

PARA TÍTULOS PROFESIONALES DE ESPECIALISTAS (CUARTO NIVEL)

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

DECLARACION Y AUTORIZACION

Nosotros, YADIRA NOEMÍ CHÁVEZ DÁVILA Y MAURICIO FERNANDO CUADRADO BERRONES, CI: 172023254-3 Y 171745933-1 respectivamente autores del proyecto de investigación intitulado: “**PERCEPCION DE LA EDUCACION MÉDICA CONTINUA EN ESPECIALISTAS DE MEDICINA FAMILIAR ECUATORIANOS**”, previa la obtención del título profesional de ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR, en la Facultad de Medicina:

1. Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos del autor.
2. Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Quito, 13 de agosto del 2014

Yadira Noemí Chávez Dávila
172023254-3

Mauricio Fernando Cuadrado Berrones
171745933-1

[Escribir texto]

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

POSTGRADO DE MEDICINA FAMILIAR.

TÍTULO:

**PERCEPCIÓN DE LA EDUCACIÓN MÉDICA CONTÍNUA EN ESPECIALISTAS
DE MEDICINA FAMILIAR ECUATORIANOS.**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO
DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

AUTORES:

Yadira Noemí Chávez Dávila Md.

Mauricio Fernando Cuadrado Berrones Md.

Dr. Diego Herrera **Director de Tesis**

Dr. Edgar Rojas **Director Metodológico de Tesis**

Quito, 2014

AGRADECIMIENTO

En el camino de la construcción de un sueño existen momentos muy gratos y otros difíciles, y son en estos últimos, donde aparecen personas que se ingenian la manera de motivarte, para dejar el pesimismo y retomar el rumbo, es justo aquí donde se nos vienen a nuestras mentes, muchas personas que han tomado de manera positiva nuestras vidas, de todas ellas destaco a nuestros padres y hermanos, para los cuales nuestro profundo respeto y eterna gratitud.

Agradecemos a nuestros tutores que han motivado el cambio de mentalidad para desarrollar un método con sello propio, que ha servido y servirá para la realización de nuestros proyectos sean estos médicos o no.

Para finalizar queremos dedicar no solo este trabajo sino el resto de nuestras vidas a la persona que ha sido inspiración y motivación desde su llegada hace ya 7 años, es por tí y para tí, este logro querido hijo “Matías”.

TABLA DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTO	2
TABLA DE CONTENIDO.....	3
RESUMEN	5
INTRODUCCION:	7
CAPITULO 1: MARCO TEORICO.....	10
CAPITULO 1.1: PARADIGMAS DE LA EDUCACION MÉDICA.....	10
CAPITULO 1.2: EDUCACION MÉDICA CONTINUA.....	12
ANTECEDENTES:	12
DEFINICION:	15
IMPORTANCIA:	15
BENEFICIOS DE LA EDUCACION MÉDICA CONTINUA EN EVIDENCIA:	18
CAPITULO 1.3: MEDICINA FAMILIAR	24
DEFINICION:	24

COMPETENCIAS:.....	25
CAPITULO 2: PROBLEMA DE INVESTIGACION.....	28
OBJETIVOS:	28
FORMULACION DE HIPOTESIS.....	29
CAPITULO 3: METODOLOGIA	31
Tipo de estudio:.....	31
Criterios de Inclusión:.....	31
Criterios de Exclusión:.....	31
Población y Muestra:	32
Operacionalización de variables:	33
INSTRUMENTOS Y METODOS	39
DISEÑO DEL ESTUDIO.....	44
CAPITULO 4: ASPECTOS BIOETICOS.....	45
CAPITULO 5: RESULTADOS.....	47
CAPITULO 6: DISCUSION	63
CAPITULO 7: CONCLUSIONES	67
CAPITULO 8: RECOMENDACIONES	69
BIBLIOGRAFIA:	71

RESUMEN

Tema: Percepción de la Educación Médica Continúa en especialistas de Medicina Familiar Ecuatorianos.

Objetivo: Determinar si los especialistas en Medicina Familiar Ecuatorianos, que acceden a EMC perciben que mejora su práctica profesional.

Métodos: Se elaboró un cuestionario, el cual fue sometido a aprobación por tres expertos, para valorar su comprensibilidad previa distribución a los Médicos Familiares Ecuatorianos utilizando Google Drive.

Resultados: Se distribuyó 105 encuestas, de los cuales fueron devueltos 82, con lo cual se completó la muestra, con una tasa de respuesta del 78,09%.

Los Principales resultados fueron:

La percepción en la mejora de la práctica clínica, es independiente de la participación en EMC (X^2 c: 0.2690 p: 0.60402).

De los factores que intervienen en el acceso a la EMC, la motivación personal es el más frecuente OR: 1,96 IC: 95% (0,5007 – 7,0105).

El tiempo de ejercicio profesional no interviene en la técnica de EMC elegida (OR: 0,77 IC:95% 0,20- 2,76), quienes tienen más de 5 años de ejercicio profesional accedieron con mayor frecuencia a la EMC (OR: 0,85 IC:95% 0,26 – 2,70).

Las necesidades de EMC en relación a la competencia académica del médico familiar, son predominantemente los problemas laborales con el 52,4% (IC 95% 41,63 - 63,25).

Conclusión: Los especialistas en medicina familiar ecuatorianos, perciben que la EMC mejora su práctica profesional tengan acceso a esta o no, la técnica de EMC que los especialistas de medicina familia aplican con mayor frecuencia y preferirían utilizar es la lectura crítica, los temas de formación que requieren fortalecimiento son principalmente problemas relacionados con medicina ocupacional, seguidos de búsqueda de información.

INTRODUCCION:

El especialista de medicina familiar “ debe tener la capacidad de identificar, evaluar y tratar el 80% de los casos que acuden al primer nivel de atención, por lo tanto requiere desarrollar un perfil amplio de competencias genéricas, propias y específicas de la especialidad”.(Henríquez, Sánchez, & Sociedad, 2011), una vez obtenidas deben mantenerse, mientras el profesional brinde atención al individuo y la comunidad que tienen derecho a recibir una atención médica siempre centrada en sus necesidades. Además plantean que esta atención debe ser continuada y de calidad a todo individuo en el contexto de su familia y a las familias en el contexto de su comunidad y los determinantes de la salud, utilizando el enfoque de atención primaria en salud con el fin de promover, mantener e incrementar el bienestar de las personas en congruencia con los valores e ideales de la sociedad y de los conocimientos profesionales actuales.

Desde este hecho surge la necesidad constante de mantener vigente los conocimientos actuales y relacionarlos con la práctica diaria, fomentando así la necesidad de una Educación Médica Continuada (EMC), que según la OMS, comprende el entrenamiento que un individuo de la profesión sanitaria emprende después de haber terminado la formación profesional básica o especialización, para mejorar las competencias que viene ejerciendo y no con el objeto de conseguir un nuevo título más de calificación o licencia.

La EMC permite conservar las competencias de los médicos, ya que existen factores que la deterioran como: la incongruencia de la educación inicial con la práctica, la elevada tasa de olvido, la caducidad científica debido a las investigaciones actuales, e incluso la experiencia que aunque genera habilidades y destrezas, también puede inducir hábitos y prácticas de dudosa validez. Son algunas de las razones por las que países como EEUU y Canadá, exigen un mínimo de horas de EMC de forma obligatoria para mantener actualizado al profesional de salud, a diferencia de nuestro país donde está, depende su propia iniciativa.

Al hablar sobre adquisición de nuevos conocimientos en estudiantes adultos, es importante conocer que no aprenden igual que el niño, al ser influenciado por la interacción del entorno social, cultural y tecnológico, donde se desenvuelve, tomando en cuenta que el aprendizaje es la construcción propia del individuo basado en sus experiencias y para lograr el máximo de su potencial hay que tener al estudiante adulto, como el núcleo del aprendizaje, entendiéndolo como autogestor y responsable del proceso, que desencadena al final en que él y solo él decide que, cuando, y como estudiar.

Dada la importancia de la EMC, en el mundo se han publicado muchos estudios relacionados a esta, aun así en nuestro país no contamos con datos que nos permitan conocer la realidad de la educación tanto a nivel urbano como rural, beneficios que se le otorguen o necesidades de formación específicas del médico familiar, percepción de los participantes en EMC a cerca de la mejoría de su práctica o los métodos preferidos de EMC que mejoran las competencias de los médicos en la atención primaria de la salud.

Surge por entonces la necesidad de conocer si ¿creen los médicos de familia que la EMC mejora su práctica?, ¿En qué temas de la formación requieren fortalecimiento de sus

conocimientos o destrezas? ¿Qué técnicas de EMC utiliza con mayor frecuencia? e incluso si la EMC mejora la salud del paciente en el Ecuador, dato que no se analizara en este estudio.

CAPITULO 1: MARCO TEORICO

1.1: PARADIGMAS DE LA EDUCACION MÉDICA

El constante cambio en los conocimientos y las crecientes demandas de la sociedad, propiciaron siempre la necesidad de una medicina consolidada con los avances actuales, gestando así, dos tiempos importantes acontecidos en el siglo pasado, el paradigma Flexneriano y el crítico, los cuales tienen en común brindar directrices y condiciones favorables para educar óptimamente a los estudiantes de medicina.(Pinzón, 1993)

El modelo Flexneriano, el cual hasta la actualidad está arraigado en varias universidades del mundo y Latinoamérica, recomienda una currícula de cuatro años, dos de ellos destinados a las ciencias básicas y los otros dos a la enseñanza clínica en hospitales y servicios médicos, llevando a la vinculación de la Escuela de Medicina a la Universidad que antes era independiente. Además incentivó el aprendizaje activo, recomendando que no se limite al aprendizaje memorista, sino al razonamiento crítico y resolución de problemas. Recalcó que la educación médica es una tarea que debe durar toda la vida, siempre relacionada con la enfermedad, incluso llegando a postular que sin enfermedad el médico no tendría cabida. (Pinzón, 1993)

Posteriormente a estos postulados, se plantea el método crítico en respuesta a muchas inquietudes de lo mencionado por Flexner, que reconoce el ámbito político, económico y social como factores determinantes en los procesos de salud y enfermedad. Enfocado en la atención primaria como parte fundamental de la promoción, prevención y recuperación de la salud, estimulando a una medicina posible fuera del ambiente hospitalario. (Pinzón, 1993)

De los hechos más representativos de este paradigma sobresale el aprendizaje basado en problemas, promovido desde los años sesenta por la Universidad Canadiense de McMaster, el cual se fundamenta en el constructivismo que plantea que “el conocimiento no es una copia de la realidad, sino una construcción del ser humano”, entendiendo que no es suficiente dar información al ser humano para que aprenda, sino que el aprendizaje es un procedimiento interno, que se lleva a cabo con la construcción propia del individuo basado en sus experiencias. (Pinzón, 1993)

Es así que el aprendizaje en adultos, es influenciado por la interacción de éste, con su entorno social, cultural y tecnológico en el que se desenvuelve. Knowles propone en 1968 el término Andragogía, la cual fomenta métodos, estrategias, técnicas y procedimientos eficaces para el aprendizaje, entendiendo como centro de partida al individuo adulto, autogestor y responsable de su propio aprendizaje. (Caraballo, 2007)

Al estar claros que en esta etapa de la vida, la persona tiene dividido su tiempo, entre el estudio, el trabajo y la familia, motivó a la creación de formas flexibles de educación, que

respondan a los intereses, necesidades y experiencias de la persona a educar. (Caraballo, 2007)

La Andragogía, busca estudiar el contexto del adulto y determinar los métodos y estrategias más idóneas para dirigir el proceso de aprendizaje, y concibe al educando como el centro del proceso de aprendizaje, tomando en cuenta que solo él decide qué aprender, como aprender y en qué momento aprender. (Caraballo, 2007)

1.2: EDUCACION MÉDICA CONTINUA

ANTECEDENTES:

La educación médica nació como un acto social, desde la época primitiva, en la que el ser humano practicaba la sanación a través de la autoescuela.

Con el descubrimiento de la escritura, y una formación impartida del maestro al discípulo, se inicia el proceso de educación misma en ciudades como Egipto con templos dedicados a la enseñanza médica, en China la dinastía Han tenía médicos de la corte que impartían una instrucción médica.(Martínez-natera, 2007), en Grecia Sócrates y Platón que ya consideraban que la educación médica debía extenderse toda la vida(Mejía, 1986), sin dejar

de lado a Roma, representada por Galeno que inicia la enseñanza en la cama del paciente, la misma que persiste hasta la actualidad. (Martínez-natera, 2007).

Con la incorporación del Clero a la educación se crean programas de formación, y universidades que promulgan una instrucción rígida que se mantiene hasta el siglo XVI, cuando el método científico y la caída del dogma religioso, llevan a la enseñanza predominantemente hospitalocentrista (Martínez-natera, 2007).

En 1911, en la Universidad de Kansas, aparecen los primeros programas de EMC, que según la obligatoriedad y las necesidades del contexto han incrementado en diversos países hasta la actualidad. (Rodríguez, 2007)

En 1961, la Segunda Conferencia Mundial de Educación Médica llevada a cabo en Ginebra se refirió a la Medicina como “un estudio de toda la vida” (Gomez, 1987)

En 1973 la OMS define la Educación Médica Continua como “ la formación que un médico recibe después de iniciar su instrucción básica o, en su caso, después de terminar cualquier estudio adicional, para ejercer como médico general o especialista”.(Rodríguez, 2007)

Frente a los cambios y las demandas de salud de la población, aparecen nuevos conceptos filosóficos, como la declaración de Alma Ata (septiembre de 1978), que promulga el objetivo del milenio, "Salud para Todos en el año 2000", reafirmada posteriormente en la

primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud reunida en Ottawa en 1986, tomando como base de actuación al primer nivel de atención. (Mejía, 1986)

En busca del objetivo del milenio se propone una reorganización, económica, política, social y educativa planteando nuevas técnicas que modifiquen el comportamiento individual y colectivo, en el personal médico y la comunidad. Así el médico de la atención primaria debía tener más competencias y estar actualizado para responder a la demanda y expectativas generadas, que ya no solo involucran la resolución de patologías, sino la promoción y prevención de la salud. Dentro de las estrategias para llevar a los médicos a este nivel se buscan herramientas como la EMC. (Mejía, 1986)

En 1994, en la Conferencia conjunta de la OMS y WONCA (Organización Mundial de Médicos de Familia), titulada “Hacer que la práctica médica y la educación médica sean más adecuadas a las necesidades de la gente” llevada a cabo en London – Canadá, se publican 21 recomendaciones teniendo como eje central a Médico de familia, para buscar calidad, costo efectividad y equidad en los sistemas de salud, integrando al individuo y la comunidad.(OMS/WONCA, 1994)

Una gran contribución a la educación llega en el siglo XX, la cibernética rompiendo las barreras de la distancia permite que el maestro se convierta en guía en un nuevo proceso de creación de conocimientos a través de la investigación, para la educación formal y la EMC. (Martínez-natera, 2007)

A pesar de los esfuerzos realizados, los objetivos del milenio debieron ser aplazados hasta el 2015, (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs290/es/>) por lo que es indispensable contar con la una organización de la macro y microestructura de la gestión médica, en la que se encuentra la educación del personal de salud.

DEFINICION:

Cuando se trata de definir la Educación Medica Continua(EMC), se proponen varios conceptos, por lo que describiremos los más relevantes, así para Gallois es “una garantía de la prestación y la adaptación del médico a la evolución permanente del sistema sanitario, y como instrumento fundamental de regulación del mismo”, el Accreditation Council for Continuing Medical Education de EE.UU, integra a la definición, “un conjunto de conocimientos y habilidades basado en las ciencias médicas básicas, la medicina clínica y la provisión de asistencia sanitaria a la población”, según la OMS, la EMC, “comprende el entrenamiento que un individuo de la profesión sanitaria emprende después de haber terminado la formación profesional básica o especialización, para mejorar las competencias que viene ejerciendo y no con el objeto de conseguir un nuevo título más de calificación o licencia”. (Gomez, 1987)(Rodriguez, 2007)

IMPORTANCIA:

La educación médica continua toma importancia, no solamente por el aporte académico que el médico pueda ganar, sino por el firme propósito de una mejora y seguridad en la

atención de los pacientes, esto lo contempla de Ley Orgánica, de Salud Ecuatoriana de diciembre de 2006, que argumenta en su capítulo III, promulga el acceso universal, equitativo y de calidad a todos los servicios de salud al pueblo ecuatoriano, y en el capítulo IV, hace referencia a la EMC, comentando explícitamente que “la autoridad sanitaria nacional establecerá planes de capacitación y evaluación permanente de los profesionales y recursos humanos en salud e implementará promociones e incentivos”. (Congreso-Nacional, 2006)

La adquisición de responsabilidad social y ética en el que hacer médico, fomenta al profesional al desarrollo de actitudes y valores, que engloban una preparación tanto en conocimientos y destrezas, necesarias para afianzar su práctica en su lugar de trabajo, esto se relaciona con el concepto mencionado sobre la EMC, párrafos más arriba. Todo esto con el fin primordial de adaptarse a las necesidades cambiantes de la profesión médica, a la tecnología actual y las demandas propias de la comunidad donde se desenvuelve. (Leguizamón, 2012)

El contenido de la EMC debe estar dirigido a mejorar las funciones y competencias, desde los conocimientos teóricos, gestión, comunicación, ética médica, docencia, investigación, hasta la práctica clínica per sé. (Leguizamón, 2012)

Muchos médicos, participan en reuniones educativas, conferencias, talleres, cursos o disertaciones de casos clínicos, una o varias veces al año, incluso países de Norteamérica, exige un mínimo de horas de EMC, llegando incluso a tres semanas al año, con el objetivo de mantener la calidad profesional y asegurar el cuidado oportuno de sus pacientes. Pero se cuestiona si esta estrategia es en realidad el mecanismo por el cual se logra mejorar el cuidado que los profesionales médicos deben dar a sus pacientes. (Leguizamón, 2012)

La EMC ha sido motivo de cuestionamientos, por el desconocimiento de esta metodología, ya que busca una actualización permanente con una estructura docente formal, como la universitaria, pero no tiene el fin de otorgar nuevos títulos de formación, y por lo tanto no es necesaria la asistencia nuevamente a las aulas universitarias. (Leguizamón, 2012)

El reporte de la ACCME (Accreditation Council for Continuing Medical Education) en la Estados Unidos, del año 2007, informa que se gastaron 2.54 billones de dólares en EMC, y aproximadamente la mitad de este gasto fue asumida por la empresa privada, y de las estrategias utilizadas la más frecuente fue la conferencia, sin tomar en cuenta varias publicaciones de años anteriores que reportan la invalidez de este método en la mejora del cuidado de los pacientes por parte del personal médico. (Leguizamón, 2012)

En cuanto a las estrategias pedagógicas más difundidas está la didáctica, que consiste en la participación de conferencia y lecturas, también se señala a la estrategia interactiva, que engloba la participación en talleres y discusiones de grupo, además la mezcla de las dos que se considera una estrategia mixta. (Leguizamón, 2012)

Existen resultados alentadores, de la EMC, mejoría del conocimiento y el estado de salud de los pacientes, teniendo como método los materiales impresos y las guías. (Umble & Cervero, 1996)

Dada la importancia de la EMC, en el mundo se han publicado muchos estudios relacionados a esta, aun así en nuestro país no contamos con datos que nos permitan conocer la realidad de la educación, beneficios que se le otorguen o necesidades de

formación específicas del médico familiar, sin embargo teniendo en cuenta el proyecto de EL CEAACES (Consejo de Evaluación, Acreditación y Aseguramiento de la Calidad de Universidades del Ecuador) para realizar un examen de licenciamiento médico y recertificación, la Federación Médica Ecuatoriana y los Colegios Médicos Provinciales ofrecen a todos los médicos generales dos cursos de actualización, el CURSO BÁSICO DE ACTUALIZACIÓN EXCELLENCIS, que incluye 17 módulos sobre problemas prioritarios de salud en la plataforma de autoevaluación y autoformación, y el CURSO DE ACTUALIZACIÓN EN MEDICINA GENERAL CTO, que tiene una duración de 640 horas, equivalentes a 20 créditos universitarios con aval de la Universidad Internacional. (<http://federacionmedicaecuadoriana.net/index.php/8-federacion-medica-ecuadoriana/29-educacion-continua-disponible>)

BENEFICIOS DE LA EDUCACION MÉDICA CONTINUA EN EVIDENCIA:

Davis y colaboradores, realizan varias revisiones sistemáticas una de ellas relacionada con la efectividad de la EMC, al evaluar 139 estudios, en USA y Canadá, que reporta que un 20% de médicos abordan el conocimiento médico, 79% evidencian mejoría en su conocimiento, con un 68% de retención de conocimientos a largo plazo, con cuyos resultados recomiendan que la EMC puede ser usada para mejorar el conocimiento médico (Recomendación 1C), que las estrategias de multimétodos (videos, audio, impreso), múltiples técnicas instruccionales (discusión de caso, conferencia, aprendizaje basado en problemas) y la exposición múltiple (varias sesiones), favorecen el aprendizaje (Recomendación 2C). En relación al cambio de actitud, 35 estudios de la misma revisión sistemática, no permiten conclusión dada la heterogeneidad de los estudios primarios, a pesar de esto los autores sugieren que se observa una tendencia de la EMC a generar cambios positivos en la actitud de los profesionales a corto y largo plazo, similares

resultados se encuentran en la valoración de habilidades médicas, en 15 estudios debido a la heterogeneidad de los mismos (Recomendación 1C).(O'Neil & Addrizzo-Harris, 2009)

Mazmanian y Davis en 1992, en una revisión sistemática, observan que estrategias como: puntualizar las necesidades de aprendizaje, mantener la comunicación permanente entre alumno y docente, aplicación de herramientas interactivas, realización de actividades prácticas, combinación de técnicas y retroalimentación positiva, propician cambios en el comportamiento médico.(Mazmanian & Davis, 2002)

En 1998 Davis, continuando sus estudios evalúa la eficacia de la educación médica continua (CME) y otros métodos relacionados con la educación sobre el desempeño médico objetivamente determinada y/o resultados de la atención de la salud. Encontrando que más de las dos terceras partes de los estudios (70%) muestran un cambio en el funcionamiento del médico, mientras que casi la mitad (48%) de las intervenciones produce un cambio en los resultados de salud.(Davis, 1998)

Una herramienta de la EMC, es el ABP (aprendizaje basado en problemas), la misma que fue evaluada por, Smiths mediante una revisión sistemática, que indica que no hay evidencia consistente para considerar la estrategia como superior a otras para incrementar el conocimiento médico, aunque se encontró evidencia moderada que muestra más satisfacción en los participantes.(Smits & Verbeek, 2002)

Forsetulund y colaboradores, realizaron una revisión sistemática para conocer el efecto de las reuniones educativas (cursos, conferencias, talleres, seminarios y simposios) en la salud, mediante el análisis de 81 estudios con más de 11000 participantes, evidenciando que las reuniones educativas solas o combinadas con otras intervenciones pueden mejorar la

práctica profesional y el alcance de los objetivos de tratamiento para los pacientes, aunque el efecto de la intervención sobre la práctica profesional es solo del 6% y sobre el cuidado de los pacientes es 3%. Siendo las estrategias que permiten mejores resultados el mayor número de asistencia y el uso de herramientas mixtas didácticas e interactivas. (Forsetlund et al., 2009).

O'Brien encontró que la EMC a través de talleres interactivos produce grandes cambios en la práctica profesional y no así las conferencias como único instrumento en el que no identificó cambios, además evidencio que las visitas académicas en el sitio de trabajo mejoran la atención administrada a los pacientes, especialmente en la prescripción de medicamentos (O'Brien et al., 2007).

Bloom, en el 2005, realiza una revisión de revisiones sistemáticas evaluando las EMC en la mejora de la atención clínica del médico y de la salud del paciente, encontrando que las técnicas interactivas (auditoría / retroalimentación, visitas académicas / extensión y recordatorios) son más eficaces para mejorar el cuidado médico y los resultados del paciente, las guías de práctica clínica y los líderes de opinión son menos eficaces, mientras que las presentaciones y distribución de información didáctica impresa sólo tienen poco o ningún efecto beneficioso en el cambio de la práctica médica. (Bloom, S, 2005)

Una herramienta que toma importancia en la actualidad es el internet, por el incremento de usuarios, la facilidad que supone un horario flexible, comodidad, participación independiente de la geografía del lugar de trabajo o vivienda, y adaptabilidad de los diferentes estilos de aprendizaje, lo que lleva a iniciar investigaciones como la de Schoen y colaboradores en busca de las características que predicen la participación del médico en actividades de EMC basadas en la Web, evidenciando una mayor inscripción de médicos

según su interés en el tema por experiencias previas y aquellos que ejercen en zonas rurales, sin encontrar que sea un determinante para la intensidad de participación del alumno. (Schoen et al., 2009)

Un ensayo clínico controlado aleatorizado, comparo un programa de educación sobre guías de atención de hipercolesterolemia utilizando el ATPIII, en vivo frente a la web, evidenciando que las dos intervenciones tienen igual cambio en el conocimiento, pero la web reporto mejor intervención oportuna de pacientes de alto riesgo. (Fordis et al., 2005).

Cook y colaboradores, en un metaanálisis que comparo la EMC basada en Internet, con la no intervención y con la intervención no basada en la Web, encontraron un efecto positivo en conocimiento, adquisición de habilidades y cambios en el cuidado del paciente en intervenciones basadas en internet frente a no intervención, aunque frente a la intervención no basada en la web a pesar que los estudios son pequeños y heterogéneos sugieren una efecto similar con los dos tipos de intervención. (Cook et al., 2008)

En el año 2009, Lam-Antoniades publica un meta-análisis que concluye que las intervenciones de EMC electrónica con componentes múltiples como imágenes, texto, animaciones, videos, y otros, pueden ser eficaces para cambiar los patrones de práctica de los profesionales de la salud, y mejorar sus conocimientos, a diferencia de solo texto en el que la eficacia parece limitada. (Lam-Antoniades, Ratnapalan, & Tait, 2009)

Otra herramienta que actualmente contribuye a la formación, entrenamiento y mejoramiento de las competencias del médico es la simulación, como lo describe Scalese, existen factores que contribuyen a su utilización como la limitación de los entornos académicos, con una disminución de oportunidades de acceso a los pacientes con fines

educativos, debido al incremento en la atención de errores médicos, y la ética profesional lo que ha llevado a incrementar la seguridad del paciente, y la educación basada en resultados para la evaluación y demostración de competencias, lo que convierte a la simulación en un herramienta útil, segura, e incluso ética para la formación, evaluación y desarrollo de competencias, sin alterar la seguridad del usuario de salud. (Scalese, Obeso, & Issenberg, 2008)

En este tema Gómez y colaboradores evaluaron un proceso de aprendizaje de destrezas de anestesiología, encontrando que la simulación mejoro la respuesta del alumno en la fase de preparación para intubación, colocación de una máscara laríngea, no así para a intubación orotraqueal, ni para la canalización venosa. (Gómez et al., 2008).

Mc Gaghie y colaboradores presentan en el 2009, un informe de la Agencia para la Investigación y Reporte de la Calidad de Evidencia, que concluye que la simulación es una herramienta poderosa para la educación de los profesionales de la salud en todos los niveles, aunque su eficacia educativa depende del uso informado de los participantes, con la participación de los alumnos en la práctica deliberada , la integración de la simulación en un plan de estudios en general, sin dejar de lado las actividades y experiencias reales , además de contar con instructores competentes. (McGaghie, Siddall, Mazmanian, & Myers, 2009).

Mc Gaghie y su grupo de estudio realizo también una revisión de la literatura en relación a las características y usos de simulaciones médicas de alta fidelidad que conduzcan a un aprendizaje más eficaz, encontrando que la simulación tiene especial efectividad en las habilidades psicomotoras y comunicativas. (Issenberg, McGaghie, Petrusa, Lee Gordon, & Scalese, 2005).

Curran en el 2007, en una cohorte de médicos de Canadá, en la que se evidencio que existen diferencias en las necesidades de formación según la localización urbana o rural, como áreas clínicas y fuentes de información preferidas. (V. R. Curran, 2007)

En un estudio pequeño realizado por Anwar y Batty en el 2007, indica que el 81% de los participantes creen que la EMC mejora su práctica y que el aprendizaje en grupos pequeños y la combinación de métodos son los preferidos para la educación continua de los médicos de atención primaria de la salud. (Anwar & Batty, 2007)

Posteriormente en el 2010, Curran y colaboradores, realizan una revisión de la literatura titulada “Un marco para la mejora de la educación médica continua para los médicos rurales” que muestra una variación de las necesidades de formación en esta zona, por características como la distancia, falta de especialistas y servicios de referencia, lo que lleva al médico de atención primaria rural a requerir competencias para el manejo adecuado de pacientes de alta complejidad, medicina de emergencia, partos, y a veces anestesia y cirugía, con limitación de acceso a la última tecnología médica y la consulta especializada. Y a la vez muestra menos oportunidad para la EMC por falta de cobertura de suplencias, distancias, tiempo, gastos y viajes. (V. Curran, Rourke, & Snow, 2010)

1.3: MEDICINA FAMILIAR

DEFINICION:

De acuerdo la Organización Mundial de Médicos Familiares (WONCA), “la medicina de familia es una disciplina académica y científica con contenidos pedagógicos, investigación, evidencia fundamentada y actividad clínica propios, y es una especialidad clínica orientada a la Atención Primaria”.(Allen et al., 2007)

Enríquez y Sánchez, definen al médico familiar como “un profesional sanitario especializado en proporcionar atención de salud integral, continuada y de calidad a todo individuo en el contexto de su familia y a las familias en el contexto de su comunidad y los determinantes de la salud, utilizando el enfoque de atención primaria en salud con el fin de promover, mantener e incrementar el bienestar de las personas en congruencia con los valores e ideales de la sociedad y de los conocimientos profesionales actuales.” En cuyo perfil esta manejar actividades docentes y de investigación en su ámbito de ejercicio, y sus competencias el aprendizaje en la práctica y mejoramiento continuo (Henríquez & Sánchez, 2011).

La Medicina Familiar tiene once características que la definen y se describen a continuación: (Allen et al., 2007) (Henríquez & Sánchez, 2011).

1. Salvo situaciones de emergencia, independientemente de las características específicas del usuario es el primer contacto con el sistema de atención médica.

2. Coordina los recursos y trabaja junto a otros especialistas para brindar una atención eficiente a los usuarios.
3. Brinda una atención enfocada en el individuo, la familia y su comunidad.
4. Desarrolla comunicación efectiva con el paciente
5. Su atención se desarrolla a lo largo del tiempo.
6. Conoce la epidemiología de su área de influencia para tomar decisiones.
7. Maneja patologías agudas y crónicas simultáneamente.
8. Trata a las patologías independientemente de su fase de desarrollo
9. Realiza promoción de la salud e intervenciones específicas.
10. Forma equipos multidisciplinarios para que trabaje en redes.
11. Manejan las actividades docentes y de investigación en el lugar que desarrollen su ejercicio.

COMPETENCIAS:

Existen varios conceptos, la Real Academia Española, da dos definiciones de competencia, la primera “una disputa o contienda de dos o más personas sobre algo, oposición, rivalidad entre otros” y la segunda “la incumbencia (como obligación de hacer algo), pericia para hacer algo o la atribución de un juez para un asunto”. (García, González, Estrada, & Uriega, 2010)

La Organización Internacional del Trabajo indica que “es la interacción armoniosa de las habilidades, conocimientos, consecución de los resultados u objetivos a alcanzar en la organización. (García et al., 2010)

Cuando hablamos de competencias del médico, podemos definirla como la capacidad de un facultativo para resolver problemas a través de la utilización de sus conocimientos y destrezas.

Competencias centrales(Allen et al., 2007)

Son aquellas competencias esenciales que debe tener un médico de familia independientemente del área en la que trabaje, las mismas que se derivan de las 11 características de la disciplina.

1. Gestión de la atención primaria: desde el primer contacto, hasta el manejo apropiado, acorde a los recursos disponibles, siempre en defensa de los intereses del paciente.
2. Tratamiento enfocado en el paciente: realizando un abordaje de los problemas en el contexto del paciente, coordinando según sus prioridades una atención longitudinal.
3. Capacidades específicas para resolución de problemas: toma de decisiones apoyada en dominio de la clínica y uso adecuado de laboratorio y gestión de recursos.
4. Desarrollar un enfoque integral acorde al estado de salud del paciente y su contexto, brindando tratamiento, rehabilitación o cuidados paliativos en morbilidad y a la vez realizando promoción de salud.
5. Orientación comunitaria: uso racional de recursos en relación a las necesidades sanitarias del paciente y la comunidad.
6. Enfoque global

Características esenciales de aplicación:

Las competencias del médico independientemente de su especialización, son influenciadas por 3 características en su aplicación, el contexto, la actitud, y el dominio científico, en el que se encuentra desarrollar y mantener el aprendizaje permanente y la mejora de la calidad. (Allen et al., 2007)

El especialista de medicina familiar “debe tener la capacidad de identificar, evaluar y tratar el 80% de los casos que acuden al primer nivel de atención”(Henríquez & Sánchez, 2011), por lo tanto requiere desarrollar un perfil amplio de competencias centrales y desarrollar las características específicas de su aplicación, una vez obtenidas deben mantenerse mientras el profesional brinde atención al individuo y la comunidad para atención medica con calidad y calidez.

CAPITULO 2: PROBLEMA DE INVESTIGACION

La necesidad de conocer cuál es la percepción que los médicos de familia ecuatorianos sobre la EMC, si la consideran importante para su práctica, el área de formación en la que requieren fortalecimiento de sus conocimientos o destrezas, las técnicas que ellos utilizan con mayor frecuencia, y los factores que intervienen negativa o positivamente en la actualización de sus conocimientos, dado el realce que ha tenido la especialidad y la formación en masa encaminada por el estado Ecuatoriano, además se intentara comparar con estudios internacionales.

OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL:

Determinar si los especialistas en medicina familiar ecuatorianos, que acceden a EMC perciben que mejora su práctica profesional.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Constatar las técnicas de EMC que los especialistas de medicina familiar aplican con mayor frecuencia y las que preferirían utilizar.
- Detallar las áreas y temas de formación en las que los médicos de familia ecuatorianos requieren fortalecimiento de sus conocimientos o destrezas.
- Describir las fuentes para obtención de información más utilizadas por los miembros de esta especialidad.
- Relacionar las características demográficas, de educación, y laborales de los médicos familiares y la percepción de mejoramiento de la práctica clínica con la EMC.
- Contrastar el acceso a la EMC según las características demográficas, educación y laborales de los médicos.
- Identificar los factores que intervienen en el acceso a EMC en los médicos de familia.

FORMULACION DE HIPOTESIS.

HIPOTESIS DE TRABAJO:

Los especialistas en medicina familiar ecuatorianos, que acceden a EMC perciben que mejora su práctica profesional.

HIPOTESIS NULA:

- Los especialistas en medicina familiar ecuatorianos, que acceden a EMC no perciben que mejora su práctica profesional.

CAPITULO 3: METODOLOGIA

Tipo de estudio:

Estudio cuantitativo, no experimental, transversal analítico.

Criterios de Inclusión:

- Especialistas de Medicina Familiar concentrados en la base de datos de la Sociedad Ecuatoriana de Medicina Familiar.
- Deseo de participar en el estudio

Criterios de Exclusión:

- Médicos que estén desvinculados totalmente de la medicina.

Población y Muestra:

Según las estadísticas disponibles en el INEC en el 2011, son 188 los médicos que trabajan en un establecimiento de salud, pero no conocemos el universo de médicos de familia trabajando a nivel privado por lo que la muestra será tomada por conveniencia, limitada a la sociedad ecuatoriana de medicina familiar que cuenta con 105 miembros, por la accesibilidad a los médicos (as) al ser un grupo cautivo.

Tamaño:

$$n = z^2 \cdot p \cdot q \cdot N / N \cdot e^2 + z^2 \cdot p \cdot q$$

n= tamaño de la muestra

N= tamaño de la población de estudio (105 médicos familiares de la Sociedad Ecuatoriana de Medicina Familiar)

z = valor de sigma para la probabilidad pedida (0.95)

p = estimación del valor de la proporción en el universo (al no conocer el universo, se asignó el valor 0,5)

$$q = 1 - p$$

e² = tamaño aceptado del error de muestreo, al cuadrado. (0.05)

$$n = z^2 \cdot p \cdot q \cdot N / N \cdot e^2 + z^2 \cdot p \cdot q$$

$$n = 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5 \times 105 / (105 \times 0.05^2) + (1.96^2 \times 0.5 \times 0.5)$$

n= 82

Operacionalización de variables:

VARIABLE	TIPO	ESCALA	DESCRIPCION	INDICADOR
Genero	Cualitativa nominal dicotómica	- Masculino - Femenino	Condición biológica que distingue a la especie humana.	Porcentaje de médicos encuestados por sexo.
Edad	Cuantitativa continua	- Numeral	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento del estudio. (años)	Porcentaje por grupo de edad
Estado civil	Cualitativa nominal, politómica	- Soltero - casado - divorciado - convive - viudo	Condición que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo	Porcentaje según estado civil.
Área de trabajo	Cualitativa nominal, politómica	- Consulta externa - Emergencia - Hospitalización - Cargo administrativo - Docente	Lugar ocupado por 1 persona dentro de una organización, empresa, donde desarrolla una serie de actividades, los cuales satisfacen	Porcentaje según área de trabajo.

		<ul style="list-style-type: none"> - No trabaja - Otro 	expectativas.	
Localización geográfica	Cualitativa, nominal dicotómica,	<ul style="list-style-type: none"> - Urbana - Rural 	Coordenadas geográficas	Porcentaje según localización geográfica
Dependencia laboral	Cualitativa, nominal dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> - Dependiente - Independiente 	Una persona realiza actos, ejecuta obras o presta servicio en favor de otra, bajo la dependencia de ésta en forma voluntaria y mediante el pago de una remuneración.	Porcentaje según dependencia laboral.
Tiempo de ejercicio profesional	Cuantitativa continua	<ul style="list-style-type: none"> - Numeral 	Tiempo ejercicio profesional como especialista en medicina familiar	Porcentaje según tiempo de ejercicio profesional
Universidad	Cualitativa nominal, politómica	<ul style="list-style-type: none"> - PUCE - UCE - U. Del Azuay - U. de Cuenca - Extranjera 	Universidad donde obtuvo el título de especialista en medicina familiar	Porcentaje según universidad en la que obtuvo el título de especialista en medicina familiar
Acceso a EMC según	Cualitativa nominal,	<ul style="list-style-type: none"> - SI 	Preparación en EMC, permitido o auspiciado	Porcentaje de médicos que

institución de trabajo.	dicotómica	- NO	por el empleador	acceden a EMC según la institución de trabajo.
Técnicas de EMC que los médicos familiares aplican con mayor frecuencia	Cualitativa nominal, politómica	- Lectura crítica - Resumen - Mentefacto - Talleres - Video conferencia - ABP - Simulación - Ninguna - Otras	Procedimiento de adquisición de habilidades y conocimientos utilizados por los médicos de familia con mayor frecuencia para mejorar su práctica o llenar un vacío de su conocimiento.	Porcentaje de técnicas de EMC que los médicos familiares utilizan con mayor frecuencia.
Técnicas que los médicos familiares preferían aplicar en EMC.	Cualitativa nominal, politómica	- Lectura crítica - Resumen - Mentefacto - Talleres - Video conferencia - ABP - Simulación - Ninguna - Otras	Procedimiento de adquisición de habilidades y conocimientos utilizados por los médicos de familia preferirían aplicar para mejorar su práctica o llenar un vacío de su conocimiento.	Porcentaje de técnicas que los médicos familiares preferirían aplicar en EMC.
Fuentes de información utilizadas	Cualitativa nominal, politómica	- Electrónica - Libros - Colegas	Los diversos tipos de documentos que contienen datos útiles	Porcentaje de fuentes de información

con mayor frecuencia por los médicos familiares.		<ul style="list-style-type: none"> - Congresos - Otra 	para satisfacer una demanda de información o conocimiento, utilizados con mayor frecuencia	que los médicos familiares utilizan con mayor frecuencia.
Fuente de información que los médicos familiares, prefieren utilizar en EMC.	Cualitativa nominal, politómica	<ul style="list-style-type: none"> - Electrónica - Libros - Colegas - Congresos - Otra 	De los diversos tipos de documentos que contienen datos útiles para satisfacer una demanda de información o conocimiento que los médicos de familia prefieren utilizar.	Porcentaje de fuentes de información que los médicos familiares prefieren utilizar.
Preferencia de idioma al momento de buscar información actualizada.	Cualitativa nominal politómica	<ul style="list-style-type: none"> - Español - Ingles - Portugués - Otro 	Lengua utilizada por los médicos familiares para adquisición de información y conocimientos actualizados.	Porcentaje de preferencia de idioma al momento de buscar información actualizada.
Áreas de formación en las que los médicos de familia consideran	Cualitativa nominal, politómica	<ul style="list-style-type: none"> - Gestión - Comunicación - Toma de decisiones - Enfoque integral 	Agrupación de programas académicos afines, del conocimiento y destrezas médicas, en las que el especialista	Porcentaje de áreas de formación en las que los médicos de familia

que requieren fortalecimiento de sus conocimientos o destrezas.		<ul style="list-style-type: none"> - Docencia académica (conocimientos médicos) - Ninguna - Otra 	en medicina familiar considera que requiere fortalecimiento.	consideran que requieren fortalecimiento de sus conocimientos o destrezas.
Temas de formación que requieren reforzamiento de acuerdo a la percepción del médico de familia.	Cualitativa nominal, politómica	<ul style="list-style-type: none"> - Problemas obstétricos - Problemas pediátricos - Problemas del adulto - Problemas del adulto mayor - Problemas laborales - Problemas comunes en la consulta externa - Problemas comunes en la emergencia - Búsqueda de información - Atención y problemas de la familia y la comunidad 	Unidades o textos del conocimiento y la práctica médica que los especialistas en medicina familiar creen deficientes en su práctica profesional.	Porcentaje de temas de formación que requieren reforzamiento de acuerdo a la percepción del médico de familia.

		- Otro		
Participación en EMC durante el último año.	Cualitativa nominal, dicotómica	- SI - NO	Cualquier actividad que implique EMC en el último año	Porcentaje de médicos que participaron en EMC en el último año.
Percepción de mejorar la práctica clínica en base a la EMC	Cualitativa	- SI - NO	Como los médicos de familia interpretan y dan su apreciación sobre la EMC y el beneficio en su práctica diaria.	Porcentaje de médicos que perciben mejorar su práctica clínica con la EMC
Factores que intervinieron en el acceso de los médicos familiares a la EMC	Cualitativa nominal, politómica	- Motivación personal - Satisfacción por el aprendizaje - Auditoría externa en su lugar de trabajo - Financiamiento - Actualización del conocimiento per se. - Provisión de herramientas en el lugar de	Elementos o causas que intervinieron en el acceso de los médicos familiares a la EMC.	Porcentaje de factores que intervinieron en el acceso de los médicos familiares a la EMC

		trabajo - Demanda generada por el paciente - Certificación de la práctica profesional - Otro.		
--	--	--	--	--

INSTRUMENTOS Y METODOS

Encuesta:

Por la naturaleza de estudio se decidió diseñar una herramienta capaz de englobar la información requirente, la cual debería plantearse en un instrumento de fácil acceso para su mayor difusión, encontrando en la forma electrónica del cuestionario, la alternativa ideal, ya que los especialistas de medicina familiar no solo se concentran en quito y no disponemos de la distribución ni números exactos actualmente.

Diseño, elaboración y validación del cuestionario: (Vera & Vera, 2013) (Martin, 2004)

Posterior al planteamiento del problema, se realizaron 22 preguntas cerradas todas en base a la evidencia disponible, y a la pertinencia a nuestra investigación, se consideró las sugerencias de tres expertos, los cuales están enrolados en la docencia de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, para moldear finalmente una prueba preliminar.

Diseño del Cuestionario:

Partimos desde la visión de la Andragogía, donde el estudiante adulto, es el núcleo, y autogestor de su propio aprendizaje. Por lo que se consideró importante conocer si los participantes de nuestro estudio, perciben que la educación médica continuada podría mejorar su práctica, las técnicas que utilizan para obtener conocimiento, y cuál sería su anhelo en el futuro, el idioma que utilizan con mayor frecuencia a la hora de buscar información actualizada, los temas de revisión más relevantes de acuerdo a su práctica, y los factores que intervinieron para llevarse a cabo o no la actualización permanente de conocimientos. Todas estas consideraciones son respaldadas en la revisión bibliográfica revisada expuesta previamente.

Selección de preguntas y confección del cuestionario:

Posterior al planteamiento de las prioridades del estudiante adulto, se plantearon 9 preguntas de caracterización o demográficas, y 12 que perciben la visión del médico familiar con respecto a la educación médica continua.

Las preguntas se diseñaron buscando siempre la comprensibilidad y prolijidad, además se diseñaron cerradas para la posible universalización del cuestionario.

Validación:

La validez cualitativa del contenido se llevó a cabo con la participación de tres expertos en el tema de investigación, los cuales son docentes universitarios, dos de los cuales son médicos familiares, quienes han liderado varios proyectos de investigación incluidos temas de educación, y estudios en antropología, el tercer integrante es Máster en Salud con participación en organización de Servicios de Salud, Investigación, Prácticas Basadas en Evidencia, y asesor en gestión de servicios de salud.

Cabe mencionar que de las tres personas integrantes para la validez cualitativa, dos son parte integrante de la dirección de esta tesis y uno es un consultor externo. Los cuales guiaron la idoneidad y pertinencia de las preguntas, dando cada uno su punto de vista para la compactación de las ideas.

Pre-test: se realizaron tres pruebas preliminares, para valorar la comprensión, la aceptabilidad, y la duración de la encuesta. En el primer pre-test se aplicó de forma impresa a alumnos de la facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y se realizaron entrevistas personales y grupales logrando pulir algunos aspectos. El segundo pre-test, corregido e impreso se realizó a residentes y tratantes de Ginecología y Obstetricia del Hospital de las Fuerzas Armadas del Ecuador, teniendo buena comprensión y aceptación de las preguntas, llegando a concretar con el cuestionario electrónico a residentes de Medicina Familiar, con lo que culminó nuestra tercera prueba.

Un total de 30 cuestionarios fueron difundidos en esta etapa de prueba, comprobando su comprensibilidad y aplicabilidad, además de la idoneidad del medio electrónico antes de proporcionar el cuestionario a la muestra seleccionada.

Sistema de recolección de datos Google Docs: Esta es una herramienta electrónica que nos permitió el diseño, y recolección de la información en una base de datos, a la cual se accedió mediante un link electrónico enviado a los correos electrónicos y Facebook de los médicos participantes.

Procedimientos de recolección de información:

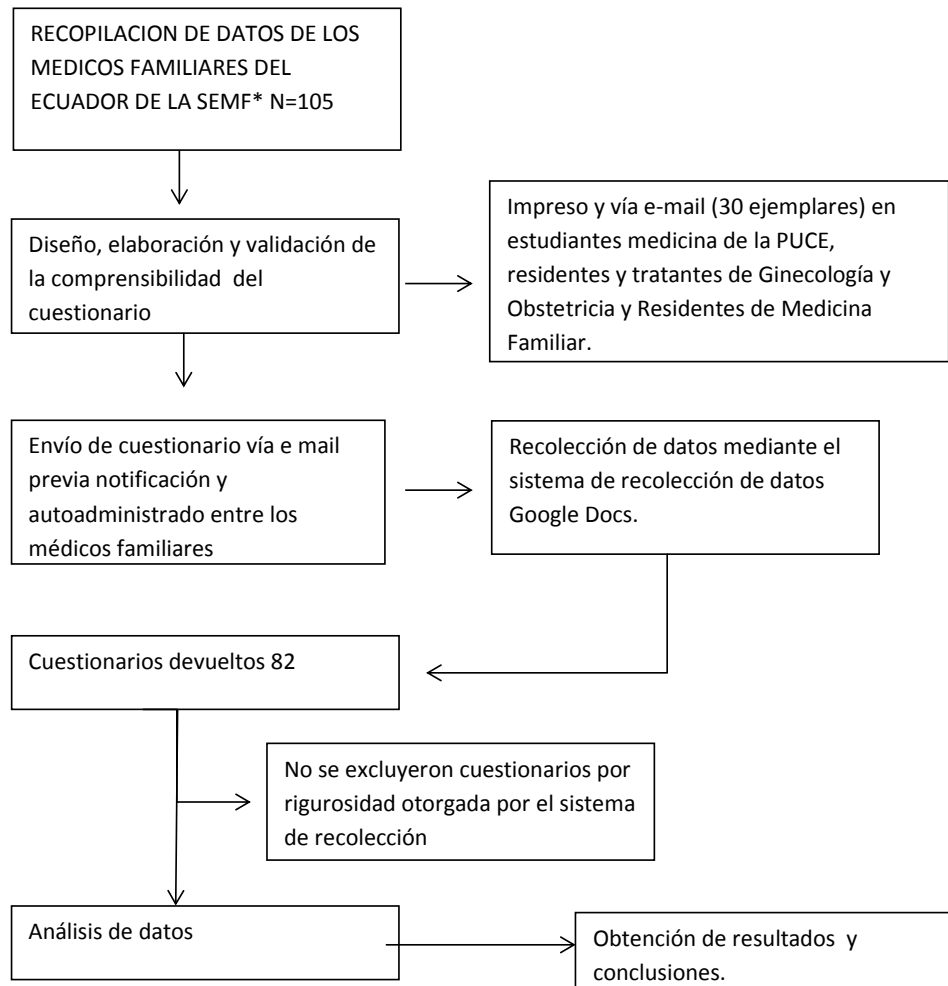
Se aplicó la encuesta (Anexo 1) vía email a los médicos familiares, luego de haber valorado su comprensión y aplicabilidad, hasta completar la muestra deseada.

Al cuestionario se adjuntó el consentimiento informado electrónico previo a la resolución del mismo.

Los datos recolectados fueron analizados por los 2 participantes de estudio, a través de Excel y Epi info 7.

Considerado que la muestra es pequeña y fue tomada por conveniencia, frente a la falta de datos estadísticos del universo de Médicos Familiares en Ecuador, se trató de disminuir el sesgo mediante la utilización de medidas estadísticas como el OR y el X^2 utilizando un error del 0.05, además se envió a todos los médicos familiares dando opción a que los participantes decidan si responder o no, por lo que los investigadores desconocíamos las características de los encuestados, mejorando en cierta medida la validez del estudio.

DISEÑO DEL ESTUDIO



CAPITULO 4: ASPECTOS BIOETICOS

Para participar en el estudio los médicos llenaron una encuesta anónima, en la que documenta su datos de filiación, formación médica, actividad laborar, y la percepción de las necesidades de educación médica continua.

El mismo no conlleva ningún riesgo, no recibieron ningún beneficio, o compensación por participar, la misma que es voluntaria.

Sus datos personales se mantienen en confidencialidad, sin embargo los resultados generales del estudio se publicaran en el repositorio de la universidad católica y en caso de ser necesario en revistas indexadas, además estará disponible para futuras investigaciones de tema relacionados.

La solicitud de consentimiento informado basada en el formato de la Organización Mundial de la salud, se envió conjuntamente con el cuestionario (Anexo 2). Estos documentos se encuentran adjuntos a la tesis.

CAPITULO 5: RESULTADOS

Comentario [E1]: Organizar un esquema de presentación de resultados por subtítulos

Estos podrían presentarse según los objetivos del trabajo, cada uno podría convertirse en un subcapítulo o subtítulo

CAPITULO 5.1: DATOS DEMOGRAFICOS DE LA POBLACION Y CARACTERISTICAS DE LA PRACTICA CLINICA.

TABLA 1. Estudio demográfico de la población y características de la práctica clínica (n=82)

	N	%
Características Demográficas		
Edad		
38,28 años+/- 7 años	82	100
Genero		
Masculino	34	41,5
Femenino	48	58,5
Estado civil		
Casado	59	72
Soltero	17	20,7
Unión libre	4	4,9

Divorciado	1	1,2
Separado	1	1,2

Características del médico (a) y la práctica clínica

Universidad que otorga título

PUCE*	63	76.8
UCE **	8	9.8
U. del Azuay	6	7.3
U. de Cuenca	3	3.7
UTN***	1	1.2
Otros	1	1.2

Años como Especialista en Medicina Familiar

Media	6,88
Mediana	4
Rango	37

Área de trabajo

Consulta externa	67	81.7
Docente	47	57.3
Administrativo	30	36.6
Hospitalización	11	13.4
Emergencia	10	12.2
Asesor	8	9.8

Zona de trabajo

Urbano	70	85,4
Rural	12	14,6

Sector de trabajo

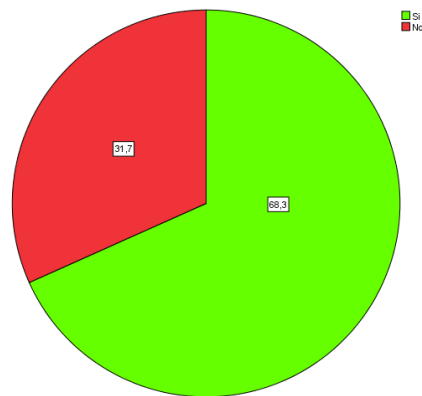
Dependiente	76	92.7
Independiente	6	7.3

*Pontificia Universidad Católica del Ecuador **Universidad Central del Ecuador ***Universidad Técnica Nacional de Loja
Fuente: Investigación
Elaboración: Chávez N, Cuadrado M

5.2: CARACTERISTICAS DE LA EDUCACION MÉDICA CONTINUA

El 68,3% (IC 95% 58,22 - 78,36) de los encuestados manifiesta que la institución en donde trabaja le permite acceder a la educación médica continua.

Gráfico 1: Distribución de frecuencias de la variable "acceso a educación médica continua" en el estudio sobre percepción de la educación médica continua en especialistas de medicina familiar ecuatorianos.



Fuente: Investigación
Elaboración: Chávez N, Cuadrado M

El 56,1% (IC 95% 45,36 - 66,84) de los encuestados manifiestan que prefieren leer la información para actualización de sus conocimientos médicos, en el idioma inglés.

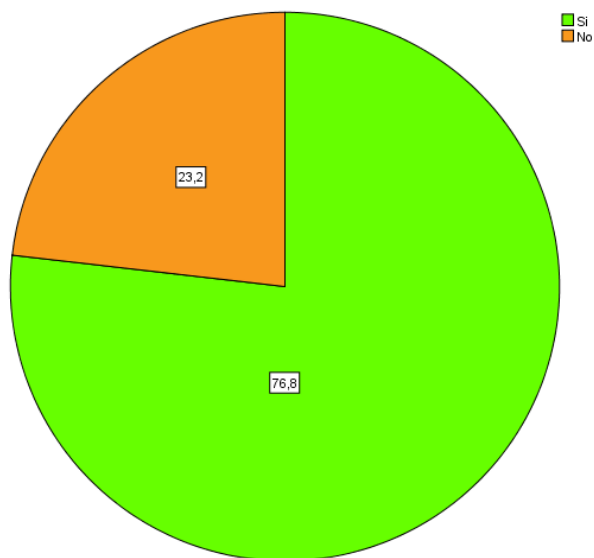
Tabla 1: Distribución de frecuencias de la variable "idioma que utiliza para leer información científica" en el estudio sobre percepción de la educación médica continua en especialistas de medicina familiar

IDIOMA	Frecuencia	Porcentaje	IC 95%
Inglés	46	56,1	45,36 - 66,84
Español	36	43,9	33,16 - 54,64
Total	82	100,0	

Fuente: Investigación
Elaboración: Chávez N, Cuadrado M

El 76,8% (IC 95% 67,70 - 85,96) de la población encuestada manifiesta haber participado en un proceso de educación médica continua en el último año.

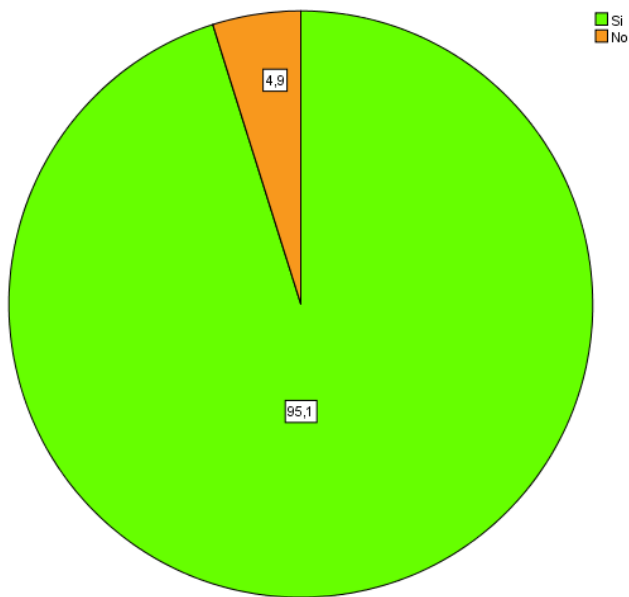
Gráfico 2: Distribución de frecuencias de la variable "participación en un proceso de educación médica continua en el último año" en el estudio sobre percepción de la educación médica continua en especialistas de medicina familiar



*Fuente: Investigación
Elaboración: Chávez N, Cuadrado M*

El 95,1% (IC 95% 90,46 - 99,78) de los participantes en la encuesta manifiestan que la educación médica continua mejora su práctica clínica.

Gráfico 3: Distribución de frecuencias de la variable "la educación médica continua mejora la práctica clínica" en el estudio sobre percepción de la educación médica continua en especialistas de medicina familiar



Fuente: Investigación
Elaboración: Chávez N, Cuadrado M

La tabla expuesta a continuación muestra en orden de importancia los factores que intervinieron en el acceso a la educación médica continua, siendo el más importante la motivación personal con el 78,0% (IC 95% 69,09 - 87,01).

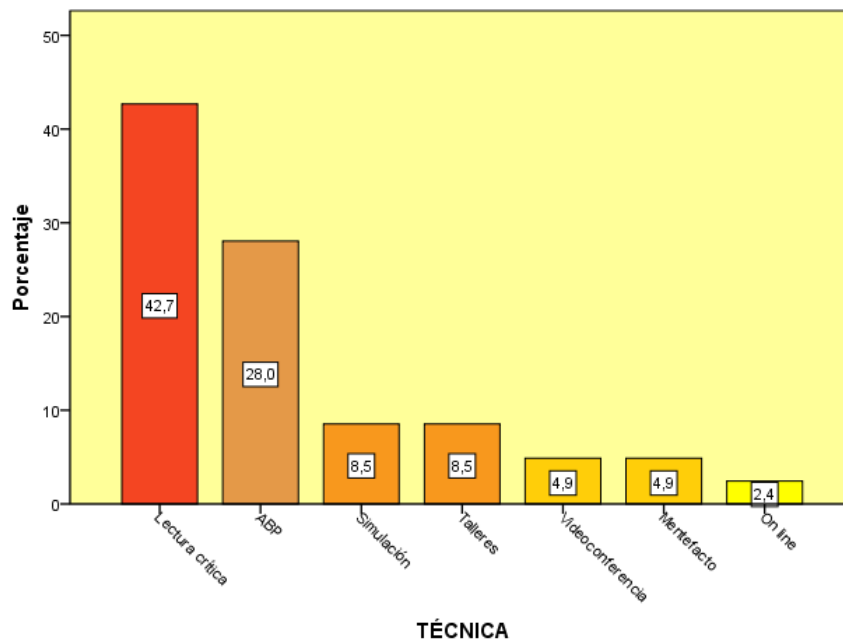
Tabla 2: Distribución de frecuencias de la variable "la educación médica continua mejora la práctica clínica" en el estudio sobre percepción de la educación médica continua en especialistas de medicina familiar

FACTORES	Frecuencia	Porcentaje	IC 95%
MOTIVACIÓN PERSONAL	64	78,0	69,09 - 87,01
SATISFACCION	43	52,4	41,63 - 63,25
ACTUALIZACIÓN	34	41,5	30,80 - 52,13
DEMANDA DE PACIENTES	30	36,6	26,16 - 47,01
HERRAMIENTAS DE TRABAJO	26	31,7	21,64 - 41,78
FINANCIAMIENTO	20	24,4	15,10 - 33,69
CERTIFICACIÓN	13	15,9	7,95 - 23,76
AUDITORÍA	3	3,7	

*Fuente: Investigación
Elaboración: Chávez N, Cuadrado M*

El 42,7% (IC 95% 31,98 - 53,39) de los encuestados preferirían utilizar la lectura crítica como técnica de educación médica.

Gráfico 4: Distribución de frecuencias de la variable "técnica de educación médica continua que preferiría utilizar" en el estudio sobre percepción de la educación médica continua en especialistas de medicina familiar



Fuente: Investigación
Elaboración: Chávez N, Cuadrado M

El 81,7% (IC 95% 73,34 - 90,08) de los encuestados aplican la lectura crítica como técnica más frecuente de educación médica continua.

Tabla 3: Distribución de frecuencias de la variable "técnica de educación médica continua que aplica" en el estudio sobre percepción de la educación médica continua en especialistas de medicina familiar ecuatorianos.

TÉCNICA DE EMC	Frecuencia	Porcentaje	IC 95%
LECTURA CRÍTICA	67	81,7	73,34 - 90,08
ABP	36	43,9	33,16 - 54,64
TALLERES	35	42,7	31,98 - 53,39
RESUMEN	25	30,5	20,52 - 40,45
VIDEOCONFERENCIA	19	23,2	14,04 - 32,30
MENTEFACTO	13	15,9	7,95 - 23,76
SIMULACIÓN	2	2,4	

Fuente: Investigación
Elaboración: Chávez N, Cuadrado M

La tabla siguiente muestra las áreas de formación que según los encuestados requieren mayor fortalecimiento de sus conocimientos y destrezas, destacando la gestión como la de mayor interés con el 64,6% (IC 95% 54,29 - 74,98).

Tabla 4: Distribución de frecuencias de la variable "fortalecimiento de conocimientos y destrezas" en el estudio sobre percepción de la educación médica continua en especialistas de medicina familiar

AREAS	Frecuencia	Porcentaje	IC 95%
GESTIÓN	53	64,6	54,29 - 74,98
DOCENCIA	49	59,8	49,14 - 70,37
TOMA DE DECISIONES	33	40,2	29,63 - 50,86
ENFOQUE INTEGRAL	25	30,5	20,52 - 40,45
COMUNICACIÓN	10	12,2	5,11 - 19,28

Fuente: Investigación
Elaboración: Chávez N, Cuadrado M

En la siguiente tabla se muestran los temas que requieren mayor fortalecimiento en la competencia académica del médico familiar, destacándose aquí los relacionados con problemas laborales con el 52,4% (IC 95% 41,63 - 63,25).

Tabla 5: Distribución de frecuencias de la variable "temas que requieren fortalecimiento" en el estudio sobre percepción de la educación médica continua en especialistas de medicina familiar

TEMAS QUE REQUIEREN FORTALECIMIENTO	Frecuencia	Porcentaje	IC 95%
LABORALES	43	52,4	41,63 - 63,25
BUSQUEDA DE INFORMACIÓN	26	31,7	21,64 - 41,78
ANTENCION DE FAMILIA Y COMUNIDAD	26	31,7	21,64 - 41,78
PEDIÁTRICOS	24	29,3	19,42 - 39,12
DEL ADULTO MAYOR	22	26,8	17,24 - 36,42
CONSULTA EXTERNA	17	20,7	11,96 - 29,50
EMERGENCIA	15	18,3	9,92 - 26,66
DEL ADULTO	14	17,1	8,93 - 25,22
GINECOLÓGICOS	13	15,9	7,95 - 23,76
OBSTÉTRICOS	5	6,1	0,92 - 11,28

*Fuente: Investigación
Elaboración: Chávez N, Cuadrado M*

Un 97,6% de la población encuestada manifiesta que prefiere utilizar los medios electrónicos (páginas web) para buscar información.

Tabla 6: Distribución de frecuencias de la variable "fuente de información que utiliza" en el estudio sobre percepción de la educación médica continua en especialistas de medicina familiar

FUENTES DE INFORMACIÓN	Frecuencia	Porcentaje	IC 95%
ELECTRÓNICA (WEB)	80	97,6	

LIBROS	39	47,6	36,75 - 58,37
CONGRESOS	28	34,1	23,88 - 44,41
COLEGAS	23	28,0	18,32 - 37,77
REVISTAS CIENTÍFICAS	2	2,4	

Fuente: Investigación
Elaboración: Chávez N, Cuadrado M

5.3: ACCESO A LA EMC SEGÚN LAS CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS, EDUCACION Y ACTIVIDAD LABORAL DEL MEDICO FAMILIAR.

LA EMC Y LAS CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS:

De acuerdo a la zona de trabajo, quienes trabajan en zona rural tuvieron mayor acceso a EMC en el último año con un 83,3% (OR: 0.62 IC 95% 0,06- 3,39).

Comentario [E2]: Ídem

*Tabla 12: Tabla de contingencia de las variables "zona de trabajo * la educación médica continua mejora la práctica clínica" en el estudio sobre percepción de la educación médica continua en especialistas de medicina familiar*

ZONA DE TRABAJO	PARTICIPACION EN EMC EL ULTIMO AÑO					
	SI		NO		TOTAL	
	N	%	n	%	N	%
Urbano	53	75,7	17	29,2	70	100
Rural	10	83,3	2	16,7	12	100
TOTAL	63	76,8	19	23,2	82	100

Fuente: Investigación
Elaboración: Chávez N, Cuadrado M

LA EMC Y LAS TECNICAS Y FUENTES DE EDUCACION:

Los encuestados con menos de 5 años de ejercicio profesional prefieren utilizar la lectura crítica (17.9%) y el talleres (8,9%) como técnicas de educación médica, en comparación con las otras tecnicas consultadas, a diferencia de quienes tiene 5 o mas años que prefieren lectura critica (15,4%) y ABP(9,9%) (OR: 0,77 IC:95% 0.20- 2,76)

Comentario [E3]: ídem

*Tabla15: Tabla de contingencia de las variables "años de ejercicio profesional * técnica de educación médica que prefiere utilizar" en el estudio sobre percepción de la educación médica continua en especialistas de medicina familiar*

Años de Ejercicio profesional	QUE TECNICA DE EDUCACIÓN MÉDICA PREFERE UTILIZAR													
	Lectura crítica		Mentefacto		Talleres		Videoconferencia		ABP		Simulación		Resumen	
	N	% del	N	% del	N	% del	N	% del	N	% del	N	% del	N	% del
	Total		total		Total		total		total		total		total	
Menos de 5 años	36	17.91	6	2.99	18	8.96	9	4.48	16	7.96	6	2.99	12	5.97
5 o más años	31	15.42	7	3.48	17	8.46	10	4.98	20	9.95	0	0	13	6.47
Total	67	33.33	13	6.47	35	17.41	19	9.45	36	17.91	6	2.99	25	12.44

Fuente: Investigación
Elaboración: Chávez N, Cuadrado M

Los encuestados con menos de 5 años de ejercicio profesional prefieren utilizar los medios electrónicos (web) como fuente de información (25,88%) en comparación con las otras fuentes consultadas (OR: 1,21 IC:95% 0.01- 98,09)

Comentario [E4]: ídem

Tabla16: Tabla de contingencia de las variables "años de ejercicio profesional * fuente que prefiere utilizar para buscar información médica" en el estudio sobre percepción de la educación médica continua en especialistas de medicina familiar

Años de Ejercicio profesional	QUE FUENTE PREFIERE UTILIZAR							
	Electrónica		Libros		Colegas		Congresos	
	N	% del total	N	% del total	N	% del total	N	% del total
Menos de 5 años	44	25.88	16	9.41	7	4.12	11	6.47
5 o más años	36	21.18	23	13.53	16	9.41	17	10.00
Total	80	47.06	39	22.94	23	13.53	28	16.47

Fuente: Investigación
Elaboración: Chávez N, Cuadrado M

LA EMC Y ACTIVIDAD LABORAL:

De acuerdo al tiempo de ejercicio profesional, quienes tienen más de 5 años de ejercicio profesional, tuvieron mayor acceso a EMC en el último año (78,3%) (OR: 0.85 IC:95% 0,26 – 2,70)

Comentario [E5]: ídem

Tabla 14: Tabla de contingencia de las variables "años de ejercicio profesional * la educación médica continua mejora la práctica clínica" en el estudio sobre percepción de la educación médica continua en especialistas de medicina familiar

AÑOS DE EJERCICIO PROFESIONAL	PARTICIPACION EN EMC EL ULTIMO AÑO					
	SI		NO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%

Menos de 5 años	34	75,6	11	24,4	45	100
5 a más años	29	78,3	8	21,6	37	100
TOTAL	63	76,8	19	23,2	82	100,0

Fuente: Investigación
Elaboración: Chávez N, Cuadrado M

5.4: FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL ACCESO A EMC EN LOS ESPECIALISTAS DE MÉDICINA FAMILIAR.

La motivación personal es el factor que ha intervenido con mayor frecuencia en los médicos que en el último año han participado en un proceso de educación médica continua ((OR: 1,96 IC: 95% (0,5007 – 7,0105))

Comentario [E6]: ídem

*Tabla 17: Tabla de contingencia de las variables "factores para acceso a educación médica continua * participación en un proceso de educación médica continua" en el estudio sobre percepción de la educación médica continua en especialistas de medicina familiar*

FACTORES	PARTICIPACIÓN EN UN PROCESO DE EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA			
	SI		NO	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Motivación personal	51	21.9	13	5.6
Satisfacción por el aprendizaje	37	15.9	6	2.6
Actualización de conocimientos	27	11.6	7	3.1
Demanda generada por paciente	25	10.7	5	2.1
Provisión de herramientas	21	9.0	5	2.1
Financiamiento	16	6.9	4	1.7
Certificación profesional	10	4.3	3	1.3
Auditoría externa en el lugar de trabajo	2	0.9	1	0.4
TOTAL	189	81.1	43	18.9

Fuente: Investigación
Elaboración: Chávez N, Cuadrado M

5.5: PERCEPCION DE MEJORAMIENTO DE LA PRACTICA CLINICA SEGÚN LAS CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS, EDUCACION Y ACTIVIDAD LABORAL DEL MEDICO FAMILIAR.

PERCEPCION DE MEJORAMIENTO DE LA PRACTICA CLINICA SEGÚN LAS CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS.

De acuerdo a la zona de trabajo, quienes están en el sector urbano con un 80,5% (OR: 0,00 IC 95% 0,00 - 9,27) creen que la educación medica continua mejora su práctica clínica.

Comentario [E7]: Ídem pero el IC es más lógico

*Tabla 12: Tabla de contingencia de las variables "zona de trabajo * la educación médica continua mejora la práctica clínica" en el estudio sobre percepción de la educación médica continua en especialistas de medicina familiar*

ZONA DE TRABAJO	LA EMC MEJORA LA PRÁCTICA CLÍNICA					
	SI		NO		TOTAL	
	N	%	n	%	N	%
Urbano	66	94,29	4	5,71	70	100
Rural	12	100	0	0,0	12	100
TOTAL	78	95,1	4	4,9	82	100,0

Fuente: Investigación
Elaboración: Chávez N, Cuadrado M

PERCEPCION DE MEJORAMIENTO DE LA PRACTICA CLINICA SEGÚN LAS CARACTERISTICAS DE LA EDUCACION DEL MEDICO DE FAMILIA

Los médicos que participaron el último año en EMC, perciben que la EMC mejora su práctica clínica. (X^2 : 0.2690 p: 0.60402). Por lo tanto rechazamos la hipótesis de trabajo y aceptamos la hipótesis nula.

*Tabla 7: Tabla de contingencia de las variables * la educación médica continua mejora la práctica clínica'' en el estudio sobre percepción de la educación médica continua en especialistas de medicina familiar*

PARTICIPACION EN EMC EL ULTIMO AÑO	LA EMC MEJORA LA PRÁCTICA CLÍNICA					
	SI		NO		TOTAL	
	N	%	n	%	N	%
SI	60	95,2	3	4,8	63	76,8
NO	18	94,7	1	5,3	19	23,2
TOTAL	78	95,1	4	4,9	82	100

Fuente: Investigación
Elaboración: Chávez N, Cuadrado M

PERCEPCION DE MEJORAMIENTO DE LA PRACTICA CLINICA SEGÚN LA ACTIVIDAD LABORAL DEL MEDICO DE FAMILIA.

De acuerdo a los años de ejercicio profesional, quienes tienen menos de 5 de ejercicio profesional en relación a otros grupos, manifiestan que la educación medica continua mejora su práctica clínica. (OR: 0,81 IC:95% 0.05- 11,78)

Comentario [E8]: Esto no es claro. Más que utilizar el IC debería de haberse aplicado el Chi cuadrado o el OR

Comentario [E9]: Necesario un subtítulo

A qué objetivos pertenecen los siguientes análisis???

Tabla 14: Tabla de contingencia de las variables "años de ejercicio profesional * la educación médica continua mejora la práctica clínica" en el estudio sobre percepción de la educación médica continua en especialistas de medicina familiar

AÑOS DE EJERCICIO PROFESIONAL	LA EMC MEJORA LA PRÁCTICA CLÍNICA					
	SI		NO		TOTAL	
	N	%	n	%	N	%
Menos de 5 años	34	75,56	11	24,44	45	100
5 o más años	29	78,38	8	21,62	37	100
TOTAL	63	76,83	19	23,17	82	100,0

Fuente: Investigación

Elaboración: Chávez N, Cuadrado M

CAPITULO 6: DISCUSION

Comentario [E10]: Muy pobre. Aquí es necesario una fuerte revisión bibliográfica que permita comparar los resultados y analizarlos según los objetivos

Desde tiempos remotos ya se había establecido la necesidad de una formación continua en la profesión médica; en la actualidad no lejos de esta realidad y considerando el reto que supone mantenerse a la vanguardia de la tecnología y los descubrimientos médicos, internacionalmente se ha prestado especial atención a la EMC, como herramienta aplicable para cumplir este fin, siendo relevante en nuestro país conocer la percepción de los médicos frente a ella, habiendo iniciado esta investigación en médicos de familia ecuatorianos, que nos permita conocer nuestra realidad.

El 76,8% de los médicos encuestados indicó haber participado en un proceso de educación médica continua en el último año, de los cuales el 95% percibió que mejoramiento de su práctica clínica, que se encuentran en relación con el estudio de Anwar y Batty que reporta que el 81% de los participantes creen que la EMC mejora su práctica. (Anwar & Batty, 2007). Es relevante reportar que quienes se graduaron hace más de 5 años, participaron en EMC con mayor frecuencia que los médicos graduados en un tiempo menor de 5 años.

En nuestro estudio encontramos que las técnicas de EMC que preferirían utilizar los médicos familiares son la lectura crítica, independientemente del tiempo de graduación, con un 17,9% para quienes obtuvieron su título hace menos de 5 años, vs 15.42%, para quienes lo hicieron hace 5 años o más, sin embargo los talleres y el ABP, que siguen en frecuencia a estas preferencias varían con el tiempo de graduación así los talleres son la segunda opción en los médicos que se graduaron en un tiempo menor de 5 años (8,9%) y el ABP en más de 5 años (9,9%). Sobresale el interés en simulación (2,9%), únicamente evidenciado en quienes se graduaron en un tiempo menor a 5 años. En la literatura internacional más que conocer las preferencias el interés se ha enmarcado en la efectividad de las herramientas, así Smits, muestra que no hay evidencia consistente para considerar que el ABP sea una estrategia superior a otras para incrementar el conocimiento médico, a pesar de brindar más satisfacción en los participantes.(Smits & Verbeek, 2002). Según Forsetlund y cols. al igual que Bloom, las técnicas interactivas pueden mejorar la práctica profesional, (Forsetlund et al., 2009) (Bloom,S, 2005). O'Brien indica que los talleres interactivos producen grandes cambios en la práctica profesional (O'Brien et al., 2007) y al comparar lectura crítica vs ABP Góngora y cols, observaron que el ABP era la única estrategia para inducir una diferencia significativa antes y después de la intervención.(Gongora, Segovia, Valdivia, Galaviz, & Prado, 2012). En relación a la simulación Scale y cols. la catalogan como una herramienta útil, segura e incluso ética en la formación, evaluación y desarrollo de competencias, al igual que Gómez y Mc Gaghie. . (Scalese et al., 2008), (Gómez et al., 2008), (McGaghie et al., 2009).

La fuente de información más frecuentemente utilizada es la electrónica (páginas web) a diferencia de otros estudios como el de Curran que indica que los médicos rurales prefieren utilizar videoconferencia, mientras que los urbanos consulta a colegas. (V. R. Curran, 2007). En relación a la efectividad del Internet en la EMC Cook y colaboradores, encontraron un efecto positivo en el conocimiento, adquisición de habilidades y cambios en el cuidado del paciente y a la vez Schoen halló que la participación medica mediante la

Web, es mayor de acuerdo al interés en el tema y en quienes ejercen en zonas rurales, aunque no sea un determinante de la intensidad de participación. (Cook et al., 2008) (Schoen et al., 2009)

Pese a no encontrar información de preferencia en otros estudios sobre las áreas de formación, nuestros resultados reportan que los especialistas en medicina familiar, necesitarían formación en gestión, docencia, y toma de decisiones, dichos temas deberían haber sido enfocados durante su preparación de postgrado.

Los médicos familiares creen que requieren fortalecimiento de sus conocimientos en el área de gestión y en problemas relacionados con medicina ocupacional a diferencia de estudios de otros países como el realizado por Curran, donde realiza una diferenciación entre áreas urbanas y rurales, siendo las áreas clínicas de dermatología y endocrinología las áreas de carencia en médicos urbanos en comparación con medicina de emergencia en médicos que trabajan en áreas rurales, áreas clínicas de dermatología, endocrinología, y medicina de urgencias, dichos temas no tienen relación con los encontrados en nuestro estudio. (V. R. Curran, 2007)

Llama la atención que los médicos familiares que trabajan en zonas rurales, son el grupo de mayor acceso a EMC en último año, resultados que se oponen a los encontrados por Curran y colaboradores, que indican menor oportunidad para acceder a la EMC por falta de cobertura de suplencias, distancias, tiempo, gastos y viajes, lo que podría explicarse por la reducida muestra de médicos con estas características en nuestro estudio. (V. Curran et al., 2010)

En cuanto a los factores que intervinieron en el acceso o falta de este a EMC, la motivación personal influyó tanto positiva como negativamente, seguidos de la satisfacción por el aprendizaje per se, Lowe abordó este tema sin obtener una conclusión acerca de las formas en que los factores internos o externos influyen en la eficacia de la EMC, recomendando estudios adicionales sobre el mismo. (Lowe, Bennett, & Aparicio, 2009)

Una limitación del presente trabajo es que se llevó a cabo únicamente en médicos de familia, lo que no permite la generalización de los datos a las otras especialidades.

CAPITULO 7: CONCLUSIONES

- Los especialistas en medicina familiar ecuatorianos, perciben que la EMC mejora su práctica profesional tengan acceso a esta o no.
- El idioma utilizado con mayor frecuencia para la actualización de conocimientos es inglés.
- La técnica de EMC que los especialistas de medicina familia aplican con mayor frecuencia y a la vez la que preferirían utilizar es la lectura crítica.
- Las áreas de formación en las que los médicos de familia ecuatorianos requieren fortalecimiento de sus conocimientos o destrezas son predominantemente gestión, docencia y toma de decisiones.
- Los temas de formación que requieren fortalecimiento en los médicos de familia ecuatorianos son principalmente problemas laborales (medicina ocupacional), seguidos de búsqueda de información y problemas relacionados con la atención de la familia y la comunidad.
- Independientemente de la edad o los años de especialización los médicos de familia obtienen la información de fuentes electrónicas.

- Mientras menor es el tiempo de graduación mayor es la percepción de mejoramiento de la práctica clínica con la EMC.
- En relación a los años de graduación, y la zona de trabajo, los médicos que se graduaron hace más de 5 años y los que trabajan en zona rural tienen mayor acceso a EMC.
- Los factores que intervienen en el acceso de los médicos familiares a la EMC son la motivación personal, la satisfacción por el aprendizaje per se y necesidad de actualización de conocimientos.

Comentario [E11]: No hay recomendaciones o no son necesarias???

CAPITULO 8: RECOMENDACIONES

En nuestro país no se tienen datos actuales sobre el número total de médicos familiares, lo cual es imprescindible para realización de nuevos estudios en este gremio, no se encontró ningún plan serio de educación médica continua, ni tampoco se ha realizado estudios previos sobre este tema, considerando al presente como pionero en este ámbito, el cual pretende ser un punto de partida para el mejoramiento de la calidad médica en Ecuador, datos que podrán ser utilizados por asociaciones médicas y futuros investigadores.

Se debería implementar un sistema de Educación Médica Continua en nuestro país, no solo a los médicos de familia sino a las otras especialidades, en pos de una mejora de la atención global del paciente y también encaminado a la recertificación para continuar su práctica.

Si tomamos como base la Andragogía mientras no exista motivación y deseo de aprendizaje, las herramientas más sofisticadas, no pueden entregar el conocimiento que no se busca, por lo que es importante conocer como incrementar el interés del médico en la EMC, lo que debería ampliarse en una futura investigación.

El presente estudio abarca una línea de base a partir de la cual es necesario continuar la investigación de EMC, a través de las nuevas herramientas de aprendizaje evidenciadas en estudios internacionales como la simulación, que es una técnica, que comienza a ser tomada en cuenta en quienes se graduaron en un tiempo menor a 5 años y teniendo que aún existe una baja oferta de esta técnica en nuestro país, deberíamos fortalecerla.

Con los datos obtenidos se podrá realizar un proyecto de Educación Medica Continua en los médicos de familia ecuatorianos, puesto en este estudio se obtiene información plena sobre fuentes de información, idioma, técnica, y temas que ellos consideran necesarios reforzar, además las barreras y fortalezas para que este proyecto alcance éxito a nivel individual.

BIBLIOGRAFIA:

1. Allen, J., Gay, B., Crebolder, H., Heyrman, J., Svab, I., & Ram, P. (2007). La definición europea de Medicina General / Medicina de Familia. *Sociedad Española de Medicina de Familia Y Comunitaria/WONCA*, 1–14.
2. Anwar, H., & Batty, H. (2007). Physicians in Oman : Lessons to be learnt. *Oman Medical Journal* 2007, 22, 75–77.
3. Bloom, S. B. (2005). Effects of continuing medical education on improving physician clinical care and patient health: a review of systematic reviews. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 21(3), 380–5.
4. Caraballo, R. (2007). LA ANDRAGOGIA EN LA EDUCACION SUPERIOR. *Investigación Y Posgrado*, 22(2), 187–206.
5. Congreso-Nacional. LEY ORGANICA DE SALUD, Pub. L. No. 423 (2006). Quito-Ecuador. Retrieved from [http://www.vertic.org/media/National Legislation/Ecuador/EC_Ley_Organica_de_Salud.pdf](http://www.vertic.org/media/National%20Legislation/Ecuador/EC_Ley_Organica_de_Salud.pdf)
6. Cook, D. A., Levinson, A. J., Garside, S., Dupras, D. M., Erwin, P. J., & Montori, V. M. (2008). Internet-based learning in the health professions: a meta-analysis. *JAMA : The Journal of the American Medical Association*, 300(10), 1181–96. doi:10.1001/jama.300.10.1181

7. Curran, V. R. (2007). Original Article Article original A comparative analysis of the perceived continuing medical education needs of a cohort of rural and urban Canadian family physicians, *12*(3), 161–166.
8. Curran, V., Rourke, L., & Snow, P. (2010). A framework for enhancing continuing medical education for rural physicians: A summary of the literature. *Medical Teacher*, *32*, e501–e508.
9. Davis, D. (1998). Does CME work? An analysis of the effect of educational activities on physician performance or health care outcomes. *Int J Psychiatry Med.*, *28*(1), 21–39.
10. Fordis, M., King, J. E., Ballantyne, C. M., Jones, P. H., Schneider, K. H., Spann, S. J., ... Greisinger, A. J. (2005). Comparison of the Instructional Efficacy of Internet-Based CME With Live Interactive CME Workshops. *JAMA*, *294*(9), 1043–1051. Retrieved from <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=201477>
11. Forsetlund, L., Bjørndal, A., Rashidian, A., Jamtvedt, G., O'Brien, M. A., Wolf, F., ... Oxman, A. D. (2009). Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2), CD003030. doi:10.1002/14651858.CD003030.pub2
12. García, J. A., González, J. F., Estrada, L., & Uriega, S. (2010). Educación médica basada en competencias. *Revista Medica Hospital General de Mexico*, *73*(1), 57–69. Retrieved from <http://www.medigraphic.com/pdfs/h-gral/hg-2010/hg101k.pdf>
13. Gómez, L. M., Calderón, M., Ximena, S., Reyes, G., Moreno, M. A., Jazmín, R. L., ... Jaime, J. (2008). Impacto y beneficio de la simulación clínica en el desarrollo de las competencias psicomotoras en anestesia: un ensayo clinico aleatorio doble ciego. *Revista Colombiana de Anestesiología*, *36*, 93–107. Retrieved from http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pidet_articulo=90150136&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=341&ty=133&accion=L&origen=clysa&web=www.revcolanest.com.co&lan=es&fichero=341v36n02a90150136pdf001.pdf

14. Gomez, P. (1987). LA SOCIEDAD CONTEMPORANEA y EDUCACION. *Medicina*, 51–55. Retrieved from [http://anmdecolombia.net/pdf/Ultima y Actual Etapa, Cambia a Revista Medicina/Vol 9 \(16-18\); Mar. a Nov. 1987/No. 17, Jul. 1987/Medicina en la Sociedad Contemporanea y Educacion Medica Continuada P. 51-55.PDF](http://anmdecolombia.net/pdf/Ultima y Actual Etapa, Cambia a Revista Medicina/Vol 9 (16-18); Mar. a Nov. 1987/No. 17, Jul. 1987/Medicina en la Sociedad Contemporanea y Educacion Medica Continuada P. 51-55.PDF)
15. Gongora, J., Segovia, Y., Valdivia, J. de J., Galaviz, J. M., & Prado, C. (2012). Educational interventions to improve the effectiveness in clinical competence of general practitioners: problem-based versus critical reading-based learning. *BMC Medical Education*, 12(1), 53. doi:10.1186/1472-6920-12-53
16. Henríquez, R., & Sánchez, G. (2011). La definición del perfil profesional del médico familiar en Ecuador : una tarea en proceso . *Revista Médica Vozandes*, 22(1), 5–8.
17. Henríquez, R., Sánchez, G., & Sociedad, D. (2011). La definición del perfil profesional del médico familiar en Ecuador : una tarea en proceso . *Revista Medica Vozandez*, 22(22), 5–8.
18. Issenberg, S. B., McGaghie, W. C., Petrusa, E. R., Lee Gordon, D., & Scalese, R. J. (2005). Features and uses of high-fidelity medical simulations that lead to effective learning: a BEME systematic review. *Medical Teacher*, 27(1), 10–28. doi:10.1080/01421590500046924
19. Lam-Antoniades, M., Ratnapalan, S., & Tait, G. (2009). Electronic continuing education in the health professions: an update on evidence from RCTs. *The Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 29(1), 44–51. doi:10.1002/chp.20005
20. Leguizamón, M. (2012). Evidencia científica de las diferentes estrategias en Educación Médica. *SCARE*, 2, 24–31.
21. Lowe, M. M., Bennett, N., & Aparicio, A. (2009). The role of audience characteristics and external factors in continuing medical education and physician change: effectiveness of continuing medical education: American College of Chest Physicians Evidence-Based Educational Guidelines. *Chest*, 135(3 Suppl), 56S–61S. doi:10.1378/chest.08-2519

22. Martin, M. C. (2004). Diseño y validación de cuestionarios. *Matronas Profesion*, 5, 17.
23. Martínez-natera, O. C. (2007). La historia de la educación en la medicina. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 30(1), 249–250. Retrieved from <http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2007/cmas071ap.pdf>
24. Mazmanian, P. E., & Davis, D. a. (2002). Continuing Medical Education and the Physician as a Learner. *Jama*, 288(9), 1057. doi:10.1001/jama.288.9.1057
25. McGaghie, W. C., Siddall, V. J., Mazmanian, P. E., & Myers, J. (2009). Lessons for continuing medical education from simulation research in undergraduate and graduate medical education: effectiveness of continuing medical education: American College of Chest Physicians Evidence-Based Educational Guidelines. *Chest*, 135(3), 62S–68S. doi:10.1378/chest.08-2521
26. Mejía, A. (1986). EDUCACION CONTINUA. *Educacion Medica Y Salud*, 20(1), 43–71. Retrieved from <http://hist.library.paho.org/Spanish/EMS/6916.pdf>
27. O'Brien, M. A., Rogers, S., Jamtvedt, G., Oxman, A. D., Odgaard-Jensen, J., Kristoffersen, D. T., ... Harvey, E. L. (2007). Educational outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4), CD000409. doi:10.1002/14651858.CD000409.pub2
28. O'Neil, K. M., & Addrizzo-Harris, D. J. (2009). Continuing medical education effect on physician knowledge application and psychomotor skills: effectiveness of continuing medical education: American College of Chest Physicians Evidence-Based Educational Guidelines. *Chest*, 135(3 Suppl), 37S–41S. doi:10.1378/chest.08-2516
29. OMS/WONCA. (1994). HACER QUE LA PRACTICA MEDICA Y LA EDUCACION MEDICA SEAN MAS ADECUADAS A LAS NECESIDADES DE LA GENTE: LA CONTRIBUCION DEL MEDICO DE FAMILIA. In *De la Conferencia conjunta* (pp. 1–2). London, Canada.
30. Pinzón, C. (1993). Los grandes paradigmas de la educación médica en Latinoamérica The big paradigms of the medical education in latin american

- countries. *ACTA MEDICA COLOMBIANA*, 33(1), 33–41. Retrieved from <http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v33n1/v33n1a7.pdf>
31. Rodriguez, M. (2007). Creación y funcionamiento de la comisión de formación continuada de las profesiones sanitarias y de su sistema acreditador. *Educacion Medica*, 10(2), 97–104. Retrieved from <http://scielo.isciii.es/pdf/edu/v10n2/formacion.pdf>
32. Scalese, R. J., Obeso, V. T., & Issenberg, S. B. (2008). Simulation technology for skills training and competency assessment in medical education. *Journal of General Internal Medicine*, 23 Suppl 1, 46–9. doi:10.1007/s11606-007-0283-4
33. Schoen, M., Tipton, E., Houston, T., Funkhouser, E., Levine, D., Estrada, C., ... Kiefe, C. (2009). Characteristics That Predict Physician Participation in a Web-Based CME Activity: The MI-Plus Study. *J Contin Educ Health Prof*, 29(4), 246–253. doi:10.1002/chp.20043.Characteristics
34. Smits, P. B. A., & Verbeek, J. H. A. M. (2002). Learning in practice Problem based learning in continuing medical education : *British Medical Journal*, 324(19), 153–156.
35. Umble, K. E., & Cervero, R. M. (1996). Impact studies in continuing education for health professionals. A critique of the research syntheses. *Evaluation & the Health Professions*, 19(2), 148–74. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10186908>
36. Vera, O. E., & Vera, F. M. (2013). Diseño y Validación de un Cuestionario para medir Automedicación (CAuM-ovr) en estudiantes Universitarios. *Revista Cuerpo Medico*, 6(1), 19–24.
37. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs290/es/>
38. <http://federacionmedicaecuatorialiana.net/index.php/8-federacion-medica-ecuadoriana/29-educacion-continua-disponible>

