando la Escala DASS-21 y variables sociodemográficas en algunas provincias del país, demostraron niveles severos o extremadamente severos de depresión (10,3%), ansiedad (19,4%) y estrés (13,5%)(7)

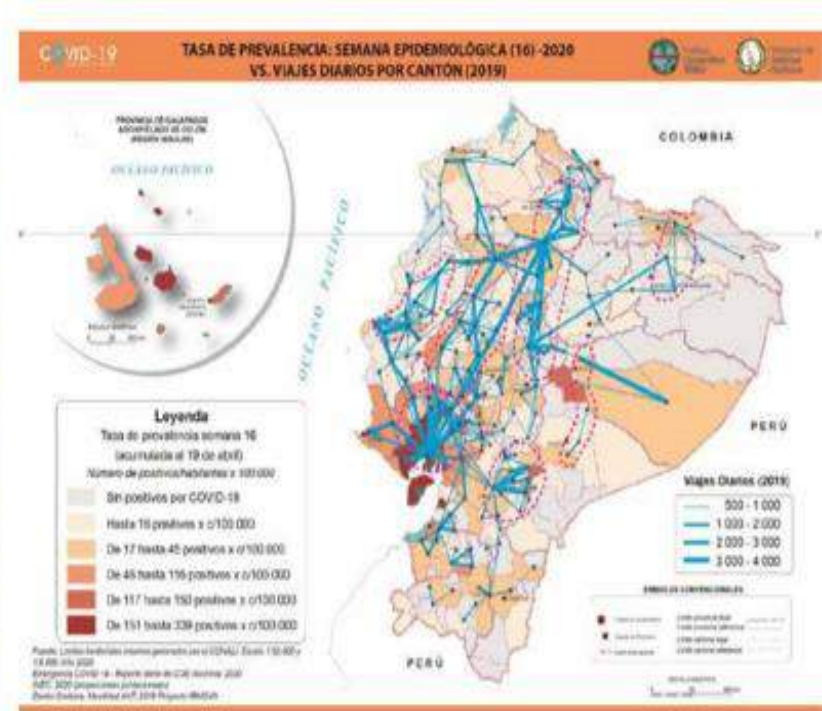
Otro de los efectos de Covid-19. Afloran diversas formas de discriminación a más del impacto psicológico, lo entendemos como el conjunto de cambios, de comportamientos, pensamientos o emociones que aparecen, o se intensifican, como consecuencia de la experiencia de algún tipo de situación que implica una pérdida, un daño o una amenaza intensa, importante o prolongada como lo estudio Andrade et. al.

El comportamiento de la Covid-19 en el país obedece a varios factores: la cultura de inobservancia de las leyes por parte de la comunidad como sucedió en Guayaquil primera ciudad afectada y que diseminó al resto del país a través de las principales vías terrestres; el cierre tardío y falta de control de las fronteras lo que ocasionó que una ciudadana ecuatoriana venida de Europa trajera la infección; la falta de preparación de sector sanitario para afrontar la pandemia por la escasa red de epidemiólogos en el sistema de salud que organicen las acciones de respuesta y prevean el comportamiento local de la pandemia tomando en cuenta las principales características; un sistema de salud depauperado en recursos con acciones inéditas de corrupción de recursos y asignaciones presupuestarias deficientes; ausencia de espacios de concertación en salud que aglutine a los tomadores de decisión, las organizaciones de servicios y las organizaciones sociales; y, de nuevo el abordaje de la pandemia desde el tercer nivel desde la dotación y análisis de las posibilidades del tercer nivel, desmantelando el primer nivel de los recursos humanos para llevarlos al segundo y tercer nivel, con ausencia de Equipos de Protección Personal oportunos y suficientes en todos los niveles pero con énfasis en el primer nivel.

La primera acción preparatoria se da en la Mesa redonda Coronavirus 2019-nCoV *¿La primera pandemia del siglo XXI?* En el Auditorio José Mejía Lequerica de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador, abre la reflexión el Sr. Decano Dr. Ramiro Estrella; aborda los aspectos clínicos de la Neumonía por Coronavirus el Dr. Bayron Nuñez; aborda la bioseguridad y aplicación de precauciones estándar en coronavirus la MSc. Rocío Padilla; la vigilancia epidemiológica de las infecciones respiratorias por Coronavirus el PhD. Alberto Narváez, Foro convocado por la Comisión de Salud Pública de la Facultad de Medicina el 31 de enero del 2020.

Desde la Academia de Lincei fundada en Roma el 17 de agosto de 1603 por el Príncipe Federico Cesi, que promulga la “destreza en la observación” en fomento de la investigación, hasta nuestros días. El grupo de investigación de la Comisión de Salud Pública se organizó para investigar nuestra realidad y posibles escenarios de respuesta, la epidemiología y el comportamiento de la Neumonía y la Influenza en el país en los últimos años e inferir el posible comportamiento territorial de la pandemia Covid-19 en el Ecuador, como refleja el análisis geográfico de la Investigación de Ríos et.al, analiza la diseminación nacional real que se presenta en los dos primeros meses por las grandes vías terrestres del país. **Fig.4**

Fig. 4 – Análisis territorial para enfrentar la pandemia basado en el comportamiento de la neumonía y la influenza versus la realidad de difusión del SARS Cov-2 por principales vías. Semana epidemiológica 16 del 2020



Fuente: COE Nacional Sala Situacional, Grupo Geoanalítica, **Covid-19 en el Ecuador. Tendencia temporo espacial de la pandemia del 27 de febrero al 19 de abril del 2020**, Informe completo(8); · Ríos P., Calderón L., Piedra S., Guerrero J., Narváez A. Propuesta de análisis territorial para enfrentar la pandemia por SARS-CoV-2 basado en el perfil de neumonía e influenza en Ecuador 2016-2018. Aten Prim. 53 (2021) 102021 DOI: [10.1016/j.aprim.2021.102021](https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102021).(9)

Elaboración: Lilián Calderón PhD.

En torno a la Comisión de Salud Pública de la FCM se organizan grupos de trabajo: de investigación- acción participativa; educación a la comunidad; comunicación y consecución de recursos para el bienestar de los estudiantes, docentes y trabajadores de la FCM.

1. Línea Investigación: equipo liderado por el Dr. Alberto Narváez, con la participación de docentes y estudiantes se logra analizar:

- I. La exposición y riesgo ocupacional de covid-19 en estudiantes, docentes y profesionales de la salud.
Narváez A., et. al. (10): cuyo resumen publicado transcribo

Introducción: La exposición de los profesionales de la salud al nuevo coronavirus (SARS-CoV-2) así como el riesgo de adquirir su enfermedad asociada (COVID-19) es más alta en comparación a otros grupos poblacionales. La correcta implementación de medidas de bioseguridad puede reducir su riesgo de infección. El **objetivo** de este estudio fue evaluar la disponibilidad de insumos y Equipos Personales de Protección (EPP), las exigencias y riesgos ocupacionales y su relación con el COVID-19. **Pacientes y métodos:** Estudio observacional descriptivo de corte transversal que incluyó a 603 participantes entre estudiantes, docentes de una universidad pública y profesionales de la salud. Las mediciones principales fueron: exposición ocupacional e incidencia de COVID-19. **Resultados:** El 73,5% de encuestados fueron mujeres, el 92,6% adultos jóvenes y el 23,55% (IC95% 20,3-27,1) refirió diagnóstico de COVID-19 (15% confirmado, 8% sospechoso). Laborar en la provincia de Pichincha y no disponer de jabón se asoció con diagnóstico de COVID-19 (OR ajustado= 2.85 y 2.68 respectivamente). El contacto con casos confirmados y sospechosos fueron las variables que presentaron asociaciones más fuertes con la enfermedad (OR ajustado= 9.28 y 3.07 respectivamente).

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

Conclusiones: La alta incidencia de COVID-19 en los encuestados se asoció con deficiencias en la disponibilidad de EPP. La protección de profesionales de salud debe ser una prioridad para las autoridades de salud y trabajo, quienes además deben brindar los EPP e insumos necesarios. Recomendamos el tamizaje periódico de este grupo ocupacional para evaluar el impacto de las medidas de protección y analizar la implementación de correcciones necesarias.

Palabras clave: Infecciones por Coronavirus, Coronavirus, Exposición Profesional, Equipo de Protección Personal, Evaluación de Riesgo para la Salud(10).

- II. Condiciones de trabajo en el personal de enfermeras/os en tiempo de coronavirus en Ecuador. Saltos I., Calderón L.(11)

Resumen: Objetivo. Determinar las condiciones de trabajo del personal de enfermeras/os en tiempo de (Sars cov-2) en el Ecuador, 2020.

Metodología. Está, sustentada en las revisiones bibliográficas de las bases de datos, tales como: Elsevier, SciELO, PubMed, Science Direct y páginas oficiales de la Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud y Ministerio De Salud Pública. Documentos de los cuales se revisó el resumen y las principales conclusiones para determinar si la temática abordada correspondía con descripción y/o análisis del Sistema, además, de conversatorios a informantes claves líderes en los servicios de salud, para que aportaron con el análisis y las condiciones de trabajo en este momento de pandemia Covid-**Resultado.** El mundo del trabajo se ve enormemente afectado por la pandemia mundial del nuevo coronavirus (SARS CoV-2), que ha ocasionado un impacto profundo en la economía y en la salud de millones de personas, planteando así un escenario de mayor vulnerabilidad para los países y desnudando la realidad estructural de desigualdad social Ecuador tiene una tasa de mortalidad bruta el número de muertes dividido por el número de casos confirmados del 11.5%, dijo Carissa Etienne, la directora de la OPS en una sesión virtual de la Organización de Estados Americanos (OEA). Una de las regiones más afectadas es la ciudad de Guayaquil, profundamente excluyente y desigual. Estas condiciones de trabajo del personal de enfermeras/os en el Sector de Salud del Ecuador. Se enmarca en el concepto de campo de los recursos humanos, teniendo el marco de referencia de los diferentes elementos que interactúan en la dinámica de del proceso laboral; El problema más intolerable que le ha tocado vivir al personal de enfermeras/os es el derecho a la seguridad laboral, al exponerse principalmente al riesgo biológico y la falta de un suministro adecuado de equipo de protección personal (EPP), en los periodos de mayor exposición Durante el cuidado directo del paciente con covid 19.

Conclusión: el Estado no brinda las condiciones de seguridad laboral y bienestar para y las enfermeras/os, al no proporcionar la apropiada y suficiente cantidad de equipos de protección personal en todos los establecimientos de salud incluido el primer nivel de atención que es la puerta de entrada del ciudadano y minimizar los riesgos psicosociales y la provisión de acceso a salud mental y apoyo psicosocial

Palabra claves: Condiciones de trabajo, Enfermería, Coronavirus, bioseguridad

- III. Propuesta de análisis territorial para enfrentar la pandemia Covid-19 basado en el perfil de neumonía e influenza en Ecuador. Ríos P., et. al(9)

Propuesta de análisis territorial para enfrentar la pandemia por SARS CoV-2 basado en el Perfil de neumonía e Influenza en el Ecuador 2016-2018

Objetivo: analizar determinantes sociodemográficos relacionados con Infección respiratoria Aguda grave (IRAg) y calcular un índice de priorización en los cantones del Ecuador para identificar áreas vulnerables para transmisión COVID-19. **Diseño:** Estudio observacional ecológico descriptivo. Emplazamiento: 224 cantones del Ecuador con fuentes de datos secundarios de información hospitalaria.

Participantes: La unidad de medida fueron 224 cantones del Ecuador, en las cuales se analizó tasas de morbilidad y letalidad por IRAg con datos de egresos hospitalarios (2016-2018). **Mediciones principales:** Se estructuraron 8 variables sociodemográficas y se aplicaron pruebas correlacionales (modelo de regresión múltiple). El índice de priorización considera criterios de eficiencia, eficacia, tamaño de efecto y equidad; usando la suma para cada indicador, se calculó el puntaje de priorización.

Resultados: Factores asociados con morbilidad por IRAg fueron: escolaridad, urbanización y densidad poblacional; para mortalidad fueron: escolaridad y etnia (indígena) IRR:1.09 (IC95%:1.06-1.15), IRR:1.024 (IC95%:1.02-1.03) respectivamente. Con letalidad se asociaron los cantones con población mayor de 60 años (IRR:1.049 IC95%:1.03-1.07). Se obtuvieron 86 cantones de alta prioridad, mayoritariamente localizados en la región sierra centro y la provincia de Morona Santiago.

Conclusiones: Morbilidad y mortalidad por IRA grave en Ecuador se asociaron a factores sociales y demográficos. Los ejercicios de priorización que consideran estos factores permiten identificar territorios vulnerables durante la propagación de enfermedades respiratorias. Determinantes sociales propias de cada territorio deben sumarse a factores individuales conocidos, para analizar riesgo y vulnerabilidad por COVID(9).

IV. Los internos rotativos en su Ciclo de Salud Comunitaria investigan la realidad local:

Prevalencia de Enfermedades Respiratorias y Comportamiento Epidemiológico de COVID-19 en Pacientes del Centro de Salud “Centro Histórico” Haro D., et. al.(6)

Resumen

El objetivo del estudio fue determinar la prevalencia de enfermedades respiratorias y el comportamiento epidemiológico de COVID-19 en pacientes del Centro de Salud “Centro Histórico”, período marzo-mayo 2020.

Estudio observacional, transversal y descriptivo, en el que se analizó los registros de 1836 pacientes con síntomas respiratorios, utilizando medidas de tendencia central y frecuencias absolutas y relativas. Los resultados revelaron que el rango de edad prevalente fue de 18 a 40 años con 707 (38,5%) casos; las enfermedades respiratorias superiores fueron más frecuentes con 1617 (88,1%) casos. COVID-19, virus no identificado se presentó en 91 (4,9%) casos, siendo la población adulta mayor la más afectada con 36 (39,5%) casos. Se realizó seguimiento domiciliario a 48 (2,6%) pacientes sospechosos de COVID-19, siendo la tos el síntoma más frecuente (60,4%), y la hipertensión arterial (33,3%) la comorbilidad más prevalente en este grupo. Se requiere más estudios en el primer nivel de atención.

Palabras Clave: *Atención ambulatoria; COVID-19; Enfermedades del tracto respiratorio; Pandemia; Primer Nivel de Atención.*

V. Enseñanzas para enfrentar la pandemia por Coronavirus basada en el perfil epidemiológico de los egresos hospitalarios por neumonía e influenza en Ecuador 2016-2018. Narváez A., et. al.

VI. "Comparación de la susceptibilidad genética generada por el polimorfismo

I/I del Gen de la enzima de conversión de la angiotensina (ECA), la microbiota oral y fecal en pacientes positivos para COVID-19, que habitan en diferentes pisos altitudinales en las ciudades de Quito y Portoviejo, en el mes de julio del 2020 "; Protocolo planteado Salvador c., et. al.

2. Línea de educación: equipo liderado por el PhD. Alberto Narváez, PhD. Lilián Calderón y Msc. Rocío Padilla. Se desarrolló una agenda intensiva de apoyo y capacitación en varios ámbitos:

- a. Seguimiento epidemiológico Comunitario de Covid-19: Liderado por el PhD. Alberto Narváez. Webinar abiertos a la comunidad científica, epidemiólogos, médicos y estudiantes del país. De 2 a 3 horas de duración todos los jueves de 18 a 21:00 vía plataforma Zoom, con temas abordados con docentes nacionales e internacionales.
 - ✓ Propuestas y aportes al manejo de la Pandemia Covid-19 a nivel nacional e internacional
 - ✓ Propuestas de seguimiento epidemiológico comunitario aplicados en varias, provincias, cantones y parroquias del país
 - b. Cursos de educación a vigilantes comunitarios en todo el país, con la participación de docentes invitados, médicos generales y estudiantes.
 - ✓ Propuesta implementada
 - ✓ Participación de más de 2000 vigilantes comunitarios capacitados a nivel nacional
 - c. Red de epidemiólogos del país. Liderado por el PhD Alberto Narváez. Participación en webinar los días viernes y sábados desde las 19:00 horas, en la plataforma zoom.
 - ✓ Análisis continuo de la pandemia en el mundo y en el país
 - ✓ Herramientas de vigilancia comunitaria del Covid-19
 - ✓ Estrategias de aplicación de pruebas PCR-Rt, Pruebas rápidas de IgG e IgM, y pruebas de antígeno
 - ✓ Estrategias de contención nacional, provincial y local
 - ✓ Pronunciamientos y alertas nacionales para contención de la pandemia
 - ✓ Alertas educativas de prevención individual y comunitaria de la transmisibilidad del Covid-19.
 - ✓ Alianzas estratégicas entre gestores nacionales y locales para la toma de decisiones concertadas y participativas.
3. **Conversatorios virtuales** liderados por la Comisión de Salud Pública de la FCM/ UCE, cuyos registros de reproducciones al 15 de febrero del 2021 se observan en la **tabla 1**.

Tabla 1 – Agenda tratada de evolución del Covid-19 en el mundo y Ecuador. UCE 2020

Fecha	Tema	Expositor invitado	Moderador	Medio e impacto
19/mayo	Estado actual del Covid-19	Msc. Freddy Narváez DMQ	Sandra Toapanta PhD Cuenca	https://www.facebook.com/F.CienciasMedicasUCE/videos/1700559973430650
	Experiencia Local en Canadá	Msc. Narcisa Torres		100 participantes en sala
	Experiencia en Salud Mental Quito	Dr. Germán Mármol MSP		5,5 mil reproducciones
	Experiencia Participativa intersectorial	Msc. Paulina Ríos UCE		alcance 7.200
	Experiencia local Quito	Dra. Gabriela Meza		
	Conversatorio virtual: experiencias locales en covid-19			
26/mayo	Experiencia educativa	Dr. Pablo Curay UCE	Alberto Narváez Dr. PhD. UCE	https://www.facebook.com/F.CienciasMedicasUCE/videos/1578198432353681
	Experiencia digital productiva e innovadora	Sr. Andrés Dueñas		4,5 mil reproducciones
	Experiencia con pueblos y nacionalidades en Colta, Guamote y Santa Elena	Dr. Patricio Inca		
	Red Ecuatoriana de Epidemiología	Dr. Carlos Rojas Dr. Carlos Terán UNEMI		
2/ junio	Conversatorio virtual: Control comunitario del covid-19			
	Control de Covid-19 en Santa Rosa - El Oro	Msc Janeth Eras	Dra. Katty Alminatty	facebook live / zoom
	Capacitación en Epidemiología Comunitaria y herramientas	PhD. Alberto Narváez		5,1 mil reproducciones
	Control Comunitario Covid-19 en Quito	Dr. Luís Muñoz MSP		100 participantes en sala virtual
7/ junio	Segunda conferencia: Curso control comunitario de covid-19		PhD Alberto Narváez	
	identificación de casos, seguimiento y aislamiento familiar		Dr. Santiago Piedra	
	Cuidados en el hogar y precauciones en familias con enfermos de Covid-19			
16/ junio	Conversatorio virtual : Experiencias locales en covid-19			https://www.facebook.com/F.CienciasMedicasUCE/videos/921911821567201
	Experiencia de ANAMER en el SNS	Dr. Cristhian Andrés Guilcapi	PhD. Alberto Narváez	100 participantes en sala virtual
	Experiencia de Odontólogos en el SNS	Dr. Andrés Marquez		2,6 mil reproducciones

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

Fecha	Tema	Expositor invitado	Moderador	Medio e impacto
	Experiencia de posgradistas en el SNS	Dr. Santiago Zúñiga		
	Experiencia de posgrado de Medicina Familiar	Dra. Angélica Loor		
17/ julio	Conversatorio virtual: Alternativas para el control del brote explosivo de Covid-19 en la ciudad de Quito Decano UTE Decano UI Comisión de Salud Pública de al UCE Presidente de la Academia Ecuatoriana de Medicina Presidente de la Sociedad Ecuatoriana de Salud Pública Coordinador de la Comisión de Salud Pública de la FCM de la UCE	Dr. Camilo Félix Dr. Bernardo Sandoval Dr. Alberto Narváez Dr. Hugo Romo Dr. Fernando Sacoto Dr. Jorga Albán		https://www.facebook.com/watch/live/?v=599023647421611&ref=watch_permalink
10/septiembre	Código Orgánico de la Salud: ¿Garantía de acceso a la salud para todos?		Dr. Marcelo Aguilar	
	El COS y el sistema de salud. Responsabilidad profesional	Dr. Víctor Álvarez		
	Secreto profesional. Derechos de las mujeres. Salud Sexual y Reproductiva			
	Salud Sexual y reproductiva. Maternidad subrogada	Dra. Alejandra Cantos		
	El COS desde la visión de la universidad	Dr. Ramiro Estrella		
19/diciembre	La pandemia en el Ecuador			
	Ujir Ciencias Médicas	Alberto Narváez PhD	Dr. Giovanni Chuchuca	Videoconferencia: LA PANDEMIA EN ECUADOR... - Ujir Ciencias Médicas Facebook
		Iván Landires PhD		
		María Belén Mena PhD		
23/ene.	Curso de epidemiología comunitaria	Alberto Narváez PhD	María Belén Mena PhD	(246) Epidemiología Comunitaria - YouTube
				485 reproducciones

Fuente: Agendas cumplidas en la red de la Facultad de Ciencias Médicas de la UCE- 2020

Elaboración: Dra. Lilian Calderón

4. Capacitación en temas de relevancia nacional

A propósito de la gran transmisibilidad del Covid-19 en Guayas y la alta tasa de incidencia del 27 de febrero hasta el 18 de abril de 51,1 por 100000 habitantes y para el 10 de junio 177,2 por cada 100.000 habitantes reportados por Ortiz-Prado et.al.(12) y Ruiz. Y de acuerdo al New York Times al analizar más de 20 países determinó que Ecuador tenía una de las tasas más altas de mortalidad en exceso (la cantidad de muertes adicionales en comparación con una cifra de referencia de años anteriores), con 10,500 muertes más de los habitual representando un aumento de la mortalidad del 57% de marzo a mayo (6). En tanto que en Pichincha la muerte por cualquier causa de marzo a mayo del 2020 en comparación con el mismo período se incrementó en un 21,03% (6). Para este período la tasa de letalidad del Covid-19 fue de 7,27 según European Centre for Disease Prevention and Control, 2020.

Esta realidad fue asumida por el Postgrado de Medicina Forense Coordinado por el Dr. Marlon Oviedo y sus posgradistas quienes por webinar virtuales los días miércoles de 16:00 a 18:00 horas. Capacitaron a toda la población por la rampa virtual Zoom y por canal de Facebook live de la Facultad de Ciencias Médicas en los siguientes temas: **Fig. 5**

Fig. 5 - Programación del webinar Muerte digna en tiempos de Covid-19. 2020

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CONSEJO DE POSGRADO
POSGRADO DE MEDICINA FORENSE
COMISIÓN DE SALUD PÚBLICA
PROGRAMA DE INTERNADO ROTATIVO
MUERTE DIGNA EN TIEMPOS DE COVID-19

**A DESARROLLARSE DEL 13 DE MAYO AL 10 DE JUNIO DE 2020
LOS MIÉRCOLES DE 16H00 A 18H00**

Milena Zhiguel ¹ Marcelo Quintana ¹ Fabián Castro ¹	Muertes sospechosas de criminalidad	13 de mayo
Lady García ² Andrea Domínguez ² César Roa ¹	Diagnóstico de muerte y certificado de defunción	
Francis Chate Quiróz ² Liseth Martínez ² Viviana Barros ²	Autopsia: Clínica, Médico legal y mínimamente invasiva	20 de mayo
Vanessa León ² Ma. del Carmen Llamuca ² Ángeles Galarza ¹	Manejo de indicios: físicos, químicos y biológicos. Criminalística y Cadena de custodia	
Israel Padilla ² José Rubio Viqueza ² Edmundo Chaez ²	Recepción y transporte de cadáveres ropa de protección usos de solventes y detergentes	27 de mayo
Santiago Jaramillo ² Andrea Llerena ² Marisela Haro ¹	Preservación, inhumación o cremación. Recomendaciones para los trámites que deben realizar los familiares	
Amparo Revelo ² Estefanía Bonifaz ² Ma. Fernanda Zambrano ¹	Manejo de cadáveres en pandemias y desastres	3 de junio
Maria José Andrade ¹ Gisell Álvarez ² Albiza Placencia ²	Muerte por inhibición, inanición y anafilaxia	
Doris Calle ¹ Johana Villarreal ² Lucía Cargua ¹	Autopsia en pacientes fallecidos en la pandemia	10 de junio
Gabriela Narváez ² Karla Hurtado ² Nubia Villarreal ²	Patologías frecuentes en médicos forenses y su prevención	

1. Médico Especialista en Medicina Forense
2. Médico Postgradista de Medicina Forense

El listado de las agendas tratadas, expertos invitados y las reproducciones de cada evento se observan en la **Tabla 2**.

Tabla 2 – La muerte digna en tiempos de Covid-19. Agenda tratada 2020.

Tema	fecha	Vía de reproducción/ reproducciones
Muerte sospechosa	13 de mayo	https://www.facebook.com/F.CienciasMedicasUC/E/videos/270725753975593

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

Tema	fecha	Vía de reproducción/ reproducciones
		3,1 mil reproducciones
		100 personas en sala virtual
		6,8 mil reproducciones
	19 de mayo	https://www.facebook.com/F.CienciasMedicasUCE/videos/1700559973430650
		100 participantes en sala
		5,5 mil reproducciones
Recepción y manejo de cadáveres, ropa de protección, uso de solventes y detergentes	27 de mayo	https://www.facebook.com/F.CienciasMedicasUCE/videos/1496215147216621
		4,7 mil reproducciones
Muerte digna: Manejo de cadáveres en pandemias y desastres muerte por inhibición, inanición y anafilaxia	3 de junio	https://www.facebook.com/F.CienciasMedicasUCE/videos/247317119896260 2,9 mil reproducciones
Muerte digna	10 de junio	https://www.facebook.com/F.CienciasMedicasUCE/videos/2683851041870918
		alcance 7.200

Fuente: Página de Facebook live de la UCE

Elaboración: Dra. Lilián Calderón

5. Fomento al trabajo intersectorial y la organización comunitaria

La virtualidad un hallado estratégico para combatir la pandemia e igualar inequidades de información, así como oportunidad de gestionar en tiempo real, con horarios intensivos de los tomadores de decisión, con el respaldo simultáneo a iniciativas de coordinación intersectorial en beneficio de los equipos de salud que repercute en el mejoramiento del acceso y la oportunidad del servicio a los usuarios, en especial a los más vulnerables como las mujeres, niños niñas y adolescentes, así se gestionó el trabajo intersectorial Ministerio de Salud Pública Zona 9 de salud, Universidad Central del Ecuador y el Fondo de apoyo a la Infancia UNICEF al firmar el Memorándum de Entendimiento julio 2020 a julio 2021.

En el marco del seguimiento epidemiológico comunitario de Covid-19 en el DMQ y el Memorándum de Intención de seguimiento y fortalecimiento de los programas esenciales del primer nivel de atención de la Zona 9, participaron en el lanzamiento de trabajo intersectorial en la Comuna de Santa Clara de San Millán, los miembros de la comunidad representados por el presidente del Cabildo de Santa Clara de San Millán, el Sr. Rector de la Universidad Central del Ecuador Dr. Fernando Sempértegui, el Sr. Coordinador de la Zona 9 de Salud Dr. Luís Muñoz y el Sr. Alcalde del DMQ Dr. Jorge Yunda y el Señor Representante de UNICEF- Ecuador Sr. Joaquín González Alemán enlazados en alcanzar metas comunes que frenen la expansión de la pandemia y restituyan coberturas de atención a los grupos poblacionales de mayor riesgo. Reto asumido por los actores participantes en un plan único **Fig. 6**

Fig. 6 - Reunión de firma tripartita del Memorándum de Entendimiento UCE/MSP Zona 9/UNICEF julio 2020 a julio 2021.

EVENTO DE INAUGURACION DEL PROYECTO DE CONTROL COMUNITARIO DE COVID-19 Y LOS SERVICIOS ESENCIALES DEL PRIMER NIVEL DE ATENCION
UCE / MDMQ/ Zona 9-MSP/ /UNICEF. 10 de julio 2020.



Fuente: Memorandum de Entendimiento UCE/Zona 9 de Salud /UNICEF

Elaboración: Dra. Lilian Calderón

Objeto

“El presente Memorando de Entendimiento tiene como objeto establecer el marco de cooperación interinstitucional articulado y complementario entre la UCE, Zona 9 del MSP y UNICEF, para contribuir al mejoramiento de la cobertura de servicios de primer nivel de atención, enfocados en la población materno neonatal, niños – niñas y adolescentes, en el contexto de la situación sanitaria actual con el objetivo de garantizar la prestación de los servicios esenciales de salud para así contribuir en la disminución de la morbilidad y mortalidad materna, neonatal, infantil y del adolescente. La UCE y la zona 9 del MSP, reconocen que el trabajo de UNICEF en el Ecuador se implementa sobre la base del acuerdo de cooperación básica firmado entre UNICEF y el Estado ecuatoriano”.

Objetivos específicos

- Generar un trabajo intersectorial para la implementación de las actividades en los servicios esenciales del primer nivel de atención de la zona 9 del MSP, en el marco del fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud.
- Fortalecer las actividades de Vigilancia Epidemiológica Comunitaria, que se llevan a cabo en el marco del control del Covid-19 en el área de influencia del presente memorando.
- Fortalecer la promoción de la salud y prevención de las enfermedades prevalentes del primer nivel de atención de los grupos materno – neonatales, niños-niñas y adolescentes apoyando en la atención integral de pacientes de acuerdo con las necesidades actuales.
- Fortalecer las actividades de salud sexual y reproductiva, así como actividades de prevención de las complicaciones del embarazo, el parto y post parto, que estará a cargo del MSP, de conformidad con lo establecido en las recomendaciones internacionales y la normativa nacional.

Fig. 7 – mesa de coordinación del Memorándum de Entendimiento UCE/Zona 9 de salud MSP/UNICEF. 2020 - 2021

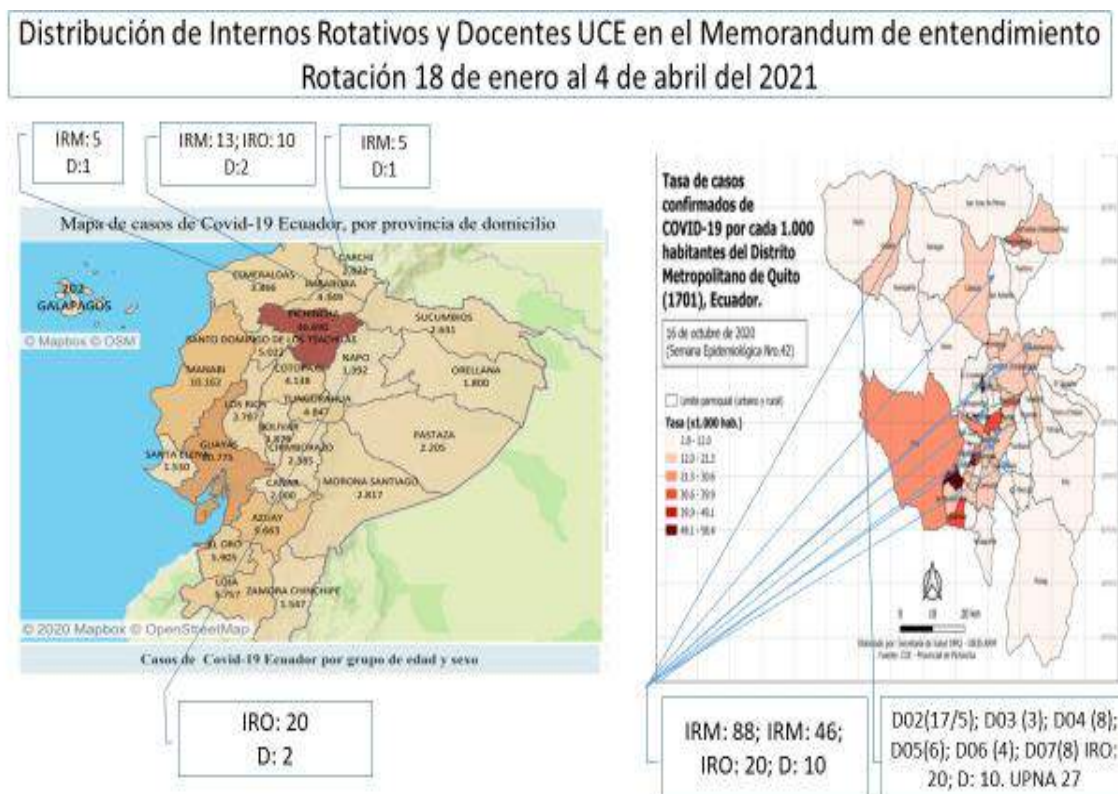


Fuente: Memorándum de Entendimiento UCE/Zona 9 de Salud /UNICEF

Elaboración: Dra. Lilian Calderón

La participación de 45 Internos Rotativos del Ciclo de Salud Comunitaria del Programa de Internado Rotativo de Medicina cada 11 semanas por un año, y 50 estudiantes e Internos Rotativos de la Carrera de Obstetricia cada 11 semanas por un año, localizados en las parroquias denominadas “calientes” por el Ministerio de Salud pública la Zona 9 de Salud del MSP, la distribución de estudiantes se observa en la **Fig.8**

Fig. 8 – Distribución de estudiantes de Medicina y Obstetricia de la UCE. 2020



Fuente: Ciclo de Salud Comunitaria del Programa de Internado Rotativo de la Carrera de Medicina y Estudiantes de Obstetricia (13,14)

Elaboración: Dra. Lilián Calderón

En acuerdo interinstitucional, tomando en consideración las parroquias declaradas como zonas calientes de covid-19 donde están más afectos los indicadores de programas esenciales, ubicación de Internos Rotativos y Estudiantes de Medicina, ubicación de tutores de la UCE y docentes-asistenciales del MSP, de los escenarios priorizados por la UCE. MSP y el Municipio tomando en cuenta: el número de casos (donde se concentra la epidemia), riesgo de muerte con (tasa de incidencia de casos), años de vida potencialmente perdidos y vulnerabilidad, se identificaron 15 parroquias prioritarias, con 62% de casos acumulados, el 63% de casos acumulados graves y el 68% de muerte acumulada, de éste listado de la **Tabla 3**.

Tabla 3 - Parroquias priorizadas con criterios de casos, incidencia, evitabilidad, años perdidos, Zona 9 de salud. 2020

No.1	PARROQUIA	TASA INCIDENCIA	PUNTAJE	%ACUM. CASOS	% ACUM GRAVES	%ACUM UD
1	Centro Histórico	58,87	7,758	4,63	7,51	11,8
2	Cotacollao	96,76	7,243	10,49	17,52	19,1
3	Chillogallo	69,83	6,26	18,44	27,23	26,4
4	Guamaní	76,38	6,278	28,65	34,43	34,55
5	Calderon (Carapungo)	15,47	4,401	35,86	42,74	42,7
6	La Magdalena	60,93	3,891	39,43	47,05	46,91
7	Chimbacalle	31,02	2,764	41,83	50,15	50,84
8	Nono	40,42	2,781	41,94	50,55	51,4
9	Belisario Quevedo	42,46	2,128	45,9	52,25	53,93
10	Quitumbe	24,11	1,991	49,63	54,55	56,18
11	La Ecuatoriana	44,36	2,041	54,75	55,96	57,58
12	Conocoto	35,28	1,926	58,03	57,66	60,11
13	La Ferroviaria	10,35	1,819	59,34	59,36	63,2
14	Chilibulo	14,4	1,819	60,71	60,86	66,01
15	Tumbaco	17,54	1,646	61,92	63,16	68,56

Fuente: Ministerio de Salud Pública

Elaboración: Narváez Alberto PhD.

De esta priorización de parroquias “calientes” se ubicaron las unidades donde están los internos rotativos y estudiantes de obstetricia y equipos docente asistenciales, y se destinó la intervención en las siguientes unidades. **Tabla 4**

Tabla 4 - Escenarios de participación parroquias “calientes” de la Zona 9 del Memorándum de entendimiento 2020-2021.

Universidad Central del Ecuador					
Memorándum de Entendimiento					
Juntos por la salud de las embarazadas niños y niñas: UCE, Z 9 salud, UNICEF					
Segundo ciclo: 9 de noviembre 2020 al 17 de enero del 2021					
Afectación Covid-19 al 28 oct 2020 *COE provincial	Parroquias con mayor número de casos	Distrito / oficina técnica	Establecimientos de salud	No. de estudiantes Medicina	Obstetricia
1	Chillogallo	17D07	Buenaventura	1	8
			Chillogallo	1	
			El Tránsito	1	
			San Luis	1	

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

2	Calderón	17D02	Calderon	3	7
			Carapungo 1	3	
			Carapungo 2	3	
			Marianitas	2	
			San José del Morán	3	
			San Juan de Calderón	3	
3	Guamaní	17D07	El Rocio	2	5
			Guamaní	6	
			La Inmaculada	1	
			La Victoria central	1	
			Lucha de los Pobres	2	
			San Martin de Porres	2	
			Matilde Alvarez	2	
4	Cotocollao	17D03	Cotocollao	3	8
	Iñaquito; Belisario Quevedo	17D05	Fray Bartolomé de las Casas	3	
			Nayón	2	
			6 de Julio	1	
			Santa Clara del Norte	2	
			Segundo Diaz	2	
5	La Magdalena	17D06	Atahualpa	2	6
			Chimbacalle	6	
			La Magdalena	3	
5	Centro Histórico	17D04	Centro Histórico	5	

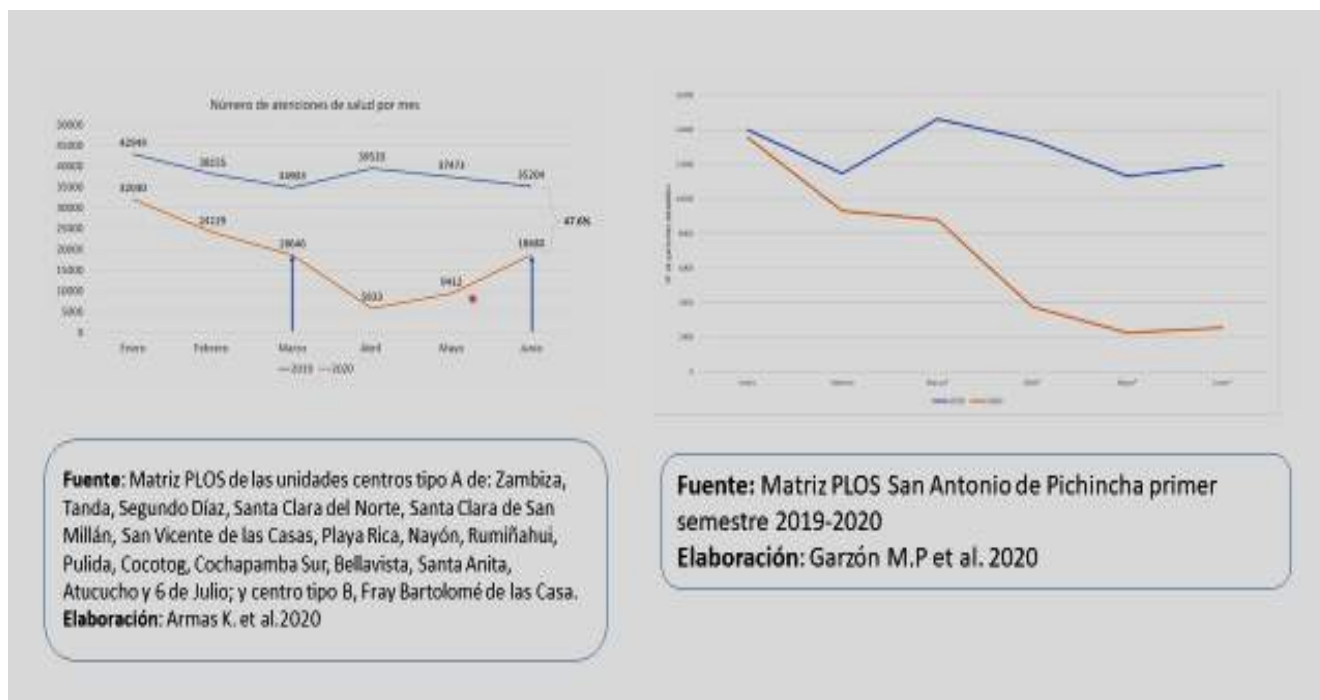
Fuente: Zona 9 MSP/UCE/Municipio DMQ, Memorándum de Entendimiento: Ciclo del Internado Rotativo de Medicina y Estudiantes de la Carrera de Obstetricia

Elaboración: equipo de Memorándum de Entendimiento UCE/MSP zona 9/UNICEF

En el trabajo comunitario con la Corporación de Barrios del Sur CODEC el aporte de la Dirección de Relaciones Internacionales con 2500 mascarillas k95, contribuyó a cumplir con la protección de los voluntarios participantes.

La línea de base del estado de los programas esenciales a seis meses de la pandemia, evaluada en tres distritos por separado, demostró similares efectos, en la cobertura total, en la cobertura específica a los programas de mujeres gestantes, postparto y en edad fértil, así como en los programas de niños niñas y adolescentes, una brecha de afectación en un 48% de los programas esenciales del primer nivel. **Fig. 9**

Fig. 9 – Brecha de los programas esenciales del primer nivel de atención, primer semestre 2019 – 2020.



Fuente: Variación de frecuencias en la atención de pacientes en el primer semestre de los años 2019 y 2020 en Unidades de Salud de la Zona 9 – MSP, A. Distrito 17d05(15), B.17d03.

Elaboración: Arias k. et al. (15); Garzón et. al.(16)

La investigación de brechas de los programas esenciales del primer nivel de atención, en el semestre 2020 en relación al semestre del 2019 según el estudio realizado en el Distrito 17D05 por los internos rotativos de salud comunitaria, estudiadas en las 16 unidades de salud A y una unidad B, encontraron que la variación en la cobertura en el control de niño sano menor de 4 años fue de 7,61% y del menor de 11 meses de 17,44% menos. La variación al semestre fue de menos 10,55%, en control de adolescentes la variación fue de 3,76%, en adultos de 20 a 64 años variación del 9,29% y en adulto mayor de 2,68%. Variación en el control del embarazo 19,69%, en planificación familiar 5,05% y en control del post parto 24,61%. Respecto a las inmunizaciones la variación en BCG fue de menos 34,9%, pentavalente 16,3%, polio tercera dosis 16,5%, vacuna rotavirus 13,7%, neumococo tercero dosis 15,9% y SRP variación en menos de 15,6%, con una variación global negativa en los servicios esenciales del 28%.(15) Ver **Fig. 10**

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

Fig. 10 - Brecha de los programas esenciales del primer nivel de atención en las unidades de primer nivel del Distrito 17D05 de la Zona 9, primer semestre 2019 -2020.

Variación en programas esenciales Distrito 17D05, 2019 - 2020



Fuente: Unidades de Salud de la Zona 9 – MSP, Distrito 17d05(15),

Elaboración: Arias k. et. al. (15)

El Memorándum de Entendimiento ha facilitado la provisión por parte de UNICEF de la Mochila de Vigilante Comunitario tanto para los profesionales del MSP de las unidades participantes (100) cuanto para la UCE a 40 Internos Rotativos y 50 estudiantes de Obstetricia participantes del proyecto, cada mochila debe ser recibida y entregada en buenas condiciones cada 11 semanas durante un año, reabastecida de productos fungibles y está equipada de: Fig. 11.

a. Oxímetro de pulso marca Drive	90 unidades
b. Tensiómetro marca riester	90 unidades
c. Termómetro marca Jumper	90 unidades
d. Batas marca Dhisve (10 /kit)	900 unidades
e. Mascarillas quirúrgicas marca Dhisve (507Kit)	4050 unidades
f. Alcohol gen marca Zatotek	90 unidades
g. Estetoscopio de Pinar marca CLAP	90 unidades
h. Gestograma comunitario marca CLAP	90 unidades
i. Gorra marca CMD	90 unidades
j. Mochila marca CMD	90 unidades

Fig. 11 - Kits de vigilantes comunitarios para estudiantes y equipos de salud. Memorandum de Entendimiento, Zona 9 MSP/UCE/ UNICEF 2020.

Entrega de los Kits de vigilancia comunitaria - UNICEF



10 u 11 de noviembre
Hora: 11:00
CS. La Libertad B
repotenciado

AGENDA

1. MSP Coordinador Zonal
2. UCE Sr. Rector: Memorandum
3. UNICEF Entrega de Kits
4. Lideresa comunitaria
5. MSP Sr. Ministro

Transmisión Zoom y Facebook live.

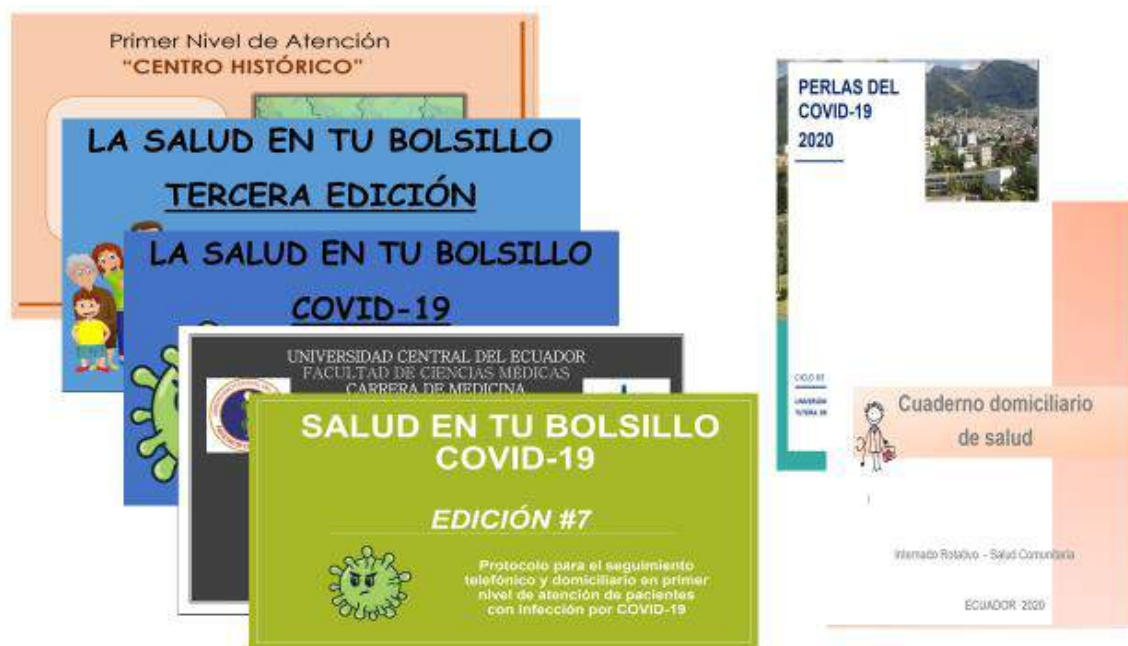
10 de diciembre en la UCE

Fuente: Kits de vigilancia comunitaria, donación UNICEF, diciembre 2020.

Elaboración: Dra. Lilian Calderón.

La vigilancia epidemiológica comunitaria detectó necesidades de información de cada grupo de usuarios en el primer nivel, por lo cual los productos lúdicos creados por los estudiantes para consulta y educación de los usuarios del primer nivel de atención fueron: a) Serie la Salud en tu bolsillo: 12 propuesta solicitadas para aval académico; b) Cuaderno domiciliario de salud herramienta de seguimiento domiciliario y de educación a las familias con miembros pertenecientes a grupos vulnerables; c) Juegos que recrean el conocimiento teórico y fortalecen el aprendizaje de esa categoría del conocimiento como Red MAIS basado en el juego “portafolio” y el conocimiento del “MAIS/FCI” para desarrollar competencias y resultados de aprendizaje en los niveles de atención y cartera de servicios de cada nivel de atención; y, d) Videos educativos e instruccionales, herramientas de educación expuestos en canal you tube, propuestas desarrolladas por los Señores Internos Rotativos de Salud Comunitaria. **Fig. 12.**

Fig. 12 Catálogo de propuestas lúdicas educativas diseñadas por los estudiantes



Fuente: Propuesta lúdicas, Ciclo de Salud Comunitaria, Internos Rotativos de Medicina

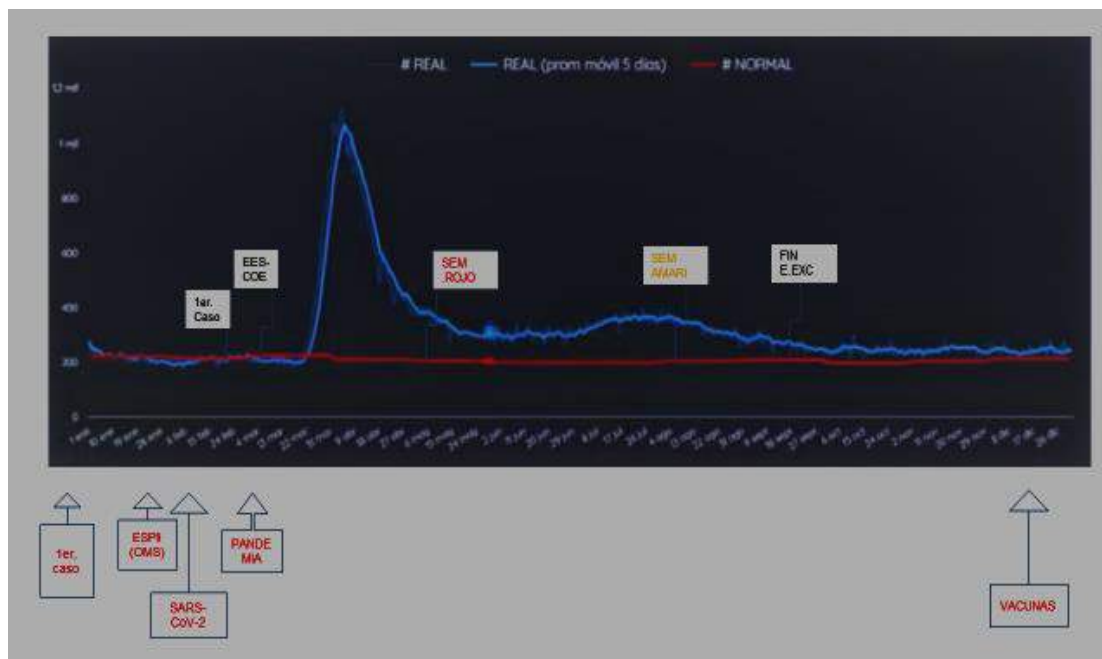
Elaboración: Dra. Lilian Calderón.

6. **Sistemas de difusión y apoyo como la red de “whatsapp Covid provincias”** con la participación de profesionales de salud de todas las provincias, con los cuales intercambiamos experiencias, información y asesoramiento en seguimiento epidemiológico comunitario; y red de apoyo a los afectos de Covid denominada **“Internos somos todos”**, y trabajo en red de apoyo a realización de pruebas PCR a estudiantes y familiares de la Facultad de Ciencias Médicas por el Instituto de Biomedicina de la Universidad Central del Ecuador.
7. **El seguimiento epidemiológico comunitario**, inicialmente analizado en la Comisión de Salud Pública para aplicar en el Ciclo de Salud Comunitaria inicialmente aplicado al embarazo adolescente, inmediatamente a la presencia de Covid-19 la Comisión de Salud Pública en comunidades piloto liderados por los Doctores Alberto Narváez, Jorge Albán, Paulina Ríos, Lilian Calderón, Msc. Rocío Padilla el aporte del Dr. Santiago Piedra

Se han registrado varios escenarios piloto de seguimiento epidemiológico comunitario aplicando la investigación – acción de docencia universitaria, en tareas progresivas, ejm como en La Comuna y Sta. Clara de San Millán de la parroquia de Belisario-Quevedo y Colinas del Norte de la parroquia de Cotacollao, seguida de las parroquias de Calderón, Centro Histórico, La Magdalena, entre las parroquias catalogadas como “calientes”.

En la evolución del Covid-19 el comportamiento de la mortalidad es un indicador duro de análisis de gestión de la pandemia, el exceso de muertes a más de 1200 muertes en un día, producto de aglomeraciones masivas como dos partidos de futbol en Guayaquil (Emelec y Barcelona) y fiestas en los barrios de San Borondón, sin cierre de vías de circulación, además del hacinamiento domiciliario en parroquias determinadas, el mayor porcentaje de la población en trabajo informal y malas condiciones de habitabilidad y acceso a servicios, considerándose una gran transmisibilidad en Guayaquil con cuatro semanas de anterioridad al pico alto de mortalidad, posteriormente el Distrito Metropolitano de Quito presentó el segundo pico de exceso de mortalidad en julio y agosto 2020. Fig. 13

Fig. 13 – Tendencia del exceso de muertos a nivel nacional. Ecuador, 2020.

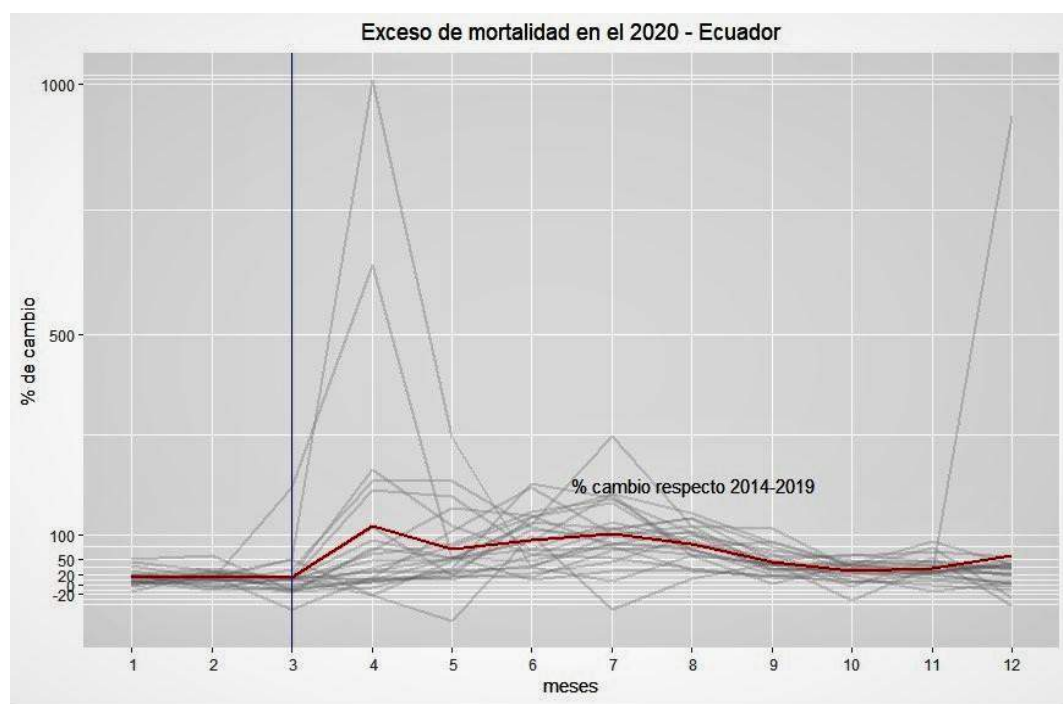


Fuente: Narváez A. 2021

Elaboración: Narváez A. PhD.; Calderón L. PhD.

El exceso de mortalidad durante el 2020 se puede observar en la Fig. 14

Fig. 14 – Exceso de mortalidad en pandemia de Covid-19, Ecuador 2020



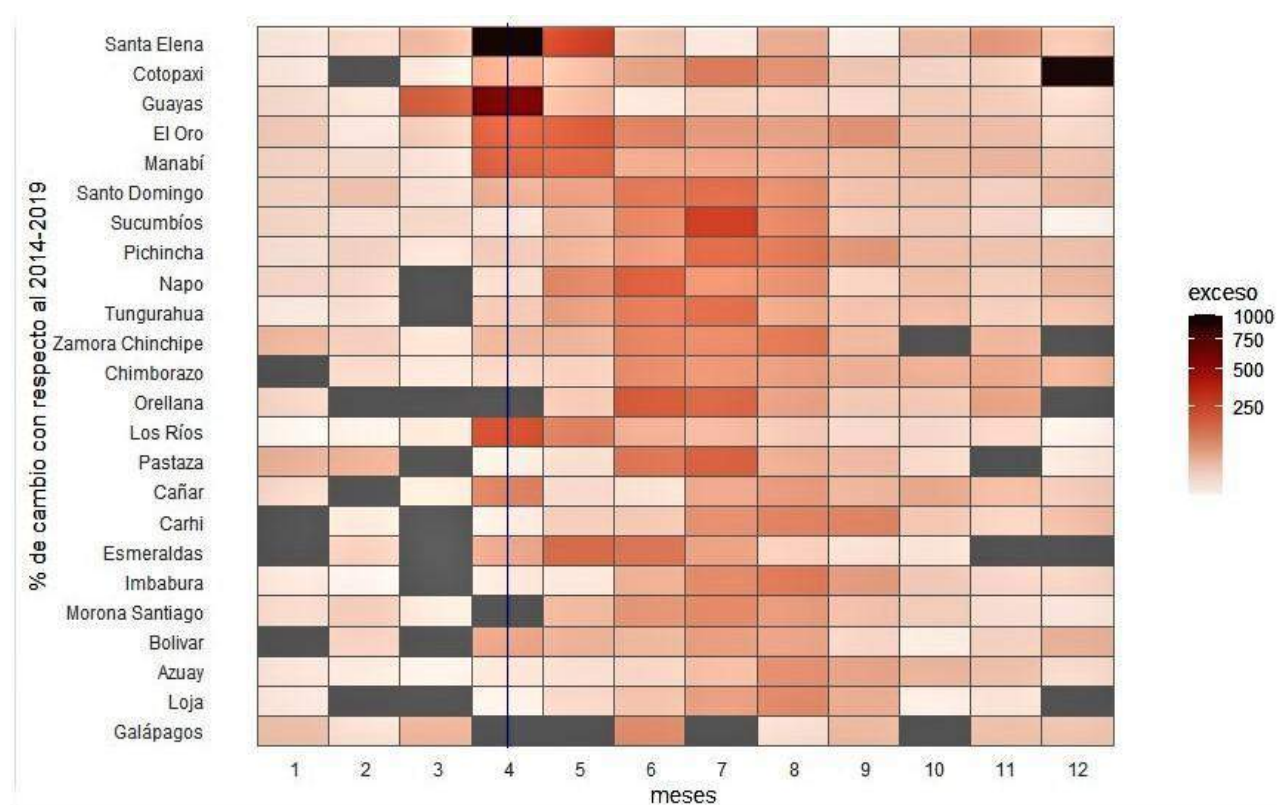
PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

Fuente: Registro de defunciones de mortalidad del "Registro civil", disponible: <https://www.registrocivil.gob.ec/cifrasdefuncion/>

Elaboración: Psicólogo. Fredy Narváez; Ph.D. Lilián Calderón

Si realizamos un análisis del exceso de mortalidad durante la pandemia de Covid-19 por provincias observaremos que el corte a abril 2020 las de color plomo oscuro fueron las más afectadas.

Fig. 15 - Exceso de muertes por provincias, Ecuador – 2020.



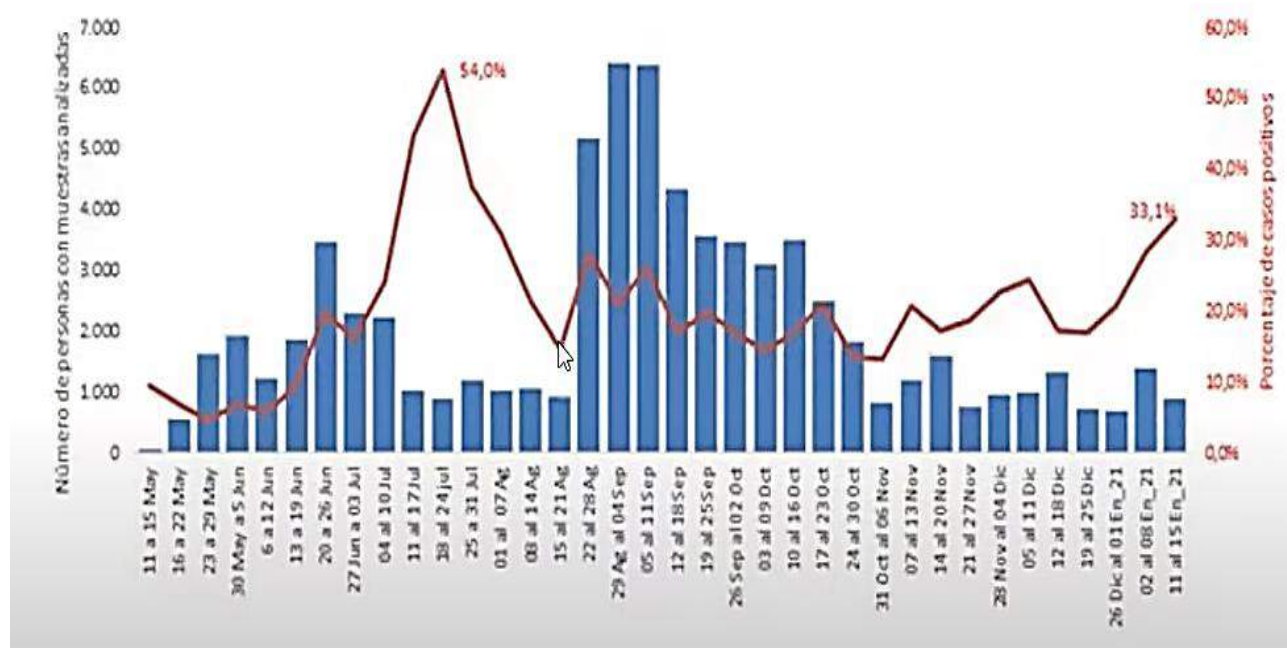
Fuente: Registro de defunciones de mortalidad del "Registro civil", disponible: <https://www.registrocivil.gob.ec/cifrasdefuncion/>

Elaboración: Psicólogo. Fredy Narváez; Ph.D. Lilián Calderón

El análisis de la curva de mortalidad en el Distrito Metropolitano de Quito, refleja el trabajo de seguimiento comunitario intersectorial realizado en el Distrito por diversos actores sociales públicos y privados incluida la UCE, sumado a las acciones de orden comunitario como: restricción de movilidad, uso de mascarilla en espacios públicos, cumplimiento del distanciamiento de dos metros en lugares cerrados de cumplimiento parcial, suspensión de clases y de espectáculos públicos con efectividad parcial, temperatura y humedad favorables para la NO transmisión de virus respiratorios, disminución de la población con mayor riesgo de transmisión (inmunidad de rebaño) y control focalizado de casos y contactos con enfoque ecosistémico y comunitario.

Los feriados de fin de año, incrementan la transmisibilidad y puede producirse un incremento importante de casos graves, con bajos porcentajes en parroquias donde se ofertaron mayor cantidad de pruebas, el ideal sería del 10% al 5% de positividad. **Fig. 16**

Fig. 16 - Número de personas con muestras analizadas y porcentaje de personas con resultados positivos para SARS-CoV-2, por semana en el período 11 de mayo 2020-15 de enero 2021.



Fuente: Narváez Alberto. 2021

Las estrategias de control de la epidemia

1. Enfoque ecosistémico con transdisciplinariedad (academia), gobierno (MSP-Zona 9, Municipio del Distrito Metropolitano de Quito), comunidad organizada (vigilante y brigadistas comunitarios), sociedad civil organizada como Rotary Club); atención integral de salud (APS, promoción de la salud y prevención primaria, secundaria, terciaria, cuaternaria, cuidados paliativos); enfoque de riesgo y equidad
2. Epidemiología comunitaria (lógica epidemiológica)
 - ✓ Reducción de la mortalidad y morbilidad grave
 - ✓ Puestos comunitarios de identificación, seguimiento de casos y control de aislamiento por cada barrio intervenido funcionando
 - ✓ Aumentar el esfuerzo de búsquedas de casos: reducir el índice de positividad al 10%, búsqueda activa de casos y contactos
 - ✓ Reducción del tiempo de detección de casos: 80% detectados en los primeros 48 horas después del inicio de los síntomas
 - ✓ Incremento el porcentaje de familias con casos confirmados o probables que realizan aislamiento forzado

La experiencia en construcción del manejo de la pandemia trasvasada a los estudiantes internos rotativos de salud comunitaria en sus labores diarias y talleres de reflexión de la Agenda Académica de Salud Comunitaria.

El seguimiento epidemiológico comunitario se fue implementado en las aulas con los grupos de ciclo de salud comunitaria

8. Coordinación del trabajo académico estudiantil con gobiernos locales: Experiencia de los estudiantes de 10mo semestre de la FCM- UCE. Seguimiento vía telefónica, como alternativa para atención a pacientes liderado durante la Pandemia del Covid-19. Coordinación Dra. Paulina Ríos.

En vista de la afectación del territorio por la pandemia creciente del COVID-19 y el crecimiento exponencial de los casos por contagio comunitario, los estudiantes de medicina de décimo semestre prestaron ayuda voluntaria, en coordinación con el COE cantonal de Pichincha, para ofrecer asistencia y monitoreo telefónico a las personas que se han determinado como contactos estrechos, así como a aquellos pacientes cuyos resultados fueron positivos tras realizarse una prueba confirmatoria para la detección de COVID-19.

En el marco de la Vinculación con la Sociedad, los estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas realizan seguimiento y asistencia a los contactos estrechos de pacientes Covid positivos en respuesta a la solicitud emitida por el COE Cantonal junto con los gobiernos locales del cantón Pedro Moncayo, cantón Mejía, parroquia Calacalí y Parroquias Rurales de Quito, quienes contactan a la Universidad Central del Ecuador a través, de sus autoridades, Dr. Fernando Sempertegui rector de la Universidad Central del Ecuador, Dr. Ramiro Estrella Decano de la Facultad de Ciencia Médicas, Dr. Juan Carlos Cazar Director de la Carrera de Medicina y Dra. Lucy Baldeón, delegada por el rector de la Universidad Central del Ecuador. Con quién se generó un equipo de profesionales docentes, entre ellos, Dra. Paulina Ríos, docente Epidemióloga de la Facultad de Ciencias Médicas.

Para la ejecución se planificó:

- ✓ Asistir a talleres de coordinación y capacitación por parte de profesionales de salud de la UCE y de distritos involucrados
- ✓ Asistencia mediante telemedicina, a pacientes pertenecientes a los cantones de la provincia de Pichincha, con excepción del Distrito Metropolitano de Quito.
- ✓ Información indispensable para mantener adecuadas prácticas de bioseguridad durante el aislamiento de los contactos estrechos.

Durante el seguimiento por vía telefónica

- ✓ Detección de pacientes sintomáticos leves, mismos que requerían un seguimiento estrecho para valorar su evolución oportunamente.
- ✓ Detección de contactos estrechos que presentaban signos de alarma y los hemos referido oportunamente a médicos profesionales que prestan sus servicios al COE provincial de Pichincha.
- ✓ Referencia oportuna a aquellos contactos estrechos que requerían asistencia psicológica a profesionales calificados, que prestan sus servicios al COE provincial de Pichincha.
- ✓ Información oportuna a las autoridades pertinentes de los COE's cantonales, aquellos contactos estrechos que necesitan asistencia social mediante kits alimenticios.
- ✓ Se ha exhortado a los contactos estrechos a cumplir con cabalidad su aislamiento, sin violar el mismo bajo ninguna circunstancia.
- ✓ Se ha indagado información acerca de los posibles contactos que pudieron haber tenido los pacientes al salir de su aislamiento por razones de fuerza mayor.
- ✓ Se ha informado oportunamente a las autoridades pertinentes pertenecientes a los respectivos COE's cantonales, aquellos pacientes que están próximos a cumplir sus 14 días de aislamiento, con el fin de que se les ofrezca pruebas confirmatorias para COVID-19 para descartarlos como casos confirmados.

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

Resultados de esta experiencia

Las personas voluntarias para levantar el cerco epidemiológico y realizar seguimiento por vía telefónica eran un total de 24 estudiantes de décimo semestre de la carrera de medicina de la Universidad Central del Ecuador, estos se dividieron en cuatro grupos, cada uno abarcaba un sector de la ciudad de Quito (Parroquia Calacalí, Parroquias Rurales de Quito, Cantón Mejía y Cantón Pedro Moncayo), sin embargo, posteriormente varios voluntarios de otros grupos debieron ayudar a realizar la asistencia telefónica al cantón Calacalí debido a que la cantidad de contactos a los que se debía realizar seguimiento en esta parroquia era alta en comparación a los otros sectores. **Tabla 5.**

Tabla 5 – Participación de estudiantes por cantón por tiempo de seguimiento. 2020

ESTUDIANTES:	LUGAR ASIGNADO	CI	PERIODO TRABAJO EXTERNADO VOLUNTARIO	Total Semanas trabajadas
ARIAS PILLAJO ASTRID ANAIS	Calacalí	1002745899	25 de mayo a 14 de agosto	12
GARCIA GONGORA NICOLAS MAURICIO	Calacalí	603840380	25 de mayo a 14 de agosto	12
MEDINA JARAMILLO HUMBERTO DANILO	Calacalí	503072860	25 de mayo a 14 de agosto	12
MONTES DE OCA NUÑEZ PAOLA ALEJANDRA	Calacalí	1722690284	25 de mayo a 14 de agosto	12
SERRANO LAFEBRE SANTIAGO SEBASTIAN	Calacalí	104771522	25 de mayo a 14 de agosto	12
BARRENO LAGUA ADRIANA MORAIMA	Quito Rural	1753499043	4 de mayo a 18 de junio	7
CARLOSAMA CHUGA ANGELA NICOLE	Quito Rural	1718563925	4 de mayo a 18 de junio	7
FONTE MELENDRES KATEHERINE JHOSET	Quito Rural	1726400870	4 de mayo a 18 de junio	7
IZA CALDERON HUGO DAVID	Quito Rural	1724167356	4 de mayo a 18 de junio	7
LOOR ANDRADE JOHAN ALEXIS	Quito Rural	1724172935	4 de mayo a 18 de junio	7
MORALES MORENO PAMELA MICHELLE	Quito Rural	1718683509	4 de mayo a 18 de junio	7
CAIZA MOLINA ESTEBAN ALEXANDER	Mejía/Calacalí	1724397052	18 de mayo a 26 de mayo/1 de julio a 14 agosto	7
CERÓN JARA KEVIN HOMERO	Mejía/Calacalí	1721344313	18 de mayo a 26 de mayo/1 de julio a 14 agosto	7
DÁVILA BRUCKNER ANDREA BEATRIZ	Mejía/Calacalí	1750264721	18 de mayo a 26 de mayo/1 de julio a 14 agosto	7
DIEZ RUIZ ANGIE MISHILL	Mejía/Calacalí	1727060277	18 de mayo a 26 de mayo/1 de julio a 14 agosto	7
GUAIGUA VILLAMARÍN DANIELA ALEJANDRA	Mejía/Calacalí	1724687155	18 de mayo a 26 de mayo/1 de julio a 14 agosto	7
ERAZO MENDOZA MARÍA FERNANDA	Mejía/Calacalí	1722509385	18 de mayo a 26 de mayo/1 de julio a 14 agosto	7
NARANJO CARRIÓN GIOVANNY SEBASTIÁN	Mejía/Calacalí	1727354480	18 de mayo a 26 de mayo/1 de julio a 14 agosto	7
SOSA BETANCOURT RICARDO XAVIER	Mejía/Calacalí	1726187998	18 de mayo a 26 de mayo/1 de julio a 14 agosto	7
SUAREZ GUZMÁN CHRISTIAN ALEJANDRO	Pedro Moncayo/Calacalí	1726582420	28 de mayo a 7 de julio/4 a 14 de agosto	7
ZURITA TOBAR BRYAN RAMIRO	Pedro Moncayo/Calacalí	1724305592	28 de mayo a 7 de julio/4 a 14 de agosto	7
OSORIO OVIEDO DAVID FABRICIO	Pedro Moncayo	1718366527	28 de mayo a 7 de julio	6
PUMISACHO BENAVIDES ALISSON PATRICIA	Pedro Moncayo	1722829213	28 de mayo a 7 de julio	6
RODRÍGUEZ SORIA ANALY MISHILL	Pedro Moncayo	1724216955	28 de mayo a 7 de julio	6

Fuente: Trabajo voluntario de cerco epidemiológico de seguimiento epidemiológico de los estudiantes de 10mo. semestre de medicina de la UCE

Elaboración: Dra. Paulina Ríos y estudiantes

Actividades en atención y seguimiento a pacientes

Los estudiantes asignados a realizar asistencia vía telefónica al sector de Calacalí realizaban en promedio 28 llamadas diarias, dando un total de 196 llamadas a la semana, las personas asignadas al cantón Pedro Moncayo en promedio realizaban 6 llamadas diarias, dando un total de 42 llamadas a la semana y el grupo asignado a Quito Rural hacía en promedio de 36 llamadas diarias dando un total de 252 llamadas a la semana. En números generales el grupo de voluntarios realizaba 70 llamadas diarias, dando un total aproximado de 490 llamadas a la semana.

Cabe recalcar que el número de llamadas citado anteriormente es un número aproximado, debido a que mientras a que se podía aumentar el número de contactos a realizar seguimiento o por el contrario había contactos que terminaban su aislamiento preventivo obligatorio y ya no era necesario realizarles la asistencia por vía telefónica. Otro factor a tomar en cuenta, es que al realizar seguimiento a contactos estrechos de pacientes Covid-19 positivos muchos de ellos eran familiares que vivían en el mismo domicilio por lo que al realizar una sola llamada se podía abarcar 3 o 4 contactos, lo que reducía el número de llamadas realizadas al día.

Recomendaciones

- ✓ La asistencia por vía telefónica dentro del contexto de la pandemia, es la mejor alternativa para mantener el seguimiento de pacientes y evitar el contagio y propagación del virus, por lo que se recomienda continuar realizando seguimiento mediante esta manera a las personas que empiezan su aislamiento preventivo obligatorio.
- ✓ Se recomienda que las personas delegadas a realizar el seguimiento por vía telefónica sean profesionales de la salud con conocimiento en medicina, debido a que de esta manera si el paciente llegase a necesitar atención médica no solo con respecto al Covid-19 sino con respecto a otras enfermedades esta puede ser dada directamente por la persona que está realizando la asistencia por vía telefónica, de esta manera evitamos que el paciente vaya a buscar atención médica de forma presencial y reducimos riesgo de contagio de terceras personas.
- ✓ Se recomienda que, al realizar seguimiento telefónico a los contactos estrechos, este no solo se centre en la sintomatología que presenta el paciente, sino que también abarque la parte emocional que conlleva el ser un paciente positivo de Covid 19.
- ✓ Se recomienda realizar formación permanente a las personas que realizan seguimiento por vía telefónica en base a los últimos estudios que salen del Covid19, de esta manera el equipo de asistencia telefónica se encontrará siempre actualizado en esta entidad y listo para realizar esta actividad de la mejor manera.
- ✓ Se recomienda que, durante el seguimiento telefónico, se pregunte a los pacientes de qué manera están realizando el aislamiento en su domicilio y de ser el caso se corrija y se recuerde periódicamente la correcta manera en la que deben realizarlo, con el fin de evitar el contagio y propagación del virus.
- ✓ Se recomienda realizar periódicamente reuniones entre las personas encargadas en realizar la asistencia telefónica, así como las autoridades del COE cantonal y de la Universidad con el fin de conversar de qué manera se está llevando a cabo el seguimiento con el fin de ver no solo los avances que se realizan sino también ver cosas que se puedan mejorar por el beneficio de la comunidad.

Cabe mencionar que **algunos estudiantes realizaron un trabajo durante periodos más largos que otros**, e incluso algunos que se encontraban participando los cantones de Mejía y Pedro Moncayo dejaron de ser solicitados por la falta de pacientes en estos sectores; por lo que los estudiantes, voluntariamente, se suman a los compañeros que se encontraban trabajando con el Centro de Salud de Calacalí con el fin de prestar telemedicina a la cantidad creciente de pacientes.

9. Experiencia actividades centro médico estudiantil de la Facultad de Ciencias Médicas año 2020 Responsable: Dra. Verónica Inuca.

La Universidad Central del Ecuador, específicamente, la Facultad de Ciencias Médicas dispone de un Centro médico, que abrió sus puertas en 1983, realizando atención médica especializada, vacunación, odontología. Actualmente el Centro Médico Estudiantil, se ubica en el Edificio administrativo de la Carrera de Medicina Campus el Dorado.

Un servicio de atención en salud comprende varias aristas en torno a la atención preventiva dentro de los distintos niveles de atención, la misma que está enfocada en prevenir la enfermedad o evitar que un proceso de enfermedad empeore. Además, es importante realizar una planificación estratégica en torno a controles de salud periódicos, búsqueda de factores de riesgos biológicos, psicológicos y sociales; vacunación y guías de prácticas de hábitos saludables. La participación en la

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

planificación y desarrollo de actividades orientadas al cuidado de la salud mental, la prevención, identificación y seguimiento de las personas como usuarios de salud mejora la calidad y efectividad de los programas de intervención. **Fig. 17**

Fig. 17 – La planificación del servicio médico estudiantil. FCM/UCE. 2020



Fuente: Servicio Médico estudiantil de la Facultad de Ciencias Médicas UCE

Elaboración: Dra. Verónica Inuca

El número de atenciones en el año 2019 fue de 1699; para el 2020 la Facultad de Ciencias Médicas acató la disposición de cierre de actividades presenciales a partir del 15 de marzo, sin embargo, se inició con el plan de estrategia de atenciones por vía virtual y vía telefónica haciendo uso de aplicaciones como whatsapp, zoom, teams. Tanto odontología como Medicina familiar formamos parte del gran proceso de Telesalud- UCE en convenio con CEDIA, con una cobertura expresada en la **Tabla 6**.

Tabla 6 - Cobertura del Servicio Médico Estudiantil de la FCM/UCE. 2020

PACIENTES ATENDIDOS DE FORMA PRESENCIAL AÑO 2020			
Mes	Atenciones medicina familiar	Atenciones odontología	Procedimientos
Enero	224	35	45
Febrero	124	40	30
Marzo	77	10	5
Total	425	85	80
PACIENTES ATENDIDOS POR TELECONSULTA			
Mes	Teleconsulta medicina familiar	Teleconsulta odontología	agendamiento para hisopados
Marzo	12	4	-
Abril	14	4	-
Mayo	25	12	-
Junio	37	9	-
Julio	39	34	-
Agosto	48	35	150
Septiembre	39	14	135
Octubre	48	15	57
Noviembre	27	18	47
Diciembre	37	9	18

Total	326	154	402

Fuente: Servicio Médico estudiantil de la Facultad de Ciencias Médicas UCE

Elaboración: Dra. Verónica Inuca

La población atendida fue tanto personal administrativo, estudiantes de la UCE como la comunidad en general, desde distintas zonas de Ecuador. El proceso de agendamiento para hisopado se realizó bajo el convenio de la FMC con el Instituto de Biomedicina INBIOMED a partir del mes de agosto de 2020 mediante el cual se dio prioridad para realizarse RT-PCR COVID-19 al personal administrativo con sintomatología en relación a COVID-19; docentes y estudiantes de Medicina, Enfermería y Obstetricia quienes se encuentran en primera línea en las Unidades Hospitalarias y Centros de Salud. Además, se tomó en cuenta a hijos, hermanos y padres de los estudiantes con sintomatología COVID-19 que se encontraban dentro de los grupos vulnerables como pacientes con hipertensión arterial, diabetes mellitus, inmunosupresión y adultos mayores.

Fig. 18

Fig. 18 – Carpa de atención en pandemia Covid-19. FCM/UCE. 2020.



Fuente: Servicio Médico estudiantil de la Facultad de Ciencias Médicas UCE

Elaboración: Dra. Verónica Inuca

De manera sincrónica se realizaron atenciones a domicilio para 8 trabajadores pertenecientes a la carrera de Medicina y sus familias. Además, se facilitaron procesos de donación de medicación como antibióticos y medicación para enfermedades crónicas a poblaciones de bajos recursos económicos en la ciudad de Santo Domingo bajo el acuerdo de Club Kiwanis-Santo Domingo.

Las patologías prevalentes fueron Infecciones de vías respiratorias (J00-J06), enfermedades del sistema digestivo (K00-K93), como se observa en la **Tabla 7**.

Tabla 7 – perfil de las atenciones del servicio estudiantil de la FCM/UCE 2020.

MORBILIDAD	%	OBSERVACIONES
Enfermedades respiratorias altas	30,4%	De ellos, el mayor porcentaje fue rinofaringitis
Enfermedades dermatológicas	3%	Especialmente dermatitis atópica

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

MORBILIDAD	%	OBSERVACIONES
ITU	3%	
Enfermedades del aparato gastrointestinal	5%	El mayor porcentaje fue trasgresión alimentaria
Trauma contuso de partes blandas y articulaciones	1,4%	
Enfermedades ginecológicas	1,3%	
Trastornos de salud mental	2,5%	Ansiedad y depresión, fueron remitidos a Salud Mental
Cefalea	2,5%	
Neuritis	4%	
Trastornos cardiovasculares	1,2%	
Atención preventiva	30 %	Uno de ellos se trató de diagnóstico y control de embarazo en adolescente, fue remitido a Cipriana Dueñas
Otros	15,7%	Se presentaron dos casos de Parotiditis de enero a marzo de 2020

Fuente: Servicio Médico estudiantil de la Facultad de Ciencias Médicas UCE

Elaboración: Dra. Verónica Inuca

Fisiopatología

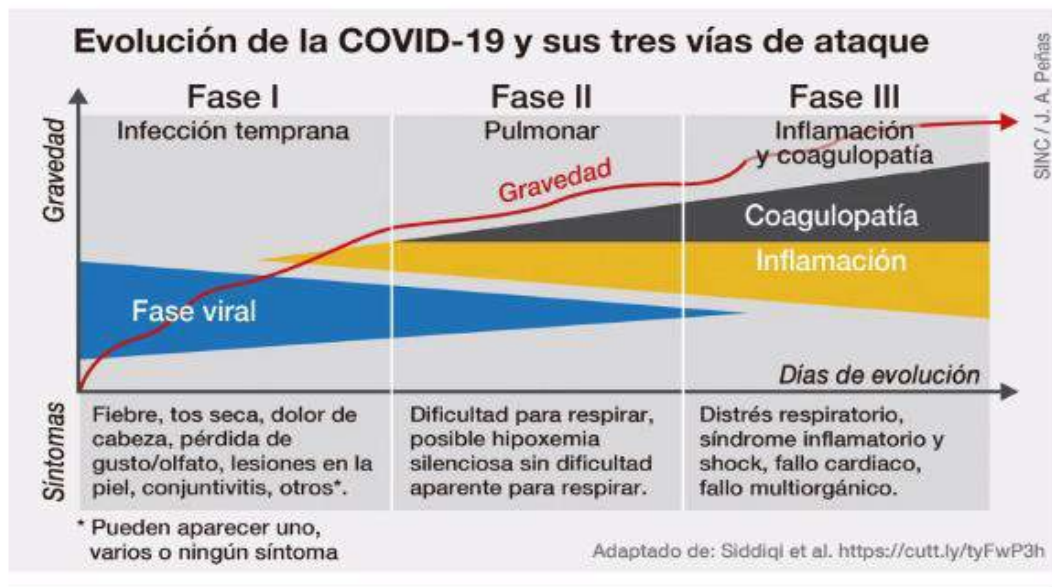
El virus denominado SARS-CoV-2 por su **homología genética** con el coronavirus del síndrome respiratorio aguda severo (SARS-CoV), que fue responsable de una epidemia muy importante en Asia en 2003. La enfermedad se llamó tras la **sigla inglesa** COVID-19.(17)

El SARS-CoV-2 es un conjunto de 30 000 bases de RNA. Utiliza la proteína de espiga (S) densamente glucosilada para entrar a las células huésped y se une a con gran afinidad al receptor de la enzima convertidora de angiotensina 2 (ACE2), dicha enzima está expresada en las células alveolares tipo II. El RNA del virus ingresa a las células del tracto respiratorio superior e inferior, y es traducido a proteínas virales. (17)

COVID-19 resulta de dos procesos fisiopatológicos relacionados entre sí:

- Efecto citopático directo** de la infección viral, que predomina en las primeras etapas de la enfermedad;
- Respuesta inflamatoria no regulada del huésped**, que predomina en las últimas etapas. La superposición de estos dos procesos fisiopatológicos se traduce fenotípicamente en 3 etapas de la enfermedad(18) **Fig. 19**

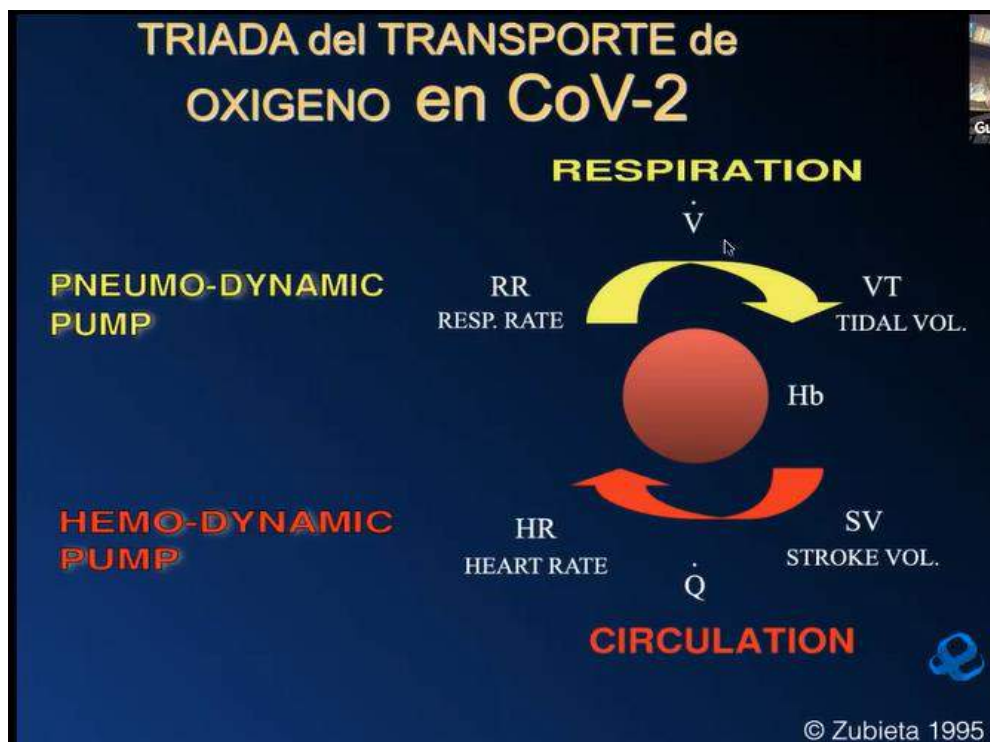
Fig. 19 – Fases evolutivas de la afección por SARS Cov 2



Fuente: Adaptado de Siddiqi. et. al. <https://cutt.ly/tyFwP3h>

- I. **Estadio I (fase temprana):** donde se realiza la replicación viral que condiciona el efecto citopático directo y la activación de la respuesta inmune innata, y se caracteriza por la estabilidad clínica con síntomas leves (tos, fiebre, astenia, dolor de cabeza, mialgia asociados con linfopenia y elevación de d-dímeros y LDH;
- II. **Estadio II (fase pulmonar):** en la cual se activa la respuesta inmune adaptativa que resulta en una reducción de la viremia, al ingresar al pulmón se produce una cascada inflamatoria ocasionando daño tisular se produce la hipoxia por alteración de la triada de transporte de oxígeno que responde a tres bombas: a. bomba neumodinámica que mueve el oxígeno; b. bomba hemodinámica que mueve la sangre y c. la hemoglobina destruye el área de intercambio de oxígeno y destruye la saturación de oxígeno, con aumento de anhídrido carbónico, se caracteriza por un empeoramiento del cuadro clínico de la afección respiratoria (con disnea) por cuadro de neumonitis grave por destrucción del tejido alveolo pulmonar por destrucción extrema que puede condicionar la insuficiencia respiratoria aguda asociada con empeoramiento de linfopenia y elevación moderada de PCR y transaminasas; Según Zubieta G(19). **Fig 20**

Fig. 20 – Triada del transporte de oxígeno en relación a tres bombas.



Fuente: Zubieta G. BioSpceForming.2021(19)

- III. **Estadio III (fase hiperinflamatoria)**, caracterizado por insuficiencia multiorgánica fulminante con empeoramiento frecuente del compromiso pulmonar, resultado de una respuesta inmune no regulada que condiciona un síndrome de tormenta de citoquinas con efecto predominante en vasos sanguíneos con coágulos en vasos. Este síndrome, que recuerda a la linfocitosis hemofagocítica secundarias, es potencialmente identificado por HScore. (Iopez- collazo E, et al Int J Biol Sci, 2020; 16;2479

Las citocinas proinflamatorias y quimiocinas, el factor de necrosis tumoral (TNF α), interleucina 1 β (IL-1 β), IL-6, factor estimulante de colonias de granulocitos, proteína 10 inducida por el interferón gamma y la proteína-1 quimioatrayente de los macrófagos **están significativamente elevadas** en los pacientes con COVID-19. Como en la influenza grave, la tormenta de citocinas juega un rol importante en la inmunopatología del COVID-19. Es importante identificar la fuente primaria de la tormenta de citocinas en respuesta a la infección por SARS-CoV-2 y los mecanismos virológicos detrás de esto. (18)

Si por efecto dañino directo del virus en los tejidos, la tormenta de citocinas o ambas contribuyen a la disfunción orgánica múltiple, el uso de anticuerpos monoclonales contra el receptor de la IL-6 (tocilizumab, sarilumab) o de corticoides se han propuesto para aliviar la respuesta inflamatoria. Sin embargo, la IL-6 juega un papel importante en iniciar la respuesta contra la infección viral al promover la depuración viral por parte de los neutrófilos. Si bien el papel de la inflamación en COVID-19 es obvio, no está claro si la modulación de la respuesta inflamatoria con medicamentos podría traer beneficios.(18)

La respuesta inmune desregulada tiene una etapa de inmunosupresión que sigue a la fase proinflamatoria. Se caracteriza por un agotamiento funcional de linfocitos periféricos, sobre todo los linfocitos T CD4 y CD8, lo que se ha asociado a un alto riesgo de desarrollar una infección bacteriana secundaria. Esta linfopenia también se ha encontrado en Influenza grave y otras infecciones virales respiratorias. El mecanismo tras la misma no se ha dilucidado; estudios pasados en el SARS-CoV encontraron partículas virales en los linfocitos T aislados de sangre periférica, bazo, ganglios linfáticos y tejido linfoide de varios órganos por lo que una hipótesis razonable es que además de la muerte de los linfocitos inducida por el ligando Fas, el SARS-CoV-2 podría directamente infectar los linfocitos, con lo que debilitaría la respuesta antiviral(18)Smith, J. Microbiology, 14/02/2020

La célula dendrítica salen a los ganglios linfáticos, la célula dendrítica acarrea material del virus para presentarle a los linfocitos naive T se transforma en un linfocito T efector y B los T apoya a los B se forman anticuerpos IgM, en el parénquima

el linfocito efector busca células infectadas para destruirlas apoptosis celular para eliminar virus, los linfocitos B apoyados por los T se convierten en células de memoria Smith, J. Microbiology, 14/02/2020

Otra consideración importante está relacionada con el **estado de hipercoagulabilidad** asociado tanto con el efecto citopático del virus en el endotelio como con la respuesta inflamatoria, que puede identificarse sistémicamente por el score SIC. Este estado de hipercoagulabilidad puede traducirse en microtrombosis con oclusión de pequeños vasos del lecho vascular pulmonar (que contribuyen al empeoramiento de la hipoxia por alteración de la relación ventilación/perfusión) y luego asociarse con manifestaciones de coagulación intravascular diseminada con repercusión significativa sistémica.(18)

A pesar de que se necesita más investigación para ver el papel de los regímenes de anticoagulación frente a la trombopprofilaxis estándar en el tratamiento de estos pacientes, debe haber un umbral bajo para detectar complicaciones tromboembólicas. (18).

Diagnóstico

a. Sintomatología

Según algunas fuentes la sintomatología y signos que puede presentar un paciente con covid 19 son: fiebre que se presenta en un 88 % aproximadamente, tos seca en un 68% aproximadamente, astenia y expectoración bordeando porcentajes entre 33-38%, disnea en un 18,6%, dolor de garganta y cefalea que se presentan en porcentajes cercanos al 14%. Hay que tener en cuenta que estos casos son cifras de pacientes que han dado positivo en exámenes de laboratorio para SARS COV2 y que la variabilidad de porcentajes se ajusta dependiendo de la zona en la que se haga el análisis. Sin embargo, el orden de presentación de los mismos es muy similar o con pocas o nulas variaciones entre distintos puntos geográficos. (8) Pueden encontrarse manifestaciones clínicas en relación con diversos órganos y sistemas, así tenemos que puede haber signos y síntomas:

Neurológicos: mareos, accidentes cerebrovasculares, ataxias, apraxias, en algunos casos puede manifestarse incluso con epilepsia representado el 17%.

Cardiológicos: los pacientes pueden presentar signos de daño agudo de miocardio y falla cardiaca. Aunque no se relacionen con síntomas de dificultad respiratoria o fiebre.

Otorrinolaringológicos: los síntomas más comunes que suelen presentarse son dolor en la cara, pérdida del gusto o pérdida del olfato. Siendo estos los síntomas que mejor predijeron la aparición de la enfermedad. (8)

Dermatológicas: las manifestaciones de la piel son variadas, estas se pueden presentar desde erupciones tipo vesiculares, rash cutáneo (localizado principalmente en el tórax), lesiones ampulosas que se presentan confluentes y parecidas a las lesiones de perniosis; estos últimos son una manifestación que se puede encontrar principalmente en niños y adolescentes. (8)

Hematológicas: estas pueden estar asociadas a fenómenos trombóticos que se traducen en infarto cerebral, isquemia cardiaca, embolia, enfermedad trombótica venosa profunda. Hay que tener en cuenta que estos signos o síntomas no son patognomónicos de la infección por COVID 19 y que solo son manifestaciones que se han presentado en cohortes de estudio desde la aparición de la pandemia. Sin embargo, a fin de entender los mecanismos fisiopatológicos del accionar del virus, aún en descubrimiento, es importante tenerlas en consideración. (8)

b. Diagnóstico

Debido a la alta prevalencia en el mundo de SARS-COV-2 el médico debe tener un umbral de sospecha en pacientes sintomáticos con fiebre de inicio reciente o síntomas del tracto respiratorio (tos, disnea) considerando también a pacientes con enfermedad grave de vías respiratorias inferiores sin causa clara. (9). Tomando en cuenta que la probabilidad aumenta si el paciente:

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

- ✓ Reside o ha viajado dentro de los 14 días anteriores a un lugar donde hay transmisión comunitaria (SARS-CoV-2). (9)
- ✓ Ha tenido contacto cercano con un caso confirmado o presunto de COVID-19 en los 14 días anteriores, o con personas que pertenezcan al personal de salud, y que se encuentren laborando. (9)
- ✓ No hay un patrón específico o patognomónico que puedan distinguir de manera confiable al COVID-19 de otras infecciones respiratorias virales. Sin embargo, algunas características pueden justificar un mayor nivel de sospecha clínica.
- ✓ El desarrollo de disnea varios días después del inicio de los síntomas iniciales sugiere COVID-19. (9)
- ✓ La anosmia y las mialgias se asocian más fuertemente con una prueba positiva para COVID-19. (9)

Las pruebas diagnósticas son las virales que detectan ácido nucleico o antígeno del SARS-CoV-2. También existen las pruebas de anticuerpos para la infección por SARS-CoV-2 las cuales no se recomiendan. (10) A quién realizar pruebas diagnósticas (moleculares o de antígeno).

Pacientes sintomáticos

- ✓ Si es posible, todos los pacientes sintomáticos con sospecha de infección deben someterse a pruebas.
- ✓ En lugares donde haya una capacidad limitada para la realización de las pruebas la Sociedad de enfermedades infecciosas de América (IDSA) recomienda priorizar las pruebas a: pacientes hospitalizados (críticos enfermos con enfermedades respiratorias inexplicables) e individuos sintomáticos que son trabajadores de la salud o socorristas, trabajan o residen en entornos de vida colectiva o tienen factores de riesgo de enfermedad grave. (9)

Pacientes asintomáticos

Las pruebas a estos pacientes pueden ser importantes para fines de salud pública o control de infecciones. Las indicaciones para realizar pruebas en individuos asintomáticos incluyen:

- ✓ Después de un contacto cercano con una persona con COVID-19 (menos de 6 pies durante un total de 15 minutos o más). (10)
- ✓ Detección de pacientes hospitalizados en lugares donde la prevalencia es alta, antes de procedimientos quirúrgicos urgentes o procedimientos que generen aerosoles, antes de recibir terapia inmunosupresora. (9)
- ✓ Si se encuentra en una zona de alta transmisión de SARS-CoV-2 y asistió a una reunión pública o privada de más de 10 personas (sin uso de máscara universal y / o distanciamiento físico). (10)

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) sugieren que no se repita la prueba a las personas asintomáticas que fueron diagnosticadas previamente con SARS-CoV-2 dentro de los tres meses anteriores debido a la baja probabilidad de que una prueba positiva repetida durante este intervalo representa una reinfección activa. Sin embargo, en aquellos pacientes que han estado en contacto cercano con una persona diagnosticada de SARS-CoV2 recomienda aislarse por un período de 14 días, incluso si la persona tiene una prueba negativa (9) (10)

1)PCR: la prueba de reacción en cadena de la polimerasa con transcripción inversa (RT-PCR), para detectar ARN del SARS-CoV-2 del tracto respiratorio superior es la prueba de diagnóstico inicial preferida para COVID-19. (9) La muestra debe ser tomada de la vía aérea superior.

Resultado positivo: una prueba positiva para SARS-CoV-2 generalmente confirma el diagnóstico de COVID-19.

Los pacientes con COVID-19 pueden tener ARN del SARS-CoV-2 detectable en muestras del tracto respiratorio superior durante semanas después de la aparición de los síntomas; sin embargo, la detección prolongada de ARN viral no indica necesariamente una infecciosidad en curso. (9)

Resultado negativo: No siempre se excluye el diagnóstico de COVID-19; ya que pueden existir pruebas falsas negativas. Si la prueba inicial es negativa, pero persiste la sospecha de COVID-19 por persistencia de síntomas sugestivos sin otra causa y se necesita confirmar el diagnóstico para el manejo de la infección se recomienda repetir la prueba; generalmente se realiza de 24 a 48 horas después de la prueba inicial. (9)

2)Pruebas de antígenos: las pruebas que detectan el antígeno del SARS-CoV-2 se pueden realizar rápidamente y en el punto de atención y, por lo tanto, pueden ser más accesibles con un tiempo de obtención de resultados más rápido. Estas suelen ser menos sensibles que las PCR. (9)

No obstante, pueden ser útiles en determinadas situaciones, siempre que los médicos sean conscientes de la posibilidad de falsos negativos y los resultados se interpretan en función de la probabilidad previa a la prueba de COVID-19. (9)

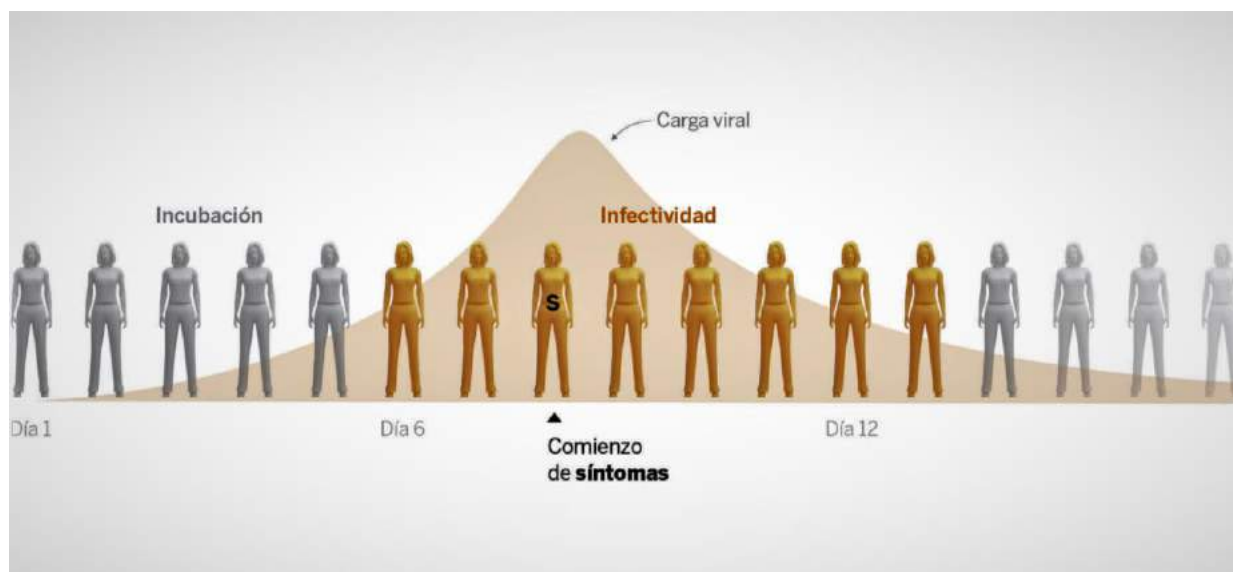
- ✓ Diagnóstico clínico en la etapa inicial de la infección: Pueden ser útiles para las personas que se encuentran en las primeras etapas de la infección, cuando la replicación del virus es máxima. Tienen una sensibilidad y especificidad mínimas de ≥ 80 por ciento y ≥ 97 por ciento, respectivamente, pueden usarse para el diagnóstico de SARS-CoV-2; en tales casos, y debe realizarse dentro de los primeros cinco a siete días de la aparición de los síntomas. (9)
- ✓ Se utiliza para el diagnóstico clínico en pacientes sintomáticos, ante un resultado positivo se pueden interpretar como indicativas de infección por SARS-CoV-2, con un resultado negativo podrían representar un falso negativo y, en general, deberían confirmarse mediante una prueba de PCR sensible, si está disponible, a menos que la sospecha clínica sea baja. (9)
- ✓ Cribado en serie en entornos congregados: se pueden utilizar en entornos de brotes para el cribado repetido de individuos en entornos aglutinados de alto riesgo para identificar rápidamente a los individuos con SARS-CoV-2 y aislarlos. (9)

3)Serología para identificar una infección previa / tardía: las pruebas serológicas detectan anticuerpos contra el SARS-CoV-2 en la sangre. (9)

La FDA no ha autorizado el uso de pruebas de anticuerpos para diagnosticar la infección por SARS-CoV-2 y los CDC no recomiendan actualmente el uso de pruebas de anticuerpos como única base para el diagnóstico de infección aguda. (9) (10)

Cultivo viral: por razones de seguridad, las muestras de un paciente con COVID-19 sospechoso o documentado no deben enviarse a laboratorios clínicos para cultivo viral. El cultivo viral se reserva principalmente para fines de investigación. (9)

Fig. 21 – Comportamiento de la carga viral del SARS-CoV-2 los primeros 14 días.



Fuente: El país(20)

El número reproductivo R. Para calcular el número reproductivo del virus en cada momento utilizamos el paquete EpiEstim de R. Para cada país o región y día consideramos el incremento diario absoluto de casos y muertes en cada lugar de los últimos siete días. Suponemos un tiempo entre contagios medio de 4,7 días con una desviación típica de 2,9 de forma similar al de este trabajo de la London School of Hygiene & Tropical Medicine. **Fig. 22.**

Fig. 22 – Número reproductivo del virus SARS-CoV-2 por país. Febrero 2021



Fuente: El país (20). Concentración alta en rojo, media en naranja y baja en verde

Tratamiento

Debido a la emergencia sanitaria múltiples fármacos se han utilizado para el tratamiento del SARS CoV-2 (COVID-19). Dentro del grupo de fármacos tenemos un gran abanico entre los cuales cabe mencionar los antirretrovirales, anticuerpos monoclonales, anti inflamatorios no esteroideos, inhibidores de la inflamación, plasma, entre otros.

Al ser la fiebre y malestar general los principales síntomas el fármaco de elección es el paracetamol de 3 a 5 días, el ibuprofeno y otros AINES deben ser empleados con cuidado debido al riesgo de sangrado gástrico y falla renal. (11)

Los antiinflamatorios como los corticosteroides han sido beneficiosos en pacientes graves que requieren oxigenoterapia siendo la dexametasona por 10 días el fármaco de elección. Teniendo como fármacos alternativos la hidrocortisona y prednisona. El uso de estos ha ayudado a disminuir el tiempo de estadía en UCI y disminuir la progresión de la enfermedad. (11,12)

Debido al estado procoagulativo y riesgo trombotico que se observa en pacientes con COVID 19 la anticoagulación con Heparina de bajo peso molecular (HBPM) o heparina sódica se recomienda como profilaxis en pacientes con sintomatología de moderada a grave y con alta carga viral. (14)

El Tocilizumab es un agente inmunosupresor, el cual ha sido administrado en casos de neumonía grave causada por SARS CoV-2 (Covid 19), su uso debe ser vigilado estrictamente ya que se ha asociado a incidencia en sobreinfecciones. (13)

El uso de antibioticoterapia solo será aceptado si existe una coinfección bacteriana. No se recomienda el uso de cefalosporinas de tercera generación por la alta resistencia bacteriana. (13)

Covid en niños

En el estudio de Ortiz et. al. (12) realizado en 9468 Covid-19 del 27 de febrero al 18 de abril demostró la incidencia del 60,5% en varones, edad media en hombres 42 años y 39 años en mujeres, la media de edad de muerte de 62 años, el menor rango de edad de afectación fue de 0-4 años (2,86 por 100.000), la mayor incidencia en la edad de 55 a 59 años, con mortalidad en edades de 90 – 95 años en el 20 por 100.000 pacientes confirmados por RT-PCR. En cuanto a la etnia 78% fueron mestizos, indígenas 0,79%, caucásicos, 0,84 y afro ecuatorianos 0,1%, el 99% de pacientes con Covid no reportaron vacunas en el año anterior el mayor porcentaje montubio e indígenas con un PCR del 14% más alto que los mestizos 6%(12).

En la edad pediátrica el contagio de Covid-19 principalmente dado por gotas respiratorias, contacto de personas infectadas o superficies contaminadas, vía fecal oral, nosocomial en relación a neonatos junto con la transmisión vertical en menor porcentaje de 0 a 6%.

La investigación de Fonseca E. a febrero 2021(21). Encuentra en la edad pediátrica las afectaciones de infecciones respiratorias son más frecuentes con el 17% en relación al 6,3% en adultos, en relación al Covid-19 los niños desarrollan enfermedad leve con baja tasa de letalidad en menos del 0.1% en relación al 6,25% en adultos, y los menores de un año parecerían ser los más vulnerables a la infección por SARS-Cov.2 con una mayor gravedad de la enfermedad en comparación con el resto de edades.(21,22)

La estadística de infección en Pediatría en algunos países: China 2 al 12,3%; Italia 1,2 %; Corea 4,8%; y, en Estados Unidos 5%. Con tasas de hospitalización de 6-20%, ingreso a UCI en China 0,21 al 5% y en Estados Unidos del 0,04%. En el Ecuador la tendencia incrementada al 18 de febrero del 2021 de afectación pediátrica que, de los 269.860 casos confirmados, existieron 10.714 personas fallecidas con 4730 probables, la incidencia en la población pediátrica fue de 6%, es decir 15813 contagios, con fallecidos 70(0,4%) mayor casuística demostrada en la edad de 15 a 19 años con el 3.1%, seguido de las edades de 10 a 14 años, de 5 a 9 años y de 0 a 4 años. Con incrementos semanales en el tiempo que podría deberse a contagio familiar o presencia de mutaciones.(21)

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

En neonatos se ha propuesto la transmisión vertical que aún no está determinada completamente, la afectación es leve a los 5 días y son dados de alta hasta 10 días, con respiración ambiente, podrían tener coinfección con virus sincitial respiratorio y el mycoplasma en el 79% de casos. El período de incubación es de 5 a 7 días (2 a 14); en neonatos temprana de 2 a 7 días, tardía de 5 a 7 días y puede presentar Síndrome Inflamatorio Multisistémico. El período de transmisión es de 0 a 5 días, asintomático con período de recuperación de 1 a 2 semanas, encontrándose en nasofaringe a los 22 días y en heces a más de 30 días. (21,23)

El desarrollo clínico de Asintomáticos 4.4%, leve 50.9%, moderada 38.8%, Severo 5.2% y Crítico 0.6%. Entre el 10.6% al 12% en menores de un año pueden tener enfermedad severa o crítica. En niños y adolescentes: Asintomáticos en el 35% de casos presentan: tos, fiebre, faringitis, gastrointestinales, congestión nasal, rinorrea, sibilancias, fatiga. En neonatos inespecíficos, dificultad para respirar, intolerancia a la alimentación, fiebre, diarrea.(21)

Boletín de Síndrome Inflamatorio Multisistémico (24)

La OMS el 15 de mayo alertó del Síndrome Inflamatorio Multisistémico SIM en niños, niñas y adolescentes NNA. Según el MSP los signos y síntomas son: los niños adolescentes dentro de la 1 a 6 semanas previas al inicio de síntomas, de fiebre mayor a 3 días, erupción macular, papular, purpúrica, aparición de urticaria o signos de inflamación mucocutánea (bucal en manos o pies) con o sin edema y lesiones purpúricas distales en manos o pies, presencia de conjuntivitis bilateral no purulenta, adenopatía cervical unilateral > 1,5 cm. Dolor abdominal, diarrea, vómitos, taquicardia, hipotensión y shock.

El país reporta 128 casos de SIM, PCR positivos 8 NNA, 52 NNA con PCR negativo, y 68 NNA en investigación. De ellos 49 son mujeres y 79 son varones, con mayor incidencia de 5 a 9 años, y todos se reportan vivos.(25)

Covid en mujeres embarazadas

En las mujeres embarazadas, en Estados Unidos desarrollado por el CDC en una serie del 22 de enero a diciembre del 2020, identificaron 2851. mujeres embarazadas con Covid – 19 incluyendo 60 muertes, (<https://www.cdc.gov/coronavirus/>), la presencia de virus fue detectada en un niño al primer día de nacido Arash et al 2020, Vivanti et. al demostró la transmisión de madre al niño a través de la placenta durante las últimas semanas, ocasionando viremia materna, inflamación placentaria y viremia neonatal, asociada a vasculitis cerebral, Hsu et. al., demostró se presenta en la placenta produce vasculopatía placentaria , restricción del crecimiento fetal en la infección leve por covid-19 y la transmisión vertical a las mujeres que se infectan al inicio del embarazo, nuevos estudios experimentales demuestran que puede transmitirse en cualquier etapa del embarazo a través de NRP1 de la placenta lo que alerta a una pandemia posterior en enfermedades neurodegenerativas, por lo cual debe vigilarse el embarazo y deben realizarse pruebas de rutina de covid-19 a toda embarazada(23,26)

Las implicaciones en las condiciones de salud por el oportuno acceso a los servicios, de los grupos de mujeres gestantes, post parto y en edad fértil, así como niños niñas y adolescentes son relevantes en su salud a futuro, se requiere de un trabajo intersectorial urgente como el acuerdo de Memorándum de entendimiento vigente para contribuir al mejoramiento de la cobertura de programas esenciales, enfocados en la población materno neonatal, niños – niñas y adolescentes, en el contexto de pandemia Covid-19 y lograr contribuir a la disminución de la morbilidad y mortalidad.

Covid en la salud mental

La experiencia de atravesar con un diagnóstico de Covid 19 puede también producir un impacto no deseado, disfuncional o no adaptativo, especialmente cuando se prolonga más allá de las primeras semanas o meses, y llega a interferir gravemente en el desarrollo vital de los individuos. Se expresan a través de respuestas de ansiedad, temores, irritabilidad, desapego, depresión, conductas de evitación, flashback, problemas de sueño, sensación de embotamiento, dificultades de concentración, abandono de actividades habituales, desesperanza; Estas situaciones pueden requerir ayuda profesional. Andrade et al.

La evidencia muestra claramente que el estigma y el miedo en torno a las enfermedades transmisibles dificultan la respuesta a las mismas. Lo que sí funciona es construir la confianza en los servicios y consejos de salud seguros, mostrar empatía hacia quienes están afectados, comprender la enfermedad en sí, adoptar medidas y prácticas eficaces para que las personas puedan ayudar a mantenerse a sí mismos, y a sus seres queridos, a salvo. La forma en que nos comunicamos sobre el COVID-19 es crucial para apoyar a las personas a emprender acciones eficaces que ayuden a combatir la enfermedad y para evitar alimentar el miedo y la estigmatización. Es necesario crear un entorno en el que la enfermedad y su impacto puedan ser discutidos y abordados en forma abierta, honesta y eficaz. Andrade. et. al.

Covid y la recuperación

Se considera curados a aquellos pacientes en los que se ha visto una recuperación física y dos resultados negativos para COVID 19. Sin embargo, hay informes de que estos pacientes posteriormente resultaron positivos entre 5 y 13 días después. El virus también puede persistir en la cavidad orofaríngea y las heces de un paciente hasta 15 días después de que se declare curado de COVID-19 (sin fiebre, sin síntomas respiratorios, 2 pruebas de torunda negativas). Debido a esto, se han recomendado 14 días adicionales en cuarentena o alta a una unidad reductora COVID-19 dedicada. (27,28)

La investigación narrativa desarrollada por Constante et al., tempranamente en mayo - junio del 2020 una vez realizada la búsqueda electrónica en las bases de datos, los artículos seleccionados fueron 18 artículos restantes, que refleja los siguientes aspectos:

- I. **Comorbilidades:** *Las principales comorbilidades de los pacientes con COVID-19 son hipertensión (55%), enfermedad coronaria y accidente cerebrovascular (32%) y diabetes (31%), los pacientes con COVID-19 tienen menos probabilidades de tener las siguientes enfermedades crónicas: enfermedades hepáticas (9%), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (7%), malignidad (6%), insuficiencia renal crónica (4%), enfermedades gastrointestinales (3%), enfermedades del sistema nervioso central (<1%) e inmunodeficiencia (1%). Por lo tanto, los sobrevivientes que requieren rehabilitación prolongada, tienen más probabilidades de ser mayores y tener enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares preexistentes, lo que puede influir en su rehabilitación y resultados. (27,29,30)*
- II. El ciclo de vida de este virus consta de 5 pasos principales: Fijación, Penetración, Biosíntesis, Maduración, Liberación. Una vez que los virus se fijan en los receptores del hospedero entran a la célula por endocitosis o fusión de la membrana, cuando los contenidos virales son liberados dentro de las células del hospedero el ARN viral entra al núcleo para replicarse. El ARNm viral es usado para sintetizar proteínas, luego estas maduran y se liberan (29–31)
- III. Los coronavirus están compuestos de cuatro proteínas estructurales: Spike (S), membrana (M), envoltura (E), y nucleocápside (N). El receptor implicado en SARS-COV-2 es el de la enzima convertidora de angiotensina 2 (ACE2) ya que el Spike del SARS-COV-2 también se une al receptor de ACE2. La expresión de ACE2 es alta en pulmones, corazón, íleo, riñón y vejiga. (32)
- IV. Los síntomas de los pacientes infectados van desde los más mínimos hasta falla respiratoria severa con falla orgánica múltiple. El ACE2 es altamente expresado en las células del epitelio apical de los pulmones en el espacio alveolar, el virus puede entrar y destruir. Las células epiteliales, macrófagos alveolares y células dendríticas son los componentes principales de la inmunidad en la vía aérea, estos componentes de inmunidad se encargan de presentar antígenos a las células T CD4 Y CD8.
- V. Varios estudios inmunológicos han reportado que los pacientes con enfermedades graves mostraron linfopenia, concentraciones plasmáticas aumentadas de citoquinas proinflamatorias incluidas IL-6, IL-10, factor estimulante de colonias de granulocitos (G-CSF), proteína quimioatrayente de monocitos 1 (MCP 1) y factor de necrosis tumoral alfa (TNF). Estudios de SARS-COV mostraron que las células epiteliales pulmonares infectadas con el virus producían IL-8 además de IL-6, IL-8 es un quimioatrayente bien conocido para neutrófilos y células T. (32)

Hasta la fecha, dos fases distintas del síndrome de SARS-CoV-2 han sido identificadas:

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

- 1) La primera fase: (Aguda) se caracteriza por un síndrome respiratorio prevalente.
- 2) La segunda fase, junto con la progresiva recuperación de la enfermedad, el reposo en cama, y secuelas invasivas de ventilación mecánica ha sido reportada. (33)

La recuperación de una infección leve por SARS-CoV-2 ocurre habitualmente dentro de los 7 a 10 días posteriores al inicio de los síntomas y podría llevar de 3 a 6 semanas en caso de enfermedad grave o crítica; Sin embargo, en los últimos meses se ha observado que en los pacientes que se recuperaron del COVID-19, uno o más síntomas persisten en un porcentaje sustancial de personas, incluso semanas o meses después de la fase aguda, afectando de forma significativa su bienestar y calidad de vida.(34)

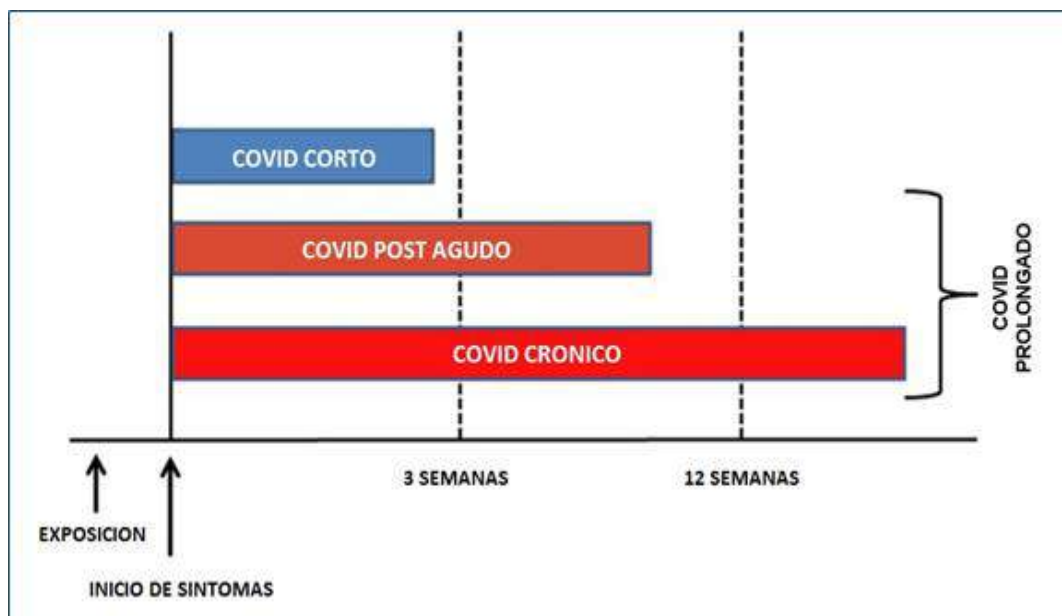
Por lo tanto desde inicios del año 2021 se acuñó el término “Long covid, covid prolongado o persistente” para describir la presencia de varios síntomas, incluso semanas o meses después de adquirir la infección por SARS-CoV-2, independientemente del estado viral. (34)

Dependiendo de la duración de los síntomas, el Covid persistente se puede dividir en 2 etapas: (34)

Covid posterior al agudo.- Los síntomas se extienden más allá de las 3 semanas, pero menos de 12 semanas,

Covid crónico.- Los síntomas se extienden más allá de las 12 semanas. Fig. 23

Fig.23 - Etapas del Covid persistente por duración de los síntomas. 2021



Fuente: A.V. Raveendran. 2021(34)

Elaboración: IR. José Robles

El Covid prolongado se puede dividir en diferentes categorías dependiendo de los síntomas residuales predominantes como secuelas cardíacas, neurológicas, gastrointestinales, etc. La categorización de los síntomas según el sistema orgánico involucrado ayudará a identificar la etiología y orientar a un adecuado manejo. (34)

Con base en las características mencionadas, la rehabilitación de los pacientes con COVID-19 no pueden separarse de la asistencia médica, respiratoria, infecciosa o problemas neurológicos que, junto con las úlceras de decúbito, debilidad muscular periférica, retracciones musculares, limitaciones articulares, equilibrio / trastornos posturales, y descondicionamiento físico causado por un reposo prolongado en cama, podría reducir drásticamente las posibilidades de volver a un estado funcional previo a la infección. (35)

Secuelas cardíacas: En un estudio, el 20% de los pacientes hospitalizados en China con COVID-19 tenían una lesión cardíaca asociada. Es más probable que estos pacientes tengan comorbilidades, requieran ventilación mecánica y otras complicaciones (síndrome respiratorio 59%, daño renal agudo 9%, trastornos electrolíticos 16%, hipoproteinemia 13% y trastornos de la coagulación 7%). También tuvieron una mortalidad mucho mayor (51% frente a 5%). El mecanismo de la lesión cardíaca es incierto, las presentaciones pueden incluir arritmia, insuficiencia cardíaca, disminución de la fracción de eyección, elevación de troponina I y miocarditis grave con función sistólica reducida, un breve informe describió a una mujer con miopericarditis aguda / insuficiencia cardíaca post-COVID-19, Como esta investigación de la lesión cardíaca incluyó estudios transversales o estudios de cohortes con seguimiento a corto plazo (4 semanas), se desconocen los resultados a largo plazo. (27)

La taquicardia persistente fue común después del SARS; sin embargo, tendió a resolverse y no se asoció con un mayor riesgo de muerte. (27)

El síndrome respiratorio agudo severo CoV-2 parece afectar el miocardio y causar miocarditis. Los casos de autopsia esporádica sugieren infiltración de miocardio por células inflamatorias mononucleares intersticiales. En paralelo, se han informado casos de miocarditis severa con función sistólica reducida después de COVID-19. Los estudios de biomarcadores cardíacos sugieren una alta prevalencia de lesión cardíaca en pacientes hospitalizados. La lesión miocárdica probablemente se asocia con miocarditis relacionada con la infección y / o isquemia y es un factor pronóstico importante en COVID-19. (27,31,36)

La Hipertensión Arterial (HTA) es el que en todas las series aparece como el más prevalente en el paciente COVID-19. con síntomas graves de enfermedad, el 58,3% tenían hipertensión. Se desconocen los mecanismos que subyacen en la posible relación entre la HTA y la COVID-19, pero teniendo en cuenta el importante papel del sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA) / ACE2 (enzima conversiva de la angiotensina 2) en la fisiopatología de la HTA, es posible que la disregulación del sistema sea una causa importante. Múltiples evidencias sugieren que el SARS-CoV-2 infecta las células huésped al unirse al receptor ACE2 ampliamente expresado en el sistema cardiovascular. A la luz de esto, se ha propuesto que el tratamiento de la HTA con inhibidores de SRAA (BSRAA) puede influir en la unión del SARS-CoV-2 a ACE2, promoviendo la enfermedad. Esto se basa en algunos hallazgos experimentales que muestran que los BSRAA causan un aumento compensatorio en los niveles tisulares de ACE2, y que los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) pudieran ser perjudiciales en pacientes expuestos al SARS-CoV-2. Sin embargo, no hay evidencia clara de que el uso de IECA o bloqueadores de los receptores de angiotensina (ARAI) conduzca a una disregulación de ACE2 en tejidos humanos. Los datos disponibles de muestras de sangre sugieren que no hay asociación entre los niveles circulantes de ACE2 y el uso de BRAAS. También parece que, en modelos experimentales los BSRAA pueden tener una influencia potencialmente protectora. Esta hipótesis está basada en la demostración de que la unión del virus a ACE2 conduce a una baja regulación de ACE2, que aumenta la producción de angiotensina II, pero reduce la angiotensina. Esto contribuye al aumento de la permeabilidad vascular pulmonar mediada por AT1, lo que agravaría la clínica pulmonar. Por lo tanto, una mayor expresión de ACE2 después de la terapia crónica con BSRAA puede proteger a los pacientes con COVID-19 de la permeabilidad de las lesiones pulmonares agudas. Dos mecanismos complementarios pueden explicar tal hipótesis: los BSRAA continuarán bloqueando la activación excesiva del receptor de la angiotensina (AT R) debido a la infección viral y, en paralelo, regularán al alta ACE2, aumentando así la producción de angiotensina. (33,37)

Secuelas Neurológicas: De forma aguda, el 36,4% de los pacientes con COVID-19 desarrollan síntomas neurológicos, incluidos dolores de cabeza, alteración de la conciencia, convulsiones, ausencia de olores y sabores y parestesias (27) son frecuentes la anosmia y la disgeusia, así como las mialgias, fatiga y cefalea, existiendo pocos datos más de afectación a nivel de sistema nervioso central y periférico, que empiezan a describirse de forma puntual y anecdótica la mayoría de los pacientes con COVID-19, no presentan esta sintomatología y las alteraciones neurológicas no son comunes, pero pueden ocurrir. Se han descrito más allá de lo mencionado antes, alteraciones en el nivel de conciencia, encefalitis, ataxia, síndrome de Guillain-Barré(6), encefalopatía necrotizante aguda neuralgia trigeminal, afectación del centro cardiorespiratorio en bulbo, mielitis y un incremento de complicaciones vasculares cerebrales. (27,32,38)

El síndrome de encefalopatía posterior reversible, que causa dolor de cabeza, confusión, convulsiones y pérdida visual, es una complicación potencial de COVID-19, se ha informado que la encefalitis viral es causada por COVID-19, y se ha

encontrado edema de tejido cerebral y degeneración neuronal parcial en pacientes fallecidos, se presume que COVID-19 puede aumentar el riesgo de eventos cerebrovasculares agudos y al menos una persona ha tenido el síndrome de Guillain-Barré asociado con COVID-19; sin embargo, no se determinó una relación causal(22,35,39,40)

El riesgo de padecer un estado mental alterado asociado a la COVID-19 es mayor en personas de edad avanzada o con deterioro cognitivo previo, así como en las que presenten factores de riesgo vascular (hipertensión) y comorbilidades previas. Pacientes con daño neurológico previo y síntomas respiratorios agudos tienen un riesgo mayor de sufrir una encefalopatía como síntoma inicial de la COVID-19. Los pacientes con COVID-19 sufren hipoxia grave, que es un factor de riesgo de encefalopatía. En el estudio de Mao et al, el 15% de los pacientes con COVID-19 grave presentó alteración del nivel de conciencia, y tan sólo un 2,4% en las formas leves. (41)

El SARS puede inducir enfermedades neurológicas como la polineuropatía, la encefalitis viral y el accidente cerebrovascular isquémico aórtico mientras que en el MERS, casi una quinta parte de los pacientes mostraron síntomas neurológicos (alteración de la conciencia, parálisis, accidente cerebrovascular isquémico, síndrome de Guillain-Barré, neuropatía infecciosa o convulsiones). (27) Estudios de necropsia han mostrado la presencia de edema cerebral y degeneración neuronal en pacientes fallecidos con COVID-19. (40)

Otros sistemas del cuerpo: *Los pacientes gravemente afectados por COVID-19 tienen más probabilidades de sufrir una lesión renal aguda, así como una infección secundaria, los sobrevivientes con ventilación mecánica han informado complicaciones como estenosis traqueal, osificación heterotópica, contracturas, capsulitis adhesiva, úlceras de decúbito, ronquera, pérdida de dientes, pérdida auditiva neurosensorial, tinnitus, lesiones del plexo braquial y neuropatías por atrapamiento (peroneo y cubital).* (27)

La osteoporosis y la necrosis avascular se han informado como secuelas, estas condiciones pueden haber surgido debido al uso de corticosteroides, para COVID-19, se desconoce la prevalencia del uso de corticosteroides para tratar COVID-19 en diferentes ciudades y países. (27)

Secuelas Cognitivas: *En un estudio de pacientes con insuficiencia respiratoria o shock, después de la admisión en la UCI (el 91% estaban ventilados mecánicamente), las puntuaciones medias de cognición global (medidas por la batería repetible para la evaluación del estado neuropsicológico) fueron un promedio de 1.5 DE por debajo del ajuste por edad población media y similar a la de los pacientes con deterioro cognitivo leve.* (27)

Entre estos pacientes, el 26% tenía puntuaciones 2 SD por debajo de la media de la población, similar a las puntuaciones para los pacientes con enfermedad de Alzheimer leve, todos los componentes de la cognición pueden verse afectados, incluida la atención, las habilidades visuales-espaciales, la memoria, la función ejecutiva y la memoria de trabajo, hay una gran variación en estos efectos. (27)

Secuelas de los sentidos del olfato y el gusto: *La anosmia y, secundariamente, los trastornos del gusto parecen ser muy prevalentes en personas con COVID-19, incluso en ausencia de síntomas nasales, y pueden aparecer de modo súbito. En un estudio realizado por Lechien en el que se revisan una serie de casos de obtenidos de hospitales europeos reportan que un 85,6% y un 88% de los pacientes describieron trastornos del olfato y del gusto, respectivamente, y la disfunción olfativa fue el síntoma inicial en el 12%. El 18% de los pacientes no presentaba rinorrea ni obstrucción nasal, pero en este subgrupo el 80% tenía anosmia o hiposmia.* (42)

En este estudio se informaron trastornos gustativos, que se caracterizaron por el deterioro de las siguientes cuatro modalidades de sabor: salado, dulce, amargo y agrio. La disfunción gustativa consistió en una capacidad reducida / discontinuada o distorsionada para saborear sabores. (42)

Todavía se desconocen los mecanismos fisiopatológicos que conducen a las disfunciones olfativas y gustativas en la infección por COVID-19. Pero se ha determinado que el coronavirus humano tiene una gran capacidad para invadir el bulbo olfatorio y de esta manera propagarse al sistema nervioso central esto se explicaría ya que el bulbo olfatorio está conectado con regiones de la corteza cerebral, los ganglios basales y el mesencéfalo. (42)

Secuelas a nivel renal: *El compromiso del riñón en la infección del virus Covid-19 es muy frecuente en los pacientes hospitalizados y se caracteriza por proteinuria (63%), en ocasiones en el rango nefrótico (34%), hematuria (20%), y el*

incremento de los productos nitrogenados (NU) (27%) y la creatinina (19%), los cuales son unos hallazgos relativamente frecuentes en la mayoría de los casos de la infección viral. (33)

A nivel renal, el SARS-CoV-2 afecta a células epiteliales tubulares proximales renales cultivadas, las células mesangiales glomerulares y los podocitos, que expresan ACE2 como receptor en su superficie y representan un objetivo para la COVID-19. En necropsias de pacientes fallecidos los hallazgos de microscopía electrónica han mostrado inclusiones virales en las células endoteliales renales, apoptosis y endotelitis en riñón, corazón, intestino delgado y pulmón, mostrando una clara congestión de vasos en este último órgano. La presencia de partículas virales en las células endoteliales y una acumulación de células inflamatorias, con evidencia de apoptosis o muerte celular endotelial e inflamatoria, puede sugerir que la afectación por la COVID-19 puede ser una endotelitis o una disfunción endotelial/vascular generalizada con afectación de todo el sistema CV. Ello puede basarse en que el virus usa el receptor ACE2 (enzima convertidora de la angiotensina 2) para la entrada en la célula, y este receptor está ampliamente expresado en riñón, corazón, pulmón e intestino. Las tinciones de inmunohistoquímica revelaron in situ la acumulación del antígeno viral SARS-CoV-NP en los túbulos renales. (33)

Los mecanismos de lesión renal aguda (IRA) en COVID-19 podrían ser multifactoriales, producidas por citoquinas, hipoxia, hipertensión intraabdominal, desequilibrio de líquidos, hipoperfusión, toxicidad tubular relacionada con la rabdomiólisis y endotoxina. En cuanto a la enfermedad renal crónica (ERC) hay poca información, pero en asociación con COVID-19 hay un mayor riesgo de enfermedad severa, se ha detectado que en pacientes con la COVID-19 hasta un 44% desarrollan proteinuria y un 15,5% incrementan sus niveles de creatinina. La ERC también es un factor de riesgo para mortalidad. (33)

Secuelas cerebrovasculares: *Se ha determinado que los pacientes de avanzada edad que presentan algún factor de riesgo vascular parecen tener un riesgo mayor de presentar complicaciones cerebrovasculares cuando desarrollan COVID-19 que las personas más jóvenes sin comorbilidades. (43)*

En Wuhan se evaluaron a 221 pacientes: el 5% presentaron ictus isquémico; 0,5%, trombosis cerebral de los senos venosos; y, 0,5%, una hemorragia cerebral. Los factores de riesgo de sufrir un ictus fueron: edad avanzada, padecer COVID-19 grave, tener una historia previa de hipertensión, diabetes o enfermedad cerebrovascular, o tener una respuesta inflamatoria y procoagulante marcada. (43)

En cuanto a la fisiopatología, es conocido que el SARS-CoV-2 se liga a los receptores de la ECA2 en las células del endotelio, lo que puede provocar un aumento de la presión arterial. El incremento de la presión arterial, junto con la presencia de trombocitopenia y trastornos de la coagulación, es un factor que puede contribuir al aumento del riesgo de ictus tanto isquémico como hemorrágico en pacientes con COVID-19. El síndrome de tormenta de citocinas puede ser otro factor de riesgo de enfermedad cerebrovascular. (43)

Secuelas a nivel gastrointestinal: *El tracto gastrointestinal y el hígado también podrían representar órganos diana del coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV-2) sobre la base de los hallazgos de que la enzima convertidora de angiotensina 2 (ACE2), el principal receptor del SARS -CoV-2, se expresa en el tracto gastrointestinal y en las células hepáticas. Los pacientes con síntomas digestivos tuvieron una variedad de manifestaciones, como pérdida de apetito, diarrea, vómitos y dolor abdominal, además los pacientes con síntomas gastrointestinales tienen un mayor riesgo de daño hepático y por ende a medida que aumenta la gravedad de la enfermedad, los síntomas digestivos y la lesión hepática se vuelven más pronunciados. (44)*

En un estudio se mostró que los pacientes con enfermedad grave tenían una mayor incidencia de función hepática anormal. Se observó una elevación del nivel de AST en ocho (62%) de 13 pacientes en la UCI en comparación con siete (25%) 25 pacientes que no requirieron atención en la UCI. El daño hepático en pacientes con infecciones por coronavirus puede ser causado directamente por la infección viral de las células hepáticas y en las células epiteliales de las vías biliares. Además, en estudios patológicos se confirmaron la presencia del virus en el tejido hepático, aunque el título viral fue relativamente bajo porque no se observaron inclusiones virales. (44)

El daño hepático en casos leves de COVID-19 a menudo es transitorio y puede volver a la normalidad sin ningún tratamiento especial. (44)

Secuelas cutáneas: *los síntomas cutáneos en asociación con COVID-19 se reportan, en China, el 0.2 --1.2% de 1099 pacientes estudiados con COVID-19 tenían erupción. Las erupciones máculo-eritematosas representan la manifestación más común, seguidas de la urticaria y vesículas similares a la varicela. Se puede postular que las partículas virales presentes en los vasos sanguíneos cutáneos en pacientes con infección por COVID19 podrían conducir a una vasculitis linfocítica similar a las observadas en la arteritis trombofílica inducida por complejos inmunes de la sangre que activan las citocinas. Los queratinocitos pueden ser un objetivo secundario después de la activación de las células de Langerhans, induciendo un espectro de diferentes manifestaciones clínicas. Se puede postular que el virus no se dirige al queratinocito, sino que la respuesta inmune a la infección conduce a la activación de las células de Langerhans, lo que resulta en un estado de vasodilatación y espongiosis. Otras teorías sugieren que las manifestaciones parecidas a livedo reticularis pueden resultar debido a la acumulación de microtrombosis que se originan en otros órganos, reduciendo así el flujo sanguíneo al sistema de microvasculatura cutánea.* (45)

Además, la acroisquemia se presenta con cianosis en el dedo del pie, esta lesión en los pies empiezan como pequeñas manchas rojo-violáceas con los bordes poco definidos que producen dolor leve-moderado, escozor e irritación. Pueden mantenerse igual durante algunos días, o incluso desaparecer poco a poco. A la vez que las lesiones cambiaban de color, el paciente desarrolló otros síntomas como fiebre, dolor de cabeza y dolor muscular. Esta manifestación tiene que ver con un proceso bioquímico que se produce en nuestro organismo como mecanismo de defensa ante el virus en el que se produce un aumento de las citoquinas que genera el síndrome linfocítico, éste conlleva una rotura de los glóbulos rojos, haciendo que aumente la ferritina y el dímero D y que a su vez aumenta el riesgo de sufrir trombosis o microtrombos. (45)

Secuelas psicológicas: *En una investigación sobre admisiones en la UCI para síndrome respiratorio, se han informado impactos psicológicos adversos, Incluso después de 2 años, el TEPT (22% -24%), la depresión (26% -33%) y la ansiedad general (38% -44%) son prevalentes, estos también se han informado como preocupaciones posteriores a COVID-19, acompañados de una reducción severa en la calidad de vida y la función.* (27)

El mayor riesgo para los trastornos del estado de ánimo posteriores al SDRA es la enfermedad psiquiátrica premórbida, otros riesgos incluyen: edad más joven, sexo femenino, desempleo, consumo de alcohol y un mayor uso de sedación opioide, los miembros de la familia también pueden sufrir TEPT, ansiedad y depresión, y pueden tener dificultades para manejar sus nuevos roles de cuidador. (27)

Salud mental: El impacto de las medidas de pandemia y cuarentena adoptadas con respecto a nuestra salud mental, lo estudiaron en España y publicado el 13 de mayo de 2020, demostró que en 3480 participantes el 18.7% presenta un posible caso de trastorno depresivo, el 21.6% presenta ansiedad y un 15,8% presentan síntomas post traumáticos de moderados a severos. (46)

La mayoría de mujeres (75%), con estudios universitarios o de posgrado (67%), edad promedio fue de 37.92, lo que refleja una mayoría de personas entre 18 y 39 años (56.63%), y una minoría de personas en el grupo de 59-80 años (6.81%), con edad promedio de 64,85. (46)

En relación con Covid-19, el 13,9% declaró que habían sufrido síntomas compatibles con la enfermedad, mientras que solo el 7% había dado positivo por Covid-19. Sin embargo, el 28.3% tenía un familiar o pariente cercano que había sido diagnosticado, y casi el 3% de la muestra tenía que vivir con una persona infectada. (46)

Tener síntomas actuales o anteriores de Covid-19 y tener un familiar o pariente cercano diagnosticado y viviendo con él se relaciona positivamente con la sintomatología. Recibir suficiente información fue un factor protector en la aparición de síntomas de depresión, ansiedad y síndrome post traumático. (47)

La soledad y la discriminación mostraron una relación positiva significativa con los síntomas del trastorno de estrés depresivo, ansioso y postraumático. El apoyo social, el sentido de pertenencia, el bienestar y la autocompasión tuvieron una relación significativamente negativa, un dato curioso es que se halló como factor protector el bienestar espiritual. (46)

Adicionalmente las consecuencias del confinamiento poblacional, el duelo por las muertes solitarias, y el impacto de la crisis sanitaria sobre los profesionales de la salud mental, desde los dispositivos hospitalarios hasta los comunitarios, de rehabilitación, y la atención primaria, centrarán la exigencia de dicho servicio durante el desencarcelo y el medio plazo. Es

previsible un aumento de la demanda de atención psiquiátrica a medio y largo plazo y un impacto en la docencia e investigación en salud mental, muchos serán afectados ante las circunstancias y es importante prever estas situaciones (47)

Rehabilitación

Estudios hechos en china se han desarrollado basados en la experiencia clínica, en la que aseguran que todo paciente covid positivo requiere rehabilitación tanto física como psicológica y cambios en sus hábitos de vida para tener una recuperación óptima, se enfatiza en las recomendaciones para la rehabilitación respiratoria en adultos con COVID-19 basadas en las opiniones de expertos clínicos de primera línea involucrados en el manejo de esta epidemia. (35)

Las recomendaciones relevantes son para pacientes hospitalizados con COVID-19:

- I. la rehabilitación respiratoria aliviará los síntomas de disnea, ansiedad y depresión y eventualmente mejorará las funciones físicas y la calidad de vida
- II. para pacientes hospitalizados graves / críticos, no se sugiere rehabilitación respiratoria temprana,
- III. para pacientes en aislamiento, la guía de rehabilitación respiratoria debe realizarse a través de videos educativos, manuales de instrucciones o consultas remotas,
- IV. la evaluación y el monitoreo deben realizarse durante todo el proceso de rehabilitación respiratoria, y
- V. debe usarse una protección de grado adecuada siguiendo las pautas de protección.

Estas recomendaciones pueden guiar la práctica clínica y formar la base para la rehabilitación respiratoria. (48)

Evaluación de mejoría

Durante el seguimiento, podemos evaluar la recuperación del paciente mediante la Escala de evaluación de estado posterior a COVID, que utiliza una puntuación de 0 a 10, donde 0 representa ninguna mejoría y 10 representa una recuperación completa. En pacientes con múltiples síntomas, cada síntoma se puede documentar utilizando una puntuación similar. De igual forma se puede registrar la mejoría general del estado funcional y la mejoría general del bienestar mental con puntuaciones de 0 a 10. (34). Fig. 24

Fig. 24 - Escala de evaluación de síntomas posteriores al Covid. 2021



Fuente: A.V. Raveendran. 2021(34)

Elaboración. IR. José Robles

Pacientes dados de alta tras COVID-19 con criterios de:

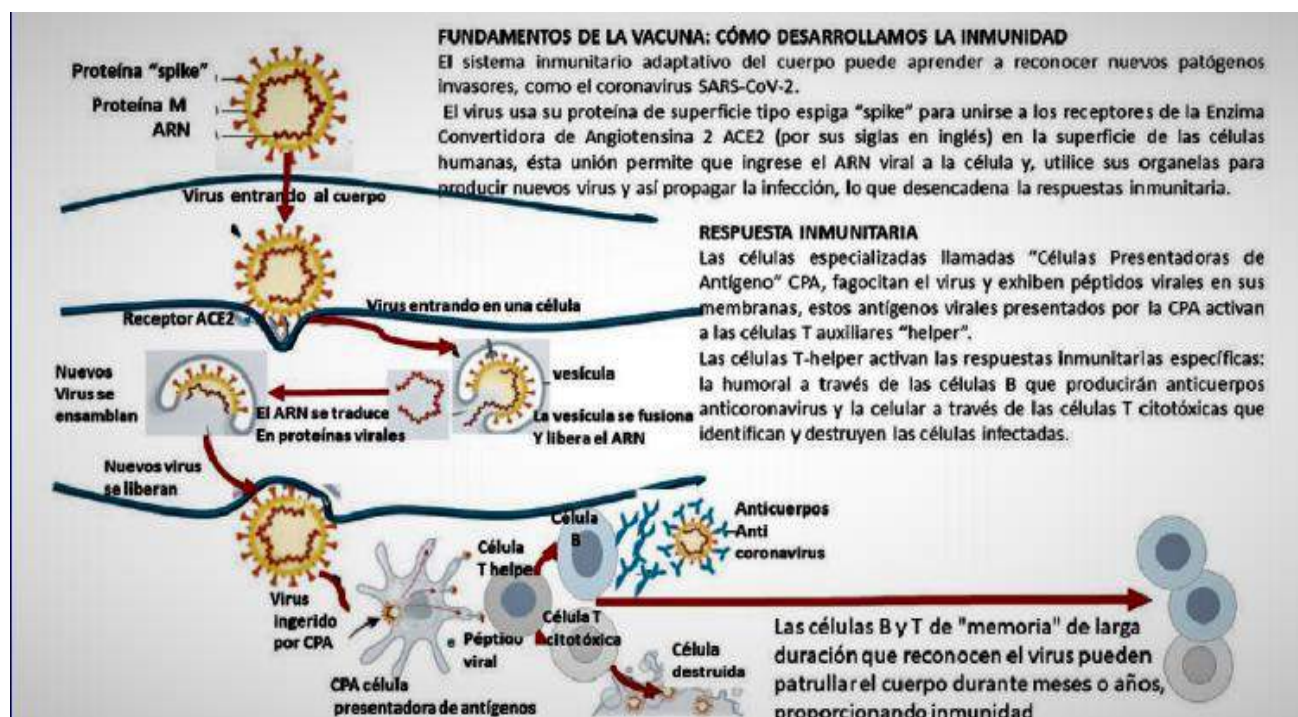
1. Temperatura corporal normal por más de 3 días
2. Mejoría de síntomas respiratorios
3. Imagen (Rx) que indique clara reducción de infiltrado
4. Test PCR negativo en dos ocasiones consecutivas en un intervalo de 24 horas

Si bien todavía es pronto para afirmar con un alto nivel de evidencia científica las posibles consecuencias del COVID-19 sobre la función pulmonar y capacidad funcional de las personas que lo han sufrido, ya existen algunos documentos de referencia, basados en la opinión de los expertos, así como en evidencias de alto nivel de enfermedades que cursan con una fisiopatología similar, sobre la necesidad de implementar programas de rehabilitación pulmonar en estos pacientes. Aún existen muchas preguntas por resolver, como las recogidas en el documento Adhoc International Task Force de la European Respiratory Society. Algunas de las más relevantes para programar nuestra intervención son: ¿cuáles son las secuelas, persistentes o incluso progresivas, relacionadas con el posible deterioro de la función pulmonar y/o cardíaca, la capacidad funcional y el estado psicológico de las personas que han superado el COVID-19?, ¿cuáles serán las consecuencias relacionadas con las largas estancias en hospitales y/o UCI's?, ¿cuáles son las posibilidades reales al alta, tanto de intervención precoz como de valoración de estos pacientes? En este sentido debe considerarse la dificultad para acceder a algunas de las pruebas diana realizadas habitualmente antes de establecer un programa de rehabilitación pulmonar, como por ejemplo pruebas para valorar la función pulmonar, la fuerza y resistencia de los músculos respiratorios, las pruebas de esfuerzo. (49)

Análisis de las estrategias de contención del Covid: La vacuna de Covid-19

Cuando se administra la vacuna la célula dendrítica lleva el material viral a la célula naive T se transforma en Una célula B que puede destruir a la célula infectada, la diferencia con la infección natural está en la estrategia oar desarrollar la vacuna: virus natural inactivado (administrar importante carga de virus), sintetizadas en gran escala las espigas es decir tener las proteínas, solamente el material genético modificado, nanotecnología cápsula de lípidos con una molécula de ARNm

Fig. 25 - Esquema simplificado del desarrollo de inmunidad que se pretende alcanzar con una vacuna



Fuente: Steryn Prync AE. Vacunas para SARS-CoV-2, diferentes estrategias de los desarrollos en curso. 2020(50)

Vacunas para prevenir la infección por SARS-COV2

En marzo de 2020 comenzaron los primeros ensayos clínicos en humanos de las vacunas contra el COVID-19. Se completaron varios ensayos de fase III y varios más están a punto de completarse. Aquí se describen las vacunas seleccionadas que han completado, ingresado o están a punto de ingresar en los ensayos de fase III; algunas de estas vacunas están disponibles para su uso en diferentes países. Ver **Tabla 8**

Tabla 8 - Características de determinadas vacunas COVID-19.

Nombre/Empresa	Plataforma	Dosis e intervalo previsto	Eficacia contra COVID-19 sintomático	Efectos secundarios comunes
BNT162b2	ARNm "fragmento código genético"	2 dosis con 3 semanas de diferencia	95% -70°C	-Reacciones locales en el lugar de la inyección
Empresa / desarrollador	nanotecnología, cubierta de capsula lipídica	-brazo VENTAS: UE: 200 millones EU: 100 millones Costo: \$20		-Síntomas sistémicos (fiebre, escalofríos, fatiga, mialgias, dolor de cabeza)
Pfizer / BioNTech				
ARNm-1273	ARNm "fragmento código genético"	2 dosis con 4 semanas de diferencia	94% -20°C	-Reacciones locales en el lugar de la inyección
Empresa / desarrollador		VENTAS: UE: 160 millones EU: 100 millones Costo: 33 dólares		-Síntomas sistémicos (fiebre, escalofríos, fatiga, mialgias, dolor de cabeza)
Moderna				
Gam-COVID-Vac (Sputnik V)	Vectores de adenovirus 26 y adenovirus 5 de replicación incompetente	2 dosis con 3 semanas de diferencia	92% temperatura normal de un refrigerador	-Reacciones locales en el lugar de la inyección
Empresa / desarrollador		VENTAS: Brasil 10 millones India 100 millones Costo: \$10		-Síntomas sistémicos (fiebre, escalofríos, fatiga, mialgias, dolor de cabeza)
Instituto Gamaleya				
ChAdOx1 nCoV-19 / AZD1222	Vector viral: Vector de adenovirus de chimpancé incompetente para la replicación. El vacunado general proteína S	2 dosis -Con 4 a 12 semanas de diferencia (recomendación del fabricante) - Separados entre 8 y 12 semanas (recomendación de la OMS)	70%	-Reacciones locales en el lugar de la inyección
Empresa / desarrollador				-Síntomas sistémicos (fiebre, escalofríos, fatiga, mialgias, dolor de cabeza)
AstraZeneca / Universidad de Oxford / Serum Institute of India				400 millones de dosis en UE
NVX-CoV2373	Proteína recombinante	2 dosis con 3 semanas de diferencia	89%	-Reacciones locales en el lugar de la inyección
Empresa / desarrollador				-Síntomas sistémicos (fiebre, escalofríos, fatiga, mialgias, dolor de cabeza)
Novavax				
Ad26.COV2.S	Vector de adenovirus 26 de replicación incompetente	1 dosis	66% de eficacia frente a COVID-19 ^Δ de moderado a grave	-Reacciones locales en el lugar de la inyección
Empresa / desarrollador				-Síntomas sistémicos (fiebre, escalofríos, fatiga, mialgias, dolor de cabeza)
Janssen / Johnson & Johnson				

Fuente: Connors et. al(51)(52)

Elaboración: Lilian Calderón PhD.

Propuesta de estrategia de vacunación para covid-19 –Ecuador

El MSP asegura 18.09 millones de vacunas para 2021, de Pfizer 6 millones, Astra Zeneca 5,04 millones y la iniciativa Covax Facility 7DE and ,05 millones programados el 60% de la población

El MSP informó sobre la fase cero de vacunación que se cumplió hasta el pasado 4 de febrero a través de un boletín explicó que ha suministrado la primera dosis a 6 mil 228 ecuatorianos, de ellos 5 mil 976 son profesionales de la salud de 99 hospitales de la red pública y privada y a 252 adultos mayores. Los expertos visitaron 20 instituciones, 18 hospitales y dos centros gerontológicos de 4 provincias del país. Destacaron el riguroso respeto de la cadena de frío y de los protocolos. Insistieron en la creación de un registro único de personas inoculadas.

En la página oficial del MSP se expone la planificación de provisión de vacunas para Ecuador, con lo cual se podría dar el seguimiento a la dotación y cumplimiento de vacunas. **Tabla 9**

Tabla 9 - Vacunas negociadas y administradas para el país, febrero- junio 2021 (53)

Vacuna	Cantidad negociada con Ecuador	Entregas	Inmunizados
Pfizer	6 millones	8190	1ra. 1'391.078
		16380	2da. 20.137
		1'001520	
Sinovac		1'723.520	1'469.966
Aztrazeneca Oxford	5,04 millones		1'083.212
Iniciativa COVAX FACILITY	7,05 millones	624.00	
Total 1ra. dosis			2'643.327
Total 2da. dosis			1'300.929
TOTAL DOSIS ECUADOR	18,09 millones		3'944.256
Total población	17'51 millones	3'3349.040*	

*MSP: 25 de junio del 2021

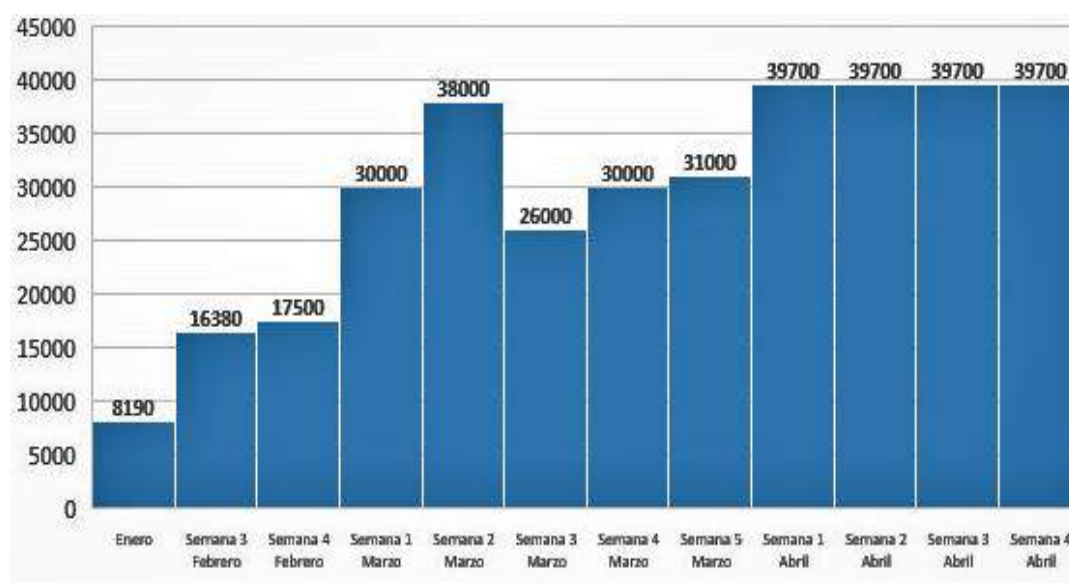
Fuente: MSP(53)

Elaboración: Dra. Lilian Calderón

La compra programada de vacunas para el país con una inversión de 200 millones, para inmunizar a 9 millones que representa el 60% de la población, se refleja en la **Fig. 26**

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

Fig. 26 - La programación de la compra y entrega de vacunas Pfizer se encuentra en la tabla siguiente

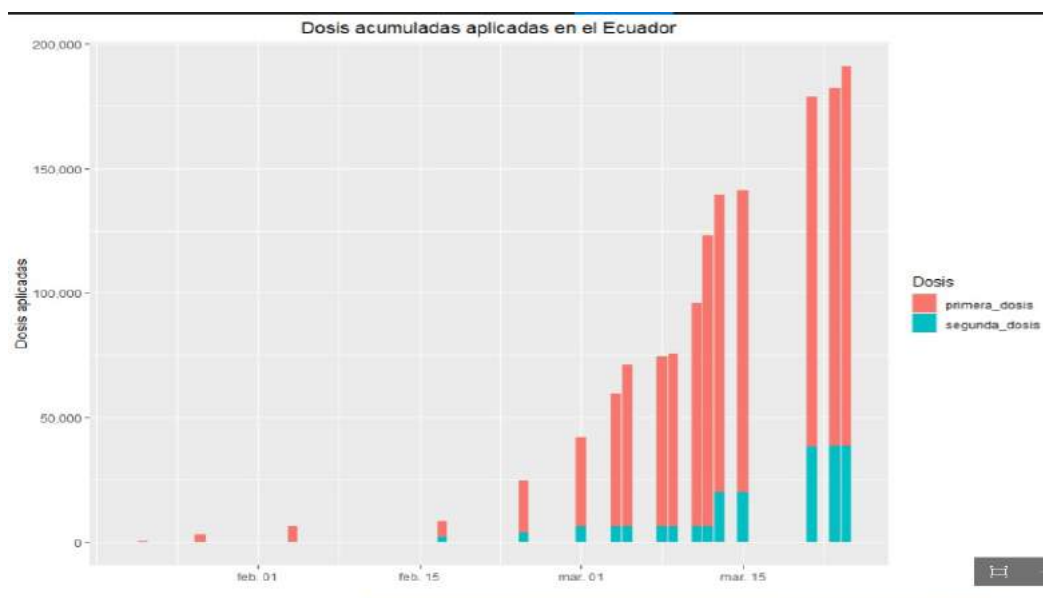


Fuente: MSP(53)

Elaboración: Dra. Lilian Calderón

El 17 de febrero, llegó la segunda entrega 16.380 dosis de la farmacéutica Pfizer, para el personal que continúa en la primera línea de riesgo de contagio del virus. Treinta días después del arribo de las primeras 8.190 dosis, informó el Comité de Transparencia, que conformó el gobierno para el plan piloto de vacunación conformada por la USFQ y la UESS. El inicio de la aplicación de la segunda dosis de inmunización de los profesionales de la salud y adultos mayores. “Se aplicará a las personas que recibieron la primera dosis durante la fase cero, que es equivalente el lote de reserva de alrededor de 1700 vacunas que tienen stock el Ministerio de Salud”, Fig. 27

Fig. 27 - Relación de primera y segunda dosis de Covid-19 de la farmacéutica Pfizer aplicadas en el Ecuador 2021.



Fuente: Ministerio de Salud Pública (53)

Elaboración: Psicólogo. Fredy Narváez;

Israel lidera la lista de cobertura de vacunas en el mundo, en Latinoamérica lidera Chile y Ecuador con una concentración 0,4 ocupa el último puesto de todos los países en concentración de inmunización(54). El déficit de vacunas en los países, fomentará las mutaciones y la gravedad de la pandemia y por ende las situaciones sociales de los países. Las mutaciones evidentes, **Tabla 10**.

Tabla 10 - Previendo el Covid-19 y sus mutaciones

	B.1.1.7 Reino Unido	B.1.51	B.1.1.28/P.1 Brasil	B.1.351 Sudáfrica	B.1.61 7 India
Nombre alternativo	N501Y.V1	N501Y.V2	N501Y.V3	N501Y.V2	
mutaciones	23	21	17		
Mutaciones Spike	8	9	10		
Llave maestra RBD, Spike mutaciones beyond N501Y en todo	E69/70 deletion, P681H 144Y deletion, A5700	E484 ,k417N, orf1b deletion	E484K , K417N/T, orf1b deletion	E484K/ K417N	E484Q/ L452R
Otras mutaciones incluyendo N terminal	T716I,S982A , D1118H	L18F, D80A, D215G, Δ242-244,R264I	L18F,T20N, P26S		
Δ de transmisibilidad	>40% incrementado	no establecido	no establecido		
Δ de letalidad	concern raised, no resuelto	no establecido	no establecido		
escape de inmunidad	no establecido	probable, extensión nuclear in vitro	probable, extensión nuclear in vitro		
Reporte de los países (NO transmisión local	70	31	8		
Vacuna útil	Pfizer Moderna			Pfizer Moderna (moderna trabaja en refuerzo)	

Fuente: Conferencia de Genómica y Genética UCE. 2021.

La promoción de la salud,(55) está en:

- ✓ Mejorar el conocimiento del cuerpo
- ✓ El cuidado de los hábitos saludables: limpieza, descanso y sueño completo.
- ✓ Introspección, meditación
- ✓ Salud del medio ambiente
- ✓ Salud de las especies que son parte de nuestra alimentación, de nuestro bienestar, de calidad del agua, de los productos, limpieza del aire
- ✓ Reinventar los cuerpos y reparar el planeta del clima
- ✓ Controlar la muerte mecanizada con las armas nucleares y la guerra biológica
- ✓ Crear un ambiente interno al éxito de armonía y bienestar: crear intimidad consigo misma, escucharse a sí misma, aceptarse a sí misma, gratificarse a sí misma, y para luego ejercer intimidad con el entorno con la familia, la comunidad y demás
- ✓ Desarrolla amor, empatía no temor a la muerte, no tomar la existencia por sentado, sorprenderse por la existencia, y hay gratitud por la vida, entonces no se da la hostilidad ni discriminación.
- ✓ Disfrutar la salud perfecta es un estado original fundamental que el cuerpo se regula en homeostasis, de fluidez, una mente alerta y tranquila, un alma alegre sin ansiedad, anticipación, lamento o resistencia.

Fracaso en el control de la epidemia

- ✓ Baja inversión con privilegio del pago de la deuda externa
- ✓ El Estado NO cumplió el compromiso de realizar pruebas masivas de PCR el y ahora muchas pruebas de antígenos para detectar a los transmisores 8 de cada 10.
- ✓ Baja protección personal del equipo de salud
- ✓ Cansancio de los trabajadores de salud
- ✓ Dotación escasa de vacunas
- ✓ Falta de plan de vacunación a nivel nacional

Responsabilidad individual y familiar

Son Responsabilidad individual, por la alta transmisibilidad del virus por el aire (aerosoles), las manos y objetos contaminados las siguientes medidas como:

- ✓ Uso obligatorio de mascarilla facial en todo lugar donde no pueda mantener la distancia de 2 metros y en lugares cerrados y con mucha gente.
- ✓ Distancia de 2 metros en todo lugar abierto o cerrado. La mascarilla no reemplaza la distancia.
- ✓ Ventilación de todo lugar cerrado. Si no puede mantener ventilado todo el tiempo, ventilar las habitaciones cada 30 minutos por 5 a 10 minutos.
- ✓ Lavado o desinfección de manos con gel alcohol (6 veces al día)
- ✓ Desinfección de objetos o superficies potencialmente contaminadas.
- ✓ Autoaislamiento voluntario de personas con condiciones de riesgo de tener enfermedad grave. Reducir al mínimo el uso de transporte público y aglomeraciones.
- ✓ Aislarse en cuarto y baño aparte si tiene síntomas hasta que se realice una prueba PCR.

Responsabilidad de las organizaciones comunitarias y sociales

- ✓ Selección y capacitación de Epidemiólogos y líderes comunitarios.

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

- ✓ Identificación de familias afectadas y apoyo solidario para proveer alimentos y apoyo social.
- ✓ Rastreo de contactos.

Estrategia de control de covid-19 responsabilidad del gobierno nacional y de los gobiernos locales

- ✓ El regreso a semáforo amarillo o rojo y toque de queda se debe implementar por cortos periodos (14 a 21 días) cuando el número de casos graves supere la oferta de camas hospitalaria o UCI.
- ✓ Para evitar esta situación el Estado debe ofrecer masivamente pruebas gratuitas PCR o pruebas rápidas de detección de antígenos
- ✓ Crear equipos de funcionarios públicos y de voluntarios para el rastreo de contactos (personas que pueden estar infectadas y sin transmisores).
- ✓ Ampliar la organización, educación y participación comunitaria
- ✓ Campaña de comunicación sobre prevención en fiestas o reuniones familiares
- ✓ Ampliar la oferta de diagnóstico gratuito, incluyendo pruebas rápidas de detección de antígenos
- ✓ Incluir como estrategia altamente costo efectiva el rastreo de contactos
- ✓ Abolir la ley humanitaria que favorece el despido de trabajadores
- ✓ Redefinir la dotación de vacunas con enfoque de riesgo, vulnerabilidad socioeconómica
- ✓ Control integral focalizado de caso y rastreo de contactos en barrios de más alta tasa de transmisión
- ✓ Vacunación a personas con alto riesgo de transmisión en lugares de brote epidémico

Desafíos de la sociedad post pandemia(54)

- ✓ Repunte de la informalidad
- ✓ Empobrecimiento de la población
- ✓ Bajo nivel de deuda, con capacidad de endeudamiento
- ✓ Consumo privado
- ✓ Consumo de gobierno
- ✓ Formación bruta de capital fijo
- ✓ Gastar poco, esperando del mercado, esperar a la recuperación del poder
- ✓ Crecimiento esperado
- ✓ Apoyos fiscales
- ✓ Aplazamiento de pagos a créditos o servicios
- ✓ Proyecto a largo plazo con sectores claves, formación de capital humano, energías limpias y transporte, seguridad social, digitalización de la economía
- ✓ Políticas: reforma fiscal, reforma de seguridad social, movilidad social, ciencia y tecnología, laboral, seguridad para eliminar la violencia, Mayor desaceleración, en el periodo
- ✓ Estructura inadecuada de los impuestos
- ✓ Política industrial y tecnológica con mayor valor agregado
- ✓ Modernización de planes educativos
- ✓ Modernización de técnicas educativas
- ✓ Pensamiento creativo innovador
- ✓ Desarrollo de Habilidades de liderazgo, innovación, trabajo en grupo
- ✓ Se aceleró con la pandemia para reducir el contacto social
- ✓ Con cierre de escuelas a más de un año
- ✓ Población sin acceso a la educación digitalizadas,

- ✓ Mala calidad en internet
- ✓ Índice de resiliencia total del hogar
- ✓ Intereses y preferencias de las élites económicas con objetivos nacionales
- ✓ Capacidades estatales tecno políticas burocracia con ideología desarrollista
- ✓ Tasa de interés alta
- ✓ Debilidad del estado en nivel de gasto
- ✓ Proyecto nacional
- ✓ Coalición entre clases
- ✓ Recomposición social
- ✓ Recuperar la idea de nación para movilizar colectivamente a la sociedad
- ✓ Recuperar el proyecto latinoamericano en una perspectiva integrado

Bibliografía

1. Salud OOP de la S. Actualización Epidemiológica Nuevo Coronavirus (2019-nCoV) 5 de febrero del 2020. 2020;(Cdc):1–10. Available from: <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-nuevo-coronavirus-ncov-5-febrero-2020>
2. Ernesto Stein y Camila Valencia BI de D. Coronavirus [Internet]. University, John Hopkins. 2021. Available from: <https://www.un.org/es/coronavirus>
3. Ecuador O social del. Monitoreo del coronavirus Covid-19 en el Ecuador [Internet]. 2021. Available from: <https://www.covid19ecuador.org/ecuador>
4. Quito S de salud del DM de. Situaciones cantones Pichincha [Internet]. Available from: <https://coe-pichincha.senescyt.gob.ec/situacion-cantones-pichincha/>
5. Resoluciones-COE-Nacional-14-de-marzo-2020.pdf.
6. Haro Esparza DA, Aldás Ibujes AD, Santana Alarcón AE, Torres Constante EA, Aranha Reyes LR, Gómez Albán LM, et al. Prevalencia de Enfermedades Respiratorias y Comportamiento Epidemiológico de COVID-19 en Pacientes del Centro de Salud “Centro Histórico. Investigatio. 2020;15(15):25–36.
7. Tusev A, Tonon L, Capella M. Efectos Iniciales en la Salud Mental por la Pandemia de Covid-19 en algunas Provincias de Ecuador The Initial Mental Health Effects of the Covid-19 Pandemic Across Some Ecuadorian Provinces. Edición Espec. 2020;3(15):11–24.
8. Elena S. Informe de Situación COVID-19 Ecuador Informe de Situación COVID-19 Ecuador. 2020;(013).
9. Rios P, Calderón L, Piedra S, Guerrero J, Narváez A. Propuesta de análisis territorial para enfrentar la pandemia por SARS-CoV-2 basado en el perfil de neumonía e influenza en Ecuador 2016-2018. Aten Prim. 53 (2021) 102021 DOI: [10.1016/j.aprim.2021.102021](https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102021)
Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S021265672100055X>
10. Narváez Olalla A, Melena Zapata J, Guerrero González J, Solís Cárdenas D, Calderón Layedra L, Albán Villacis J, et al. Exposición Y Riesgo Ocupacional De Covid-19 En Estudiantes, Docentes Y Profesionales De La Salud. Rev Médica Vozandes. 2021;31(2):33–41.
11. Saltos-Ilerena I, Calderón-layedra L. Condiciones De Trabajo En El Personal De Enfermeras / Os En. 2020;(06).
12. Ortiz-Prado E, Simbaña-rivera K, Diaz AM, Barreto A, Moyano C, Arcos V, et al. COVID-19 epidemic in Ecuador. medRxiv [Internet]. 2020;17. Available from: <https://doi.org/10.1101/2020.05.08.20095943>

13. Universidad Central del Ecuador Carrera de Medicina F de CM. Agenda Informativa - Programa de Internado Rotativo, Mayo 2016 - Abril 2017. Quito - Ecuador: Facultad de Ciencias Médicas;
14. Ecuador UC del. Agenda Académica de Ciclo de Salud Comunitaria del Programa de Internado Rotativo de Medicina 2021. Ecuador; 2021.
15. K.Armas, E.Calderón, López, A.Ríos, J.Sánchez, Simbaña M, et al. Análisis comparativo de cobertura de los programas esenciales en el distrito 17D05 del Distrito Metropolitano de Quito, períodos Enero - Junio del 2019 – 2020. Quito; 2020.
16. María Paz G, Llerena J, López A, Andrea Quisaguano JS, Sánchez J, Sánchez D, et al. “Impacto de la pandemia en la atención médico barrial a neonatos, niños, niñas, adolescentes y mujeres en estado de gestación durante el primer semestre del 2019 y 2020 en el Centro de Salud de San Antonio de Pichincha – Ecuador.” 2020;
17. CoronaVirus Disease identificado el año 2019. Available from: <chrome-extension://dagcmkpagjlhakfdhnbomgmjdpdkklff/enhanced-reader.html?openApp&pdf=https%3A%2F%2Fwww.nejm.org%2Fdoi%2Fpdf%2F10.1056%2FNEJMs2005114%3FarticleTools%3Dtrue>
18. G Pérez. Corona virus y su impacto cardiovascular, SIAC. 2020; Available from: <http://www.siacardio.com/novedades/covid-19/coronavirus-y-su-impacto-cardiovascular/>
19. Zubieta G. BioSpaceForming. Present Congr [Internet]. 2021; Available from: <https://www.facebook.com/UniversidadTecnicaAmbatoOficial/videos/755556141767273>
20. El País. El mapa del coronavirus: así crecen los casos día a día y país por país.
21. Fonseca E. 1ras. Jornadas Académicas de Genética y Genómica UCE: Covid-19 en Pediatría y Neonatología. Ecuador; 2021.
22. Trevisanuto D, Cavallin F, Cavicchiolo ME, Borellini M, Calgaro S, Baraldi E. Coronavirus infection in neonates: a systematic review. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/fetalneonatal-2020-319837>
23. El-Arabey AA, Abdalla M. Transplacental transmission of SARS-CoV-2 infection via NRP1. Travel Med Infect Dis [Internet]. 2021;40(November 2020):101987. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.tmaid.2021.101987>
24. Pública M de S. Boletines Síndrome Inflamatorio multisistémico (SIM) en niños y adolescentes menores de 19 años asociado a COVID-19 [Internet]. 2021. Available from: <https://www.salud.gob.ec/boletines-sindrome-inflamatorio-multitemico-sim-en-ninos-y-adolescentes-menores-de-19-anos-asociado-a-covid19/>
25. Ministerio de Salud Pública. Boletín epidemiológico SIM 0022 Ecuador 2020 [Internet]. 2021. Available from: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/12/BOLETIN-SIM-22.pdf>
26. Di Mascio D, Khalil A, Saccone G, Rizzo G, Buca D, Liberati M, et al. Outcome of coronavirus spectrum infections (SARS, MERS, COVID-19) during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. Am J Obstet Gynecol MFM [Internet]. 2020;2(2):100107. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2020.100107>
27. Sheehy LM. Considerations for Postacute Rehabilitation for Survivors of COVID-19. JMIR Public Heal Surveill. 2020;6:1–8.
28. Constante A, Maldonado D, Moncayo M, Morales J, Ortega E, Sánchez J, et al. Secuelas y posibles efectos del covid-19: revisión de la literatura. Quito; 2020.
29. Bonanomi E, Cabrini L, Carlesso E, Castelli G, Cattaneo S, Cereda D, et al. Risk Factors Associated With Mortality Among Patients With COVID-19 in Intensive Care Units in Lombardy, Italy. JAMA Int Med. 2020;180(10):1345–55.
30. Review C. Pathophysiology, Transmission, Diagnosis, and Treatment of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) A Review. JAMA. 2020;324(8):782–93.

31. Zhou M, Xie X, Peng Y, Wu M, Deng X. From SARS to COVID-19 : What we have learned about children infected with COVID-19. *Int J Infect Dis.* 2020;96(January):710–4.
32. Yuki K, Fujiogi M, Koutsogiannaki S. COVID-19 pathophysiology : A review. *Clin Immunol.* 2020;(January).
33. Carratalá VP, Górriz-zambrano C, Ariño CM, Luis J, Caro L, Gorriz JL. COVID-19 y enfermedad cardiovascular y renal: ¿Dónde estamos?; ¿hacia dónde vamos? *Med Fam Semer.* 2020;
34. Raveendran AV, Jayadevan R, Sashidharan S. Long COVID: An overview. *Elsevier.* 2021;15(3):869-875. doi:10.1016/j.dsx.2021.04.007
35. Luigia Brugliera AS, Paola Castellazzi, Paolo Cimino, Andrea Tettamanti, Elise Houdayer, Pietro Arcuri FA, Pietro Mortini SI. Rehabilitation of covid-19 patients. *J Rehabil Med.* 2020;2:2–4.
36. Al MMPS-NSDS et. Potential Effects of Coronaviruses on the Cardiovascular System A Review. *JAMA Cardiol.* 2020;10:1–10.
37. Puntmann VO, Carerj L, Wieters I, Fahim M, Arendt C, Hoffmann J, et al. Outcomes of Cardiovascular Magnetic Resonance Imaging in Patients Recently Recovered From Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *JAMA Cardiol.* 2020;2019(11):1265–73.
38. Hernández Ramos F; et al. Neurology during the pandemic. Is COVID-19 changing the organisation of Neurology Departments? *SEN.* 2020;(January).
39. Latessa R, Beaty N, Royal K, Colvin G, Pathman DE, Heck J. Academic outcomes of a community-based longitudinal integrated clerkships program. *Med Teach [Internet].* 2015 Sep 2;37(9):862–7. Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84941737504&doi=10.3109%2F0142159X.2015.1009020&partnerID=40&md5=bb50ba0a0e4d8c9d12e3f723429a6837>
40. Carod-artal FJ. Complicaciones neurológicas por coronavirus y COVID-19. 2020;70(9):311–22.
41. Guan W, Ni Z, Hu Y, Liang W, Ou C, He J, et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *N Engl J Med.* 2020;
42. Lechien JR, Estomba CMC, Siaty DR De, Horoi M. Olfactory and gustatory dysfunctions as a clinical presentation of mild - to - moderate forms of the coronavirus disease (COVID - 19): a multicenter European study. *Eur Arch Oto-Rhino-Laryngology.* 2020;2(0123456789).
43. Baig AM, Khaleeq A, Ali U, Syeda H. Evidence of the COVID-19 Virus Targeting the CNS : Tissue Distribution , Host – Virus Interaction , and Proposed Neurotropic Mechanisms. *ACS.* 2020;0–3.
44. Zhang C, Shi L, Wang F. Liver injury in COVID-19 : management and challenges. *Lancet Gastroenterol Hepatol.* 2020;5(5):428–30.
45. Sachdeva M, Gianotti R, Shah M, Lucia B, Tosi D, Veraldi S, et al. Cutaneous manifestations of COVID-19: Report of three cases and a review of literature. *J Dermatol Sci.* 2020;(January).
46. González-sanguino C, Ausín B, Ángel M, Saiz J. Mental health consequences during the initial stage of the 2020 Coronavirus pandemic (COVID-19) in Spain. *Brain , Behav , Immun.* 2020;(January).
47. Vieta, Eduard; Pérez, Víctor; Arango C. Psychiatry in the aftermath of COVID-19. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2020;(January).
48. APA Zhao, Hong-Mei; Xie, Yu-Xiao; Wang C. Nueva guía de rehabilitación respiratoria para neumonía por virus coronarios 2019 (segunda edición). 2020;1–10.
49. Lista-Paz A et al. What is the role of Physiotherapy in the global COVID-19 pandemic? *Fisioterapia.* 2020;(January).

50. RACIM. Covid-19: Información Sobre Plataformas De Vacunas. Racim [Internet]. 2020;5353865. Available from: <http://cime.fcq.unc.edu.ar/wp-content/uploads/sites/15/2021/01/Informe-RACIM-COVID19-Plataformas-de-vacunas.pdf>
51. Connors M, Graham BS, Lane HC FA. SARS-CoV-2 Vaccines: Much Accomplished, Much to Learn. *Ann Intern Med*. 2021;
52. Universidad Central del Ecuador. Vacunas contra la Covid-19 [Internet]. 2021. Available from: <https://www.facebook.com/rpp.ecuador/videos/3832335270138844>
53. Ministerio de Salud Pública de Ecuador: 18 millones de vacunas negociadas para el 2021 [Internet]. 2021. Available from: <https://www.salud.gob.ec/ecuador-18-millones-de-vacunas-negociadas-para-el-2021-2/>
54. Ruiz C. El reto de la recuperación en América Latina frente a la pandemia. In *Ourworld in data* 2021; 2021.
55. Fundación de Deepak Chopra centro Chopra para el bienestar. pandemia [Internet]. 2021. Available from: www.neverlow.com

Capítulo X B: Experiencia de Atención Primaria de Salud, docencia médica y docencia relacionada en el ámbito de la Facultad de Medicina de Ribeirão Preto - Universidad de São Paulo - contexto de Brasil

Aldaisa Cassanho Forster¹, Janise Braga Barros Ferreira¹, Luciane Loures dos Santos¹, Amaury Lelis Dal Fabbro¹, Maria do Carmo GG Caccia Bava¹, Anderson Soares da Silva¹, João Mazzoncini Azevedo Marques¹, Afonso Dinis Costa Passos¹, Lilian Rebeca Calderón Layedra²

¹Docentes del Departamento de Medicina Social de la Facultad de Medicina de Ribeirão Preto-USP.

²Docente de la Universidad Central del Quito

Aldaisa Cassanho Forster	https://orcid.org/0000-0002-2720-5802
Janise Braga Barros Ferreira	https://orcid.org/0000-0001-7480-937X
Luciane Loures dos Santos	https://orcid.org/0000-0002-2585-1544
Amaury Lelis Dal Fabbro	https://orcid.org/0000-0002-0824-4603
Maria do Carmo GG Caccia Bava	https://orcid.org/0000-0002-2523-1644
Anderson Soares da Silva	https://orcid.org/0000-0002-9510-9740
João Mazzoncini Azevedo Marques	https://orcid.org/0000-0002-3100-3883
Afonso Dinis Costa Passos	https://orcid.org/0000-0002-7464-1180
Lilian Rebeca Calderón Layedra	https://orcid.org/0000-0003-4788-2621

En este capítulo, se pretende discutir los cambios observados en la estructuración de los servicios de salud en el contexto del Sistema Nacional de Salud de Brasileño, es decir, el Sistema Único de Salud (SUS) y sus posibles implicaciones para la formación y la docencia médica en el campo de la Atención Primaria de Salud (APS) en el ámbito de una Facultad pública de medicina, en la macro región sureste de Brasil.

Este texto es propenso a inexactitudes, porque se narran hechos basados en impresiones sobre el curso del proceso de formación médica, en un período amplio de la historia institucional (1990 a 2017). En un intento por corregir las distorsiones de la memoria e interpretación personal de los hechos, fue consultado la literatura nacional e internacional y los documentos oficiales a los que son referidos en la bibliografía. Aunque, se reconoce que, este proceso no exime por completo del sesgo de los autores del trabajo.

El período de 1980 a 2017 abordado por el capítulo de experiencia de la escuela de medicina fue organizado en dos etapas, a saber: la primera etapa abarcó el período de la Reforma Sanitaria Brasileña (RSB) hasta los primeros 10 años del surgimiento del SUS, por lo tanto de 1980 a 2000; y el período posterior correspondiente a los años 2000 a 2017.

La experiencia relatada fue desarrollada en la Facultad de Medicina de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo, entidad estatal de la Secretaría de Educación del Estado de São Paulo que, a su vez, se articula con el nivel federal, para adecuar la formación de profesionales de salud al SUS. La competencia de la universidad paulista es promover y desarrollar

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

todas las formas de conocimiento, a través de la enseñanza y la investigación y ministrar la educación superior, con el objetivo de formar personas capacitadas al ejercicio de investigación y docencia en todas las áreas del conocimiento, así como a la cualificación para las actividades profesionales”¹

Las demandas para organizar el SUS eran urgentes, llegaban en todos los sentidos, ya que los servicios eran muy diferentes a los de un modelo hospitalario especializado y necesitaban orientarse hacia una nueva lógica del sistema nacional de salud. (BRASIL, MS, 2000)².

Histórico de la Atención Primaria de Salud en el ámbito del SUS, de 1980 a 2000: implicaciones para la enseñanza médica en la FMRP-USP

En 1986 se realizó la VIII Conferencia Nacional de Salud, que generó la movilización que venía creciendo dentro de la sociedad por la salud desde la década de 1970. Se formó la **Comisión Nacional de Reforma en Salud (CNRS)**, que representó el innovador movimiento de reforma de la salud, pensar, discutir y proponer normas de salud. La comisión fue integrada por representantes "de los estados de la federación, sectores de la salud, la comunidad empresarial, trabajadores y profesionales de la salud y grupos técnicos". (Possas, C, Prefácio, Reforma Sanitária: Itália e Brasil, 1988).³

En 1988, la CNRS propuso la creación del Sistema Nacional de Salud, que fue ampliamente debatido en la constituyente, dando como resultado el Sistema Único de Salud (SUS), presente en la Carta Magna de la Constitución Federal (CF), promulgada en el mismo año. Los artículos 196 al 200 de la CF establecieron el SUS, en el que se reconoce **la salud como derecho para todos los ciudadanos**, promueve la **atención a la salud, a través de acciones de promoción, protección y recuperación de la salud**. El marco teórico conceptual para comprender el significado de garantizar el derecho a la salud y deber del Estado, además del abanico amplio de acciones de salud, los actores de la RSB reconocían que estaba dentro del ámbito de las políticas sociales y económicas favorables a la salud, salud ampliada en la cual se han incluido vivienda, alimentación, educación, saneamiento básico, etc. (Vicentine, Ferreira; 2017)⁴

Retratando la inquietud de los años que precedieron a la creación del SUS, la obra Reforma sanitaria: Italia y Brasil (Berlinguer, Teixeira, Campos, 1988)⁵ lanza luz sobre sus momentos. Se recomienda la lectura de esta obra para aquellos que se interesan en conocer el marco teórico e innovador del movimiento de la RSB. Finalmente, la lectura del Prefacio, escrito por Cristina Possas, apunta a la importancia de entender un poco más sobre la grandeza de la RSB de Brasil y lo que se pudo ver en otros movimientos de reforma de salud entre los países latinoamericanos, en los años 1980.

Según el Ministerio de Salud (MS)², el:

A partir de la promulgación de la Constitución Federal en 1988, fueron definidas como directrices del Sistema Único de Salud (SUS) la universalización, la equidad, la integralidad, la descentralización, la jerarquización y la participación de la comunidad. Desarrollado sobre estos principios, el proceso de construcción del Sistema Único de Salud tiene como objetivo reducir la brecha que aún existe entre los derechos sociales garantizados por la ley y la capacidad efectiva de ofertas de acciones y servicios de salud pública a la población brasileña. (traducción nuestra)

Durante los primeros años del SUS, en la década de 1990, los tres niveles de gestión del SUS compartían responsabilidades tales como: definición de la política de salud para el territorio nacional, en la esfera federal del sistema; formación de recursos humanos y gestión de servicios regionales bajo la competencia estatal; y responsabilidad por la atención básica en la esfera municipal. Se buscaba guiarse por la definición de salud y la concepción de la APS de la Declaración de Alma Ata (1979) a través de principios doctrinarios y directrices organizativas que apuntan a un nuevo perfil de los profesionales que los gestores de salud en los tres ámbitos discutirán en el espacio de gestión y planificación a corto, medio y largo plazo. En este sentido, hay una vasta producción brasileña, a ser mencionada, que señaló las iniciativas a ser tomadas para la formación en los espacios institucionales de la red municipal y la asesoría en el espacio regional. ^{2, 4, 6, 7}

El movimiento de la RSB traía críticas consonantes con el descontento popular con el sector salud, sector con prestación de servicios de manera desarticulada, con vicios administrativos y cobertura de la población por atención médica, en que segmentos de la población se encontraban al margen, sin ningún tipo de acceso. En ese momento, el sector salud estaba formado por dos organismos públicos que prestaban atención a la salud y enfermedades, sin integración. El Instituto Nacional

de Asistencia Médica y Previdencia Social (INAMPS), vigente de 1974 a 1993, fue un organismo de salud perteneciente al Ministerio de Previdencia y Asistencia Social que limitaba sus acciones a los trabajadores con cartera de trabajo y sus dependientes. Ese órgano enfocado en prestar asistencia especializada, poseía pocos servicios propios y necesitaba comprar servicios privados para prestar asistencia. Mientras que las acciones de promoción de la salud, de prevención de enfermedades y programas de salud, incluso la inmunización, eran competencia del MS.^{4,7}

En el movimiento RSB se destacó el Centro Brasileño de Estudios de la Salud (CEBES), que publicó textos que debatían problemas de salud, financiamiento y gastos del INAMPS, las dificultades de atención y las demandas reprimidas, etc. Por otro lado, era material que subsidiaba debates y reflexiones en las asignaturas de pregrado en los módulos teórico-prácticos de los cursos de posgrado (sentido estricto y amplio) sobre la necesidad de una agenda de políticas públicas para unificar la salud. Revistada la RSB, “después de 20 años de la promulgación de la Constitución brasileña (1988) y 30 años de la creación del CEBES”, Paim con observaciones que hacen reflexionar sobre el significado del movimiento para la democracia, calificándolo como un “movimiento pasivo y transformista”, basado en la teoría Gramsciana. La visión sobre “la realidad de la salud a partir de tres dimensiones: la salud como área de conocimiento; salud como sector productivo; la salud como estado de vida”. La salud como “sector productivo era, antes del SUS, una mezcla de consultorios privados (medicina liberal); hospitales públicos y Puestos de Asistencia Médica (PAM) del INAMPS; unidades de salud y mixtas de la Fundación Servicio Especial de Salud Pública (FSESP), centros y puestos de salud de secretarías estatales y municipales, además de las vigilancias epidemiológicas y sanitarias centralizadas y separadas”.⁷

La propuesta de Atención Primaria de Salud (APS) por el DMS en la FMRP-USP, en los primeros diez años del SUS, resultó del proyecto docente asistencial, “Modelo de asistencia y vigilancia de la salud”, que analizó las necesidades de salud de la población atendida en las tres unidades del Centro de Salud Escuela (CSE). A partir de un “diagnóstico de salud”, con proposición de nuevas prácticas asistenciales en el campo de la APS, junto al CSE (Alessi, Forster, Franceschini, Silveira et al, 1995)⁸. El CSE era un servicio de la red estatal de salud (1979), con el propósito de articular la formación médica y de enfermería a la investigación, en el campo de la salud pública, a través de un convenio entre la Secretaría del Estado de São Paulo (SES-SP) y FMRP. A principios de la década de 1980, el DMS repensaba el modelo de formación del profesional médico en Salud Pública, que se desarrollaba en los servicios académicos de la comunidad. Se cuestionaba el modelo de formación de la salud pública desvinculada de la atención individual, atención esta que es responsabilidad del INAMPS (ambulatorios/hospitales públicos y privados). El proyecto docente asistencial estaba orientado para la producción de conocimiento con vista a la formación de estudiantes de pregrado y médicos residentes del programa de medicina social (el programa de residencia en medicina de familia y comunidad fue creado en 1999), y propone nuevas prácticas asistenciales en el campo de la APS junto al CSE.⁸ En 1990, con la creación del SUS y la descentralización de la gestión de AB, en 1993, el convenio mantenedor del “CSE de la FMRP-USP” pasó a ser responsabilidad de la gestión municipal.¹¹ En 1994, el CSE buscó adaptarse al plan municipal de salud, transformándose en Unidad Básica y Distrital de Salud (UBDS - Sumarezinho). El sistema local de salud se organizó en cinco distritos de salud.

Sin embargo, el CSE siguió siendo un servicio escolar y reorientó sus programas de formación a nivel local. El nivel regional y estatal del SUS asumió cada vez más su papel de orientar la formación de los profesionales de salud, en el ámbito del Hospital de las Clínicas de Ribeirão Preto (HCRP) de la Facultad, vinculado a la red de hospitales de la SES- SP.

Rescatando rápidamente, el histórico del SUS, con el Programa de Acciones Integradas de Salud (PAIS, 1984), las tres esferas gestoras (municipal, estatal y federal) firmaron un acuerdo para la creación de unidades básicas de salud a través del Programa de Acciones Integradas de Salud (PAIS).¹² En Ribeirão Preto, los recursos, oriundos del INAMPS, costearon la creación de varias unidades básicas en los barrios populares de las urbanizaciones, que resultaron de una amplia expansión inmobiliaria en el municipio. La UBDS Sumarezinho incorporada a la red municipal (municipalización del SUS, en 1996), asumió un ambulatorio de pronta atención (funcionamiento de 24h ininterrumpidas) y responsabilidad asistencial y administrativa para el Distrito de Salud Oeste, reconocido como Distrito Escuela de Salud USP, con una población estimada en 151. 141 habitantes (2020)⁸.

Cabe señalar que durante este período, en 1987, la descentralización de la secretaría estatal del INAMPS a la secretaría de estado de Salud, representó por un corto período el traspaso de poder del INAMPS a la unidad federativa, es decir, el Sistema Unificado y Descentralizado de Salud (SUDS) una transición entre las AIS y el SUS, de la Constitución de 1988.¹²

Programa de Salud de la Familia (PSF): estrategia potente para guiar el proceso de la formación de la APS para el SUS

En los primeros años del SUS, se buscaba la integración de las actividades sanitarias (Salud Pública) con las prácticas asistenciales para un abordaje de salud integral. En el contexto de la Conferencia Internacional de Alma-Ata, que promulgó la directriz "Salud para Todos", en el año 2000 (SPT 2000)⁶, asimismo destacando el planteamiento de la Atención Primaria de Salud (APS), como estrategia para lograr tal objetivo. Aunque estos propósitos no se lograron en el período esperado, la especialidad del médico generalista o médico de familia y comunidad pasó a ser vista como un complemento indispensable del modelo de especialidades. La formación médica, bajo una amplia base de clínica general, familiar y comunitaria de apoyo a los sistemas de salud, motivó reuniones científicas de departamentos académicos vinculados a los servicios. El "concepto de enfoques y prácticas multiprofesionales e interdisciplinarios también fue reconocido como la única vía para la atención integral y adecuada a las personas en sus múltiples necesidades" (Amoretti, 2005)¹³, con el apoyo de muchas instituciones, como fue el caso del DMS / FMRP.

En 1993 fue implementada la reforma curricular que organizó el currículo de la FMRP en tres ciclos (Básico, Clínico e Internado), con la exposición precoz de los estudiantes a los problemas de salud del individuo y de la comunidad a través de las asignaturas Iniciación a la Salud I y II, además de la ampliación del internado de uno a dos años.¹⁰

Sin embargo, los cambios propuestos fueron, paulatinamente, perdiendo su fuerza al pasar el tiempo, en el escenario de una escuela médica tradicional, que en la visión de los autores Voltarelli¹⁴ y Troncon¹⁵, probablemente debido a la falta de estructura de personal y física para aproximar la enseñanza de la red básica y además un clima de insatisfacción manifestado con los cambios curriculares en el ámbito de los departamentos universitarios.

En 1996 una comisión fue formada por docentes y profesionales que vivenciaban la realidad de la atención primaria en los servicios de salud de la comunidad vinculados a la escuela. Se crearon las asignaturas **"Pasantía Integrada en Centros de Salud y Medicina Comunitaria I"**, que incluyeron en el pregrado de medicina la enseñanza de APS y Salud de la Familia en el primer año de internado, en 1997. En las dos asignaturas pretendieron exponer a los estudiantes la visión integral del ser humano, valorar aspectos biopsicosociales y prepararlos con habilidades para abordar la salud de las personas en el contexto familiar y comunitario.^{10,16} Los objetivos de la pasantía estaban orientados al Programa de Salud de la Familia (PSF) y buscaban: "Insertar al estudiante en las prácticas en servicios de APS y Salud de la Familia (SF), para que pueda, vivenciar el papel de médico de APS y SF en equipo multiprofesional y en servicios integrados con los niveles especializados del SUS"; se espera que él identificara "los problemas de salud de alta prevalencia en la comunidad"; entendiera su práctica integrada en las "acciones de vigilancia epidemiológica en una zona distrital". Se esperaba con esa experiencia que el estudiante fuera capaz de comprender el concepto moderno de Atención Primaria.^{10, 16, 17}

En 2005, una investigación de maestrado¹⁷ evaluó la contribución de la pasantía en el PSF para la formación de los alumnos de Medicina del quinto año de la carrera de Ciencias Médicas de la FMRP-USP, aplicando una entrevista estructurada a 103 estudiantes. Los principales resultados de la investigación sobre las dos asignaturas en los Núcleos de Salud de la Familia, denominados Unidades de Salud de la Familia (USF), fueron: 80% de los encuestados valoraron la discusión y desempeño en salud mental, desempeño en equipo multiprofesional (equipo de salud familiar) y asistencia a la familia. Además, evaluaron bien actividades de visita domiciliaria, seminarios de educación permanente del equipo y discusión de casos de familia. Se observó que hubo una buena integración entre los equipos de salud de la familia y los estudiantes. La buena receptividad de los equipos a los estudiantes sin duda contribuyó a motivarlos para la pasantía. El graduado entendía que el trabajo en equipo era necesario, ya que permitía un mejor vínculo con el paciente y promovía un abordaje multiprofesional.

Los estudiantes notaron cambios en la forma en que atendían al paciente al final de la pasantía y comprendían al paciente como un ser biopsicosocial, además, la pasantía proporcionó importantes adquisiciones para la práctica médica tales como mayor habilidad, seguridad y paciencia en la atención a los pacientes; posibilitó la familiarización con los principios esenciales en la atención básica, principalmente accesibilidad, longitudinalidad, trabajo en equipo y actuación de la prevención. Los principios menos experimentados por los alumnos fueron adhesión del paciente y resolubilidad, los cuales, dado que se logran a largo plazo, necesitarían más tiempo para que el estudiante viva en la pasantía.^{16,17}

En 1998 la pasantía del segundo año de internado (sexto año), con duración de un mes, fue reformulada para la asignatura RCG 0605 Pasantía en Medicina Comunitaria II. Durante la pasantía, los estudiantes experimentan el trabajo de médico de familia de zona rural para una población de un pequeño municipio (aproximadamente 2.500 habitantes) predominantemente rural.

En 1999, el DMS creó el Programa de Residencia en Medicina General y Comunitaria, de dos años, más tarde denominado Programa de Residencia en Medicina de Familia y Comunidad (PRMFC), integrando los programas de residencias médicas en especialidades del Hospital de las Clínicas de Ribeirão Preto, de la FMRP.¹⁹

Segundo período de la APS en el ámbito de SUS y las implicaciones para la enseñanza médica en la FMRP-USP de 2000 a 2017

Al inicio del segundo período propuesto, se rescatan proyectos y acciones en desarrollo en la red de salud y en las instituciones formadoras de profesionales del final del período anterior, producidos en la atención de la agenda política, que impactaron la dirección de la experiencia institucional de la APS de los próximos 20 años del SUS.

La publicación en **Informes Técnicos Institucionales** titulada “Programa de Salud de la Familia” del Departamento de Atención Primaria del MS (BRASIL, MS, 2000), de la Secretaría de Políticas de Salud, definió la estrategia de salud familia como concepto, directriz organizacional, formación de recursos humanos e integración entre los ámbitos de gestión del SUS.²

El MS postuló en la publicación, que el PSF no debe ser considerado como una “parte aislada” del SUS, sino que debe ser un componente articulado con todos los niveles. Acompañar y racionalizar el uso de la tecnología y de los recursos terapéuticos más costosos no significa aislar la alta complejidad, sino ponerla a disposición de todos de manera coordinada. “Racionalizar el uso, en ese sentido, es democratizar el acceso”. Destacan los resultados de las investigaciones con equipos del PSF realizadas en diferentes realidades, que muestran la eficiencia y eficacia de Atención Básica. Se observa en la inversión para la formación de personal y transferencias definidas de recursos para que los municipios implanten equipos de PSF, que el MS implicó no ser adepto a la implementación de la modalidad “APS selectiva”, a ser ofrecida a segmentos socialmente desfavorecidos.^{2,6}

Del lado de la facultad, en 1998 fue creado el Centro de Atención Primaria y Salud de la Familia (CAPSF o CAP), similar a la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid,²⁰ “como órgano administrativo subordinado a la Junta Directiva de la Unidad (FMRP) con finalidades de:

[...] Constituir el locus institucional para articular, coordinar y desarrollar los proyectos didácticos aprobados por la Comisión de Graduación y/o Congregación de la FMRP-USP para los cursos de graduación, con foco en el área de Atención Primaria, Salud de la Familia y de la comunidad; [...]”¹⁰

Con el apoyo institucional del HCRP, se creó el programa de residencia médica en Medicina General y Comunitaria, con énfasis en el PSF, con una duración de dos años, en 1999. La creación del PRMGC, hoy programa de residencia de Medicina de Familia y Comunidad, fue fundamental para fortalecer el modelo y la estructura organizacional de las actividades de enseñanza y asistencia de la ESF, anteriormente PSF.¹⁹

El proceso vino creciendo en términos de adhesión de instituciones y del objeto de formación en salud. En los años 1998 a 2006, el MS constituyó programas de capacitación en servicios, los Polos de Capacitación, Formación y Educación Continuada “(Brasil, MS, 2000)”² en un diálogo permanente entre las universidades y el sector público de prestación de servicios” con recursos financieros para este propósito. Por su parte, se ha creado el Polo Norte-Oeste Paulista, compuesto por unidades de enseñanza del campus de la USP de Ribeirão Preto (EERP, FMRP, FORP y FCFRP) y del campus de la Facultad de Medicina de São José de Rio Preto (FAMERP, cursos de medicina y enfermería) y del lado de SUS, participaron los directores regionales de los Departamentos Regionales de Salud de Ribeirão Preto y São José de Rio Preto, DRS XIII y DRS XV, respectivamente, además de los gestores municipales de Ribeirão Preto y São José de Rio Preto (2002 a 2006).

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

Asignaturas relacionadas a la enseñanza de la APS en el FMRP, las directrices curriculares 2001 y 2014 y reformulaciones del currículo en 1992-1993 y 2005-2008.

El campo de los servicios de salud

En 1999, cuando se creó el Núcleo de Salud de la Familia I para recibir al primer grupo de médicos residentes, los docentes Laprega y Dal Fabbro prepararon la propuesta del Núcleo de Salud de la Familia 1 (NSF1), para insertar un equipo mínimo de Salud de la Familia, el que constituyó por un equipo profesional de PSF (1994), en un territorio de aproximadamente 4000 personas, perteneciente al área de influencia del CSE. Era ofrecido el registro (Cadastró electrónico) a las familias, pero muchas personas eran registradas cuando venían para recibir atención médica. El proceso de trabajo siguió los moldes del PSF, con atención médica individual, de enfermería, acciones colectivas para la promoción de la salud, visitas domiciliarias mensuales y actividades comunitarias. El equipo también organizaba actividades de educación permanente, discusión de casos de familias y reuniones administrativas^{10,19}

Entonces, el NSF1 empezó a recibir estudiantes del internado de 1er año, estudiantes de graduación en enfermería, docentes e investigadores de las unidades de enseñanza del campus de la USP de Ribeirão Preto, interesados en conocer aspectos de la estructura; cuidado de la salud; en realizar investigaciones sobre el trabajo de los Agentes Comunitarios de la Salud; adhesión a los tratamientos de las DCNT, del trabajo diferenciado a los grupos prioritarios: niño menor de dos años, gestante, diabético, hipertenso y anciano (igual o mayor de 60 años).¹¹ Junto al inicio del PSF, el MS desarrolló el sistema de información de atención básica - SIAB, que fue implementado en la USF y generaba informes mensuales de las familias, sobre el cumplimiento de las metas de salud, la calidad de la atención y el seguimiento a través de algunos indicadores de los grupos prioritarios del PSF.¹⁰

Pasado los años iniciales del SUS y del PSF, la Asociación Brasileña de Educación Médica (ABEM) preconizaba la necesidad de inserción precoz del estudiante de medicina, para superar las deficiencias señaladas en las Directrices Curriculares Nacionales (DCN) de 2001²¹ y reiteradas en la evaluación de 2006 la falta de adhesión de los cursos médicos a las DCN. Esta evaluación mostró que, de los 33 cursos de médicos estudiados, aquellos con Proyectos Políticos Pedagógicos (PPP) coherentes con temas integradores, metodología activa de enseñanza e inserción precoz en el escenario de la APS y ESF, los estudiantes vivenciaban los problemas de salud más comunes de la población brasileira.^{10,17}

“En 2006, la FMRP inició un movimiento para la elaboración de otro PPP, consonante con las DCN 2001 para el curso de medicina”, con el objetivo de superar la interrupción en la formación de los futuros profesionales, expuestos a las prácticas de APS solo en los dos años de internado, mientras que los alumnos de los primeros años no vivenciaban los servicios de salud cercanos a la comunidad.^{10,16}

En 2007 se propuso una nueva estructura curricular a partir de los ejes de formación, denominado eje de la atención a la salud de la Comunitaria de Salud a lo largo de seis años de curso.^{10,16}

Se propusieron cuatro asignaturas, una para cada año, completando así el eje, con las dos del internado. La siguiente tabla presenta las asignaturas, el año del currículo y los temas estructurantes.

Asignaturas	Año de currículo	Tema estructurantes
Atención a la Salud de la Comunidad I	1º AÑO	Salud y Comunidad
Atención a la Salud de la Comunidad II	2º AÑO	Salud y familia
Atención a la Salud de la Comunidad III	3º AÑO	Diagnóstico de salud de la Comunidad
Atención a la Salud de la Comunidad IV	4º AÑO	Prevención Clínica

Fuente: Forster AC, Santos PL, Rivas NPP. Atención a la Salud de la Comunidad en la Facultad de Medicina de Ribeirão Preto- USP.¹⁰

De manera que, algunas políticas inductoras fueron importantes para el proceso de constitución de un eje longitudinal de la formación en APS, denominado Atención a la Salud de la Comunidad. Entre ellas, las DCN de 2001²¹ para cursos de salud y medicina, las DCN de 2014 para el curso de medicina por resolución CNE/CES 3/2014²², el Programa Más Médicos - PMM- Ley nº 12871/2013²³ y el Plan Nacional de Educación 2014-2024- Ley nº 13.005/2014.²⁴

En los años 2000, se crearon cinco NSF más para recibir mejor a los estudiantes de los cursos de medicina y otros cursos de salud en el campus de la USP Ribeirão Preto, repitiendo la misma lógica de estructura, para las tres dimensiones académicas- enseñanza, investigación y extensión en APS y SF.^{10,16} Continuaron las relaciones universitarias con la coordinación por docentes del DMS; teniendo preceptores médicos especialistas en MFC y reconocidos como preceptores de estudiantes y residentes del PRMFC. (enlace a la representación de los 6 NSF en el complejo de estructuras de salud del HCRP / FMRP <https://site.hcrp.usp.br/complexo-de-saude/>)

En 2021, el modelo se expande a 21 equipos, con innovaciones de equipos y proceso de trabajo similar al de los 6 NSF. Son 15 equipos administrados por gerentes de SMSRP, vinculados al proyecto APS y SF de la USP, manteniendo preceptores médicos especializados en MFC, que asisten a la población adscrita (registrada)²⁵ entre 2880 a 4000 personas, según parámetros de la Política Nacional de Atención Básica (Brasil, MS, PNAB, 2017). Las unidades están ubicadas en el Distrito de Salud Escuela de la Universidad de São Paulo (distrito oeste de Ribeirão Preto, 2021), en cuanto los coordinadores de los seis NSF son docentes vinculados al DMS y articulados académicamente al CAP. Este centro es la estructura académica vinculada a la dirección de la FMRP-USP para las cuestiones del convenio de enseñanza y prestación de asistencia de la estrategia de la Salud de la Familia, suscrito desde 1999, y renovado anualmente, entre la Facultad y el SMSRP junto al SUS. Enlace <http://rms.fmrp.usp.br/pb/>

En el DMS se desarrolla, bajo la coordinación de Profa. Janise B B Ferreira y las técnicas Rosane Monteiro y Nádia Coquely, el Portal de Gestión de APS, que elabora informes asistenciales y de investigación realizados con los datos producidos por los equipos de los seis NSF, que se encuentran disponibles en el enlace <http://apsgestao.fmrp.usp.br/>. Las unidades de los NSF se pueden encontrar en el enlace <http://apsgestao.fmrp.usp.br/esf-fmrp/>. Algunos trabajos de investigación en APS realizados y publicados por los docentes o de importancia académica se pueden acceder a través del enlace <http://apsgestao.fmrp.usp.br/artigos/>

En la siguiente figura están representados los diversos servicios y acciones asumidos por el Departamento de Medicina Social durante la pandemia COVID-19 (2020)



La ESF ha sido reconocida como tecnología en salud e innovación del proceso de atención a la salud, viabilizando la APS en el interior do SUS.²⁶ Sin embargo, la ESF ha estado funcionando con problemas debido al subfinanciamiento que la política de salud a nivel federal impuso en los últimos 20 años. La gestión por la esfera municipal, su articulación en la red de atención a la salud, con el apoyo de la esfera estatal, ha permitido cumplir con su papel en el enfrentamiento de la pandemia de la COVID 19. No hay duda de los beneficios que la ESF produjo, tales como los resultados de la disminución en las tasas de mortalidad infantil, mortalidad materna y en la mejora de las tasas de internaciones sensibles por Enfermedades Crónicas No Transmisibles, observadas en la disminución de las internaciones por insuficiencia cardíaca e infarto de miocardio.²

Consideraciones finales

La infraestructura de los NSF y los servicios vinculados al CAP/FMRP-USP, extendida a las instalaciones sociales del área de referencia en APS y el distrito de salud oeste, es modesta y muy utilizada por los cursos de salud del campus de la USP de RP para acercar a sus estudiantes, y docentes para la formación e investigación de las necesidades sociales y de la salud de la población. En los NSF, las actividades prácticas de los estudiantes de medicina en el ámbito del eje ASC tienen

apoyo y supervisión de los equipos. Los alumnos de las asignaturas iniciales del eje son distribuidos en grupos de 10 y acompañados semanalmente de su tutor. Debido a la pandemia, no se realizaron actividades prácticas en los servicios en 2020, siendo fundamentalmente online.

Sin embargo, los proyectos de extensión que los docentes e investigadores han desarrollado en el campo del área de la salud del campus de la USP Ribeirão Preto, destacando el reciente Proyecto Educación para el Trabajo en Salud - Interprofesionalidad (PET Salud IP), en el área de APS, apuntan a las innovaciones para la formación profesional.

Este último proyecto de extensión aumentó las relaciones entre docentes y profesionales de los servicios de salud vinculados a la USP en Ribeirão Preto para la educación interprofesional, que esperamos dar continuidad con propuesta de asignaturas de graduación y posgrado para un consistente proyecto de formación interprofesional en los próximos años.²⁷

Aunque a pesar de los muchos avances en los currículos médicos en Brasil y las mejoras en la APS, se percibe que la enseñanza permanece fragmentada, con inserciones puntuales en la red básica y una integración limitada entre las etapas las estancias clínicas de las cuatro especialidades con las pasantías de la enseñanza de graduación en el área de salud pública/colectiva, que tiene como objeto la APS integrada con la vigilancia epidemiológica.

Bibliografía

1. São Paulo. Governo do Estado de São Paulo. Universidade de São Paulo 2020. Universidade de São Paulo. São Paulo (Brasil): Governo de São Paulo; 2020. Disponível em saopaulo.sp.gov.br Acesso em: 16 de abril de 2020.
2. Brasil, Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. Programa de Saúde da Família. Rev Saúde Pública 2000; 34(3): 316-9. Disponível em www.fsp.usp.br/rsp. Acesso em 16 de abril de 2021.
3. Possas, C. Prefácio. In: Reforma Sanitária: Itália e Brasil. BERLINGUER G, TEIXEIRA SMF, CAMPOS GW.(org.). Reforma Sanitária: Itália e Brasil. Centro Brasileiro de Estudos da Saúde. Editora Hucitec, São Paulo, 1988. p.VII-X.
4. Vicentine FB, Ferreira JBB. A construção e o papel do Sistema Único de Saúde: O que os trabalhadores da saúde têm a ver com isso? In: Forster AC, Ferreira JBB, Vicentine FB. Atenção à saúde da Comunidade no âmbito da Atenção Primária à saúde na FMRP-USP. FUNPEC Editora, Ribeirão Preto, 2017. p.1-20
5. Berlinguer G, Teixeira SMF, Campos GWS. Reforma Sanitária: Itália e Brasil. Berlinguer G, Teixeira SMF, Campos GWS. Reforma Sanitária: Itália e Brasil. Centro Brasileiro de Estudos da Saúde. Editora Hucitec, São Paulo, 1988.
6. Ferreira JBB, Delatorre T. A Atenção Primária à Saúde e suas particularidades. In: Forster AC, Ferreira JBB, Vicentine FB. Atenção à saúde da Comunidade no âmbito da Atenção Primária à saúde na FMRP-USP. FUNPEC Editora, Ribeirão Preto, 2017. p. 21-42
7. Paim JS. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 27-37, jan.- abr. 2009.
8. Alessi NP, Forster AC, Franceschini SA, Silveira F et al. Modelo de assistência e vigilância à saúde. In: Congresso Ibero-Americano, 2, 1995. Salvador (BA): Anais...Salvador (Ba); ABRASCO, 1995, p. 188
9. FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO. **Projeto Político Pedagógico do curso de Medicina**. Disponível em: http://www.fmrp.usp.br/wp-content/uploads/ppp_FMRP_cm.pdf. Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP-USP).
10. Forster AC, Santos PL, Rivas NPP. Atenção à Saúde da Comunidade na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. In: Forster AC, Ferreira JBB, Vicentine FB. Atenção à Saúde da Comunidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde na FMRP-USP. FUNPEC Editora Ribeirão Preto (SP), 221-243
11. Franco AR, Haddad N, Forster AC, Caccia Bava MCGG. A FMRP-USP em Atividades de Ensino, Pesquisa e Extensão de Serviços à Comunidade, Dentro do Projeto Centro de Saúde-Escola. Medicina, Ribeirão Preto, 35: 425-432, jul./set. 2002

12. PUGIN, SR; NASCIMENTO, VB; COHN A. Principais marcos das mudanças institucionais no setor saúde (1974-1996). Série didática, 1996
13. Amoretti R. A educação médica diante das necessidades sociais em saúde. Rev Bras Educ Méd 2005; 29(2): 136-146
14. Voltarelli JC. Reforma no ensino médico. Medicina, Ribeirão Preto, 29. n.4: 363-364, 1996.
15. Troncon LEA. Ensino médico na comunidade. Medicina, Ribeirão Preto, 32:335-344, n.3, 1999
16. Troncon LEA. Depoimento sobre a criação do eixo curricular de formação em Atenção à Saúde da Família no curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. In: Forster AC, Ferreira JBB, Vicentine FB Atenção à saúde da Comunidade no âmbito da Atenção Primária à saúde na FMRP-USP. FUNPEC Editora, Ribeirão Preto, 2017. p. 247-266
17. Campos AMF, Forster AC. Percepção e avaliação dos alunos do curso de medicina de uma escola médica pública sobre a importância do estágio em saúde da família na sua formação. Rev Bras Educ Méd 2008; 32:83-89.
18. Forster AC, Rocha G de M, Santos JS II, Yazlle ME, Dal-Fabbro AL, Souza C da et al. A proposed method for the education of medical students in family medicine. Palma de Mallorca:First European Network Organisations Open Conference WONCA'99; 1999 May 19-22. Book of Abstracts; 79.
19. Santos JS dos, Dal-Fabbro AL, Daneluzzi JC, Forster AC. Residência médica em saúde da família. Recife, (PE): Congresso Brasileiro de Ensino Médico XXXVI, 1998; Anais de Temas Livres; 30
20. Forster AC. Considerações sobre a formação em medicina de família e atenção primária. **Medicina, Ribeirão Preto**, 34: 202-203, abr./jun. 2001
21. Brasil. MEC. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **RESOLUÇÃO CNE/CES Nº 4**, Brasília: Ministério da Educação, de 7 de novembro de 2001.
22. Brasil. MEC. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **RESOLUÇÃO Nº 3**, Brasília: Ministério da Educação, de 20 de junho de 2014.
23. Brasil. Ministério da Saúde. **Lei nº 12 871/2013. Institui o Programa Mais Médicos**, altera as leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993 e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União de 2013, Brasília: Ministério da Saúde, de 22 de outubro de 2013
24. Brasil. MEC. Ministério da Educação. **Plano Nacional de Educação 2014 a 2024**. Lei nº13005, de 25 de junho de 2014. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/l13005.htm. Acesso em: 24 ab. 2017.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF), 2017.
26. Soratto J, Pires DEP, Dornelles S, Lorenzetti J. Estratégia Saúde da Família: uma inovação tecnológica em saúde. Rev Texto Contexto Enferm. Florianópolis, 2015 Abr-Jun; 24(2): 584-92
27. Universidade de São Paulo, Campus da USP de Ribeirão Preto. Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto. Projeto de Educação para o Trabalho –Interprofissionalidade (PET Saúde IP). Patrocínio do Ministério da Saúde – Edital nº 10/2018 . DEGES MS, Brasília (DF) 2019-2021

Capítulo X C: el uso de la telemedicina y las herramientas tecnológicas en la atención médica

Bryan F. Vaca-Cartagena,¹ Heidi Cartagena Ulloa.²

Afiliaciones:

¹ Centro de Cáncer de Mama, Hospital Zambrano Hellion TecSalud, Tecnológico de Monterrey, San Pedro Garza García, Mexico.

² Medicina Familiar, Hospital Vozandes Quito, Ecuador. Docente Facultad de Medicina Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE).

Bryan Francisco Vaca Cartagena <https://orcid.org/0000-0003-3970-3259>

Heidi Elizabeth Cartagena Ulloa <https://orcid.org/0000-0001-6558-1692>

Correspondencia: Bryan Francisco Vaca Cartagena / bryanvaca96@hotmail.com

Introducción

La telemedicina brinda servicios de salud a través del uso de herramientas tecnológicas que permiten la consulta, diagnóstico y tratamiento de pacientes que se encuentran a distancia de los profesionales de la salud.

La definición de telemedicina ha variado a lo largo de la historia. Casado et al.⁽¹⁾ definieron a la telemedicina como la medicina que se practica a la distancia y que permite la optimización de los servicios de salud, ahorrar dinero y tiempo, al igual que brindar acceso a las comunidades alejadas de la atención especializada. Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como “aportar servicios de salud, donde la distancia es un factor crítico, por cualquier profesional de la salud, usando las nuevas tecnologías de la comunicación para el intercambio válido de información en el diagnóstico, el tratamiento y la prevención de enfermedades o lesiones, investigación y evaluación, y educación continuada de los proveedores de salud, todo con el interés de mejorar la salud de los individuos y sus comunidades”.⁽²⁾

La historia de la telemedicina se remonta hasta el año 1879 cuando se publicaba un artículo respecto al uso del teléfono para reducir las consultas médicas presenciales innecesarias.⁽³⁾ Por otra parte, en 1920 ya se hablaba del uso de la radio para dar consejos médicos a puestos médicos que se encontraban en barcos, al igual que en 1950 el uso de la televisión para crear comunicaciones entre institutos psiquiátricos.⁽³⁾ Mientras que, en la actualidad, el uso de la telemedicina ha ganado terreno hacia el manejo y tratamiento de las enfermedades crónico-degenerativas tales como la diabetes, hipertensión, cáncer, entre otras.

El uso de herramientas tecnológicas como los relojes inteligentes que permiten el monitoreo de la frecuencia cardíaca, detección de frecuencias auditivas potencialmente perjudiciales para el oído y que llevan un control de la actividad física de las personas han innovado la práctica de la medicina y fomentado las principales acciones del primer nivel de atención médica que se enfocan en la promoción de la salud, prevención de enfermedades y atención ambulatoria de las mismas.

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

Igualmente, estas herramientas son de gran utilidad para la práctica de la telemedicina por parte de los profesionales de la salud en centros especializados, en los cuales se pueden utilizar tecnologías de última generación como el sistema CardioMEMS, que permite monitorizar la presión de la arteria pulmonar y de esta manera tomar decisiones terapéuticas que impactan directamente sobre la sobrevida de un paciente con insuficiencia cardíaca.⁽⁴⁾

La telemedicina y el uso de herramientas tecnológicas han revolucionado la práctica médica. De esta manera, se ha tenido un impacto favorable en la distribución de la atención de salud y se ha ofrecido alternativas a los modelos tradicionales de atención presencial. El uso de este tipo de medicina ha aumentado exponencialmente debido a la pandemia causada por la enfermedad COVID-19.

Objetivo

Describir el uso de la telemedicina y las herramientas tecnológicas en la atención médica.

Métodos

Este es un estudio descriptivo que busca ampliar el conocimiento de la aplicación de la telemedicina y las herramientas tecnológicas en la práctica médica, la búsqueda de la información fue recopilada de la base de datos PubMed al igual que de páginas web relevantes para el objetivo de la presente investigación.

Desarrollo

La salud es un derecho fundamental del ser humano. Esto implica que se debe dar acceso oportuno y de suficiente calidad a los servicios de atención médica para cualquier persona que lo requiera.⁽⁵⁾ Sin embargo, el acceso a la salud para las personas que viven en comunidades rurales o que se encuentran alejadas de las ciudades principales, no siempre es de fácil acceso y muchas veces esas comunidades no pueden recibir la atención necesaria para la prevención de enfermedades, ni para el tratamiento oportuno de las mismas. Esto es un problema que requiere la atención máxima de las autoridades, puesto que, cuando el conocimiento y ciencia sólo llega a cierto grupo de personas, crecen las disparidades entre las distintas poblaciones.⁽³⁾ Lo cual se ve reflejado como un aumento de las complicaciones propias de una enfermedad producto de la demora en la atención de salud.

La telemedicina y las herramientas tecnológicas brindan la posibilidad de recibir atención médica para las comunidades alejadas, al igual que para las personas que viven cerca de hospitales o centros de salud. El desarrollo de nuevas tecnologías juegan un papel fundamental para el rediseño del sistema de salud y esta transformación deberá tener como meta la mejora sustancial de la calidad de atención médica.⁽³⁾

Sistemas de Telemedicina en Ecuador

En Ecuador, el desarrollo de la telemedicina ha estado englobado en el Programa Nacional de Telemedicina/Telesalud. El principal objetivo de este modelo fue crear una red de referencia y contrarreferencia a través de los distintos niveles de atención. Consolidando de esta manera la comunicación e integración de la atención primaria, a nivel hospitalario de segundo y tercer nivel, mediante el uso de herramientas tecnológicas proporcionadas por el Sistema Nacional de Salud.⁽⁶⁾ Las consultas de este sistema tienen la característica de ser gratuitas para toda la población, proporcionar la atención médica a través de consultas que pueden ser mediante llamada o videollamada con centros especializados, al igual que, la capacidad de atención para enfermedades urgentes que requieran manejo y/o supervisión por parte de un equipo especializado que se encuentre a la distancia de la ubicación del paciente. Entre los principales requisitos para cumplir con este programa destacan la creación de infraestructura física y de conectividad, el equipamiento de los centros de salud que hayan sido seleccionados para brindar estos servicios, proveer la conectividad necesaria para proporcionar consultas

médicas de buena calidad, la capacitación del personal de la salud involucrado al igual que del personal de soporte y la educación de la comunidad.⁽⁶⁾

Beneficios de la Telemedicina

Existen múltiples beneficios que brinda la telemedicina, entre ellos está el bajo costo de los servicios de atención una vez que se encuentran disponibles las herramientas tecnológicas para brindar atención. Esto es fácil de entender cuando se analiza el costo que tiene que cubrir una persona que vive en una comunidad rural para acceder a los servicios de salud que requiere. Esta población tiene que tomar múltiples servicios de transporte para poder llegar al hospital donde será atendido, éste costo puede disminuir sustancialmente, si es que ese paciente puede recibir la atención médica a través de una llamada o videollamada con un médico de atención primaria o un especialista. Al igual que disminuir el tiempo de espera para recibir ese tipo de consulta el cual, en muchos casos, tarda meses en poder obtener una cita con los médicos especialistas. Igualmente, el costo que tiene que cubrir un profesional de la salud disminuye al no tener que transportarse hasta las comunidades más alejadas y, el tiempo que antes requería para realizar ese traslado, ahora lo puede emplear para atender a una mayor cantidad de pacientes. De esta manera, se puede observar que los beneficios de la telemedicina no sólo aplican para los pacientes, también existen múltiples beneficios para los profesionales de la salud. Sin lugar a duda, también representa menor costo para el sistema de salud, ya que es mucho más barato proporcionar todos los equipos necesarios para brindar este tipo de medicina a los centros de primer, segundo y tercer nivel, que construir nuevos hospitales y contratar más personal de la salud para que puedan trabajar en esos hospitales.

Preocupaciones y estrategias para promover el uso de la telemedicina según el grupo etario

Se debe tomar en cuenta que no todos los pacientes tienen las mismas dudas o inquietudes respecto a la telemedicina. En una encuesta que analizó a más de 2000 participantes, se vio que las principales preocupaciones variaban considerablemente según el grupo etario,⁽⁷⁾ como se muestra a continuación:

- **≥65 años:** Este grupo de personas tiene un alto apego a su médico de cabecera, por lo que se vuelve muy difícil que busquen atención en otro profesional de la salud. Sin embargo, si es que lo hicieran, la principal función que le darían a la telemedicina sería para renovar la prescripción de medicamentos.
- **55-64 años:** Las personas de este grupo mencionan no tener dificultad para usar tecnologías de la salud y que el principal beneficio que perciben de la telemedicina es ahorrar tiempo.
- **45-54 años:** En este grupo etario una alta proporción de personas ha demorado la atención médica debido al costo que esta puede representar. De esta manera, se debe hacer énfasis en el bajo costo de este tipo de medicina y el ahorro de tiempo que puede brindar.
- **35-44 años:** La principal duda que tiene este grupo de personas es si los servicios de telemedicina están cubiertos por su seguro médico. También un área de oportunidad en este grupo es explicarles la facilidad de acceso a este servicio y la pronta atención que pueden tener.
- **18-34 años:** Este grupo menciona que la principal razón para usar telemedicina sería para el abordaje de problemas de salud mental. Y también dentro de las preocupaciones que tienen es el costo de este tipo de servicios.

Por consiguiente, nos damos cuenta que cada grupo etario tiene distintas dudas y razones que los motivarían para utilizar telemedicina. Esto es de vital importancia ya que las estrategias para fomentar la aceptación a este tipo de servicio deben ser enfocadas según las necesidades específicas de cada persona y según las enfermedades más prevalentes de cada región geográfica. En Ecuador, desde hace algunos años, las enfermedades crónicas se han posicionado como la principal causa de mortalidad prematura.⁽⁸⁾ Tomando en cuenta este precedente, se pueden realizar intervenciones en el primer nivel de atención médica al brindar servicios de telemedicina que busquen prevenir y mejorar el control de enfermedades como la diabetes, hipertensión y enfermedades cerebrovasculares. Se deberá hacer especial énfasis en explicar a los pacientes

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

el tipo de cobertura que tienen al usar este tipo de medicina, al igual que, hablarles sobre la disponibilidad, fácil acceso que pueden tener y promover la renovación de medicamentos a través de este tipo de consultas.

Barreras a la telemedicina

La diversidad cultural aunada a las distintas realidades que cada persona enfrenta en su propio país, hace que las barreras a la telemedicina sean muy diferentes entre los países desarrollados comparados con los que están en vías de desarrollo. A continuación, se muestra las principales barreras que previenen la adaptación a la telemedicina (Tabla 1):

Tabla 1. Barreras a la telemedicina según el nivel de desarrollo de los países.

Países en vías de desarrollo	Países desarrollados
• Altos costos. • Falta de infraestructura para proporcionar servicios de telemedicina. • Falta de personal técnico que pueda solucionar los problemas que presenten los equipos empleados.	• Aspectos legales (e.g. privacidad y confidencialidad de los pacientes). • Falta de prioridad de los sistemas de salud a este modo de atención. • Sensación de falta de demanda por estos servicios. • Falta de cobertura nacional por parte de seguros médicos.

Fuentes: WHO. Telemedicine Opportunities and Developments in Member States.⁽²⁾ Mann D, et al. COVID-19 transforms health care through telemedicine: Evidence from the field.⁽⁹⁾

Por lo tanto, entre las principales estrategias que deberán buscar atacar estas barreras en países en vías de desarrollo como Ecuador, destacan la implementación de herramientas tecnológicas en centros de salud. Así, los médicos de primer nivel podrán tener comunicación con profesionales especialistas que brindarán el apoyo necesario para mejorar la atención de un paciente. Esto facilitará la difusión del conocimiento a múltiples comunidades rurales que se encuentran alejadas de hospitales de segundo o tercer nivel.

Una vez que se tenga todo el equipo necesario para brindar este tipo de atención médica, se deberá buscar profesionales capacitados para brindar toda la atención necesaria en caso de que existan problemas con las herramientas tecnológicas o de conexión en las comunicaciones.

Impacto de COVID-19 en la práctica de telemedicina

En un estudio realizado por Mann et al.⁽⁹⁾ se mostró el incremento exponencial de las consultas diarias de telemedicina, pasando de 102 a 802 entre Marzo 2 y Abril 14 de 2020, respectivamente. También mostraron que la transición a visitas médicas por medio de videollamadas ha sido factible y de mucha satisfacción para los pacientes. Otro de los beneficios de este tipo de medicina es que ha permitido la movilización de personal asintomático contagiado con COVID-19 a realizar sus funciones desde la casa.⁽⁹⁾ Esto se refleja en la mitigación de pérdida de recursos humanos, el cual es un gran problema que tienen que enfrentar los sistemas de salud debido a la falta de personal médico en diversas partes del mundo.

Por otra parte, el modelo tradicional de la atención médica ha tomado un giro radical debido a la pandemia por COVID-19, y en la actualidad una gran cantidad de consultas se realizan por medio de telemedicina. Esto ha representado un reto para los profesionales de la salud, los cuales han tenido que desarrollar nuevas estrategias que permitan fomentar la confianza, empatía, facilitar el examen físico, y diagnóstico de sus pacientes.⁽⁹⁾

El abordaje y manejo de esta enfermedad se basa en el cuadro clínico del paciente. Greenhalgh et al.⁽¹⁰⁾ mencionan que el manejo de COVID-19 en el primer nivel de atención se puede realizar de la siguiente manera: si el paciente busca únicamente resolver dudas básicas sobre la enfermedad, se pueden usar mensajes para ayudarlo, por otra parte, si tiene síntomas leves y no complicados, se podrá dar manejo por medio de llamadas. Mientras que, si presenta síntomas moderados a graves, la mejor estrategia de consulta será emplear videollamadas y en dado caso que lo requiera, una pronta atención médica presencial.⁽¹⁰⁾

Adicionalmente, en la atención primaria se ha implementado el Test de Roth para valorar el grado de disnea de un paciente a través de la telemedicina.⁽¹¹⁾ Esta prueba consiste en pedirle al paciente que tras una inspiración forzada cuente lo más rápido que pueda del 1 al 30 en su lengua materna. Los pacientes que alcancen a contar hasta <7 o que el tiempo de conteo sea <5 segundos tendrán una saturación de oxígeno <90%, mientras que los que alcancen a contar hasta <10 o que el tiempo de conteo sea <7 segundos, tendrá una saturación de oxígeno <95%.⁽¹¹⁾

Alerta Rosa – Un programa mexicano que ha empleado la telemedicina con el fin de reducir el intervalo para el diagnóstico de cáncer de mama

El cáncer de mama es la neoplasia maligna con mayor incidencia a nivel mundial.⁽¹²⁾ En México, la mediana de tiempo desde el inicio de síntomas hasta el diagnóstico de cáncer de mama es de 7 meses.⁽¹³⁾ En ese tiempo, múltiples estrategias de tratamiento (e.g. cirugía, quimioterapia neoadyuvante) se hubieran podido emplear para tener una mejor calidad de vida de las pacientes con esta enfermedad. Alerta Rosa es un programa mexicano que por medio de la difusión por parte de medios de comunicación y de organizaciones no gubernamentales, se dio a conocer a la población. El objetivo principal de este programa era que las pacientes que tenían síntomas relacionados con cáncer de mama tuvieran una pronta atención por parte de profesionales de la salud especializados en esta patología. Las pacientes se comunicaban a la línea de atención de Alerta Rosa y una navegadora anotaba el principal síntoma de la paciente y la estratificaba según su riesgo clínico de presentar cáncer de mama, de esta manera las pacientes que tenían mayor probabilidad de tener cáncer eran las que tenían consultas más pronto.⁽¹³⁾

Después de analizar los datos de las intervenciones, los investigadores se dieron cuenta que la mediana de tiempo desde el inicio de la alerta al inicio del tratamiento fue de 33 días (19-56) y la mediana de tiempo entre la primera consulta hasta el inicio de tratamiento fue de 28 días (16-48).⁽¹³⁾

El programa Alerta Rosa muestra que la telemedicina es una herramienta muy importante para mejorar la atención de los pacientes, ya que, al proveer un medio de contacto con un profesional de la salud que podía estratificar el riesgo clínico de una paciente, se consiguió reducir dramáticamente el tiempo transcurrido desde el inicio de síntomas hasta recibir el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama.

Conclusiones

La telemedicina es una herramienta que puede ser practicada por el personal de salud mediante el uso de herramientas tecnológicas que permiten el diagnóstico, abordaje y manejo temprano de las condiciones de riesgo y enfermedades en una persona y/o comunidad.

Su uso se ha incrementado en las últimas décadas con un especial incremento en el último año atribuible a la pandemia causada por COVID-19.

Estudios que evalúen las preocupaciones respecto a la telemedicina en los diferentes grupos etarios, tanto en pacientes como en profesionales de la salud son necesarios para desarrollar estrategias que fomenten su práctica.

Conflictos de interés

Los autores del presente artículo declaramos no presentar ningún conflicto de interés.

Bibliografía:

1. Casado M, Santervás A. Estado del arte de la telemedicina en España y Europa [Internet]. [cited 2021 Apr 10]. Available from: https://www.academia.edu/31913207/Estado_del_arte_de_la_telemedicina_en_España_y_Europa
2. WHO. TELEMEDICINE Opportunities and developments in Member States [Internet]. 2010 [cited 2021 Apr 6]. Available from: https://www.who.int/goe/publications/goe_telemedicine_2010.pdf
3. Lustig T, Board on Health Care Services. The Role of Telehealth in an Evolving Health Care Environment: Workshop Summary [Internet]. National Academies Press (US); 2012 [cited 2021 Apr 10]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK207141/>
4. Banega R. Revolucionando el tratamiento de la insuficiencia cardíaca Descubriendo CardioMEMS. Insuf Card [Internet]. 2015 [cited 2021 Apr 10];10(3):141–8. Available from: <http://www.insuficienciacardiaca.org>
5. OMS. Salud y derechos humanos [Internet]. 2017 [cited 2021 Apr 10]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>
6. López-Pulles R, Vilela L, Guaman G, Echanique P. Programa Nacional de Telemedicina/Telesalud-Ecuador. Lat Am J Telehealth [Internet]. 2010 [cited 2021 Apr 10];2(3):286–301. Available from: <http://uniandesinvestigacion.edu.ec/telemedicina/wp-content/uploads/2015/01/Programa-Nacional-de-TM-TS-Ecuador1.pdf>
7. American Well. Telehealth Index: 2019 Consumer Survey [Internet]. 2019 [cited 2021 Apr 10]. Available from: <https://static.americanwell.com/app/uploads/2019/07/American-Well-Telehealth-Index-2019-Consumer-Survey-eBook2.pdf>
8. OPS. Informe de país: Ecuador [Internet]. 2017 [cited 2021 Apr 11]. Available from: [https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?page_t_es=informes de pais/ecuador&lang=es](https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?page_t_es=informes%20de%20pais/ecuador&lang=es)
9. Mann DM, Chen J, Chunara R, Testa PA, Nov O, Mann D. COVID-19 transforms health care through telemedicine: Evidence from the field. J Am Med Inf Assoc. 2020;27(7):1132–5.
10. Greenhalgh T, Choon G, Koh H, Car J. Covid-19: a remote assessment in primary care. BMJ. 2020;
11. Chorin E, Padegimas A, Havakuk O, Birati EY, Shacham Y, Milman A, et al. Assessment of Respiratory Distress by the Roth Score. Clin Cardiol. 2016;39(11):636–9.
12. GLOBOCAN. Estimated age-standardized incidence rates (World) in 2020, worldwide, both sexes, all ages [Internet]. World Health Organization. 2020 [cited 2021 Apr 11]. Available from: https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-multi-bars?v=2020&mode=cancer&mode_population=countries&population=900&populations=900&key=asr&sex=0&cancer=39&type=0&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&nb_items=10&
13. Mireles-Aguilar T, Tamez-Salazar J, Muñoz-Lozano JF, Lopez-Martinez EA, Romero C, Platas A, et al. Alerta Rosa: Novel Alert and Navigation Breast Cancer Program in Nuevo Leon, Mexico, for Reducing Health System Interval Delays. Oncologist. 2018;23(12):1461–6.

Capítulo X D: influencia intercultural de la UCE en la historia del Hospital Andino Alternativo Chimborazo.

Gerardo Patricio Inca Ruiz¹ MPH, Mayra Carola León Insuasty² Msc.

¹ Docente de la Facultad de Salud Pública de la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo. ORCID <https://orcid.org/0000-0003-0457-3255>

² Docente de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Chimborazo ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7228-3941>

Correspondencia: Gerardo Patricio Inca Ruiz/ g_inca@esepoch.edu.ec

Introducción

El 18 de marzo de 1926, el Congreso de Cundinamarca, expide la Ley estableciendo Universidades Centrales en las capitales de los Departamentos de Cundinamarca, Venezuela y Ecuador. En el Ecuador la Universidad de Santo Tomás de Aquino de San Francisco de Quito, se transformaría en la Universidad Central de Quito, (1) que es la que existe actualmente y que durante todo este tiempo formó profesionales que hicieron aportes importantes en la historia nacional y mundial.

Durante la décadas de los 60 a los 80, la malla curricular, estaba conformada por materias que hacían énfasis en el lado sociológico y humano de la medicina y la enfermería, como: Problemas médicos sociales, Antropología, Demografía, Administración en salud, saneamiento ambiental 2, impartida con docentes que despertaban en sus estudiantes el compromiso social y humano que la carrera de medicina tiene, igual sucedía en enfermería con materias como Salud Comunitaria, Metodología de la Investigación.

Se rescata el aporte realizado por maestros, quienes con su ejemplo y conferencias magistrales, motivaban a los estudiantes para que miren el lado humano de la enfermería y la medicina, entre ellos Gorki Estrella, Lautaro Pozo, Marco Buendía, Carlos Guarderas, Margarita Regalado, Rosa Santamaría, Susana Bajiña, entre otros.

De otra parte el conflicto internacional que dominó y determinó las relaciones internacionales durante medio siglo (3), llamada la Guerra fría que enfrentó dos pensamientos filosóficos y políticos como modelos de desarrollo en los países, influyó también en el seno de la Iglesia Católica, donde se gestó un pensamiento conocido como “Teología de la Liberación”.

Los jóvenes de estas generaciones, no eran ajenos a estos debates que sumados a la formación de la Universidad Central de Ecuador de Quito (UCE), fueron moldeando seres humanos y profesionales de la salud que encaminaron sus vidas hacia un Apostolado de vida y servicio en favor de los demás.

En Riobamba hacia el año 1954, llegó a dirigir la Diócesis un sacerdote joven que se dejó tocar por la injusticia social en que vivía el campesino indígena y alineándose con la Teología de la Liberación, desarrolló una serie de actividades encaminadas a dar dignidad a seres humanos que durante cientos de años fueron considerados como seres inferiores y un activo más de las haciendas, cuando éstas se vendían lo hacían “con indios y todo”. Su acción valiente fue reconocida a nivel mundial y se le bautizó como el “Obispo de los Indios” o el “Obispo Rojo”, su nombre Leonidas Proaño.

Son varios los campos en los cuales empezó a trabajar en favor de los indígenas, uno de ellos el de la Salud, en el que se comprometieron médicos jóvenes de la UCE, para apoyar este proceso de cambio de la realidad.

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

Hubieron otras experiencias que se desarrollaron a nivel nacional, como la de un grupo de estudiantes de la Universidad Central, liderados por Gonzalo Montero y Galo Segovia, quienes al terminar su formación, escogieron hacer su apostolado entre la Independencia y Santo Domingo, fundando la Asociación Médica Ecuatoriana de Compromiso Cristiano ASME-CX, de la cual salieron dos profesionales, para sumarse en la Diócesis de Riobamba y apoyar al Dr. César Rivadeneira en lo que se llamó el Hospital Andino Alternativo de Chimborazo.

Objetivo

Narrar la historia del Hospital Andino Alternativo de Chimborazo, como una propuesta de compromiso social hacia los más vulnerables y un nuevo modelo de atención y gestión en salud.

Método

El presente trabajo de tipo cualitativo – descriptivo, se ajusta al diseño biográfico o narrativo, en el que se pretende describir el testimonio subjetivo de los informantes, al narrar sus experiencias en la ejecución del Proyecto Hospital Andino Alternativo de Chimborazo.

Desarrollo

Durante la Colonia la Iglesia estaba a cargo de la atención de salud, datos históricos indican que en 1563 se crea la Real Audiencia de Quito, teniendo como primer presidente a Hernando Francisco de Santillán. A su llegada al Puerto de Guayaquil, trajo el mandato de Carlos V y Felipe II de crear hospitales con el concepto de salvar el alma, dar catequesis religiosa y albergar a los indigentes (4).

El primer hospital se construyó en el Puerto Principal, el 25 de noviembre de 1564, con el nombre de Santa Catalina Virgen y Mártir. Al año siguiente se funda en Quito el Hospital de la Santa Misericordia de Nuestro Señor Jesucristo, el 9 de marzo de 1565. Aproximadamente 200 años después (1706), con la llegada de los Betlemitas toma el nombre de San Juan de Dios (4).

En la provincia de Chimborazo se crearon obras como el hospital de las Hermanas de San Vicente de Paúl para atender en especial enfermos con tifoidea.

El 16 de Junio de 1967 que la Asamblea Nacional Constituyente crea el Ministerio de Salud Pública, con la finalidad de “Atender las ramas de sanidad, asistencia social y demás que se relaciona con la salud en general” (5) y cuyo primer Ministro fue Cesar Acosta Velásquez (6), y de esta manera el Estado asume la atención directa a la salud.

La Diócesis de Riobamba empieza a trabajar en varios campos sociales desde 1962 con la creación de las Escuelas Radiofónicas Populares, bajo la iniciativa de Monseñor Leonidas Proaño y que prestaba los servicios de Alfabetización, Hospedería Campesina y desde 1965 servicios de salud curativa, primero ambulante y luego de consulta externa y salas de hospitalización en 1968 (7), y con contó durante mucho tiempo con el trabajo comprometido y desinteresado del Dr. Oswaldo Rodríguez, quien era docente de la UCE, de cirugía en el internado Rotativo.

A través del tiempo estos trabajos pastorales fueron creciendo en complejidad y número con la finalidad de satisfacer las necesidades de la población chimboracense, tal es así que para 1996 se contaba con varias obras, entre los que habría que destacar:

- Trabajo con Promotores de Salud llevados a cabo en Flores con la Hna. Teresa Duvignau apoyada por el Dr. Joaquín Romero, también de la UCE, en Guamote con el P Julio Gortaire, en Columbe por la Hna. Ligia Valdiviezo, en Yaruquíes por Julia Serrano, en Chunchi por el Padre Mirto Mónica, en Alausí por la Hna. Patricia Rodríguez, en Achupallas impulsada por la obra salesiana a cargo de Anselmo Anderenti, la Casa Indígena con la Hna. Carmen

Lozada, en Cebadas con la Hna. Hermelinda Martínez, en Punín con el Padre David Manca, el proyecto TACMA de Nutrición a cargo de Nancy Segmeister y Ana Paola Amado.

- Se crearon además Dispensarios Médicos como el de CEBYCAM dirigido por el Padre Jaime Álvarez con el apoyo del Dr. Jorge Lara de la UCE, el Dispensario Nuestra Señora de Guadalupe en Alausí dirigido por el Padre Estuardo Gallegos apoyado por el Dr. Pablo Herbas, El Dispensario del Buen Socorro dirigido por la Hna. Patricia Dolwing y apoyada por el Dr. Gonzalo Martínez, el servicios de Partos a Domicilio en el Barrio de La Inmaculada por la Hna. Sabina Baekelandt., una Red de botiquines Populares que estaban a cargo del Dr. Patricio Inca Ruiz (UCE) y la Lcda. Carola León Insuasty (UCE), el Dispensario de Yaruquíes impulsada por el P. Wolfgang Schaft con el apoyo de los Drs. Wilson Nina (UCE), Ángel Mayacela (UCE) y Patricio Inca y el que se había desarrollado desde 1978 el Consultorio Popular que contaba con consulta externa, laboratorio, quirófano, hospitalización, a cargo de un grupo de seglares comprometidos, encabezados por el Dr. César Rivadeneira (UCE).
- Servicios de Medicinas Naturales y Ancestrales: el servicio de Termoregulación Cerebral en Guamote con la Hna. Laura Melena, de Microdosis en Columbe con Hilda Malla, Homeopatía en el Consultorio Popular, Reflexología del Equipo Misionero Itinerante, Medicina Andina en la Casa Indígena con Espíritu Yasaca, Regulación Térmica en el Espíritu Santo con María José Abad.

Todos estos esfuerzos Diocesanos por un lado no se coordinaban y por otro no tenían un segundo nivel de atención en quién apoyarse para completar los servicios que brindaban en el caso de venir un paciente con un problema de salud más complejos y que cuando eran referidos al Ministerio de Salud no recibían la calidez del servicio brindado por la Diócesis. Surge la necesidad de organizarse con la finalidad de poder unificar los trabajos que se realizaban.

Es así que el 3 de Marzo de 1997 (8) a partir de la Pastoral de Salud de crea la Comisión Diocesana de Salud, con la presencia de:

- José Rosales de la Pastoral de los enfermos
- Wolfgang Schaft en su calidad de capellán de clínicas y hospitales.
- Juan Espíritu del consultorio de la Casa Indígena
- María Salambay, tesorera del consultorio de la Casa Indígena.
- Rosa Jácome agente pastoral de Yaruquíes.
- Carmen Lozada agente pastoral de la Casa Indígena.
- Carola León (UCE) Enfermera comunitaria de la Diócesis
- Hermelinda Martínez agente pastoral de Cebadas
- David Manca párroco de Punín
- Laura Melena agente pastoral de Guamote
- Luis Naula promotor de TACMA
- Mirto Mónica párroco de Cumandá
- Nancy Segmeister representando a TACMA
- Patricio Inca Ruiz encargado del proyecto de Botiquines Populares.

La Misión de la Comisión Diocesana sería:

“La comisión diocesana de salud debe tener un compromiso con dios y las personas, en base a una estructura bien organizada para que preste un servicio permanente y en forma continua para que se recupere la dignidad de hijos de dios a través de:

1. *Disponibilidad para un trabajo Diocesano*
2. *Ser un punto de referencia seguro y de confianza para los agentes de pastoral y otros usuarios*
3. *Ser una orientadora de las políticas a seguir en la Diócesis*
4. *Conformar una red de servicios que integre la medicina natural con la química*

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

5. *Buscar de mejorar la calidad de vida de la comunidad*
6. *Integrar a las zonas*
7. *Una vocación de servicio y*
8. *Formación permanente.” (8)*

Para cada uno de los puntos señalados se determinaron acciones que se deberían emprender y responsabilidades a asumir por quienes integren la Comisión.

Se determinó que la Comisión esté conformada por los siguientes representantes:

1. Un delegado del Obispo
2. Un delegado de la Pastoral Social
3. Un representante de cada zona que realice alguna acción en salud.
4. Un representante de la Pastoral de los enfermos
5. Un representante de Medicina Natural
6. Un representante de TACMA
7. Un representante de los botiquines Populares.
8. La enfermera Diocesana a cargo del programa de Promotores de Salud.

La propuesta de esta estructura fue aprobada por Monseñor Víctor Corral Mantilla y se empezó el trabajo para integrar las diferentes obras descritas y unificar esfuerzos.

Es desde entonces que al implementar el 4º punto de acción *“Conformar una red de servicios que integre la medicina natural con la química”* que empieza a madurar la idea de crear un Centro Médico de Referencia que apoye la Red Diocesana de Salud y que sirva de apoyo para procedimientos más complejos.

Ante esta iniciativa se juntaron varios factores tractores:

- El Ideológico, el sueño de personas que sabían a dónde querían ir y que querían compartir el ideal, puesto de manifiesto en la propuesta del Consultorio Popular a través del Dr. César Rivadeneira (UCE) y demás miembros de la Comisión Diocesana de Salud.
- El Político brindado por el Obispo de Riobamba Monseñor Víctor Corral Mantilla quién al ver el crecimiento de la Práctica Pastoral de la Diócesis de Riobamba, que tiene como objetivo la Opción Preferencial por los Pobres y los Indígenas, el cuidar y defender la vida sobre todos de los que están excluidos del privilegio de la salud, decide apoyar esta iniciativa de construir este Centro Médico de referencia.
- El Legal que parte de la Constitución de la República vigente en ese momento que en su artículo 1 reconocía al país como *“...pluricultural y multiétnico...”* (9); y en el 44 que indica que: *“El Estado formulará la política nacional de salud y vigilará su aplicación; controlará el funcionamiento de las entidades del sector; reconocerá, respetará y promoverá el desarrollo de las medicinas tradicional y alternativa, ...”* (9)
- El Técnico con la finalidad de que el proyecto tenga sostenibilidad y sustentabilidad hacia futuro y que fue trabajado por seglares comprometidos que laboraban en la Diócesis el Dr. Patricio Inca Ruiz y la Lcda. Carola León Insuasty.
- El económico que provino de una herencia recibida de un familiar del P. Wolfgang Schaft así como de Instituciones Alemanas principalmente.

El primer paso fue realizar un estudio de mercado, que sustente todo el proyecto y determinar cuál podría ser el mejor sitio en Riobamba para construir el hospital.

Al conocer sobre la propuesta el director del Proyecto APOLO Dr. Iván Palacios, de CARE, a finales de 1997, decide apoyar con la realización del estudio de mercado, capacitar al personal que se hará cargo de la nueva institución y elaborar los planos del Hospital Alternativo e Integral, como se lo denominó en un primer momento, con un monto de 50.000 USD.

Se tenía como posibles lugares para la construcción del Hospital el Barrio de Picín, la salida a Yaruquíes y la Cooperativa 24 de Mayo, el Estudio de Mercado. Según el estudio de mercado se estimó que el lugar más factible para la construcción del hospital era el norte de la ciudad por la proyección de crecimiento y porque en esta parte de la ciudad no existían servicios de salud. Esta propuesta recibió el apoyo del Barrio y de cedieron un espacio destinado a parque para que se construyera la obra. (10)

El Estudio Rápido de Factibilidad (8) fue entregado en febrero de 1998, en el cual se hace un análisis de la acogida del Centro Hospitalario de la Diócesis, así como de las Factibilidades Políticas, Organizacionales y Financieras del proyecto.

Se procedió a capacitar el personal de Consultorio Popular para desarrollar en ellos una nueva Cultura Organizacional y pasar de una visión de Dispensario que era lo que tenían hasta el momento a otra de administrar un Hospital y con las nuevas características, puesto que desde la Diócesis se había decidido que ellos se hicieran cargo del Proyecto.

Los planos fueron elaborados por una empresa quiteña que tenía experiencia en la construcción de Hospitales y fue el Arq. Carlos Orti quien realizó todo el proceso de elaboración de los planos arquitectónicos, estructurales, hidráulicos, electrónicos y eléctricos de la obra.

Al conocer de la predisposición de la Cooperativa 24 de Mayo de ceder el terreno elaboró una propuesta para donación del terreno, ante el Ing. Abraham Romero, Alcalde de Riobamba, la misma que fue aprobada con el Cabildo en pleno.

Una vez que se contó con la donación del terreno y todos los planos, se procede a contratar al Arq. Carlos Ortiz, de Riobamba para que inicie los trabajos de construcción además de solicitarle que hiciera cambios en la fachada propuesta en el proyecto inicial propuesto por Orti y que se le dé más una imagen andina y que es la que hoy tiene. El 20 de abril de 1998 se coloca la primera piedra y se lo reconoce ya con el nombre de HOSPITAL ANIDNO ALTERNATIVO DE CHIMBORAZO. Se tenía previsto que la construcción dure un año, pero en 1999 se produce el feriado bancario en el Ecuador y se retrasa la construcción de la misma, por falta de recursos económicos. En estos momentos es de resaltar la gestión realizada por el P. Wolfgang Schaft para conseguir recursos frescos y poder continuar con la construcción, los cuales fueron aportados por Kindermissionswerk y Comunidades Católicas alemanas.

En este proceso se refuerza la Fundación Diocesana de Salud Integral FUDISAI del Consultorio Popular para que se hiciera cargo de la obra y tres de sus miembros del Dr. César Rivadeneira, Dr. Patricio Inca y Lcda. Carola León viajan a Munich Alemania para recibir una capacitación sobre Medicinas Alternativas de la mano de la Naturheilpraxis Hannelore Fischer-Reska quién junto con una voluntaria católica de Siegerstbrunn Anita Karrot y sus Comunidades Eclesiales de Base hicieron importantes donaciones para que funcione principalmente el área Alternativa.

Con la asesoría de CARE, el Consultorio Popular – FUDISAI inicia el trabajo de lo que serían los Reglamentos del Hospital y el proceso de selección del personal de salud, tomando en consideración a los profesionales que habían colaborado en las otras obras Diocesanas.

Al regresar de Alemania de los profesionales antes citados, el Obispo de Riobamba junto con el P. Wolfgang Schaft toman la decisión de no entregar la obra a FUDISAI sino de crear otra Fundación a la que le llamarían Alemana – Ecuatoriana para que administre la obra y se solicita que los tres profesionales que fueron a Alemania se mantengan bajo esta nueva figura jurídica delante de todo el proyecto.

Una vez terminada la primera parte de la construcción el trabajo de equipar el Hospital estuvo a cargo de la Master Carola León Insuasty con el apoyo de los Drs. Franz y Alexandra Freudenthal en Ecuador y desde Alemania del Dr. Ulrich Stieler. Se consiguió enviar del Klinikum Aachen la mayor parte de equipamiento, muebles, instrumental, insumos, la ambulancia y ropa hospitalaria para que empiece a funcionar el proyecto y prestar sus servicios al público.

El Hospital Andino Alternativo de Chimborazo bajo la Administración de la Fundación Social Alemana – Ecuatoriana abre sus puertas al público el 4 de Mayo del 2002, teniendo como gerente al Dr. Patricio Inca Ruiz.

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

“La propuesta del nuevo modelo de atención, desarrollado por el Hospital Andino Alternativo de Chimborazo, llegó a ser reconocido a nivel nacional a tal punto de consultores de la Agencia Internacional para el Desarrollo (AID), la Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE), la Universidad San Francisco de Quito (USFQ), visitaron las instalaciones para conocer de cerca esta forma coordinada de trabajar tanto la medicina química como la andina y las alternativas y proponerlas al Estado Ecuatoriano”.

Las Universidades, propusieron al Hospital Andino Alternativo de Chimborazo para que sea un centro de pasantía para sus estudiantes de Posgrado y pregrado, la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo y la Universidad Nacional de Chimborazo.

El Gobierno Ecuatoriano en la persona del Vicepresidente de la República Dr. Alfredo Palacio acudió a la Inauguración de toda la construcción cuando estuvo terminada y reconoció que el modelo presentado es una forma de llevar a la práctica los preceptos Constitucionales y el Ministerio de Salud Pública en el 2008, reconoce el trabajo realizado en la Norma Técnica del Parto Culturalmente Adecuado parte del Componente de Normas y Protocolos Maternos Neonatales liderados por la Dra. Bernarda Salas y Lcda. Sofía Pozo del MSP y concertados en la sub comisión de prestaciones del Consejo Nacional de Salud CONASA coordinados por la Dra. Lilián Calderón funcionaria del CONASA y docente de Salud Comunitaria de la UCE, incluyendo las experiencias diversas a nivel nacional de atención de partos alternativos y en agua que había desarrollado en diversos espacios y en el Hospital Andino Alternativo de Chimborazo hasta ese momento. (11)

Todas estas experiencias hace que el Hospital aperture nuevas áreas de trabajo, como la de Docencia y la de Salud Comunitaria, que sumadas a las de medicina química, andina y alternativas, llegan a constituir todo un modelo integral de salud, para de esta manera cumplir con el objetivo de la Red Diocesana de Salud, de ser el punto de referencia de los trabajos que se había realizado hasta el momento y desde este nivel apoyar en la formación de promotores de salud y de asesorar en las diferentes terapias naturales que venía desarrollando la Diócesis. Esta parte de la Salud Comunitaria fue apoyada por un médico Británico, el Dr. Harper.

Como reconocimiento al trabajo realizado se realizó un video que hace un resumen de todo lo expuesto en el presente trabajo. (12)

Conclusiones

Las mallas curriculares que forman profesionales de salud, deben incluir materia que motiven el compromiso social de la medicina así como el lado humano de la profesión, muy venida a menos al priorizar los conocimientos técnicos.

Propuestas como el Hospital Andino Alternativo de Chimborazo, deben replicarse en el país, considerando que muchos pacientes acuden a formas diferentes a la medicina convencional para hacer frente a sus enfermedades, de tal manera que tengan una atención fundada científicamente.

Para cumplir con el mandato 360 de la Constitución vigente: el Sistema de Salud debe promover la complementariedad con las medicinas Ancestrales y Alternativas, las Universidades deben incluir el enfoque intercultural en salud, en la formación de los estudiantes.

Propuestas nuevas que rompan paradigmas, necesitan del aporte de diferentes instituciones, que estén dispuestas a invertir en alternativas novedosas y de calidad en el campo de la salud.

El compromiso político, económico y técnico serán importantes para la cristalización de nuevas de gestión y atención en salud.

Los nuevos modelos de atención y gestión en salud deben profundizar el área de investigación para brindar todo el sustento científico para las medicinas y terapias alternativas y ancestrales que se practican en el Ecuador.

Conflictos de interés

El autor del presente artículo declara no presentar ningún conflicto de interés.

Agradecimientos

A todos los maestros de la Universidad Central del Ecuador que supieron sembrar la inclinación por la medicina y la enfermería con enfoque social y humano.

Bibliografía

1. Universidad Central del Ecuador. Reseña histórica UCE. [Internet]. Quito: Universidad Central del Ecuador; 2021 [citado 2021 febrero 22]. Disponible en: <https://www.uce.edu.ec/web/fcm>
2. Universidad Central del Ecuador. Archivo General – Facultad de Ciencias Médicas – Escuela de Medicina.
3. Macmahon R. La Guerra Fría. Una breve introducción. Madrid: Alianza Editorial, S.A.; 2009. 299 p.
4. Museo Nacional de Medicina [Internet]. Quito: Ministerio de Salud Pública [Actualizado 2013; citado el 4 de Junio del 2017]. Disponible en: <http://instituciones.msp.gob.ec/museo/index.php/galeria-imagenes/medicina-colonial>
5. Ministerio de Salud Pública [Internet]. Quito: Ministerio de Salud Pública [Actualizado 16 de Junio del 2012; citado 4 de Junio del 2017]. Disponible en: <http://www.salud.gob.ec/ministerio-de-salud-celebra-sus-45-anos-con-obras/>
6. La Hora Nacional. [Internet]. Quito: Diario La Hora [Actualizado el 9 de Noviembre del 2012; citado el 4 de Junio del 2017] https://web.archive.org/web/20160312222651/http://lahora.com.ec/index.php/noticias/show/1101420047/-1/Busto_en_honor_a_C%C3%A9sar_Acosta.html#.WTQ7-oVzLr9
7. Escuelas Radiofónicas Populares. [Internet]. Riobamba: Escuelas Radiofónicas Populares del Ecuador [Actualizado 2017; citado el 4 de Junio del 2017] <http://www.erpe.org.ec/index.php/2013-07-17-13-39-49/history>
8. Memoria de la reunión de la Pastoral de Salud realizada en la Parroquia la Dolorosa de Riobamba el 3 de Marzo de 1997
9. Constitución de la República del Ecuador: Disponible en http://www.oas.org/juridico/spanish/mesicic2_ecu_anexo15.pdf
10. Estudio rápido de Factibilidad del HAACH: <https://www.dropbox.com/s/didj07qx5y2rn69/Erf.2.pdf?dl=0>
11. Ministerio de Salud Pública. Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente Adecuado. Quito: Editorial Lápiz y Papel; 2008
12. Video del Hospital Andino Alternativo de Chimborazo: <https://www.dropbox.com/s/5g24emxea69je26/Hospital%20Andino%20Alternativo%20de%20Chimborazo.mp4?dl=0>

Este libro se terminó de diagramar y maquetar bajo la supervisión de
PUBLI SCIENCE Publicaciones Científicas
julio de 2021



Hablar de la Universidad Central, es evocar 400 años de fructífera historia, trayectoria y trascendencia tanto a nivel nacional, como internacional. Este relato de experiencias vividas por docentes, profesionales y estudiantes de las carreras de la salud, en la construcción de un espacio de formación junto a la comunidad y al primer nivel de atención de salud, ha permitido la intervención: de la organización académica; científica e investigativa; así como también los diferentes servicios de la salud; estructuras y culturas comunitarias; para crear y construir áreas conjuntas y específicas; priorizando el diálogo como una alternativa, para alcanzar el desarrollo local integral.

Para dicho propósito de recrear las experiencias pasadas, mejorar las actuales y proyectar al futuro prácticas holísticas, que profundizan en la prevención, promoción de salud, desarrollo de hábitos saludables y mejora de las condiciones y calidad de vida de los habitantes, se han sumado; colegas, tutores y docentes-asistenciales, que viven de cerca, día a día; la sinergia formativa de la comunidad, el servicio y la Universidad, ya que con sus aportes, realzan la experiencia de formar estudiantes de pre y posgrado, para el desarrollo integral del primer nivel de atención del Sistema Nacional de Salud desde la docencia, investigación y la innovación universitaria; como un justo homenaje a su labor irrestricta, en los 327 años de vida de la Facultad de Ciencias Médicas, de la Universidad Central del Ecuador.

ISBN: 978-9942-601-00-1



PUBLI SCIENCE