Descargado el: 8-11-2026 ISSN 1727-897X

ARTÍCULO ORIGINAL

Atención preventiva y promoción de la salud por médicos del posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria en el primer nivel de atención en Chimborazo

Preventive care and health promotion by postgraduate doctors of Family and Community Medicine in the first care level in Chimborazo

Liana Elisa Rodríguez Vargas[1]

[1] Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología, La Habana, Cuba

Cómo citar este artículo:
Rodríguez-Vargas L. Atención preventiva y promoción de la salud por médicos del posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria en el primer nivel de atención en Chimborazo. **Medisur** [revista en Internet]. 2017 [citado 2026 Nov 8]; 15(6):[aprox. 6 p.]. Disponible en: https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3507

Resumen

Fundamento: El posgrado de la especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria comprende la prestación de asistencia médica en unidades de servicios de salud del Ecuador. Resulta de interés conocer el modo en que estos médicos asumen estas actividades y las ponen en práctica en las comunidades que atienden durante el periodo de formación.
Objetivo: caracterizar la atención preventiva y de promoción de la salud desarrollada por médicos del posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria en el primer nivel de atención.
Métodos: se realizó un estudio descriptivo, con 29 médicos que cursaron el posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria en la provincia Chimborazo, Ecuador, en el período 2014-2015. Las atenciones realizadas fueron analizadas en cuanto a tipo, grupos etarios de los pacientes, escenarios y causas. Los datos fueron tomados del registro diario automatizado de consultas y atenciones ambulatorias.
Resultados: prevaleció la atención preventiva y de promoción de la salud, predominando la atención primera en el 2014 y la subsecuente en el 2015. El grupo etario de 20 a 64 años aportó el mayor porcentaje de pacientes. Se incrementó la de tipo preventiva subsecuente en todos los grupos de edades. El domicilio fue el escenario de atención más frecuente y el control general de salud la causa más observada.
Conclusiones: los médicos del posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria implementan de forma favorable la atención preventiva y de promoción de la salud en el primer nivel de atención.

Palabras clave: Medicina preventiva, atención médica, medicina familiar y comunitaria

Abstract

Foundation: The postgraduate specialty in Family and Community Medicine includes medical assistance provision in health service units of Ecuador. It is necessary to know how these doctors assume these activities and put them into practice in the communities they serve during the training period.
Objective: to characterize preventive care and health promotion developed by postgraduate doctors of Family and Community Medicine in the first care level.
Methods: a descriptive study was conducted, with 29 physicians who studied the postgraduate course of Family and Community Medicine in the province of Chimborazo, Ecuador, from 2014 to 2015. The services provided were analyzed in terms of type, age groups of patients, scenarios and causes. The data used was taken from the automated daily consultation record and ambulatory care.
Results: preventive care and health promotion prevailed, predominantly the first care in 2014 and the subsequent in 2015. The 20 to 64 years age group contributed the highest percentage of patients. The subsequent preventive type was increased in all age groups. Home was the most it's most frequent scenario and general health control the most observed cause.
Conclusion: doctors of the postgraduate course in Family and Community Medicine favourably implement preventive and promotion health care in the first level.

Key words: Preventive medicine, medical care, family practice

Aprobado: 2017-11-06 10:20:46

Correspondencia: Liana Elisa Rodríguez Vargas. Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología. La Habana lianardguez@yahoo.es

INTRODUCCIÓN

El fortalecimiento del Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FC), incorporando la estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada, es una de las prioridades del proceso de transformación del sector salud en el Ecuador. En términos generales significa priorizar y consolidar las acciones de atención integral con énfasis en la promoción y la prevención, para responder a las necesidades de salud de las personas, las familias y la comunidad.[1]

Como parte del equipo básico de atención integral de salud (EBAIS) del primer nivel de atención, el médico familiar juega un papel fundamental en el desarrollo del Modelo de Atención Integral de Salud, al asumir el protagonismo en la educación sanitaria del paciente. La medicina familiar, como disciplina orientada hacia la atención curativa, integral y continua, la promoción de la salud y prevención de enfermedades, es el eje que permite cumplir dicho fortalecimiento.[1]

El médico familiar, antes de convertirse en especialista, pasa por un proceso de formación en la residencia que confiere gran importancia a las actividades preventivas y de promoción, las cuales debe aprender a implementar en los distintos grupos de población. Constituye la figura fundamental del sistema sanitario y tiene como misión realizar una atención médica integrada y completa a los miembros de la comunidad.[2-4] Como promotor de la salud, debe participar en los esfuerzos dirigidos a la prevención de enfermedades y a la promoción de comportamientos saludables en todos los niveles de atención.

El Posgrado de la especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria, se inicia en el año 2014 en la Universidad Escuela Superior Politécnica de Chimborazo (ESPOCH), de la provincia Chimborazo, con 29 médicos, bajo la asesoría de profesores cubanos del Convenio Docente de la Misión Médica en Ecuador, con una duración de tres años. Durante su formación como especialistas, estos médicos brindan asistencia en unidades operativas de la red de servicios de salud del Ministerio de Salud Pública, que constituyen unidades asistenciales docentes.

Se desconoce el modo en que estos médicos asumen estas actividades y las ponen en práctica en las comunidades que atienden, antes de finalizar su período de formación. El objetivo del estudio es caracterizar la atención preventiva y de promoción de la salud por médicos del posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria en el primer nivel de atención.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo y transversal con los 29 médicos de la provincia Chimborazo, que cursaron el posgrado de la especialidad Medicina Familiar y Comunitaria de la universidad Escuela Superior Politécnica de Chimborazo (ESPOCH) en el período 2014-2015. Según lo establecido para este posgrado, los médicos fueron asignados a establecimientos de salud de la red de servicios de salud del Ministerio de Salud Pública, los cuales constituyen unidades asistenciales docentes, ubicados en los distritos Chambo Riobamba, Guano Penipe y Colta Guamote. En estas poblaciones, mediante actividades intramurales y extramurales, o comunitarias, los médicos posgradistas brindaron atención preventiva y de promoción de salud.

Como variables del estudio, fueron analizadas las atenciones realizadas (morbilidad, preventiva), tipo de atención (primera y subsecuente), grupos de edades de los pacientes atendidos (< 1 año, 1 a 4 años, 5 a 9 años, 10 a 19 años, 10 a 19 años, 20 a 64 años, 65 años y más), escenarios (domicilio, establecimiento de salud, comunidad, centros de cuidado infantil, centros educativos, otros) y causas de la atención (control general de salud, control de salud del niño, control a la gestante, planificación familiar, control de salud del adolescente, otras causas).

La información se obtuvo del Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias (RDACAA). Los datos fueron procesados en el programa computarizado Excel y los resultados se expresaron en tablas, mediante números absolutos y porcentajes.

La información obtenida fue utilizada con fines científicos y se contó con la aprobación del Comité de Ética de la ESPOCH.

RESULTADOS

En el año 2015 se registró un incremento de las atenciones médicas con respecto al año 2014, con predominio de la atención preventiva en más del 60,0 % en ambos años. (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución de atenciones médicas de morbilidad y preventiva según el año

Atención	2014		2015	
	No.	%	No.	%
Morbilidad	10164	34,9	14417	49,5
Preventiva	18936	65,1	18151	62,4
Total	29100	100,0	32568	100,0

De la atención preventiva y de promoción de la salud, predominó el tipo de atención primera o por primera vez en el año 2014 (74,0 %), mientras que en el año 2015 fue la subsecuente o de seguimiento con un 59,4 %. (Tabla 2).

Tabla 2. Tipo de atención preventiva y de promoción de la salud. 2014-2015

Tipo de atención	2014		2015	
	No.	%	No.	%
Primera	14012	74,0	7361	40,6
Subsecuente	4924	26,0	10790	59,4
Total	18936	100,0	18151	100,0

El mayor porciento de personas que recibió atención preventiva y de promoción de la salud (primera y subsecuente), pertenecieron al grupo etario de 20 a 64 años (55,2 % en el 2014 y 47,2 % en el 2015). Con excepción de este grupo etario y el de 65 años y más, aumentaron las atenciones en los otros grupos. (Tabla 3).

Tabla 3. Atención preventiva y de promoción de la salud por grupos de edades. 2014-2015

Grupos de edades	2014		2015	
	No.	%	No.	%
< 1 año	1106	5,8	1506	8,3
1 a 4 años	2035	10,7	2624	14,5
5 a 9 años	1161	6,1	1443	7,9
10 a 19 años	2363	12,5	2516	13,9
20 a 64 años	10445	55,2	8567	47,2
65 años y más	1826	9,6	1495	8,2
Total	18936	100,0	18151	100,0

En la distribución de la atención preventiva subsecuente por grupos etarios, se evidenció un incremento sustancial del número de personas que recibieron este tipo de atención en todos los grupos etarios. (Tabla 4).

Tabla 4. Atención preventiva subsecuente por grupos etarios. 2014-2015.

Grupos etarios	2014		2015	
	No.	%	No.	%
< 1 año	603	12,2	987	9,1
1 a 4 años	939	19,1	1714	15,9
5 a 9 años	415	8,4	807	7,5
10 a 19 años	559	11,4	1364	12,6
20 a 64 años	2095	42,5	4934	45,7
65 años y más	313	6,4	984	9,1
Total	4924	100,0	10790	100,0

El escenario de la atención preventiva y de promoción de la salud más frecuente fue el domicilio (70,1 % en 2014 y 51,9 % en 2015). Se constató un incremento del número de atenciones en todos los escenarios de atención con excepción del domicilio y la comunidad. (Tabla 5).

Tabla 5. Atención preventiva y de promoción de la salud según los escenarios. 2014-2015.

Escenarios de atención	2014		2015	
	No.	%	No.	%
Domicilio	13272	70,1	9428	51,9
Establecimiento de salud	3253	17,2	6366	35,1
Comunidad	1467	7,7	688	3,8
Centros de cuidado infantil	533	2,8	820	4,5
Centros educativos	349	1,8	762	4,2
Otros	62	0,3	87	0,5
Total	18936	100,0	18151	100,0

La causa más frecuente de atención preventiva y de promoción de la salud, fue el control general de salud (73,8 % en 2014 y 52,0 % en 2015). Se observó un incremento de todas las causas, con excepción del control general de salud. (Tabla 6).

Tabla 6. Atención preventiva y de promoción de la salud según las causas. 2014-2015.

Causas	2014		2015	
	No.	%	No.	%
Control general de salud	13977	73,8	9447	52,0
Control de salud del niño	2923	15,4	3890	21,4
Control a la gestante	646	3,4	1144	6,3
Planificación familiar	585	3,1	1520	8,4
Control de salud del adolescente	165	0,9	735	4,0
Otras causas	640	3,4	1415	7,8
Total	18936	100,0	18151	100,0

DISCUSIÓN

Las actividades preventivas y de promoción de la salud se desarrollan en todos los ámbitos del sistema sanitario, pero es en el seno de la Atención Primaria de Salud donde adquieren mayor protagonismo, sobre todo en un marco de integración progresiva de las actuaciones clínicas y de salud pública y comunitaria, constituyendo un aspecto primordial para todo médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.[5-8]

Lo antes planteado se refleja en este estudio, ya que existió predominio de la atención preventiva y de promoción de la salud respecto al total de atenciones desarrolladas por los médicos posgradistas en su estancia en los centros de salud del primer nivel de atención, lo que demuestra el énfasis de la gestión del Ministerio de Salud Pública en prevenir más que en curar, como parte del nuevo modelo de atención,[1] con el objetivo de modificar la realidad de salud de la población y lograr los cambios necesarios tendientes a alcanzar un modo de vida más sano. Estos resultados no coinciden con lo encontrado en otro estudio[9] donde la realización de actividades preventivas por parte de los médicos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria en las consultas de atención primaria fue muy escasa.

En los primeros meses de inicio del posgrado en Medicina Familiar y Comunitaria, se realizó el proceso de la dispensarización de toda la población asignada al médico familiar, que constituye una de las herramientas fundamentales en el trabajo de esta especialidad para identificar las necesidades de salud y los factores de riesgo presentes en individuos, familias y la comunidad en general.[10] Durante este proceso se identificaron adultos y niños que nunca habían recibido atención en el centro de salud, lo que condujo a la apertura de historias clínicas para el seguimiento y control de todas las personas dispensarizadas, y por tanto, al incremento del número de atenciones primeras o por primera vez en el año 2014.

El médico familiar sigue al individuo, la familia o la comunidad durante todo el proceso de la atención médica integral en función de las necesidades de salud específicas, por lo que la continuidad de la atención es el elemento clave de la medicina familiar;[10-12] tal afirmación se vio materializada en este estudio, donde el trabajo enfocado en el seguimiento y control de salud de la población, influyó en el incremento de la atención subsecuente o de seguimiento en todos los grupos de edades en el año 2015.

Destaca la visita domiciliaria en esta investigación, como el escenario más frecuente donde fueron desarrolladas las atenciones de prevención y promoción de la salud. En ella se realiza el intercambio entre la familia y el equipo de salud del primer nivel, la evaluación dinámica, organizada y continua del estado de salud de las personas en su entorno familiar y social, con el propósito de influir en su mejora mediante la planificación e implementación de intervenciones preventivas y de promoción de salud, lo que garantiza la atención integral de los problemas de salud en el individuo, familia y comunidad en general.[1,10,13,14]

La visita casa a casa, así como las diversas acciones comunitarias que fueron llevadas a cabo por los médicos posgradistas para dar cumplimiento al proceso de la dispensarización, incidió en el aumento observado de estos escenarios de atención en el año 2014. Posteriormente se incrementaron las actividades preventivas y de promoción de salud en los centros educativos y de cuidado infantil, debido a la prioridad de estos centros, cumpliendo con el principio básico del abordaje del individuo en su medio familiar y su comunidad, así como en el medio laboral o escolar.[15]

El control general de salud como causa de atención más frecuente, concuerda con resultados de otros estudios.[16] En esta actividad, el médico familiar realiza la evaluación integral y continua de toda su población, mediante acciones de promoción de la salud, de prevención primaria, secundaria o terciaria, según el grupo dispensarial que corresponda.[10]

La frecuencia de la atención preventiva y de promoción de la salud se establece según el problema de salud, riesgo o daño presente.[1,17] En este estudio se evidenció el abordaje de grupos poblacionales y de riesgo, con la implementación de atenciones preventivas y de promoción de la salud en niños, gestantes, adultos y adultos mayores. La prioridad de las actividades de planificación familiar está relacionada con la alta natalidad y baja percepción del riesgo reproductivo observado en las comunidades atendidas por los médicos posgradistas.

Se concluye que en el período analizado la implementación de la atención preventiva y de promoción de la salud por los médicos del posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria en el primer nivel de atención, fue favorable, lo que quedó evidenciado por el comportamiento de aspectos como el tipo y la causa de atención en los dos años de estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud -MAIS. Ecuador: MSP; 2013.

2. Armiños G, Vaca L, Aguilera L, Casado V, Sánchez G, Alvear S. Programas de formación en Medicina Familiar en Iberoamérica. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2016 ; 11 Suppl 1: S47-60.

3. Casado V, Luzón L. Razones, retos y aportaciones del programa de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria en España. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2014 ; 9 (31): 195-205.

4. Harzheim E, Casado V, Bonal P. La formación de profesionales de salud para la APS y Salud Familiar y Comunitaria en América Latina y Europa [Internet]. Argentina: Ministerio de Salud; 2009. [cited 8 Mar 2017] Available from: http://www.msal.gob.ar/observatorio/images/stories/documentos_formacion/acerca_de/HARZHEIM.CASADOVICENTE-Formacion_profesional_para_la_APS.pdf.

5. Rey AC, Acosta N. El enfoque de competencias para los equipos de Atención Primaria en Salud. Una revisión de literatura. Rev Gerenc Polít Salud. 2013 ; 12 (25): 28-39.

6. Brotons C, Soriano N, Moral I, Rodríguez F, Banegas JR, Martín JM. Intervenciones preventivas en el ámbito de la atención primaria. El ejemplo del PAPPS. Informe SESPAS 2012. Gaceta Sanitaria. 2012 ; 26 (1): 151-7.

7. Camarelles F. ¿Cuáles son las actividades preventivas ineludibles en atención primaria?. FMC. 2014 ; 21 (10): 575-7.

8. Subías PJ, García JR, Pérula L. La efectividad de las actividades preventivas analizadas en el ámbito de centros de salud adscritos al Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) de la semFYC. Aten Primaria. 2000 ; 25 (6): 383-9.

9. Paniagua D, Pérula LA, Ruiz R, Gavilán E. Grado de implementación de actividades preventivas por parte de los médicos residentes de medicina familiar y Comunitaria en las consultas de Atención Primaria. Aten Primaria. 2010 ; 42 (10): 514-9.

10. Álvarez R. Atención primaria de salud, Medicina Familiar y médicos de familia. In: Medicina General Integral. Vol.1. 3ra. ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2014. p. 96-111.

11. Martín A, Gené J, Subías P. Actividades preventivas y de promoción de la salud. In: Atención primaria. Principios, organización y métodos en medicina de familia. Vol. 1. 7a. ed. Barcelona: Elsevier; 2014.

12. Martín A, Jodar G. Atención familiar y salud comunitaria. Conceptos y materiales para docentes y estudiantes. Madrid: Elsevier; 2011. p. 3-16.

13. Segredo AM, Perdomo I. La Medicina General Integral y su enfoque social y humanista. Educ Med Super [revista en Internet]. 2012 [cited 8 Mar 2017] ; 26 (2): [aprox. 16p]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412012000200011.

14. Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria. Análisis sobre la situación de los médicos de familia en España [Internet]. España: Semergen; 2011. [cited 10 Ene 2016] Available from: http://static.diariomedico.com/docs/2011/05/03/situacion_semergen.pdf.

15. Martín M, Subías P, Iglesias M, Martín P, Bauzá K, Alonso S, et al. Proyecto de mejora del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) de la semFYC. PAPPS-semFYC [Internet]. Barcelona: PAPPS; 2009. [cited 5 May 2016] Available from: http://www.papps.es/upload/file/EditorialPAPPS.pdf.

16. Programa de Educación Continua en Salud Familiar, Ambulatoria y Comunitaria. Introducción a la práctica de la Medicina Familiar [Internet]. Buenos Aires: PROFAM; 2009. [cited 5 May 2016] Available from: https://medfamcom.files.wordpress.com/2009/10/introduccion-a-la-mf-foroaps.pdf.

17. Casado V, Planes A, Thomas V, Vázquez JR. La Medicina de Familia y Comunitaria. Valores profesionales y perfil profesional del médico de familia. In: Casado V, Calero S, Granados F, Esquerra M, García L, García G, et al, editors. Tratado de Medicina de Familia y Comunitaria. 2da. ed. Barcelona: Editorial Médica Panamericana; 2012. p. 3-29.