



UNIVERSIDAD DE QUINTANA ROO



División de Ciencias de la Salud

**Competencias en Atención Primaria de la Salud en
médicos pasantes en servicio social de la Universidad
de Quintana Roo.**

TESIS

**Para obtener el grado de
LICENCIADO EN MEDICINA**

Presenta

Ingrid María Montero Barradas

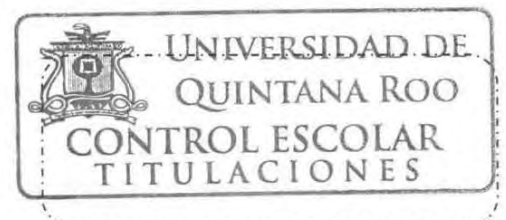
Directora de Tesis

Dra. Marisol Campos Rivera

Asesores

**Dr. Luis Antonio Reyna Martínez
M. S. P. Saul David Badillo Perry
Lic. Luisa María Higareda Laguna
Mtra. Lilia Denisse Peña Salazar**

Chetumal, Quintana Roo, México, Junio de 2019.





UNIVERSIDAD DE QUINTANA ROO

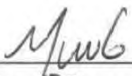



División de Ciencias de la Salud


Tesis elaborada bajo la supervisión del comité de Tesis del programa de Licenciatura y aprobada como requisito para obtener el grado de:

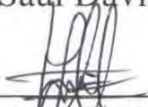
LICENCIADO EN MEDICINA


COMITÉ DE TESIS

Directora: 
Dra. Marisol Campos Rivera

Asesor: 
Dr. Luis Antonio Reyna Martínez

Asesor: 
M. S. P. Saul David Bacilio Perry

Asesor: 
Lic. Luisa María Higareda Laguna

Asesor: 
Mtra. Lilia Denisse Peña Salazar



Chetumal, Quintana Roo, México, Junio de 2019.



A mis padres, **Dulce María Barradas Toral y Bricio Montero Morales**, por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años, gracias a ustedes he logrado llegar hasta aquí y convertirme en lo que soy. Ha sido el orgullo y el privilegio de ser su hija, son los mejores padres.

A mi herma **Dulce María Montero Barradas** por estar siempre presente, acompañándome y por el apoyo moral, que me ha brindado a lo largo de mi vida.

A mi amiga **Génesis Eunice Betancourt Can y a su familia**, que me han apoyado incondicionalmente en mi estancia en Chetumal y a lo largo de mi carrera.

AGRADECIMIENTOS

Esta tesis es resultado de un sin fin de situaciones que me han hecho coincidir con personas y lugares que me han llenado de aprendizajes. Doy gracias a Dios y a la vida por estas afortunadas coincidencias. Es difícil mencionar a todos/as y cada uno/a de los/as implicados/as en este proceso de tesis; una disculpa si omito a alguien sin querer.

De manera general agradezco a:

Marisol, mi directora de tesis, por su confianza y apertura al aceptar el acompañamiento del tema de tesis, por su apoyo incondicional, sin los cuales este trabajo no hubiera sido posible.

Los miembros de mi comité tutorial y comité revisor de tesis, por su valioso apoyo y contribuciones en el desarrollo de esta investigación.

La Universidad de Quintana Roo (UQROO) por ser la plataforma de mi desarrollo profesional que ha ido de la mano con mi desarrollo personal, por la oportunidad de compartir espacios con profesores/as y compañeros/as críticos e inspiradores/as.

A todas las personas que me han apoyado y han hecho que el trabajo se realice con éxito, en especial a aquellos/as que me abrieron las puertas, compartieron sus conocimientos, experiencias y opiniones por medio de su participación en esta investigación.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	4
2. ANTECEDENTES	6
2.1 Atención Primaria de Salud (APS).....	6
2.3 Competencias en Atención Primaria de Salud.....	9
2.4 Educación médica.....	10
2.5 Competencias del médico general mexicano	11
2.6 Universidad y servicio social	12
2.6.1 Contextualización histórica de la universidad: de la edad media a la época contemporánea.....	12
2.6.2 Servicio social en medicina: surgimiento y papel en la sociedad.....	14
2.7 Modelo educativo por competencias profesionales en medicina	17
2.8 Experiencias de Atención Primaria en Salud en el campo de ciencias de la salud.....	19
2.9 Programa Universitario de Atención Primaria a la Salud (PU-APS)	25
3. PROBLEMA Y OBJETIVOS	27
3.1 Planteamiento del problema.....	27
3.2 Objetivo general	28
3.3 Objetivos específicos.....	28
4. JUSTIFICACIÓN	29
6. MATERIAL Y MÉTODOS	30
6.1 Tipo de estudio.....	30
6.2 Participantes.....	31
6.3 Criterios de inclusión y exclusión.....	32
6.4 Definición de categorías de investigación.....	32
2.6 Técnicas y procedimientos de recolección de la información.....	35
7. RESULTADOS Y RECOMENDACIONES	38
7.1 Razones de elección del Servicio Social en Medicina	40
7.2 Actividad comunitaria.....	42
7.3 Docencia.....	50
7.4 Investigación.....	54
7.5 Desarrollo profesional	58
7.6 Desarrollo personal.....	62
7.7 Equipo Multidisciplinario (EM).....	65
8. DISCUSIÓN	69
9. ASPECTOS ÉTICOS	77
10. ANEXOS	78
Anexo 1. Guía de entrevista.....	78
Anexo 2. Carta de consentimiento informado	84
Anexo 3. Tabla 5. Fortalezas, áreas de oportunidad y aprendizajes por dimensión.....	88
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	89

1. Introducción

En la Universidad de Quintana Roo (UQROO) se implementa un Programa Universitario en Atención Primaria de la Salud (PU-APS) que busca desarrollar en los estudiantes las competencias necesarias en Atención Primaria en la Salud.

La educación médica basada en competencias genera una formación de calidad en las habilidades en comunicación, conocimiento, técnicas, razonamiento clínico, emociones y valores sin perder de vista las necesidades de la sociedad, de la profesión, del desarrollo de la disciplina y de la responsabilidad académica, significando todo ello un acontecimiento más dinámico a la realidad del mundo circundante. Ante estas habilidades adquiridas a lo largo del desarrollo académico; en el servicio social el médico tendrá la capacidad de poner en práctica estas habilidades a favor de la sociedad así contribuir a un cambio social (20,21).

Hace 30 años que se expuso el concepto de Atención Primaria de Salud (APS) en Alma-Ata, como una iniciativa dirigida a mejorar la equidad en acceso a los servicios y la eficiencia en el uso de los recursos de salud, con fuerte énfasis en la atención preventiva en las poblaciones menos favorecidas (51). Desde entonces, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha analizado y evaluado su alcance, funcionamiento y eficacia, por lo que ha hecho énfasis en la necesidad de una transformación profunda en los programas educativos de los profesionales de salud, para lo que se han desarrollado estrategias educativas dirigidas al fortalecimiento de la APS por medio de la identificación de competencias y diseño de planes pedagógicos (51).

A partir de la participación de la investigadora del presente estudio en el PU-APS, se identificaron inquietudes relacionadas en la comprensión de competencias enfocadas a la APS en la formación médica por lo que se decide profundizar en el tema con la finalidad de comprender las competencias en Atención Primaria de Salud desarrolladas en el marco de dicho programa desde la experiencia de

participación de los Médicos Pasantes en Servicio Social (MPSS), tomando como base en los ámbitos identificados en otros programas universitarios para la identificación de fortalezas, aprendizajes y áreas de oportunidad que orienten la generación de recomendaciones para el fortalecimiento del programa. En este sentido, se propone realizar un estudio cualitativo fenomenológico que será la forma a través de la cual se busca la comprensión de las competencias en los ámbitos comunitario, de docencia, investigación, desarrollo profesional y gerencia, personal y multidisciplinario.

El presente proyecto contiene el planteamiento del problema sustentado en la revisión teórica y empírica acerca de APS, la universidad y el servicio social como medios de transformación social, centrando la atención en el servicio social en medicina y su relación con la educación médica y las competencias, así como la documentación experiencias de diversas universidades que a nivel internacional han dirigido sus esfuerzos hacia la inclusión y fortalecimiento de competencias de APS en sus planes educativos, lo que su vez da pie a describir brevemente los aspectos generales del PU-APS incluyendo el papel que tienen los MPSS en su implementación.

Asimismo, se expone el planteamiento del problema, los objetivos, la justificación, la metodología que orienta a la redacción de los resultados que están organizados de manera que se vayan contestando los objetivos de la investigación. Enseguida se encuentran la discusión donde se retoma los hallazgos más importantes y se dialogan teórica y empíricamente con los fundamentos que dieron sustento al estudio. Finalmente, las conclusiones que se dividen en los aspectos metodológicos, las fortalezas, su contribución y la limitación, lo que permite cerrar el ciclo de la investigación y los aportes puntuales acerca de la temática.

2. Antecedentes

2.1 Atención Primaria de Salud (APS)

La Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud, reunida en Alma-Ata el 12 de septiembre de 1978, expresó la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, profesionales sanitarios e implicados en el desarrollo y por parte de la comunidad mundial para proteger y promover la salud para todas las personas del mundo (1). La APS se concibe como la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad (1). Este enfoque ha sido enriquecido por una serie de Conferencias Mundiales de Promoción de la Salud. (Ver tabla 1):

Tabla 1. Conferencias Mundiales de APS

Ottawa (1986)	Consideró que la promoción de la salud era una estrategia fundamental para aumentar la salud de la población, concibiéndose como un proceso global que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. Estableció las áreas de acciones prioritarias sobre las que se consideraba necesario incidir para mejorar la salud de los individuos y de las poblaciones.
Adelaida (1988)	Enfatizó tanto la necesidad de establecer políticas públicas favorables a la salud, como la necesidad de evaluar las repercusiones de las decisiones políticas en la salud. Destacó que los gobiernos y las entidades que ejercen control sobre los recursos son responsables ante su población de las políticas existentes o de las consecuencias de la falta de las mismas.

Sundsvall (1991)	Puso de relieve la necesidad de la creación de ambientes favorables a la salud que pudiesen ser utilizados por los responsables políticos, los encargados de las decisiones y los activistas comunitarios en los sectores de la salud y el medio ambiente. La finalidad fue que el ambiente (físico, socioeconómico y político) apoyase a la salud en lugar de dañarla.
Jakarta (1997)	Destacó la creación de oportunidades que aumentasen la capacidad para promover la salud y su papel de la promoción de la salud en el abordaje de los determinantes de la salud, incluyendo aspectos nuevos como la promoción de la responsabilidad social, la necesidad de aumentar las inversiones en el desarrollo de la salud, consolidar y ampliar las alianzas estratégicas en pro de la salud, ampliar la capacidad de las comunidades y empoderar al individuo y consolidar la infraestructura necesaria para la promoción de la salud.
México (2000)	Buscó asegurar un progreso constante al abordar las inequidades en salud empleando el concepto y las estrategias de promoción de la salud, y considerando los recursos y las estructuras necesarias para desarrollar y mantener la capacidad de promoción de la salud en los ámbitos local, nacional e internacional. Esta declaración consideró que la promoción de la salud es una estrategia fundamental en el desarrollo de los países.
Bangkok (2005)	Identificó los retos, acciones y los compromisos necesarios para abordar los determinantes de la salud en un mundo globalizado, llegando a las personas, los grupos y las organizaciones que son críticas para el logro de la salud. Destacó la necesidad de abordajes con alianzas mundiales con compromisos no solo de ámbito local sino también mundial.
Nairobi (2009)	Enfatizó la importancia de que se redujese la distancia existente entre la evidencia disponible y su aplicación en el desarrollo de la

	<p>salud. En esta conferencia se definieron las estrategias clave y los compromisos que deben cumplirse para subsanar las deficiencias en la ejecución en la esfera de la salud y el desarrollo, identificando la promoción de la salud como un elemento clave para lograrlo.</p>
<p>Helsinki (2013)</p>	<p>Se revisaron las experiencias del compromiso con el enfoque «Salud en todas las políticas». Se consideró que la salud viene determinada en gran medida por factores externos al ámbito sanitario. Una política sanitaria eficaz debe atender a todos los ámbitos políticos, especialmente las políticas sociales, las fiscales y aquellas relacionadas con el medio ambiente, la educación y la investigación.</p>
<p>Shanghai (2016)</p>	<p>El fin de esta conferencia es poner de relieve los vínculos cruciales que existen entre la promoción de la salud y el Desarrollo Sostenible, por lo cual se centró en la relación entre la salud, sus determinantes y el empoderamiento de las personas. (29) Se prioriza las actividades de promoción de la salud en tres esferas: 1) reforzar la buena gobernanza en pro de la salud; 2) mejorar la salud en entornos urbanos y promover las ciudades y las comunidades saludables; y reforzar los conocimientos sobre la salud. Estas tres esferas constituyen puntos de partida cruciales para incidir de manera significativa, mediante enfoques que abarquen a todos los sectores gubernamentales y a toda la sociedad, en el entorno vital y los ámbitos cotidianos de las personas, así como en la capacidad de estas para tener un mayor control sobre su propia salud y los determinantes que influyen en ella.</p>

Fuente: Elaboración propia a partir de O. López-Dicastillo et al. Cinco paradojas de la promoción de la salud. Gac Sanit. 2017; 31(3):269-72.

2.3 Competencias en Atención Primaria de Salud

La renovación de la APS tiene como propósito revitalizar la capacidad de todos los países de organizar una estrategia coordinada, efectiva y sostenible que permita resolver los problemas de salud existentes; afrontar los nuevos desafíos de la salud y mejorar la equidad. Para esto, se dice que debe ser parte integral de los sistemas de salud; el cual debe estar conformado por un conjunto de elementos estructurales y funcionales que garanticen la cobertura y el acceso universal a los servicios de salud, de tal manera que promuevan la equidad. Entre los elementos esenciales de un sistema de salud basado en la APS se encuentran los recursos humanos, que son quienes observan las normas éticas y tienen un trato directo con las personas. Sin embargo, este componente no está preparado para trabajar en contextos basados en la APS por lo que se han definido las competencias de los equipos de salud, que permitirá que los países pueden tener una preparación de su personal de salud con esta orientación (3).

En este sentido, el médico con formación en APS deberá ser una persona con sensibilidad social, y comportamiento ético, capacidad de liderazgo, trabajo en equipo y autoaprendizaje, poseedora de competencias que le permitan con la más alta calidad posible, influir en el bienestar de las comunidades y participar en el mantenimiento y recuperación de la salud de individuos, familias y comunidades. Esto quiere decir que el perfil del médico con enfoque APS deben contar con una visión holística y humanística del ser humano en un contexto sociocultural. Asimismo, se señala que la experiencia temprana en la comunidad ayuda a los estudiantes de medicina a aprender y desarrollar las actitudes positivas hacia sus estudios y hacia la práctica futura; a su vez, orienta el currículo médico hacia las necesidades de la sociedad (3).

Las competencias del médico orientado hacia la APS deben mostrar la capacidad de adecuar su práctica profesional a la definición del sistema de salud de su país, establecer relaciones de respeto y confianza para dialogar y negociar con los

ciudadanos/comunidad, equipos/comunidades y otros sectores, respetando la diversidad cultural, comprender el ciclo vital, trabajar en equipo y desarrollar liderazgo con el resto del equipo de salud y la comunidad, manejar las incertidumbres y los cambios y generar su propia capacidad de autoaprendizaje y autoconocimiento (3).

2.4 Educación médica

Las instituciones educativas son las instancias cuyo deber es aportar una educación acorde a las características de la sociedad. Actualmente la globalización e ideología neoliberal han generalizado la práctica económica y esta ha trascendido a diversos ámbitos de la vida social, como lo son: la educación, la cultura, la sanidad, entre otros (4).

Específicamente, en la educación médica se fundamenta en las ciencias biológicas y en el método científico, las ciencias sociales, el humanismo, la ética y el conocimiento de los sistemas de salud, con profundo sentido de responsabilidad social, ya que esta educación incide primordialmente en el derecho fundamental de la salud de los individuos y de los colectivos, como ninguna otra disciplina del conocimiento (5).

Por lo que la educación debe posicionarse para dar respuesta a este mundo con la finalidad de incidir positivamente en el bienestar de los individuos y de las colectividades (5).

Por ello, las escuelas de medicina deben integrar un aprendizaje informativo, que está relacionado con la adquisición de conocimiento y habilidades para crear médicos expertos. El aprendizaje formativo se encarga de la preparación de los estudiantes en ética, valores y principios con el propósito de producir profesionales; por último, el aprendizaje transformacional que conlleva a desarrollar cualidades de liderazgo y su propósito es crear reales agentes de cambio (5).

2.5 Competencias del médico general mexicano

La Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina (AMFEM) aborda las competencias que contribuyen a resolver los problemas en el desempeño del médico general mexicano. En ese caso se organizan en modelos de acción profesional que ayudarán a que la carrera tenga un pacto social entre los profesionales orientándolos a la resolución de necesidades sociales. La profesión médica se estructura mediante el conocimiento científico y el práctico clínico; de esta forma se crea el modelo de siete competencias genéricas de la formación médica, mismo que sistematiza de la siguiente manera (6):

1. Dominio de la atención médica general: Promoción de la salud individual y familiar, diagnóstico, manejo terapéutico, pronóstico, plan de acción y seguimiento, manejo de pacientes con enfermedades múltiples, habilidades clínicas, comunicación con el paciente.

2. Dominio de las bases científicas de la medicina: Dimensión biológica, psicológica, social y pensamiento complejo y sistemático.

3. Capacidad metodológica e instrumental en ciencias y humanidades: Planes y políticas nacionales de salud, marco jurídico, marco económico.

4. Dominio ético y del profesionalismo: Compromiso con el paciente, con la sociedad y el humanismo, profesión y con el equipo de salud, con sí mismo, con la confianza y el manejo ético de los conflictos de interés.

5. Dominio de la calidad de la atención médica y trabajo en equipo: Calidad en la atención para el paciente, trabajo en equipo y liderazgo y gestión de los recursos.

6. Dominio de la atención comunitaria: Planificación de acciones comunitarias en salud, derecho comunitario en salud.

7. Capacidad de participación en el sistema de salud: Planes y políticas nacionales de salud, marco jurídico y económico.

Estas competencias también buscan desarrollar capacidades relacionadas con la APS, porque en ellas describen a un médico capaz de dar una atención médica integral orientada a las necesidades de familia y de la comunidad, con énfasis en la promoción y prevención de la salud. Así mejorando su desempeño en el campo laboral y a su vez crear profesionales en la salud capaces de hacer un cambio social.

2.6 Universidad y servicio social

2.6.1 Contextualización histórica de la universidad: de la edad media a la época contemporánea

La Edad Media abarca de siglo V al siglo XIV; durante este periodo el vocablo de *universitas* deriva en la palabra española universidad- se empleó para referirse a las comunidades o cooperaciones que se dedicaban a la enseñanza y educación dándole un significado exclusivo a la comunidad de maestros y de discípulos. El origen de la universidad se ubica a inicios del siglo IX, con el movimiento de renovación cultural conocido como Renacimiento Carolingio a partir del cual se aprecian las primeras organizaciones de las escuelas y los planes de estudio, en su mayoría sobre reflexiones teológicas y religiosas. En el siglo de XI al XIII la universidad es liderada por la iglesia y luego por los reyes; se fusionaron como gremios estudiantes y maestros; se enseñaba la escolástica rama de la filosofía que busca conciliar el conocimiento de los textos clásicos para la comprensión de los textos sagrados y la verdad religiosa; a consecuencia de esto, la iglesia asumió el control de la educación por este período. Posterior a las Cruzadas, la sociedad medieval experimentó más actividades comerciales con el medio oriente, lo que promovió ciudades con áreas políticas y económicamente poderosas; provocando intereses en fundar centros de instrucción especializada independientes de la iglesia dando pie al surgimiento de las universidades en Europa. Una vez que la universidad se independiza de la iglesia se incorporan nuevas disciplinas de alto nivel como la medicina, escritura de cartas, jurisprudencia y documentos oficiales. La universidad no sólo abrió el camino para la enseñanza superior, si no rompió el

ocultismo medieval, abriendo puertas a los clásicos, lo cual reflejaba un cambio en la sociedad medieval gracias al crecimiento económico (7, 8,9).

En la edad Moderna (inicia en el siglo XIV y XV), se dieron dos movimientos culturales. El Humanismo, corriente de pensamiento que pone al hombre, en vez de Dios, como centro de la vida; y el Recentismo, corriente del pensamiento que recupera la cultura grecolatina. En este sentido, la edad Moderna es el mundo menos apegado a la religión y cada vez más enfocado al hombre y más abierto a las tradiciones laicas. Con el transcurso del tiempo, el método escolástico en la universidad llegó a su declive. En el siglo XVIII se reglamentó la graduación de la educación (“jardín de niños”, primaria, secundaria y universidad) y se hace hincapié en el uso de la razón para llegar al conocimiento verdadero (7).

En América Latina la reforma universitaria comenzó en la primera década del siglo XX. Previamente en el año 1918 la Reforma de Córdoba que se denomina la transición de la universidad tradición a la modernizante; fue el punto de partida para el proceso de reforma de la universidad latinoamericana. Pronto las directrices y ecos de aquel movimiento se extendieron a las otras instituciones universitarias argentinas, trascendiendo incluso las fronteras de ese país, hasta convertirse en una verdadera causa latinoamericana, cuyas manifestaciones aparecieron sucesivamente en Perú (1919), Chile (1920), Colombia (1922), Cuba (1923), Paraguay (1927), México (1931) y así continuamente, en las más diversas latitudes del continente (10).

La universidad se concebía como una herramienta o instrumento del cambio social. Su función primordial, si bien era formar al estudiante, exigía que en semejante formación hiciera que ese estudiante actuara en forma dinámica sobre su sociedad para transformarla (10, 11).

2.6.2 Servicio social en medicina: surgimiento y papel en la sociedad

Se define al servicio social como el conjunto de actividades prácticas con carácter temporal y obligatorio que realizan los pasantes de una carrera profesional, mediante beca o gratuitamente, consistente en la prestación de servicios que redunden en beneficio de la sociedad, como parte de su formación y como una etapa previa a la obtención del título profesional. (12)

Los propósitos fundamentales de servicio social es el vincular al estudiante con su entorno y apoyar con acciones sociales en los lugares más apartados y necesitados del país (18). Con el fin de devolver a la sociedad aquello que ésta ha invertido en la educación del estudiante, asimismo, implica comprometer al estudiantado con su comunidad, en particular con los sectores más humildes, integrándolo crítica y activamente al proceso de reconstrucción nacional (12).

Durante el siglo XX, el Servicio Social Universitario (SSU) tuvo un desarrollo desigual en los diferentes países de América Latina. Sin embargo, se conceptualizaba como una actividad obligatoria no remunerada, que se debe cubrir establecido como requisito para obtener el grado en todas las profesiones específicamente en el área de salud (medicina, enfermería y odontología). Las iniciativas de SSU surgen de las instituciones de educación superior en la modificación de sus planes de estudio e implementación del modelo de vinculación, así como de las necesidades del gobierno en solventar insuficiencias de impacto económico, social y cultural realizando un servicio social comunitario, proporcionando benéfico a la comunidad con el fin de adquirir bienestar social. Entre los países que incluyen alguna modalidad de SSU se encuentran México (1936), Costa Rica (1948), Colombia (1949), Nicaragua (1968) y Argentina (1974); (12, 13, 14,15).

En México, el origen del servicio social tiene sus bases en la asistencia social a las comunidades indígenas, la práctica llevada a cabo desde la época de la colonia con

los misioneros de carácter religioso, hasta los profesionistas con actividades voluntaria, principalmente en las áreas de la salud y la educación. A finales del siglo XIX la educación superior y la sociedad se vinculan gracias a la creación de carreras de carácter social, entre las que se encuentran la Medicina y Derecho. El movimiento revolucionario de 1910 tuvo importantes influencias de carácter positivo en el desarrollo de la educación superior; propiciando la investigación y la extensión universitaria. Posteriormente a la revolución, el estado mexicano se encontraba en transformación social y con el propósito de cubrir las necesidades económicas, social, educativa y cultural del país aparecen reformas educativas que establecen la obligatoriedad de servicio social a los estudiantes universitarios, para que presten un servicio en beneficio de las personas analfabetas y participen en la solución de los problemas de la nación mexicana (16).

En 1935 se reformó el artículo 3º, en el que establece que la educación que se impartiera tendría que ser en un estado socialista. Esto provocó la clausura de la Escuela Nacional de Medicina y renuncia del rector, los directores y consejeros universitarios. Ese mismo año, ante estos acontecimientos el rector Luis Chico Goerne realizó un proyecto que se firmó un convenio entre la universidad y el gobierno federal. Dicho convenio establece los esfuerzos realizados por la institución eran de indiscutible utilidad para la nación, dignos de continuación y estímulos; a partir de lo que el Gobierno y la Universidad celebraron el acuerdo de cooperación que entre sus cláusulas señala que implementación la obligatoria del servicio social para obtener el título universitario. En 1936 se estableció el Servicio Social en Escuela Nacional de Medicina a cargo del rector Dr. Gustavo Baz, en el cual los alumnos que terminaban el sexto año de la carrera eran enviados a las poblaciones de la república en las que no existían servicios médicos, con una duración de 6 meses; consiguiendo que los estudiantes tuvieran una práctica amplia y se dieran cuenta de las condiciones higiénicas que vivía en el país (16,17).

El Servicio Social convencional, es aquel proceso que se lleva a cabo en un periodo no menor a seis meses ni mayor a dos años, entre sus opciones se encuentran las siguientes: servicio social profesionalizante es un proceso que se desarrolla desde

las diversas entidades públicas y sociales para fortalecer alguna de las etapas del proceso administrativo, siempre y cuando las acciones a realizar se encuentren directamente relacionadas al perfil profesional (19) y el servicio social comunitario esta modalidad consiste en desarrollar acciones directas, "con" y "para" beneficio de la población, es decir aplicar procesos de tipo comunitario, tanto en comunidades indígenas como en localidades del ámbito rural, espacios de tipo sub urbano o urbano. Implican acciones para el desarrollo local a partir de distintos enfoques y pueden ser en forma unidisciplinaria, interdisciplinaria o multidisciplinaria (19).

Estas opciones las promueven instituciones u organizaciones sociales en colaboración con los gobiernos municipales y pueden ser:

- a) **De residencia permanente:** después de un proceso de capacitación se trasladan a una comunidad y permanecen un tiempo no menor a seis meses ni mayor de dos años. Ahí desarrollan proyectos de acción local (19).
- b) **De estancias programadas:** después de un proceso de capacitación, lo pasantes realizan visitas intermitentes cuya duración está determinada por las características del proyecto a desarrollar. (19)

Estos tipos de servicio social se agrupan en diversos modelos. En medicina, por ejemplo, la Universidad Autónoma de México (UNAM) se presenta cuatro modalidades de servicio social: el primero es la modalidad de campos clínicos rurales y urbanos que ofrece servicios de salud pública y de atención médica en beneficio de la población mexicana, prioritariamente la de menor desarrollo económico y social; el segundo es la modalidad de investigación que introduce al estudiante, en apoyo al programa de formación de investigadores, en el campo de la investigación básica, clínica, salud pública, educativa y socio médica; el tercero es la modalidad de vinculación que implica la colaboración con los sectores que constituyen el Sistema Nacional de Salud en programas específicos de atención médica, de salud pública y de asistencia social, en beneficio de la sociedad mexicana. Por último, está la modalidad de programas universitarios que es la participación en las diferentes instancias universitarias en sus programas de

docencia, atención médica, salud pública, investigación y extensión de la cultura, con énfasis en el programa de formación de profesores (28).

De esta manera, los médicos pasantes en servicio social permanezcan en sitios con mayores oportunidades académicas y así tengan un adecuado desarrollo profesional (31).

2.7 Modelo educativo por competencias profesionales en medicina

La palabra competencia procede del latín *competencia*, que significa disputa o contienda entre dos o más personas sobre algo, y se relaciona con la capacidad, pericia, aptitud, idoneidad para hacer algo o intervenir en un asunto determinado (20).

La competencia profesional integrada para la educación busca generar procesos formativos de calidad sin perder de vista las necesidades de la sociedad, la profesión, del desarrollo de la disciplina y de la responsabilidad académica, significando todo ello, un acercamiento más dinámico a la realidad del mundo circundante (21). De esta manera, los profesionistas podrán desempeñarse mejor en las distintas actividades productivas. Con esta finalidad, la UNESCO propone principios para trabajar con un modelo educativo basado en competencias, mismas que se sustentan en los cuatro pilares de la educación; *aprender a conocer*, que consiste que cada persona aprenda a comprender el mundo que lo rodea, al menos suficientemente para vivir con dignidad, desarrollar sus capacidades profesionales y comunicarse con los demás; *aprender a hacer* está vinculado a la cuestión profesional con la adquisición de habilidades, destrezas y procedimientos que garantizan la productividad; *aprender a ser* es el desarrollo de la capacidad de autonomía, de juicio y el fortalecimiento de la responsabilidad personal en la realización del destino colectivo; por último *aprender a vivir juntos* es relacionarse con sociedades y organizaciones culturalmente diversas exigiendo conocer sus historias, sus tradiciones y su espiritualidad impulsando a la creación de proyectos

comunes (23, 27). Bajo estos principios se espera formación integral de los estudiantes y así, recuperar sus conocimientos previos para transformarlos y aplicarlos en situaciones reales de aprendizaje, logrando un desempeño eficaz, eficiente, apropiado e idóneo (22, 23).

La educación médica basada en competencias se plantea generar la creatividad, la innovación o la potencialidad que tiene el ser humano. Al desarrollar las competencias es importante que los docentes conozcan y desarrollen los estilos de aprendizaje de los alumnos enfocados en resolver problemas reales. La formación de un médico implica el dominio de las ciencias biomédicas, socio medicina y humanísticas aplicadas en la clínica con el fin de solucionar problemas de salud de los pacientes. En este sentido, la educación médica trata de hacer comprender a los estudiantes la interacción biológica de la enfermedad y el contexto social del padecimiento entonces así se dará una atención integral del individuo. En contraste, se ha observado que los médicos en el modelo tradicional muestran muchas habilidades, pero pocas en lo referido a contexto social, humanístico y científico, además de que carecen de las destrezas para saber cuándo y cómo aplicar el conocimiento (24).

Por lo tanto, la educación médica basada en competencias profesionales es una orientación educativa que da respuesta al conocimiento y es un acercamiento a la responsabilidad social que demandan las instituciones educativas y a nivel global. Representa un modelo útil para mejorar las condiciones de eficiencia pertinencia y calidad de la educación para que también mejoren la calidad de vida de la población y el desempeño de los sistemas de salud (25).

2.8 Experiencias de Atención Primaria en Salud en el campo de ciencias de la salud.

En Argentina, la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Tucumán su componente central es la APS, que conjuga la atención individual reparadora, con la comunitaria, preventiva y promocional. Preparando al egresado para asumir la promoción y prevención en su área de responsabilidad para la atención individual en la puerta de acceso al sistema sanitario. El aprendizaje de los alumnos se basa en la búsqueda de problemáticas de la vida donde nace, se trabaja y enferma la gente, recorridas en los servicios del centro de salud y (Pediatría, Obstetricia, Emergencias) y en la atención domiciliaria a través de la educación para la salud, la investigación, el ateneo entre otros (35).

En Colombia, en la Universidad de la Sabana, el ciclo de enseñanza-aprendizaje de los estudiantes de medicina se aborda desde la investigación-acción y se apoya en los principios de la enseñanza en APS orientada hacia la comunidad (APOC); así los estudiantes son los interlocutores comunitarios creando una relación y un dialogo que les permite establecer la situación de salud de la colectividad, así definiendo una situación que se necesita mejora mediante un plan. Analizando el proceso, es definitivo el enfoque de aprendizaje basado en proyectos, unido al de aprendizaje basado en el servicio comunitario y el desarrollo de diferentes espacios de interacción con las personas partícipes del proyecto, lo que permite la generación de distintas oportunidades de aprendizaje significativo de la APS, la salud pública y la salud comunitaria (34).

En la Pontificia Universidad Javeriana y la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, Colombia, quieren identificar experiencias de participación y empoderamiento comunitario propiciadas por la estrategia de Atención Primaria de Salud con el programa innovador Salud a su hogar (SASH). Estas experiencias son la identificación de necesidades; caracterización y elaboración de diagnósticos; promoción de servicios; captación e inclusión de nuevos usuarios al sistema de

salud; sensibilización y educación comunitaria en temas de prevención y promoción; ampliación de algunas coberturas y la entrega de algunos subsidios de vivienda (43).

En Cuba, se realizó un estudio cualitativo, descriptivo que tiene como objetivo explorar los puntos de vista de médicos de familia acerca de los conocimientos más importantes, actitudes y habilidades (competencias) que deben tener en su práctica profesional para la promoción de salud, los cuales fueron: abogacía en salud, promover el empoderamiento del paciente, comunicación efectiva, responsabilidad por la salud de la comunidad. Así considerando que la promoción de la salud es la actividad rectora de la medicina familiar, se concluye que la formación y entrenamiento en promoción de salud dentro de la Medicina Familiar necesitan estar basados en las competencias percibidas por los propios médicos de familia según su desempeño laboral (33).

En México, la Secretaría de Salud desarrolló el Modelo Integrador de Enfermería de Atención Primaria a la Salud (MIEAPS), con el objetivo de mejorar de las condiciones de salud de la población con enfoque de integración sectorial, preventivo, metódico y educativo que impacte el entorno individual y comunitario. Así transformando el concepto de salud en el personal de enfermería; reflejado en el actuar de acuerdo su contexto, permitiendo fortalecer las actividades de enfermería de promoción de la salud y prevención de enfermedades incorporando actividades individuales efectivas y acciones comunitarias para el desarrollo de entornos saludables (40).

En Perú, el proyecto Campamento Universitario Multidisciplinario de Investigación y Servicio (CUMIS) es el principal evento en APS de organización estudiantil con participación docente. Con base en la experiencia de los estudiantes de medicina que participaron en este proyecto se llevó a cabo un estudio cualitativo a partir de cual se identificaron los aprendizajes relacionados con la APS, mismos que implican el fortalecimiento en distintos ámbitos: en el académico, la relación entre la teoría y la práctica; en el científico, la investigación de campo a través de la realización de

diagnósticos situacionales; en el de desarrollo personal, una mejor calidad humana derivada de la identificación con otras personas y sus situaciones; en el profesional y/o administrativo, la gerencia, liderazgo, trabajo en equipo, planificación; y finalmente, en el ámbito de la ética, el compromiso social y la vocación de servicios como dimensiones del ser humano. Asimismo, se identificaron como dificultades la falta de tiempo por la carga académica, limitaciones de las comunidades de intervención, el apoyo institucional, la falta de aceptación de este tipo de programas. A su vez, las soluciones identificadas fueron la búsqueda de financiamiento, la motivación de los compañeros y autoridades (32).

Asimismo, la Escuela de Medicina de la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas de Lima, Perú en el 2007 se diseñó el currículo por competencias en APS que se organiza en cuatro ejes transversales: formación personal, fundamentos científicos e investigación, razonamiento clínico, habilidades clínicas, salud pública y atención primaria de la salud (SP-APS). Se pretende que con estos ejes los egresados tengan una formación integral que incluya el conocimiento de la realidad de salud de la población y el compromiso con su transformación, además de las competencias y la motivación para continuar desarrollándose en el área de que ellos elijan (41).

En la Universidad de Los Andes de Venezuela se realizó un estudio de caso que propone como estrategia la integración docencia-servicio-investigación, con el fin de posibilitar el análisis y la búsqueda de soluciones a la problemática a los desafíos que en el campo de la salud se producen día a día. Afirmando que competencias en APS les permite dar una atención a los grupos familiares y comunidades, así como participar de forma activa en los programas de salud gubernamentales desarrollados en los ambulatorios (38).

La Universidad de La Frontera en Temuco, Chile, exhibe la innovación curricular centrado en el estudiante y el Aprendizaje Basado en Problema con el propósito de crear un modelo docente asistencial en la APS en territorio comunitario para que se realicen las prácticas de internado rural interdisciplinario así se crea escenarios comunitarios y territoriales de enseñanza aprendizaje en APS y Salud Pública (35).

Escuela de Medicina del Norte de Ontario (NOSM, por sus siglas en inglés), Canadá. En el 2002. Se estableció un mandato de responsabilidad social para contribuir a mejorar la salud las comunidades del norte de Ontario y para eso la NOSM implementa el programa de educación que conduce al grado de Doctor en Medicina (MD) el cual integra las pasantías comunitarias (CCC, por sus siglas en inglés), que consiste que cada estudiante de tercer año se le asigna una comunidad para aprender medicina clínica básica desde una perspectiva familiar y comunitaria. Los estudiantes tienen en seguimiento a los pacientes y sus familias que se encuentran en el entorno de atención primaria durante un período prolongado de tiempo, comprometiéndose con un rango de médicos especialistas de la comunidad y profesionales de la salud, para experimentar la continuidad de la atención en la práctica familiar y al mismo tiempo estudiar diferentes disciplinas de especialidades clínicas (66).

En el Centro Nacional de Profesiones de Salud Rural de la Universidad de Illinois, Chicago en EE. UU. plantea promover la salud de las comunidades rurales a través de la asociación entre educación, servicios, investigación y políticas. Los objetivos son desarrollar e implementar a nivel rural el currículo basado en APS, enfocar en las disparidades de salud, proveer y promover la educación interprofesional y la colaboración, identificar y reclutar jóvenes del medio rural para las carreras de ciencias de la salud, desarrollar relaciones y capacidades con las comunidades rurales y ser un recurso educativo e investigador en los temas de salud rural (35).

La escuela de medicina de la Universidad de Duke en Carolina del Norte lanzó una *línea de liderazgo de Atención Primaria de Salud (PCLT)* compuesta por una pasantía longitudinal de ocho meses en atención primaria en la comunidad de Durham, capacitación en el *Patient-Centered Medical Home (PCMH)*, servicio comunitario, investigación en salud de la población comprometida con la comunidad y capacitación en liderazgo. Estas experiencias permiten que los estudiantes

aprecien completamente las brechas en el sistema de cuidado de la salud y las formas en que no cubre las necesidades de los pacientes (38).

En 1940 Emily Kark y Sidney reorientaron el trabajo clínico del médico, creando un centro de salud comunitario en un área rural de Sudáfrica que ofrecía atención preventiva, obteniendo solución a los problemas de salud más prevalentes para la comunidad. A partir de esta experiencia Kark consolidó el modelo de *Community-Oriented Primary Care* que en Latinoamérica es llamada Atención Orientada a la Comunidad (APOC); este modelo se encarga de la salud tanto individual como colectiva de la población que tiene asignada un servicio de salud de Atención Primaria, esto a partir de un diagnóstico de salud de la comunidad, la determinación de prioridades, y se concreta finalmente en la planificación, ejecución y evaluación de programas de salud para la cobertura de las necesidades de salud comunitaria (30).

En Inglaterra, a partir del documento del *General Medical Council "Tomorrow's Doctors"* se implementa el modelo basado en la comunidad y el aprendizaje basado en problemas. Este modelo permite un balance más adecuado entre la formación hospitalaria, con la integración dinámica de la APS con base comunitaria en un modelo de atención holística. Los estudiantes tienen desde el comienzo de su carrera, la práctica del médico de familia/médico general y una mayor responsabilidad en el seguimiento longitudinal familiar (3).

En España La Atención Primaria (AP) se encuentra en un momento de crecimiento actividad investigadora; La Unidad de Investigación de Atención Primaria de Bizkaia (UIAPB) tiene como objetivo principal enfocar la investigación a la resolución de problemas concretos, tanto en el funcionamiento de estos servicios como en la práctica clínica o en la salud de la población. Con el fin de crear nuevos equipos de investigación, compuestos por enfermeras, médicos y otros profesionales de atención primaria (41).

La escuela de medicina de la Universidad de Flinders en Australia, es pionera en la Educación Médica Comprometida con la Comunidad (CEME, por sus siglas en inglés). Los estudiantes que participan en el plan de estudios de la comunidad rural paralela (PRCC, por sus siglas en inglés) cursan su tercer año en el programa de educación médica en la cual tienen que vivir cuatro años en una comunidad rural en donde sus actividades basan en el entorno de la práctica familiar. La ventaja de implementar el PRCC es que los alumnos que estudian medicina en las comunidades su aprendizaje se basa en las relaciones estudiante-maestro, estudiante-estudiante y estudiante-comunidad en las que comparten dimensiones clínicas, institucionales, sociales y personales; por lo que la comunidad desempeña un papel fundamental en estas relaciones al motivar y dar sentido al aprendizaje de los estudiantes y dar la versatilidad en la elección de alguna especialización médica en atención primaria en salud o como en especialidades hospitalarias (66).

La Escuela de Medicina de la Universidad Ateneo de Zamboanga (ADZU SOM, por sus siglas en inglés) en la ciudad de Zamboanga, en Filipinas; opera con el CEME la cual está impulsado por un modelo de determinantes sociales de salud con el fin de garantizar que los estudiantes aprendan a responder a las necesidades de atención de salud de la comunidad. El programa consisten en que los alumnos vivan cuatro años en una comunidad rural con el objetivo de desarrollar proyectos comunitarios destinados a resolver los principales problemas de salud de la población, por ejemplo, la construcción de letrinas de pozo, la mejora del acceso al agua potable, el desarrollo de políticas de gestión de residuos sólidos para los gobiernos locales, el aumento de las tasas de inmunización, la determinación de los factores de riesgo para la tuberculosis, el desarrollo de industrias familiares para generar ingresos y la creación de huertos caseros, entre otros (66).

2.9 Programa Universitario de Atención Primaria a la Salud (PU-APS)

La Universidad de Quintana Roo (UQROO) es una institución de educación superior de carácter público del estado. Cuenta con diversos campus (Chetumal, Cancún, Playa del Carmen y Cozumel), en Chetumal se encuentra la División de ciencias de la Salud, la cual fue fundada el 23 de octubre del 2010, con la visión de ser la unidad académica de educación superior en el área de la salud más importante en el estado de Quintana Roo; que aloja las licenciaturas de Medicina, Enfermería y Farmacia. Esta División de Ciencias de la Salud (DCS) busca integrar a estudiantes a futuros equipos de salud y con una formación de excelencia científica y humanística que les permita participar activamente en la transformación y modernización de las instituciones de salud. En este sentido, es reconocida en el sureste de México por la calidad de los recursos humanos que forma, por la calidad de sus programas y procesos educativos innovadores que proporcionan una formación integral sólida y consistente, la productividad y liderazgo de sus profesores en las funciones docentes, por su vinculación a los servicios de salud, sus resultados en la investigación biomédica, clínica y farmacéutica; y por sus actividades de difusión de la ciencia y tecnología para el cuidado de la salud (36,37).

En el año 2016 se plantea el PU-APS, cuyo objetivo es que sus profesionales en salud desarrollen competencias de APS, para identificar oportunamente los riesgos a la salud de los individuos y familias, así como instruir acciones que favorezcan la participación de las personas y su familia en el mantenimiento y cuidado de su salud, a través de la implementación de estrategias educativas de promoción, prevención, educación y detección para el cuidado de la salud mediante un multidisciplinario (26).

El proyecto se concretó en el programa APS, implementado con estudiantes de los primeros cuatro semestres que cursan las asignaturas de Problemas Sociales y Económicos de México (PSYEM) y Salud Pública (SP) I, II y III, las cuales están vinculadas al programa. Los sábados se realizan actividades de campo en las tres

colonias circundantes a la DCS (Nuevo Progreso, Payo Obispo, Fidel Velázquez) en acompañamiento de Médicos Pasantes en Servicio Social (MPSS), los cuales son responsables de un grupo de estudiantes integrado por las tres licenciaturas y de los primeros cuatro semestres, por lo que puede ser considerado un grupo multidisciplinario multigrado. (26)

Las actividades que realizan los MPSS se pueden clasificar en: 1). *Ámbito comunitario* en el que realizan un reconocimiento de la colonia, elaboración de diagnóstico situacional de salud que apoya en la planeación y realización de estrategias que atiendan las problemáticas de la colonia, promueven la participación comunitaria por medio de actividades colectivas (marchas, ferias de la salud, descacharrización y patio limpio, calles limpias, siembra de árboles, etc.); 2). *Ámbito clínico* en el que se realizan consultas domiciliarias a familias, donde se atienden problemas de salud agudos, se da un seguimiento mensual a pacientes con enfermedades crónicas, se realizan detecciones de factores de riesgo y se identifican necesidades de salud; 3). *Ámbito de investigación* se lleva a cabo protocolo de tesis con base en temáticas encontradas en la comunidad con enfoque APS y; 4). *Ámbito de docencia*, aquí se realizan asesorías sobre temas de salud, así como el diseño, implementación y evaluación de una intervención en promoción de la salud que cada equipo lleva a cabo con una familia (26).

Asimismo, las actividades que responden a los ámbitos mencionados anteriormente se ubican en tres niveles 1). *Individual*, se brinda atención médica a nivel individual, en el que se brinda acompañamiento a las personas con la finalidad de mejorar su condición de salud; 2). *Familiar* se brinda atención médica a nivel familiar y es el espacio donde se lleva a cabo la intervención que realizan los estudiantes de medicina en la que se identifican necesidades de salud, se prioriza, diseña, implementa y evalúa 3). *Colectivo* se realizan actividades que promocionan la participación de la comunidad como ferias de salud, descacharrización, patios, calles y parques limpios, entre otros. Cabe mencionar que para estas actividades, una base fundamental son las cartillas nacionales de salud, las cuales clasifican los temas en salud a trabajar de acuerdo con la edad de las personas.

3. Problema y objetivos

3.1 Planteamiento del problema

El propósito de este estudio fenomenológico es analizar las competencias en APS desarrolladas en el PU-APS, desde las experiencias de la participación de los MPSS en el periodo de enero del 2017 a enero del 2018 en la UQROO. Como instrumento de recolección de los datos se utilizará la observación participante y entrevista semiestructurada.

La formación por competencias orientadas hacia la APS busca que los futuros médicos puedan comprender mejor su papel frente a las necesidades crecientes de la población por medio de una visión holística y humanística del ser humano en un contexto socioambiental y así contribuir al desarrollo de los sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud (3). Sin embargo, en las últimas décadas se ha observado que la práctica profesional médica ha tenido un déficit en la identificación de contextos sociales con mayor énfasis en la interacción biológica de la enfermedad, lo que repercute en la atención integral del individuo (12, 24).

Existen universidades de medicina y programas del área de ciencias de la salud de nivel internacional, que buscan que sus profesionales adquieran actitudes y habilidades significativas en APS mediante en ámbitos como el personal, profesional, docente, servicio e investigación basados en modelos enfocados en la comunidad. Tomando en consideración que el PU-APS es de reciente integración el DCS y que busca el desarrollo de competencias enfocadas a la APS además del papel fundamental que desarrollan los MPSS en la comunidad.

Es preciso comprender estas competencias desde la experiencia de su participación en este programa y así identificar las fortalezas, aprendizajes y áreas de oportunidad que orienten la generación de recomendaciones para el fortalecimiento del programa, ya que en la actualidad no hay investigaciones respecto a esta práctica en el estado de Quintana Roo. Es por esto que resulta relevante visibilizar

esta práctica, analizar esta temática y consolidar las bases que permitan establecer nuevos escenarios de atención.

Por lo que la pregunta de investigación del presente estudio es: ¿Cuáles son y cómo se caracterizan las competencias en APS que se han desarrollado en los MPSS a partir de su experiencia de participación en el PU-APS?

3.2 Objetivo general

Analizar las competencias en Atención Primaria en Salud desarrolladas en el Programa Universitario de Atención Primaria a la Salud, desde las experiencias de participación de los Médicos Pasante en Servicio Social, con base en los ámbitos de otros programas universitarios para la identificación de fortalezas, aprendizajes y áreas de oportunidad que orienten la generación de recomendaciones para el fortalecimiento del programa.

3.3 Objetivos específicos

- Identificar las competencias que han desarrollado los Médicos Pasantes en Servicio Social realizado en el PU-APS con base en las dimensiones identificadas en otros programas universitarios.
- Caracterizar las competencias que han desarrollado los Médicos Pasantes en Servicio Social realizado en el PU-APS con base en las dimensiones identificadas en otros programas universitarios.
- Describir las competencias caracterizadas en función de los elementos contextuales que distinguen el PU-APS.
- Comparar las competencias en APS desarrolladas por otros programas universitarios para la identificación de fortalezas, aprendizajes y áreas de oportunidad que orienten la generación de recomendaciones para el fortalecimiento del programa. (Ver Anexo 3)

4. Justificación

La formación de un médico implica que dominen las ciencias biomédicas, sociomédicas y humanísticas aplicadas a la clínica. Con la implementación del modelo de educación por competencias se pretenden obtener una mejor comprensión en la interacción entre la biología de la enfermedad y el contexto social del padecimiento; la atención de la salud del individuo y la salud pública; la medicina clínica y la comunitaria, la comunicación humana; la tecnología y ciencias médicas (46). Esto a su vez ayuda al desempeño que tienen los médicos durante su servicio social; ya que su finalidad es vincular a la universidad con la comunidad y ser un motor de cambio social.

Sin embargo, la educación médica continúa dando énfasis en determinar el origen directo de las enfermedades, abordando la parte o el órgano enfermo e ignorando las causas y antecedentes (45); carece de una formación integral desde las perspectivas humanistas y la falta de compromiso con la salud de la población; lo que conduce a escasos conocimientos y habilidades para el manejo de la APS (47).

La OPS (Organización Panamericana de la Salud) propone una formación basada en la comunidad, con orientación generalista, con contenidos de salud pública, salud familiar y comunitaria con enfoque de APS (47). La temprana experiencia en la comunidad ayuda al estudiante a conocer su entorno favoreciendo el desarrollo de actitudes positivas para sus estudios y sus prácticas futuras. (3) Esta formación proporciona la capacidad de realizar acciones de carácter investigativo, docente (educación y autoeducación) y administrativas, establecer comunicación interpersonal, con los pacientes, las familias y la población, aplicar el método científico, así como buscar y asimilar críticamente la información científica, con una conducta profesional que estará impregnada de un alto sentido ético, vocación de servicio, solidaridad humana, dedicada a la preservación de la salud y calidad de vida de la comunidad (3).

El presente proyecto surge a partir de inquietudes derivadas de la participación en el PU-APS relacionadas con la reflexión de los aprendizajes obtenidos y la contextualización de la APS como una estrategia educativa que se lleva a cabo en otros programas universitarios.

Los resultados de esta investigación buscan aportar conocimiento sobre la importancia de la formación médica por competencias en APS, así como reconocer los alcances que se ha tenido en el PU-APS en términos de desarrollo de competencias desde la mirada de la participación de médicos en el servicio social. Esto permitirá identificar las fortalezas, aprendizajes y áreas de oportunidad que orienten la generación de recomendaciones para el fortalecimiento del programa. Como valor agregado, lo antedicho promueve la reflexión de la propia experiencia en formación como médica y los beneficios y retos que conlleva la incorporación de competencias en APS.

6. Material y Métodos

6.1 Tipo de estudio

El presente proyecto consistió en un diseño fenomenológico ya que la información fue recolectada de las experiencias y se basó en la metodología cualitativa, por lo tanto, fue comprensivo.

Cabe mencionar que la metodología cualitativa se fundamenta principalmente en la hermenéutica ya que se relaciona con la acción interpretativa de los textos con la finalidad de construir su sentido. Por lo tanto, las narraciones de los participantes constituyen la unidad de análisis y no hace uso de la medición para analizar los datos o sacar conclusiones de los mismos; se trata más bien de comprender los fenómenos estudiados, tratando de descubrir o afinar preguntas de investigación, es más flexible y abierto, y el curso de las acciones se rige por el campo (los

participantes y la evolución de los acontecimientos), de este modo, el diseño se va ajustando a las condiciones del escenario o ambiente (48,49).

Los estudios fenomenológicos-hermenéuticos pretenden explorar, describir y entender las experiencias desde el punto de vista de cada participante con respecto a un fenómeno y descubrir los elementos en común de tales vivencias (50).

6.2 Participantes

Nueve médicos (cuatro médicas y cinco médicos) pasantes de la Universidad de Quintana Roo, cuyo servicio social fue realizado en el PU-APS en el periodo de enero del 2017 a enero del 2018 seleccionados por medio de muestreo intencional. Sin embargo, no se pudo hacer las nueve entrevistas porque uno de los médicos que estuvo en el programa se negó a participar.

Tabla 2. Características de los entrevistados

Número de participante	1	2	3	4	5	6	7	8
Sexo	Hombre	Mujer	Hombre	Hombre	Mujer	Mujer	Mujer	Hombre
Edad	25	26	26	24	24	25	25	31
Lugar de procedencia	Chetumal	Chetumal	Chetumal	Cancún	Cozumel	Chetumal	Cozumel	Cancún

6.3 Criterios de inclusión y exclusión

Inclusión:

- a). Médicos pasantes del servicio social de la Universidad de Quintana Roo que realizaron su servicio social en el periodo de enero 2017 a enero 2018.
- b). Disposición a participar en el estudio con base en el consentimiento informado. (Ver en anexo 2,3)

Exclusión:

- a). No ser Médico pasantes del servicio social de la Universidad de Quintana Roo que realizaron su servicio social en el periodo de enero 2017 a enero 2018.
- b). No desear participar en el estudio.

6.4 Definición de categorías de investigación

Con base en los ámbitos de competencias en APS que se encontraron otras experiencias universitarias, así como las dimensiones que constituyen las competencias (conocer, hacer, ser y convivir) se proponen las siguientes categorías de investigación que son el fundamento para el diseño de la guía de entrevista. (Ver tabla 3)

Tabla 3. Categorías de investigación	
Categorías	Subcategorías (códigos)
Actividad comunitaria: acciones afines a la salud, que se realizan en la comunidad.	Concepto de comunidad: idea que se tiene acerca de lo que implica lo comunitario. Reconocimiento de la comunidad: conocimiento del espacio geográfico donde se interviene. Contexto de la microrregión: características generales de la microrregión en donde se desarrollaron las actividades de servicio social en APS.

	<p>Eventos colectivos: actividades en las que se participa e interactúa la comunidad.</p> <p>Identificación de riesgos: situaciones identificadas que ponen en riesgo la salud a nivel individual, familiar o colectivo.</p> <p>Atención médica en ámbito comunitario: características de las actividades de atención de salud a nivel individual, familiar y colectivo.</p> <p>Relación con participantes en el PU-APS: características de la relación y convivencia con las personas atendidas como parte de las actividades en APS ya sea a nivel individual, familiar o colectivo.</p>
<p>Docencia: escenario de enseñanza-aprendizaje donde los MPSS tuvieron el papel de facilitadores/as de grupo multidisciplinario-multigrado.</p>	<p>Proceso enseñanza-aprendizaje con los estudiantes: experiencia de facilitación en temas que contribuyeran en temas de salud y actividades de campo de los estudiantes.</p> <p>Evaluación y retroalimentación académica a los estudiantes: características del proceso de evaluación y retroalimentación del grupo.</p> <p>Planeación educativa: organización de actividades para los estudiantes.</p> <p>Trabajo multidisciplinario -multigrado: características del trabajo con estudiantes de diferentes semestres y licenciaturas.</p> <p>Estrategias didácticas: actividades y/o técnicas llevadas a cabo con la finalidad de fortalecer el proceso enseñanza-aprendizaje.</p> <p>Relación con los estudiantes: características de la relación y convivencia con el grupo de estudiantes en las actividades en APS</p>
<p>Investigación: Características del proceso de investigación y su vinculación al enfoque de APS.</p>	<p>Relación investigación-comunidad (Investigación-acción): relación que se estableció entre la investigación y el trabajo en campo.</p> <p>Teoría-práctica: utilidad y usos de teoría en las diversas actividades del servicio social y su relación con APS.</p>

	<p>Líneas de investigación: posibles líneas de investigación a desarrollarse en el PU-APS a partir de la experiencia de las actividades realizadas en el servicio social.</p>
<p>Desarrollo profesional y gerencia: actividades que favorecen el desarrollo en el campo laboral e institucional de estudiantes de ciencias de la salud.</p>	<p>Liderazgo: capacidad de dirigir procesos colectivos de manera democrática.</p> <p>Espacios de organización colectiva: Actividades y/o estrategias llevadas a cabo para la discusión y búsqueda de alternativas acerca de las problemáticas identificadas en el desarrollo del servicio social.</p> <p>Capacidad de gestión: acciones y estrategias que se llevaron a cabo para apoyar en mejorar, conseguir o resolver algún obstáculo ya sea en las actividades a nivel individual, familiar y colectivo o bien en alguna de los ámbitos del servicio social que ayudan a mejorar, conseguir o resolver los obstáculos.</p> <p>Gestión del tiempo y responsabilidades: organización de actividades que permiten la consecución de los objetivos y responsabilidades asignadas.</p> <p>Relación interpersonal: actitudes emociones y sentimientos que asociaciones entre los integrantes del equipo de trabajo.</p>
<p>Desarrollo personal: Formación de habilidades que mejoran la conciencia y la identidad humana.</p>	<p>Socialización: proceso mediante el cual el estudiante aprende de los elementos socioculturales del medio ambiente.</p> <p>Comunicación: diálogo continuo entre el equipo de trabajo y los pacientes. Características de la interacción para compartir y generar información en los distintos niveles y ámbitos del servicio social.</p> <p>Motivación: Sentimiento que mejora la realización de las actividades y aspectos que promovieron el interés y compromiso en las actividades de distintos niveles y ámbitos del servicio social.</p> <p>Conocimiento e involucramiento en el trabajo: información sobre el trabajo que realizas.</p>
<p>Equipos multidisciplinario: Características del trabajo y</p>	<p>Atención en salud con base en equipos multidisciplinarios: características de la atención en salud en las actividades de distintos niveles y ámbitos del servicio social con equipos de</p>

convivencia con equipos de diferentes disciplinas.	<p>diferentes disciplinas, que busca mejorar la calidad de vida por diferentes disciplinas.</p> <p>Convivencia o relación multidisciplinaria: aspectos relacionados a la forma de interactuar de los equipos multidisciplinarios.</p> <p>Aportes del trabajo multidisciplinario: elementos que aportan al desarrollo personas y profesional que estén en relación con el trabajo multidisciplinario.</p>
--	--

2.6 Técnicas y procedimientos de recolección de la información

Observación participante: el investigador mantiene experiencias directas con los participantes y el ambiente (50).

Entrevista semiestructurada: se basan en una guía de asuntos o preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener más información (50).

Con el propósito de conocer la problemática a investigar y determinar cómo se está presentando el fenómeno, fue necesario contar con instrumentos y herramientas que permitieran seleccionar a la población, por lo que a continuación se mencionan de manera breve y clara una descripción.

Para la recolección de datos se utilizó la técnica de campo que es el acopio de testimonios que permiten confrontar los aspectos teóricos con la realidad investigada. Ello, a través de la observación o el contacto directo con el objeto y sujetos de estudio.

La selección de participantes fue por conveniencia, siguiendo la técnica de entrevista semiestructurada, se identificaron a ocho participantes del estudio por medio de invitación y forma voluntaria.

Se realizó una guía de entrevista semiestructurada que busca explorar las experiencias sobre el servicio social en PU-APS de cada uno de los entrevistados, la cual consta de siete secciones que corresponden a las categorías de investigación. (Ver anexo 1) Las entrevistas fueron audio-grabadas y transcritas para ser analizadas mediante matrices con base en técnicas de la Teoría Fundamentada.

Para el proceso de análisis con base en técnicas de la Teoría Fundamentada se consideraron los siguientes principios (53):

- 1). El análisis se da con la recolección de datos.
- 2). Los datos determinan los procesos y productos de la investigación y no sólo los marcos teóricos preestablecidos.
- 3). El proceso de análisis ocasiona el descubrimiento, que el desarrollo teorice y no sólo a la verificación de teorías.
- 4). El muestreo teórico ayuda a refinar, elaborar y completar categorías tomando en cuenta lo que emerge de los datos.

Los procedimientos de codificación derivados de la Teoría Fundamentada que se consideraron para el presente estudio consistieron en a) *codificación abierta*, en la cual, se identifican los conceptos y se descubre en los datos sus propiedades y dimensiones, b) *codificación axial*, proceso de relacionar las categorías a sus subcategorías, alrededor del eje de una categoría, y enlaza las categorías en cuanto a sus propiedades y dimensiones, c) *codificación selectiva*, proceso de integrar y refinar la teoría hasta el punto de saturación en donde se hace la construcción de la categoría en el cual ya no emergen propiedades, dimensiones, o relaciones nuevas durante el análisis (52).

El análisis de la información fue mixto ya que incluyó análisis deductivo (categorías preestablecidas) e inductivo (categorías emergentes). En primer lugar, se realizó la guía de entrevista para informantes clave con preguntas orientadoras en las categorías que caracterizan las competencias del PU-APS. Estas primeras categorías se enriquecieron a partir del *muestreo teórico* que se realizó de manera

constante hasta el transcurrir de las entrevistas con los informantes clave. Dicho muestreo teórico permitió la reflexión acerca del marco teórico y le dio sentido a partir de la construcción de la *tabla de categorías de investigación* (tabla 3), con base en la que se construyó la guía de entrevista para los MPSS en el PU-APS (52). (Ver Anexo 1).

Las entrevistas fueron audio-grabadas y transcritas. Se realizó una familiarización de los textos, que consistió en una primera lectura para enseguida iniciar con el proceso de *microanálisis* que consiste en un análisis detallado que se hace línea por línea y es usado para generar categorías iniciales con base en sus propiedades y dimensiones para las posibles relaciones entre ellas (52).

Seguido del microanálisis se llevó a cabo herramientas analíticas para el ese proceso. La formulación de preguntas, que consiste en un mecanismo analítico para comenzar y promover la indagación y el entendimiento; *preguntas sensibilizadoras* estas ponen al investigador en sintonía con lo que los datos que está obteniendo, *preguntas teóricas* ayudan a que el investigador pueda distinguir el proceso, la variación, las semejanzas y a hacer conexiones entre los conceptos, *preguntas de naturaleza (práctica y estructural)* dirigen al muestreo y ayudan en el desarrollo de la teoría y *preguntas guía* son las que orientan las entrevistas, observaciones y análisis del desarrollo de la investigación (52).

Las comparaciones teóricas ayudan a estimular el pensamiento acerca de las propiedades y dimensiones de las categorías y el muestreo teórico es un proceso que explora el rango de dimensiones o las condiciones diversas en las cuales varían las propiedades de los conceptos (52).

7. Resultados y recomendaciones

A partir del microanálisis se obtuvo una *codificación final*, que fue la base para iniciar el análisis de datos con la ayuda del programa EXCEL y la creación de una clasificación constituida en áreas de oportunidad, fortalezas, recomendaciones, aprendizajes, soluciones, dificultades, ideas importantes e ideas recurrentes. Considerando la comparación y muestreo teórico como constantes, se tomaron en cuenta las dimensiones de las competencias que se realizan en PU-APS como eje central de la investigación. Mediante este proceso se identificaron siete ejes temáticos a partir de los cuales se realizó un mapeo teórico general y siete mapas conceptuales que dieran respuesta a los objetivos del estudio que, además, constituyeron la forma de organización de los resultados.

A continuación, se muestran los resultados de la investigación organizados de manera que respondan a los objetivos específicos. Con el propósito de tener una lectura rápida, se muestra a continuación una tabla-resumen (ver tabla 4) de las dimensiones y categorías que posteriormente se explicarán con mayor detalle con la ayuda de esquemas.

Tabla 4. Resumen de los resultados	
Dimensión	Categoría
Razones de elección del servicio social en APS	Personales
	Poca inquietud de estar en un centro de salud
	Proceso de selección
	Era “similar” al estar en un centro de salud urbano
	Desconocimiento
	Innovador
Actividad comunitaria	Reconocimiento de lo comunitario y contexto de la microrregión
	Participación comunitaria

	Contacto temprano con la comunidad-comunicación
	Atención médica/Visita familiar
Docencia	Actividades de evaluaciones y retroalimentación académica a los estudiantes
	Equipos multidisciplinario-multigrado
	Proceso de planeación educativa
	Estrategias didácticas
	Relación con los estudiantes
	Proceso enseñanza-aprendizaje con los estudiantes
Investigación	Relación de investigación-comunidad (investigación acción)
	Actividades de investigación
	Proyecto de intervención familiar
	Desarrollo profesional
	Acercamiento con la realidad de la población
Desarrollo Profesional	Espacio de organización
	Integración y reforzamiento clínico
	Gerencia (gestión, liderazgo y vinculación)
	Trabajo en equipo y compañerismo
	Equipo Multidisciplinario
	Relación Interpersonal
	Investigación
	Desarrollo personal
Desarrollo personal	Contacto temprano con la comunidad-comunicación
	Motivación
	Aprendizaje
	Conocimiento de ámbitos de acción-involucramiento
Equipo Multidisciplinario	Aportes del trabajo Multidisciplinario
	Característica que facilitan la apertura de los usuarios
	Proceso de planificación y atención multidisciplinaria en salud
	Relación multidisciplinaria

7.1 Razones de elección del Servicio Social en Medicina

En primer lugar, se presenta la dimensión “Razones de elección del servicio social en APS”, que se trata de una categoría emergente. Esta se presenta esquemáticamente en la siguiente figura (Ver Figura 1).

Figura 1. Razones de elección del Servicio Social en APS



Fuente: Elaboración propia

Como se puede observar, esta dimensión se constituye a partir de seis categorías misma que se describen a continuación:

1. Personales. Permanencia cerca de su hogar en la ciudad de Chetumal y por simple curiosidad. Otros no eran de la misma ciudad, eran de Cancún y Cozumel, pero era más fácil quedarse en una ciudad que ir a una población más retirada y ubicada en zonas rurales.

2. Poca inquietud de estar en un centro de salud. Actualmente las condiciones de los centros de salud del área rural no se perciben seguras, por lo que es otro criterio para la elección del servicio social en APS.

3. Proceso de selección. Durante el proceso de selección de plazas para el servicio social, la modalidad de PU-APS fue la menos escogida por los primeros en elegir, es decir, las personas con los promedios generales de 95 hasta 90; por lo tanto, fue elegida por los que tienen un promedio de 80 hasta 70 en general.

4. Era “similar” al estar en un centro de salud urbano. Durante la elección de plazas se ofertaron las opciones y se mencionó que el PU-APS iba estar vinculado con centros de salud urbanos y que se iba a trabajar en conjunto con la escuela.

5. Desconocimiento. Esta generación fue la tercera en estar en el PU-APS de servicio social, la mayoría no sabía que es APS e hicieron una relación inmediata con prevención a la salud.

6. Innovador. Es una propuesta fuera de lo común para un servicio social de la carrera de medicina. Por lo tanto, es el motivo para que se escoja esta modalidad con mayor facilidad.

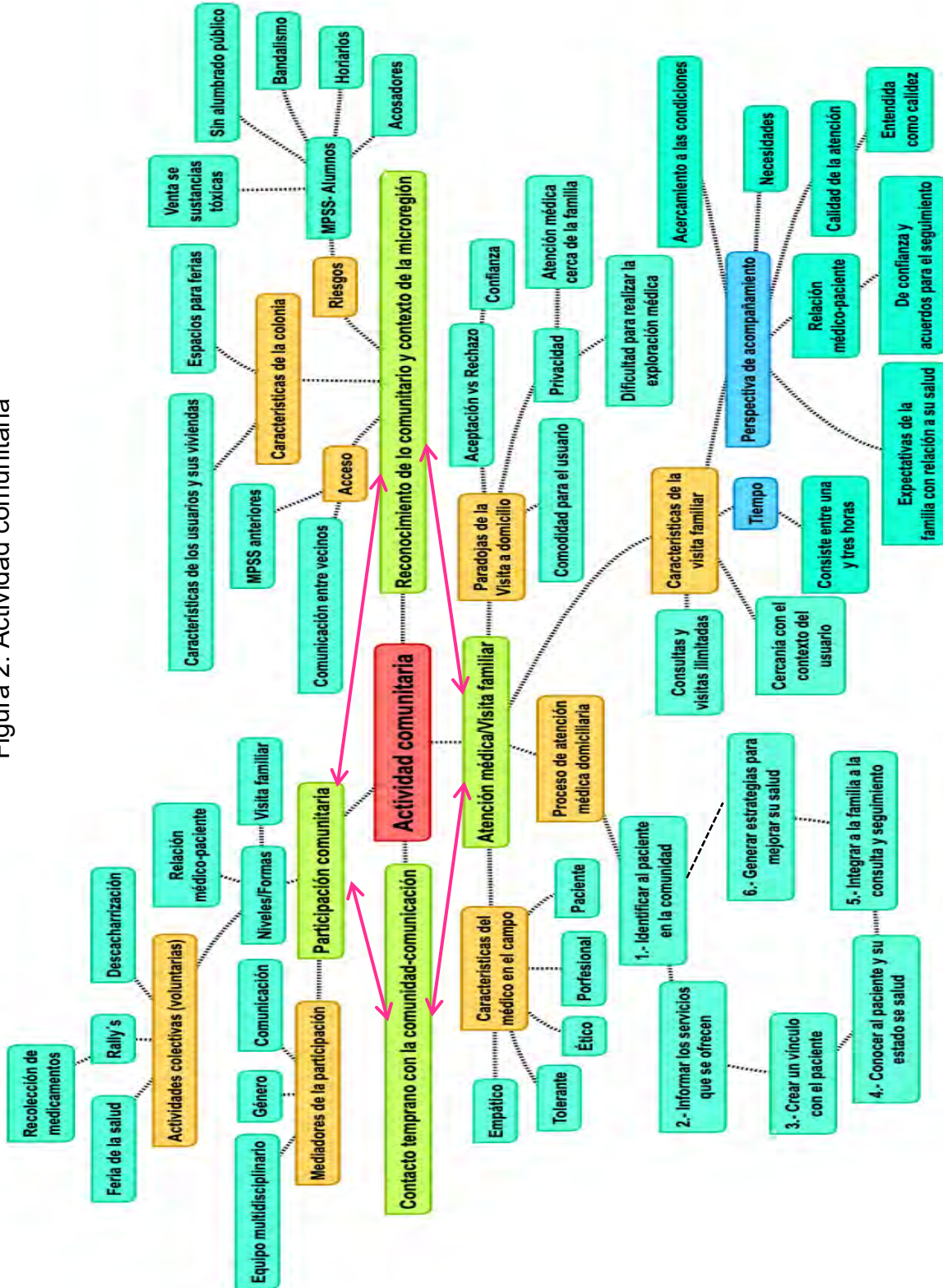
Recomendaciones

Se reconoce como fortaleza en el motivo de elección como escenario de servicio social al PU-APS, que es un programa innovador que proporciona a los médicos una nueva formación en su misma universidad. Este aspecto es poco referido en la literatura de forma explícita en otros programas. Como parte de los aprendizajes se identifica como positivo que el PU-APS representa el primer contacto con APS para los alumnos y para lo MPSS es el acercamiento con la población fuera de un ámbito hospitalario. A partir de lo anterior, se recomienda la difusión previa de las actividades de los MPSS del PU-APS, para promover una decisión informada en la elección de este escenario.

7.2 Actividad comunitaria

La actividad comunitaria es la dimensión base, de modo que es de gran ayuda para la descripción de las actividades de los médicos pasantes. (Ver figura 2)

Figura 2. Actividad comunitaria



Fuente: Elaboración propia

La dimensión de actividad comunitaria se constituye a partir de cuatro categorías, mismas que se describen a continuación:

1). Reconocimiento de lo comunitario y contexto de la microrregión. Los médicos pasantes primero identifican las características geográficas de las colonias (casas, parques, áreas verdes, áreas de riesgo etc.). También la identificación socioeconómica, derechohabencia, los grupos etarios, patologías y factores de riesgo más frecuentes, en este sentido, identifican el diagnóstico de salud como fundamental en el proceso al expresar que “... *tu diagnóstico de salud, siento que eso si es indispensable en el servicio.*” (Participante 6, Chetumal, 2018)

Para tener accesos a las viviendas primero es necesario tener contacto inmediato con el MPSS de la generación saliente, quien brinda al MPSS entrante una introducción a la situación actual de la colonia y paralelamente se efectúa un recorrido para presentar a los usuarios que estén en seguimiento, dado que el nuevo pasante quedará como responsable de la colonia. Los recorridos contantes a la zona, el acompañamiento y el seguimiento a las intervenciones de los estudiantes fortalecen la familiarización con el espacio geográfico y sus características, así como la confianza de la población, quien entonces recomienda el programa y a los MPSS con vecinos, amigos y familiares.

“Desde el primer día fue un recorrido, digamos que exprés en la colonia. Me presentaron con dos o tres familias y el resto solo fue pues las casas y ya cuando empecé hacer mis rondas yo solita, pues iba desde temprano en casa en casa preguntando por el nombre del paciente y este... si veía una persona les ofrecía mis servicios y ya. Las personas que estaban ahí, había muchos ancianos y... personas que cultivaban, casitas de palo.” (Participante 5, Chetumal, 2018)

Cabe mencionar, que en algunas colonias no hay espacios adecuados para realizar ferias de salud, que son una de las actividades colectivas dentro del programa, por lo tanto, se tiene que rentar algún local, pedir prestado áreas privadas o hacer una feria de salud en conjunto (dos pasantes de colonias de responsabilidad).

“El principal es la localización de mi colonia en la cual no hay áreas verdes como tal para el esparcimiento de la población, entonces en mi microrregión yo tenía dificultades de localizar un lugar estratégico para mi feria.”
(Participante 3, Chetumal, 2018)

En algunas colonias se presenten situaciones de riesgo para los estudiantes y MPSS, ya sea identificándolas durante los propios recorridos o porque algunos usuarios saben de esas situaciones y se lo expresan a los MPSS para que estén enterados, se mantengan al margen y no se expongan. Entre las situaciones de riesgo más presentes son la presencia de acosadores, vandalismo, venta de sustancias tóxicas, falta de alumbrado público y la elección de horarios; los más peligrosos son a partir de las cinco de la tarde en ciertas zonas.

2). Participación comunitaria. Una de las actividades importantes son las visitas familiares, en donde los MPSS aprenden a relacionarse con los pacientes y a desarrollar una buena relación médico-paciente. Las actividades colectivas son un pilar importante para que la población de las colonias conozca el programa de APS y acepte las acciones y/o intervenciones de prevención y promoción de la salud, lo que a su vez impulsa su participación; así como también la de los MPSS, alumnos, Equipo Multidisciplinario (EM) y los coordinadores del programa, por medio de las actividades como: ferias de la salud, descacharrización, rallys, recolección de medicamentos caducos, etc. Se identificó que en el proceso de participación existen mediadores como el equipo multidisciplinario, que resulta clave para generar interés en la población, así como el género, ya que un equipo mixto crea un balance durante la comunicación con los usuarios, haciéndolo más amena y empática.

3). Contacto temprano con la comunidad-comunicación. En el PU-APS se trabaja implícitamente el contacto temprano comunitario. Para que los estudiantes puedan llevar de forma adecuada lo anterior, los MPSS se vuelven facilitadores para que fortalezcan y desarrollen competencias para manejar la interacción con los pacientes durante una consulta médica; que aprendan a trabajar en un equipo con diferentes disciplinas, que conozcan la realidad de salud de la sociedad y que puedan determinar que habilidades y conocimientos deben mejorar durante el transcurso de su profesión.

4). Atención médica/Visita familiar. Esta categoría se describe a continuación:

4.1. Las características del médico en el campo. En este programa, además de ser docentes, se tiene la responsabilidad con los pacientes o usuarios en seguimiento y la forma de tratarlos directamente en sus domicilios. Por lo tanto, el MPSS de este programa desarrolla una actitud empática, tolerante, ética y profesional.

4.2. Proceso de atención médica domiciliaría. En la atención médica/visita familiar se identificaron una serie de pasos que llevaban a cabo los MPSS, mismos que se describen a continuación:

1.- Identificación de usuarios. Se realiza por medio de los recorridos constantes en la colonia y posteriormente los MPSS realizan expedientes de las familias que son visitadas, en el cual se encuentran aspectos sociales, económicos, geográficos y salud. De esta manera se tiene un informe general del estado de salud de las familias.

2.- Información sobre los servicios del PU-APS. Durante este proceso es necesario informar los servicios que se ofrecen en el PU-APS y las funciones de los MPSS con los pobladores para no generar expectativas, ideas erróneas o situaciones que generen incomodidad, por ejemplo, que piensen que son personas del gobierno que

les van a proporcionar algún beneficio monetario o que son algún partido político etc.

3.- Fortalecimiento de la confianza. Con las visitas frecuentes se va creando un vínculo con el usuario, se van conociendo, se crean lazos de confianza y seguridad. Eso se demuestra en la forma de ser del usuario hacia los pasantes; el usuario invita algún tipo de alimento o bebida como agradecimiento a la visita y apoyo. Hay que recalcar que esta atención no tiene remuneración económica, es totalmente gratuita.

4.- Evaluación del estado de salud. En el caso de estado de salud se evalúa por medio de la historia clínica que cuenta con la indagación de antecedentes, factores de riesgo, estado actual y además se realizan pruebas de detección para diabetes, hipertensión, obesidad y sobrepeso. Después de esa evaluación se prioriza estado de salud de los integrantes del hogar para poder decidir quién necesita una atención inmediata. De acuerdo con la priorización y al diagnóstico, se puede trabajar sólo con el médico o en conjunto con el EM (Psicología, Nutriólogo y Odontólogo).

5.- Este tipo de consulta no solo se imparte a nivel individual, sino se busca atender e integrar a la familiar que cohabita en el hogar y tener un seguimiento como mínimo mensual. Integrar a la familia a la atención ayuda en su sensibilización y en la comprensión de que el entorno familiar es un aspecto muy relevante en la situación de salud en general de sus miembros.

6.- Generación de estrategia de intervención familiar. Como resultado de la atención y el trabajo del EM se generan estrategias de intervención para la mejora del estado de salud del usuario contemplando su entorno familiar por medio de la estructuración de intervenciones con sus preceptivas evaluaciones y/o valoraciones.

5). Características de la visita familiar. Que las consultas y las visitas son ilimitadas, con un tiempo que consiste entre una a tres horas con el usuario. Estas

características hacen que el acompañamiento sea más efectivo porque se mantiene un contacto continuo y estrecho con el contexto de los usuarios, las expectativas y necesidades de las familias con relación a su salud; se fortalece la relación médico-paciente en los aspectos de confianza y acuerdos para el seguimiento. Esto mejorando la calidad de la atención en términos de calidez.

“La atención domiciliaria te permite explayarte más de cincuenta minutos y si necesitaba hasta dos horas, había tiempo para integrar a la familia. En la consulta externa raramente tienes un motivo de la consulta – llega por diarrea tiene diarrea, pero si la hija del paciente tiene un problema tiene que ser en otra cita. En la consulta duraba cincuenta minutos, de los cuales se les explicaba desde los medicamentos que tomaban, el pronóstico de la enfermedad, si se cuidaban y no se cuidaban, las complicaciones que podrían presentar, algunos tabús y hablábamos sobre experiencias de ellos también de cómo se había sentido con la enfermedad” (Participante 1, Chetumal, 2018)

6). Paradojas de la visita a domicilio. Estas son las situaciones que se viven en este tipo de atención:

a) Siempre está presente la comodidad para los usuarios; en ocasiones la privacidad era relativa porque existen usuarios que durante su atención médica se sienten a gusto teniendo cerca un familiar, sin embargo, con otros usuarios ocurre lo contrario, por lo tanto, durante la planeación de su atención médica se tiene que buscar un día u hora que el usuario esté en privado.

b) Existe una dificultad para los médicos, esto sucede cuando se necesita realizar la exploración médica porque es necesario recostar al usuario en una superficie plana, pero en los domicilios de los usuarios o familias es difícil que dejen a los MPSS acceder a sus habitaciones para poder realizar la exploración física adecuadamente.

c) Todo esto va ligado con el grado de aceptación que tenga el usuario o la familia, porque eso nos lleva a la confianza; que una vez obtenida con los usuarios ya es más fácil trabajar con ellos. A veces existe más rechazo, por lo tanto, son contadas los usuarios o familias que se pueden trabajar adecuadamente.

Recomendaciones

Se reconoce como fortaleza la actividad comunitaria del PU-APS, la puesta en práctica del programa al brindar un enfoque integral. Este aspecto está descrito ampliamente en la literatura de otros programas. Como parte de los aprendizajes se resalta la atención domiciliar a nivel individual y familiar, la interacción temprana con una población diversa, el desarrollo de las actividades orientadas a promover la participación de la comunidad y la importancia de la reflexión del trabajo comunitario para la toma de decisiones y generación de estrategias de intervención. Asimismo, las fortalezas se centran en el contacto temprano con la comunidad-comunicación, la atención a domicilio y visita, privacidad y comodidad que existe durante la atención médica crea mayor acercamiento al contexto del usuario; los eventos colectivos generan un trabajo en equipo además de que se promueve la participación de todos los involucrados en el programa.

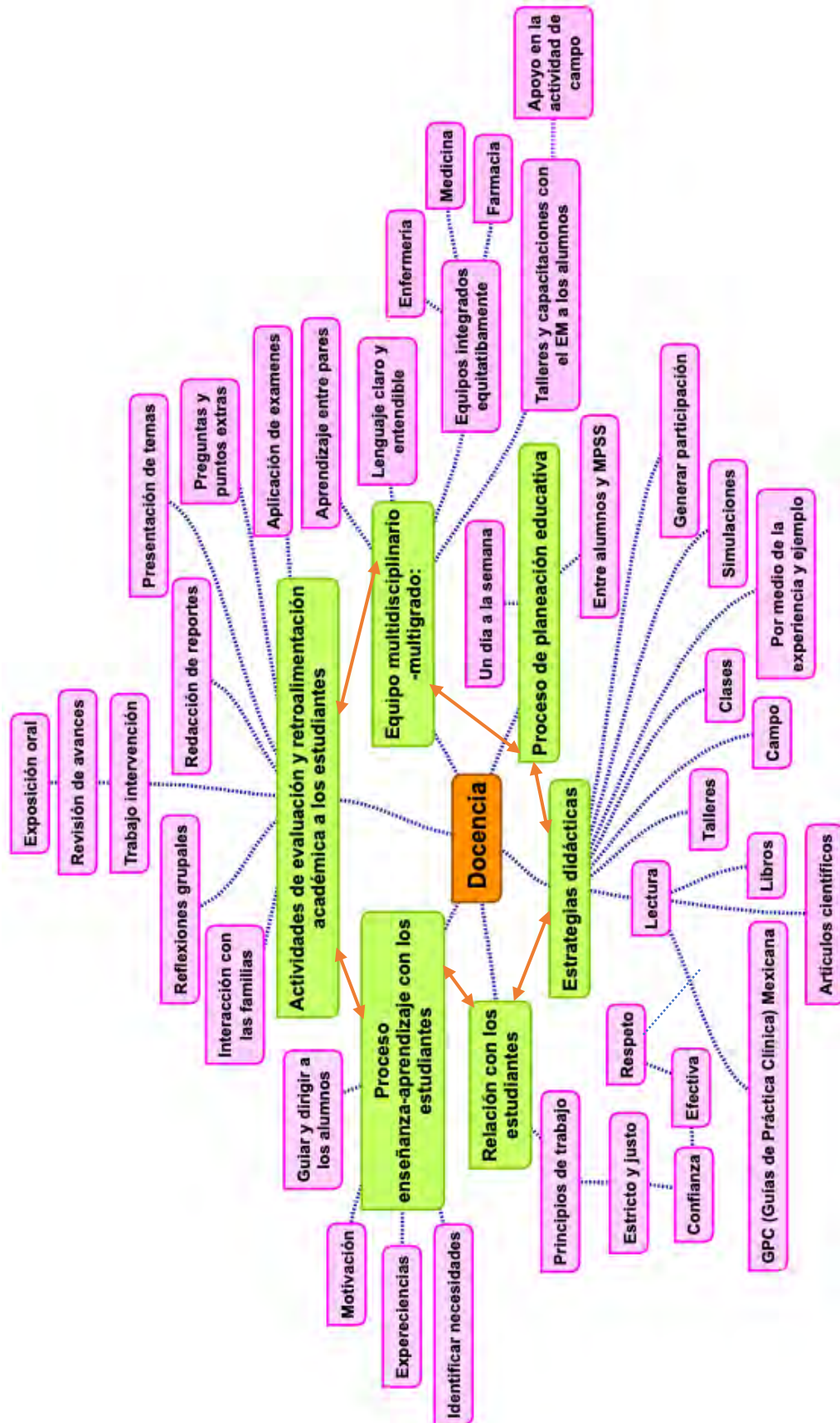
A partir de lo anterior, se recomienda contar con material suficiente para las actividades que se realizan en el programa, delimitar y fortalecer aspectos que distinguen los términos de promoción y prevención, fortalecer la teoría y conocimiento de experiencias en APS, mejorar la atención/consulta a domicilio con enfoque en APS, sobre todo en las enfermedades más prevalentes de la población. En esta línea se recomienda también diseñar y compartir estrategias para mejorar las condiciones de exploración médica a domicilio, contar con insumos para protegerse de las condiciones climáticas, mejorar el expediente clínico para una consulta a domicilio, adecuar los horarios para evitar situaciones de inseguridad en la colonia además de tener contacto cercano con los líderes de colonia, contar con

transporte institucional para movilizar a los alumnos a las colonias más lejanas de la escuela, identificar y gestionar áreas estratégicas para los eventos colectivos, organizar a los equipos de MPSS y EM procurando que cada equipo cuente con hombres y mujeres para tener más confianza con pacientes y fortalecer los mecanismos de entrega de zonas y usuarios en seguimiento entre pasantes.

7.3 Docencia

La docencia es una actividad importante en la generación de conocimiento entre los integrantes PU-APS. (Ver Figura 19)

Figura 3. Docencia



Fuente: Elaboración propia

La dimensión de docencia es un proceso que explica a partir de seis categorías, mismas que se describen a continuación:

1). Actividades de evaluación y retroalimentación académica a los estudiantes. Los MPSS, además de guiar, tienen como actividad evaluar y retroalimentar a los alumnos por lo que se desarrollaron técnicas que se describen a continuación:

a) Interacción con sus familias, en la cual se evalúa la interacción e implementación de su intervención.

b) En el trabajo escrito se hace revisión semanal para examinar los avances hasta que se tenga el trabajo final oficial. Posteriormente se realiza una exposición oral del trabajo para que sea interactivo y todos conozcamos la metodología y resultados.

c) En las sesiones sabatinas con los alumnos se realizan presentaciones de temas, en su mayoría patologías relevantes de la colonia. Durante estas actividades se puede hacer una dinámica de preguntas y respuestas para generar puntos extras que se suman a su calificación final y algunos aplicaron exámenes escritos.

d) Se utilizó la redacción de reportes que contenían una descripción de las actividades que hicieron ese sábado, además, como cierre de las actividades, una reflexión grupal sobre sus alcances que obtuvieron en la jornada o su semana.

2). Equipo multidisciplinario-multigrado. En el este tipo de actividad se dan clases sabatinas a estudiantes de los primero cuatro semestres las licenciaturas de enfermería, medicina y farmacia, por lo tanto, se trata de tener estos equipos organizados equitativamente para facilitar las actividades. Al comunicarnos con los nuevos semestres sobre temas médicos se trataba de usar lenguaje claro y simple, pero si no se conseguía un mayor entendimiento, se generó el aprendizaje en pares,

es decir que los de grados más avanzados le enseñaran los detalles a los nuevos y así facilitara su desempeño en el campo o en área médica específicamente.

3). Proceso de planeación educativa. Los MPSS tienden a ser autodidactas; en su primera experiencia como docentes, las planeaciones educativas eran muy variadas en el tiempo y la ejecución, sin embargo, lo que tiene en común es escoger algún día de la semana (de lunes a viernes) para hacer la planeación con la ayuda de una plantilla descriptiva y la opinión y propuesta de los alumnos.

“Para la planeación de los temas ellos mismo escogían el tema que querían dar, de importancia en la colonia.” (Participante 5, Chetumal, 2018)

“Bueno a veces si las planeabas, porque un sábado antes les decía que tema quieren que veamos, ya me decía pues vamos a ver, no sé dengue y ya pues... yo hacia las exposiciones, lo más breve por lo mismo que no había tanto tiempo de exposición o luego también ir a campo. Es que ellos ya sabían organizase, cada equipo ya sabía cómo organizarse, nomás yo les decía este sábado vamos a hacer esto con la familia o van a hacer esto, la feria o vamos a hacer la recolección de medicamentos, yo les decía más o menos... los guiaba de lo que iban hacer con su familia.” (Participante 2, Chetumal, 2018)

4). Estrategias didácticas. Los médicos han implementado una serie de estrategias para tener un buen desempeño como guías-docentes. La principal fue generar una mayor participación de los alumnos en las jornadas sabatinas por medio de la motivación a base de compartir experiencia y dar el ejemplo ideal de un profesionista; también se realizaban talleres o simulaciones para mejorar sus habilidades en campo, de las cuales se destaca los signos vitales, plato de buen comer, somatometría y relación médico-paciente. Estas estrategias son importantes para que los alumnos se unieran más, fortalecieran su trabajo en equipo y pudieran enfrentar la incertidumbre que causan las actividades de campo (relación con los

usuarios), contrastándolo con las clases teóricas, que se trabajan con lecturas (Guías de Práctica Clínica, libros y artículos científicos) entregadas por los MPSS.

5). Relación con los estudiantes. Este tipo de relación es buena porque se usaron principios de trabajo identificados por los médicos pasantes. El ser estricto y justo, en especial a la hora de evaluar e implementar actividades, dar confianza hacia los alumnos, tener una comunicación efectiva y siempre con una actitud de respeto; dejó una buena experiencia que fortalece formación en el campo de la docencia.

6). Proceso, enseñanza-aprendizaje con los estudiantes. Los MPSS funcionan con como guías-docentes o facilitadores/as de los estudiantes. En ocasiones a los estudiantes les surgían dudas o situaciones que les causaba perplejidad por falta de experiencia en campo, por desconocimiento en el trato con los usuario, implementación de la intervención y desenvolvimiento en los eventos colectivos; esto afectaba su desempeño en las actividades sabatinas y con sus familias, entonces los pasantes identificaron las necesidades de los alumnos (teóricas-prácticas) y fueron resolviéndolas poco a poco por medio de la motivación, experiencia y de los aprendizajes de la función como profesionales de la salud; en conjunto con las *Estrategias didácticas* fueron que mejoraron su desempeño y aptitud.

Recomendaciones

Se reconoce como fortaleza en la docencia del PU-APS, que los alumnos aprendan de forma autónoma, a través del trabajo entre pares con un enfoque multidisciplinar. Este aspecto es muy referido en la literatura de forma explícita en otros programas. Como parte de los aprendizajes se resalta la aptitud de liderazgo, la trasmisión de conocimiento (proceso enseñanza-aprendizaje con los estudiantes), planeación de sesiones educativas por medio de estrategias didácticas, principalmente la realización de talleres. Asimismo, un aprendizaje adquirido es la importancia de dar

confianza y tener buena comunicación con los alumnos, así como tener un adecuado manejo de grupos. A partir de lo anterior, se recomienda que una continua capacitación pedagógica, así como acompañamiento sobre dudas e inquietudes de parte de los MPSS, se fortalezca la teoría y conocimiento de experiencias en APS en MPSS y estudiantes, que exista un equilibrio en la actividad sabatina entre revisión de temas y actividades de campo y mayor consistencia en la organización de los equipo multidisciplinario-multigrado.

7.4 Investigación

La investigación es un área que va en conjunto con la dimensión de desarrollo profesional, por lo que es importante hacer énfasis en su práctica durante el servicio social. (Ver Figura 4)

Figura 4. Investigación



Fuente: Elaboración propia

La dimensión de investigación se constituye a partir de cinco categorías, mismas que se describen a continuación:

1). Actividades de investigación. El desarrollo de habilidades de investigación contempla: a). Formulación de protocolo de investigación, que implica el reconocimiento de una problemática relacionada a las actividades de APS y en particular al diagnóstico de salud y acciones que deriven de este; b). Participación en eventos académicos con productos como carteles o ponencias, que a su vez cumplen la función de que el estudiante y MPSS conozcan experiencias de otros contextos y c). Diagnóstico de salud, que es un elemento que permite conocer a una población y que se relaciona al protocolo de investigación, ya que conociendo la situación poblacional surgen problemáticas a resolver que se pueden hacer por medio de este método.

2). Relación de investigación-comunidad (investigación-acción). El análisis del diagnóstico de salud permite visualizar los problemas de salud de la población, a partir de lo cual se hace necesario para el MPSS fortalecer la teoría tanto de APS como clínica, para plantear estrategias de intervención para su atención y/o solución, lo que pone en práctica de dichas alternativas y su contraste con la teoría. En este sentido se remite al ciclo de la investigación-acción en el ámbito comunitario.

3). Acercamiento a las condiciones de vida de la población. El servicio social en APS propicia el contacto directo con las condiciones de vida de la población, lo que permite el desarrollo de una mayor profundidad en la comprensión del proceso salud-enfermedad de los usuarios del programa y al mismo tiempo contribuye en la relación médico-paciente facilitando una mayor confianza y así los médicos tiene información para el desarrollo del diagnóstico de salud y su protocolo de tesis.

4). Desarrollo profesional. Se fortalece esta área dado que se participó en varios en congresos, en la exposición de carteles y en el desarrollo del diagnóstico de

salud y el protocolo de tesis; por lo tanto, la experiencia de hacer este tipo de actividades tiene como beneficio preparar al médico para el posgrado, en la titulación de la especialidad, maestría y doctorado.

“Sí es importante, porque al menos yo tengo pensado estudiar una especialidad o una maestría seguir académicamente. Ahí las únicas formas de graduarse son tesis y pues todas las tesis se van a empezar con un protocolo, bueno yo ya no voy tan en ceros como iba, voy un poquito más preparada, no puedo decir que al 100% por que sería mentira ¿verdad? pero si me siento un poquito más preparada.” (Participante 6, Chetumal, 2018)

5). Proyecto de intervención familiar. Los MPSS son guías en el proceso de realización de intervención familiar de los estudiantes que tienen a su cargo y que llevan a cabo en sus equipos multidisciplinares-multigrado. Dicho acompañamiento contempla la selección de familia, identificación de temática y abordaje de la misma; así como el trato con la familia, técnicas de comunicación, presentación y atención con los usuarios. En el marco de este proyecto, los estudiantes tienen sus primeras experiencias de contacto con la población y ponen en práctica el trato con usuarios, habilidades clínicas y el enfoque preventivo y de promoción de la salud de APS. El MPSS, en este proceso de acompañamiento-docencia fortalece estos aspectos de su formación.

“sí hubo mejores resultados, bueno al menos lo que me comentaron los alumnos es que tuvieron más acercamiento con las personas, con sus pacientes, ósea los tocaron más, aprendieron poquito más de cómo hacer la exploración física, cómo saberles hablar cuando estaban enfrente de ellos. Bueno siento que eso siento que los acerco más de cómo tratar a un paciente.” (Participante 2, Chetumal, 2018)

Recomendación

Se identifica como fortaleza en el área de investigación del PU-APS, que esta dimensión se reconoce por los MPSS como un campo más de la medicina, que pone en juego la relación entre teoría y práctica, gracias a lo cual es posible conocer las necesidades de la población (relación de investigación-comunidad), a partir de lo cual se generan propuestas de intervención. Además, pueden obtener mayor preparación profesional para obtener un posgrado mediante el desarrollo y acompañamiento de productos académicos (carteles, ponencias, etc.). Así mismo, destacan como aprendizajes el conocimiento de la realización de un protocolo de tesis y la experiencia en investigación, además de la habilidad de interactuar con los pacientes en escenarios reales. A partir de lo anterior, se recomienda que la realización de protocolo de investigación de forma voluntaria, incluir actividades para motivar a los MPSS en la realización de investigación, visualizar la actividad de APS como un proceso de investigación-acción en sí misma; fortalecer el acompañamiento de métodos de enseñanza-aprendizaje sobre investigación, así como la difusión de las líneas de investigación relacionadas con APS.

7.5 Desarrollo profesional

El desarrollo profesional se muestra las aptitudes que ayudan a tener un buen desempeño en el área laboral. (Ver Figura 5)

Figura 5. Desarrollo profesional



Fuente: Elaboración propia

La dimensión de desarrollo profesional se constituye a partir de ocho categorías, mismas que se describen a continuación:

1). Investigación. Se identifica como la participación de los MPSS en congresos (ANUIES y Primer Congreso Internacional de Atención Primaria a la Salud), en la cual se trabajó en creación de carteles científicos y planificación de una ponencia de diez minutos. Esta experiencia hizo que le dieran más importancia a la preparación científica. Durante el trabajo de campo se realizó el diagnóstico de salud porque ayuda a los MPSS a obtener conocimiento aproximado de las diversas problemáticas de una población, mediante la identificación e interpretación de los factores que determinan su situación, un análisis de sus perspectivas y una evaluación de la misma. Además, es una herramienta fundamental de investigación

en salud pública ya que permite identificar las necesidades de la población y los recursos con que cuenta para proponer soluciones viables a sus problemáticas.

“Los más fácil.... fue.... que eso me ayudó a conocer mejor la situación en la que yo estaba a lo que me enfrentaba, a qué situación estaba en ese momento.” (Participante 7, Chetumal, 2018)

2). Relación Interpersonal. La brecha generacional (generaciones escolares) dificulta que los MPSS se interrelacionen fácilmente. En el PU-APS se abren cupo de MPSS cada seis meses, por lo que se hacen dos grupos de diferentes generaciones y a veces dificulta la homogeneidad de grupo como el trabajo en equipo.

Otra situación es la relación que existe entre los integrantes de PU-APS. La relación de los alumnos-MPSS suele ser buena; se manifiesta por medio de una relación de respeto y de compañerismo, porque al final trabajan en conjunto en la atención de los usuarios, sin embargo, en ocasiones se presentan dificultades ya que algunos de los alumnos faltan al respeto a los MPSS o los mismos MPSS tenían una actitud estricta.

La relación de los administrativos (coordinación de APS) con los MPSS se reconoce como positiva en general, sin embargo, se identifican momentos de tensión cuando se generaban cambios en la estructura del programa en un lapso pequeño de tiempo, lo que implica a los MPSS adecuar las actividades planificadas. Por otro lado, los docentes de las materias de PSyEM, SPI, SPII y SPIII realizan acompañamiento en campo a las actividades de APS, proceso que si no se realizaba de manera informada, podía propiciar una evaluación negativa de las actividades dirigidas por los MPSS.

3). Trabajo en equipo-compañerismo. El irse integrando como equipo de trabajo a lo largo de la pasantía permitió a los MPSS el cumplimiento de metas como, por

ejemplo, ferias de salud de una colonia, rally, recolecta de medicamentos, etc. También se dio aprendizajes en pares porque durante la presentación de los casos clínicos se exponían las acciones y elementos que utilizaba para interactuar con sus usuarios, por lo tanto, entre los mismos MPSS se solicitaban apoyo por medio de consejos, materiales, tutoriales etcétera, para fortalecer las habilidades y mejorar la atención de sus usuarios.

“Presentado igual casos clínicos, saber tener ese empoderamiento de un problema. Que haya seguridad de envolverte del tema y expresar los resultados que tuviste de una manera como la haría una profesional en salud, específicamente.” (Participante 7, Chetumal, 2018)

4). Gerencia (gestión, liderazgo y vinculación). La flexibilidad es una característica importante del PU-APS por que las citas se establecen de acuerdo con los horarios de los usuarios y MPSS, en un turno riguroso. También la realización de eventos colectivos de gran o mediana escala; en estas actividades se ejerce la habilidad de gestión de tiempo, recursos (humano y materiales). El ser un guía-resolutor con los alumnos se observa en el manejo de grupos durante las visitas a sus familias y en el recorrido en la colonia por lo que implícitamente se está empleando la habilidad de liderazgo al manejar a los grupos. La vinculación se da cuando los MPSS participan o ayudan en otros eventos fuera del PU-APS, por ejemplo: paciente estandarizado o evaluación de Examen Clínico Objetivo Estructurado (ECOES) en el área el Centro de Simulación, Desarrollo Y Evaluación de Competencias en Salud (CESIDECS).

5). Integración y reforzamiento clínico. Los MPSS tiene la oportunidad integrar sus conocimientos previos de medicina en el campo, la docencia e investigación. El área clínica se refuerza en la consulta mensual que se da a los usuarios, porque se puede ahondar sobre la sintomatología de los usuarios en varias citas y contrastar con la teoría para dar un diagnóstico adecuado y un tratamiento no farmacológico más completo.

8). Espacios de organización. Estos espacios son para que los MPSS platiquen sobre las áreas de oportunidad e iniciar un diálogo para la creación de soluciones y estrategias organizativas que les permitan cumplir más eficientemente con sus metas.

7). Desarrollo personal. Esta categoría está relacionada de forma transversal, porque si el MPSS se siente satisfecho con su participación en el PU-APS mejora sus aptitudes profesionales.

8). Equipo Multidisciplinario. Esta categoría se refiere a la relación y comunicación que existe al trabajar en conjunto y, que si es buena, tendrá un efecto positivo en la calidad y eficacia durante la atención de los usuarios.

Recomendaciones

Se reconoce como fortaleza del desarrollo profesional en el PU-APS, la presentación de casos clínicos porque contribuye a mejorar la calidad de la atención médica con enfoque en APS, generar una retroalimentación de sus actividades sabatinas a través del ejercicio de la reflexión crítica colectiva, la participación en actividades de investigación y docencia, actividades de tipo gerencial que integran gestión, liderazgo y vinculación e interacción con otras disciplinas por medio del EM. Como parte de los aprendizajes se resalta la comunicación entre pasantes (compañeros), en poner en práctica continua las actividades de gerencia, mejor trabajo en equipo entre MPSS y relaciones interpersonales a través de la puesta en práctica de la escucha y diálogo. Por otro lado, se recomienda promover y facilitar la comunicación entre MPSS y el equipo de coordinación como eje fundamental de las actividades, con la finalidad de tener claridad en los procesos administrativos de servicio social, enseñar a tener un adecuado manejo de conflictos y

convivencia/trabajo en equipo entre MPSS de distintas generaciones, así como MPSS y estudiantes. También fortalecimiento del proceso de inducción al programa, acompañamiento en las actividades de campo, así como del papel de los docentes de las asignaturas teóricas en función de la práctica de APS.

7.6 Desarrollo personal

El desarrollo personal comprende del contacto con los usuarios y de las actitudes que forman los MPSS al realizar sus actividades. (ver figura 6)

Figura 6. Desarrollo personal



Fuente: Elaboración propia

La dimensión de desarrollo personal se integra a partir de cuatro categorías, mismas que se describen a continuación:

1). Contacto temprano con la comunidad. En PU-APS da la oportunidad de acercarse a la comunidad por medio de las actividades de la identificación y reconocimiento de problemas de la comunidad ya sea de salud, sociales, costumbres y tradiciones. Al tener esta identificación y reconocimiento, se da un proceso de construcción de una mejor interacción entre médico y paciente, reflejado en lazos de confianza y seguridad entre los dos. Esta situación también se relaciona con la interacción con EM.

2). Conocimiento de ámbitos de acción-involucramiento. Los MPSS mencionan que el primer ámbito que realizan en el programa son las consultas a domicilio. El segundo es el área de docencia que se le imparte a los alumnos principalmente y en ocasiones a los usuarios. La tercera es poner en práctica la investigación, desde el diagnóstico de salud hasta la realización del protocolo. La cuarta es la aplicación de temas de Salud Pública.

3). Motivación. Se identificaron dos vertientes que explican el surgimiento o no de ese sentimiento: los factores impulsores se centran en la relación médico paciente, porque durante la atención los usuarios se sienten satisfechos y felices dado sus agradecimientos, y eso hace que los MPSS se sientan motivados personalmente. Los factores desalentadores se centran en las expectativas vs realidad, porque el MPSS está acostumbrado al tratamiento exclusivo de la patología y no al ser como un todo. En contraste con este tipo de servicio social, donde se vive la realidad de la sociedad en donde se enfrentan a la atención en domicilio/consultorio, condiciones climáticas, características de los usuarios y resistencias a otras actividades que no sean consulta. Además de no encontrarse en un centro de salud urbano y al no ser parte del equipo encargado CESIDECS, tal y como se los habían planteado al momento de elegir este tipo de servicio social, genera conflictos y causa baja motivación en los MPSS.

4) Aprendizaje. Se manifiesta en el PU-APS en la autonomía del aprendizaje, por ende, genera la autoconfianza de las actividades que se realizan con todos los integrantes del programa y para armonizar todas estas acciones se debe ser organizado. Eso se logra por medio del escuchar y dialogar con los demás.

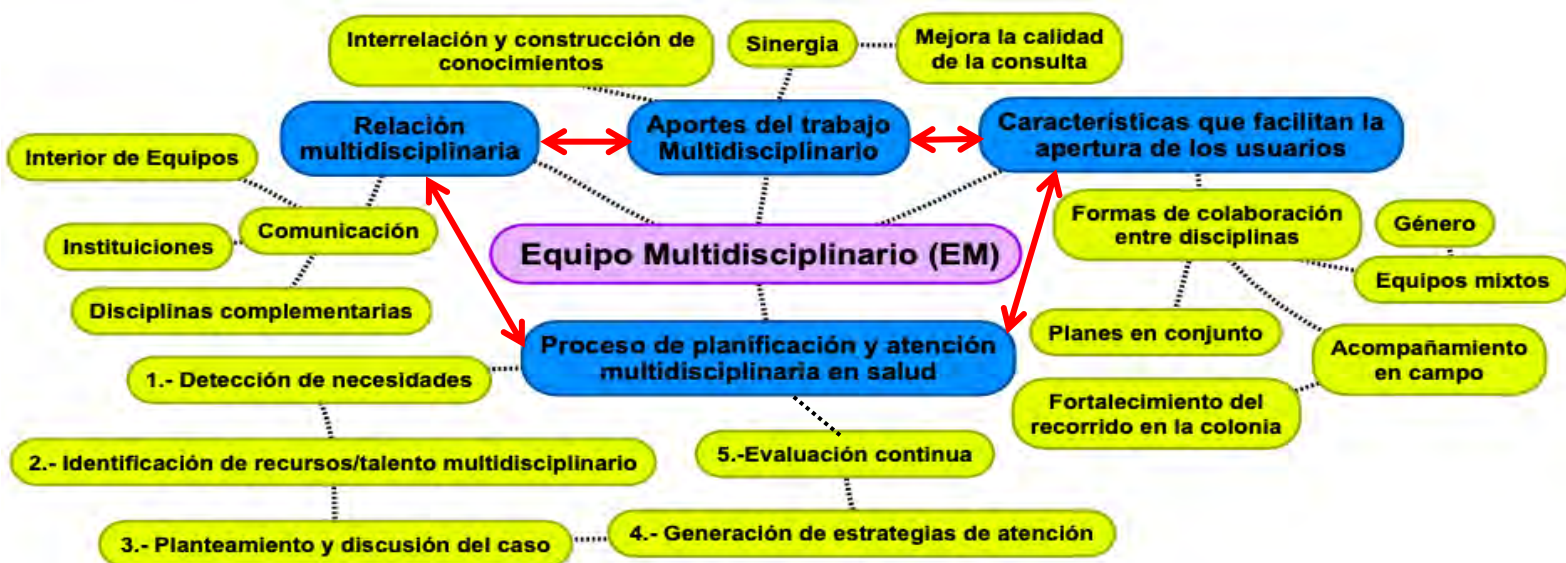
Recomendaciones

Se reconoce como fortaleza el desarrollo personal del PU-APS el reforzar los conocimientos y se da la oportunidad de explorar más en el campo de la medicina y generar un vínculo y sentimiento de agradecimiento con el usuario (paciente) durante la atención/consulta. Como parte de los aprendizajes se resalta la personalidad del MPSS, que se torna más seguro y reflexivo en la toma de decisiones; organizados, tolerantes, se acercan con más detalle al contexto de comunidad (conocimiento de las costumbres y tradiciones) y así se mejora el trato con el usuario porque se aplica un proceso de escucha y diálogo. A partir de lo anterior, se recomienda tener mayor reconocimiento de los logros de los MPSS, a tener un acompañamiento cercano y continuo en su reflexión para la identificación y afrontamiento de las paradojas, dificultades, logros y aprendizajes propios del trabajo en comunidad, que permita incentivar su motivación.

7.7 Equipo Multidisciplinario (EM)

El EM se expresa como se lleva a cabo la interacción entre las disciplinas y su efectividad en la atención del usuario. (Ver Figura 7)

Figura 7. Equipo Multidisciplinario



Fuente: Elaboración propia

La dimensión de equipo multidisciplinario se constituye a partir de cuatro categorías, mismas que se describen a continuación (ver figura 7):

1). Características que facilitan la apertura de los usuarios. La forma de colaboración entre disciplinas se constituye a través de tres elementos: *a). el acompañamiento en campo*, ya que las actividades del PU-APS se realizan fundamentalmente con base en el recorrido por las colonias, tanto en las actividades durante la semana, como en las actividades sabatinas. Este acompañamiento se ve fortalecido cuando el equipo está constituido por más de una disciplina, ya que esto brinda mayor seguridad, así como empatía y atención integral para los usuarios del programa; *b). La conformación de equipos mixtos (hombre-mujer) ayuda a un mejor contacto con los usuarios*, ya que se percibe como un elemento de confianza, por

lo que se observa que el género es un tema relevante en la atención domiciliaria y;
c) *Posibilidad de la planificación y atención multidisciplinario*, que en si misma constituye una categoría que se describirá más adelante.

“El hecho de decir que hay nutriólogo fue muy importantes para nosotros, como también psicólogos, fue como es el jale, una oportunidad que nos ayudó bastante”. (Participante 4, Chetumal, 2018)

2). Aportes del trabajo multidisciplinario. Estos aportes surgen de la interrelación de las actividades de los MPSS:

a). La consulta a domicilio es donde se valora al paciente según las necesidades, ya sean médicas o del EM y en ese momento se construyen conocimientos, porque los miembros del EM muestran sus habilidades, que se comparten con los MPSS y viceversa; siendo un elemento muy importante el aprendizaje entre pares, lo que genera una sinergia mejorando cada ámbito de acción en especial la calidad de la consulta y por ende al usuario es beneficiado a través de una atención integral como lo expresa el siguiente participante: *“Yo veía como era una consulta de nutrición y ella una de medicina general.”* (Participante 6, Chetumal, 2018)

b). El recorrido en campo es algo que se realizaba en conjunto, para que a los dos los reconocieran en la comunidad y también conocer al tipo de población y seleccionar a los pacientes que requieren la consulta, para que pueden trabajar en la misma sintonía. Así lo menciona uno de los participantes del estudio: *“Siempre está conmigo en las mismas actividades que yo; pues íbamos de casa en casa, recorríamos la comunidad, la veíamos y dábamos la consulta.”* (Participante 6, Chetumal, 2018)

c). En las clases sabatinas el EM forma parte de la responsabilidad de guiar a los alumnos durante las actividades de campo, las intervenciones con sus familias, en

los eventos colectivos (ferias de la salud) y en temas muy específicos de su rama, que los médicos no tienen conocimiento.

“Me ayudó un estudiante de odontología para dar las pláticas a mis alumnos. Pues sí me ayudó porque en cierta forma yo no tenía que ver esas tres áreas solitas; tenía el apoyo y pues cada quien hacia su trabajo.” (Participante, Chetumal, 2018)

3). Relación multidisciplinaria. Se encontró que la relación interpersonal era buena y cordial pero la comunicación entre MPSS y este EM no era adecuada, por lo tanto, era difícil trabajar en equipo y sobre todo en la creación de estrategias de atención de los usuarios. Pero no todo fue así, algunos médicos y su EM lograron trabajar en equipo, hasta el punto de tener mayor alcance con otras disciplinas complementarias (Odontólogos, Agrónomos, Dermatólogos, etc.) e instituciones de gobierno como las Unidades de Especialidades Médicas (UNEMES).

4). Proceso de planificación y atención multidisciplinarias en salud. En la atención que brinda el EM se identificaron cuatro momentos, mismos que se describen a continuación:

1. La detección de necesidades. El EM trabaja en conjunto con los MPSS, por lo tanto, existe un intercambio de información y durante ese intercambio el MPSS se informa sobre los usuarios que necesita la ayuda de este EM, o también sucede que los integrantes de EM acompañan a los MPSS a sus citas; es ahí donde hay una oportunidad para identificar a los usuarios que necesiten algún integrante del EM.

2. Identificación de recursos/talento multidisciplinario. Por lo general los MPSS ponen en discusión el caso con el EM para identificar la disciplina que más podría apoyar en la situación de salud detectada.

3. Planteamiento y discusión del caso. En este paso el EM y MPSS exponen el caso del usuario, identifican los obstáculos y discuten sobre los beneficios; buscando brindar una buena atención a los usuarios.

4. Generación de estrategias de atención. Una vez analizada la situación, se inicia con la formación de estrategias por el EM y por los MPSS, con el objetivo de ayudar a prevenir o solucionar el problema de salud.

5. Evaluación continua. Se realiza un seguimiento mensual que incluye una evaluación de la estrategia de salud, en donde se valora la efectividad, la experiencia del usuario y efectos contrarios a los planteados.

“La nutrióloga tenía mucho conocimiento con las dietas y todo eso, en lo de las calorías, en lo de las porciones. Entonces hacíamos un recuento nada más. La psicóloga mayormente me acompañaba, me escucha y veía al paciente y pues de acuerdo a eso veía al paciente, veía ciertas cosas, posteriormente ella platicaba a solas con ellos para que tuvieran esa privacidad esa paciente para poder platicar sus temas.”

“Al final siempre había pláticas lo que sucedía con el paciente y hacíamos como un plan de acción las tres para lograr hacer la resolución del problema.”
(Participante 7, Chetumal, 2018)

Recomendaciones

Se reconoce como fortaleza el enfoque multidisciplinario del PU-APS, esto fortalece la puesta en práctica del programa al brindar un enfoque integral. Este aspecto es poco referido en la literatura en otros programas. Como parte de los aprendizajes se resalta el trabajo en equipo, la importancia de la gestión del tiempo debido a las diversas actividades de los integrantes de los EM, la fortaleza de generar planes de atención conjunta y el papel medular de la comunicación y la colaboración entre

disciplinas. A partir de lo anterior, se recomienda mejorar la comunicación entre EM y MPSS para la retroalimentación y seguimiento de los usuarios, además de consistencia en la gestión y vinculación con otras instituciones para contar con equipos multidisciplinares.

8. Discusión

Con esta investigación pretendo generar información valiosa para el PU-APS y que sea fuente de inspiración de nuevas generaciones, porque me dio la oportunidad de conocer el campo de la investigación cualitativa y la aplicación de su metodología. Me enseñó a entender mi entorno con base en las experiencias que se viven a diario, en este caso, el papel que ejercía en el PU-APS; las pude interpretar, comprender de una forma más precisa. Personalmente me genera gran satisfacción y profesionalmente me ayudó a obtener nuevos conocimientos.

Esta tesis tuvo como propósito analizar las competencias en Atención Primaria en Salud desarrolladas en el Programa Universitario de Atención Primaria a la Salud desde las experiencias de participación de los Médicos Pasante en Servicio Social desde otros programas universitarios para la identificación de fortalezas, aprendizajes y áreas de oportunidad que orienten la generación de recomendaciones para el fortalecimiento del programa. El estudio se realizó enfocándose en las actividades realizadas por los MPSS en el PU-APS. A continuación, se discutirán los principales hallazgos. Es interesante mencionar que en la agrupación por dimensiones se observa con mayor claridad las competencias que realizan los MPSS.

Razones de elección del servicio social

La selección del servicio social en PU-APS se centra en buscar un lugar donde se procure mantener la seguridad, estar cerca de sus familias y tener el apoyo de la universidad, porque los MPSS que están en un servicio social en áreas rurales el

contexto cambia a una situación de aislamiento y asumen responsabilidades profesionales desmesuradas con relación a su experiencia previa. Se coloca en una situación de vulnerabilidad, más o menos extrema, que se refleja en una sensación de incertidumbre, descontrol y soledad que pueden llevar a fenómenos como la depresión y la inseguridad relacionada con su integridad personal (54), además de que están alejados de las autoridades de las instituciones de salud para las que trabajan y de las universidades, la cual su realidad es cuando se tiene la necesidad de apoyo no están al 100% para resolver sus problemas (55).

También otro motivo por el cual no se escoge con mucha frecuencia este tipo de servicio social, es porque los médicos están acostumbrados al método clínico; este se concibe como el método científico aplicado a la práctica médica, dirigido a resolver los problemas de salud del hombre enfermo, viéndolo como un objeto no como un ser, por lo tanto, se deteriora la relación médico-paciente y a consecuencia de eso MPSS tienden a ser parte de un servicio donde solo les interesa tener mayor oportunidad de ver enfermedades y aprender a atenderlas sin importarles el contexto donde se desarrolló (56).

De ahí que los médicos que tienden a escoger un servicio social que les genere seguridad a nivel personal y que académicamente que les proporcione un conocimiento suficiente para su desarrollo profesional; entre los más escogidos son un servicio social en hospitales, PU-APS y de último en un Centro de Salud Rural.

Actividad comunitaria

Esta es la dimensión que se conecta de forma transversal con las demás, porque es el pilar de las actividades de los MPSS; por ese motivo se adquieren diferentes competencias en el actuar dentro de la comunidad. Todo inicia cuando los pasantes tienen su primer acercamiento con la comunidad, en donde se realiza un reconocimiento y se visualiza el contexto de la microrregión, es decir la construcción del diagnóstico de salud para poder establecer sus estrategias acción con la

población y de ahí organizar a los alumnos, al EM y gestionar recursos necesarios para la participación comunitaria. Como menciona Giraldo⁽⁵⁷⁾ la atención médica/visita familiar va más allá del cuidado biopatológico, sino una atención que proporcione una continuidad y que sea integral con un rol de organizador, supervisor y profesor con los usuarios.

Docencia en el PU-APS

Los docentes en medicina ejercen su actividad pedagógica basados principalmente en roles relacionados con la experticia médica (diseñador de material educativo, ser conferencista y profesor en la clínica o en la práctica), considerando que estas acciones los definen como docentes. Sin embargo, olvidan aplicar el rol de la experticia pedagógica e investigativa, por lo que el médico debe idear, liderar y dar prioridad a los procesos de cambio pedagógico (organizador del curso académico, estructurador del currículo y diseñador guías de estudio), de impacto social como el desarrollo de actividades de investigación formativa y dirigir procesos de investigación científica (58). Esto significa que la docencia no es una actividad muy importante en su desarrollo profesional del médico, debido a que no es parte de la enseñanza en su formación académica, además de que no le genera ingresos económicos equivalentes a la remuneración producida en la consulta médica (59). A consecuencia de lo anterior, es necesario establecer una mirada hacia la capacitación pedagógica del docente médico, desde su formación académica, para que así beneficie y mejore la enseñanza de las ciencias médicas (60).

Con relación a lo previamente escrito en el PU-APS, los MPSS desarrollan un papel de docentes y esto impacta de manera positiva en sus competencias como médicos; ya no sólo tendrán las habilidades en la consulta, sino le da el plus de adquirir otras destrezas que pueden ser explotadas el área médica. Entre estas se destaca el ser guías en el diseño de trabajos de investigación científica, en la creación de estrategias didácticas, actividades de evaluación, retroalimentación académica, la implementación del proceso de enseñanza-aprendizaje, planeación educativa e

identificación de perfiles, con el fin de mantener y regular los objetivos de aprendizajes relevantes en los alumnos multigrado.

Investigación

El impacto educacional de la investigación en la educación médica ha sido limitado, ya que además de contestar a determinadas líneas o programas, ha abordado temas múltiples e independientes, los cuales casi siempre han sido definidos por el interés particular de los investigadores.

Por ese motivo, es indispensable que la conducción de la investigación en educación médica tenga en consideración a todos los actores involucrados en el proceso de la enseñanza de la medicina basado en competencias (61).

En esta dimensión los MPSS refieren que es algo primordial para su desarrollo profesional porque genera currículum; además se obtiene experiencia en el área de investigación por la elaboración de un protocolo de tesis, el diagnóstico situacional y la participación en congresos con alguna presentación de carteles o ponencia oral.

Otro punto que tocar son las líneas de investigación es que los profesionales de salud y su comunidad científica no tienen el reconocimiento, conocimiento o la motivación de realizar una investigación en APS. Esto sucede porque no existen estructuras de apoyo en este tipo de investigación y menos durante la formación de los médicos, por lo tanto, carecen de la cultura de la investigación de la APS en el personal de salud (62).

Durante el desarrollo del protocolo de tesis, los médicos deben seleccionar un tema que se relacione con este enfoque, además que aporte soluciones a las problemáticas de la población que están a cargo. A los MPSS se les dificulta la

selección de un tema, debido a la falta de conocimiento de la APS, que va desde los alumnos hasta los docentes de la universidad.

Además de desarrollar ese tipo de investigación, se realizó el diagnóstico de salud de la comunidad con el objetivo de analizar la situación de salud de la población, investigar los factores de riesgo de una enfermedad, evaluar la efectividad de las intervenciones sanitarias y el uso de las pruebas diagnósticas junto con el método bioestadístico, clínico y la toma de decisiones médicas.

Desarrollo Profesional

Los médicos en servicio social del PU-APS tuvieron un desarrollo profesional médico continuo, ya que en este se abarcan aspectos teóricos y humanísticos de la profesión. En este sentido se deben realizar programas cuyos contenidos prioritarios se establezcan a partir de las necesidades de la población, de los médicos y de las instituciones asistenciales, con el fin de mejorar calidad de vida de la población y de la reducción de costos en atención de la salud (64).

En esta dimensión, los MPSS fueron capaces de manejar de manera óptima las necesidades de salud, reales y sentidas, de los individuos, familias y comunidades de manera oportuna, efectiva, accesible, confiable y de conformidad, por medio de una sobresaliente práctica basada en la mejor evidencia disponible.

Se fomentó el trabajo en equipo desde la colaboración multidisciplinaria que se observa en el apoyo mutuo entre MPSS, alumnos y administrativos para el cumplimiento de las metas del programa; como menciona Rando Huluk ⁽⁶⁵⁾, el trabajo en equipo multidisciplinario aumenta la seguridad de los pacientes, minimiza los errores médicos, mejora la satisfacción, el rendimiento del personal de salud y posiblemente evita gastos generados por mala praxis y complicaciones. Para que este trabajo en equipo tenga un correcto desempeño los equipos se basan en los

siguientes pilares: Liderazgo, Comunicación, Monitorización situacional, Soporte mutuo, Adaptabilidad, Modelos mentales de funcionamiento (65).

En el PU-APS se ejerció el liderazgo en la planificación y atención multidisciplinarias en salud, en los procesos de planeación educativa y atención médica domiciliaría.

La comunicación no era buena al inicio del servicio social, ya que no se tenía claro cuál era el objetivo del programa, repercutiendo de forma negativa en su organización y el desarrollo de las actividades establecidas; por lo tanto, esto se identificó como un área de oportunidad. A lo largo de la estancia de los MPSS se trató de mejorar por medio de la creación de un ámbito de confianza mutua que aborde las relaciones interpersonales del equipo de trabajo del programa.

La confianza que se implementó generó un ambiente de respeto y libertad en el PU-APS, la cual dio la oportunidad de expresar opiniones e ideas y tener la certeza de que serán escuchados a consecuencia de esto el equipo de trabajo empezó a tener una actitud más positiva, adaptable, flexible, funcional, creativa y capacidad de innovación para responder a las demandas del entorno y a las necesidades de los pacientes.

Para los MPSS el cambio fue favorable porque empezaron a tener un mayor entendimiento del objetivo del programa, del conocimiento de los roles y responsabilidades de cada integrante de PU-APS, a su vez generó un mayor compañerismo, entusiasmo en la realización de sus actividades un ejemplo en particular fue la creación de sus espacios de organización.

Desarrollo Personal

La literatura menciona que el desarrollo humano es parte de las competencias del médico general mexicano y de los equipos de salud de la APS; hace referencia al conjunto de valores éticos que se forman en el profesional para el uso y aplicación de los conocimientos adquiridos, que está relacionada con el ejercicio profesional y su responsabilidad social ante la comunidad (ética profesional). Esto quiere decir que los médicos sean capaces de generar condiciones de bienestar y mejorar de las capacidades humanas de forma individual y colectiva, para que los individuos puedan decidir su destino de manera democrática y que participen activamente en la construcción de un entorno local y global sustentable (6,67).

Los MPSS expresan, que como personas se sienten satisfechos por tener un contacto peculiar con la comunidad y a su vez se fortalece la confianza, su seguridad y compromiso con el usuario; a consecuencia de esto los MPSS son capaces de transmitir conocimiento que permita a los usuarios a mejoren su salud por medio de la equidad, justicia e igualdad social.

Equipo Multidisciplinario

Es claro que la APS es una estrategia que busca mediante tecnologías, métodos sociales, clínicos y científicos proveer asistencia continua e integral a las personas, familias y comunidades (63). Indudablemente, los equipos multidisciplinarios del programa nos permiten integrar y organizar a estos equipos en las actividades de los MPSS, lo cual es realizado tanto de forma colectiva como individual, en función con los grupos de población con factores de riesgo y en los eventos colectivos de salud de la colonia asignada. Es así como los MPSS tienen el apoyo del EM logrando mayor alcance en la colonia porque los recorridos son más completos y, para los usuarios, es un atractivo tener una atención integral (médico, nutriólogo, psicólogo y odontólogo).

Esta tesis contribuye de manera positiva en mi formación profesional porque me dio la oportunidad de acercarme al área de la investigación en salud y poder explorar con más profundidad en el enfoque de la APS en la formación del personal de salud. A nivel personal siento una gran satisfacción porque esta experiencia eliminó mi miedo a realizar una investigación formal; por ese motivo pude demostrarme a mí misma que tengo la capacidad y las habilidades de realizar un trabajo de esta magnitud. Además, durante el desarrollo de este trabajo me llamó la atención cómo puede ir respondiendo poco a poco mis inquietudes sobre mi actuar en el PU-APS.

8. Conclusiones

Una de las fortalezas es haber estado en el programa porque me ayudó a realizar esta tesis. Además, al plasmar una metodología muy detallada y estructurada. Ayuda a que los lectores interesados en este tipo de investigación puedan entender con más claridad la aplicabilidad de este proceso y que además sea fuente de inspiración principalmente en el área de la salud.

Por otro lado, esta investigación contribuye en la generación de nuevo conocimiento, por lo tanto, se espera que sea aplicable las recomendaciones obtenidas, para verificar si hubo un progreso o un retroceso en la implementación del PU-APS. Además, espero que este trabajo pueda promover más la investigación en otras divisiones de la misma universidad.

Por último, es importante mencionar que una de las limitantes es que estas experiencias son exclusivas de una generación, por lo que la comprensión del tema podría enriquecerse incluyendo las experiencias de nuevas generaciones.

9. Aspectos éticos

Se elaboró una carta de consentimiento informado, en la cual se llevó a cabo un proceso de consentimiento informado que permitió a los participantes conocer y valorar las implicaciones éticas de su colaboración con el estudio. Los aspectos que se consideraron para el diseño de dicha carta son los principios de maleficencia, justicia, autonomía y beneficencia. La carta de consentimiento informado fue leída en conjunto con el/la participante y se aseguró de que no queden dudas acerca de su contenido. Sí el/la participante accedía a participar se le solicitaba a que firmara la carta de consentimiento y se le entregaba una copia con una ficha informativa con los datos de los asesores de la investigación con quienes podía comunicarse en caso de tener alguna duda. (Ver Anexo 2)

10. Anexos

Anexo 1. Guía de entrevista



UNIVERSIDAD DE QUINTANA ROO

DIVISION DE CIENCIAS DE SALUD



GUÍA DE ENTREVISTA

PROYECTO DE PROTOCOLO DE TESIS: Competencias en Atención Primaria de Salud en Médicos Pasantes en Servicio Social de la Universidad de Quintana Roo.

Presentación

Esta guía de entrevista tiene como objetivo **analizar las competencias en Atención Primaria en Salud desarrolladas en el Programa Universitario de Atención Primaria a la Salud, desde las experiencias de participación de los Médicos Pasante en Servicio Social, con base en los ámbitos de otros programas universitarios para la identificación de fortalezas, aprendizajes y áreas de oportunidad que orienten la generación de recomendaciones para el fortalecimiento del programa.** Esto como parte del proyecto de tesis titulado *Competencias en Atención Primaria de Salud en Médicos Pasantes en Servicio Social de la Universidad de Quintana Roo.*

Esta guía tiene como objetivo apoyar en la indagación acerca de las dimensiones de desarrollo de competencias identificadas en otros programas universitarios. En este sentido, La entrevista se divide en siete secciones: **1) Datos generales 2)**

Actividad comunitaria; 3) Docencia- enseñanza; 4) Investigación; 5) Desarrollo profesional y gerencia; 6) Desarrollo personal; 7) Equipo multidisciplinario.

Para la conducción de esta entrevista será necesario realizar previamente un proceso de consentimiento informado.

1. Datos generales:

¿Cuántos años tiene?; ¿Lugar de residencia?

¿Qué generación pertenece?; ¿Por qué estás en este tipo de modelo de servicio social?

2. Actividad comunitaria

¿Para ti qué es el trabajo comunitario en salud?; ¿Qué actividades realizas en la comunidad?

¿Cómo fue el proceso de la identificación del contexto de la comunidad?

¿Para ti qué son los eventos colectivos?; ¿Cuáles fueron los retos que tuviste en la realización de estos eventos?; ¿Cómo lo resolviste?; ¿Qué aprendizajes te dejaron estas dificultades/beneficios?

¿Para ti qué son los riesgos comunitarios en salud?; ¿Cómo los identifica?

¿Cómo es la atención médica en comunidad?; ¿Qué aspectos fueron diferentes a una atención medica regular?; ¿Qué retos tuviste en la atención médica en el ámbito comunitario?; ¿Cómo lo resolviste?; ¿Qué aprendizajes obtuviste a partir de esta experiencia?

¿Cómo se da la participación en el trabajo comunitario?; ¿Quiénes participan en el programa?; ¿Cómo involucras a las personas en el PU-APS?; ¿Cómo identifica y promueve la participación de las personas en el PU-APS?; ¿Cómo es o fue tu relación con las personas que atiendes o atendía en el PU-APS?

¿Qué beneficios te proporciona las actividades comunidad?; ¿Qué dificultades afrontaste?; ¿Cómo lo resolviste?; ¿Qué aprendizajes te dejaron estas dificultades/beneficios?

3. Docencia- enseñanza

¿Cuál es tu papel en el proceso de enseñanza-aprendizaje con los estudiantes?;

¿Qué aprendiste a hacer a partir de la docencia?; ¿Qué técnicas y/o estrategias didácticas llevaste a cabo en el proceso enseñanza-aprendizaje?; ¿Por qué?

¿Cómo evaluaste y retroalimentaste a los estudiantes?; ¿Por qué?

¿Cómo planeas tus sesiones educativas y el trabajo en campo?

¿Cómo realizas las actividades de docencia en grupo de estudiantes que pertenecen a diferentes semestres y grados?; ¿qué ha sido lo más fácil y qué ha sido lo más difícil en estos grupos?

¿Cómo es la relación con tus estudiantes?; ¿Cómo es la comunicación con tu grupo de estudiantes?

¿Cuáles fueron los retos que se te presentaron en estas actividades de docencia-enseñanza?; ¿Cómo las resolviste?

4. Investigación

¿Para ti que es Atención Primaria de Salud?

¿Qué es para ti investigar?

¿Cómo se relaciona la APS con la investigación?

¿Cuál es tu experiencia sobre la investigación en APS?

¿Qué relación tiene la investigación con el trabajo de campo?

¿Cómo te apoyan las actividades realizadas en servicio social con enfoque en APS en el desarrollo de la investigación?

¿Qué temas ayudarían en la realización de tu investigación?

¿Cómo identificaste el tema de tu investigación?

¿Qué fue lo más fácil y lo más difícil de que tu servicio social integrara un componente de investigación?; ¿Por qué?

¿Qué aprendizajes te deja el incorporar la investigación en tu formación como médico/a?

¿Qué beneficios te proporciona este tipo de investigación?

¿Cuáles son los obstáculos que evitan el desarrollo de este tipo investigación?;

¿Cómo resolviste?

¿Consideras que hay resultados en las intervenciones de campo a nivel comunidad, familiar, estudiantil y docente?; ¿Cuáles son?; ¿Cómo se refleja en estas cuatro poblaciones?

5. Desarrollo profesional y gerencia

¿Qué es para ti que el desarrollo profesional?; ¿Cómo consideras que tu servicio social haya contribuido a tu desarrollo profesional?

¿Qué es para ti la gerencia en salud?; ¿Cómo consideras que tu servicio social haya contribuido a este componente de tu formación?

¿Qué es para ti el liderazgo?; ¿Cuál es su papel en la formación médica?; ¿Cómo consideras que tu servicio social haya contribuido a este componente de tu formación?

¿Qué actividades fortalecieron esas capacidades profesionales, de gerencia y liderazgo en tu servicio social en APS?

¿Qué actividades y/o estrategias eran llevadas a cabo para la discusión y búsqueda de alternativas acerca de las problemáticas identificadas en el desarrollo del servicio social?; ¿Cuáles eran sus características?; ¿Qué temas se discutía y a qué problemáticas respondían?

¿Qué acciones implementaste en la resolución de obstáculos y que tuviera en que ver con procesos de gerencia y liderazgo? ¿Cómo fue el proceso para realizar las acciones de mejora?

¿Cuáles eran tus actividades y responsabilidades en el PU-APS?; ¿Cómo te organizaste para lograr los objetivos de las responsabilidades que te fueron asignadas?; ¿Cómo fue el proceso de acompañamiento en tu servicio social para apoyarte en la clarificación, organización y gestión del tiempo para el logro los objetivos de las responsabilidades que te fueron asignadas?;

¿Cómo era la relación con tu equipo de trabajo?; ¿Qué fue lo más fácil y lo más difícil de trabajar en equipo?; ¿Qué aprendiste sobre el trabajo en equipo?; ¿En qué momentos del servicio social fue más necesario el trabajo en equipo; ¿Por qué?; ¿Qué aspectos facilitaron u obstaculizaron el trabajo en equipo en tu servicio social?; ¿Cómo te hizo sentir el trabajo en equipo en APS?

6. Desarrollo personal

¿Cómo fue para ti el trabajo de APS en la zona geográfica de la cual eras responsable?; ¿Qué aspectos socioculturales o del medio ambiente te permitió conocer o reconocer tu experiencia en el servicio social?; ¿Cómo consideras que esto se relaciona con tu formación como médico/a?

¿Cómo contribuye el acercamiento con aspectos socioculturales y medio ambientales en la formación en medicina?; ¿Cómo era la comunicación con tus pacientes, familias y estudiantes y compañeros/as en APS?; ¿Qué estrategias y/o actividades de comunicación llevaste a cabo con tus pacientes, familias, estudiantes y compañeros en APS?; ¿Cómo consideras que estas estrategias contribuyeron en tu formación?; ¿Qué aprendizajes consideras que te haya dejado la relación con tus pacientes, estudiantes y compañeros de APS?

¿Cómo contribuyó la comunicación en el logro de los objetivos y las responsabilidades que te fueron designadas en APS?

¿Qué elementos de tu servicio social consideras que hayan promovido tu interés y/o entusiasmo en las actividades?; ¿Qué elementos de tu servicio social consideras que no generaron tu interés y entusiasmo en las actividades?

¿Cómo consideras que fue tu involucramiento en las actividades de tu servicio social en APS?; ¿Por qué?; ¿Cómo consideras que esto se relaciona con tu formación como médico?; ¿Cómo considera que esto se relaciona con tu formación como persona?

7. Equipo multidisciplinario:

¿Cómo se desarrolló la atención en salud con base en equipos multidisciplinarios?; ¿Cómo describirías que fue la atención en salud que brindaste con enfoque de APS?; ¿Cómo facilitó o dificultó las actividades en APS el trabajo multidisciplinario?; ¿Con que profesionales de la salud colaboraste en tu servicio social y cómo contribuyó esto al desarrollo de tus actividades?; ¿Cuáles consideras que son los aportes de del trabajo con equipos multidisciplinarios?; ¿Cuáles son los beneficios y obstáculos que se presentan en el trabajo multidisciplinario en APS

¿Cómo describirías la convivencia y/o relación con compañeros de otras disciplinas? ¿Qué aprendizajes te deja el trabajo multidisciplinario que experimentaste en tu servicio social?

¿Hay algo que te gustaría compartir sobre tu experiencia de servicio social en APS que no se te haya preguntado?

Anexo 2. Carta de consentimiento informado



UNIVERSIDAD DE QUINTANA ROO

DIVISION DE CIENCIAS DE SALUD



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

PROYECTO DE TESIS: Competencias en la Atención Primaria de Salud en Médicos Pasantes en Servicio Social de la Universidad de Quintana Roo.

¡Buenos días/tardes!

Introducción/Objetivo:

Actualmente estoy realizando una tesis, ya que me encuentro realizando dichos estudios en el la División de Ciencias de la Salud que forma parte de la Universidad de Quintana Roo; esta investigación servirá para *Analizar las competencias en Atención Primaria en Salud desarrolladas en el Programa Universitario de Atención Primaria a la Salud, desde las experiencias de participación de los Médicos Pasante en Servicio Social, con base en los ámbitos de otros programas universitarios para la identificación de fortalezas, aprendizajes y áreas de oportunidad que orienten la generación de recomendaciones para el fortalecimiento del programa.*

Procedimientos

Mi visita tiene la intención de solicitar su apoyo con la participación para la realización de esta investigación. **Su colaboración me permite realizar una entrevista acerca de sus experiencias del servicio social realizado en el Programa Universitario de Atención Primaria a la Salud.** Esta entrevista se abordarán los siguientes temas: 1) Datos generales 2) Actividad comunitaria; 3) Docencia- enseñanza; 4) Investigación; 5) Desarrollo profesional y gerencia; 6)

Desarrollo personal; 7) Equipo multidisciplinario. Se trata de temas relacionados con su experiencia de servicio social en APS.

Se calcula que la entrevista sea en una sesión dependiendo su disponibilidad de tiempo, siempre que usted esté de acuerdo, la plática tendrá una duración aproximada de 1:00 hora. También le pediría su autorización para grabar la entrevista (utilizar grabadora de voz) lo que usted y yo platiquemos, para tener presente todo lo que usted me comparta. Asimismo, para la realización de la entrevista se consideran los siguientes puntos.

Beneficios

Si usted está de acuerdo en participar en la entrevista, no obtendrá ningún beneficio económico, pero tampoco ningún gasto monetario y estará apoyando a contar con información que puede ayudar a tener una mayor comprensión de los alcances que se ha tenido en el PU-APS en término de desarrollo de competencias desde la mirada de la participación de médicos en el servicio social.

Confidencialidad

La información personal obtenida por este estudio será utilizada únicamente con fines de investigación, es **anónima** (no aparecerá su nombre en la grabación, ni reportes o resultados), es **confidencial** (esta información irá directamente a los/as investigadores/as) y nadie del programa se enterará de lo que usted y yo hablemos, no se considera que exista riesgo alguno para usted o su familia si usted responde la entrevista.

Riesgos Potenciales/Compensación

Los riesgos potenciales que implican su participación en este estudio son mínimos; debido a que platicaremos es hasta donde usted lo permita y si alguna de las preguntas le hicieran sentir un poco incómodo (a), tiene el derecho de no responderla.

Participación Voluntaria/Retiro

La participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación de este en cualquier momento. Su decisión de participar o de no participar no afectará de ninguna manera en sus actividades académicas o cualquier apoyo que usted esté recibiendo.

Números a Contactar: Si usted tiene alguna pregunta, comentario o preocupación con respecto al proyecto, por favor comuníquese con el/la investigador/a) responsable del proyecto: **Dra. Ingrid María Montero Barradas, Licenciada en medicina, al teléfono (983) 102 0653** o si lo prefiere puede usted escribirle a la siguiente dirección de correo electrónico: immb_93@hotmail.com. En un horario de 9:00 am a 14:00 horas.

Si usted tiene preguntas generales relacionadas con sus derechos como participante de un estudio de investigación, puede comunicarse con **MSP. Marisol Campos Rivera, quien dirige y acompaña el proceso de investigación, al teléfono (777) 233-8963 en un horario de 8:00 am a 16:00 horas.** O si lo prefiere puede escribirle a la siguiente dirección de correo electrónico: marisol.campos@uqroo.edu.mx

Después de conocer esta información, le preguntaría nuevamente **¿Estaría usted de acuerdo en participar? Si usted está de acuerdo en participar en la entrevista, le pedimos que firme en el cuadro siguiente.** Usted se quedará con una copia de esta carta para que tenga los contactos y la referencia del proyecto.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ENTREVISTA

Yo _____ certifico que he sido informado/a de manea explicita sobre las implicaciones de este estudio, en donde estoy consciente de la información a otorgar por mi parte en la entrevista. Actuó consecuente, libre, y voluntariamente como colaborador, contribuyendo a este procedimiento de forma activa. Se me ha informado acerca de la autonomía que tengo para retirarme de este estudio u oponerme a algún procedimiento. Se me ha explicado los riesgos de este estudio, y la confidencialidad que se tendrá sobre mis datos personales y resultados del estudio.

Nombre

Firma

Lugar y fecha

Anexo 3. Tabla 5. Fortalezas, áreas de oportunidad y aprendizajes por dimensión

Tabla 5. Fortalezas, áreas de oportunidad y aprendizajes por dimensión.				
Dimensión	Fortaleza	Área de oportunidad	Aprendizaje	Otros Programas
Actividad comunitaria	<ul style="list-style-type: none"> *Contacto temprano con la comunidad comunitaria. *Atención a domicilio. *A su vida familiar. * Privacidad y comodidad durante la atención médica. *Contacto con escenarios reales en el servicio comunitario. *Se genera participación de todos los involucrados en el programa. *Los eventos colectivos genera un trabajo en equipo. *Más privacidad y mayor acercamiento al contexto del usuario. 	<ul style="list-style-type: none"> *Material insuficiente. *Delimitar y fortalecer aspectos que distinguen los términos de promoción y prevención. *Fortalecer la teoría y conocimiento de experiencias en APS. *Mejorar las consultas a domicilio con enfoque en APS, subvencido para las enfermedades más prevalentes de la población. *Ocultar y compartir estrategias para mejorar las condiciones de exploración médica a domicilio. *Contar con insumos para proteger de las condiciones climáticas. *Mejorar el expediente clínico para una consulta a domicilio. *Adecuar los horarios para evitar situaciones de inseguridad en la colonia. *Contar con transporte institucional para movilizar a los alumnos a las colonias más lejanas a la escuela. *Identificar y gestionar áreas estratégicas para los eventos colectivos. *Organizar a los equipos de MPS y EM procurando que cada equipo cuente con hombres y mujeres para tener más confianza con pacientes. *Fortalecer los mecanismos de entrega de zonas y usuarios en seguimiento entre pacientes. 	<ul style="list-style-type: none"> *Oversight de pacientes. *Atención individual y colectiva. *Características del médico en el campo. *Características de la vida familiar. *Contacto temprano con la comunidad. *Cambio de actividades orientadas a promover la participación de la comunidad importante de la reflexión del trabajo en comunidad para la toma de decisiones y fortalecimiento de estrategias de intervención. 	<p>El Grupo Comunicación y Salud (GCS) de Madrid, considera la formación de profesionales sanitarios como formadores en temas de comunicación asistencial (1).</p> <p>El I y el Encuentro Nacional de Cumtistas (CUMIS) de Perú. Identifica como beneficio de actividades extracurriculares en APS y la aplicación de lo aprendido. Dentro de las dificultades: Identifica la falta de interés, accesibilidad, diferencias culturales, disponibilidad económica y enfoque asistencial de algunas universidades (2).</p> <p>Red de Innovación Docente en APS (ICE- Universidad de Granada en España. El rol de estudiantes de las áreas de campo de estudio a consultarnos no expertos, además se concibe como acompañante de apoyo y escucha (3).</p> <p>Liderazgo en Atención Primaria (PELT) / El modelo PCH de la universidad de medicina de Duke en Carolina del Norte: hace énfasis en el servicio comunitario, se basa en la capacitación del modelo hogar-médico centrado en pacientes y hacen un servicio comunitario (4).</p> <p>Escuela Universitaria de Medicina Atención de Zonas Rurales (EUAZ) Caracterizar que los estudiantes aprendan a responder a las necesidades de atención de salud de la comunidad y que, a partir del primer año, los estudiantes se involucran en proyectos comunitarios y realizan gran parte de su aprendizaje clínico en pequeñas comunidades rurales. Los proyectos iniciados por estudiantes están destinados a resolver los principales problemas de salud de la comunidad (5).</p>
Docencia	<ul style="list-style-type: none"> *Alumno autodidacta. *Aprendizaje entre pares. *Trabajo desde la Multidisciplina. 	<ul style="list-style-type: none"> *Capacitación pedagógica. *Fomentar la teoría y conocimiento de experiencias en APS en MPS y estudiantes. *Fomentar la actividad lúdica entre revisión de temas y actividades de campo. *Consistencia en la organización de los equipos multidisciplinarios-mixtos. 	<ul style="list-style-type: none"> *Apoyo de liderazgo. *Formación de conocimiento. *Realización de talleres. Mixto de grupo. *Faseación de sesiones educativas. *Estrategias directas. *Dar confianza y tener buena comunicación con los alumnos. *Proceso enseñanza-aprendizaje con los estudiantes. 	<p>El Grupo Comunicación y Salud (GCS) de Madrid menciona que una línea de su estrategia es la formación de profesionales sanitarios como formadores en temas de Comunicación asistencial (1).</p> <p>El I y el Encuentro Nacional de Cumtistas (CUMIS) de Perú menciona que los beneficios de realizar actividades extracurriculares en la intercomunicación (2).</p> <p>Plan de estudios de la comunidad rural para el PCHC en la Escuela de Medicina de la Universidad de Hinder (Australia). Consta que los estudiantes que aprenden medicina en las comunidades se basan en las relaciones estudiante-maestro, estudiante-estudiante y estudiante-comunidad que tienen dimensiones: clínicas, institucionales, sociales y personales (6).</p>
Investigación	<ul style="list-style-type: none"> *Se investiga como un campo más de la medicina. *Se conoce las necesidades de la población. *Relación entre teoría y práctica. *Preparación para un programa. *Releón de investigación-comunidad. *Formación profesional. 	<ul style="list-style-type: none"> *Realización de protocolo de investigación de forma voluntaria. *Fusión de actividades para mejorar a los MPS en la realización de investigación. *Vulgarizar la actividad de APS como un proceso de investigación en sí mismo. *Fortalecer el acompañamiento los métodos de enseñanza-aprendizaje sobre investigación, así como el acompañamiento docente. *Difusión de las líneas de investigación relacionada con la APS. 	<ul style="list-style-type: none"> *Como hacer un protocolo de tesis. *Inspiración alumno-paciente. *Experiencia en investigación. *Contacto con escenarios reales de la población. *Activación de investigación. 	<p>El Grupo Comunicación y Salud (GCS) de Madrid menciona que es importante la investigación en la comunicación asistencial (1).</p> <p>El I y el Encuentro Nacional de Cumtistas (CUMIS) de Perú menciona que uno de los beneficios de realizar las actividades extracurriculares en APS es el desarrollo científico e investigación en campo (2).</p> <p>Red de Innovación Docente en APS (ICE- Universidad de Granada en España. Los roles en estudiantes en las experiencias en APS es importante investigación y apoyo de ideas (3).</p> <p>Liderazgo en Atención Primaria (PELT) / El modelo PCH de la universidad de medicina de Duke en Carolina del Norte. Se le da a los estudiantes capacitación en liderazgo, con un sistema de trabajo en equipo y control mediante el rol de liderazgo grupal, y reciben capacitación en habilidades de comunicación basadas en su rol de liderazgo (4).</p>
Desarrollo profesional	<ul style="list-style-type: none"> *La presentación de casos clínicos contribuye a mejorar la calidad de la atención médica con enfoque en APS. *Interrelacionamiento las habilidades de campo a través del ejercicio de la reflexión crítica cualitativa. *Investigación. *Trabajo en equipo. *Participación en proyectos. *Formación (teoría, liderazgo y vinculación). *Equipo multidisciplinario. 	<ul style="list-style-type: none"> *Comunicación entre MPS y coordinación. *Claridad en los procesos administrativos de servicio social. *Fortalecimiento complementarios en las actividades de campo. *Manejo de conflictos y convivencia/trabajo en equipo entre MPS de distintas generaciones, así como MPS y estudiantes. *Fortalecimiento de los docentes de las asignaturas teóricas con la práctica en APS. *Fortalecer la motivación al PUI APS. 	<ul style="list-style-type: none"> *Mayor comunicación con otros pacientes (compañeros). *Gestión. *Trabajo en equipo entre MPS. *Escucha y diálogo. *Relación interpersonal. 	<p>El Grupo Comunicación y Salud (GCS) de Madrid menciona entre sus líneas estratégicas la organización y gestión (1).</p> <p>El I y el Encuentro Nacional de Cumtistas (CUMIS) de Perú menciona los beneficios de realizar actividades extracurriculares en APS con la gestión, liderazgo, trabajo en equipo y las dificultades en el apoyo institucional y estructural (2).</p> <p>Red de Innovación Docente en APS (ICE- Universidad de Granada en España. Los roles de los estudiantes en las experiencias APS se reflejan en su trabajo como aprendices, evaluación bajo supervisión de persona calificada lo debe mencionar a consideración de derechos y deberes, y ser los actores de las tareas prácticas de organización, colaboración, transporte, reparto, y vigilancia (3).</p> <p>Liderazgo en Atención Primaria (PELT) / El modelo PCH de la universidad de medicina de Duke en Carolina del Norte. Se le da a los estudiantes capacitación en liderazgo, con un sistema de trabajo en equipo y control mediante el rol de liderazgo grupal, y reciben capacitación en habilidades de comunicación basadas en su rol de liderazgo (4).</p> <p>El I y el Encuentro Nacional de Cumtistas (CUMIS) de Perú. Aspectos de los beneficios de realizar actividades extracurriculares en APS con los conocimientos, satisfacción personal y valoración de la naturaleza humana (5).</p> <p>Plan de estudios de la comunidad rural para el PCHC en la Escuela de Medicina de la Universidad de Hinder (Australia). Consta que los estudiantes que aprenden medicina en las comunidades se basan en las relaciones estudiante-maestro, estudiante-estudiante y estudiante-comunidad que tienen dimensiones: clínicas, institucionales, sociales y personales (6).</p>
Desarrollo personal	<ul style="list-style-type: none"> *Entusiasmo comprometido y explícito más en el campo de la medicina. *Agradecimiento y vínculo con el paciente durante la consulta. 	<ul style="list-style-type: none"> *Reconocimiento de los logros de los MPS. *Acompañamiento en la reflexión de los MPS para la identificación y afrontamiento de los desafíos, dificultades, logros y aprendizajes propios del trabajo en comunidad, que permita incentivar su motivación. 	<ul style="list-style-type: none"> *Seguridad, ser más organizado, tolerante, mejorar el trato médico-paciente. *Forma adecuada/reflexión de decisiones. *Compromiso de los estudiantes y médicos. *Organización, seguridad y diálogo. *Autoconfianza, autonomía en el aprendizaje. 	<p>El Grupo Comunicación y Salud (GCS) de Madrid realiza como una línea estratégica de comunicación asistencial (1).</p>
Equipo multidisciplinario	<ul style="list-style-type: none"> *Fortalecer el recorrido en la colonia al ser más flexibles para las sesiones, más tiempo al recorrido en ser un equipo que lo realiza y el generar trabajo en equipo, lo que genera el compromiso. *Disciplinas complementarias para la atención integral. *Mayor calidad de la consulta. *Acompañamiento en campo. 	<ul style="list-style-type: none"> *Mejorar la comunicación entre EM y MPS para la regularización y seguimiento de los usuarios. *Consistencia en la gestión y vinculación con otros institucionales para contar con equipos multidisciplinarios. 	<ul style="list-style-type: none"> *Trabajo en equipo. *Disponibilidad de tiempo. *Trabajo en conjunto para la atención integral. *Comunicación. *Colaboración multidisciplinaria. 	<p>El Grupo Comunicación y Salud (GCS) de Madrid realiza como una línea estratégica de comunicación asistencial (1).</p>
Motivación de atención	<ul style="list-style-type: none"> *Revisión. *Nueva formación de médicos. *Promeritos a la salud. 	<ul style="list-style-type: none"> *Difusión previa de las necesidades de los MPS del PUI APS para promover una decisión informada en el diseño de este escenario. 	<ul style="list-style-type: none"> *Fomentar contacto con APS. 	<p>Plan de estudios de la comunidad rural para el PCHC en la Escuela de Medicina de la Universidad de Hinder (Australia). Consta que los MPS cambian de contexto en una situación de aislamiento, y asumen responsabilidades profesionales asociadas con relación a la respuesta previa, se refugia en una situación de vulnerabilidad, más a medida que avanza, que se refugia en una sensación de pertenencia, docencia y liderazgo que pueden llevar a fenómenos como la depresión y la marginalidad relacionados con su integridad personal (7).</p> <p>Condiciones sociales en que los pacientes de la Facultad de Medicina (FM) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) residen el Servicio Social en áreas rurales de vulnerabilidad, más o menos extrema, que se refleja en una sensación de marginación, desamparo y soledad que pueden llevar a fenómenos como la depresión y la marginalidad relacionados con su integridad personal (8).</p> <p>INFORMACIÓN PARA ADMITENTES AL SERVICIO SOCIAL DE LA LICENCIATURA DE MÉDICO CIRUJANO DE MÉXICO. Modalidades que se ofrecen: Servicio Social en Investigación, Servicio Social en Vinculación, en algunas universidades conocido como servicio social en modalidad "programa universitario" (9).</p>

Bibliografía:

1. Elviro García P, Álvarez Henríquez M, C, López Parra E. Grupo Programa Comunicación y Salud de la semFYC: la respuesta a una necesidad clínica. Rev Esp Geriatr Salud 2014;3(1): 3-7.
2. Escobar-Romero, L, Correa-Chavez, I, Linares-Raya, E, Riviere-Márquez, C. Experiencias de trabajo en actividades en Atención Primaria de Salud realizadas por estudiantes de medicina de Perú. CIMEL Ciencia e Investigación Médica Estudiantil Latinoamericana [Internet]. 2010; 15(1):14-18. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71720941004>
3. Alberini Carlo P, et al. El rol de los estudiantes en APS comunitarias: análisis de experiencias a partir de publicaciones científicas en España.
4. Sheline B, et al. Population Health Initiatives for Primary Care at Duke University School of Medicine. NC Med J. 2014; 75(1):3-5.
5. Strasser R, et al. Putting Communities in the Driver's Seat: The Realities of Community-Engaged Medical Education. Academic Medicine 2015; 90(11): 1466-1470.
6. Sosaar R, et al. Putting Communities in the Driver's Seat: The Realities of Community-Engaged Medical Education. Academic Medicine 2015; 90(11): 1466-1470.

11. Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Temas de Salud [Internet]. Organización Mundial de la salud. 2018 [citado 18 de enero de 2018]. Disponible en: http://www.who.int/topics/primary_health_care/es/
2. O. López-Dicastillo et al. Cinco paradojas de la promoción de la salud. Gac Sanit. 2017; 31(3):269-72.
3. Organización Panamericana de la Salud. La Formación en Medicina Orientada hacia la Atención Primaria de Salud. OPS. Washington D.C; 2008. 78 p. (Serie la Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. No. 2).
4. Fonseca M, Gauna PR de. Avances en Educación Médica: Retos presentes para futuros profesionales de las ciencias de la salud. Sociedad de Educación Médica de Euskadi; 228 p.
5. Uribe AG, D'echeona GP. DOCUMENTO DE RECOMENDACIONES PARA LA TRANSFORMACIÓN DE LA EDUCACIÓN MÉDICA EN COLOMBIA. Comisión para la Transformación de la Educación Médica en Colombia; 44 p.
6. Abreu Hernández L. F. et al. Perfil por Competencias del Médico General Mexicano 2008. AFEM. México: Elsevier; 2008.
7. Schara, JC. La Universidad Clásica Medieval, origen de la Universidad Latinoamericana. Reencuentro. Análisis de Problemas Universitarios [Internet]. 2006;(45):0. [19 dic 2017] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=34004511>
8. Alonso Salas J. Historia general de la educación [Internet]. 1ª ed. México: RED TERCER MILENIO; 2012. [Citado el 19 Dic 2017]. Disponible en: http://www.aliat.org.mx/BibliotecasDigitales/economico_administrativo/Historia_general_de_la_educacion.pdf
9. Moncada, JS. La Universidad: un acercamiento histórico-filosófico. Ideas y Valores [Internet]. 2008 [19 dic 2017]; 57(137):131-148. [19 dic 2017] Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80915459008>
10. Molina H., MM. INTRODUCCIÓN AL ESTUDIO DE LA UNIVERSIDAD EN LATINOAMÉRICA. Revista Latinoamericana de Estudios Educativos (Colombia) [Internet]. 2008; 4(1):129-142. [19 dic 2017] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=134115209009>
11. Delanty Gerard. La educación superior en el mundo 3: La universidad y la ciudadanía cosmopolita. [Internet]. Mundi-Prensa; 2008 [19 dic 2017] Disponible en: [https://upcommons.upc.edu/bitstream/handle/2099/7958/03%20\(28-31\).pdf](https://upcommons.upc.edu/bitstream/handle/2099/7958/03%20(28-31).pdf)

12. Sozzani CE. Servicio social universitario: una herramienta para la profundización del vínculo entre la universidad y las problemáticas nacionales [Internet]. VII Jornada de Sociología. Facultades de ciencias sociales, Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires ,2007. [Citado el 19 Dic 2017] Disponible en: <https://www.aacademica.org/000-106/380>
13. Moya Peñafiel Mervin José. Servicio Social Obligatorio en Colombia: Incertidumbre de los recién graduados en medicina. Revista médica Risaralda [Internet]. 2014 July [cited 2017 Dec 19]; 20(2): 114-120. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0122-06672014000200008&lng=en.
14. Cortez Ruiz C. La educación superior en el mundo 3: Retos y posibilidades del servicio social universitario en Latinoamérica. [Internet]. Mundi-Prensa; 2008 [19 dic 2017] Disponible en: [https://upcommons.upc.edu/bitstream/handle/2099/7955/08%20\(156-157\).pdf](https://upcommons.upc.edu/bitstream/handle/2099/7955/08%20(156-157).pdf)
15. Castañón Hernández M. El servicio social como un prestigio oculto de la universidad. El caso de la UPN. 1a. edición. México: UPN; 2009. 165 p.
16. Ramírez López. El entorno histórico en el que se dio el Servicio Social. Gaceta Médica de México. [Internet] 2012[citado 2017 Dic 19]; 148:281-3Disponible en: https://www.anmm.org.mx/GMM/2012/n3/GMM_148_2012_3_281-283.pdf
17. Mazón Ramírez JJ. Fernández AD. Sánchez Romano G. ADJ Serret González. EL SERVICIO SOCIAL MÉDICO. [Internet]. UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO FACULTAD DE MEDICINA COORDINACIÓN DEL SERVICIO SOCIAL. [Citado 2017 Dic 19]Disponible en: http://www.facmed.unam.mx/sg/css/documentos_pdf/EI%20Servicio%20Social%20Medico.pdf
18. Morales Betanzo R.A., Pérez Berdejo E., Cadó Cabrera N. M., Sánchez Moljo S., Rodríguez R. ANTECEDENTES DEL SERVICIO SOCIAL DE ESTUDIANTES [Internet]. Disponible en: dgces.salud.gob.mx/orhus/documentos.php?type=file&id=9
19. Ciudad Universitaria. ABC del Servicio Social [Internet]. 2016. Disponible en: <http://www.siients.unam.mx/serviciosocial/inicio.php?clave=ABCSS>
20. García-García JA et al. Educación médica basada en competencias. Rev Med Hosp Gen Mex. 2010; 37(1):57-69.
21. Huapaya Yaya José M., Lizaraso Caparo Frank V. Educación médica: nuevos paradigmas. Modelo educativo por competencias. Rev Horiz Med. 2011; 11(2):86.

22. Scott C. L. El futuro del aprendizaje 2 ¿Qué tipo de aprendizaje se necesita en el siglo XXI? Investigación y Prospectiva en Educación UNESCO, París; 2015.
23. M.A. El Coral Castilla E. et al. Modelo Curricular. Universidad de Quintana Roo. Chetumal, Quintana Roo, México; 2013.
24. García Maldonado G. et al. Aprendizaje por competencias. Un reto educativo para las escuelas de medicina en México. MSS. agosto de 2013; 3(3):19.
25. Patiño Torres M. J. Lineamientos generales para la educación médica basada en la competencia profesional. Docencia Universitaria. 2014; XV (1):3-22.
26. Fajardo Ruz R. et al. Proyecto Universitario de Atención Primaria a la Salud. Chetumal, Quintana Roo, México: Universidad de Quintana Roo; 2016.
27. Delors J. Los cuatro pilares de la educación. En: La Educación encierra un tesoro [Internet]. México: UNESCO; 1994. p. 91-103. Disponible en: <https://www.uv.mx/dgdaie/files/2012/11/PPP-DC-Delors-Los-cuatro-pilares.pdf>
28. Universidad Nacional Autónoma de México. Modalidades del servicio social médico [Internet]. 2013. Disponible en: <http://www.facmed.unam.mx/sg/css/>
29. Organización Mundial de la Salud. Novena Conferencia Mundial de Promoción de la Salud: acerca de la Conferencia [Internet]. Promoción de la Salud. 2018. Disponible en: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/about/es/>
30. G. Foz I Gil, J. M. Argimón Pallas, J. Gofin. Atención Primaria. Principios, organización y métodos en Medicina de Familia. En: La salud de la comunidad Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC). España: Elsevier; 2014. p. 295-316.
31. Maya Álvarez J. A. et al. Integración del médico en servicio social a la coordinación hospitalaria de donación. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2012; 50(1):47-51.
32. Escalante-Romero, L, Cueva-Chávez, L, Linares-Reyes, E, Blossiers-Mazzini, C. Experiencias de trabajo en actividades en Atención Primaria de Salud realizadas por estudiantes de medicina de Perú. CIMEL Ciencia e Investigación Médica Estudiantil Latinoamericana [Internet]. 2010; 15(1):14-18. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71720941004>
33. Bonal-Ruiz R, Marzán-Delis M, Garbey-Acosta A. Identificación de competencias en promoción de salud en médicos de familia de Cuba Estudio cualitativo. Aten Fam. 2017; 24(1):32-9.
34. Lamus Lemus F. Correal Muñoz C. Hernández Rincón E. Construcción de entornos saludables en el marco de la Atención Primaria en Salud: el caso de la

enseñanza de Salud Comunitaria en el Programa de Medicina de la Universidad de La Sabana. Salud Uninorte Barranquilla. 2015; 2(31):424-34.

35.- Borrell M.R. Malvárez S. Frías de Yaksic R. Experiencias de educación en ciencias de la salud para la APS. En: Educación en ciencias de la salud hacia la APS y libro de textos Informe de la Reunión de Cartagena de Indias [Internet]. Washington D.C: Organización Panamericana de la Salud.; 2011. p. 27-38. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=15266&Itemid=270&lang=es

36. Universidad de Quintana Roo. Historia [Internet]. Misión. 2018. Disponible en: <http://dcs.uqroo.mx/mision/>

37. Universidad de Quintana Roo. Modelo Educativo [Internet]. Visión 2012 2018. Disponible en: <http://dcs.uqroo.mx/vision/>

38. Corrales Caligiore I. Díaz Sosa J. Competencias en la atención primaria en salud de los egresados de la carrera de enfermería. Universidad de Los Andes. Rev Ciencia y Cuidado. 2013; 10(2):40-49.

39. Sheline B. et al. Population Health Initiatives for Primary Care at Duke University School of Medicine. NC Med J. 2014; 75(1):33-5.

40. Alarcón–Cerón M. Modelo integrador de enfermería: una estrategia para la Atención Primaria a la Salud. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2013; 21(1): 35-40

41. Grandes G. Arce V. Arietaleanizbeaskoa M. S. La investigación al alcance de los profesionales de Osakidetza: Programa de Investigación en Atención Primaria de Salud. Aten Primaria. 2014; 4(46):188-97.

42. Champin D, Risco De Domínguez G. Formación del estudiante de medicina en Salud Pública y atención primaria de salud, una experiencia en el Perú [carta]. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2013; 30(2):347-9.

43. Restrepo Vélez O. Vega Romero R. Participación social y comunitaria en Atención Primaria de Salud - APS. Bogotá: para la muestra un botón. Rev Gerenc Polit Salud, Bogotá (Colombia). 2009; 8(16):153-64.

44. Fernández-Ortega, MÁ, Ortiz-Montalvo, A, Ponce-Rosas, ER, Fajardo-Ortiz, G, Mazón-Ramírez, JJ. Caracterización de alumnos de la carrera de Medicina. Investigación en Educación Médica [Internet]. 2016;5(19):148-154. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349746529003>

45. García Acosta et al. Educación médica en México. Primera. México: Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina; 2015. 94 p.

46. M.B.I. Durante Montiel, A. Martínez González, S. Morales López, J.R. Lozano Sánchez, M. Sánchez Mendiola. Educación por competencias: de estudiante a médico. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*. 2011; 54(6):42-50.
47. Parada-Lezcano M. Romero M.I. Moraga Cortés F. Educación médica para la Atención Primaria de Salud: visión de los docentes y estudiantes. *Rev Med Chile*. 2016; 144:1059-1066.
48. Slagado Lévano A. INVESTIGACIÓN CUALITATIVA: DISEÑOS, EVALUACIÓN DEL RIGOR METODOLÓGICO Y RETOS. *LIBERABIT*. 2007;(13):71-8.
49. Ortiz García J. M. Guía descriptiva para la elaboración de protocolos de investigación. *SALUD TABASCO*. 2006; 12(3):530-40.
50. Hernández Sampieri R. Proceso de la investigación cualitativa. En: *METODOLIGÍA DE LA INVESTIGACIÓN*. Sexta. México: McGraw-Hill; 2014. p. 355-528.
51. Nebot Adell C, Rosales Echevarria C, Borrell Bentz RM. Curso virtual para el desarrollo de competencias en atención primaria de salud. *Rev Panam Salud Pública*. 2009; 26(2):176–83.
52. Strauss A, Corbin Contus J. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Primera edición. Antioquia: Universidad de Antioquia; 2002.
53. Benjumea C, C. La teoría fundamentada como herramienta de análisis. *Cultura de los Cuidados*. 2006; 20: 136-140.
54. Hamui-Sutton A. Condiciones sociales en que los pasantes de la Facultad de Medicina (FM) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) realizan el Servicio Social en áreas rurales. *Gac Med Mex*. 2012;148(3):277–80.
55. Montero-Mendoza E, Cruz-Sánchez M. Servicio social de medicina en el primer nivel de atención médica: de la elección a la práctica. *Rev la Educ Super*. 2014; XLIII(172):79–99.
56. Cruz Hernández Jeddú, Hernández García Pilar, Abraham Marcel Enrique, Dueñas Gobel Nancy, Salvato Dueñas Alena. Importancia del Método Clínico. *Rev Cubana Salud Pública [Internet]*. 2012 Sep [citado 2019 Mar 22]; 38(3): 422-437. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000300009&lng=es.
57. Franco-Giraldo, Á. El rol de los profesionales de la salud en la atención primaria en salud (APS). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública [Internet]*. 2015;33(3):414-424. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12041781011>

58. Castilla Luna M, López De Mesa C. Los roles del docente en la educación médica. *Educ y Educ*. 2007;10(1):105–13.
59. Leiva L, Montero L, Dois A, Triviño X, Sirhan M. Percepción de los académicos del rol docente del médico. *Investig en Educ Médica*. 2017;6(23):198–205.
60. Carrasco Feria MA, García ML, Velázquez Zúñiga GA, Guevara Guerrero G, Cruz Casaus M. Atención a la función docente educativa en la formación del médico general. *CMM*. 2016;20(4):714–28.
61. Medica Del Mexico R DE, González-Martínez J, García-García J, Mendoza-Guerrero J, Uriega-González Plata S. La importancia de la investigación en educación médica en México. *Rev Med Hosp Gen Mex*. 2010;73(73):48–56.
62. Fernández Fernández I. ¿Investigación en atención primaria? *Aten Primaria* 2003;31(5):281-4 281.
63. MUÑOZ PAREDES CF. Equipos Multidisciplinarios de Salud: Consultorsalud, aportando la salud latinoamericana. [Internet]. [Consultado 22 marzo 2018]. Disponible en: http://www.consultorsalud.com/sites/consultorsalud/files/equipos_multidisciplinarios_de_salud_ems_-_colombia_integral_2016_0.pdf
64. Desarrollo profesional médico continuo. *Arch. Pediatr. Urug*. [Internet]. 2003 Mar [citado 2019 Abr 09]; 74(1): 3-5. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492003000100001&lng=es.
65. Rando Huluk Ana Evelyn Karina. Trabajo en equipo: ¿Es posible formar equipos médicos expertos a partir de profesionales expertos?. *Rev. Méd. Urug*. [Internet]. 2016 Abr [citado 2019 Abr 09]; 32(1): 59-67. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902016000100008&lng=es.
66. Strasser R. etal. Putting Communities in the Driver's Seat: The Realities of Community-Engaged Medical Education. *Academic Medicine*- 2015; 90 (11): 1466-1470.
67. Organización Panamericana de la Salud. Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS. Washington D.C; 2008. 46 p. (Serie la Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. No. 1).