

# UCUENCA

## Universidad de Cuenca

Facultad de Ciencias Médicas

Carrera de Medicina

**Conocimientos sobre el Modelo de Atención Integral de Salud en los estudiantes de noveno y décimo ciclo de la carrera de medicina de la Universidad de Cuenca, periodo marzo 2023 - agosto 2023. Cuenca - Ecuador**

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de Médico

**Autores:**

Francisco Javier Coronel Peralta

Mayra Verónica Ortega Arana

**Director:**

Verónica Andrea Pérez Paredes

ORCID:  0000-0002-7049-6051

**Cuenca, Ecuador**

2024 – 01 – 15

## Resumen

Antecedentes: el sistema de salud ecuatoriano ha sufrido grandes transformaciones en los últimos 15 años, marcados por cambios en la Constitución y en la concepción de la salud como un derecho que llevan a implementar el Modelo de Atención Integral en Salud dentro de todo el territorio. Objetivo: determinar el nivel de conocimientos sobre el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) de los estudiantes de noveno y décimo ciclo de la carrera de medicina de la Universidad de Cuenca Período marzo 2023 – agosto 2023. Método: se realizó un estudio descriptivo, tomando como universo a 152 estudiantes de medicina matriculados en el noveno y décimo ciclo en la Universidad de Cuenca, la muestra se obtuvo con un intervalo de confianza de 95%, correspondiendo a 109 participantes, a quienes se aplicó un cuestionario validado por expertos que contiene puntos teóricos relevantes sobre el MAIS incluyendo la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS). Se utilizaron frecuencias y chi cuadrado mediante el software SPSS Statistics en su versión 21. Resultados: se encontró que el 75.2% de los participantes tiene un alto nivel de conocimientos. Se observa una relación estadísticamente significativa con el ciclo académico y la malla curricular cursada ( $p < 0,05$ ). Conclusiones: la población estuvo principalmente constituida por mujeres y existió un adecuado nivel de conocimiento sobre el MAIS, siendo su principal fuente la educación universitaria.

*Palabras clave:* estrategias de salud nacionales, salud pública, atención primaria de salud, estudiantes de medicina



El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Cuenca ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por la propiedad intelectual y los derechos de autor.

Repositorio Institucional: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/>

### Abstract

Background: The Ecuadorian health system has been transformed significantly in the last 15 years, characterized by changes in the constitution and in the understanding of health as a right that lead to the implementation of the Model of Integrated Health Care within the whole territory. Objective: To determine the level of knowledge about the Integrated Health Care Model (MAIS) of ninth and tenth cycle medical students of the University of Cuenca, period March 2023 - August 2023. Method: A descriptive study was conducted, with a universe of 152 medical students registered in the ninth and tenth cycle at the University of Cuenca, the sample was obtained with a confidence interval of 95%, corresponding to 109 participants, to whom was applied a questionnaire validated by experts containing relevant theoretical points of the MAIS including the strategy of Primary Health Care (PHC). Frequencies and chi-square were used by SPSS Statistics software version 21. Results: 75.2% of the participants were found to have a high level of knowledge, in addition to a statistically significant relationship with the academic course and the curricular program studied ( $p < 0.05$ ). Conclusions: The population was mainly composed of women and there was an adequate level of knowledge about MAIS, its main source coming from university education.

*Keywords:* national health strategies, public health, primary health care, medical students



El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Cuenca ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por la propiedad intelectual y los derechos de autor.

Repositorio Institucional: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/>

## Índice de contenido

<b>Resumen .....</b>	<b>2</b>
<b>Abstract .....</b>	<b>3</b>
<b>Agradecimiento.....</b>	<b>7</b>
<b>Agradecimiento.....</b>	<b>8</b>
<b>Dedicatoria .....</b>	<b>9</b>
<b>Dedicatoria .....</b>	<b>10</b>
<b>Capítulo I .....</b>	<b>11</b>
1.1. Introducción.....	11
1.2. Planteamiento del problema .....	11
1.3. Justificación.....	12
<b>Capítulo II .....</b>	<b>14</b>
2.1. Estado del arte .....	14
2.2. Definición.....	14
2.3. Antecedentes.....	15
2.4. Situación actual del sistema sanitario ecuatoriano.....	16
2.5. Modelo de Atención Integral en Salud .....	18
2.6. Talento humano en salud y formación médica.....	23
2.7. Retos de la formación médica .....	25
2.8. Evaluación del desempeño.....	26
<b>Capítulo III .....</b>	<b>27</b>
3.1. Objetivo general .....	27
3.2. Objetivos específicos.....	27
<b>Capítulo IV.....</b>	<b>28</b>
4.1. Tipo de estudio.....	28
4.2. Área de estudio .....	28

4.3. Universo y muestra.....	28
4.4. Criterios de inclusión y exclusión .....	28
4.5. Variables de estudio .....	29
4.6. Método, técnicas e instrumentos: .....	29
4.7. Plan de tabulación y análisis.....	31
4.8. Consideraciones bioéticas .....	32
<b>Capítulo V.....</b>	<b>33</b>
5.1. Resultados .....	33
<b>Capítulo VI.....</b>	<b>38</b>
6.1. Discusión.....	38
<b>Capítulo VII.....</b>	<b>40</b>
7.1. Conclusiones.....	40
7.2 Recomendaciones.....	40
<b>Referencias .....</b>	<b>41</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>46</b>
Anexo A: Operacionalización de Variables.....	46
Anexo B: Cuadro de revisión de expertos .....	48
Anexo C: Consentimiento informado expertos.....	53
Anexo D: Formulario .....	54
Anexo E: Formulario de Consentimiento informado.....	56

## Índice de tablas

<b>Tabla N 1.</b> Índice de Likert.....	29
<b>Tabla N 2.</b> Cuadro de resultados de revisión de expertos. ....	30
<b>Tabla N 3.</b> Escala de conversión. ....	31
<b>Tabla N 4.</b> Características demográficas de los estudiantes de noveno y décimo ciclo de la carrera de medicina de la Universidad de Cuenca. Marzo – agosto 2023.....	33
<b>Tabla N 5.</b> Ciclo académico y malla curricular a la que pertenecen los estudiantes de noveno y décimo ciclo de la carrera de medicina de la Universidad de Cuenca. Marzo – agosto 2023. ....	34
<b>Tabla N 6.</b> Nivel de conocimiento teórico obtenido en los estudiantes de noveno y décimo ciclo de la carrera de medicina de la Universidad de Cuenca. Marzo – agosto 2023.....	34
<b>Tabla N 7.</b> Percepción personal de los estudiantes de noveno y décimo ciclo de la carrera de medicina de la Universidad de Cuenca. Marzo – agosto 2023.....	35
<b>Tabla N 8.</b> Nivel de conocimiento de acuerdo al sexo de los estudiantes de noveno y décimo ciclo de la carrera de medicina de la Universidad de Cuenca. Marzo – agosto 2023. ....	36
<b>Tabla N 9.</b> Nivel de conocimiento de acuerdo al ciclo académico de los estudiantes de noveno y décimo ciclo de la carrera de medicina de la Universidad de Cuenca. Marzo – agosto 2023.....	36
<b>Tabla N 10.</b> Nivel de conocimiento de acuerdo a la malla curricular de los estudiantes de noveno y décimo ciclo de la carrera de medicina de la Universidad de Cuenca. Marzo – agosto 2023.....	37

## Agradecimiento

A mis padres, Francisco y María del Carmen por apoyarme incondicionalmente durante todo este largo camino que es la Medicina y permitirme alcanzar este sueño.

A mi hermana Gabriela, por ser mi confidente de penas y alegrías en el transcurso de estos años y por ser ejemplo de dedicación, trabajo duro y sacrificio para alcanzar tus logros.

A la Doctora Verónica Pérez por formar parte y dedicar su tiempo a la consecución de este proyecto. Gracias por su entrega a la Universidad de Cuenca y a sus estudiantes.

Gracias a todos quienes formaron parte de este sueño, a mis amigos y maestros, sin quienes el camino sería casi imposible y seguramente solitario.

**Francisco Coronel**

## Agradecimiento

Agradezco a Dios por la vida y por este nuevo triunfo, así como a todas las personas que me apoyaron y creyeron en la realización de esta tesis.

Agradezco a quienes han sido parte fundamental de mi crecimiento profesional, a mi familia y a los docentes que compartieron todos sus conocimientos.

Este trabajo no habría sido posible sin la valiosa contribución de cada uno de ustedes.

¡Muchas gracias!

**Mayra Ortega**

## Dedicatoria

A los pilares fundamentales de mi vida, mis padres y mi hermana, quienes han vivido este camino a mi lado, siempre orgullosos de mis logros y derrotas ya que todas son una oportunidad para aprender y seguir adelante.

A mis abuelos, quienes viven este sueño a mi lado desde el primer día que inició, por celebrar conmigo cada paso, por más pequeño que éste sea.

A mi tío Jorge Peralta por ser el origen de este gusto y amor por la medicina, por apoyarme incondicionalmente cuando sentí que no iba a lograrlo, y emocionarse cuando supo que había obtenido la oportunidad para iniciar este sueño.

Este logro se lo dedico a mi familia, amigos y profesores, pues cada uno ha dejado su huella en esta etapa, y como no recordar a aquella persona especial que la vida y la medicina me dieron.

Esta etapa termina, pero el camino continúa.

**Francisco Coronel**

## Dedicatoria

Dedicado a aquel que ya no está, su legado de cuidado y dedicación seguirá iluminando  
mi camino.

**Mayra Ortega**

## Capítulo I

### 1.1. Introducción

La implementación del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) en el territorio ecuatoriano es resultado de las reformas establecidas en la Constitución de 2008, siendo un mecanismo para hacer frente a las desigualdades en el acceso y calidad de atención de salud de la población. Este cambio del paradigma curativo tiene como objetivo primordial el fortalecimiento de la promoción de salud y prevención de enfermedades, eligiéndose éstos como los pilares fundamentales en la reconfiguración del sistema sanitario.

En virtud de ello, se emprende la tarea de identificar el nivel de conocimientos que tienen los estudiantes de noveno y décimo ciclo de la carrera de medicina sobre el modelo de atención y sus implicaciones. Este estudio no solo pretende investigar el impacto de la implementación del modelo, si no también comprender como los futuros profesionales médicos se están preparando para enfrentar los desafíos inherentes a esta nueva dinámica en la atención médica.

Este estudio, estructurado en 7 capítulos, abarca desde la imperante necesidad de investigación hasta una revisión literaria sobre el modelo, sus antecedentes y componentes esenciales. Asimismo, se exploran aspectos significativos como la formación médica, el perfil profesional y los retos de la misma.

Como instrumento se ha elaborado y validado un formulario diseñado para recoger aspectos fundamentales que los estudiantes deben dominar sobre el MAIS para su óptimo desempeño profesional. Los resultados obtenidos muestran señales prometedoras de un cambio efectivo hacia una atención sanitaria integral centrada en el individuo, marcando una transición desde el enfoque tradicional centrado en la enfermedad.

### 1.2. Planteamiento del problema

El Sistema Nacional de Salud ecuatoriano busca fortalecer el Modelo de Atención Integral de Salud, para este fin es necesario contar con normativas y políticas claras, las cuales ya se han desarrollado, sin embargo, uno de los pilares fundamentales es disponer de talento humano capacitado para ejecutar este modelo. La formación universitaria del personal sanitario incluye el abordaje del MAIS en la estructura curricular a fin de otorgar las

competencias necesarias a los nuevos profesionales en la correcta aplicación del mismo, no obstante, estos esfuerzos no han sido suficientes para cimentar definitivamente conceptos claves que hagan posible ejecutar de manera adecuada las estrategias, normas y procedimientos para la integralidad del sistema de salud.

En un estudio de W. Mantilla et al. en alumnos de fisioterapia de la Universidad de Santander, sede Bucaramanga, se evidencia que el 80% identifica a las asignaturas impartidas durante su proceso de formación como su principal fuente de conocimientos y el 92,94% de los mismos refieren no tener el suficiente nivel de conocimientos sobre el modelo y su operativización, estos datos resultan alarmantes ya que ponen en evidencia la enorme responsabilidad de la academia en la preparación de los nuevos profesionales e indirectamente en la correcta ejecución del modelo (1).

El Modelo de Atención Integral es aprobado en el año 2004 y posteriormente se elabora un documento que facilita la implementación de este modelo en Ecuador; es este manual, cuya última edición se publicó en el año 2018, la base de la instrucción de los nuevos profesionales, en consecuencia es necesario evaluar si los conocimientos sobre el MAIS adquiridos por los estudiantes de medicina durante su trayectoria universitaria son adecuados y suficientes para hacer frente a los grandes retos que implica la práctica profesional diaria.

La correcta ejecución del modelo está condicionada por el nivel de conocimiento que se tenga sobre el mismo, por lo que este estudio busca determinar: ¿Cuál es el nivel de conocimientos que poseen los estudiantes de noveno y décimo ciclo de la carrera de medicina de la Universidad de Cuenca acerca del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS)?

### **1.3. Justificación**

El Modelo de Atención Integral de Salud en Ecuador se constituye como la base que organiza el sistema sanitario, ya que posiciona al primer nivel como la puerta de entrada al sistema de salud y permite la articulación de la red pública y complementaria de salud.

La ejecución plena de un modelo de tal alcance es responsabilidad de todos quienes forman parte del sistema sanitario, para ello son necesarios una serie de conocimientos que se deben impartir a los profesionales desde la academia y posteriormente se afianzan con la práctica diaria, por lo que, el Ministerio de Salud Pública ha realizado campañas de

capacitación a nivel nacional para profesionales de salud y personal técnico evidenciándose los esfuerzos que se realizan para la formación personal.

No existen investigaciones en la ciudad de Cuenca que informen el nivel de conocimientos que poseen los próximos integrantes del sistema de salud cuando abandonan la academia y se integran al ámbito profesional, por ende, no se ha podido identificar plenamente cuales son los puntos de quiebre y las limitaciones en la formación que restringen la ejecución de un modelo sanitario que lleva años intentando consolidarse en Ecuador.

Por ello, este estudio determinó el nivel de conocimientos que tienen los estudiantes de medicina sobre el MAIS y la percepción de su aplicación, dado que los mismos otorgan las herramientas para el desempeño profesional y permiten que el Modelo de Atención Integral en Salud se consolide a fin de brindar a toda la población profesionales capacitados y aptos para el desempeño de sus funciones en el campo asistencial, así como en la coordinación y gestión del sistema de salud.

El presente estudio no generó un beneficio directo de forma inmediata a los estudiantes de medicina ni a la sociedad en general, sin embargo, los resultados podrían a mediano y largo plazo permitir que futuras investigaciones y programas de intervención realicen cambios pertinentes en las mallas curriculares, promoción de congresos o capacitaciones, a fin de mejorar la formación de los futuros profesionales en la aplicación del modelo de salud. Los resultados obtenidos serán publicados en el Repositorio Institucional de la Universidad de Cuenca, mismo que permite la difusión de libre acceso.

Este proyecto se realizó acorde a las prioridades de investigación en salud del Ministerio de Salud pública enmarcado en la línea de investigación no. 19 que corresponde a: "Sistema Nacional de Salud" y en conformidad con la línea de investigación no. 11 de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca: "Atención Primaria de Salud".

## Capítulo II

### Fundamento teórico

#### 2.1. Estado del arte

El Modelo de Atención Integral de Salud surge como una estrategia que busca la estructuración del sistema nacional de salud a fin de garantizar el acceso a los servicios, este modelo propone la transformación del enfoque biologista hacia un enfoque integral, que considere a la salud desde todas sus dimensiones. El modelo ha sido implementado en varias regiones de Latinoamérica, en las cuales se han ejecutado estudios para valorar el nivel de conocimientos sobre el mismo, lo que se evidencia con el estudio realizado en profesionales pertenecientes a la Micro Red Corrales en la localidad de Tumbes en el año 2018, donde el 73,4% de los participantes cuentan con un nivel de conocimiento alto, por el contrario, otro estudio realizado en la Universidad de Santander, Colombia, da cuenta de que el 92,94% de los participantes refieren no tener el suficiente nivel de conocimientos sobre el modelo y su operativización (1) (2).

El Sistema Nacional de Salud ecuatoriano ha sufrido grandes transformaciones en las últimas décadas, tradicionalmente el sistema se caracterizaba por su fragmentación y su enfoque meramente curativo, dificultando el brindar una atención integral e integrada para la población, aumentando además, el gasto de bolsillo y disminuyendo el acceso a los servicios, por tal motivo, en Ecuador se aprueba el modelo en el año 2004 (3).

#### 2.2. Definición

El Modelo de Atención Integral de Salud es “el conjunto de estrategias, normas, procedimientos, herramientas y recursos que, al complementarse, organiza el Sistema Nacional de Salud para responder a las necesidades de salud de las personas, las familias y la comunidad - el entorno, permitiendo la integralidad en los niveles de atención en la red de salud”; en Ecuador, además, se considera al MAIS como Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) (4).

### 2.3. Antecedentes

En los años ochenta y noventa el sistema de salud de una gran cantidad de países fue afectado por una era de privatizaciones donde predominaba la visión neoliberal en la cual, la salud se constituye como un bien que debe ser adquirido en el mercado, lo que conlleva a exigir una retribución económica por la atención médica, misma que independientemente del valor monetario asignado condiciona el acceso a los servicios de salud. En Ecuador el sistema sanitario se vio marcado por esta ideología, durante el gobierno de la “Revolución Ciudadana” se llevaron a cabo numerosas transformaciones en el sistema de salud cuyo principal referente es la implementación del MAIS como un mecanismo para garantizar la atención y mejorar la calidad de vida de la población (5).

La transformación del sistema de salud ecuatoriano contó con dos etapas, la primera que promovió una inversión económica para mejorar infraestructura, talento humano e insumos que permitan disminuir el gasto de bolsillo de la población para la recuperación del estado de salud y la segunda consistió en la articulación del sistema público de salud, fortaleciendo así el primer nivel de atención al poner en marcha el Modelo de Atención Integral de Salud (5). A partir del gobierno del “correísmo”, se pone en marcha un plan que buscaba el acceso a la salud de forma universal, una salud de calidad y sin costo, por consiguiente, se inicia la gratuidad progresiva y el fortalecimiento de la infraestructura, equipamiento, recursos materiales y humanos, es durante este gobierno que se crea el propuesta de Transformación Sectorial de Salud en el Ecuador (TSSE), misma que contaba con 7 ejes entre los cuales destaca el fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria Nacional (ASN) como el ente encargado de la rectoría, la aplicación del Modelo de Atención Integral, fuentes de financiamiento, entre otras (6).

Esta serie de factores marcaron grandes cambios en el sistema de salud ecuatoriano, mismos que se ven reflejados en las reformas de la Constitución, aprobadas mediante referéndum en el año 2008, proceso en el cual la salud se constituye como uno de sus ejes fundamentales, el acceso a la salud deja de ser un privilegio y se convierte en un derecho amparado por la Constitución misma que establece en su artículo 32 que “la salud es un derecho que garantiza el Estado...” (7). Además, establece que es el Estado el responsable de normar, regular y controlar las actividades relacionadas con la salud y el funcionamiento de los organismos implicados, esto con el fin de propiciar un sistema sanitario con gran desconcentración y poca descentralización (6).

La instauración de la gratuidad conlleva un incremento sustancial de la demanda por los servicios sanitarios, esto puso en evidencia la necesidad de realizar cambios a nivel estructural en el Ministerio de Salud Pública (MSP) y la creación de dos entes reguladores como son la Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria (ARCSA) y la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada (ACCESS) (8).

## **2.4. Situación actual del sistema sanitario ecuatoriano**

Uno de los principales objetivos planteado actualmente es corregir los errores de estos modelos previos, mismos que no han dado resultado por la implementación de políticas dirigidas únicamente al ámbito curativo. Esta tarea se dificulta tomando en cuenta que la población ecuatoriana sigue inmersa en este enfoque curativo, dejando de lado el apartado preventivo de la enfermedad, lo que ha llevado al colapso de las unidades de atención, mismas que no abarcan todas las demandas de la población, lo cual, aunado al déficit actual en infraestructura, presupuesto y talento humano, generan inconformidad e insatisfacción en los usuarios (9).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) sugiere que la inversión en salud debe corresponder por lo menos al 7% del Producto Interno Bruto (PIB) de aquellos países que se encuentren en vías de desarrollo, ya que con este desembolso económico es posible combatir el déficit existente. En el Ecuador la cantidad de recursos invertidos ha tenido un crecimiento relevante, mas no ha logrado satisfacer la demanda diaria de la población, primordialmente porque prevalece un déficit de personal sanitario tanto de médicos y enfermeras, mismos que no cuentan con estabilidad laboral debido a que los contratos en el sector público se realizan para un plazo de 6 a 12 meses. Incrementar la inversión no basta para asegurar una adecuada cobertura, afirmación que se ve respaldada por la existencia de brechas de equidad en donde ciertos grupos permanecen en una situación de exclusión a pesar de los esfuerzos por disminuir estas desigualdades con estrategias como la distribución por distritos, a quienes se les asigna un determinado territorio en búsqueda de generar una gestión desconcentrada con necesidades definidas (9).

Los problemas sociales también inciden en la situación de salud de una población y el Ecuador no se encuentra exento de ellos, dificultades producto de fenómenos naturales y el nivel de pobreza sobre todo de aquellas poblaciones indígenas y afroecuatorianas en

quienes es superior con respecto al promedio nacional, han ampliado aún más la brecha existente e impiden asegurar una atención de calidad donde no existan sectores que se encuentren excluidos (9).

Es necesario adaptarse a los grandes cambios tanto económicos, políticos y demográficos de la sociedad actual, las transformaciones en el perfil epidemiológico como la prevalencia de las enfermedades crónicas sobre las enfermedades infectocontagiosas, el aumento sostenido de la esperanza de vida, la disminución en la tasa de natalidad entre otras, obligan a analizar, generar políticas y reestructuraciones en el sector salud para hacer frente a este proceso de “transición epidemiológica”, proceso en el que aquel modelo curativo no tendría mayor injerencia pues a nivel mundial las principales causas de mortalidad están vinculadas a problemas de carácter crónico degenerativo mismos que, en su gran mayoría, son prevenibles. Por ello, el modelo vigente basado en el MAIS busca enfocar los recursos, la inversión y el talento humano a la prevención y promoción de un estado de salud adecuado que permita a la población desarrollarse de forma integral (10).

Actualmente el sistema de salud ecuatoriano está constituido por una red pública y una red complementaria que es la privada. El mayor representante del sector público el MSP, considerado como el principal prestador, acompañado de otras instituciones como el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), el instituto de la Policía Nacional (ISPOL) y las Fuerzas Armadas (ISFA). Por parte del sector privado es posible encontrar diversos hospitales, consultorios e incluso programas de medicina prepagada y seguros de salud. Estos componentes se articulan entre sí, de esta forma es posible aprovechar el potencial instalado de la red privada mediante el proceso de derivación, sin embargo, cada vez existen más dificultades para que esta vinculación entre la red pública y la complementaria se afiance, principalmente por el tema económico, pues este proceso representa un desembolso monetario caracterizado por una falta de pago oportuno, reduciendo sustancialmente la cantidad de pacientes que son derivados desde el Ministerio de Salud Pública hacia la red privada (6).

La salud es un derecho estipulado en la Constitución, lo que obliga al Estado a ser el tutor de la misma, pero requiere que la población participe activamente en su mantención y mejoramiento, una población que cada vez incrementa hábitos de consumo tóxicos que dificultan la tarea del Estado (11). Condiciones mórbidas como el sobrepeso y el incremento de las enfermedades no transmisibles son la prueba de ello, alcanzando valores epidémicos en la población actual (12).

## 2.5. Modelo de Atención Integral en Salud

El modelo de atención representa un eje estratégico de acción y su instauración es de obligatorio cumplimiento en todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud, para este propósito cuenta con un marco legal y normativo previamente establecido con la finalidad de consolidar la estrategia de atención primaria en el Ecuador (13).

Partiendo de la concepción de la salud como un derecho fundamental e indispensable para conseguir un desarrollo humano sostenible que permita alcanzar un estado de bienestar, el modelo considera a la salud desde todas sus dimensiones tanto social, biológica, espiritual, entre otras. Dentro del proceso salud - enfermedad existen determinantes con efectos positivos o negativos sobre la salud, esto permite orientar o redireccionar los esfuerzos y políticas públicas para reducir aquellos factores dañinos y fortalecer aquellos protectores. El estudio de los factores responsables de este proceso de enfermar toma fuerza gracias al documento conocido como “El Informe Lalonde”, desarrollado y publicado en el año 1972 por el Ministro de Salud y Bienestar canadiense Marc Lalonde, este documento se considera hasta la actualidad como un referente de la promoción de salud ya que provocó una transformación de la forma en que entendemos a la salud, desde ese momento se considera a la salud como el resultado de factores biológicos, estilos de vida, ambiente y la organización del sistema de salud (14) (15) (16).

La base para la organización y el funcionamiento del sistema sanitario es la Atención Primaria en Salud (APS), un concepto que nace a partir de la declaración en la Conferencia Mundial de Alma-Ata, gracias a ello se identifica que la salud involucra la articulación de diversos sectores de la sociedad para hacer cara a los determinantes que intervienen en ella y fomentar la participación de la población en este proceso. Los cambios políticos sufridos a principios del siglo XXI en diversos países suramericanos producen una revitalización de la APS y de su enfoque integral basado en la promoción, prevención, intervención intersectorial, participación activa y generación de espacios saludables, este proceso fue denominado en varios países como la APS renovada con componentes comunes entre ellos, sin embargo, en países como Venezuela, Bolivia y Ecuador el enfoque intercultural toma gran relevancia como un mecanismo de asimilación de las prácticas de salud de los pueblos originarios (4) (17).

Este gran avance permite difundir de forma internacional un modelo de atención centrado en la población como un actor de su propia salud. Un concepto errado es el estigmatizar a la APS como sinónimo de primer nivel de atención, ya que en realidad su función es

organizar a todo el sistema y considera a este primer nivel como la puerta de entrada a los servicios de salud haciendo referencia al primer contacto con el paciente; para esta tarea son indispensables dos condiciones, la primera de ellas es la accesibilidad, es decir, eliminar las barreras geográficas, económicas, culturales, entre otras y la segunda es constituirla como el punto de partida obligatorio de la atención médica. Estos requisitos son difíciles de cumplir a cabalidad y en ocasiones no es posible hacerlos efectivos como es el caso de los servicios de emergencia que no siempre se encuentran en el primer nivel, a pesar de ello se considera que este nivel tiene la capacidad resolutive suficiente para cubrir y solucionar el 80% de las patologías más prevalentes en la población (4) (18).

Establecer un modelo de salud basado en la atención primaria no se limita a asegurar el acceso a la misma, considera que estos servicios deben ser óptimos y que la calidad debe estar garantizada no sólo por el nivel de formación profesional del personal sanitario, también requiere transparentar los procesos de gestión a nivel institucional para generar legitimidad y credibilidad en la población (19).

### 2.5.1. Componentes

El modelo cuenta con distintos componentes creados para responder a los retos planteando no solamente la provisión de la asistencia médica, sino también las dificultades en cuanto a obtención de recursos, estructuración del sistema sanitario y el proceso de gerencia que resulta indispensables para la sostenibilidad del sistema. Los cuatro componentes planteados para el correcto funcionamiento del modelo son:

- **Provisión de servicios:** este componente es el encargado de ofertar los diferentes servicios de salud hacia la población, mismo que, al igual que sucede en otros mercados, debe responder a las demandas y necesidades de los grupos a quienes va dirigida, en el caso del sistema de salud ecuatoriano están sujetas a una revisión periódica que permite adaptarse a los cambios producto de la etapa del ciclo de vida en la cual se encuentra la población y por el mecanismo de priorización de estas necesidades, este proceso es liderado por la ASN con matices acordes a la zona o distrito encargado (4).

Para este proceso resulta indispensable categorizar a los distintos grupos poblacionales presentes en el país, siendo una tarea compleja que no se puede realizar sin definir los parámetros apropiados, para ello del modelo se basa en el ciclo de vida cursado, en condiciones específicas a las cuales se ve expuesto un grupo como son los factores ambientales, laborales o incluso sociales, y en sectores vulnerables por una característica

que los transforma en grupos de atención prioritaria, en particular, embarazadas, adultos mayores, personas víctimas de violencia sexual, niños/as, adolescentes, personas privadas de la libertad y aquellas que padezcan enfermedades catastróficas. Cada grupo tiene necesidades definidas y por tanto prestaciones que se consideran esenciales a fin de cubrir el acceso y la sostenibilidad tanto operativa como financiera (4).

El modelo de atención no considera a la enfermedad como un estado particular de cada individuo, por lo tanto, plantea distintos escenarios a fin de conseguir la integralidad en la atención; bajo este precepto los problemas de salud pueden ser abordados tanto a nivel individual, familiar, comunitario y ambiental, en donde cada uno puede constituirse como un factor protector o productor de enfermedades y amerita un abordaje propio (4).

El espacio físico donde se brinda el servicio sanitario permite diferenciar las modalidades de atención en donde cada una amerita insumos y profesionales definidos, estas son:

- **Modalidad intramural:** responsable de la atención dentro de la unidad de salud de acuerdo a su nivel de resolución, esto basado en los protocolos y guías de práctica clínica formuladas por la ASN.
- **Modalidad extramural:** ejecutada principalmente por el primer nivel fuera del establecimiento de salud, brindando mayor alcance a comunidades lejanas y permitiendo realizar campañas de promoción en establecimientos educativos, empresas y principalmente domicilios donde se lleva a cabo la evaluación y seguimiento de los pacientes que no pueden acudir a las unidades de atención.
- **Establecimientos móviles:** esta modalidad de atención se constituye como el último recurso para responder a los problemas de salud más prevalentes en las personas sin acceso principalmente por razones geográficas, cuenta con varias limitaciones en temas de recursos y no se limita al primer nivel.
- **Modalidad prehospitalaria:** es la encargada de la atención y transporte de los pacientes desde el sitio del evento hacia la unidad de salud o entre las mismas, no debe considerarse sólo como un mecanismo de transporte ya que cuenta con un servicio médico de urgencias capaz de brindar la atención requerida (4).

Finalmente, el componente de provisión es el encargado de generar las estrategias para la atención médica entre ellas está la visita domiciliaria como un mecanismo de intervención que permite identificar factores de riesgo, este proceso cuenta con diferentes etapas y requiere de profesionales comprometidos. Un instrumento utilizado es la ficha familiar, que no reemplaza a la historia clínica, pero permite obtener la información suficiente del grupo

familiar para identificar determinantes de salud y permitir la dispensarización como un proceso organizado para evaluar la salud de los individuos, liderado por el médico de familia misma que es un sistema de clasificación de los individuos en cuatro grupos según su nivel de salud, estos son: I) individuos aparentemente sanos, II) individuos con factores de riesgo, III) individuos con patologías crónicas y IV) individuos con discapacidad o secuelas (4) (20).

- **Organización:** este componente comprende aspectos como la definición de los niveles de atención, conformación de equipos de atención, vinculación de la red pública y complementaria, entre otras. Los niveles de atención son definidos de acuerdo a la infraestructura con la que cuentan las instituciones, así como su capacidad resolutive, con base a estos parámetros, el sistema de salud ecuatoriano estaba previamente conformado por cuatro niveles de atención, sin embargo, mediante acuerdo ministerial en julio de 2020 se reduce a tres niveles, mismos que se detallan a continuación (21).

- **Primer nivel:** es el más cercano a la población, se constituye obligatoriamente como la puerta de entrada al sistema ya que cuenta con la capacidad resolutive del 80% de los problemas de salud.
- **Segundo nivel:** brinda una atención ambulatoria especializada y cuenta con servicio de hospitalización dando continuidad al primer nivel.
- **Tercer nivel:** cuenta con especialidades encargadas de dar solución a los problemas de alta complejidad y son los establecimientos de referencia nacional (22).

Existen niveles adicionales entre los que se encuentra el prehospitalario que funciona de forma independiente direccionando a los pacientes hasta un establecimiento con adecuada capacidad resolutive según el caso, y finalmente los servicios de apoyo como laboratorios, centros de imagen y centros de rehabilitación (4).

Los Equipos de Atención Integral de Salud (EAIS) son grupos de profesionales conformados por un médico, un enfermero y un técnico en atención primaria (TAP), asignados a una población, la misma que varía su tamaño en dependencia del área geográfica, por ejemplo, en el caso de las zonas rurales existe un EAIS por cada 2500 habitantes y en la zona urbana por cada 4000 habitantes (4).

Uno de los grandes desafíos del modelo es lograr una verdadera articulación de la red pública y complementaria en el país y el componente de organización es el encargado de esta tarea para lo cual se necesita un amplio trabajo de coordinación y establecimiento de

una cartera de servicios bien definida que resulte suficiente para las necesidades de la población (4).

Una de sus principales funciones de este componente es la articulación territorial la que permite definir áreas geográficas para la atención de tal forma que acerca los servicios a la población.

Finalmente, la organización funcional permite mantener una comunicación constante entre las diferentes entidades de salud y el control en la homologación de la tipología de los establecimientos ya sean propios del MSP o de la red complementaria, otorgar licenciamientos, etc. Uno de los puntos importantes de esta organización funcional es fortalecer al primer nivel, generar las guías y protocolos de manejo que son el punto de partida del accionar sanitario e incluso establecer el tarifario de prestaciones para el sistema nacional de salud, mismo que, en su última revisión publicada en el año 2014 se encarga de estandarizar las compensaciones económicas para regular el desembolso monetario por el intercambio de servicios entre las instituciones (23).

- **Gestión:** este componente es el encargado del proceso gerencial del sistema, proceso normado por el “Estatuto Orgánico Sustitutivo de Gestión Organizacional por Procesos del Ministerio de Salud Pública”, mismo que lo ubica en la tipología de alta desconcentración y baja descentralización, términos que en un principio pueden parecer similares pero que no lo son, la alta concentración se refiere al fortalecimiento de los procesos en los diferentes niveles con el objetivo de incrementar su capacidad resolutive, mientras que la baja descentralización permite el traspaso de competencias a los gobiernos descentralizados (24).

El proceso de gestión requiere de planificación estratégica del presupuesto y de los recursos disponibles, identificar las necesidades de salud y en base a ellas formular estrategias y políticas públicas para su resolución. Además, dentro de este componente adquiere gran importancia la gestión del talento humano, misma que se considera como la columna vertebral del sistema, es por ello que periódicamente se generan procesos de capacitación y formación de profesionales, siendo la existencia de hospitales docentes una prueba de ello (4).

Para facilitar el proceso de gestión se necesita contar con un sistema de información y telecomunicaciones que permita el monitoreo de la situación y la toma de decisiones, basadas en distintos datos producto de la atención individual, reportes epidemiológicos e

incluso información proveniente del propio proceso de gestión. La actividad gerencial está sujeta a un control de calidad, por tal razón se realiza continuamente una evaluación y supervisión del funcionamiento con el fin de mejorar su desempeño, es necesario recordar que este proceso es participativo y debe contar con el apoyo de la comunidad, en conclusión, un mecanismo de rendición de cuentas que evalúe el accionar del sistema (4).

- **Financiamiento:** este componente garantiza la obtención de recursos para el funcionamiento de todo el sistema sanitario, estos recursos provienen de diversas fuentes como los presupuestos de las instituciones, mismos que se nutren de la recaudación de impuestos como en el caso del MSP, de la cotización de los trabajadores o del aporte de bolsillo de la población siendo un reflejo de la convivencia de diferentes prestadores dentro del mismo sistema. Posteriormente es necesario realizar la asignación de estos recursos, proceso que se basa en los gastos históricos de la institución y deben cumplir diversos criterios como son: 1) Criterio poblacional: hace referencia a las características propias de la población como el territorio que habitan, la demografía, el nivel socioeconómico y cultural, 2) Necesidad de salud que considera aspectos como el perfil epidemiológico y las determinantes de salud que afectan a determinado grupo, mismas que son susceptibles de intervención (4) (25).

La creación del tarifario nacional permite, como ya se mencionó previamente, realizar el intercambio económico por los servicios prestados entre instituciones, en base a este acuerdo el componente de financiamiento es el responsable de efectuar el denominado “ajuste de cuentas” entre las mismas (23).

## 2.6. Talento humano en salud y formación médica

En el marco de los cambios que sufre el sistema sanitario ecuatoriano, producto de las reformas de salud promulgadas en la Constitución de 2008, y con el objetivo de brindar una atención en salud de calidad y con cobertura nacional, fue indispensable una homologación de salarios que garantice una remuneración justa para el personal de salud y evite la migración de talento desde ciudades pequeñas hacia las ciudades principales del país, fenómeno que resulta perjudicial y genera déficit de personal. En tal virtud, desde el Ministerio de Relaciones Laborales, se definió una “bonificación geográfica” que consiste en un incentivo económico otorgado al profesional sanitario basado en el territorio donde brinda su servicio (26).

Por la necesidad de contar con talento humano se crearon estas reformas, sin embargo, estas se enfocan en garantizar la continuidad y el compromiso de los profesionales quienes ya formaban parte del sistema, más no en la formación de nuevo talento humano para cubrir el déficit existente; con este precedente el MPS comienza su participación activa en la estructuración de mallas curriculares de los establecimientos de educación superior, mismos que hasta aquel momento eran los únicos responsables de su plan de estudios y que, en muchas ocasiones no estaban enfocados a las necesidades reales del sistema sanitario. Además, el MSP asume el compromiso de aportar en la formación de talento humano para cubrir la demanda de profesionales requeridos, en consecuencia, se crea el “Programa de Becas para Fortalecimiento del Talento Humano en Salud” con el objetivo de otorgar un financiamiento no reembolsable para la educación en establecimientos tanto públicos como privados a fin de fortalecer los niveles de atención con la incorporación de nuevos profesionales en áreas del conocimiento que previamente fueron priorizadas por el MSP (27).

La búsqueda de la excelencia en la formación condujo al desarrollo de la “Norma Técnica para Unidades Asistenciales Docentes” promulgada mediante acuerdo interinstitucional entre el MSP y el Consejo de Educación Superior (CES) el 29 de noviembre del año 2013, con la aspiración de favorecer a la formación de profesionales pertinentes a la realidad sanitaria, esta normativa es de obligatorio cumplimiento para las instituciones de la red pública y complementaria, a fin de establecer áreas de práctica en las unidades asistenciales para el desarrollo del talento humano en salud (28).

El objetivo de establecer un modelo basado en la APS pone gran interés en admitir dentro del sistema sanitario a profesionales con un nivel de formación suficiente sobre dicha estrategia, esta realidad se refleja en diferentes países como es el caso de Brasil, donde se ha identificado que uno de los principales factores para el aseguramiento de la calidad es contar con un mayor nivel de formación del talento humano mejorando el proceso de enseñanza – aprendizaje (29). Este proceso de adquisición del conocimiento médico, al igual que sucede en otras ramas de la ciencia, depende en gran medida de la formación del docente universitario. En el Ecuador es necesario contar con un título de cuarto nivel para desempeñarse como docente dentro de las instituciones de educación superior, sin embargo, no se estipula como requisito el contar con instrucción en pedagogía universitaria; esto se constituye como una preocupación relativamente reciente ya que anteriormente se creía falsamente que el único requisito para la docencia era dominar el conocimiento

relacionado con su especialidad o campo de estudio (30). Según los autores Bermejo & Suárez contar con una formación en pedagogía es menester y responsabilidad del propio docente y de las instituciones de educación que busquen asegurar la calidad de la misma ya que en este caso los médicos son adiestrados para ser médicos, no para ser docentes (31).

La formación médica actual pone énfasis en la gestión del conocimiento, en virtud de que el acceso al mismo permite el ejercicio de la profesión, el que se relaciona directamente con el proceso de mejora constante, por lo que el evaluar la pertinencia del conocimiento impartido es uno de los retos de las universidades en la actualidad, pues son estas instituciones quienes desempeñan un papel de responsabilidad social, ya que deben identificar las necesidades de la población y desarrollar en los profesionales las competencias necesarias para hacer frente a estas problemáticas. La academia asume el compromiso de transformar el sistema sanitario desde su pilar fundamental, el talento humano, pues sería utópica la consecución de un modelo orientado a la atención integral de los individuos basado en la promoción y prevención de enfermedades, mientras los profesionales encargados de su realización siguen siendo formados en base a un modelo meramente curativo (32) (33).

Para alcanzar los objetivos del modelo es indispensable la concordancia entre las necesidades del sistema y el perfil profesional con el cual los estudiantes abandonan la academia, en el caso de la Universidad de Cuenca, se estipula que sus graduados en medicina, al culminar su formación universitaria, serán capaces de resolver problemas de salud tanto individual como colectiva, demostrar habilidades para la comunicación eficaz, formar parte de equipos de salud, entender el humanismo así como los principios éticos y bioéticos, además de entender y familiarizarse con las políticas de Estado y del Sistema de Salud. Esto demuestra el interés de la academia en la formación de profesionales pertinentes a la realidad nacional (34).

## **2.7. Retos de la formación médica**

La formación de profesionales en las diferentes áreas de conocimiento siempre ha sido un reto para las instituciones de educación superior. El avance de distintas tecnologías y el cambio en el método de enseñanza requieren contar con gran capacidad de adaptación, actualmente el mundo se encuentra sufriendo los estragos de la pandemia por COVID-19

que generó un cambio radical en la formación médica, pasando de las aulas hacia entornos virtuales. El uso de recursos tecnológicos ha tenido cada vez mayor injerencia en la medicina con el uso de modelos anatómicos virtuales en lugar de cadáveres o la creación de centros de simulación donde los estudiantes pueden, hasta cierto punto, recrear un ambiente hospitalario para realizar sus prácticas. La formación médica no se puede realizar únicamente sobre una base teórica dado que el ámbito práctico es uno de sus pilares fundamentales, en este contexto queda clara la necesidad de hacer frente a estas dificultades para lograr el objetivo de formar profesionales capacitados y aptos para ejecutar su labor; una estrategia es cambiar la visión actual de que los grandes hospitales son el centro ideal para el desarrollo educativo cuando la realidad es que el primer nivel de atención es el soporte principal del sistema de salud y se constituye como un espacio de práctica que no se debe dejar de lado (35).

## **2.8. Evaluación del desempeño**

La ejecución adecuada del MAIS requiere evaluar el nivel de competencias del talento humano en su aplicación, esta estrategia consigue identificar fortalezas y debilidades que permitan implementar procesos de formación y capacitación del personal y en un sentido más amplio valorar la pertinencia de las mallas curriculares que se dictan en las instituciones de educación superior; como se mencionó previamente en Ecuador el MSP ya cuenta con una participación activa en la estructuración de mallas curriculares para que el profesional formado sea capaz de responder a las necesidades actuales (36).

Además de orientar la educación hacia las necesidades del mundo moderno es necesario evaluar el desempeño laboral de los integrantes del sistema de salud, no limitado al personal sanitario dado que, el personal administrativo tiene también gran responsabilidad en la implementación del MAIS, en este sentido la evaluación no es el fin, sino que se constituye como una herramienta para la mejora continua y el logro los resultados esperados a mediano y largo plazo (37).

## Capítulo III

### 3.1. Objetivo general

Determinar el nivel de conocimientos que tienen los estudiantes de noveno y décimo ciclo de la carrera de medicina de la Universidad de Cuenca sobre el Modelo de Atención Integral de Salud.

### 3.2. Objetivos específicos

- Describir a la población en base a sus características demográficas tales como edad, sexo, procedencia, residencia y etnia.
- Caracterizar al grupo de estudio en base al ciclo académico y malla curricular a la cual pertenece.
- Evaluar el nivel de conocimientos adquiridos por los participantes durante la formación universitaria acerca del MAIS con base a significado de siglas, principios, componentes, escenarios, modalidades, niveles, acciones de la APS, proceso de dispensarización y conformación de Equipos de Atención Integral de Salud.
- Identificar la percepción personal de los participantes sobre su formación profesional y la aplicación del MAIS con base a su fuente de conocimientos, capacidad para la implementación del modelo, formación, herramientas necesarias, estrategias, proceso de referencia y contrarreferencia, prestaciones por ciclos de vida y actividades de promoción y prevención.
- Determinar la relación entre nivel de conocimientos y: sexo, ciclo, malla curricular.

## Capítulo IV

### 4.1. Tipo de estudio

La investigación fue de tipo descriptiva, que permitió identificar el nivel de conocimientos de los estudiantes de noveno y décimo ciclo de la carrera de medicina de la Universidad de Cuenca, durante el periodo marzo 2023 - agosto 2023.

### 4.2. Área de estudio

El presente estudio se realizó en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, en la ciudad de Cuenca, Ecuador.

### 4.3. Universo y muestra

**Universo:** estudiantes de medicina matriculados en el noveno y décimo ciclo de carrera en la Universidad de Cuenca durante el período marzo - agosto 2023. El valor total del universo fue de 152 estudiantes.

**Muestra:** el cálculo se realizó con un nivel de confianza del 95% y un error de estimación del 5%,  $p$ : 0,5 y  $q$ :  $1 - p$ , dando como resultado una población objetivo de 109 estudiantes, mediante la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Nz^2pq}{(N - 1)e^2 + z^2pq}$$

### 4.4. Criterios de inclusión y exclusión

#### Criterios de inclusión:

- Estudiantes de la carrera de medicina que firmaron el consentimiento informado.
- Estudiantes matriculados en noveno y décimo ciclo de la carrera de medicina de la Universidad de Cuenca.

#### Criterios de exclusión:

- Estudiantes con deterioro cognitivo que no pudieron dar respuesta al cuestionario.

## 4.5. Variables de estudio

Las variables estudiadas fueron edad, sexo, procedencia, residencia, etnia, ciclo, malla curricular, significado de siglas MAIS-FCI, significado de siglas APS, principios del MAIS, componentes del MAIS, escenarios de atención, modalidades de atención, niveles de atención, acciones de la APS, dispensarización, EAIS, y la percepción personal, mismas que se encuentran detalladas en el Anexo A.

## 4.6. Método, técnicas e instrumentos:

**Método:** observación directa.

**Técnica:** encuesta.

**Instrumento:** se elaboró un cuestionario de evaluación de acuerdo al tema objeto de estudio, el cual fue sometido a un proceso de validación por expertos en el área de Gestión del Sistema Sanitario, Medicina Familiar, Atención Primaria y Salud Pública; para ello, se construyó y aplicó un cuadro de revisión de expertos, previo consentimiento informado, (Anexos B y C) el cual permitió valorar según la escala de Likert (Tabla 1), aspectos fundamentales que se exponen a continuación:

- Pertinencia (P): se refiere a que el ítem evalúa lo que pretende evaluar.
- Relevancia (R): es la importancia del ítem o pregunta para la evaluación de los conocimientos.
- Redacción (RE): coherencia y organización en las preguntas.

**Tabla N 1. Índice de Likert.**

“Totalmente en desacuerdo”	“En desacuerdo”	“Indiferente o neutro”	“De acuerdo”	“Totalmente de acuerdo”
1	2	3	4	5

*Elaboración: Autores.*

Después de aplicar el instrumento, se procedió a calificar cada uno de los ítems y luego se realizó un promedio de las calificaciones obtenidas. Este promedio permitió evaluar el índice de validación (IV) de cada una de las preguntas planteadas. Para ser considerada aceptable, cada pregunta debe tener un valor del IV superior a 0.9/1. A continuación, se detallan los resultados obtenidos del proceso de validación:

**Tabla N 2. Cuadro de resultados de revisión de expertos.**

Nro.	Enunciado	P	R	RE	Promedio	IV
1	¿Cuál es el significado de las siglas MAIS-FCI?	5	4.3	5	4.76	0.95
2	¿Cuál es el significado de las siglas “APS” ?	5	4.7	4.7	4.8	0.96
3	¿Cuál de las siguientes opciones se corresponde con los principios del MAIS?	5	4.3	4.7	4.66	0.93
4	¿Cuáles son los componentes del MAIS?	5	5	5	5	1
5	Según el MAIS, ¿cuáles son los escenarios de atención?	5	5	5	5	1
6	¿Cuál de las siguientes opciones corresponden a las modalidades de atención?	5	5	4.7	4.9	0.98
7	¿Cuáles son los niveles de atención dentro del sistema de salud ecuatoriano?	4.7	4.7	5	4.8	0.96
8	¿Cuáles son las acciones que comprende la APS?	5	5	5	5	1
9	En el proceso de dispensarización, ¿qué individuos pertenecen al grupo III?	5	5	4.7	4.9	0.98
10	¿Quiénes son los integrantes de los Equipos de Atención Integral de Salud?	5	4.7	5	4.9	0.98
11	La universidad es mi principal fuente de conocimientos sobre el Modelo de Atención Integral de Salud.	5	5	5	5	1
12	Cuento con el conocimiento necesario para implementar el MAIS en mi práctica profesional.	4.7	4.7	5	4.8	0.96
13	Mi formación académica me permite ejercer como médico de APS.	5	5	4.7	4.9	0.98
14	Considero que el Modelo de Atención Integral de Salud se encuentra completamente implementado en el Ecuador.	4	4	4.7	4.23	0.85
15	Conozco las herramientas el diagnóstico y monitoreo de las condiciones de salud de la población.	5	5	5	5	1
16	El Ministerio de Salud debe participar en la elaboración de mallas curriculares para garantizar la formación en APS.	4.3	4.3	4.7	4.43	0.88
17	Tengo la capacitación para ejecutar la estrategia de Atención Primaria en Salud.	5	5	5	5	1
18	Comprendo el proceso de referencia y contrarreferencia.	5	5	5	5	1
19	Conozco las prestaciones que se deben brindar según el ciclo de vida de cada pacientes.	5	5	4.7	4.9	0.98
20	Considero necesario desarrollar talleres de capacitación destinados a la promoción y prevención de enfermedades.	5	5	5	5	1

*Elaboración: Autores.*

De acuerdo con los resultados, los ítems 14 y 16 no cumplieron con el criterio de aceptación del índice de validación ( $IV > 0.9/1$ ), por lo que fueron retirados del cuestionario de aplicación (Anexo D) para garantizar la calidad y confiabilidad de las preguntas planteadas en el instrumento.

#### 4.7. Plan de tabulación y análisis

Los resultados del presente estudio fueron tabulados mediante el uso del software estadístico SPSS Statistics en su versión 21, el análisis se desarrolló estableciendo tablas simples de frecuencia y la probable asociación entre las distintas variables de estudio, se aplicó el estadístico Chi Cuadrado para demostrar la existencia o no de una relación significativa entre variables tomando en cuenta un intervalo de confianza del 95%. Las tablas se realizaron en Microsoft Excel 2016.

En el instrumento de recolección de datos la sección que hace referencia a los conocimientos se valoró acorde a lo establecido en el Instructivo para la Aplicación de la Evaluación Estudiantil promulgado por el Ministerio de Educación con el fin de dar cuenta del nivel de conocimientos de los participantes del estudio, para ello se utilizó la siguiente escala de conversión (38).

**Tabla N 3. Escala de conversión.**

Escala Cuantitativa	Escala cualitativa
9,00 – 10,00	“Domina los aprendizajes requeridos”
7,00 – 8,99	“Alcanza los aprendizajes requeridos”
4,01 – 6,99	“Está próximo a alcanzar los aprendizajes requeridos”
≤ 4	“No alcanza los aprendizajes requeridos”

*Tomado de: Decreto ejecutivo N° 366, publicado en el Registro Oficial N°286 de 10 de julio de 2014.*

Con la finalidad de facilitar el análisis estadístico de Chi Cuadrado, los resultados obtenidos fueron dicotomizados en las siguientes categorías: **1. Alto nivel de conocimientos** que incluye a los participantes que dominan o alcanzan los aprendizajes y **2. Bajo nivel de conocimientos** que incluye a aquellos próximos a alcanzar y quienes no alcanzan dichos aprendizajes.

## 4.8. Consideraciones bioéticas

- El estudio fue sometido a una evaluación por parte del Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Universidad de Cuenca.
- Se solicitó el consentimiento informado de los alumnos con el compromiso de proteger la información recabada. (Anexo E).
- La identidad de los participantes del estudio no fue revelada y sus datos personales se abordaron de forma anonimizada.
- La base de datos se manejó por los autores únicamente para la realización del presente estudio, y la misma que será eliminada 18 meses posterior a la culminación del mismo.
- Al usar una base de datos anonimizada, el presente estudio no representó un riesgo directo para los participantes del mismo.
- No se declara conflicto de interés por parte del equipo investigador.

## Capítulo V

## 5.1. Resultados

Tabla N 4. Características demográficas de los estudiantes de noveno y décimo ciclo de la carrera de medicina de la Universidad de Cuenca. Marzo – agosto 2023.

	Frecuencia	Porcentaje
<b>Edad</b>		
De 20 a 22 años	24	22
De 23 a 25 años	69	63,3
De 26 a 28 años	16	14,7
<b>Sexo</b>		
Hombre	38	34,9
Mujer	71	65,1
<b>Procedencia</b>		
Azuay	63	57,8
Morona Santiago	7	6,4
Cañar	7	6,4
Loja	6	5,5
El Oro	13	11,9
Zamora Chinchipe	4	3,7
Imbabura	2	1,8
Tungurahua	2	1,8
Chimborazo	1	0,9
Manabí	2	1,8
Bolívar	1	0,9
Anzoátegui (Venezuela)	1	0,9
<b>Residencia</b>		
Azuay	106	97,2
Cañar	3	2,8
<b>Etnia</b>		
Mestizo	107	98,2
Indígena	1	0,9
Otro	1	0,9

*Fuente:* base de datos.

*Elaborado por:* autores.

Al analizar los datos se evidencia que más del 60% de los estudiantes se encuentran en un rango de edad de 23 a 25 años y en los ciclos analizados las mujeres son el sexo predominante alcanzando más del 65% de la totalidad de participantes. La procedencia refleja que más del 57% de los estudiantes provienen de la provincia del Azuay, seguida por la provincia de El Oro con un 11.9%. El lugar de residencia predominante es la provincia del Azuay con más del 97% del total, en la que se localiza la Universidad de Cuenca donde se realiza el estudio. Casi la totalidad de los encuestados refirieron identificarse como mestizos.

**Tabla N 5. Ciclo académico y malla curricular a la que pertenecen los estudiantes de noveno y décimo ciclo de la carrera de medicina de la Universidad de Cuenca. Marzo – agosto 2023.**

	Frecuencia	Porcentaje
<b>Ciclo académico</b>		
Noveno ciclo	24	22,0
Décimo ciclo	85	78,0
<b>Malla curricular</b>		
Malla 2013	61	56,0
Malla 2018	48	44,0

*Fuente: base de datos.*

*Elaborado por: autores.*

Al analizar el ciclo académico que se encuentran cursando los estudiantes se aprecia que la gran mayoría se encuentra en el último ciclo de formación académica previo al año de internado, alcanzando cifras del 78% de los participantes. Posterior al análisis de los datos se evidencia que los porcentajes de alumnos cursando la malla 2013 y la malla de rediseño 2018 no distan mucho entre sí, a pesar de ello el 56% de los estudiantes pertenecen a la malla curricular 2013.

**Tabla N 6. Nivel de conocimiento teórico obtenido en los estudiantes de noveno y décimo ciclo de la carrera de medicina de la Universidad de Cuenca. Marzo – agosto 2023.**

	Frecuencia	Porcentaje
<b>Escala cualitativa</b>		
“Domina los aprendizajes requeridos”	41	37,6
“Alcanza los aprendizajes requeridos”	41	37,6
“Está próximo a alcanzar los aprendizajes requeridos”	22	20,2
“No alcanza los aprendizajes requeridos”	5	4,6

*Fuente: base de datos.*

*Elaborado por: autores.*

Con respecto al nivel de conocimientos teóricos obtenidos por los participantes se evidencia que cerca de un 25% están próximos a alcanzar o no alcanzan los aprendizajes por obtener una calificación inferior a 7, mientras que un poco más del 75% alcanzaron o dominaron los aprendizajes, constituyéndose en su conjunto como la mayoría con un nivel de

conocimiento alto. Estos resultados reflejan un buen nivel de conocimientos teóricos sobre el modelo de atención.

**Tabla N 7. Percepción personal de los estudiantes de noveno y décimo ciclo de la carrera de medicina de la Universidad de Cuenca. Marzo – agosto 2023.**

Enunciado	Si		No	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
- La universidad es mi principal fuente de conocimientos sobre el Modelo de Atención Integral de Salud.	106	97,2	3	2,8
- Cuento con el conocimiento necesario para implementar el MAIS en mi práctica profesional.	75	68,8	34	31,2
- Mi formación académica me permite ejercer como médico de APS.	102	93,6	7	6,4
- Conozco las herramientas para el diagnóstico y monitoreo de las condiciones de salud de la población.	89	81,7	20	18,3
- Tengo la capacitación para ejecutar la estrategia de Atención Primaria en Salud.	86	78,9	23	21,1
- Comprendo el proceso de referencia y contrarreferencia.	86	78,9	23	21,1
- Conozco las prestaciones que se deben brindar según el ciclo de vida de cada paciente.	93	85,3	16	14,7
- Considero necesario desarrollar talleres de capacitación destinados a la promoción y prevención de enfermedades.	108	99,1	1	0,9

**Fuente:** base de datos.  
**Elaborado por:** autores.

Al analizar los resultados de la percepción de los estudiantes encontramos que, más del 97% refieren que su principal fuente de conocimientos corresponde a los impartidos por la academia, sin embargo, aproximadamente una tercera parte del total refieren que no contar con el conocimiento necesario para implementar el MAIS en su práctica profesional. El

93,3% considera que su formación universitaria le faculta ejercer como médico de APS, datos que contrastan el considerar que solo el 81,7% indican conocer las herramientas para el diagnóstico y monitoreo de las condiciones de salud de la población y una quinta parte señalan no contar con la capacitación necesaria para la ejecución de la estrategia de Atención Primaria en Salud. En cuanto al proceso de referencia y contrarreferencia el 78,9% de los estudiantes refieren comprender su ejecución, más del 85% conocen las prestaciones necesarias por ciclos de vida para la población y casi la totalidad de los encuestados consideran necesario realizar talleres de promoción y prevención.

**Tabla N 8. Nivel de conocimiento de acuerdo al sexo de los estudiantes de noveno y décimo ciclo de la carrera de medicina de la Universidad de Cuenca. Marzo – agosto 2023.**

Sexo	Nivel de conocimiento		Total	$\chi^2$	p
	Alto nivel	Bajo nivel			
Hombre	27	11	38	0,546	0,460
Mujer	55	16	71		
<b>Total</b>	82	27	109		

*Fuente: base de datos.  
Elaborado por: autores.*

Al cruzar el nivel de conocimientos con el sexo y obtener el estadístico Chi cuadrado se concluye que no existe relación estadísticamente significativa entre estas dos variables con un  $p > 0,05$ .

**Tabla N 9. Nivel de conocimiento de acuerdo al ciclo académico de los estudiantes de noveno y décimo ciclo de la carrera de medicina de la Universidad de Cuenca. Marzo – agosto 2023.**

Ciclo académico	Nivel de conocimiento		Total	$\chi^2$	p
	Alto nivel	Bajo nivel			
Noveno ciclo	13	11	24	7,327	0,007
Décimo ciclo	69	16	85		
<b>Total</b>	82	27	109		

*Fuente: base de datos.  
Elaborado por: autores.*

Posterior a obtener el Chi cuadrado entre el nivel de conocimiento y el ciclo académico se evidencia la existencia de una relación estadísticamente significativa con un  $p < 0,05$ .

Tabla N 10. Nivel de conocimiento de acuerdo a la malla curricular de los estudiantes de noveno y décimo ciclo de la carrera de medicina de la Universidad de Cuenca. Marzo – agosto 2023.

Malla curricular	Nivel de conocimiento		Total	$\chi^2$	<i>p</i>
	Alto nivel	Bajo nivel			
Malla 2013	51	10	61	5,217	0,022
Malla 2018	31	17	48		
<b>Total</b>	82	27	109		

*Fuente:* base de datos.

*Elaborado por:* autores.

Con base en el análisis de los resultados se demuestra que existe una relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimientos y la malla curricular que cursan los estudiantes con un  $p < 0,05$ .

## Capítulo VI

### 6.1. Discusión

Es menester mencionar que los estudios existentes sobre este tema son limitados y escasos, esto reafirma la necesidad de promover mayores investigaciones, dado que el modelo es la base para el sistema de salud y su desconocimiento repercute directamente en la pertinencia y calidad de la atención sanitaria, así como en la gestión de recursos tanto humanos como materiales. Por tal motivo se han tomado estudios de realidades cercanas a la nuestra que permitan contrastar los resultados encontrados en esta investigación.

El presente estudio permitió identificar el nivel de conocimientos con el que cuentan los estudiantes de noveno y décimo ciclo de la carrera de medicina de la Universidad de Cuenca. Los datos reflejan que la población predominantemente se encuentra constituida por mujeres con un 65.1%, datos similares a los encontrados por W. Mantilla et al. en estudiantes de fisioterapia de la Universidad de Santander, en donde las mujeres constituyen el 75.29% de los participantes, lo cual evidencia una gran representatividad de este sexo en las carreras afines a las ciencias de la salud (1).

El nivel de conocimientos obtenido en los participantes de este estudio fue alto en un 75.2%, esto producto de la sumatoria de aquellos que alcanzan y dominan los aprendizajes necesarios, en contraste con los resultados obtenidos por W. Mantilla et al. mismos que concluyen que no existe un nivel de conocimientos adecuado en sus participantes, con un promedio de 37.8%. Por otro lado, en un estudio realizado por M. Apolo & K. Carrasco en personal de salud de la Micro Red Corrales en Perú, el 73,4% de los profesionales tienen un nivel de conocimientos alto. Estos resultados reflejan un buen nivel de formación sobre el modelo de atención en la mayoría de los participantes del estudio. Además, indican que el perfil profesional del médico, planteado por la Universidad de Cuenca, se refleja en los resultados obtenidos por sus estudiantes, siendo incluso superior a los encontrados en profesionales de salud (1) (2) (34).

Los resultados evidencian que el 97.2% de los participantes considera a la universidad como su principal fuente de conocimientos, en comparación, en el estudio de W. Mantilla et al. en donde esta cifra alcanza solo el 80%, estos datos muestran que aspectos como la investigación y la autoformación no son considerados una fuente prioritaria por la mayoría de los estudiantes, lo que reafirma la responsabilidad de la academia en la formación de

talento humano y en la evaluación de la pertinencia del conocimiento impartido a fin de responder a las necesidades del sistema de salud de forma adecuada (1).

En cuanto a la implementación del modelo de atención, el 31.2% de los encuestados refieren no contar con los conocimientos necesarios para su ejecución, cifras que representan a más de la cuarta parte de los futuros profesionales. Sin embargo, en el estudio de W. Mantilla et al. estos datos alcanzan el 92.94%. El resultado obtenido es algo contradictorio, dado que en este estudio el nivel de conocimiento es alto en más del 75%. Esto evidencia una brecha entre “conocer” y “ejecutar”, por lo cual resulta necesario hacer un énfasis en el conocimiento teórico sin olvidar la gran relevancia de aplicar a la práctica los conceptos adquiridos, permitiendo integrarlos y facilitando de esta manera el desarrollo del talento humano (1).

Al cuestionar a los participantes si cuentan con la capacitación necesaria para la ejecución del modelo, el 78.9% de los mismos consideran que sí. Estos resultados son inferiores a los encontrados por P. Aedo et al. en profesionales de enfermería de atención primaria de la provincia de Ñuble en Chile, con un 93.9%. Además, estos profesionales mencionaron diversas fuentes de actualización y capacitación constante, tales como cursos online o diplomados (39).

En la búsqueda de asociaciones con el nivel de conocimientos, se concluye que existe una relación estadísticamente significativa con las variables de ciclo académico y malla curricular, con un  $p < 0.05$ . Si bien determinar la superioridad de alguna de ellas rebasa los objetivos de esta investigación, no se debe menospreciar su influencia en la formación de los profesionales.

## Capítulo VII

### 7.1. Conclusiones

En la presente investigación participaron 109 estudiantes, mayoritariamente de sexo femenino, de la malla 2013 y pertenecientes al décimo ciclo de carrera.

- El nivel de conocimiento sobre el MAIS es alto en los estudiantes de noveno y décimo ciclo de la carrera de medicina.
- Según la percepción personal, la principal fuente de conocimientos sobre el MAIS, fue la universidad.
- Un importante porcentaje de estudiantes señala no sentirse con la capacidad necesaria para la implementación del Modelo de Atención en su práctica profesional diaria.
- No existe una relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimientos de los participantes y el sexo al que pertenecen ( $p > 0,05$ ), sin embargo, si se observa esta relación entre el nivel de conocimientos con el ciclo académico cursado y la malla curricular ( $p < 0,05$ ).

### 7.3. Recomendaciones

- En futuros estudios, se debe investigar si la pertenencia a una malla curricular determinada repercute en los resultados obtenidos por los estudiantes. Esto permitirá evaluar si el rediseño de la malla curricular ha contribuido positivamente a la formación de los profesionales.
- Llevar a cabo nuevas investigaciones centradas en las diversas carreras dentro del ámbito de la salud, con el objetivo de evaluar los conocimientos de todo el talento humano involucrado en el sistema.
- Coordinar y desarrollar cursos o seminarios dirigidos a consolidar el conocimiento de los estudiantes y profesionales sanitarios sobre el MAIS, fortaleciendo el aprendizaje teórico adecuado, complementado con habilidades prácticas que posibiliten la aplicación efectiva del conocimiento adquirido.

## Referencias

1. Mantilla Duarte WK, Miranda AM, Pérez Casanova MF. Evaluación de conocimientos de los estudiantes de fisioterapia sobre atención primaria en salud (APS) y el modelo integral de atención en salud (M.I.A.S). Universidad De Santander, Sede Bucaramanga, 2018. 18 de diciembre de 2018 [citado 16 de abril de 2023]; Disponible en: <https://repositorio.udes.edu.co/entities/publication/09d10154-c58d-423f-80f8-7f3232ba3513>
2. Apolo Rosillo M, Carrasco Castillo K. Nivel de conocimientos y actitudes del personal de salud en la aplicación del Modelo de Atención Integral de Salud de la Micro red Corrales, Tumbes 2018. Para optar el título profesional de licenciada en enfermería. Disponible en: <https://repositorio.untumbes.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12874/276/TESIS%20-%20APOLO%20Y%20CARRASCO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
3. Naranjo Ferregut JA, Delgado Cruz A, Rodríguez Cruz R, Sánchez Pérez Y. Consideraciones sobre el Modelo de Atención Integral de Salud del Ecuador. Revista Cubana de Medicina General Integral. septiembre de 2014;30(3):0-0.
4. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS [Internet]. 2018. Disponible en: [https://www.hgdc.gob.ec/images/DocumentosInstitucionales/Manual\\_MAIS-MSP12.12.12.pdf](https://www.hgdc.gob.ec/images/DocumentosInstitucionales/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf)
5. Domínguez Bernita EI, Flores Balseca CH, Pacherres Seminario SF. Modelo de atención integral de salud familiar, comunitario e intercultural. Dominio de las Ciencias. 2017;3(2):921-35.
6. Campos C. Evolución del sistema de salud de Ecuador. Buenas prácticas y desafíos en su construcción en la última década 2005-2014. Anales de la Facultad de Medicina. 23 de marzo de 2018;78:452.
7. Asamblea Nacional. Constitución de la República del Ecuador [Internet]. Registro Oficial No. 449; 2008. Disponible en:

[https://www.asambleanacional.gob.ec/sites/default/files/documents/old/constitucion\\_de\\_bolsillo.pdf](https://www.asambleanacional.gob.ec/sites/default/files/documents/old/constitucion_de_bolsillo.pdf)

8. Espinosa V, Acuña C, de la Torre D, Tambini G. La reforma en salud del Ecuador. Revista Panamericana de Salud Pública. 15 de mayo de 2017;41:1.
9. Santamaria Romero Y, Suárez Romero C. Análisis del sistema de salud pública en el Ecuador. Journal of finance. 3 de agosto de 2019;1(1):17-28.
10. Arredondo García JL, Carranza Rodríguez N, Vázquez Cruz M, Rodríguez Weber MA. Transición epidemiológica. Acta pediátrica de México. 2003;24(1):46-56.
11. Gutiérrez P, Orquera A, Flores E. Sumak kawsay y la Medicina Familiar y Comunitaria en el Ecuador, una visión desde la APS. Mediciencias UTA. 1 de octubre de 2020;4(4):38-45.
12. Bernal DS, Veliz EG, Solórzano SE, López DD. Vigilancia epidemiológica y actividades de atención primaria en salud (APS) del Ecuador. RECIMUNDO. 4 de febrero de 2021;5(1):286-97.
13. Jiménez Barbosa WG, Granda Kuffo ML, Ávila Guzmán DM, Cruz Díaz LJ, Flórez Parra JC, Mejía LS, et al. Transformaciones del Sistema de Salud Ecuatoriano. Rev Univ salud. 4 de mayo de 2017;19(1):126.
14. Lamata Cotanda F. Una perspectiva de la política sanitaria 20 años después del informe lalonde. Gac Sanit. 1 de julio de 1994;8(43):189-94.
15. Lalonde M. New perspective on the health of Canadians: 28 years later. Rev Panam Salud Publica;12(3),sept 2002 [Internet]. 2002 [citado 16 de abril de 2023]; Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/8528>
16. OPS/OMS. El Honorable Marc Lalonde [Internet]. [citado 16 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/heroes-salud-publica/honorable-marc-lalonde>
17. Giovanella L, Almeida P, Vega R, Oliveira S, Tejerina Silva H. Panorama de la Atención Primaria de Salud en Suramérica: concepciones, componentes y desafíos. Saúde debate. junio de 2015;39:300-22.

18. Elorza ME, Moscoso NS, Lago FP. Delimitación conceptual de la atención primaria de salud. *Revista Cubana de Salud Pública*. septiembre de 2017;43(3):1-17.
19. Montesinos Guevara C, Simancas Racines D. Reflexiones sobre bioética y la atención primaria de la salud en el Ecuador. *Práctica Familiar Rural*. 2019;4(3):14.
20. Gafas González C, Roque Herrera Y, Bonilla Pulgar GE. Modelo de atención integral de salud vs. calidad asistencial en el primer nivel, Riobamba 2014-2017. *Educación Médica*. 1 de marzo de 2019;20:136-42.
21. Gutierrez M. Registro Oficial No. 248 [Internet]. [citado 8 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.registroficial.gob.ec/index.php/registro-oficial-web/publicaciones/registro-oficial/item/13201-registro-oficial-no-248>
22. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Tipología para homologar establecimientos de salud por niveles [Internet]. 2015. Disponible en: <http://instituciones.msp.gob.ec/cz6/images/lotaip/Enero2015/Acuerdo%20Ministerial%2005212.pdf>
23. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Tarifario de prestaciones para el Sistema Nacional de Salud [Internet]. 2014. Disponible en: <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/TARIFARIO.pdf>
24. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Estatuto orgánico sustitutivo de gestión organizacional por procesos del Ministerio de Salud Pública [Internet]. 2014. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/09/ESTATUTO-SUSTITUTIVO-MSP-ALCANCE-REFORMA-ABRIL17.pdf>
25. Villacrés T, Mena A. Mecanismos de pago y gestión de recursos financieros para la consolidación del Sistema de Salud de Ecuador. *Rev Panam Salud Publica*. 8 de junio de 2017;41:e51.
26. Espinosa V, de la Torre D, Acuña C, Cadena C. Los recursos humanos en salud según el nuevo modelo de atención en Ecuador. *Rev Panam Salud Publica*. 8 de junio de 2017;41:e52.

27. Secretaría de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación. Programa de becas para el fortalecimiento del talento humano en salud 2021 [Internet]. 2021. Disponible en: <https://siau.senescyt.gob.ec/wp-content/uploads/2021/12/1.-BN-MSP2021-vf.pdf>
28. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Norma Técnica para Unidades Asistenciales - Docentes [Internet]. 2013. Disponible en: <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/NORMA%20TECNICA%20UNIDADES%20ASISTENC.%20DOCENTES.pdf>
29. Peixoto MT, Jesus WL, Carvalho RC, Assis MA. Formación médica en la Atención Primaria de la Salud: experiencia con múltiples abordajes en las prácticas de integración enseñanza, servicio y comunidad. *Interface (Botucatu)*. 16 de mayo de 2019;23:e170794.
30. Orellana Franco EO, Juanes Giraud BY, Orellana Arévalo O, Orellana Arévalo F, Orellana Franco EO, Juanes Giraud BY, et al. Formación pedagógica de los docentes de la carrera de medicina en Ecuador. *Revista Universidad y Sociedad*. junio de 2020;12(3):176-84.
31. Fernández Nieto J, Suarez Sánchez MC. La función pedagógica del médico docente como oportunidad. *Anamnesis y tratamiento. Educación Médica*. septiembre de 2021;22:433-6.
32. Santana NT, Pérez ALM, Toledo IM, Fernández JA. La gestión del conocimiento: prioridad de la formación médica en el siglo XXI. *Atenas [Internet]*. 2 de febrero de 2023 [citado 16 de abril de 2023];(61 (enero-diciembre) En edición). Disponible en: <http://atenas.umcc.cu/index.php/atenas/article/view/641>
33. Artaza O, Santacruz J, Girard J, Alvarez D, Barría S, Tetelboin C, et al. Formación de recursos humanos para la salud universal: acciones estratégicas desde las instituciones académicas. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 28 de julio de 2020;44:1.
34. Medicina – UCUENCA [Internet]. [citado 4 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.ucuenca.edu.ec/carreras/medicina/>

35. Guarnizo Chávez AJ. Vicisitudes y retos pedagógicos en medio de la emergencia sanitaria. La formación médica en tiempos de COVID-19. EDUMED. 1 de mayo de 2021;22:S23-6.
36. Rodríguez Villamizar LA, Vera Cala LM, Rojas Sánchez OA, Rivera Carvajal R, Uribe Rivero LM. Evaluación de contenidos curriculares y percepción de competencias de estudiantes del área de la salud respecto del Modelo Integral de Atención en Salud en Colombia. Revista de Salud Pública. 2017;19(4):491-8.
37. Heredia Quito MA, Narváez Zurita I. La importancia de la Evaluación del desempeño del talento humano en las organizaciones de salud. Revista Arbitrada Interdisciplinaria Koinonía. 2021;6(12):213-41.
38. Ministerio de Educación. Instructivo para la aplicación de la evaluación estudiantil [Internet]. 2016. Disponible en: <https://educacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2016/07/Instructivo-para-la-aplicacion-de-la-evaluacion-estudiantil.pdf>
39. Aedo Aqueveque PJ, Calderón Palacios LE, Espinoza López GA, Espinoza Salvo PJ. Descripción de la aplicación de los principios del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria, en el ejercicio profesional de enfermeras/os de atención primaria de la provincia de Ñuble, 2017. 2017 [citado 4 de noviembre de 2023]; Disponible en: <http://repobib.ubiobio.cl/jspui/handle/123456789/2625>

## Anexos

### Anexo A: Operacionalización de Variables

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
Edad	Tiempo en años transcurrido desde el momento del nacimiento hasta el día de su participación en el estudio.	Edad en años cumplidos.	Fecha de nacimiento.	Cualitativa ordinal 1. 20 - 22 años 2. 23 - 25 años 3. 26 – 28 años 4. >28 años
Sexo	Característica biológica que define la diferencia entre hombre y mujeres.	Características genotípicas y fenotípicas.	Sexo asignado en la cédula de identidad.	Cualitativa nominal 1. Mujer 2. Hombre
Procedencia	Lugar del cual procede un individuo.	Localización geográfica.	Lugar de nacimiento.	Cualitativa nominal
Residencia	Lugar en el que vive en la actualidad un individuo.	Localización geográfica	Lugar de residencia actual.	Cualitativa nominal
Etnia	Comunidad de personas que comparten características en común.	Diferencias culturales.	Autopercepción.	Cualitativa nominal
Ciclo	Lapso de tiempo en el que se desarrollan las actividades educativas correspondiente con el avance en el plan de estudios.	Periodos académicos cursados, excepto aquellos repetidos	Avance en la malla curricular.	Cualitativa ordinal 1. Noveno ciclo 2. Décimo ciclo
Malla curricular	Asignaturas contenidas en el plan de estudio.	Fecha de aprobación del plan de estudios en curso.	Comprobante de matriculación	Cualitativa ordinal 1. Malla 2013 2. Malla 2018
Significado de siglas MAIS - FCI	Palabra formada por el conjunto de iniciales de un grafema inicial.	Identificación del grafema inicial	Significado	Cualitativa ordinal
Significado de siglas APS	Palabra formada por el conjunto de iniciales de un grafema inicial.	Identificación del grafema inicial	Significado	Cualitativa ordinal
Principios del MAIS	Valores, normas y creencias que dirigen el accionar del modelo.	Conjunto de principios del modelo	Principios descritos en el MAIS.	Cualitativa nominal

Componentes del MAIS	Elementos que forman parte del modelo y permiten su implementación.	Componentes que posibilitan la ejecución del modelo.	Componentes enumerados en el modelo.	Cualitativa nominal
Escenarios de atención	Individuo o conjunto de personas que reciben la atención médica.	Cantidad de personas y su relación de convivencia.	Escenarios definidos en el modelo.	Cualitativa nominal
Modalidades de atención	Lugar donde se brinda o recibe la atención médica.	Espacio físico donde se realiza la atención.	Modalidades definidas en el modelo.	Cualitativa nominal
Niveles de atención	Categoría del establecimiento de salud según su capacidad resolutive.	Clasificación de las instituciones de salud.	Nivel asignado por el Ministerio de Salud Pública.	Cualitativa ordinal
Acciones de la APS	Acto de cubrir las necesidades de la población en un proceso continuo.	Puntos de atención a lo largo del proceso salud enfermedad.	Acciones propuestas por la Atención Primaria en Salud	Cualitativa ordinal
Dispensarización	Clasificación del riesgo de enfermedad.	Cantidad de factores de riesgo o patologías.	Estado de salud y presencia o no de factores de riesgo.	Cualitativa ordinal 1. Aparentemente sano. 2. Con factores de riesgo. 3. Con enfermedades crónicas. 4. Con discapacidad o secuelas.
EAIS	Equipo de salud constituido por diferentes profesionales sanitarios.	Integrantes del equipo de salud.	Equipo establecido por el Ministerio de Salud	Cualitativa nominal
Percepción personal	Mecanismo de interpretación y comprensión individual.	Conocimiento, capacitación, formación.	Valoración individual	Cualitativa nominal 1. Si 2. No

## Anexo B: Cuadro de revisión de expertos

### CUADRO DE REVISIÓN DE EXPERTOS

"FORMATO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DE INSTRUMENTO PARA EVALUACION DE CONOCIMIENTOS SOBRE EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD EN LOS ESTUDIANTES NOVENO Y DÉCIMO CICLO DE LA CARRERA DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA, PERIODO MARZO 2023 - AGOSTO 2023. CUENCA – ECUADOR"

#### 1. INFORMACIÓN PERSONAL:

- 1.1. Apellidos y nombres: \_\_\_\_\_
- 1.2. Sexo: H  M
- 1.3. Área de Experiencia: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- 1.4. Años de Experiencia: \_\_\_\_\_

#### INSTRUCCIONES:

A continuación, encontrará el instrumento con 2 áreas de evaluación (conocimientos y actitudes), los ítems del cuestionario que evalúa CONOCIMIENTOS SOBRE EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD EN LOS ESTUDIANTES DE NOVENO Y DÉCIMO CICLO DE LA CARRERA DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA, PERIODO MARZO 2023 - AGOSTO 2023. CUENCA – ECUADOR

Debajo de cada pregunta del ítem, indique marcando con una equis (X) en la opción que crea correspondiente (Totalmente de acuerdo, De acuerdo, Indiferente, En desacuerdo, Totalmente en desacuerdo), según su criterio tomando en cuenta los siguientes aspectos:

- Pertinencia: se refiere a que el ítem evalúa lo que pretende evaluar.
- Relevancia: es la importancia del ítem o pregunta para la evaluación de los conocimientos.
- Redacción: coherencia y organización en las preguntas.

Si considera que la redacción no es buena, siéntase en la libertad de presentar sugerencias pertinentes en el área de observaciones. Le pedimos que nos haga saber qué aspectos no fueron evaluados y cuáles considera relevantes para la investigación. El equipo de investigación agradece cada una de sus contribuciones.

#### 2. CONOCIMIENTOS:

##### 2.1. ¿Cuál es el significado de las siglas MAIS-FCI?:

- a. Modelo de Atención Integral de Salud Focalizado, Comunitario e Intercultural.
- b. Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural.
- c. Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Interdisciplinario.
- d. Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Contemporáneo e Interinstitucional.

	<b>Pertinencia:</b>		<b>Relevancia:</b>		<b>Redacción:</b>
5	Totalmente de acuerdo	5	Totalmente de acuerdo	5	Totalmente de acuerdo
4	De acuerdo	4	De acuerdo	4	De acuerdo
3	Indiferente	3	Indiferente	3	Indiferente
2	En desacuerdo	2	En desacuerdo	2	En desacuerdo
1	Totalmente en desacuerdo	1	Totalmente en desacuerdo	1	Totalmente en desacuerdo

**2.2. ¿Cuál es el significado de las siglas “APS” ?:**

- a. Asistencia Prioritaria en Salud.
- b. Atención Primaria en Salud.
- c. Atención y Protección Social.
- d. Asistencia y Promoción de Salud.

	<b>Pertinencia:</b>		<b>Relevancia:</b>		<b>Redacción:</b>
5	Totalmente de acuerdo	5	Totalmente de acuerdo	5	Totalmente de acuerdo
4	De acuerdo	4	De acuerdo	4	De acuerdo
3	Indiferente	3	Indiferente	3	Indiferente
2	En desacuerdo	2	En desacuerdo	2	En desacuerdo
1	Totalmente en desacuerdo	1	Totalmente en desacuerdo	1	Totalmente en desacuerdo

**2.3. ¿Cuál de las siguientes opciones se corresponde con los principios del MAIS?:**

- a. Universalidad, integralidad, equidad, continuidad, participativo, desconcentrado.
- b. Universalidad, integralidad, equitativo, comunicativo, fragmentado, descentralizado.
- c. Universalidad, independiente, eficiente, comprometido, participativo, desconcentrado.
- d. Universalidad, concentrado, dependiente, continuado, participativo, desconcentrado.

	<b>Pertinencia:</b>		<b>Relevancia:</b>		<b>Redacción:</b>
5	Totalmente de acuerdo	5	Totalmente de acuerdo	5	Totalmente de acuerdo
4	De acuerdo	4	De acuerdo	4	De acuerdo
3	Indiferente	3	Indiferente	3	Indiferente
2	En desacuerdo	2	En desacuerdo	2	En desacuerdo
1	Totalmente en desacuerdo	1	Totalmente en desacuerdo	1	Totalmente en desacuerdo

**2.4. ¿Cuáles son los componentes del MAIS?:**

- a. Participación, organización, ganancia, fondo de recursos.
- b. Provisión de servicios, organización, gestión, financiamiento.
- c. Promoción participativa, originalidad, gerencia, formación.
- d. Prevención, organización, gasto, fortalecimiento.

	<b>Pertinencia:</b>		<b>Relevancia:</b>		<b>Redacción:</b>
5	Totalmente de acuerdo	5	Totalmente de acuerdo	5	Totalmente de acuerdo
4	De acuerdo	4	De acuerdo	4	De acuerdo
3	Indiferente	3	Indiferente	3	Indiferente
2	En desacuerdo	2	En desacuerdo	2	En desacuerdo
1	Totalmente en desacuerdo	1	Totalmente en desacuerdo	1	Totalmente en desacuerdo

**2.5. Según el MAIS, ¿cuáles son los escenarios de atención?:**

- a. Individual, colectivo, institucional, ambiental.
- b. Intramural, extramural, institucional, ambiental.
- c. Individual, familiar, comunitario, ambiental.
- d. Personal, colectivo, sociedad, ambiental.

<b>Pertinencia:</b>		<b>Relevancia:</b>		<b>Redacción:</b>	
5	Totalmente de acuerdo	5	Totalmente de acuerdo	5	Totalmente de acuerdo
4	De acuerdo	4	De acuerdo	4	De acuerdo
3	Indiferente	3	Indiferente	3	Indiferente
2	En desacuerdo	2	En desacuerdo	2	En desacuerdo
1	Totalmente en desacuerdo	1	Totalmente en desacuerdo	1	Totalmente en desacuerdo

**2.6. ¿Cuál de las siguientes opciones corresponden a las modalidades de atención?:**

- a. Prioritaria, emergente, preventiva, paliativa.
- b. Individual, domiciliaria, comunitaria, combinada.
- c. Extramural, intramural, establecimientos móviles, prehospitalaria.
- d. Prehospitalaria, hospitalaria, extramural, establecimientos móviles.

<b>Pertinencia:</b>		<b>Relevancia:</b>		<b>Redacción:</b>	
5	Totalmente de acuerdo	5	Totalmente de acuerdo	5	Totalmente de acuerdo
4	De acuerdo	4	De acuerdo	4	De acuerdo
3	Indiferente	3	Indiferente	3	Indiferente
2	En desacuerdo	2	En desacuerdo	2	En desacuerdo
1	Totalmente en desacuerdo	1	Totalmente en desacuerdo	1	Totalmente en desacuerdo

**2.7. ¿Cuáles son los niveles de atención dentro del sistema de salud ecuatoriano?:**

- a. Nivel superior, nivel medio y nivel inferior.
- b. Nivel primario, secundario, terciario y superior.
- c. Primer nivel, segundo nivel, tercer nivel, cuarto nivel.
- d. Básico, avanzado, de especialidades y especializado.

<b>Pertinencia:</b>		<b>Relevancia:</b>		<b>Redacción:</b>	
5	Totalmente de acuerdo	5	Totalmente de acuerdo	5	Totalmente de acuerdo
4	De acuerdo	4	De acuerdo	4	De acuerdo
3	Indiferente	3	Indiferente	3	Indiferente
2	En desacuerdo	2	En desacuerdo	2	En desacuerdo
1	Totalmente en desacuerdo	1	Totalmente en desacuerdo	1	Totalmente en desacuerdo

**2.8. ¿Cuáles son las acciones que comprende la APS?:**

- a. Acciones de promoción de salud, prevención de la enfermedad y curación.
- b. Acciones de prevención, diagnóstico, tratamiento oportuno y rehabilitación.
- c. Acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.
- d. Acciones de prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

<b>Pertinencia:</b>		<b>Relevancia:</b>		<b>Redacción:</b>	
5	Totalmente de acuerdo	5	Totalmente de acuerdo	5	Totalmente de acuerdo
4	De acuerdo	4	De acuerdo	4	De acuerdo
3	Indiferente	3	Indiferente	3	Indiferente
2	En desacuerdo	2	En desacuerdo	2	En desacuerdo
1	Totalmente en desacuerdo	1	Totalmente en desacuerdo	1	Totalmente en desacuerdo

**2.9. En el proceso de dispensarización, ¿qué individuos pertenecen al grupo III?:**

- a. Individuos con discapacidad y secuelas.
- b. Individuos con factores de riesgo.
- c. Individuos aparentemente sanos.
- d. Individuos con patologías crónicas.

<b>Pertinencia:</b>		<b>Relevancia:</b>		<b>Redacción:</b>	
5	Totalmente de acuerdo	5	Totalmente de acuerdo	5	Totalmente de acuerdo
4	De acuerdo	4	De acuerdo	4	De acuerdo
3	Indiferente	3	Indiferente	3	Indiferente
2	En desacuerdo	2	En desacuerdo	2	En desacuerdo
1	Totalmente en desacuerdo	1	Totalmente en desacuerdo	1	Totalmente en desacuerdo

**2.10. ¿Quiénes son los integrantes de los Equipos de Atención Integral de Salud?:**

- a. Médico, odontólogo y técnico de atención primaria en salud (TAPS).
- b. Enfermera, odontólogo y técnico de atención primaria en salud. (TAPS).
- c. Médico, enfermera y técnico en atención primaria en salud. (TAPS).
- d. Médico, psicólogo y técnico en atención primaria en salud (TAPS).

<b>Pertinencia:</b>		<b>Relevancia:</b>		<b>Redacción:</b>	
5	Totalmente de acuerdo	5	Totalmente de acuerdo	5	Totalmente de acuerdo
4	De acuerdo	4	De acuerdo	4	De acuerdo
3	Indiferente	3	Indiferente	3	Indiferente
2	En desacuerdo	2	En desacuerdo	2	En desacuerdo
1	Totalmente en desacuerdo	1	Totalmente en desacuerdo	1	Totalmente en desacuerdo

**3. PERCEPCIÓN PERSONAL:**



## Anexo C: Consentimiento informado expertos

CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN COMO MIEMBRO DEL COMITÉ DE EXPERTOS PARA LA VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS SOBRE EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD EN LOS ESTUDIANTES DE NOVENO Y DÉCIMO CICLO DE LA CARRERA DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA, PERIODO MARZO 2023 - AGOSTO 2023. CUENCA – ECUADOR”

**Introducción:** El Modelo de Atención Integral de Salud es uno de los pilares fundamentales en la formación médica ecuatoriana ya que permite el ejercicio de la práctica profesional diaria, por tal motivo es de relevancia conocer cuál es el nivel de conocimiento que tienen los próximos actores del sistema sanitario en su ejecución, para lo cual se ha desarrollado un instrumento de evaluación mismo que será sujeto de su análisis y validación.

**Beneficios:** al aceptar participar como experto en la validación de este instrumento no va a recibir un beneficio ya sea económico o de otro tipo, sin embargo, la validación del mismo ayudará a identificar el nivel de conocimiento sobre el MAIS para dilucidar falencias y posiblemente mejorar la enseñanza para esta y futuras generaciones.

**Riesgos:** su participación no representa un riesgo directo para usted o sus intereses, tampoco incluye la obtención de información personal que puedan resultar perjudiciales.

**Confidencialidad:** los datos brindados serán tratados de forma anonimizada para brindar el mayor grado de discreción y respeto de su intimidad, estos datos serán obtenidos únicamente para esta investigación y no se permitirá el acceso de los mismos a terceros. Además, mediante la firma de este documento usted se compromete a mantener la confidencialidad de los contenidos del instrumento de evaluación con el fin de que no sean sujetos a plagio por terceros.

**Participación:** la participación como experto es libre y voluntaria, no se encuentra sujeta a condicionamientos de ningún tipo ni a retribuciones de tipo económico, además es libre de revocar este consentimiento.

**Costos:** su participación no representa ningún desembolso económico para usted y los demás participantes.

**Preguntas:** en caso de requerir mayor información sobre el estudio o si desea posteriormente conocer los resultados del mismo puede comunicarse con los investigadores **Mayra Ortega Arana al número 0999765358** o **Francisco Coronel Peralta al número 0979375117**.

Agradecemos de antemano su valiosa participación.

Yo \_\_\_\_\_ con cédula de identidad/pasaporte número \_\_\_\_\_, libre y voluntariamente acepto participar como experto en la validación del cuestionario de evaluación del estudio titulado “Conocimientos sobre el modelo de atención integral de salud en los estudiantes de noveno y décimo ciclo de la carrera de medicina de la Universidad de Cuenca, periodo marzo 2023 - agosto 2023. Cuenca - Ecuador.” Fecha \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Firma del participante

### REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

De forma libre y voluntaria yo \_\_\_\_\_ con cédula de identidad/pasaporte número \_\_\_\_\_ revoco el consentimiento otorgado en fecha \_\_\_\_\_ para la participación como experto en la validación del cuestionario de evaluación del estudio titulado “Conocimientos sobre el modelo de atención integral de salud en los estudiantes de noveno y décimo ciclo de la carrera de medicina de la Universidad de Cuenca, periodo marzo 2023 - agosto 2023. Cuenca - Ecuador.”

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del participante

## Anexo D: Formulario



### Facultad de Ciencias Médicas Formulario de recolección de datos

#### Conocimientos sobre el modelo de atención integral de salud en los estudiantes de noveno y décimo ciclo de la carrera de medicina de la Universidad de Cuenca, periodo marzo 2023 - agosto 2023

##### 1. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS:

- 1.1. Edad en años cumplidos:   1.2. Sexo H  (1) M  (2)
- 1.3. Procedencia (donde nació): Provincia \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Parroquia \_\_\_\_\_
- 1.4. Residencia (donde vive): Provincia \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Parroquia \_\_\_\_\_
- 1.5. Teléfono celular:
- 1.6. Se considera como: Indígena  (1) Negro  (2) Mestizo  (3) Mulato  (4) Blanco  (5) Otro  (6) No sabe  (7)
- 1.7. Ciclo al que pertenece: Noveno ciclo  (1) Décimo ciclo  (2)
- 1.8. Malla curricular a la que pertenece: 2013  (1) 2018  (2)

##### 2. CONOCIMIENTOS SOBRE EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD *(Para contestar a las siguientes preguntas, seleccione sólo una de las opciones con un círculo 0)*

- 2.1. ¿Cuál es el significado de las siglas MAIS-FCI?: Correcto (1)  Incorrecto (2)
- a. Modelo de Atención Integral de Salud Focalizado, Comunitario e Intercultural.
  - b. Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural.
  - c. Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Interdisciplinario.
  - d. Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Contemporáneo e Interinstitucional.
- 2.2. ¿Cuál es el significado de las siglas "APS"?: Correcto (1)  Incorrecto (2)
- a. Asistencia Prioritaria en Salud.
  - b. Atención Primaria en Salud.
  - c. Atención y Protección Social.
  - d. Asistencia y Promoción de Salud.
- 2.3. ¿Cuál de las siguientes opciones se corresponde con los principios del MAIS?: Correcto (1)  Incorrecto (2)
- a. Universalidad, integralidad, equidad, continuidad, participativo, desconcentrado.
  - b. Universalidad, integralidad, equitativo, comunicativo, fragmentado, descentralizado.
  - c. Universalidad, independiente, eficiente, comprometido, participativo, desconcentrado.
  - d. Universalidad, concentrado, dependiente, continuado, participativo, desconcentrado.
- 2.4. ¿Cuáles son los componentes del MAIS?: Correcto (1)  Incorrecto (2)
- a. Participación, organización, ganancia, fondo de recursos.
  - b. Provisión de servicios, organización, gestión, financiamiento.
  - c. Promoción participativa, originalidad, gerencia, formación.
  - d. Prevención, organización, gasto, fortalecimiento.
- 2.5. Según el MAIS, ¿cuáles son los escenarios de atención?: Correcto (1)  Incorrecto (2)
- a. Individual, colectivo, institucional, ambiental.
  - b. Intramural, extramural, institucional, ambiental.
  - c. Individual, familiar, comunitario, ambiental.
  - d. Personal, colectivo, sociedad, ambiental.
- 2.6. ¿Cuál de las siguientes opciones corresponden a las modalidades de atención?: Correcto (1)  Incorrecto (2)
- a. Prioritaria, emergente, preventiva, paliativa.
  - b. Individual, domiciliaria, comunitaria, combinada.
  - c. Extramural, intramural, establecimientos móviles, prehospitalaria.
  - d. Prehospitalaria, hospitalaria, extramural, establecimientos móviles.

- 2.7. ¿Cuáles son los niveles de atención dentro del sistema de salud ecuatoriano?: Correcto (1)  Incorrecto (2)
- Nivel superior, nivel medio y nivel inferior.
  - Nivel primario, secundario, terciario y superior.
  - Primer nivel, segundo nivel, tercer nivel, cuarto nivel.
  - Básico, avanzado, de especialidades y especializado.
- 2.8. ¿Cuáles son las acciones que comprende la APS?: Correcto (1)  Incorrecto (2)
- Acciones de promoción de salud, prevención de la enfermedad y curación.
  - Acciones de prevención, diagnóstico, tratamiento oportuno y rehabilitación.
  - Acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.
  - Acciones de prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento.
- 2.9. En el proceso de dispensarización, ¿qué individuos pertenecen al grupo III?: Correcto (1)  Incorrecto (2)
- Individuos con discapacidad y secuelas.
  - Individuos con factores de riesgo.
  - Individuos aparentemente sanos.
  - Individuos con patologías crónicas.
- 2.10. ¿Quiénes son los integrantes de los Equipos de Atención Integral de Salud?: Correcto (1)  Incorrecto (2)
- Médico, odontólogo y técnico de atención primaria en salud (TAPS).
  - Enfermera, odontólogo y técnico de atención primaria en salud. (TAPS).
  - Médico, enfermera y técnico en atención primaria en salud. (TAPS).
  - Médico, psicólogo y técnico en atención primaria en salud (TAPS).

**3. PERCEPCIÓN PERSONAL** *(Para contestar los siguientes enunciados, seleccione solo una de las opciones con una equis X)*

- |   |   |
|---|---|
| 3.1. La universidad es mi principal fuente de conocimientos sobre el Modelo de Atención Integral de Salud.            | Si (1) <input type="radio"/> No (2) <input type="radio"/> |
| 3.2. Cuento con el conocimiento necesario para implementar el MAIS en mi práctica profesional.                        | Si (1) <input type="radio"/> No (2) <input type="radio"/> |
| 3.3. Mi formación académica me permite ejercer como médico de APS.  | Si (1) <input type="radio"/> No (2) <input type="radio"/> |
| 3.4. Conozco las herramientas para el diagnóstico y monitoreo de las condiciones de salud de la población.            | Si (1) <input type="radio"/> No (2) <input type="radio"/> |
| 3.5. Tengo la capacitación para ejecutar la estrategia de Atención Primaria en Salud.                                 | Si (1) <input type="radio"/> No (2) <input type="radio"/> |
| 3.6. Comprendo el proceso de referencia y contrarreferencia.  | Si (1) <input type="radio"/> No (2) <input type="radio"/> |
| 3.7. Conozco las prestaciones que se deben brindar según el ciclo de vida de cada paciente.                           | Si (1) <input type="radio"/> No (2) <input type="radio"/> |
| 3.8. Considero necesario desarrollar talleres de capacitación destinados a la promoción y prevención de enfermedades. | Si (1) <input type="radio"/> No (2) <input type="radio"/> |

**GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.**

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Nombre del entrevistador/a \_\_\_\_\_

## Anexo E: Formulario de Consentimiento informado



UNIVERSIDAD DE CUENCA  
CARRERA DE MEDICINA

### FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Título de la investigación:** “Conocimientos sobre el modelo de atención integral de salud en los estudiantes de noveno y décimo ciclo de la carrera de medicina de la Universidad de Cuenca, periodo marzo 2023 - agosto 2023. Cuenca - Ecuador.”

**Datos del equipo de investigación:**

	Nombres completos	Número de cédula	Institución a la que pertenece
Investigador Principal (IP)	Francisco Javier Coronel Peralta	0106546344	Universidad de Cuenca
Investigador Principal (IP)	Mayra Verónica Ortega Arana	0104072293	Universidad de Cuenca

#### ¿De qué se trata este documento?

Este documento conocido como “consentimiento informado” es un instrumento que permite aclarar las dudas sobre su participación en el siguiente estudio, abarcando temas relevantes como el objetivo del estudio, los beneficios que conlleva y los posibles riesgos que asume al participar del mismo, a fin de que posteriormente cuente con las herramientas necesarias para tomar su decisión libre y voluntaria de participación. Este documento debe ser leído detenidamente y finalmente firmado en caso de aceptar su participación en el mismo.

#### Introducción

El Modelo de Atención Integral de Salud es uno de los pilares fundamentales en la formación médica ecuatoriana ya que en la misma permite el ejercicio de la práctica profesional diaria, por tal motivo es de relevancia conocer cuál es el nivel de conocimiento que tienen los próximos actores del sistema sanitario en su ejecución. Como futuro profesional al encontrarse cursando los últimos ciclos de la carrera de medicina, usted ha sido seleccionado para formar parte de este estudio.

#### Objetivo del estudio

El objetivo de este estudio es determinar cuál es el nivel de conocimientos sobre el Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) que tienen los estudiantes de noveno y décimo ciclo de la carrera de medicina.

#### Descripción de los procedimientos

El presente estudio se llevará a cabo en una muestra de 109 estudiantes de noveno y décimo ciclo de la carrera de medicina de la Universidad de Cuenca, mediante la aplicación de un cuestionario previamente validado que incluye puntos teóricos sobre el MAIS y su percepción personal sobre su proceso de formación y sus conocimientos en la aplicación del modelo, cada individuo seleccionado participará, previa firma de este consentimiento, respondiendo las preguntas planteadas en el formulario, mismo que tendrá una duración aproximada de 20 minutos. Los datos serán tabulados y analizados posteriormente por el grupo de investigadores.

#### Riesgos y beneficios

Con su participación en este estudio existe el riesgo de que se quebrante la confidencialidad de los datos obtenidos, con el propósito de disminuir estos riesgos al mínimo, el equipo de investigadores será el único con la autorización para el manejo de sus datos personales, mismos que, formarán parte de una base de datos anonimizada protegida con contraseña la cual será utilizada únicamente para la realización de este estudio y no será divulgada sin su consentimiento.

Al aceptar participar en este estudio es posible que no conlleve un beneficio directo para usted ya sea económico o de otro tipo, sin embargo, ayudará a identificar el nivel de conocimiento sobre el MAIS de los estudiantes de la carrera de medicina, resultados que a largo plazo pueden ser utilizados como base en futuras investigaciones y programas de intervención para mejorar la formación académica de esta y futuras generaciones.



<p><b>Otras opciones si no participa en el estudio</b></p> <p>No se disponen otras alternativas, sin embargo, su participación es libre y voluntaria, no se encuentra sujeta a condicionamientos de ningún tipo ni a retribuciones de tipo económico, además es libre de revocar este consentimiento.</p>
<p><b>Derechos de los participantes</b></p> <p>Usted tiene derecho a:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Recibir la información del objetivo del estudio;</li> <li>2) Recibir contestación a sus dudas;</li> <li>3) Decidir libremente si desea o no participar del estudio;</li> <li>4) Ser libre de negarse a participar en el estudio sin represalias;</li> <li>5) Retirarse del estudio en cualquier momento;</li> <li>6) Recibir cuidados por algún daño resultante del estudio, de forma gratuita, siempre que sea necesario;</li> <li>7) Derecho a reclamar una indemnización, en caso de existir algún daño debidamente comprobado por causa del estudio;</li> <li>8) Tener acceso a los resultados de las pruebas realizadas durante el estudio, si procede;</li> <li>9) El respeto de su anonimato (confidencialidad);</li> <li>10) Que se respete su intimidad (privacidad);</li> <li>11) Recibir una copia de este documento, firmado y rubricado en cada página por usted y el investigador;</li> <li>12) Tener libertad para no responder preguntas que le molesten;</li> <li>13) Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.</li> </ol>
<p><b>Información de contacto</b></p> <p>En caso de requerir mayor información sobre el estudio o si desea posteriormente conocer los resultados del mismo puede comunicarse con los investigadores Mayra Ortega al número 0999765358, Francisco Coronel Peralta al número 0979375117 o por correo electrónico a la cuenta francisco.coronel@ucuenca.edu.ec.</p>

<p><b>Consentimiento informado</b></p> <p>Comprendo las implicaciones y alcances de mi participación dentro de este estudio, se me han informado los riesgos y beneficios en un lenguaje claro, permitiéndome solventar las dudas existentes, además he contado con el tiempo suficiente para considerar mi participación en este estudio, posterior a lo cual acepto libre y voluntariamente ser parte de esta investigación.</p>
--

_____	_____	_____
Nombres completos del/a participante	Firma del/a participante	Fecha
_____	_____	_____
Nombres completos del testigo (si aplica)	Firma del testigo	Fecha
_____	_____	_____
Nombres completos del/a investigador/a	Firma del/a investigador/a	Fecha