

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

Colegio de Postgrados

**Caracterización de la Formación en Promoción de la Salud:
Relación entre los factores curriculares y las actitudes hacia la promoción
de la salud en estudiantes de Medicina de las universidades de Quito
durante el período académico 2009-2010**

Dra. Patricia Ramírez Puente

Tesis de grado presentada como requisito para la obtención del título de
Magister en Salud Pública

Quito

Abril de 2010

Derechos de autor
Patricia Verónica Ramírez Puente
2010

RESUMEN

A partir del Reporte Flexner en 1910 han surgido cuestionamientos a la formación médica curativa, mientras que en el país se reconoce que la formación de recursos en salud de las universidades debe orientarse a la realidad latinoamericana. Desde el año 2008 se está llevando a cabo el proceso de Transformación Sectorial de Salud en el Ecuador (TSSE) y desde el 2009 se viene aplicando el nuevo modelo de atención integral de salud (MAIS), siendo imperativo que el recurso humano en salud del Ecuador se inserte en este modelo.

El objetivo del presente trabajo fue identificar la relación entre los factores curriculares y las actitudes hacia la promoción de la salud que tienen los estudiantes de medicina de las Universidades de Quito entre los años 2009 y 2010, aplicándose una encuesta a 320 estudiantes, se analizó las características personales del alumno, razones y expectativas frente a la formación y ejercicio profesional, relacionándolas con una escala tipo Likert de 42 afirmaciones para identificar las actitudes hacia la promoción de la salud. Además se realizó encuestas a los docentes de PS de dichas universidades, donde se recabó datos acerca de las características generales de la institución y caracterización de experiencias curriculares en el campo de la PS.

Se encontró que el 79,1% de los estudiantes presentó una actitud positiva hacia la PS y el 20,9% una actitud indiferente. Ningún estudiante señaló tener actitud negativa hacia la incorporación de la PS en la malla curricular de Medicina. Los hallazgos demuestran que los currículos oficiales buscan fortalecer la formación en PS, lo que podría explicar la actitud positiva hacia la promoción de la salud. Sin embargo, como eje transversal presenta dificultades en cuanto a la coordinación con las demás cátedras, mientras que los cursos regulares presentan limitación por insuficiencia de tiempo para abordar todos los temas y articular espacios de práctica e investigación con las demás materias de currículo.

Se concluye que la formación en PS evidencia una actitud positiva en los estudiantes, lo cual se relaciona con factores curriculares apropiados, sin embargo se recomienda unificar criterios de definición en el currículo en consenso con autoridades, docentes y estudiantes.

PALABRAS CLAVES: Educación médica, promoción de la salud, estudiante de medicina, actitudes.

Tablas y gráficos

Cuadro 1: Composición de la población de estudio para la aplicación de la encuesta de actitudes hacia la PS

Cuadro 2: Características demográficas de los estudiantes de medicina

Gráfico 1: Razones para estudiar medicina

Gráfico 2: Campos de acción

Gráfico 3: Postgrado deseado

Cuadro 3: Actitud hacia la formación médica

Cuadro 4: Actitud hacia la formación en PS

Cuadro 5: Actitud hacia las barreras para la PS en la formación médica

Cuadro 6: Actitud hacia el rol del médico

Cuadro 7: Expectativas personales frente a la formación médica

Cuadro 8: Actitud hacia los entornos y ambientes saludables

Cuadro 9: Actitud hacia el estilo de vida

Gráfico 4: Distribución del puntaje obtenido por los estudiantes en la escala de Likert sobre actitudes hacia la PS

Gráfico 5: Actitud de los estudiantes de medicina de las universidades de Quito hacia la promoción de la salud

Gráfico 6: Relación de la actitud hacia la PS con la variable sexo

Gráfico 7: Relación de la actitud hacia la PS con la variable semestre

Gráfico 8: Relación de la actitud hacia la PS con la variable principal campo de acción en el cual le gustaría desenvolverse como médico

Gráfico 9: Relación de la actitud hacia la PS con la variable universidad

Cuadro10: Formación de los docentes de PS de las universidades de Quito

Tabla de contenido

RESUMEN	3
Tablas y gráficos	4
Tabla de contenido	5
1. INTRODUCCIÓN	8
2. MARCO TEÓRICO	11
2.1. Definición, principios e historia de la PS	11
2.1.1. Origen del concepto: Virchow y Sigerist	11
2.1.2. Funciones Esenciales de la Salud Pública	13
2.1.3. Informe Lalonde, Canadá 1974	14
2.1.4. Salud para Todos en el Año 2000 (SPT 2000)	14
2.1.5. Declaración de Alma Ata, URSS 1978	15
2.1.6. Reporte del Cirujano General de los EEUU, 1979	15
2.1.7. Carta de Ottawa para la PS, 1986	15
2.1.8. Declaración de Santa Fe de Bogotá, Colombia 1992	16
2.1.9. Carta de Liubiana para la reforma de la Salud, Unión Europea 1996	17
2.1.10. Declaración de Yakarta sobre la PS en el siglo XXI, OMS, 1997	18
2.1.11. Objetivos de Desarrollo del Milenio, 2000 (ODM)	18
2.1.12. Carta de Bangkok para la PS en un mundo globalizado, 2005.	19
2.1.13. Declaración de Montevideo sobre las nuevas orientaciones de la APS, Organización Panamericana de Salud (OPS) 2005	20
2.2. Marco jurídico de la PS en el Ecuador	21
2.2.1. Constitución Política del Ecuador 2008	21

2.2.2.	Política Nacional de Desarrollo (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, SENPLADES), Plan Nacional de Desarrollo para el Buen Vivir 2009-2013	22
2.2.3.	Ley Orgánica de Salud, 2006	23
2.2.4.	Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, 2002	23
2.2.5.	Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS), Ecuador 2009	24
2.2.6.	Marco General de la Reforma Estructural en Salud del Ecuador 2007	25
2.2.7.	Transformación Sectorial de Salud en el Ecuador (TSSE)	25
2.2.8.	Política Nacional de Promoción de la Salud y Plan de Acción 2007-2009	26
2.2.9.	Propuesta de reorientación de servicios de salud del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), 2009	27
2.3.	La formación médica	27
2.3.1.	El Reporte Flexner, 1910	27
2.3.2.	El Rappleye Report de 1932 y el Ensayo sobre Educación Médica realizado en España por Teófilo Hernando (1935)	29
2.3.3.	La década de los 90: La educación orientada a resultados	30
2.4.	Abordaje de salud integral propuesto por la OPS en su documento de posición de la Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas 2007	31
2.5.	Propuestas de acción de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para el abordaje de la problemática de la formación del recurso humano en salud	33
2.6.	La formación en Promoción de la Salud	34
2.6.1.	Experiencias en la región de las Américas y el país	34
2.6.2.	Principales instituciones vinculadas a la promoción de la salud y formación de recursos humanos en PS a nivel Nacional	37
2.7.	Propuestas de acción y estrategias implementadas en la formación en promoción de la Salud	41
2.7.1.	Temas en el currículo de PS	41
2.7.2.	Competencias de conocimientos de PS	42
2.7.3.	Competencias de habilidades en PS	43
2.7.4.	Competencias de actitudes en PS	43
2.7.5.	Experiencias en Ecuador	44
3.	JUSTIFICACIÓN	45
4.	OBJETIVOS	46
4.1.	Objetivo General	46
4.2.	Objetivos Específicos	46

5. MATERIALES Y MÉTODOS	48
6. RESULTADOS Y HALLAZGOS	51
6.1. Resultados de las encuestas realizadas a los estudiantes de medicina de las universidades de Quito	51
6.1.1. Características personales de los estudiantes de Medicina de las universidades de Quito	52
6.1.2. Razones y expectativas de los estudiantes de medicina de las universidades de Quito frente a la formación y el ejercicio profesional	53
6.1.3. Actitudes de los estudiantes de medicina de las universidades de Quito hacia la PS	56
6.2. Resultados de las encuestas realizadas a los docentes de PS en las escuelas y facultades de medicina de las universidades de Quito	65
6.2.1. Perfil de los docentes de PS	65
6.2.2. Concepto de promoción de la salud que maneja la institución	65
6.2.3. Contenidos teóricos que se desarrollan en PS	66
6.2.4. Inserción académica de la PS	66
6.2.5. Experiencias prácticas en PS	67
6.2.6. Desarrollo investigativo en PS	67
6.2.7. Necesidades en la formación en PS	67
6.2.8. Comentarios de los docentes respecto a la formación en PS en sus universidades	68
7. DISCUSIÓN	71
8. CONCLUSIONES	77
9. RECOMENDACIONES	79
BIBLIOGRAFÍA	81
GLOSARIO DE TÉRMINOS	84
ANEXOS	¡Error! Marcador no definido.

1. INTRODUCCIÓN

La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Dado que las condiciones y requisitos para la salud son: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad, cualquier mejora de la salud ha de basarse necesariamente en estos prerequisites para irrumpir positivamente en el futuro sobre la base de la participación activa en la Promoción de la Salud.

(1)

Así tenemos que la promoción de la salud es el primer nivel de la salud y busca entre otros aspectos desarrollar habilidades de vida en las personas y en la comunidad. Mediante la promoción de salud se empodera al individuo a que confíe en sus propios recursos y a través de una participación social se empodera a la comunidad.

La promoción de la salud es un proceso social, cultural, educativo y político que incrementa la conciencia ciudadana sobre la salud-desarrollo, promueve estilos de vida saludable y la movilización social a favor de la salud, genera igualdad de oportunidades y da poder a las personas para que ejerzan sus derechos y responsabilidades a partir del desarrollo de políticas, planes, programas y proyectos que sean favorables a su salud y bienestar.

En este sentido la Constitución del Ecuador reconoce el derecho de la población a vivir en un ambiente sano y ecológicamente equilibrado que garantice la sostenibilidad y el buen vivir, *sumak kawsay*, y reconoce a la Salud como 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, finalmente se refuerzan estos conceptos al señalar que el sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud. (2)

Un problema frecuente en la conceptualización y abordaje de la promoción de la salud es que se la confunde con la prevención y con la educación para la salud, ya que existen momentos en que los términos pueden parecer sinónimos o que comparten aspectos en común. Esto sumado a la renuencia, muchas veces del médico, a aceptar el enfoque integral de salud.

La mayor participación del profesional de salud en acciones de promoción de la Salud es un reto por alcanzar y que implica un mejor trabajo en equipos interdisciplinarios, un mayor papel en el desarrollo de políticas saludables y en la acción comunitaria. Este cambio de actitud debe iniciarse en las aulas, donde el estudiante comprenda la interrelación entre los diferentes niveles de salud y a través de la extensión comunitaria, pueda poner en práctica acciones de promoción, prevención, atención y rehabilitación.

Al no hacerlo, está limitando sus posibilidades al mero hecho curativo, que tiene sus limitaciones. La reorientación de los servicios de salud propuesta en la Carta de Ottawa es otra herramienta esencial que permite apoyar las acciones de promoción de salud a

nivel de las unidades operativas. Sin embargo, el prerrequisito para su éxito radica en la sensibilización, formación y capacitación del personal de salud que se inicia en las instituciones académicas. (1)

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Definición, principios e historia de la PS

2.1.1. Origen del concepto: Virchow y Sigerist

La innovadora noción actual de promoción de la salud proviene de Europa, donde en el primer tercio del Siglo XIX, entre 1820 y 1840, el médico escocés, William Alison, y el médico francés, Louis René Villermé, hallaron relaciones causales entre pobreza y enfermedad. Este último comprobó, además, que las duras condiciones de vida y labor que padecían los obreros textiles causaban su muerte prematura. (3)

En Alemania en 1848 - bajo un clima de revolución política en Europa - se produjo un movimiento de reforma de la medicina que, entendiéndola como una ciencia social, proclamó la convicción de que la salud del pueblo era algo que concernía a todos, no sólo a los médicos y que, por tanto, era deber del Estado asegurarla. Uno de los más radicales adherentes a este credo fue el ruso Rudolf Virchow, médico y activista político. Al evaluar una epidemia de fiebre tifoidea ocurrida en 1847, la atribuyó fundamentalmente a factores socioeconómicos y, por tanto, desahució la utilidad del tratamiento médico. Considerando al problema tanto social como biológico, propuso entonces reformas amplias y profundas para asegurar libertad, seguridad y prosperidad para todos. Afirmó que en la democracia todos tenían igual derecho al bienestar y que las condiciones para que éste se diera eran la salud y la educación, las que el Estado tenía el deber de mantener y promover. De las reflexiones de Virchow se derivaron tres premisas, a saber: que la salud pública concierne a toda la sociedad y que el Estado está obligado a velar por ella; que las condiciones sociales

y económicas tienen un efecto importante en la salud y en la enfermedad y que esas relaciones deben someterse a la investigación científica, y que, en consecuencia, deben adoptarse medidas tanto sociales como médicas para promover la salud y combatir la enfermedad. Tales proposiciones no hallaron eco entonces. (3)

Un siglo transcurriría antes de que ideas renovadoras como éstas fueran rescatadas y complementadas. Fue al comienzo de la década de 1940 cuando surgió la figura principal de este movimiento: Henry Sigerist, médico nacido en Francia, formado en Suiza y afincado en los Estados Unidos de América, donde llegaría a consagrarse como el máximo historiador de la medicina. Catedrático de la Universidad Johns Hopkins y de la Universidad de Yale, recuperó las ideas de sus precursores, las analizó críticamente, las sistematizó y las enriqueció al punto de perfilar mejor la noción de promoción. En 1945 sostuvo que "la salud se promueve proporcionando condiciones de vida decentes, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física y formas de esparcimiento y descanso". Aclaró que, más que depender de la asistencia médica, la salud del pueblo estaba cifrada en el disfrute de dichas condiciones y llamó "promoción de la salud" a la tarea de lograr el acceso de la gente a ellas. La consideró la misión primordial de la medicina. La segunda en importancia debía ser la prevención. Y la curación - restauración y rehabilitación - tenía que ser la última, pues había que recurrir a ella sólo en caso de que la prevención fallara. Abogó porque la promoción fuera realizada por coordinación de esfuerzos de médicos, educadores, políticos, industriales y obreros. (3)

Es así que el término "promoción de salud" fue utilizado por primera ocasión por Henry E. Sigerist en 1945, quien definió cuatro tareas en la Medicina: promoción de salud, prevención de enfermedades, recuperación del enfermo y rehabilitación.

2.1.2. Funciones Esenciales de la Salud Pública

Las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) describen el espectro de competencias y acciones necesarias por parte de los sistemas de salud para alcanzar el objetivo central de la salud pública, que es el mejorar la salud de las poblaciones, y son:

1. Monitoreo, evaluación y análisis del estado de salud;
2. Vigilancia en materia de salud pública, investigación y control de los riesgos y amenazas para la salud pública;
3. Promoción de la salud;
4. Participación social en lo que se refiere a la salud;
5. Desarrollo de políticas y capacidad institucional para la planificación y gestión en cuestiones de salud pública;
6. Fortalecimiento de la capacidad institucional para la reglamentación y ejecución en el marco de la salud pública;
7. Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios;
8. Desarrollo y capacitación de los recursos humanos en salud pública;

9. Garantía y mejora de la calidad de los servicios de salud individual y colectiva;

10. Investigación en salud pública; y,

11. Reducción del impacto de las emergencias y los desastres en la salud.

Es así que en el marco de las funciones esenciales de la salud pública (FESP) encontramos que la tercera, que se refiere precisamente a la promoción de la salud y la cuarta que habla de la participación social, está en relación directa al tema que nos compete de PS. (4)

2.1.3. Informe Lalonde, Canadá 1974

En 1974 el Gobierno del Canadá planteó mediante el "Informe Lalonde" el enfoque de un "campo de salud" compuesto por los estilos de vida y las características del medio ambiente, además de serlo por la medicina y la biología. Como instrumento principal para aplicar ese enfoque escogió a la promoción de la salud, especialmente por medio de la educación y la recreación. También sostuvo la prelación de lo preventivo sobre lo curativo. Por tanto la importancia del Informe Lalonde, canadiense, radica en que formula el concepto de determinantes "no médicos" de la salud y los divide en 4 grupos cada uno con un peso relativo, a saber: biología humana 27%, medio ambiente 19%, sistemas de asistencia sanitaria 11% y estilo de vida: hábitos y conductas de salud 43%. (5)

2.1.4. Salud para Todos en el Año 2000 (SPT 2000)

En 1977, la Asamblea Mundial de la Salud decidió que la principal meta social de los Gobiernos y de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en los próximos decenios

debía consistir en alcanzar para todos los ciudadanos del mundo en el año 2000 un grado de salud que les permitiera llevar una vida social y económicamente productiva, es decir la meta comúnmente denominada "salud para todos en el año 2000". La promoción de la salud se convierte en una estrategia fundamental para la consecución de esta meta. (6)

2.1.5. Declaración de Alma Ata, URSS 1978

La Declaración de Alma Ata define a la Atención Primaria de Salud (APS) como la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y las familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia a la salud. Enfatiza en la estrategia de organización de los sistemas de atención a la salud y la sociedad para promover la salud. (7)

2.1.6. Reporte del Cirujano General de los EEUU, 1979

El Reporte del Cirujano General de los EEUU publicó en 1979 una definición de la promoción de salud que enfatiza el rol de la educación para la salud y su combinación con "...intervenciones organizacionales, políticas y económicas designadas para facilitar cambios ambientales y de comportamiento que conduzcan a la salud".

2.1.7. Carta de Ottawa para la PS, 1986

La primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud reunida en Ottawa el 21 de noviembre de 1986 estuvo dirigida a la consecución del objetivo “Salud para Todos en el año 2000”. Esta conferencia fue, ante todo, una respuesta a la creciente demanda de una nueva concepción de la salud pública en el mundo. Si bien las discusiones se centraron en las necesidades de los países industrializados, se tuvieron también en cuenta los problemas que atañen a las demás regiones. La conferencia tomó como punto de partida los progresos alcanzados como consecuencia de la Declaración de Alma Ata sobre la atención primaria, el documento “Los Objetivos de la Salud para Todos” de la Organización Mundial de la Salud, y el debate sobre la acción intersectorial para la salud sostenido en la Asamblea Mundial de la Salud. (I Conferencia Internacional de Promoción de la salud. Ottawa 21 de Noviembre de 1986). (1)

La Carta de Ottawa en 1986 identifica cinco áreas de acción de la Promoción de la Salud:

1. Formulación de políticas públicas que promuevan la salud,
2. Creación de ambientes de apoyo tanto en sus dimensiones físicas como sociales,
3. Fortalecimiento de las acciones comunitarias y de la participación social,
4. Desarrollo de las aptitudes personales, y
5. Reorientación de los servicios de salud.

2.1.8. Declaración de Santa Fe de Bogotá, Colombia 1992

La Declaración de la Conferencia Internacional de Santa Fe de Bogotá señala que la PS en América Latina busca la creación de condiciones que garanticen el bienestar general como propósito fundamental del desarrollo, asumiendo la relación de mutua determinación

entre salud y desarrollo, y que el desafío consiste en transformar las relaciones excluyentes conciliando los intereses económicos y los propósitos sociales de bienestar para todos, así como en trabajar por la solidaridad y la equidad social. (8)

Dentro de este panorama, la Promoción de la Salud destaca la importancia de la participación activa de las personas en las modificaciones de las condiciones sanitarias y en la manera de vivir, conducentes a la creación de una cultura de la salud. A este efecto, la entrega de información y la promoción del conocimiento constituyen valiosos instrumentos para la participación y los cambios de los estilos de vida en las comunidades. El papel que le corresponde a la Promoción de la Salud para alcanzar este propósito consiste en actuar además como un agente de cambio que induzca transformaciones radicales en las actitudes y conductas de la población y sus dirigentes. El desarrollo integral y recíproco de los seres humanos y las sociedades es la esencia de la estrategia de Promoción de la Salud en el continente. (8)

2.1.9. Carta de Liubliana para la reforma de la Salud, Unión Europea 1996

Existen algunos precedentes para basar los sistemas de salud en la APS, la Carta de Liubliana para la Reforma de la Salud adoptada por la Unión Europea en 1996, establece que los sistemas de salud deben guiarse por valores como la dignidad humana, equidad, solidaridad, ética profesional, orientarse a los resultados en materia de salud, centrarse en las personas y promover su autoconfianza, orientarse a la calidad, contar con una financiación sólida, responder a la opinión y elección de los ciudadanos, basarse en la

evidencia, y exigir una gestión fortalecida, recursos humanos y la coordinación de políticas.

(9)

2.1.10. Declaración de Yakarta sobre la PS en el siglo XXI, OMS, 1997

La 4ta Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, organizada en Yakarta, es la primera en celebrarse en un país en desarrollo y en dar participación al sector privado en el apoyo a la PS. (10)

Aporta nuevos determinantes de la salud a saber los hábitos de vida sedentaria y la resistencia a los antibióticos y otros medicamentos comunes, la propagación del abuso de drogas y de la violencia civil y domestica, además del mayor reconocimiento de los problemas de salud mental. (10)

Establece que la promoción de la Salud es realizada por la gente y junto con ella, sin que se le imponga ni se entregue. Amplía la capacidad de las personas para actuar y la de los grupos, organizaciones o comunidades para influir en los factores determinantes de la salud. La Organización Mundial de la Salud lo admitió ya en 1997 en estos términos: "A medida que se acerca el nuevo milenio, queda claro que la salud para todos no se logrará en el año 2000 y que el plan debería re-examinarse en el contexto de los dramáticos cambios sociales, económicos y políticos..." (10)

2.1.11. Objetivos de Desarrollo del Milenio, 2000 (ODM)

En el año 2000 los Estados miembros de las Naciones Unidas adoptaron la Declaración del Milenio y los Objetivos de Desarrollo del Milenio, cuya fecha límite para implementación se fijó para el año 2015. El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) junto a otros organismos internacionales, elaboró 8 objetivos, 18 metas y 48 indicadores, estableciendo como año base 1990, para observar la evolución de los avances en su cumplimiento. (11)

Los ODM se desarrollaron para guiar los esfuerzos encaminados a lograr los acuerdos establecidos en la Declaración del Milenio. Entre los objetivos se encuentran: erradicar la pobreza extrema y el hambre, lograr la educación primaria universal, promover la equidad de género y empoderar a las mujeres, reducir la mortalidad infantil, mejorar la salud materna, combatir la infección por el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades, velar por la sostenibilidad ambiental y desarrollar una alianza mundial en pro del desarrollo. (11)

2.1.12. Carta de Bangkok para la PS en un mundo globalizado, 2005.

La Carta de Bangkok para la PS en un mundo globalizado establece las medidas, los compromisos y las promesas necesarias para abordar los factores determinantes de la salud en un mundo globalizado mediante la PS, afirmando que las políticas y alianzas destinadas a empoderar a las comunidades y mejorar la salud y la igualdad en materia de salud deben ocupar un lugar central en el desarrollo mundial y nacional. Señala que la PS consiste en capacitar a la gente para ejercer un mayor control sobre los determinantes de su salud y mejorar así esta, así también insiste en que es una función central de la salud pública que

coadyuva a los esfuerzos invertidos para afrontar las enfermedades transmisibles, las no transmisibles y otras amenazas para la salud. Identifica factores críticos actuales que tienen influencia en la salud, a saber: las desigualdades crecientes en los países y entre ellos, las nuevas formas de consumo y comunicación, las medidas de comercialización, los cambios ambientales mundiales y la urbanización. Además plantea nuevos desafíos para enfrentar otros factores como son los cambios sociales, económicos y demográficos, rápidos y con frecuencia adversos que afectan a las condiciones laborales, los entornos de aprendizaje, las estructuras familiares, y la cultura de las comunidades. Frente a lo cual señala que la globalización brinda nuevas oportunidades de colaboración para mejorar la salud y disminuir los riesgos transnacionales que la amenazan, a saber, los avances de la tecnología, los mejores mecanismos disponibles para la gobernanza mundial y el intercambio de experiencias. (12)

Finalmente plantea que hay 4 compromisos clave para lograr que la promoción de la salud sea:

1. un componente primordial de la agenda de desarrollo mundial,
2. una responsabilidad esencial de todo gobierno,
3. un objetivo fundamental de las comunidades y la sociedad civil y
4. un requisito de las buenas prácticas empresariales.

2.1.13. Declaración de Montevideo sobre las nuevas orientaciones de la

APS, Organización Panamericana de Salud (OPS) 2005

El 29 de septiembre de 2005 en el 46 consejo directivo de la OPS se aprobó la declaración Regional sobre la APS conocida como Declaración de Montevideo y se aportaron nuevos comentarios para el documento de posición sobre APS. (13)

Precisamente en el numeral III se refiere a la orientación hacia la promoción de la salud y la atención integral e integrada, y en el numeral VI enfatiza específicamente sobre el fortalecimiento de los recursos humanos en materia de salud, señalando que es necesario incorporar prácticas y modalidades de atención primaria de salud en el perfeccionamiento de todos los niveles de los programas de adiestramientos educativos y continuos. Las prácticas de contratación y retención deben incluir los elementos fundamentales, a saber, motivación, ascensos, entornos de trabajo estables, condiciones laborales que tengan en cuenta a los empleados y oportunidades de contribuir de manera importante a la APS. Asimismo es fundamental que se reconozca la plantilla de los profesionales y para profesionales, y de los trabajadores formales e informales, así como las ventajas que supone el enfoque de equipo. (13)

2.2. Marco jurídico de la PS en el Ecuador

2.2.1. Constitución Política del Ecuador 2008

La Constitución del 2008 reconoce en su artículo 14 el derecho de la población a vivir en un ambiente sano y ecológicamente equilibrado que garantice la sostenibilidad y el buen vivir, *sumak kawsay* (comprende un enfoque holístico ancestral que pregona la salud como la completa armonía del ser humano con la naturaleza y la coexistencia de fuerzas

más allá de las físicas como son las emocionales y espirituales que determinan y explican las limitaciones de la medicina científica experimental), lo cual es compatible con los prerequisites para la salud integral; mientras que en su artículo 32 más explícitamente reconoce a la Salud como 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. En el mismo artículo 32 se señala que el estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. (2)

En el artículo 360 se refuerzan estos conceptos al señalar que el sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas. (2)

2.2.2. Política Nacional de Desarrollo (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, SENPLADES), Plan Nacional de Desarrollo para el Buen Vivir 2009- 2013

Postula la construcción de un Estado Plurinacional e Intercultural mediante un cambio desde las reivindicaciones por la igualdad y la justicia social y desde el reconocimiento, la valoración y el diálogo de los pueblos y de sus culturas, saberes y modos de vida. (14)

2.2.3. Ley Orgánica de Salud, 2006

La Ley Orgánica de Salud (LOS) que sustituyó al Código de la Salud, en su artículo 10 establece que quienes forman parte del Sistema Nacional de Salud, aplicarán las políticas, programas y normas de atención integral y de calidad, que incluyen acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos de la salud individual y colectiva, con sujeción a los principios y enfoques establecidos en el artículo 1 de esta ley, el cual a su vez establece que la ley Orgánica de Salud se rige por los principios de equidad, integralidad, solidaridad, irrenunciabilidad, indivisibilidad, participación, pluralidad, calidad y eficiencia, con enfoque de derechos, intercultural, de género, generacional y bioética. (15)

En su artículo 189 establece que los integrantes del Sistema Nacional de Salud, respetarán y promoverán el desarrollo de las medicinas tradicionales, incorporarán el enfoque intercultural en las políticas, planes, programas, proyectos y modelos de atención de la salud, e integraran los conocimientos de las medicinas tradicionales y alternativas en los procesos de enseñanza aprendizaje. (15)

2.2.4. Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, 2002

En su artículo 6 describe el Modelo de Atención, y menciona que el Plan Integral de Salud, se desarrollará con base en un modelo de atención con énfasis en la atención primaria y promoción de la salud, en procesos continuos y coordinados de atención a las

personas y su entorno, con mecanismos de gestión desconcentrada, descentralizada y participativa. (16)

Así también en su capítulo VI de los Recursos Humanos señala en el Art. 26 que el Ministerio de Salud Pública, con el apoyo del Consejo Nacional de Salud, propondrá a las entidades formadoras la política y el Plan Nacional para el desarrollo de los recursos humanos en salud, que considere la armonización de la formación en cantidad y calidad con enfoque pluricultural, conforme a las necesidades de la población y del mercado de trabajo. En el ámbito público, desarrollará la carrera sanitaria considerando los aspectos de calidad del empleo, régimen laboral y salarial, productividad del trabajo, calidad de los servicios y gobernabilidad gestión de personal e incentivos basados en evaluación de desempeño, ubicación geográfica y manejo de riesgo. El Ministerio de Salud Pública (MSP), en coordinación con las facultades de Ciencias Médicas y de la Salud, el Consejo Nacional de Educación Superior (CONESUP) y los gremios profesionales, impulsará los procesos de certificación y re certificación para la actualización del ejercicio profesional de salud. (16)

2.2.5. Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS), Ecuador 2009

El MAIS es el conjunto de políticas, principios, componentes, estrategias, actividades, instrumentos y recursos que actuando de manera integral e integrada, permiten articular los conocimientos científicos y la sabiduría comunitaria contribuyendo a la generación de respuestas intersectoriales oportunas en materia de promoción, prevención,

recuperación y rehabilitación de la salud con calidad, calidez a las personas, familia y comunidad, considerando su diversidad y especificidades de género, cultura y ciclo de vida. El objetivo general del MAIS es promover, conservar y recuperar la salud del individuo, la familia y la comunidad donde se desarrolla la vida cotidiana. Entre los objetivos específicos del MAIS vinculados a la PS están: desarrollar estrategias de articulación de conocimientos científicos y sabiduría comunitaria que permita potenciar los factores protectores de salud y mitigar los factores de riesgo; generar una cultura de salud centrada en los determinantes de salud asignando prioridades en torno a la prevención de la enfermedad y promoción de la salud; y desarrollar las capacidades del talento humano en servicio, para entregar respuestas integradas e integrales de salud a toda la población. (17)

2.2.6. Marco General de la Reforma Estructural en Salud del Ecuador 2007

La Política Nacional de Salud es “la macro orientación que prioriza la exigibilidad del derecho a la salud, garantizando la protección integral mediante la rectoría del Ministerio de Salud Pública en el Sistema Nacional de Salud”, establecido en el Marco General de la Reforma Estructural de Salud del Ecuador, en la Política Nacional de Salud en el Ecuador, en el numeral 1.4 que determina “De los lineamientos de la Política”, que enfatiza claramente acerca “De la Promoción “en el numeral 1.4.2.1., específicamente refiriéndose en su literal k) Reorientar los servicios de salud para que incorporen los conceptos y prácticas de promoción de la salud en el marco de los procesos de extensión de cobertura y calidad de atención. (18)

2.2.7. Transformación Sectorial de Salud en el Ecuador (TSSE)

La propuesta de Transformación Sectorial de Salud del Ecuador busca consolidar el Sistema Nacional de Salud partiendo del principio de equidad, que garantiza el acceso a servicios de salud de calidad a toda la población. El establecimiento de una Red Pública Integral de Salud contemplado en la Constitución, se convierte en uno de los ejes de la TSSE y que permitirá promover un modelo de atención integral que priorice la promoción, prevención y atención primaria, evitando la duplicación de actividades entre los principales prestadores y garantizando la eficiencia del sistema (Art. 363). La implementación de un conjunto de prestaciones permite la aplicación de los principios de efectividad, eficiencia, equidad, de acuerdo a los objetivos de las políticas de salud del país. En este sentido, el MSP y la Red Pública definieron el llamado Régimen del Derecho a la Salud – Prestaciones Garantizadas, dentro de las cuales se incluyen prestaciones de promoción de la salud y de prevención. (19)

2.2.8. Política Nacional de Promoción de la Salud y Plan de Acción 2007-2009

Define a la PS como el proceso que proporciona a las poblaciones mayor control sobre los determinantes de su propia salud y vida, la capacidad de mejorarlas e influir sobre esos determinantes. Identificando como macro determinantes a la pobreza, los inadecuados modelos de seguridad social y de salud, inequidades de género, inter generacional e intercultural, cultura de violencia e intolerancias a las diferencias e identidades de la diversidad, migración, conflictos armados, inseguridad alimentaria y nutricional, degradación de bio ambiente, barreras en la oferta de salud y falta de acceso a una educación de calidad. En respuesta a estos determinantes se elabora el Plan de Acción para la Política de Promoción de la Salud para disponer de un referente nacional para alcanzar la resolución de los mismos mediante la aplicación de enfoques reconocidos en la

construcción concertada de la PS, orientándose hacia 8 líneas de acción a saber, la promoción del concepto, provisión de los medios, actuación como mediador, elaboración de una política pública saludable, creación de ambientes favorables, reforzamiento de la acción comunitaria, desarrollo de aptitudes personales y sociales, y la reorientación de los servicios de salud. (20)

2.2.9. Propuesta de reorientación de servicios de salud del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), 2009

Esta propuesta está orientada a establecer un trabajo en equipo dando como resultado una homologación de criterios, procedimientos y estrategias a nivel nacional; impulsar servicios de salud en red; lograr una mejora continua de la calidad de atención; establecer criterios-normas para un adecuado uso de los recursos en función de la calidad; definir estrategias para resolver la demanda insatisfecha; entre otros aspectos. (21)

2.3. La formación médica

2.3.1. El Reporte Flexner, 1910

Abraham Flexner (1866-1959), fue un eminente educador que dedicó la mayor parte de su labor pedagógica al perfeccionamiento de la educación médica norteamericana y cuyos trabajos han tenido una influencia universal sobre la formación de médicos y otros recursos humanos de las ciencias de la salud. En 1908 recibió una invitación por parte del presidente de la Carnegie Foundation para realizar un estudio sobre la situación de las facultades de medicina americanas. Dicho estudio titulado "La Educación Médica en los

Estados Unidos y Canadá. Un Informe a la Fundación Carnegie para el Avance de la Enseñanza", más conocido como "Report Flexner" fue publicado en 1910 y constituyó un demoledor documento crítico que hizo temblar en sus bases a las escuelas de medicina de entonces, además de dar paso a la más profunda transformación y reforma de la Educación Médica Norteamericana. El "Reporte Flexner" comprende dos partes bien diferenciadas: 1. Historia y estado actual de la Educación Médica y 2. Descripción de cada una de las escuelas médicas. La primera consiste en un largo ensayo, de una impresionante profundidad sobre los principios de la Educación Médica moderna. Y la segunda, es una evaluación de cada una de las escuelas estudiadas. Hobson, al referirse a sus resultados señala lo siguiente: "Flexner comprueba por ejemplo, que no existe prácticamente requisito alguno para el ingreso de los alumnos y que en 89 Escuelas se limitan a exigir los rudimentos de la educación secundaria. Los profesores de la mayor parte de las Escuelas sólo dedican a la enseñanza una pequeña parte de su tiempo. Los laboratorios y las bibliotecas son insuficientes o no existen. Solo 50 Escuelas forman parte de una Universidad. Los estudiantes tienen rara vez la posibilidad de observar directamente a los enfermos y la mayoría de las escuelas persiguen una finalidad lucrativa". Por tanto, lo que Flexner hizo en su famoso informe fue codificar las esencias de la Educación Médica definiendo sus estándares y con ello produjo un movimiento que rápidamente reordenó el sistema expulsando aquellas organizaciones que no eran capaces de cumplir los mínimos. Como consecuencia se cerraron muchas escuelas de medicina y aunque fue amenazado con procesos legales se mantuvo siempre firme y dejó que los hechos hablaran por sí mismos. Thomas Neville Bonner dijo de él lo siguiente: "Ha habido pocos educadores médicos famosos desde Hipócrates, pero probablemente Flexner es el más conocido del último siglo. Él fue quien definió que debía ser o no ser una escuela médica". Cabe destacar también un

libro dedicado a la educación pre profesional en el que es notable su defensa de la “actividad” y la educación en el trabajo como forma de aprendizaje, lo cual destaca en relación con la medicina al afirmar: “Desde el punto de vista pedagógico, la medicina moderna, como toda enseñanza científica, se caracteriza por la actividad. El estudiante no solamente mira, oye y memoriza; él hace. Su propia actividad en el laboratorio y en la clínica son los factores principales en su instrucción y formación disciplinaria”. (22)

2.3.2. El Rappleye Report de 1932 y el Ensayo sobre Educación Médica realizado en España por Teófilo Hernando (1935)

Ambos constituyen dos informes críticos sobre el estado de la situación de la Educación Médica y que, setenta años más tarde de su publicación, siguen plenamente vigentes en casi todo el mundo. El citado informe Rappleye es consecuencia de que en el año 1932 una comisión de Educación Médica presentase sus conclusiones a la Asociación de Escuelas Norteamericanas de Medicina. En el respectivo documento apareció, entre otros aspectos interesantes, la siguiente declaración: “Los estudios de medicina no pueden producir un médico. Ellos sólo pueden ofrecer oportunidades para que el estudiante obtenga un conocimiento elemental sobre las ciencias médicas y su aplicación a los problemas de salud, un adiestramiento en los métodos y el espíritu de la investigación científica y la inspiración y los puntos de vista resultantes del contacto con quienes se han dedicado por completo a la educación, la investigación y el ejercicio profesional. La medicina debe ser aprendida por el estudiante, porque sólo una fracción de ella puede ser enseñada por el profesorado. Este último ofrece las contribuciones indispensables de orientación, inspiración y liderazgo durante el aprendizaje. En un programa educativo los elementos

decisivos son el estudiante y el maestro, nunca el currículum” (Rappleye Report, 1932). En este entorno se celebra en 1988 la primera Conferencia Mundial en Educación Médica, organizada por la WFME y en la que se firma la denominada “Declaración de Edimburgo”, que posteriormente sería adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud de 1989. En esta Declaración se aboga por una enseñanza basada en las necesidades sanitarias del país, orientada hacia la comunidad, el trabajo en equipo y el auto aprendizaje, señalando también la conveniencia de aprovechar todos los recursos asistenciales y no sólo los hospitalarios para la formación clínica y social del médico. Dado el carácter intrínsecamente científico además de asistencial de la actividad médica, esta enseñanza debe fomentar en el discente el interés por la investigación. Asimismo, resalta que la formación en Medicina debe considerarse como un proceso continuo a lo largo de toda la vida profesional del médico.

(23)

2.3.3. La década de los 90: La educación orientada a resultados

Posiblemente la mayor aportación de esta década al campo de la Educación Médica hay que situarla en todo el movimiento que se produce en torno al concepto de educación basada en los resultados del aprendizaje (“*outcome-based medical education*”). Esta nueva concepción de la enseñanza comienza en la *Brown University School of Medicine* y pone énfasis en los resultados educativos más que en el proceso. Se centra, por tanto, en el producto de la educación, es decir, en el tipo de profesional a que da lugar y las características que ha de reunir (conocimientos profesionales, habilidades, competencias, valores y actitudes). Como señala el doctor Pales una educación no centrada en si misma sino determinada por un referente externo: las necesidades de los profesionales y de la

propia sociedad. En esta misma década, es justo reconocer la labor desarrollada por Charles Boelen durante su liderazgo en la OMS (Ginebra). Boelen colaboró intensamente con la AMEE, la WFME, y otras asociaciones internacionales, en ciertos avances conceptuales y prácticos de la Educación Médica. Facilitó la incorporación global de conceptos de gran repercusión como “la responsabilidad social” en el sentido de rendición de cuentas que deben asumir las Facultades de Medicina. En cuanto a los principales acontecimientos y citas internacionales que tienen lugar en este período es preciso destacar en primer lugar la Cumbre Mundial de Educación Médica de 1993, celebrada también en Edimburgo por la WFME. En ella se presentaron una serie de recomendaciones que se ratificaron unos años más tarde en la resolución “Reorientación de la Educación Médica y de la Práctica Médica para salud para todos” de la Asamblea Anual de la Organización Mundial de la Salud (1995). No obstante, un año antes, el Consejo Ejecutivo de la WFME, para desarrollar el Proyecto sobre Estándares Internacionales en Educación Médica, creaba en diciembre un Comité Internacional consistente en un Grupo de Trabajo y un Consejo Internacional de Expertos, encargados de definir estándares internacionales para programas educativos de Educación Médica Básica (Pregrado). Los tres documentos aportan el material de fondo esencial de la Conferencia Mundial sobre Educación Médica: Estándares Globales en Educación Médica para una mejor Atención Sanitaria, que la WFME convoca en marzo de 2003 en Copenhague. (23)

2.4. Abordaje de salud integral propuesto por la OPS en su documento de posición de la Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas 2007

El mecanismo propuesto para la renovación de la APS es la transformación de los sistemas de salud, de modo que la APS desempeña un papel central en ellos. Entonces un sistema de Salud basado en la APS pone énfasis en la prevención y la promoción. La construcción de sistemas de salud basados en la atención Primaria requiere un enfoque amplio de la organización y operación que hace del derecho a alcanzar el mayor nivel de salud posible su principal objetivo al tiempo que maximiza la equidad y la solidaridad del sistema, por lo cual requiere un sólido marco legal, institucional y organizativo, además de recursos humanos, económicos y tecnológicos adecuados y sostenibles. El énfasis en la PS de la APS permite ir más allá de la orientación clínica para abarcar la educación y el apoyo en materia de salud en el trabajo, las escuelas y el hogar. (24)

Entre los factores identificados como barreras a la implementación efectiva de la APS se encuentran las dificultades inherentes a la transformación del sector salud desde los enfoques curativos, en el marco hospitalario, hasta los preventivos, en el ámbito de la comunidad. El personal de salud debe recibir una capacitación integral desde el punto de vista técnico y humanístico, su desempeño no solo depende de sus conocimientos y habilidades, sino también de su entorno de trabajo y de las políticas de incentivos apropiadas tanto a nivel local como global. (24)

La experiencia ha demostrado que la mayoría de quienes se oponen al fortalecimiento de la APS son algunos médicos especialistas y sus asociaciones, los hospitales, la industria farmacéutica y algunos otros grupos de poder ya que sus intereses se oponen a menudo a muchos esfuerzos de reforma en materia de salud. Por consiguiente la clave para abogar por la renovación de la APS será encontrar algún aspecto suficientemente

atractivo como para que estos actores se movilicen para establecer alianzas con los defensores de la APS. Lo primero por hacer es lograr el cambio en la percepción del problema y las soluciones entre todas las partes interesadas a través de la sensibilización. (24)

2.5. Propuestas de acción de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para el abordaje de la problemática de la formación del recurso humano en salud

Los principales desafíos actuales en cuanto a los recursos humanos en las Américas son: que los profesionales de salud tienen escasa motivación y remuneración en comparación con otros profesionales, además de que los trabajadores de salud cualificados son insuficientes para prestar cobertura universal, el trabajo en equipo está escasamente desarrollado o se estimula insuficientemente, los profesionales cualificados prefieren trabajar en hospitales y ciudades, la formación universitaria del personal de salud no se ajusta a los requisitos de la prácticas de APS, y finalmente la fuga de profesionales. (25)

Para enfrentar estos problemas la cobertura universal requerirá un volumen importante de profesionales capacitados en atención primaria, así como también los recursos humanos deben planificarse de acuerdo a las necesidades de la población, la capacitación de los recursos humanos debe articularse con las necesidades de salud y tiene que ser sostenible y finalmente debe aplicarse políticas de calidad sobre el desempeño del

personal, así como también se requieren mecanismos de evaluación continua que faciliten la adaptación de los trabajadores de la salud a las nuevas situaciones y a las necesidades cambiantes de la población. (25)

Las prioridades en la formación de los recursos humanos incluirán por tanto el ampliar las ofertas curriculares en diversas modalidades en el ámbito de la PS; el desarrollo de cursos de PS en otras disciplinas relacionadas; incrementar las acciones de intercambio académico entre las instituciones formadoras en la región; fomentar el desarrollo de cursos internacionales sobre PS; aumentar la producción teórica-conceptual sobre PS y sus aplicaciones y variantes en el contexto de América Latina; y, mejorar las acciones de difusión de experiencias a través de publicaciones, conferencias y redes electrónicas de intercambio de información. (25)

Además de todo lo anterior es importante considerar que uno de los fundamentos más importantes incluye el implementar un modelo con enfoque intercultural por el hecho de que ningún sistema médico es capaz de satisfacer todas las demandas de salud que presenta una población; sin embargo, el avance de la ciencia biomédica ha conducido a tratar al individuo enfermo sin considerar el respeto a su entorno o sus creencias, en definitiva a su cultura. La interculturalidad pretende fortalecer la PS direccionada a la modificación de los condicionantes de Salud. (25)

2.6. La formación en Promoción de la Salud

2.6.1. Experiencias en la región de las Américas y el país

En América Latina predominan 3 modalidades de formación de recursos humanos en el campo de la educación para la salud y promoción de la salud a nivel de las instituciones universitarias: programas académicos especializados, cursos especializados, y curso de educación continuada o readiestramiento. Actualmente los enfoques académicos en los programas de formación en promoción de la salud, los cuales se confunden con los de educación para la salud, son variados y consisten en: fortalecer los programas actuales de educación para la salud con la integración de los contenidos de promoción de la salud, desarrollar programas académicos nuevos basados en la orientación conceptual y metodológica de la promoción de la salud, y desarrollar modalidades integradas donde se ofrece énfasis a ambas disciplinas de estudio. El desarrollo académico de mayor expansión ha consistido en el diseño e implantación de cursos variados de salud que incorporan en el contenido los principios y estrategias de la promoción de la salud, los cursos son parte integral del currículo de diversas disciplinas de las ciencias de la salud. Acorde a esto, las instituciones de educación superior y de salud han asumido la responsabilidad de equiparar a la sociedad con los recursos humanos cualificados para así responder a las necesidades del sector salud. El movimiento global de promoción de la salud ha tenido efectos en América Latina en lo relativo a la formación de recursos humanos. Durante la década de los noventa se han observado importantes desarrollos académicos en el ámbito de la promoción de la salud, sin embargo la experiencia en la formación de recursos humanos indican que en América Latina existen limitadas ofertas curriculares, conducentes a la obtención de grados académicos en el área de la promoción de la salud. (26)

Por su parte, la promoción de la salud en el Ecuador es una prioridad Constitucional y así ha quedado sentado en la Constitución del 2008 aprobada en la Asamblea Constituyente, pese a que la historia de la promoción de la salud en nuestro país es reciente. (2)

En cuanto al perfil de los Recursos Humanos del país se reconoce que la formación de recursos en salud de las universidades debe orientarse a la realidad latinoamericana en salud, en particular a la situación económica, social y políticas. En este sentido, a fines de los 90 se consolidó la creación de la Red de Formación de Recursos Humanos en Salud Pública en la que participaron las instituciones académicas que cuentan con Programas de Salud Pública o Áreas afines entre los que se encuentra: Universidad Estatal de Cuenca, Escuela Politécnica de Chimborazo, Universidad San Francisco de Quito, Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Universidad Nacional de Loja, Universidad Andina Simón Bolívar y Universidad Técnica de Portoviejo. Al analizar la formación de recursos humanos en Salud a nivel de pregrado en el Ecuador, representa la visión estrictamente biomédica de la Salud, especialmente en las escuelas de Medicina. (27)

En el Ecuador el sistema de formación de recursos humanos está constituido por el CONESUP que regula, por el Consejo Nacional de Educación y Acreditación que acredita, por el Consejo Nacional de Salud que formula políticas, por MSP-IESS-Fuerzas Armadas (FFAA)-Policía-Junta de Beneficencia (JB)- Sociedad de Lucha contra el Cáncer (SOLCA) -MUNICIPIOS que son escenarios de práctica, Asociación de Facultades y escuelas de Medicina del Ecuador (AFEME) que realiza la coordinación académica y las Universidades

Públicas y Privadas que se encargan de la formación. Al 2009 existen en el país 25 facultades de medicina y ciencias de la salud, 13 públicas y 12 privadas.

2.6.2. Principales instituciones vinculadas a la promoción de la salud y formación de recursos humanos en PS a nivel Nacional

Con el propósito de evitar los problemas que se han descrito y aplicar los principios constitucionales y legales en cuanto a la coordinación entre el MSP y las instituciones formadoras se suscribe periódicamente un convenio entre el MSP y AFEME para el desarrollo de programas en pregrado, postgrado, educación continua, investigación y vinculación comunitaria. En este sentido en la actualidad existe un predominio de especializaciones de 4to nivel que no se adecua al sistema de salud, puesto que gran parte de los problemas de salud pública pueden ser resueltos en el primer nivel de atención. En el 2007 había 12 universidades que ofertaban la maestría en Salud Pública, la mayor parte de los cuales se concentran en Quito, Guayaquil y Cuenca. Por lo general la malla curricular de formación profesional en pregrado y postgrado de las carreras de salud no se revisa ni se formula con periodicidad. (28)

2.6.2.1. Ministerio de Salud Pública

El MSP organiza y construye los procesos con la finalidad de ofertar las prestaciones de salud en los diferentes niveles de atención, cuya misión es la atención integral de las personas, familias y comunidades en un espacio poblacional determinado. Su misión es ejercer la rectoría del Sistema Nacional de Salud a fin de garantizar el derecho a

la salud del pueblo ecuatoriano, por medio de la promoción y protección de la salud, de la seguridad alimentaria, de la salud ambiental, y del acceso permanente e ininterrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia. Entre sus competencias se encuentra la PS y entre sus actividades está el analizar los distintos aspectos relacionados con la formación de recursos humanos en salud y promover entre las instituciones formadoras, reformas en los planes y programas de formación y capacitación.

2.6.2.2. Comisión de Promoción de la Salud del CONASA

Para efecto de la aplicación de la Promoción de la salud, lo que significa transformar los aspectos conceptuales manejados en forma teórica, con diferente grado de asimilación entre los responsables de su conducción y los grupos que requieren de su ejecución, para tender en algún grado a optimizar paulatinamente los aspectos inherentes a su calidad de vida, es necesario considerar los objetivos nacionales propuestos al interior de la Comisión de Promoción de la Salud del CONASA y sus posibles ámbitos de ejecución, mediante la aplicación de estrategias aceptadas generalmente o concretadas para las necesidades del país, como se resumen para su tratamiento más extenso y consensuado en el Marco General de la Reforma Estructural de la Salud en el Ecuador, en su artículo 48, donde señala que la comisión cumplirá entre sus funciones con la de impulsar en los distintos niveles del sistema procesos de promoción de la salud, a fin de lograr: el auto cuidado, la reorientación de los servicios con enfoque de promoción, movilización social y participación comunitaria, diseñar e impulsar los programas de comunicación social y capacitación continua, en los temas relacionados con la aplicación de la Ley Orgánica del

Sistema Nacional de Salud, su reglamento, la política y los planes de salud, impulsar y coordinar con los distintos niveles del Sistema, la puesta en marcha de procesos de información, educación y comunicación, promover el desarrollo y la incorporación de políticas saludables en el sistema, e impulsar el desarrollo de la promoción de la salud en el país y la inclusión de la perspectiva intersectorial en los planes de salud. (16) (18)

2.6.2.3. CONARHUS

En el artículo 44 del Marco General de la Reforma Estructural de la Salud en el Ecuador se establece entre las funciones de la Comisión de Recursos Humanos del CONASA el elaborar, proponer y someter a consideración y aprobación del Directorio del Consejo la Política y el Plan Nacional para el desarrollo de los recursos humanos del sector salud; el Sistema Nacional de Carrera Sanitaria, a fin de lograr un marco laboral que posibilite el desarrollo, la administración y la gestión desconcentrada, descentralizada y participativa de los recursos humanos. En dicho sistema también se determinarán los mecanismos para la valorización social, técnica y humana del personal, incluyendo criterios de equidad y de justicia en la remuneración del trabajo, según el desempeño y el reconocimiento al aporte individual y colectivo. Para este propósito trabaja con los organismos e instituciones especializadas del Estado, estándares de desempeño de los recursos humanos, que permitan elevar la calidad, eficiencia y calidez de los servicios de salud; estrategias e instrumentos que garanticen la suficiencia, calidad y el desarrollo del talento humano en salud; y, sistemas de cualificación, certificación y re certificación de los recursos humanos del Sector Salud; además de elaborar conjuntamente con las instituciones de formación de recursos humanos, los criterios de producción y acreditación que permitan

satisfacer las necesidades de tipo, calidad y número, de conformidad con el modelo de atención vigente y las necesidades cantonales, provinciales y nacionales; promover la formación multidisciplinaria del talento humano para el desarrollo de la salud con carácter intercultural, que articule las medicinas tradicional y alternativa, con énfasis en la investigación y promoción de la salud; apoyar la conformación del observatorio de los recursos humanos del sector salud como espacio indispensable para el desarrollo racional, integral y descentralizado de este recurso; efectuar el seguimiento del cumplimiento de los criterios de certificación y re certificación de los recursos humanos del sector; y presentar al Consejo las propuestas de leyes, reglamentos, acuerdos u otros instrumentos legales que la comisión considere necesarios a fin de asegurar la salud integral de los recursos humanos del sector.

2.6.2.4. AFEME

La AFEME es un organismo que congrega a las diferentes Facultades de Ciencias Médicas y de la Salud y otras instituciones que la conformen, para coordinar, impulsar, facilitar y lograr el desarrollo en el campo de la formación de los recursos humanos en salud proyectándose en el ámbito interno y externo en cooperación multisectorial e interdisciplinaria. Sus objetivos específicos son contribuir a la definición de políticas nacionales de salud, formación y utilización de los recursos humanos en salud, que respondan a las necesidades de la población y de los servicios de salud, de manera sustentable; desarrollar planes estratégicos de dimensión nacional, regional y local para viabilizar las reformas académicas en consonancia con las políticas definidas; evaluar si el proceso de desarrollo de los recursos humanos en salud, se cumple de conformidad a las

políticas y planes establecidos, y recomendar los ajustes correspondientes cuando se lo requiera; fomentar el intercambio con instituciones del sector salud nacionales e internacionales; promover el progreso hacia la excelencia de la Educación en Ciencias de la Salud, como un medio para contribuir a elevar el nivel de salud de la población; velar por la autonomía universitaria y la vigencia de los principios universitarios; y, participar, contribuir e integrarse a los organismos de educación y salud a nivel nacional e internacional, salvaguardando el principio de soberanía nacional. (29)

2.7. Propuestas de acción y estrategias implementadas en la formación en promoción de la Salud

Se identificaron diversos proyectos de competencias profesionales en Promoción de la Salud a nivel global a cargo de diversos representantes e instituciones inmersas en el tema, a saber: perspectiva Australiana de Shilton 2003; perspectiva Europea de Davis y IUHPE, 2005; perspectiva Norteamericana de ASPH 2006, IOM 2002 y SOPHE 2005; perspectiva Latinoamericana de CIUEPS 2007, OPS 2008; perspectiva de UIPES en proceso; y, perspectiva de la OMS en proceso. (30)

2.7.1. Temas en el currículo de PS

Todos estos proyectos proponen diversas competencias profesionales en promoción de la salud, pero que finalmente deben tender a enfatizar los siguientes temas o asuntos en el currículo: salud de la madre y el niño, salud escolar, niños y jóvenes, salud del adulto,

salud mental, salud oral, salud ocupacional, salud internacional, infecciones respiratorias agudas, consumo de alcohol y tabaco, sexualidad humana, infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA, enfermedades crónicas, adicción a drogas, salud ambiental, alimentación y nutrición, violencia, y, grupos excluidos como los migrantes. (31)

2.7.2. Competencias de conocimientos de PS

Además se propone las líneas generales de competencias de conocimientos en promoción de la salud, a saber: diversidad cultural, política pública y abogacía, trabajo con la comunidad, tecnología, comunicación, escenarios de intervención, grupos especiales, investigación, práctica, evaluación, desarrollo y administración, planificación, estrategias, teorías y modelos, ética, filosofía, principios, contribución de las disciplinas e historia. (31)

Por su parte la propuesta de competencias de conocimientos en PS para América Latina incluye: estudio de los determinantes de salud ambientales, sociales, comportamentales y biológicos; manejo de relaciones comunitarias y conocimiento de las creencias locales, formulación de diagnósticos comunitarios participativos, trabajo interdisciplinario, aspectos conceptuales y teorías sobre la PS; intersectorialidad; gestión territorial y desarrollo local; estilos de vida saludables, atención primaria en salud; empoderamiento, construcción de indicadores de salud y de determinantes socio económicos, gestión y evaluación de políticas públicas saludables; concepto y práctica de entornos saludables; participación social teorías y metodologías; evaluación participativa; salud pública y funciones esenciales en salud pública; derechos y deberes ciudadanos en salud; conocimiento en teorías, modelos y herramientas de la comunicación, educación para

la salud y mercadeo social; metodologías participativas de construcción de conocimiento; y, objetivos de desarrollo del milenio. (31)

2.7.3. Competencias de habilidades en PS

Además de las competencias en conocimientos se proponen las competencias de habilidades en PS, a saber: trabajo en equipo, interdisciplinariedad, organización y liderazgo; participación social y cohesión comunitaria; comunicación asertiva e interlocución con sectores y comunidad y utilización de saberes comunitarios; análisis de datos de determinantes de salud; habilidad para generar empatía con la población; identificación y análisis de actores claves; negociación, mediación, concertación y consenso social; habilidades para el desarrollo de programas y estrategias de educación en salud; dinamización de procesos sociales participativos; educación y comunicación social; fortalecimiento de redes; habilidades para la concertación política local y regional; análisis crítico de la realidad y los contextos sociales; gestión de recursos para la PS; capacidad de priorización; establecimiento de alianzas; capacidades para analizar los factores que garanticen la pertinencia, factibilidad y sostenibilidad de las intervenciones; capacidad para generar confianza; flexibilidad para encontrar y adaptar soluciones; y, pensamiento global para actuar en lo local. (31)

2.7.4. Competencias de actitudes en PS

Finalmente las competencias de actitudes en PS incluyen: transparencia en la ejecución de los recursos; respeto a la toma de decisiones de la población; promover la equidad social; ética profesional y personal; capacidad de escuchar; responsabilidad social; inclusión social; actitud positiva frente a la resistencia de la comunidad; sensibilización

frente a la necesidad social; actitud democrática; empatía con las personas; disposición al cambio; actitud flexible para establecer relaciones entre distintos enfoques de la salud; integrador, pensamiento creativo, actitud de apoyo al trabajo comunitario sin caer en el paternalismo; iniciativa; compromiso individual con prácticas saludables; pro actividad; y, diálogo permanente. (31)

2.7.5. Experiencias en Ecuador

En cuanto al Ecuador se refiere, entre algunos de los avances en la aplicación de las políticas de promoción de la salud nacional encontramos la experiencia en docencia que se traduce en los estudios de postgrado y las experiencias de PS de las universidades USFQ en música, Universidad Central en participación social, y universidad de Loja en espacios saludables. (32)

3. JUSTIFICACIÓN

Desde el año 2008 se está llevando a cabo el proceso de TSSE, MAIS, por cuanto resulta imperativo que el recurso humano en salud del Ecuador se inserte en este modelo. Siendo las universidades el eje fundamental de la formación médica, los estudiantes que allí se educan deben disponer de suficientes herramientas académicas que les permitan abordar a sus pacientes y comunidades o poblaciones de influencia en su práctica médica futura bajo una concepción de salud integral acorde con la Política Nacional de Salud, la TSSE y el Modelo de Atención Integral de Salud ecuatorianos.

Este cambio debe iniciarse en las aulas, donde el estudiante comprenda la interrelación entre los diferentes niveles de salud y a través de la extensión comunitaria pueda poner en práctica acciones de promoción, prevención, atención y rehabilitación. Al no hacerlo, está limitando sus posibilidades al mero hecho curativo, que como se mencionó antes, tiene sus limitaciones.

La reorientación de los servicios de salud propuesta en la Carta de Ottawa es una herramienta esencial que permite apoyar las acciones de promoción de salud a nivel de las unidades operativas. Sin embargo, el prerrequisito para su éxito radica en la sensibilización, formación y capacitación del personal de salud que se inicia en las instituciones académicas.

Por lo anteriormente expuesto resulta imperativo conocer la situación actual mediante un diagnóstico previo de la relación de los factores curriculares con la actitud hacia la Promoción de la Salud en las Universidades de Quito, para así poder plantear alternativas coherentes y ajustadas a la realidad de nuestra formación académica.

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo General

Caracterizar la formación en Promoción de la Salud de pregrado en las carreras de Medicina de las Universidades de Quito, registradas en CONESUP

- Pontificia Universidad Católica del Ecuador
- Universidad Central del Ecuador
- Universidad Cristiana Latinoamericana
- Universidad de las Américas
- Universidad Internacional del Ecuador
- Universidad San Francisco de Quito
- Universidad Tecnológica Equinoccial

4.2. Objetivos Específicos

- Describir y analizar las actitudes hacia la Promoción de la Salud de los estudiantes de Medicina de las Universidades de Quito.

- Describir la organización del proceso docente en materia de Promoción de la Salud en pregrado de las facultades de medicina de las Universidades de Quito.
- Establecer la relación entre los factores curriculares y las actitudes hacia la Promoción de la Salud de los estudiantes de medicina de las Universidades de Quito.
- Identificar las principales barreras en la formación en Promoción de la Salud en las facultades y escuelas de medicina de las Universidades de Quito.

5. MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio transversal analítico entre septiembre del 2009 y febrero del 2010. Los instrumentos empleados para caracterizar la población de estudio y medir las actitudes hacia la PS fueron una encuesta, que consta de tres partes: 1) características personales del alumno, 7 preguntas, 2) razones y expectativas frente a la formación y ejercicio profesional, 3 preguntas y 3) una escala tipo Likert de 42 afirmaciones, para identificar las actitudes hacia la promoción de la salud, a 320 estudiantes. Además se realizó el análisis documental de los currículos oficiales de los programas y del plan de estudios a través de una ficha de recolección de datos para caracterizar la organización del proceso docente en materia de promoción de la salud en pregrado de las facultades de medicina de las universidades de Quito, 2009-2010, que consta de 9 componentes. Finalmente se realizó encuestas a los docentes de PS de dichas universidades que consta de dos partes: 1) características generales de la institución y de su cargo, 6 preguntas, 2) caracterización de experiencias curriculares en el campo de la Promoción de la Salud, 6 preguntas.

La población de estudio estuvo formada por los estudiantes regulares matriculados en el año académico 2009 desde séptimo hasta décimo segundo semestre de las escuelas y facultades de medicina de 5 de las 7 universidades de Quito registradas en el CONESUP y que ofertan la carrera, una de ellas no participó por cuanto apenas tienen abierto hasta tercer año y otra no se incluyó porque su decano no permitió que se realizará este estudio en ella.

Se realizó un muestreo por conglomerados donde se aplicó el instrumento a 320 estudiantes, los cuales fueron seleccionados por conveniencia de acuerdo a la factibilidad de congregarlos. Previo consentimiento informado escrito, se aplicó la encuesta a 320 estudiantes, destinada a evaluar la actitud hacia la PS, que incluía además preguntas relacionadas a factores demográficos y educacionales. El instrumento fue aplicado a la totalidad de estudiantes, excepto aquellos que no estuvieron presentes durante su aplicación.

El instrumento utilizado fue elaborado y aplicado previamente en Colombia en un estudio desarrollado en la Universidad de Caldas por los Profesores Ricardo Gallo y María del Pilar Escobar, del departamento de Salud Pública de la Universidad de Caldas, Colombia. El proceso de validación comprendió la entrega del instrumento (que incluía preguntas relacionadas a actitudes hacia la promoción de salud) a dos personas expertas en el tema, profesores de la cátedra de Promoción de la Salud de la Universidad San Francisco de Quito y de la Universidad Central del Ecuador para la revisión del mismo. Posteriormente se aplicó dicho instrumento a los estudiantes de séptimo semestre de medicina de la Universidad San Francisco de Quito con el fin de evaluar la claridad y el contenido de las preguntas.

Para la medición de actitudes se utilizó la escala de Likert, la cual acepta expresamente que las actitudes pueden medirse a través de manifestaciones verbales y asume la posibilidad de estudiar dimensiones de actitud a partir de un conjunto de enunciados que operan como reactivos para los sujetos. Estos pueden situarse en la variable de actitud desde el polo más favorable al más desfavorable, de manera que la variación de

las respuestas será debida a diferencias individuales de los sujetos. Las preguntas contaban con cinco alternativas (Totalmente de acuerdo, de acuerdo, indiferente, en desacuerdo, en completo desacuerdo). La escala de Actitudes hacia la Promoción de la Salud tuvo cuarenta y dos preguntas con 5 alternativas cada una. El punto de corte para considerar actitud positiva hacia la PS se estableció en 3.5.

Se consideró como variable dependiente el porcentaje de alumnos con puntaje adecuado en la escala de actitudes hacia la PS y como variables independientes las variables demográficas, educativas y personales. El test de Chi cuadrado y test exacto de Fisher permitieron evaluar la asociación entre la variable dependiente y las independientes.

A través de una encuesta a docentes de PS se obtuvo información sobre las características generales de los programas de estudio, el perfil de los docentes y la caracterización de experiencias curriculares en el campo de la promoción de la salud.

6. RESULTADOS Y HALLAZGOS

Los resultados obtenidos permiten describir algunas características de los estudiantes de medicina, las actitudes hacia la PS y algunas características de los currículos que permiten hacer una aproximación a la comprensión de la formación en PS en las escuelas de medicina de las Universidades de Quito.

6.1. Resultados de las encuestas realizadas a los estudiantes de medicina de las universidades de Quito

La distribución de frecuencias de la población de estudio para la aplicación de la encuesta de actitudes de los estudiantes de medicina de las universidades de Quito hacia la PS, según universidad se resume en el cuadro 1:

**Cuadro 1: COMPOSICIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO
PARA LA APLICACIÓN DE LA ENCUESTA DE ACTITUDES HACIA LA PS**

VARIABLE	CATEGORÍAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
UNIVERSIDAD	Pontificia Universidad Católica del Ecuador	43	13.4%
	Universidad Central del Ecuador	196	61.3%
	Universidad Cristiana Latinoamericana	31	9.7%
	Universidad Internacional del Ecuador	24	7.5%
	Universidad San Francisco de Quito	26	8.1%

Fuente: Encuesta de actitudes hacia la PS en estudiantes de Medicina. Quito, 2009-2010
Elaboración: Dra. Patricia Ramírez Puente

6.1.1. Características personales de los estudiantes de Medicina de las universidades de Quito

Respecto a la edad de los encuestados el promedio fue de 24 años con una DS de 1,9. Las demás características demográficas de los estudiantes de medicina que participaron en el estudio se resumen en el cuadro 2.

Cuadro 2: Características demográficas de los estudiantes de medicina

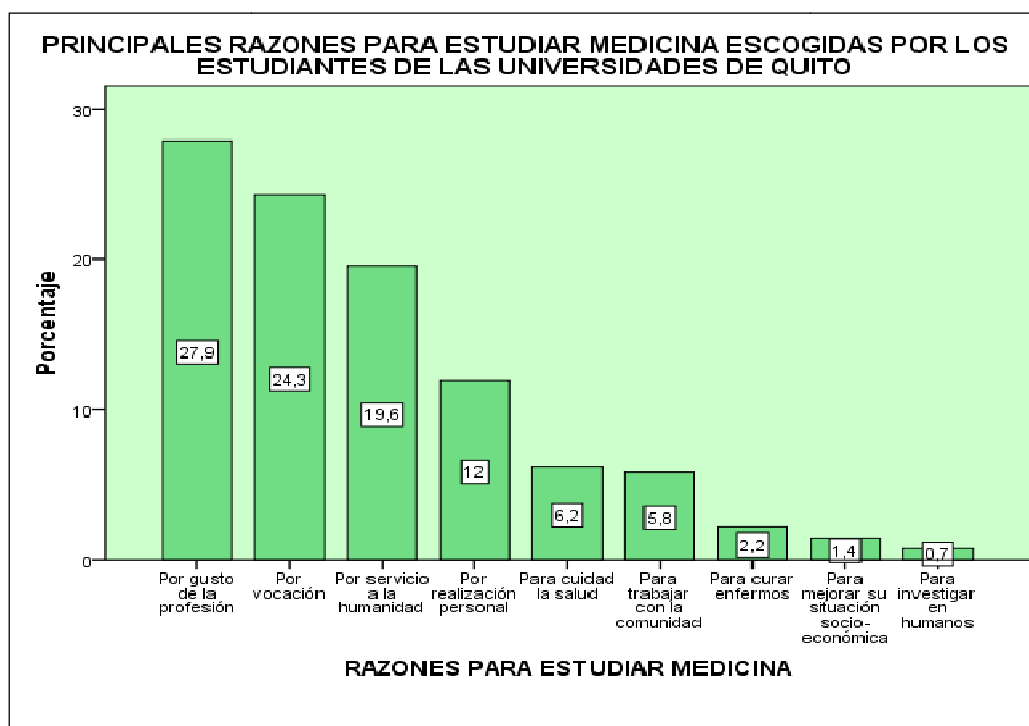
VARIABLE	CATEGORÍAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SEXO	Femenino	195	60.9%
	Masculino	125	39.1%
ESTADO CIVIL	Soltero	285	89.1%
	Casado	21	6.6%
	Unión libre	11	3.4%
	Divorciado	3	.9%
PROCEDENCIA GEOGRÁFICA	Quito	207	64.7%
	Otra ciudad	113	35.3%
ÁREA	Urbana	223	93.7%
	Rural	15	6.3%
PROCEDENCIA ACADÉMICA	Colegio Público	128	43.7%
	Colegio Privado	165	56.3%

Fuente: Encuesta de actitudes hacia la PS en estudiantes de medicina. Quito, 2009-2010
Elaboración: Dra. Patricia Ramírez Puente

En cuanto a la existencia de familiares médicos el 52% afirmó no tener dentro de su familia persona alguna que tuviera dicha profesión y el 48% respondió afirmativamente, de los cuáles el 16,6% señaló como familiar médico al padre o madre, el 4,7% a hermanos, el 1,6% a abuelos y el 25% a otro familiar.

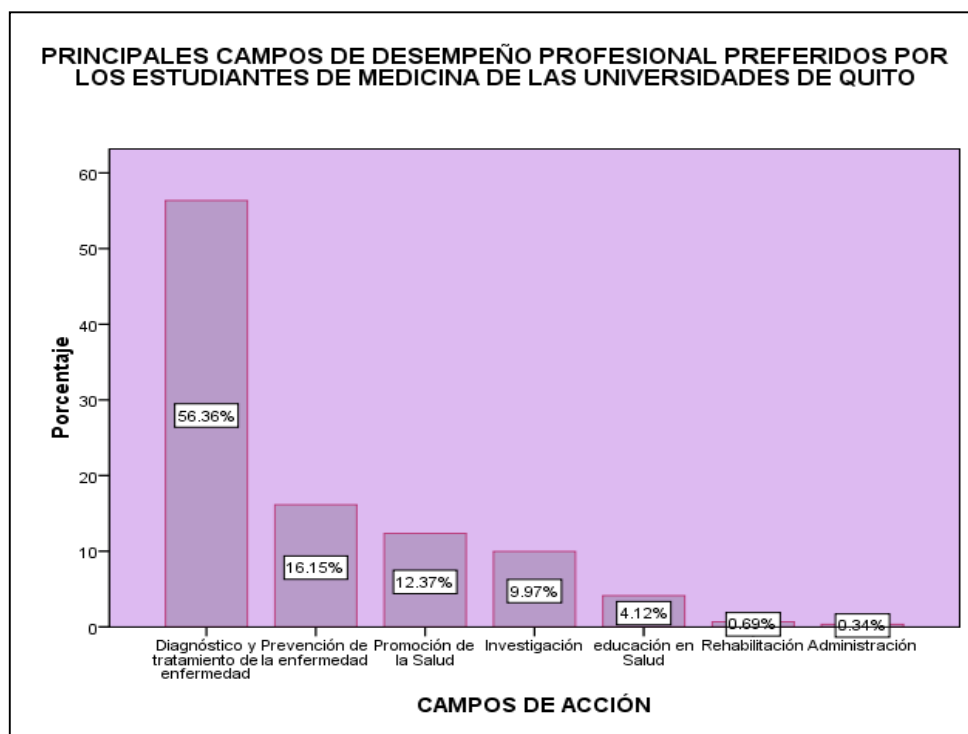
6.1.2. Razones y expectativas de los estudiantes de medicina de las universidades de Quito frente a la formación y el ejercicio profesional

Respecto a las principales razones por las cuales están estudiando medicina, el 24,1% lo hace porque le gusta, el 20,9% por vocación y el 16,9% por servicio a la humanidad. Apenas el 10,3% estudia por la realización personal. Así también podemos ver que el cuidar la salud (5,3%), trabajar con la comunidad (5%), curar enfermos (1,9%), mejorar la situación socioeconómica (1,3%), e investigar con humanos (0,6%) fueron las razones menos predilectas de los estudiantes, como se observa en el gráfico 1:



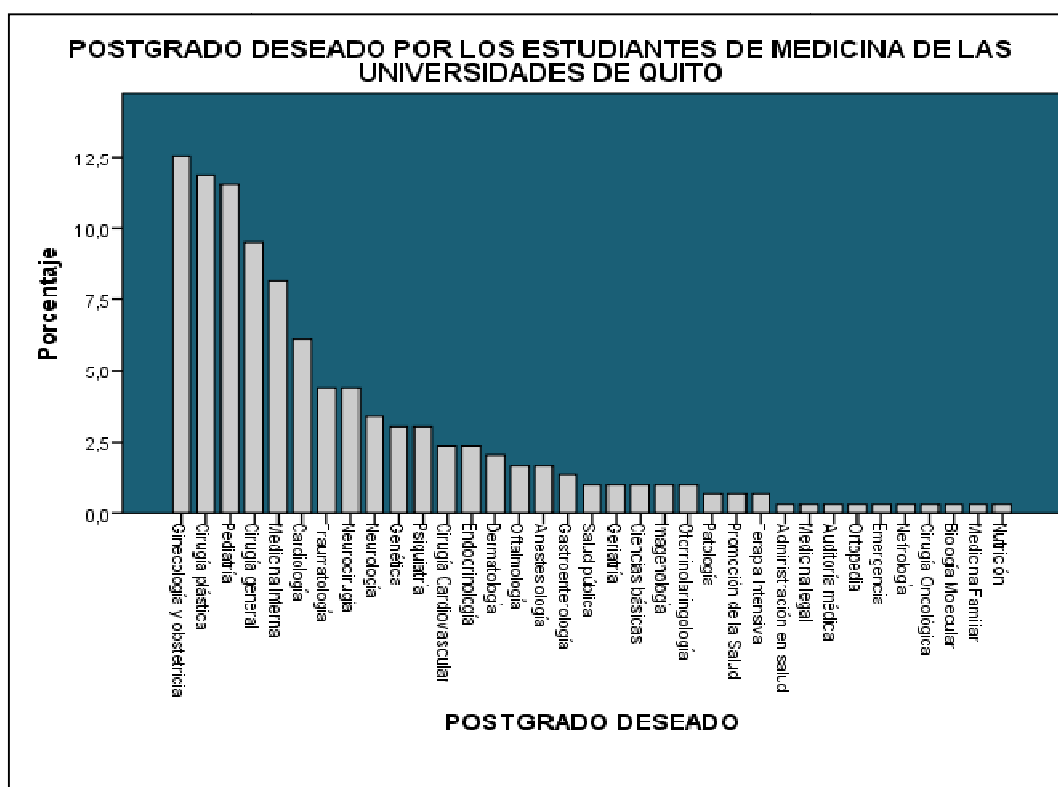
Fuente: Encuesta de actitudes hacia la PS en estudiantes de medicina. Quito, 2009-2010
Elaboración: Dra. Patricia Ramírez Puente

En cuanto al principal campo de acción en el cual les gustaría desempeñarse como médicos, fue el relacionado con el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad para el 51,3%, los otros como prevención de la enfermedad (14,7%), promoción de la salud (11,3%), investigación (9,1%), educación (3,8%), rehabilitación (0,6) y administración (0,3%), no tuvieron la misma valoración.



Fuente: Encuesta de actitudes hacia la PS en estudiantes de medicina. Quito, 2009-2010
Elaboración: Dra. Patricia Ramírez Puente

Frente a las expectativas de formación de postgrado, podemos observar en el gráfico 3, que para el 11,6% de los estudiantes realizar una especialidad en ginecología y obstetricia es la principal expectativa, seguida por cirugía plástica con el 10,9% y pediatría con el 10,6%, en contraste con las otras opciones de postgrados como lo son Salud Pública (0,9%) y Promoción de la Salud (0,6%).



Fuente: Encuesta de actitudes hacia la PS en estudiantes de medicina. Quito, 2009-2010
Elaboración: Dra. Patricia Ramírez Puente

6.1.3. Actitudes de los estudiantes de medicina de las universidades de Quito hacia la PS.

A continuación se resumen los resultados por ejes temáticos de las respuestas dadas por los estudiantes en la escala de Likert sobre actitudes hacia la Promoción de la Salud, donde TA es totalmente de acuerdo, A es de acuerdo, I es indiferente, D es en desacuerdo y TD es en total desacuerdo:

Cuadro 3: Actitud hacia la formación médica

ENUNCIADOS	TA	A	I	D	TD
Los médicos, profesores de medicina, durante el desarrollo de sus actividades demuestran más gusto hacia la recuperación de la salud que hacia el cuidado de ésta	15.3%	50.9%	15.9%	14.4%	2.8%
Todos los profesores de medicina deben ser médicos	43.8%	22.5%	9.1%	18.4%	6.3%
En las asignaturas clínicas, prima la atención de la enfermedad sobre la atención del paciente	24.1%	42.8%	6.6%	18.4%	7.2%
El ejemplo de los profesores nos invita a ser médicos clínicos	12.5%	38.1%	23.8%	18.1%	6.6%
En las practicas hospitalarias no se diferencian los estudiantes de medicina de los médicos	3.4%	15.6%	15.6%	40.0%	25.0%
Un joven se siente estudiando medicina solo cuando empieza la practica en un hospital	14.7%	32.5%	10.6%	27.2%	15.0%

Fuente: Encuesta de actitudes hacia la PS en estudiantes de medicina, Quito, 2009-2010
Elaboración: Dra. Patricia Ramírez Puente

Cuadro 4: Actitud hacia la formación en PS

ENUNCIADOS	TA	A	I	D	TD
Los contenidos que recibo en la carrera sobre la promoción de la salud son suficientes	6.9%	30.9%	14.7%	36.3%	10.9%
En la carrera hacen falta practicas en la comunidad	23.1%	37.5%	9.7%	21.9%	7.2%
El trabajo en el primer nivel de atención fortalece la formación en promoción de la salud	45.9%	41.9%	5.0%	5.3%	.9%
El ministerio de salud es el responsable de la promoción de la salud	18.4%	35.0%	14.4%	24.4%	7.8%
El futuro de la salud está en la promoción de la salud	60.9%	31.6%	5.3%	1.6%	.3%

Me gustaría realizar actividades educativas con la comunidad	41.6%	45.6%	9.4%	1.6%	1.9%
--	-------	-------	------	------	------

Fuente: Encuesta de actitudes hacia la PS en estudiantes de medicina, Quito, 2009-2010
Elaboración: Dra. Patricia Ramírez Puente

Cuadro 5: Actitud hacia las barreras para la PS en la formación médica

ENUNCIADOS	TA	A	I	D	TD
Cuidar de la salud de la comunidad no da prestigio	3.1%	4.1%	12.5%	33.1%	47.2%
Para el médico las actividades de promoción de la salud deben tener tanto valor como las acciones diagnosticas y terapéuticas	64.7%	25.0%	5.0%	2.8%	2.5%
Las acciones de promoción de la salud no tienen el valor ni el aprecio suficiente entre los médicos	11.9%	49.4%	12.2%	17.2%	8.4%
Al centro de salud siempre van enfermos por eso el médico debe ser un buen clínico	14.7%	34.4%	11.3%	30.9%	8.4%
El trabajo en la comunidad debe ser realizado por profesionales diferentes al médico	2.8%	12.8%	15.9%	44.1%	24.4%

Fuente: Encuesta de actitudes hacia la PS en estudiantes de medicina, Quito, 2009-2010
Elaboración: Dra. Patricia Ramírez Puente

Cuadro 6: Actitud hacia el rol del médico

ENUNCIADOS	TA	A	I	D	TD
Si la gente no se enferma los médicos se acaban	.9%	7.8%	2.8%	34.1%	54.1%
Una comunidad sana no necesita de médicos	1.3%	1.3%	.9%	38.8%	57.5%
Salvar vidas es el principal objetivo del médico	28.1%	35.3%	6.3%	23.8%	5.6%
El médico debe conocer el contexto social para identificar factores de riesgo	78.8%	19.7%	.3%	.9%	.3%
La educación en el cuidado de la salud la debe hacer el personal de enfermería	1.3%	2.5%	10.3%	42.2%	43.8%
Enseñarles a las personas como deben alimentarse es oficio de los nutricionistas	.9%	5.6%	5.9%	49.1%	38.4%
El trabajo comunitario en salud debe ser desarrollado por el trabajador social	5.3%	15.0%	14.1%	45.3%	19.7%
El ejemplo dado por los profesionales de enfermería en el cuidado de la salud debe ser imitado por el médico	7.5%	33.4%	26.6%	21.9%	10.0%

Fuente: Encuesta de actitudes hacia la PS en estudiantes de medicina, Quito, 2009-2010
Elaboración: Dra. Patricia Ramírez Puente

Cuadro 7: Expectativas personales frente a la formación médica

ENUNCIADOS	TA	A	I	D	TD
La sirena de las ambulancias me hace sentir salvador de vidas	4.7%	12.2%	30.3%	25.3%	27.5%
Me siento muy bien cuando me pongo bata blanca	10.3%	31.6%	38.1%	11.3%	8.4%
Mi familia se siente orgullosa porque voy a ser medico	33.8%	44.7%	17.2%	3.1%	1.3%
Cuando veo un niño aliviado me siento mejor que cuando veo otro enfermo	16.3%	15.3%	5.9%	21.3%	40.6%

Fuente: Encuesta de actitudes hacia la PS en estudiantes de medicina, Quito, 2009-2010
 Elaboración: Dra. Patricia Ramírez Puente

Cuadro 8: Actitud hacia los entornos y ambientes saludables

ENUNCIADOS	TA	A	I	D	TD
Las ocupaciones en la carrera limitan el acceso a los ambientes saludables	15.3%	42.2%	19.4%	15.3%	6.6%
La paz es una condición para la salud	65.9%	28.1%	2.5%	1.6%	.9%
El estado de salud de las personas esta relacionado con el medio ambiente donde se desenvuelve	56.6%	38.8%	1.3%	2.2%	.9%
La calidad de vida es responsabilidad de todos	84.1%	13.1%	1.3%	.6%	.9%
El médico debe liderar acciones que mejoren el ambiente de las comunidades	64.1%	29.4%	3.1%	1.6%	1.3%
El cuidado de la salud se debe hacer en el medio ambiente de cada persona	52.8%	36.9%	5.6%	4.4%	.3%

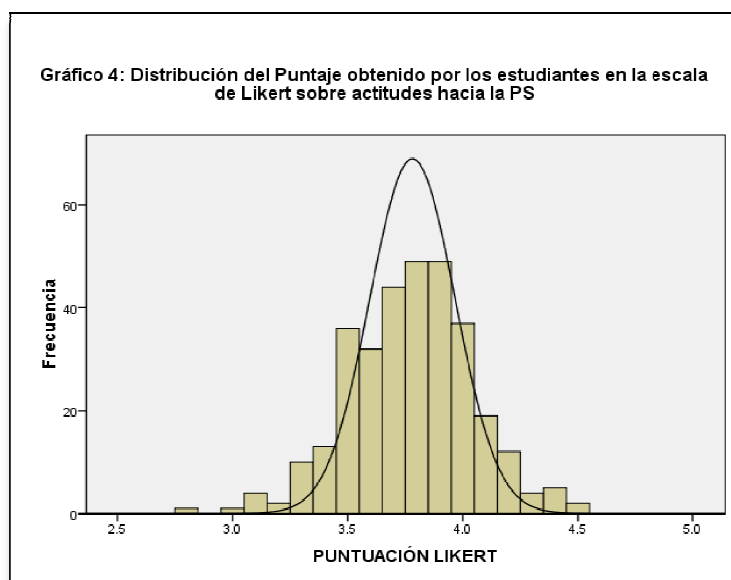
Fuente: Encuesta de actitudes hacia la PS en estudiantes de medicina, Quito, 2009-2010
 Elaboración: Dra. Patricia Ramírez Puente

Cuadro 9: Actitud hacia el estilo de vida

ENUNCIADOS	TA	A	I	D	TD
Es muy difícil que la gente cambie sus hábitos insanos	5.0%	36.6%	5.3%	39.7%	13.4%
Aprender a controlar el consumo de licor es importante para la salud	66.1%	26.0%	2.8%	1.3%	3.1%
A todas las personas se les debe recomendar la actividad física frecuente	66.6%	27.5%	1.3%	4.4%	.3%
El ejercicio cotidiano es un factor protector de la salud	77.8%	19.7%	1.3%	.6%	.6%
Fumar es un placer saludable	1.6%	.6%	5.0%	14.1%	78.8%
El ejercicio lo debemos iniciar solo cuando nos lo manda el medico	1.3%	1.3%	1.6%	19.4%	76.3%
El médico debe convencer a la persona obesa de disminuir de peso	53.8%	36.6%	5.9%	3.8%	.0%

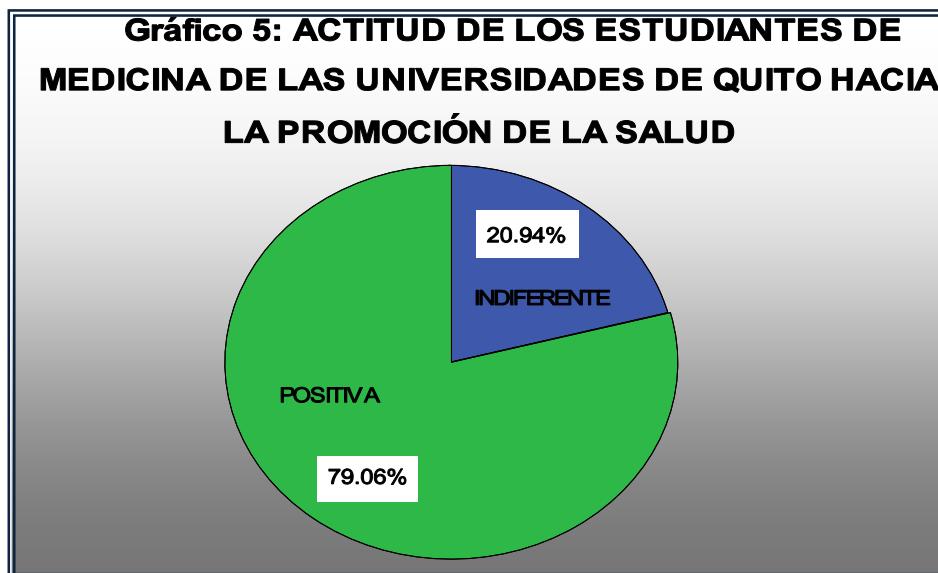
Fuente: Encuesta de actitudes hacia la PS en estudiantes de medicina, Quito, 2009-2010
 Elaboración: Dra. Patricia Ramírez Puente

El puntaje obtenido en promedio por los estudiantes en la escala de Likert fue de 3,77 sobre 5 puntos, con una DS de 0,26, como podemos observar en el gráfico 4.



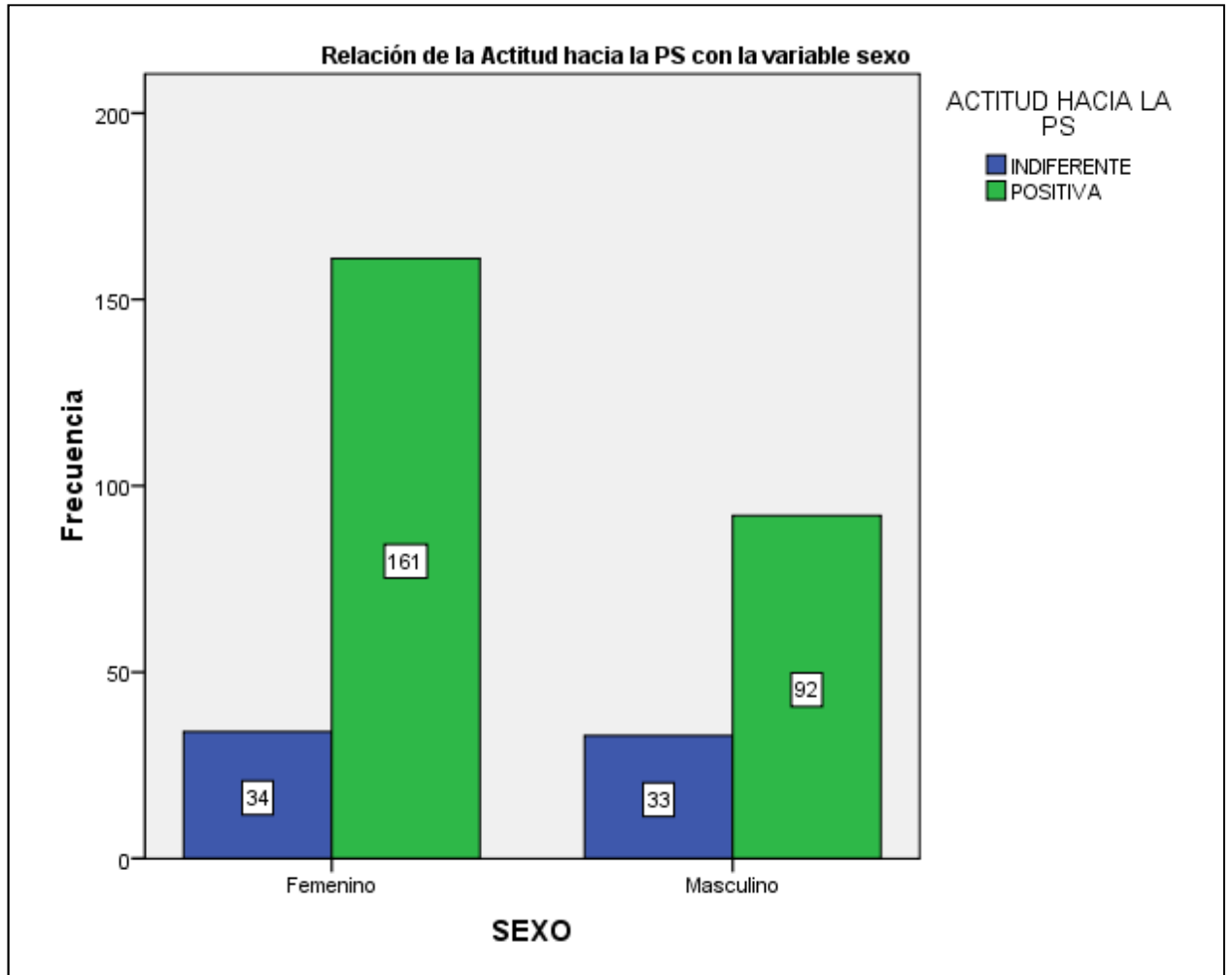
Fuente: Encuesta de actitudes hacia la PS en estudiantes de medicina. Quito, 2009-2010
Elaboración: Dra. Patricia Ramírez Puente

El 79,1% de los estudiantes presento actitud positiva hacia la promoción de la salud y el 20,9% actitud indiferente.



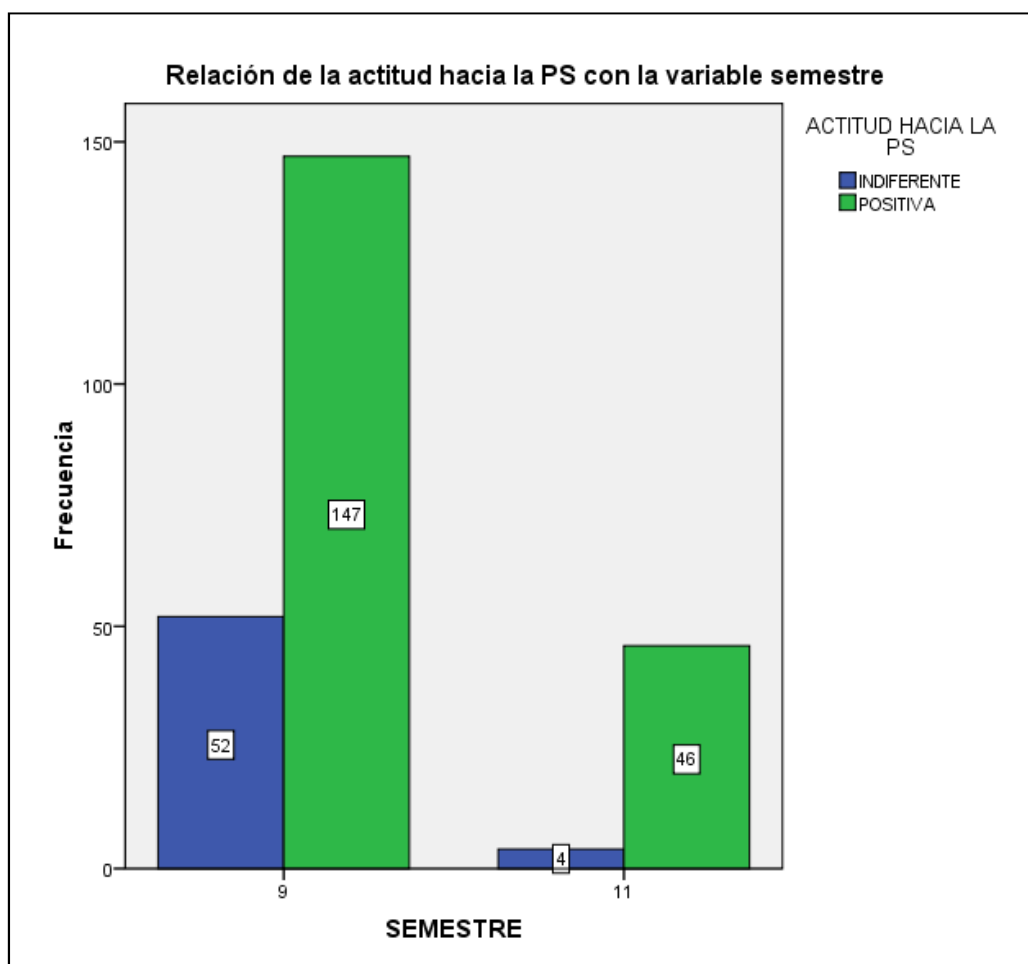
Fuente: Encuesta de actitudes hacia la PS en estudiantes de medicina. Quito, 2009-2010
Elaboración: Dra. Patricia Ramírez Puente

En cuanto a los factores relacionados con dichas actitudes encontramos relación estadísticamente significativa (p menor a 0.05) en la actitud positiva hacia la PS predominante en el sexo femenino, gráfico 6:



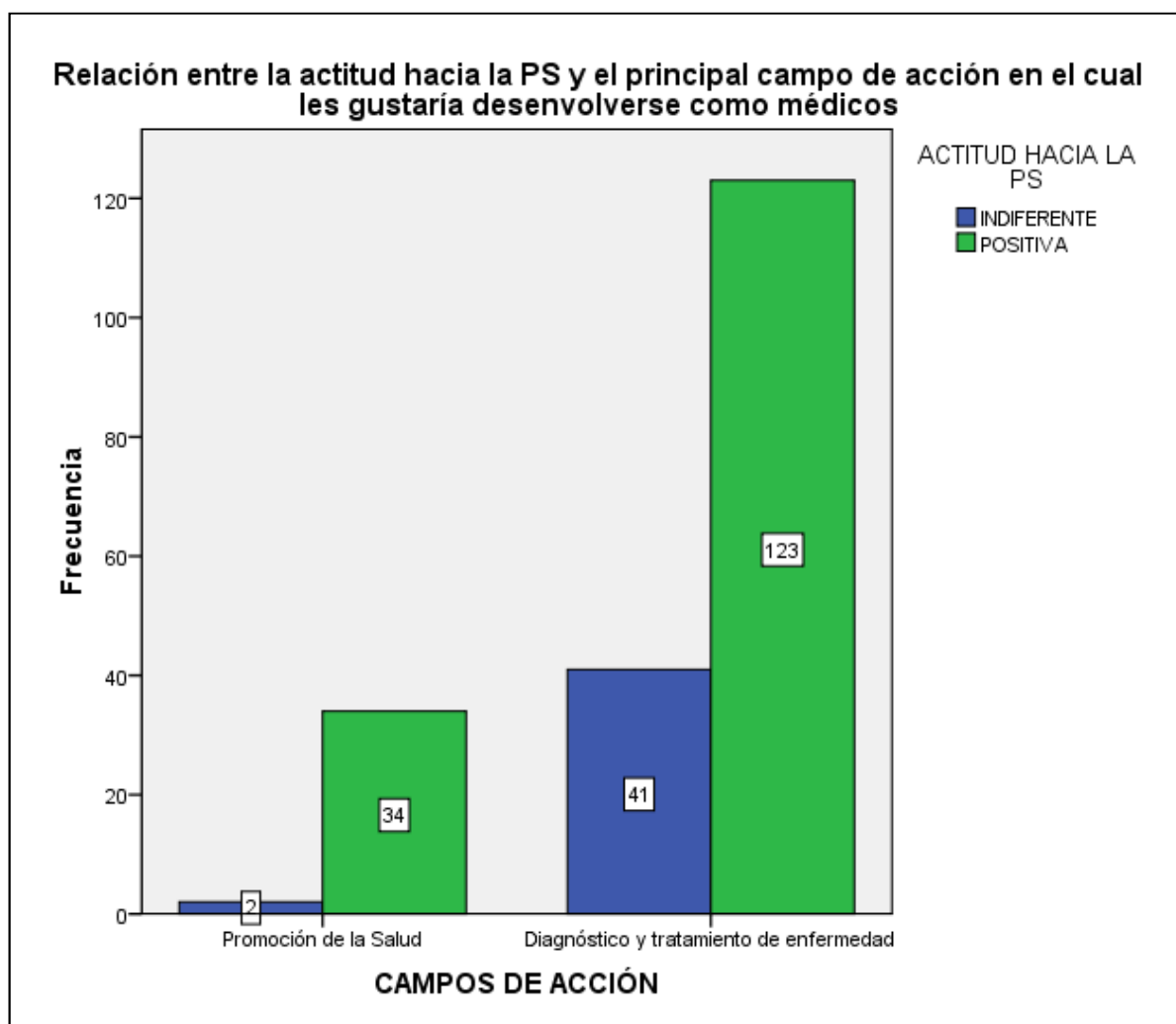
Fuente: Encuesta de actitudes hacia la PS en estudiantes de medicina. Quito, 2009-2010
Elaboración: Dra. Patricia Ramírez Puente

Así también encontramos relación estadísticamente significativa (p menor a 0.05) en la actitud positiva hacia la PS predominante en los estudiantes de decimo primer semestre en comparación con los de noveno semestre, gráfico 7:



Fuente: Encuesta de actitudes hacia la PS en estudiantes de medicina. Quito, 2009-2010
Elaboración: Dra. Patricia Ramírez Puente

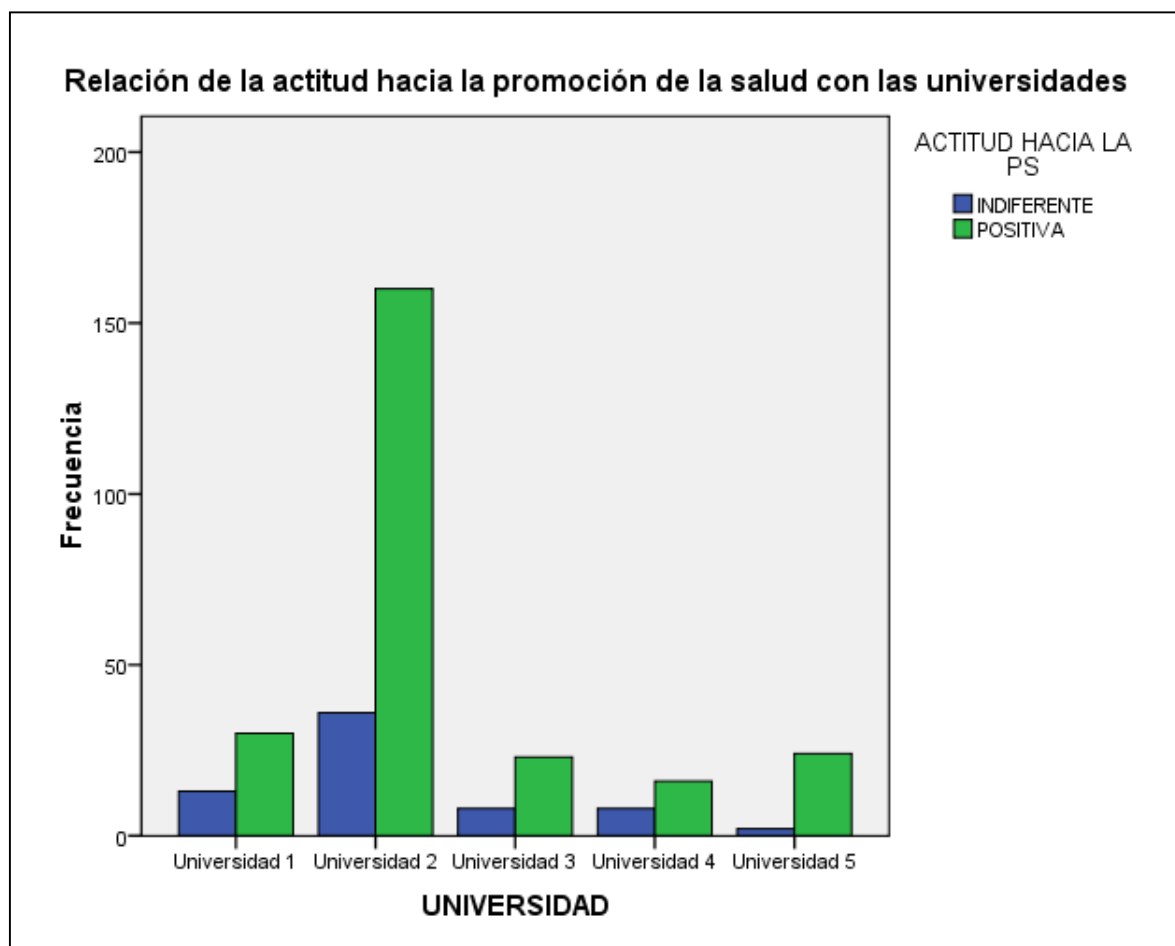
Finalmente encontramos relación estadísticamente significativa en aquellos que han escogido como el principal campo de acción en el cual le gustaría desempeñarse como médicos a la PS en relación a aquellos que escogieron al diagnóstico y tratamiento en quienes predomina la actitud indiferente, gráfico 8:



Fuente: Encuesta de actitudes hacia la PS en estudiantes de medicina. Quito, 2009-2010

Elaboración: Dra. Patricia Ramírez Puente

Durante la recolección de datos y aplicación de las encuestas las universidades que participaron en el estudio solicitaron que no se operacionalizara la variable universidad, por cuanto a pesar de que se encontró diferencia estadísticamente significativa en la actitud predominante positiva hacia la PS en una de ellas con respecto a otra, se presentan los datos identificando las universidades por números indistintamente, en el gráfico 9:



Fuente: Encuesta de actitudes hacia la PS en estudiantes de medicina. Quito, 2009-2010
Elaboración: Dra. Patricia Ramírez Puente

6.2. Resultados de las encuestas realizadas a los docentes de PS en las escuelas y facultades de medicina de las universidades de Quito

A través de la encuesta a docentes se organizó la información en los siguientes temas:

6.2.1. Perfil de los docentes de PS

En el siguiente cuadro se identifica el perfil de los docentes que participaron en el estudio.

Cuadro10: Formación de los docentes de PS de las universidades de Quito

Doctor en Medicina y Cirugía (1)
Magíster en Educación en Salud Pública, Médico (1)
Magíster en Salud Pública, Enfermera licenciada (1)
Magíster en Salud Pública, Médico (2)
Medicina Familiar, Médico (2)
Médico Pediatra (1)
Magister en docencia universitaria y gestión de proyectos, Pediatra, Médico (1)
No específica (2)

Fuente: Encuesta de caracterización de la PS en docentes de las escuelas de medicina. Quito, 2009-2010
Elaboración: Dra. Patricia Ramírez Puente

6.2.2. Concepto de promoción de la salud que maneja la institución

El 81,8% de los docentes entrevistados considera que el concepto de PS que maneja su programa integra la educación en salud además de los aspectos sociales y políticos de desarrollo integral de grupos y comunidades, frente al 9,1% que considera el énfasis solo en educación en salud o en las implicaciones sociopolíticas y la participación comunitaria.

6.2.3. Contenidos teóricos que se desarrollan en PS

En cuanto a los contenidos teóricos o prácticos que los docentes consideran que aportan directa o indirectamente a la enseñanza de la PS en su respectiva institución, la educación orientada a la modificación de la conducta o adopción de hábitos que configuren un estilo de vida saludable, junto con las estrategias o modelos operativos de PS ocuparon el primer lugar con un 90% cada una, seguidas por la epidemiología (enfoque de riesgo, factores protectores, prevención, indicadores de frecuencia, tipos de estudio, entre otros) con un 80%, la conceptualización de la PS (70%), procedimientos evaluativos de PS (50%), historia de la PS (40%), legislación que apoya el desarrollo de la PS en el país (40%) y concepción sociopolítica (40%).

6.2.4. Inserción académica de la PS

El 60% de los docentes entrevistados señalaron que el contenido de PS se incorpora dentro del programa que ofrece la institución como cursos regulares frente al 30% que cita

se incorpora como nociones esparcidas en diversas materias del plan de estudios (eje transversal o integrador).

6.2.5. Experiencias prácticas en PS

Respecto a las experiencias prácticas que los docentes consideran que se ofrecen en sus respectivas universidades para que el estudiante logre el entrenamiento deseado en PS, encontramos en el primer lugar a los programas de extensión o de servicios comunitarios junto con las vivencias personalizadas en trabajo de campo con un 63,6% cada una, seguidas por los proyectos de extensión comunitaria o de investigación aplicada en PS (45,5%), las demostraciones en clase de los estudiantes y puntuales actividades comunitarias o esporádicas asesorías institucionales en PS (27,3% cada una).

6.2.6. Desarrollo investigativo en PS

En cuanto a las actividades concretas de PS que se realizan en investigación o en servicio a la comunidad el 54,5% reconoce que el desarrollo investigativo en su institución en el campo de la PS es intermedio, frente al 45,5% que lo considera avanzado.

6.2.7. Necesidades en la formación en PS

Finalmente los principales vacíos identificados que deben cubrirse en la formación en PS en las universidades según sus docentes son: la necesidad de programas de capacitación y sensibilización para docentes y autoridades, y la necesidad de proyectos

concretos de investigación y de extensión universitaria cada una con un 77,8%, seguidas por la falta de compromiso de las direcciones universitarias con un 55,6%, la falta de información y bibliografía en PS (44,4%) y por último la necesidad de personal experto y de instalaciones locativas adecuadas percibidas por un 33,3% de los docentes.

6.2.8. Comentarios de los docentes respecto a la formación en PS en sus universidades

Algunos comentarios de los docentes encuestados nos dejan saber que “la facultad tiene un gran énfasis en atención comunitaria y APS”. En cuanto a los contenidos destacan que “lo vital es el proceso de aprendizaje a través de la pedagogía dialéctica, se integra la teoría con la práctica en la realidad de los sujetos de trabajo, procurando una relación sujeto-sujeto”, además “se conocen y analizan las 5 estrategias de PS dando énfasis a los estilos de vida saludables”, donde se “trata de integrar la investigación acción o el aprender haciendo en los diferentes grupos poblacionales y familias en su propio medio con la identificación de los problemas más importantes y con la participación directa de la comunidad para promocionar la salud y la prevención de enfermedades”.

Entre los comentarios sobre los programas destacan que como cursos regulares “existe la cátedra de PS con 2 horas a la semana, 32 en el semestre, 16 teóricas y 16 prácticas en el programa de escuelas promotoras de salud del municipio”, y como eje transversal otro docente de otra universidad señala que “la Integración-docencia-investigación-servicio (IDIS) forma parte del currículo desde las ciencias básicas”, así como también un docente de otra de las universidades del estudio que enseñan la PS como

eje transversal señala que “la salud comunitaria que integra como un eje vertical y horizontal desde tercer semestre hasta el internado rotativo toma la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad como su objetivo principal”,

En cuanto a los escenarios de prácticas en PS los docentes encuestados citan algunos ejemplos: “se desarrolló un proyecto de facultad saludable que se maneja por cuatro años, con trabajo intramural el 25% y con la comunidad 75%, la facultad saludable se promovió en campañas de no alcohol, no tabaco, manejo adecuado de desechos, un libro por un papel, quiero mi aire puro con plantaciones en el jardín, el proyecto se llamó campus facultad de ciencias médicas”, otro docente señala que “en algunos semestres hay vinculación con las áreas de salud, con administraciones zonales o con proyectos específicos”, así también se destaca el “desarrollo de proyectos y programas en escenarios reales, sujetos de trabajo y áreas seleccionadas por el grupo de estudiantes de acuerdo a sus intereses y a las necesidades de los sujetos”, en otro caso se expone que “desde hace 2 años están trabajando en 4 escuelas fiscales de Quito en programas de alimentación y nutrición con los alumnos de segundo año de básica”.

Respecto a los comentarios acerca de la investigación en PS no se evidencia que exista un real proceso de investigación en PS sino más bien se citan ejemplos relacionados con los escenarios de práctica que ofrece cada universidad. Finalmente en los comentarios respecto a los vacíos que deben cubrirse se señala que en una de las universidades que vincula a la PS como eje transversal “no hay independencia de gestión y compartir evaluación crea una fricción constante con las cátedras, además no se dispone de horarios fijos, ni de aulas definidas, lo cual crea conflicto en la programación con los estudiantes”, así como también

se señala que “no se le da el valor que corresponde, los docentes convencionales prefieren desvalorizar el trabajo realizado y priorizan el trabajo hospitalario”, finalmente se requiere “un mayor compromiso de las autoridades superiores de la universidad y facilidad de fondos para trabajo comunitario”

Algunos comentarios evidencian aspectos positivos de estos procesos al decir que “en los últimos 5 años el proceso de integración de PS ha sido factible gracias al centro coordinador y sus profesores quienes son comprometidos en este reto de formación del personal de salud” aceptándose también que “es un proceso que ganará adeptos en forma progresiva”, donde “la motivación, investigación, educación y compartir experiencias debe ser un proceso permanente”. Además se reconoce que “la extensión universitaria ha sido superada por la vinculación de la universidad a la sociedad”.

7. DISCUSIÓN

La actitud es una predisposición aprendida, no innata, y estable aunque puede cambiar, a reaccionar de una manera valorativa, favorable o desfavorable, ante un objeto (individuos, grupos, ideas, situaciones) o simplemente podría describirse como sentimientos hacia los objetos. Es importante estudiarlas porque una vez formadas es difícil cambiarlas, la única forma de modificarlas es por medio de la información que se recibe sobre el objeto referido.

Estudios previos en estudiantes norteamericanos y europeos han encontrado variables que se relacionan con una actitud positiva hacia la PS como la atención desde el punto de vista del paciente, el sexo femenino, tener actitudes adecuadas hacia los pobres y la elección de una especialidad de cuidado primario o medicina general. Se desconocen estudios nacionales acerca de las actitudes en estudiantes de medicina hacia la promoción de la salud, así como factores asociados. Bellas y col. en su estudio con estudiantes norteamericanos que cursaban el primer año de la carrera de medicina encuentra una proporción de 69% con actitudes adecuadas en comparación con los estudiantes que terminaron el primer año de dicha universidad donde sólo 40,8% alcanzaron actitudes adecuadas. En el estudio de Llanos y col. realizado en estudiantes de medicina en una universidad de Perú en el 2001 se encontró que el 45,4% de la población de estudio alcanzó actitudes adecuadas hacia prevención y promoción de la salud. En el estudio de Escobar y Gallo en la universidad de Caldas, Colombia en el año 2002, cuya encuesta se utilizó en este estudio, se encontró que el 66.5% de los estudiantes presentó actitud indiferente hacia la promoción de la salud, el 15% actitud positiva y actitud muy positiva el 2.9%; para el 13.9% la actitud fue negativa y muy negativa para el 1.7 %.

En el presente estudio encontramos una actitud predominante positiva hacia la PS cuyas cifras superan a los estudios citados, esto se explicaría porque dichos estudios se realizaron hace más de cinco años.

Así también llama la atención que los tres principales postgrados considerados como primera opción para los estudiantes de medicina de las universidades de Quito son ginecología y obstetricia en primer lugar seguido muy de cerca por cirugía plástica y en tercer lugar pediatría, cabe cuestionarse si estos resultados están acordes a la realidad de nuestro país.

Algunas respuestas de los alumnos que llaman la atención en cuanto a las principales barreras identificadas en la formación en PS son precisamente las que obtuvieron los puntajes más altos en la escala de Likert, donde podemos observar que la mayoría de estudiantes está de acuerdo en que en la carrera hacen falta prácticas en la comunidad, además de pronunciarse en estar de acuerdo en que las ocupaciones en la carrera limitan el acceso a los ambientes saludables, y que las acciones de promoción de la salud no tienen el valor ni aprecio suficiente entre los médicos, sumado a que los médicos profesores de medicina durante el desarrollo de sus actividades demuestran más gusto hacia la recuperación de la salud que hacia el cuidado de ésta. Además de estar de acuerdo en su mayoría en que en las asignaturas clínicas prima la atención de la enfermedad sobre la atención del paciente, y que finalmente el ejemplo de los profesores nos invita a ser médicos clínicos. Sin embargo, es gratificante observar que el 97,2% está de acuerdo en

que la calidad de vida es responsabilidad de todos y que el 98,4% está de acuerdo en que el médico debe conocer el contexto social para identificar factores de riesgo.

De los resultados obtenidos en el presente estudio se evidencia que la formación en PS en los estudiantes de medicina de Quito, enfatiza en 2 temas, a saber la educación en salud y los estilos de vida saludable, dejando de lado a otros tópicos tan importantes como son la formulación de políticas públicas que promuevan la salud, creación de ambientes de apoyo tanto en sus dimensiones físicas como sociales, fortalecimiento de las acciones comunitarias y de la participación social, desarrollo de las aptitudes personales, y reorientación de los servicios de salud, esto sumado a la necesidad de crear nuevos escenarios de práctica y de investigación en dicha formación, además de unificar estrategias para hacerlo. En este sentido cabe proponer por ejemplo, considerar la intervención de los estudiantes de medicina en la propuesta de políticas públicas vinculadas a la salud o su intervención, discusión y análisis en las que ya están siendo implementadas, ya que existen experiencias maravillosas desarrollándose como son la ley anti tabáquica o la problemática de la contaminación ambiental en Quito en todas sus manifestaciones (auditiva, ocular, entre otras), serían estos espacios idóneos para esta finalidad, sin embargo la implementación de estas estrategias debe vincularse a un proceso de reorganización de la enseñanza, el cual si bien es cierto ha demostrado a través de este estudio estar en un buen camino y haber conseguido importantes logros, pero es momento de ser más ambiciosos y engranar estos procesos que se están llevando a cabo en las instituciones universitarias, con los postulados del MAIS y de la TSSE, donde el Ministerio de Salud y otras entidades tanto públicas como privadas puedan ofertar espacios de práctica y de desarrollo investigativo

que vayan más allá de las prácticas en los centros de salud y la educación en las escuelas, donde nos seguimos quedando en el nivel de prevención utilizando la educación para la salud y el fomento de estilos de vida sana como estrategias.

La evaluación en PS siendo tan importante ha sido relegada en el currículo y esto se evidencia en la práctica de la PS en el país, ya que seguimos midiendo a la salud con indicadores de enfermedad, considerando que es un logro disminuir las mortalidades y morbilidades cuando lo que deberíamos es cuantificar los logros para mantener a la gente sana. La inversión en salud parece más bien ser una inversión en enfermedad, porque seguimos destinando recursos en medicamentos, insumos e infraestructura hospitalaria, y cuando se cuestiona acerca de la falta de evidencia en los resultados se pretende que estos se plasmen en indicadores que lo que están midiendo es la enfermedad y no la salud. Si consideramos el origen multicausal y multifactorial de las enfermedades resulta contradictorio pretender cuantificar los resultados e impacto de la inversión en salud y de los programas y proyectos que se realizan utilizando indicadores que miden enfermedad, cuando deberíamos crear indicadores que realmente midan la salud de la población. Esta es una falencia que nos ha acompañado desde nuestra formación como médicos curativos, por ello es imperativo promocionar el concepto de promoción de la salud para que sea comprendido y aplicado en su real expresión y dimensiones. Este arduo trabajo debe iniciarse desde la unidad básica de la formación médica que es la escuela de medicina, pero no comencemos con los alumnos sin antes haberlo hecho con el resto de la comunidad universitaria y hospitalaria, por ello es urgente empoderar a los profesores clínicos y quirúrgicos y a los médicos en los hospitales donde los estudiantes pasan la mayor parte de

su tiempo y de su formación, acerca de la PS. Este es pilar que falta para lograr el equilibrio en nuestra formación médica.

Es imperativo fortalecer la docencia en PS en el nivel universitario y especialmente en pregrado, entendiendo que el paradigma de la prelación de lo curativo frente al abordaje integral de la salud en la formación de los médicos está presente no solamente en las autoridades y tomadores de decisiones, sino también en los docentes de las áreas clínicas y quirúrgicas, y que a pesar de existir una actitud positiva en los estudiantes hacia la PS la sensibilización y socialización a partir de estudios como éste debe articularse desde la universidad.

Una primera lectura de este estudio nos permite determinar que tanto el eje transversal como horizontal en la formación en PS presentan sus propias limitaciones y fortalezas que idealmente deben ser superadas creando consensos, compartiendo experiencias y unificando criterios que armonicen con los actuales procesos de TSSE y MAIS, y tomando como referencia las propuestas y estándares internacionales sugeridos para la formación en PS.

Este estudio ha dejado ver que existe una actitud positiva hacia la PS en los estudiantes y por supuesto también en los docentes y las autoridades universitarias, pero no dejemos de considerar los factores exógenos, a saber el celo político y la sana competencia entre instituciones. Una de las anécdotas en el desarrollo de este trabajo permitió evidenciar estos hechos ya que en la fase de recolección de datos las universidades solicitaron que no se operacionalizara la variable universidad y esto sucedió porque en esos días se publicaron

informes de CONESUP y CONEA catalogando a las universidades como buenas y malas, incluso el decano de una de las escuelas de medicina a las cuales se invitó a participar se rehusó alegando que no autorizaba realizar este estudio en los alumnos de medicina de dicha universidad por la desconfianza en el uso de los resultados que se obtuvieran del mismo. Por esta razón no se han presentado los datos discriminando por universidades sino en un contexto general.

La principal barrera en la formación en PS identificada en este estudio es la falta de apoyo por el desconocimiento de los docentes de las áreas clínicas y quirúrgicas acerca de la promoción de la salud y sus implicaciones en la formación médica. Lo mismo sucede con los médicos profesores a nivel hospitalario, entonces si lo que queremos es insertar a la PS en el currículo, ya sea como cátedra o como eje transversal, debemos primero crear una conciencia al respecto en quienes tienen a su cargo la formación de los futuros médicos, ya que aun contando con el apoyo de las autoridades de las instituciones, si el profesor de cirugía o de clínica y sus áreas afines no brindan las facilidades necesarias para insertarlo en el modelo educativo, se constituyen en una amenaza permanente en este proceso. En este sentido es importante informar primero y luego sensibilizar acerca del tema. La mejor comprensión de la PS y de sus implicaciones nos permitirá intervenir en la formación de los futuros médicos y por ende, mejorar las condiciones de salud de la población. A largo plazo es importante considerar proponer incentivos en la formación en PS, estableciendo espacios de desempeño laboral que cumplan con las expectativas de desarrollo profesional y aspiraciones económicas de los médicos, posicionando a la PS como una alternativa competitiva dentro del mercado laboral.

8. CONCLUSIONES

El trabajo realizado permitió concluir que un alto porcentaje de los estudiantes de la carrera presentan actitud positiva hacia la promoción de la salud, es pequeña la diferencia de participación de los estudiantes del estudio según el género, poco más de la mitad provienen de colegios privados y no tienen familiares médicos y más de la tercera parte de los estudiantes provienen de fuera de Quito; el gusto por la profesión seguido de la vocación y el servicio a la humanidad son las principales razones, en este trabajo, por las cuales se estudia medicina. De las funciones para las cuales se forma el médico, se halló que aquellas relacionadas con el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad son las que les gustaría desempeñar a la mayoría de los estudiantes, igualmente a un alto porcentaje de ellos les gustaría realizar sus estudios de postgrado en áreas clínicas y quirúrgicas. Los principales vacíos identificados por los docentes en la formación en PS son la necesidad de programas de capacitación y sensibilización para docentes y autoridades, y la necesidad de proyectos concretos de investigación y de extensión universitaria, seguidas por la falta de compromiso de las direcciones universitarias.

La principal fortaleza de este estudio es que se constituye en el primero en evaluar las actitudes hacia la PS en los estudiantes de medicina y describir las necesidades percibidas por los docentes en la enseñanza de temas en promoción de la salud, para finalmente definir las principales barreras identificadas en la formación en PS en estudiantes de medicina en Quito, basados en resultados bien fundamentados en una investigación científica.

Entre las limitaciones del estudio encontramos que la selección de los participantes se hizo en función de la factibilidad de congregarlos y según las facilidades que brindada cada universidad, por cuanto la muestra no permite inferir sus resultados sino mas bien describir las actitudes en este grupo poblacional que abarca a 5 de las 7 escuelas de medicina existentes en Quito.

9. RECOMENDACIONES

De carácter general: Es imperativo difundir el concepto de PS en el país, dentro del contexto de la propuesta de los lineamientos para la Renovación de la APS en las Américas.

A nivel estatal: existe la necesidad de alinear la formación de RRHH en Promoción de la Salud en el país con la TSSE y con el MAIS.

A nivel universitario: considerar realizar los ajustes necesarios con el fin de que los médicos egresados estén formados para desempeñar funciones relacionadas con la promoción de la salud, para lo cual es necesario además, desarrollar un trabajo de sensibilización, motivación y capacitación a la comunidad académica y hospitalaria hacia promoción de la salud, además de favorecer la creación y mantenimiento de las estructuras de apoyo a la docencia en áreas de formación en promoción de la salud estableciendo un plan de coordinación con todas las estructuras docentes del hospital y la universidad, promoviendo las rotaciones de estudiantes de pregrado por atención primaria.

Propuestas de mejora de los programas: favorecer la consideración de contenidos propios de PS en el diseño curricular de medicina y la creación de departamentos de PS en la universidad, además de unificar criterios de definición en el currículo respecto al concepto de PS, contenidos teóricos que se desarrollan, inserción académica del tema PS,

experiencias prácticas, desarrollo investigativo y necesidades en este campo, en consenso con autoridades, docentes y estudiantes.

Finalmente se recomienda realizar estudios similares acerca de las actitudes de los estudiantes hacia la PS y los factores relacionados, en las escuelas de medicina de las universidades del resto del país, ya que la mejor comprensión de los mismos permitirá intervenir en la formación de los futuros médicos y por ende, mejorar las condiciones de salud de la población.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Ottawa Charter for Health Promotion. (1987). Health Promotion 1 (4):405-462.
- (2) Constitución Política de la República del Ecuador, R. O. No. 449, Ecuador, 20 de Octubre de 2008.
- (3) BELTRÁN S, Luis. Promoción de la Salud una Estrategia Revolucionaria cifrada en la Comunicación. En: Tercera Conferencia Brasileña de Comunicación y Salud, Organizada por la Universidad Metodista de Sao Paulo. Adamantina, S.P., Brasil, Noviembre 6 – 8, 2000. Consultado 10 de marzo de 2010. Disponible en: <http://www.comminit.com/en/node/150541>
- (4) PAHO/WHO - OPS/OMS. Funciones Esenciales de Salud Pública. Consultado 10 de marzo de 2010. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/DPM/SHD/HP/FESP.htm>
- (5) A New Perspective on the Health of Canadians : A Working Document. Ministry of Supply and Services Canada, 1981. Cat: H31-1374. ISBN: 0-662-50019-9. Consultado 10 de marzo de 2010. Disponible en: <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/system-regime/1974-lalonde/index-eng.php>
- (6) PEREA Quesada, Rogelia. Educación Para la Salud: Reto de Nuestro Tiempo, 1:63. Editorial Díaz de Santos. ISBN: 978-84-7978-644-1. España, 2004
- (7) OPS, Atención Primaria de Salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Génova, OPS, 1978. Consultado 10 de marzo de 2010. Disponible en: http://www.paho.org/English/DD/PIN/alma-ata_declaration.htm
- (8) Declaración de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Santa Fe de Bogotá, Noviembre de 1992 Colombia. Consultado 10 de marzo de 2010. Disponible en: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgps/documentos/doc_inter/santa_fe_bogota_92.pdf
- (9) WHO, The Ljubljana Charter on Reforming Health Care. Geneva. WHO, 1996. Consultado 10 de marzo de 2010. Disponible en: http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010927_5
- (10) Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la salud en el Siglo XXI, 4ta Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. Consultado 10 de marzo de 2010. Disponible en: <http://www.pacap.net/es/publicaciones/pdf/comunidad/0/documentos.pdf>.

- (11) Declaración del Milenio. Asamblea General de las Naciones Unidas, 13 de Septiembre de 2000. Consultado 10 de marzo de 2010. Disponible en: <http://www.undp.org/spanish/mdg/docs/declaracion.pdf?Open&DS=A/RES/55/2&Lang=S>
- (12) Carta de Bangkok, Sexta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, Bangkok, Tailandia, 11 de agosto del 2005. Consultado 10 de marzo de 2010. Disponible en: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP.es.pdf>
- (13) Declaración de Montevideo, Declaración Regional sobre las Nuevas Orientaciones de la Atención Primaria de Salud OPS, Washington, D,C, Septiembre 2005. Consultado 10 de marzo de 2010. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892007000200003&script=sci_arttext
- (14) Política Nacional de Desarrollo (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, SENPLADES), Plan Nacional de Desarrollo para el Buen Vivir 2009-2013, Consultado 10 de marzo de 2010. Disponible en: <http://plan.senplades.gov.ec/web/guest/mapa-del-sitio>
- (15) Ley Orgánica de Salud. Registro Oficial N. 423, viernes 22 de diciembre de 2006.
- (16) Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud. Ley No. 80. R.O. No. 670 de 25 de Septiembre del 2002.
- (17) CONASA. [Los Desafíos Políticos y Técnicos de la TSSE y la construcción del SNS](#). Consultado 10 de marzo de 2010. Disponible en: <http://www.conasa.gov.ec/docsosavi/exposiciones/001.pdf>
- (18) Política Nacional de Salud en el Ecuador. Marco General de la Reforma Estructural de la Salud en el Ecuador. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Consejo Nacional de Salud, Agosto 2007.
- (19) MSP. Transformación Sectorial de Salud en el Ecuador. Hacia un Sistema Integrado de Salud: modelos, propuestas y experiencias nacionales e internacionales. Agosto 2009. Consultado 10 de marzo de 2010. Disponible en: <http://www.msp-tsse.gov.ec/libros/doc4.pdf>
- (20) MSP, CONASA, Política Nacional de Promoción de la Salud, Plan de Acción, 2007.2009.
- (21) Propuesta de reorientación de servicios de salud del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), boletín de prensa N- 80 2009, Consultado 10 de marzo de 2010. Disponible en: <http://www.iesse.gov.ec/site.php?content=1103-iesse-reorientara-servicios-de-salud>

- (22) Flexner Report, Consultado 10 de marzo de 2010. Disponible en: <http://www.carnegiefoundation.org/elibrary>
- (23) ROMERO Sánchez, Eduardo. Análisis Pedagógico del Plan de Formación Individual del Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Tesis Doctoral. Murcia 2008. Consultado 10 de marzo de 2010. Disponible en: http://www.tesisenred.net/TESIS_UM/AVAILABLE/TDR-0721108-103424//RomeroSanchez.pdf
- (24) Organización Panamericana de la Salud. La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Documento de Posición de la OPS/OMS. Washington DC. 2005.
- (25) Arroyo Hiram, La Promoción de la salud y la Educación para la salud en América Latina, Un Análisis Sectorial, Editorial de la Universidad de Puerto Rico, Primera Edición, 1997.
- (26) Arroyo Hiram, Formación de Humanos en Educación para la Salud y Promoción de la Salud: Modelos y Prácticas en las Américas, Primera Edición, Puerto Rico, 2001.
- (27) Puertas B. et al. Ecuador: Promoción de Salud. En: La PS en América Latina: modelos, estructuras y visión crítica. UIPES, CDC, U. de Puerto Rico. 2004. pp.313-341
- (28) OPS, Washington, D.C., Octubre 2008, Tercera Edición, Perfil de Sistemas de Salud: Ecuador, monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma. Consultado 24 de Agosto de 2009. Disponible en: <http://www.lachsr.org/dmdocuments/PerfilSistemasSalud-Ecuador2008.pdf>.
- (29) AFEME, asociación de facultades ecuatorianas de ciencias médicas y de la salud, Estatuto, 2001.
- (30) UIPES, CDC, U. Puerto Rico. 2004, Arroyo Hiram, La Promoción de la Salud en América Latina: Modelos, Estructuras y Visión Crítica, Primera Edición, Puerto Rico, 2004.
- (31) OPS/OMS, UIPES, Agosto 2006, II Foro de Promoción de la Salud en Río de Janeiro, La formación de Recursos Humanos y competencias profesionales en Promoción de la Salud y la efectividad de la PS, la diversidad dentro de la multidisciplinariedad, Consultado 10 de Marzo de 2010. Disponible en: <http://www.metodoeventosrio.com/efetividade/programacao/arquivos/1605HiramArroyo0900h.ppt>.

- (32) Puertas B. et al. Ecuador. Promoción de la Salud: una Antología. OPS/OMS, 1998.

GLOSARIO DE TÉRMINOS

AFEME: ASOCIACIÓN DE FACULTADES Y ESCUELAS DE MEDICINA DEL ECUADOR

APS: ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

CONASA: CONSEJO NACIONAL DE SALUD

CONEA: CONSEJO NACIONAL DE EDUCACIÓN Y ACREDITACIÓN

CONESUP: CONSEJO NACIONAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR

FESP: FUNCIONES ESENCIALES DE LA SALUD PÚBLICA

FFAA: FUERZAS ARMADAS

IESS: INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

LOS: LEY ORGANIZA DE LA SALUD

MAIS: MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD

MSP: MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

ODM: OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO

OMS: ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

OPS: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

PNUD: PROGRAMA DE NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO

PS: PROMOCIÓN DE LA SALUD

SENPLADES: SECRETARIA NACIONAL DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO

SOLCA: SOCIEDAD DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER

SPT 2000: SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000

TSSE: TRANSFORMACION DEL SECTOR SALUD EN ECUADOR

USFQ: UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

UIPES: UNIÓN INTERNACIONAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y EDUCACIÓN
PARA LA SALUD