

**UNIVERSIDAD DE HOLGUÍN**  
**SEDE “JOSÉ DE LA LUZ Y CABALLERO”**

**CENTRO DE ESTUDIOS EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN**

**LA FORMACIÓN PEDIÁTRICA DEL ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA**

**Tesis presentada en opción al grado científico de Doctor en Ciencias Pedagógicas**

**GILBERTO ANTONIO GUILLÉN MENÉNDEZ**

**Holguín**

**2016**

**UNIVERSIDAD DE HOLGUÍN**  
**SEDE “JOSÉ DE LA LUZ Y CABALLERO”**

**CENTRO DE ESTUDIOS EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN**

**LA FORMACIÓN PEDIÁTRICA DEL ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA**

**Tesis presentada en opción al grado científico de Doctor en Ciencias Pedagógicas**

**Autor: Dr. Gilberto Antonio Guillén Menéndez**

**Tutores: Prof. Titular, Lic. Rafael Tejada Díaz, Dr. C.**

**Prof. Titular, Lic. Luis Anibal Alonso Betancourt, Dr. C.**

**Holguín**

**2016**

## AGRADECIMIENTOS

*A Dios, que gobierna mi existencia en la tierra*

*Este trabajo se logra gracias a la colaboración, dedicación y entrega de otras personas. Por ello mi más profundo agradecimiento:*

*A los Profesores y Directores de este trabajo: **Dr. C. Rafael Tejeda Díaz**, al que no solo debo agradecerle la confianza depositada en mí, sino por permitirme beneficiarme de su experiencia y sabiduría, méritos que me han ayudado a vencer las dificultades que he ido encontrando. Principalmente le estoy agradecido por su ayuda, compromiso, seriedad, responsabilidad y rigor académico, contribuyendo así a que el sueño de mi madre, de mi esposa, de mis hijos y el mío propio se haga realidad.*

*Al **Dr. C. Luis Aníbal Alonso Betancourt**, al que he de valorar su predisposición, meticulosidad y cercanía para que esta investigación llegue a su culminación. Igualmente le estaré agradecido por sus acertadas y enriquecedoras aportaciones complementarias de este trabajo.*

*Al **Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Portoviejo (IESS)** por el apoyo recibido para que esta tesis se llevara a cabo.*

*A la **planta de docentes** de la Universidad de Holguín de la República de Cuba*

*A los **colegas pediatras de los hospitales del IESS de Manta y Portoviejo**, que participaron con sus conocimientos y experiencias.*

*A la **Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí (ULEAM)**, por inspirar y colmar de estimulación esta investigación.*

*A los **Docentes Médicos de la Facultad de Medicina**, por sus valiosas sugerencias.*

*A los **estudiantes de la Facultad de Medicina**, que significativamente participaron de diversas maneras en este trabajo.*

*En el trayecto de mis pasos por Universidades Nacionales y Extranjeras que brindaron la formación continua en postgrado y especialidades, quiero expresar mi más profundo agradecimiento a ellas: **Université René Descartes París, Francia; Université La Sorbonne París, Francia; Universidad del Mar, Chile; Universidad Técnica Particular de Loja, Ecuador y la Universidad Técnica de Manabí, Ecuador.***

*Agradezco infinitamente a todos los que de una u otra forma me ayudaron y se solidarizaron para que este trabajo llegara a término.*

*A todos muchas gracias*

## **DEDICATORIA**

*Con esta dedicatoria quiero homenajear a Amarilis, mi madre, impulsadora de mis metas personales y profesionales.*

*A la memoria de mi padre, por su ejemplo*

*A Nancy mi esposa, por su permanente solidaridad con mi superación académica*

*A mis hijos Paúl, Jhony y Paolita, inspiración mental y espiritual en mi vida*

*A mis hermanos, que de una u otra manera se solidarizaron con mi superación*

## **SÍNTESIS**

La presente investigación surge debido a la necesidad de resolver las insuficiencias que presentan los estudiantes de la carrera de Medicina en su formación pediátrica, lo cual limita su desempeño profesional durante la asistencia pediátrica desde una visión integradora que implique a su familia y a la comunidad y por tanto el cumplimiento de su encargo social.

Como vía de solución a esta problemática se propone una estrategia sustentada en un modelo de formación pediátrica de los estudiantes de la carrera de Medicina, que contribuya al mejoramiento de su desempeño en la asistencia pediátrica integral del niño y su familia.

Estos resultados se sustentan en el enfoque histórico – cultural y en las concepciones teóricas relacionadas con la formación profesional del Médico General y el enfoque de formación profesional basada en competencias.

Los resultados alcanzados en la aplicación de la estrategia mediante la aplicación del criterio de expertos y la realización de un cuasiexperimento pedagógico; demostró que se contribuye al mejoramiento de su desempeño profesional en la asistencia pediátrica integral del niño y su familia.

La estrategia puede ser aplicada con flexibilidad y adaptabilidad al contexto, en el cual se desarrolla la formación de profesionales de la carrera de Medicina en el acontecer nacional y extranjero.

# ÍNDICE

CONTENIDO	Pág.
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO 1. CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO DE FORMACIÓN PROFESIONAL DEL ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA.....	10
1.1. Fundamentos teóricos que sustentan al proceso de formación profesional de los estudiantes de la carrera de Medicina.....	10
1.1.1. Reflexiones teóricas sobre la formación pediátrica del estudiante de la carrera de Medicina.....	23
1.2. Antecedentes históricos de la formación pediátrica en el proceso formativo de los estudiantes de la carrera de Medicina.....	37
1.3. Diagnóstico del estado actual de la formación pediátrica de los estudiantes de la carrera de Medicina.....	45
CONCLUSIONES DEL CAPÍTULO 1.....	51
CAPÍTULO 2. MODELO DE FORMACIÓN PEDIÁTRICA DEL ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA. ESTRATEGIA PARA SU IMPLEMENTACIÓN.....	53
2.1 Modelo de formación pediátrica del estudiante de la carrera de Medicina.....	53
2.2 Estrategia para la formación pediátrica del estudiante de la carrera de Medicina.....	79

CONCLUSIONES DEL CAPÍTULO 2.....	97
CAPÍTULO 3. VALORACIÓN DE LA FACTIBILIDAD DE LA ESTRATEGIA PARA LA FORMACIÓN PEDIÁTRICA DEL ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA.....	99
3.1. Resultado de la consulta a expertos sobre el modelo y la estrategia.....	99
3.2. Cuasiexperimento pedagógico. Resultados obtenidos.....	104
CONCLUSIONES DEL CAPÍTULO 3.....	117
CONCLUSIONES.....	118
RECOMENDACIONES.....	120
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
BIBLIOGRAFÍA	
ANEXOS	

## INTRODUCCIÓN

La realidad Latinoamericana en los actuales momentos y época de la globalización nos plantea como desafío enfrentar las deficiencias y limitaciones en: recursos económicos en salud, diversos niveles de educación, diversas costumbres, tradiciones y valores, siendo necesario integrar a nuestra verdad científica, la búsqueda de una mayor humanización e igualdad de la sociedad.

Lo anteriormente planteado realza el papel decisivo que tiene la universidad, en específico, en el contexto ecuatoriano, formando profesionales especializados en quienes sobresalgan los conocimientos científicos, las prácticas investigativas, los valores morales y la solidaridad humana, debidamente capacitados para participar activamente en el desarrollo socioeconómico del país.

La Universidad Laica “Eloy Alfaro” de Manabí (Uleam) es una institución comprometida permanentemente con la búsqueda de la verdad, la defensa de la democracia, la ciencia, la cultura y el bienestar regional y nacional, que haga posible dentro del ámbito de sus facultades un desarrollo sostenido y sustentado; impartiendo una enseñanza académica, científica, tecnológica y humanística con fundamentación ética y moral, que aporte al mejoramiento de las condiciones de vida de manabitas y ecuatorianos/as.

En tal sentido, la facultad de Medicina tiene como visión la referida a: *“Formar de manera creativa e innovadora a profesionales médicos competitivos que fomenten, prevengan, restituyan la salud individual y colectiva, respetando siempre los principios éticos, sociales y culturales que norman la relación médico paciente en el desarrollo de su profesión frente a la sociedad.”* (Uleam, 2012, pp.15)<sup>1</sup>

Para lograr el propósito anteriormente planteado, la educación médica superior debe formar profesionales competentes, de modo tal que estén capacitados integralmente para enfrentar necesidades y resolver problemas cotidianos en cualquier escenario que le corresponda ejercer sus funciones como médico.

La educación médica debe ser integral y no simple “entrenamiento”, el sistema pedagógico que se realiza en la universidad, debe tener como propósito la formación de profesionales capaces de desarrollar la

atención integral de salud, acorde con una concepción de la salud como un proceso de construcción social, y por lo tanto debe tomar en consideración los diversos determinantes del proceso de salud-enfermedad en los ámbitos biológico, económico, ecológico y psicosocial de los grupos sociales.

Uno de los campos que singularizan la educación médica de los estudiantes de la carrera de Medicina de la Uleam, lo constituye la Pediatría, el cual le ofrece al futuro Médico General Básico un modelo que difiere del paradigma biomédico al enfrentarlo con los problemas de salud más frecuentes en el niño, su familia y el entorno comunitario de residencia.

De ahí que, el curso de Pediatría que se desarrolla en el sexto y séptimo año de la carrera de Medicina en la Uleam, ha sido diseñado para completar la formación del estudiante de Medicina en la prevención, promoción, curación y rehabilitación de las enfermedades que afectan al niño y a su familia, aplicando el método científico y promoviendo el espíritu humanista.

Los argumentos anteriores hacen pertinente reconocer como parte de la formación profesional del estudiante de la carrera de Medicina, que uno de sus pilares básicos a los que se les debe prestar especial atención, lo constituye lo referente al desarrollo de la asistencia pediátrica integral.

El diagnóstico realizado al estado de la formación pediátrica que demostraron mediante su desempeño profesional, los estudiantes de sexto y séptimo año de la carrera de Medicina de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí (Uleam) de Manta, Ecuador (anexos 2, 3 y 4), permitió constatar la existencia de las siguientes dificultades:

- Bajo nivel de aplicación de los conocimientos por los estudiantes en el proceso de diagnóstico pediátrico para la identificación de enfermedades en los pacientes.
- Insuficiente desarrollo de actividades de prevención y promoción de la salud.
- Limitaciones en la propuesta de esquemas de tratamiento pediátrico desde un enfoque integral
- Insuficiencias para aplicar el seguimiento y evaluación de los pacientes pediátricos.

- No siempre logran una adecuada evaluación retrospectiva y rehabilitación de los casos clínicos

Este resultado generó la existencia de una **contradicción** que se expresa entre la necesidad de formar un médico que incorpore a su práctica pediátrica la atención integral del niño y su familia y las limitaciones que presentan los estudiantes en su desempeño profesional para desarrollar la atención pediátrica desde una visión integradora, que dificultan dar respuesta a dicha necesidad.

Estas dificultades que presenta el estudiante se deben, desde el **punto de vista metodológico**, a las siguientes **causas**:

- No existe total correspondencia entre el contenido que aborda el sílabo de pediatría y las exigencias de la práctica médica a las que se enfrenta el estudiante en las unidades de salud.
- Es insuficiente el desarrollo de acciones formativas en los estudiantes que le permitan apropiarse de los contenidos que recibe en la asignatura de Pediatría y aplicarlos de manera integral, flexible, innovadora y contextualizada durante los procesos de asistencia pediátrica del niño y su familia.
- Existen insuficiencias en la incorporación del método clínico como vía para el desarrollo de la asistencia pediátrica integral del niño y su familia.

El análisis de estas causales que desde el punto de vista metodológico afectan el desempeño profesional del estudiante de la carrera de Medicina para la realización de la asistencia pediátrica integral del niño y su familia, indujo a la búsqueda de respuestas en la literatura científica y el desarrollo de investigaciones realizadas en el campo de la asistencia y la formación del estudiante de la carrera de Medicina.

En este sentido, se pudo constatar la existencia de modelos relacionados con la atención pediátrica de pacientes desarrollados por: Martínez (2003), De los Santos, Garrido, Solano y Chávez (2004), Bastero y Anegón (2005). Pérez y otros (2006), Alves y Falleiros (2007), Cruz (2007), USAID (2007), Valdivia, Hernández y Morell (2008), Scheneider y Regina (2008), la Secretaria de la Integración Social de Salud Centroamericana (2010), Gómez, Becerril, Arreola y Frenk (2011), Domínguez y Zacca (2011), Ortiz y

Santos (2012), Muench, Hoffman, Ponce, Calderón, Meenan y Fiestas (2013), Herland (2014), González (2014) y Maceira (2015).

Estos interesantes modelos que se proponen se centran más al proceso de **asistencia médica pediátrica**, los cuales pueden ser utilizados como parte del contenido que se imparte en la asignatura de Pediatría, sin embargo **adolecen del enfoque formativo profesional** del Médico Pediatra.

Por otra parte en el campo de la Pedagogía y la Didáctica se resaltan interesantes obras científicas dirigidas a la formación pediátrica de los estudiantes de la carrera de Medicina; entre las que se destacan los trabajos realizados por: Salas (1998, 1999, 2007 y 2008), Carceller, Blanchard, Barolet, Alloul, Moussa y Sarquella (2009), Crespo (2009), Honhaut, Millán y Hanne (2009), Tizón (2009), Ruiz (2010), Foro de Médicos de atención primaria en Pediatría (2011), Bastar y González (2013), Pineda, García, Candevra (2013); Tehlén (2013) y Pupo y Hechevarría (2014).

En todas estas interesantes obras científicas, se ha podido constatar la existencia de insuficiencias en sus fundamentos pedagógicos y didácticos, que permitan interpretar la formación pediátrica del estudiante de Medicina, a partir de tener en cuenta la articulación e integración de la docencia, la vinculación e inclusión en la comunidad y las unidades docentes y asistenciales de salud, así como el desarrollo de la investigación, sobre la base de la unidad del carácter instructivo, educativo y desarrollador que distingue su formación profesional como Médico General, aspecto que constituye una inconsistencia que desde lo teórico limita resolver la contradicción planteada con anterioridad.

Es por ello que resulta necesario investigar el siguiente **problema científico**: Insuficiencias que presentan los estudiantes de la carrera de Medicina de la Uleam en su formación pediátrica, dificultan el desarrollo de su práctica médica, dirigida a la asistencia pediátrica integral del niño y su familia.

Este problema se manifiesta en el siguiente **objeto**: el proceso de formación profesional del estudiante de la carrera de Medicina.

El análisis epistemológico realizado al objeto de la investigación permitió identificar la existencia de dos **carencias teóricas** fundamentales; ellas son las siguientes:

- No está determinada la competencia profesional específica de Pediatría que se debe desarrollar en el estudiante de la carrera de Medicina de la Uleam en el proyecto curricular de la carrera.
- No se cuenta con un método que permita la formación pediátrica del estudiante de la carrera de Medicina, a partir de articular la docencia que se desarrolla en la asignatura de Pediatría con las prácticas pre-profesionales que realiza en las unidades docentes y asistenciales de Salud intra y extra hospitalarias y el desarrollo de la investigación.

El análisis de las causales que desde el punto de vista metodológico y teórico generaron la existencia del problema de la investigación, permiten reconocer que la misma persigue el siguiente **objetivo**: la elaboración de una estrategia, sustentada en un modelo de formación pediátrica de los estudiantes de la carrera de Medicina, que contribuya al mejoramiento de su desempeño en la asistencia pediátrica integral del niño y su familia. Por lo que limita como **campo de acción** la formación pediátrica en el estudiante de la carrera de Medicina que se forma como médico general.

La investigación parte del planteamiento de la siguiente **hipótesis**: la aplicación de una estrategia, sustentada en un modelo de formación pediátrica del estudiante de la carrera de Medicina que articule e integre la docencia, la vinculación e inclusión del estudiante en la comunidad, las unidades docentes y asistenciales de salud (intra y extrahospitalarias), así como el desarrollo de la investigación, sobre la base de la unidad de lo instructivo, lo educativo y lo desarrollador que singulariza su formación profesional; contribuye a mejorar su desempeño profesional en la asistencia pediátrica integral del niño y su familia.

Para dar cumplimiento al objetivo se plantean como **tareas de la investigación**, las siguientes:

1. Determinación de los fundamentos de la formación pediátrica durante el proceso formativo del estudiante de la carrera de Medicina.

2. Analizar los antecedentes históricos de la formación pediátrica en el proceso formativo de los estudiantes de la carrera de Medicina.
3. Diagnosticar el estado actual de la formación pediátrica del estudiante de la carrera de Medicina.
4. Diseñar el modelo de formación pediátrica del estudiante de la carrera de Medicina.
5. Elaborar la estrategia para la formación pediátrica del estudiante de la carrera de Medicina.
6. Valorar la factibilidad de la aplicación parcial de la estrategia.

La metodología general de la investigación se sustenta en un enfoque dialéctico materialista, desde la articulación del paradigma cuantitativo y cualitativo, con un marcado carácter personológico.

Para desarrollar la investigación se utilizaron los **métodos** siguientes:

**Del nivel teórico:**

- Análisis y síntesis e inducción - deducción, para fundamentar el proceso de formación de la asistencia pediátrica integral en el estudiante de la carrera de Medicina.
- Hipotético-deductivo, para inferencias lógicas deductivas en la elaboración de la hipótesis y arribar a conclusiones de la tesis.
- Histórico-lógico, para analizar los antecedentes históricos de la formación pediátrica en el proceso formativo de los estudiantes de la carrera de Medicina.
- Enfoque de sistema, para la construcción del modelo de formación pediátrica, delimitando sus dimensiones, estructura jerárquica y las relaciones entre cada una de ellas.
- Modelación, para la elaboración del modelo de formación pediátrica del estudiante de Medicina.

**Del nivel empírico:**

- La revisión de documentos, que norman el proceso formativo, como la malla curricular y los programas de asignaturas en la carrera de Medicina, con énfasis en la asignatura de Pediatría.

- La encuesta, a estudiantes del sexto y séptimo año de la carrera de Medicina para caracterizar su desempeño en la asistencia pediátrica integral.
- La observación de las actividades docentes en la asignatura de Pediatría y el desarrollo de las prácticas pre-profesionales y actividades de investigación que realizan los estudiantes.
- El criterio de expertos, para valorar la pertinencia del modelo y la estrategia.
- Cuasiexperimento pedagógico, para valorar la factibilidad de la estrategia propuesta.

De nivel **estadístico – matemático**:

- Análisis porcentual para interpretar los datos obtenidos en el proceso de investigación
- Prueba de hipótesis Chi-Cuadrado ( $X^2$ ) con el objetivo de aceptar o rechazar la hipótesis.

La **población** la constituyen los docentes que imparten la asignatura de Pediatría y los estudiantes del sexto y séptimo año de la carrera de Medicina de la Uleam. La **muestra** será mediante el muestreo aleatorio simple, asumiendo por recomendación el 50,0% del volumen de la población.

Los resultados de este trabajo son los siguientes:

Como **contribución a la teoría** se propone el modelo de formación pediátrica del estudiante de la carrera de Medicina, el cual aporta las dimensiones, que permiten direccionar y sistematizar una lógica articuladora de formación integral que vincula los procesos sustantivos de la docencia, la vinculación (práctica pediátrica intra y extrahospitalaria) que realizan los estudiantes en las unidades docentes y asistenciales de Salud y la investigación.

El **aporte práctico** lo constituye la estrategia para la formación pediátrica del estudiante de la carrera de Medicina, la cual se encarga de instrumentar las dimensiones propuestas en el modelo.

La **novedad científica** se expresa en la sistematización integradora de la formación pediátrica del estudiante de la carrera de Medicina, a partir de incorporar la competencia de asistencia pediátrica integral y un método formativo pediátrico que establece la dinámica para su desarrollo, basado en la integración

y articulación de la docencia que recibe en la asignatura de Pediatría, las prácticas que realiza en las unidades docentes y asistenciales de salud y el desarrollo de la investigación, desde la unidad del carácter instructivo, educativo y desarrollador que distingue su formación profesional como Médico General.

La **actualidad** de la investigación radica en que la solución del problema responde al Plan Nacional del Buen Vivir, al desarrollar en el Médico General que egresa de la carrera de Medicina, una formación que le permita la asistencia pediátrica integral del niño y su familia en pos de garantizar una forma de vida plena, equilibrada, sana, armónica, modesta y consciente, que mantenga y cultive relaciones de equilibrio y armonía con la naturaleza y la sociedad para garantizar una existencia en plenitud.

El cuerpo de la tesis consta de tres capítulos:

En el **capítulo 1** se abordan los referentes teóricos del objeto y campo de la investigación, así como sus antecedentes históricos que permitieron conformar el marco teórico - metodológico de la investigación, desde las Ciencias Pedagógicas; además, se justifica la necesidad de modelar desde lo teórico y lo metodológico la formación pediátrica del estudiante de la carrera de Medicina, a partir de las carencias teóricas y metodológicas reveladas en el análisis epistemológico realizado y, finalmente, se ofrece el resultado del diagnóstico del estado actual del problema de la investigación.

En el **capítulo 2** se propone el modelo y la estrategia para la formación pediátrica del estudiante de la carrera de Medicina. Se presenta, en primer lugar, la fundamentación del modelo, así como las dimensiones que fundamentan y direccionan desde las ciencias pedagógicas (lo teórico) a dicho proceso formativo y posteriormente se propone la estrategia por medio de la cual se instrumenta en la práctica al modelo propuesto.

En el **capítulo 3** se valora la pertinencia del modelo y la estrategia mediante el criterio de expertos, y se valora la factibilidad de la estrategia mediante la realización de un cuasiexperimento pedagógico, en el cual se prueba la hipótesis de la investigación.

## **CAPÍTULO 1**

# **CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO DE FORMACIÓN PROFESIONAL DEL ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA**

## **CAPÍTULO 1. CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO DE FORMACIÓN PROFESIONAL DEL ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA**

En el presente capítulo se presenta el resultado de la caracterización del proceso de formación profesional del estudiante de la carrera de Medicina, por medio del cual se justifica la necesidad de realizar la presente investigación.

### **1.1 Fundamentos teóricos que sustentan al proceso de formación profesional de los estudiantes de la carrera de Medicina.**

La Medicina es al mismo tiempo ciencia y profesión. Como ciencia, *“es una actividad intelectual orientada hacia la creación, transmisión y sistematización del conocimiento médico; como profesión, su compromiso primordial es el servicio a la sociedad mediante la aplicación eficiente de sus conocimientos específicos en el marco de su propósito moral, su ética y una rigurosa auto-regulación.”* (WFME, 2004, pp. 3) <sup>2</sup>

La educación Médica en el Ecuador en todas sus vertientes es objeto de preocupación no solo en nuestro ambiente, sino también en la mayoría de los países del mundo. Ello no es sorprendente, puesto que los vertiginosos cambios que se están produciendo en la mayoría de los aspectos de la asistencia sanitaria obligan a la adaptación de la formación de sus profesionales a las nuevas situaciones, en consonancia con los adelantos científicos y tecnológicos que operan en este campo.

La educación médica debe ser integral y no un simple instrumento de “entrenamiento”, sino que constituye un proceso de formación profesional.

Lo formativo, según valoraciones establecidas por Álvarez (1999), es asumido como el proceso que agrupa, en una unidad dialéctica, lo educativo, desarrollador y lo instructivo.

En este orden de ideas se reconoce que *“a través del proceso de instrucción, es donde se alcanzan los conocimientos, las habilidades y los hábitos; se eduque según las potencialidades de la propia instrucción, para que se desarrollen los sentimientos, los valores y las cualidades, elementos que posibilitan que se perfeccione lo formativo, en el desarrollo del proceso.”* (Tejeda y Sánchez, 2012, pp. 4)<sup>3</sup>

Se asumen los criterios de estos autores, ya que la formación es un proceso y resultado, que ocurre de forma sistemática y permanente durante toda la vida del sujeto. Se realiza en una dinámica que se va estructurando en la personalidad del estudiante a partir de los aprendizajes en la escuela, la familia y la comunidad, sobre la base del significado y sentido que le confiere a cada contenido que aprende, lo que le permite transformar su personalidad a planos superiores de desarrollo

Por tanto, se interpreta a criterio valorativo del autor de la presente investigación que el **proceso de formación profesional del estudiante de la carrera de Medicina** en el Ecuador es aquel que de modo consciente, planificado y organizado, se desarrolla en el contexto formativo universitario y en las unidades docentes y asistenciales de Salud (intrahospitalarias y extrahospitalarias), por medio de la interacción socioprofesional que se produce entre el estudiante, el docente, el tutor y demás miembros de la comunidad, con el objetivo de desarrollar en los primeros, las competencias profesionales que establece el perfil del egresado, a partir del tratamiento a la relación que se produce entre el carácter instructivo, educativo y desarrollador que distingue a dicho proceso formativo.

Este proceso presenta las siguientes **características**:

- Es un proceso complejo, planificado y organizado, alejado de la espontaneidad, el cual requiere en su ejecución el empleo de recursos materiales y humanos de manera continua y sistemática.
- Se desarrolla en contextos formativos universitarios, en las unidades docentes y asistenciales de Salud intrahospitalarias, en las cuales se logra una mayor integralidad en la atención al paciente y en las extrahospitalarias, en las cuales se desarrolla la atención primaria en salud.

- Tiene en cuenta la unidad de lo instructivo, lo educativo y lo desarrollador.
- Ocurre por medio de la interacción socioprofesional que se produce a través de la actividad profesional y comunicación entre el estudiante, el docente, el tutor que lo atiende durante la práctica pre-profesional y demás miembros de la comunidad donde realiza su vinculación con la sociedad.
- Tiene como finalidad el desarrollo de las competencias profesionales que establece el perfil del egresado de la carrera de Medicina.

Los presupuestos teóricos que se asumen desde la concepción dialéctico – materialista de la actividad, en relación con la formación profesional del estudiante de la carrera de Medicina, para que llegue a manifestar un desempeño profesional competente, revela la necesidad de que el proceso formativo que acontece en la universidad y en las unidades docentes asistenciales intra y extrahospitalarias en el Ecuador, se caracterice por ser pedagógico y profesional.

Tal y como se ha declarado con anterioridad, el proceso de formación profesional del estudiante de la carrera de Medicina ha estado sujeto a un continuo perfeccionamiento, en correspondencia con el avance científico-técnico y las exigencias planteadas por el desarrollo del país y según las condiciones y posibilidades de desarrollo científico – tecnológico, económico y social. Actualmente esta formación está concebida con un perfil amplio para facilitar la movilidad y polivalencia del graduado.

Lo anterior permite reconocer que **desde el punto de vista filosófico**, la formación profesional del estudiante de la carrera de Medicina se fundamenta en la teoría de la actividad, desde la relación sujeto – objeto y sujeto – sujeto a decir de lo planteado por Pupo (1990).

La actividad, concebida como forma de existencia, desarrollo y transformación de la realidad social, penetra todas las facetas del quehacer humano, a la vez que tiene una connotación filosófica.

En tal sentido se sostiene lo siguiente: *“(...) el hombre se contrapone al objeto de la actividad, como material que debe recibir nuevas formas y propiedades, a la vez que se transforma así en producto de la*

*actividad. En tanto, la actividad práctica designa por su parte la actividad material adecuada a un fin; es decir, una esencial relación sujeto - objeto” (Pupo, 1990, pp. 12)<sup>4</sup>*

En esta trayectoria se describe, cómo el estudiante de Medicina, durante su formación profesional desarrolla una actividad que integra, a manera de sistema, tres momentos o dimensiones de la realidad social; es decir, la actividad práctica, la cognoscitiva y la valorativa vinculadas entre sí. Por lo tanto, del análisis de la actividad resulta interesante reflexionar que en el proceso de formación profesional del estudiante de Medicina (que es un sujeto), se revelan relaciones a partir de la interacción que establece con los medios de trabajo, las labores asistenciales propias de la práctica hospitalaria (ya sea intra o extrahospitalaria) y mediante la solución de problemas profesionales que se manifiestan en los propios procesos de asistencia médica (como expresión del objeto de su profesión).

Esta expresión de la práctica social se revela a través de las relaciones que se establecen a partir de la actividad cognitiva, valorativa y comunicativa, las cuales emergen como cualidades esenciales que dinamizan la actividad práctica desde la relación esencial sujeto - objeto.

De igual forma, la actividad cognoscitiva y la valorativa son expresiones de la práctica social, en la que estas formas de actividad solo son separables en la abstracción; es decir, existen estrechamente vinculadas entre sí, en tanto son expresión única de la relación sujeto – objeto. Ello supone que la actividad cognoscitiva y transformadora se encuentra mediada por la relación entre la actividad comunicativa y la valorativa, pues surgen como resultado de la actividad transformadora.

Básicamente, en la relación sujeto – objeto es que el estudiante transforma la realidad social y se autotransforma, a la vez que logra un mejoramiento en su formación profesional; sin embargo se requiere señalar que esto aún no es suficiente si no se tiene en cuenta la relación sujeto – sujeto, es decir, el establecimiento de las relaciones sociales de interacción y comunicación social que se producen entre los estudiantes, el docente, el tutor que lo atiende y demás miembros de la comunidad.

Asimismo, se destaca que en estas relaciones se produce una comunicación con marcado carácter socioprofesional, la cual favorece la transmisión y apropiación de los contenidos de las ciencias médicas que debe lograr el estudiante durante su formación profesional en el contexto universitario y en las unidades asistenciales de salud, ya sean intrahospitalarias o extrahospitalarias.

Es por ello que el proceso de formación profesional de los estudiantes de la carrera de Medicina, desde el punto de vista filosófico, parte de reconocer la integración y combinación armónica de las formas existenciales de la actividad: la actividad cognitiva, expresión del **saber** (conocimientos en el campo de la Medicina), la actividad transformadora, expresión del **hacer** (habilidades profesionales para la asistencia médica), las cuales están mediadas por la actividad valorativa, expresión del **ser** (valores expresados en la ética médica) y la actividad comunicativa, expresión del **convivir** (normas de comportamiento y convivencia social que se llevan a cabo en los procesos de asistencia médica).

Desde el **punto de vista sociológico**, el proceso de formación profesional del estudiante de la carrera de Medicina se fundamenta en las relaciones sociales que se producen entre los sujetos que intervienen en dicho proceso en el contexto universitario (el docente), en las unidades docentes y de asistencia médica (docentes especialistas, tutores, pacientes), el estudiante y demás miembros de la comunidad, como base de la relación individuo sociedad y la integración y cooperación.

Sobre la base del fundamento filosófico asumido se puede expresar el fundamento sociológico que tiene que ver con las relaciones entre los procesos de Educación Médica Superior y las diferentes esferas de la sociedad, a partir de reconocer en este sentido:

- las relaciones de la educación médica superior con la esfera macro- social: la economía, la política, la cultura, que en última instancia determinan la educación.
- las relaciones de la educación médica superior con las otras agencias educativas de la sociedad: la familia, la comunidad, la iglesia, los medios masivos, los grupos, entre otras.

- las relaciones de la educación médica superior en la misma institución: relaciones inter-grupales: dirección - profesores, profesor - profesor, profesor- estudiante, estudiante – estudiante, estudiante – familia - comunidad.

El proceso de formación profesional de los estudiantes de la carrera de Medicina, debe planificarse, organizarse, ejecutarse, controlarse y evaluarse a partir del establecimiento de una interacción social entre los sujetos que intervienen en dicho proceso en el contexto universitario, laboral (unidades docentes y asistenciales de la salud donde realizan las prácticas), así como con el apoyo de la familia y los miembros de la comunidad.

De esta forma es que se logra integrar el contexto universitario, laboral y comunitario para contribuir al desarrollo de las competencias profesionales que caracterizan el desempeño profesional del estudiante como Médico en las unidades asistenciales de salud intrahospitalarias y extrahospitalarias, hacia las cuales se dirige su perfil de egreso, de manera que les permita incorporarse a la sociedad con una preparación para la vida, adaptarse al contexto social y transformarlo para satisfacer necesidades sociales e individuales.

Sobre la relación individuo sociedad cabe expresar, a decir de Martínez O. (2014) que *“un individuo puede ser más original cuanto más completa sea su asimilación de los contenidos sociales. Una sociedad puede ser más completa en la medida que produzca más originalidad en sus individuos.”* (p. 12)<sup>5</sup>. Por tanto, esta relación juega un papel importante tanto en la formación profesional del estudiante de la carrera de Medicina como en la propia sociedad, debido a la función social que cumple esta.

Por ello en el proceso de formación profesional del estudiante de la carrera de Medicina, el aprendizaje o construcción del conocimiento se da en la interacción social, la enseñanza, en la medida de lo posible y debe situarse en un ambiente real, en situaciones significativas, donde en la interacción dialéctica entre lo individual y lo social el sujeto sea un ente activo, constructor y transformador de la realidad y de sí

mismo. Se trata entonces de aprovechar al máximo las potencialidades formativas del contexto universitario y laboral (unidades de salud donde realizan las prácticas pre-profesionales) en situaciones vinculadas a la realidad profesional, que puedan ser analizadas desde la perspectiva cognoscitiva y afectivo-valorativa como una unidad, en un proceso de apropiación de la realidad y de las herramientas para transformarla por medio de las relaciones que se dan entre los agentes socializadores implicados en su proceso formativo (directivos, docentes, tutores, pacientes y miembros de la comunidad).

Desde el punto de **vista psicológico** existen diversos enfoques que sustentan la formación profesional de los estudiantes de la carrera de Medicina; ellos son los siguientes: conductista, constructivista, funcionalista y el histórico – cultural.

En el enfoque conductista sus resultados se miden en las evidencias que hacen los más capaces, los destacados, por comportamientos visibles, cuantificables y sin tener en cuenta requisito alguno, se basa esencialmente en formar profesionales a partir de la transmisión de conocimientos y el desarrollo de habilidades de manera reproductiva, por medio de la cual, el estudiante juega esencialmente un papel pasivo durante su proceso formativo, aspecto que si bien favorece un proceso instructivo y educativo de la formación profesional del estudiante, limita el desarrollo de los procesos lógicos del pensamiento y su creatividad durante los procesos de asistencia médica.

En el enfoque funcionalista la relación de la función constituye el principio de la selección fructífera de los datos relevantes. Analiza las diferentes relaciones que existen en la organización entre resultados, capacidades, habilidades y conocimientos de los trabajadores, comparando unas con otras. Este enfoque parte del reconocimiento solo de las tareas y funciones que realiza el profesional, en este caso, de las Ciencias Médicas; sin embargo, se limita solo a lo funcional y no profundiza en su relación con lo social, es decir, en la formación del profesional como ser social, con valores que caracterizan su profesión.

En el enfoque constructivista se valoran las relaciones mutuas y las acciones entre los grupos y su

entorno, así como entre situaciones de trabajo y de superación. En esta se construyen sus saberes no solo a partir de la función que nace del mercado, sino que concede igual importancia a la persona. Este enfoque a diferencia de los anteriores, fundamenta la formación profesional del estudiante a partir de tener en cuenta la construcción de los saberes y experiencias formativas que va alcanzando durante su carrera, sin profundizar en la atención individual, diferenciada del sujeto, desde sus necesidades y potencialidades formativas.

Además de lo antes planteado, resulta pertinente analizar un enfoque que, desde la experiencia cubana, ha adquirido una gran connotación en la formación de profesionales universitarios en el contexto ecuatoriano, y es el histórico – cultural.

Como parte de esta corriente desarrollada por Vigostky (1935) se ha considerado al individuo como ser social, cuyo proceso de desarrollo va a estar condicionado, a partir de una mediatización social e histórica, la que tiene lugar mediante los procesos educativos desde su nacimiento, y que se constituyen en los transmisores de la cultura legada por las generaciones precedentes.

Para que el estudiante haga suya esa cultura, se requiere de un proceso activo, reflexivo, regulado mediante el cual aprende, de forma gradual, acerca de los objetos, procedimientos, las formas de pensar y actuar en el contexto histórico social.

Este enfoque se caracteriza por ser un proceso social, como se ha destacado y a su vez, tiene un carácter individual. Cada estudiante de la carrera de Medicina se apropia de la diversidad de contenidos propios de su profesión por medio de sus potencialidades, experiencias y contenidos previos que ya posee, conformados a partir de las diferentes interrelaciones en las que ha transcurrido y transcurre su vida; es decir, a diferencia del enfoque constructivista se logra este proceso formativo mediante el establecimiento en los estudiantes de su zona de desarrollo próximo (ZDP).

La zona de desarrollo próximo se define como *“la distancia entre el nivel real de desarrollo determinado*

*por la capacidad de resolver un problema y el nivel de desarrollo potencial, determinado a través de la resolución de un problema bajo la guía de un adulto o en colaboración con otro compañero.” (Vigostky, 1987, pp.23) <sup>6</sup>*

También es interpretada como “*el espacio de interacción entre los sujetos que, como parte del desarrollo de una actividad, le permite al maestro operar con lo potencial en el alumno, en un plano de acciones externas (...) que se convierten en las condiciones mediadoras culturalmente que favorecen el paso a las acciones internas individuales.*” (Rico, 2003, pp.43) <sup>7</sup>

El autor de esta investigación asume que desde la psicología, la formación profesional del estudiante de la carrera de Medicina debe sustentarse en el enfoque histórico – cultural, a partir de reconocer además de la ZDP, la situación social del desarrollo en la que se encuentra el estudiante.

La *situación social de desarrollo* está mediada por la relación existente entre las condiciones internas (desarrollo psicológico y biológico) y las externas (desarrollo social), las cuales revelan un desarrollo psíquico en la etapa en que se encuentra la personalidad del estudiante durante su proceso de formación profesional en el contexto universitario como en el contexto laboral.

Las *condiciones internas* son el reflejo del desarrollo biológico, psíquico que posee el estudiante. Están determinadas por el aspecto clínico, características de la edad, el aspecto psicológico y pedagógico en que se encuentra la personalidad. Las *condiciones externas* son las exigencias que en lo social se le plantea al estudiante una vez insertado en las unidades de salud, las cuales están determinadas por las nuevas exigencias del contexto laboral, familiar y comunitario para contribuir a su formación integral.

Este es el caso específico donde la contradicción que emerge entre el desarrollo biológico y psíquico de la personalidad del estudiante, unido al desarrollo social, propicia el surgimiento de nuevas necesidades y motivos; así como un mayor desarrollo de la autoconciencia y desarrollo intelectual. A esta relación predominante Vigostky (1987) la denominó, situación social del desarrollo.

Los argumentos planteados, permiten asumir desde lo psicológico, el enfoque histórico - cultural como referente teórico, ya que a diferencia de los otros enfoques, atiende más el carácter social del proceso de formación profesional del estudiante de la carrera de Medicina, a partir del diagnóstico individual y colectivo de sus necesidades y potencialidades formativas, aspecto que se alcanza en la medida que se accione en su situación social de desarrollo y en su zona de desarrollo próximo.

Sistematizar los referentes filosóficos, sociológicos y psicológicos asumidos con anterioridad en el contexto del proceso de formación profesional del estudiante de la carrera de Medicina, implica reconocer **desde el punto de vista pedagógico**, que este proceso se fundamenta en los principios para la dirección del proceso pedagógico establecidos por Addine (2002); ellos son los siguientes: (p.71)<sup>8</sup>

- Vinculación de la educación con la vida, con el medio social y el trabajo, en el proceso de educación de la personalidad.
- Unidad de lo instructivo, lo educativo y lo desarrollador en el proceso de educación de la personalidad.
- Unidad de lo afectivo y lo cognitivo, en el proceso de educación de la personalidad.
- Carácter colectivo e individual de la educación y el respeto a la personalidad del educando.
- Unidad entre la actividad, la comunicación y la personalidad.

El autor de esta investigación asume estos principios debido a que la formación profesional del estudiante de la carrera de Medicina, debe concebirse en estrecho vínculo con la unidad de la teoría que recibe en las asignaturas de la carrera en la universidad, con las prácticas asistenciales que realiza en las unidades docentes y asistenciales de salud, con un adecuado carácter científico, en el cual utilice la investigación.

El proceso formativo del estudiante de la carrera de Medicina está integrado por diversos tipos de actividades académicas, laborales e investigativas, las cuales en su estructuración metodológica deben tener un carácter instructivo, educativo y desarrollador; que fomenten la formación integral del estudiante como Médico General.

Lo anterior presupone entonces, el reconocimiento de que la vinculación de la teoría con la práctica médica debe propiciar un proceso de formación profesional del estudiante, en el cual se instruye (asimile conocimientos, desarrolle habilidades para la promoción, prevención de la salud y la asistencia médica), se eduque por medio de la estimulación al desarrollo de valores y logre como resultado de la unidad de lo instructivo y lo educativo, transformaciones graduales en la manera de sentir, pensar y actuar como resultado del desarrollo alcanzado en su personalidad.

Tal y como se abordó desde el punto de vista filosófico, sociológico y psicológico, lo anteriormente planteado es posible en la medida que se logre una adecuada interacción por medio de la actividad formativa que lleva a cabo el estudiante y la comunicación que se produce entre los sujetos implicados (estudiante con otros estudiantes, el docente, la comunidad, el tutor y sus familiares) en dicho proceso, sobre la base de un adecuado seguimiento al diagnóstico individual de cada estudiante, respetando sus puntos de vista y garantizando la inclusión de todo el grupo estudiantil (lo colectivo) en las diversas actividades formativas que llevan a cabo, tanto en la docencia como en las prácticas que realizan en las unidades de salud y en la realización del trabajo comunitario.

Por otro lado, la formación profesional del estudiante de Medicina, se fundamenta en las categorías: profesionalización, sistematización, fundamentalización y problematización del proceso.

Para Abreu y Soler (2014) la **profesionalización** *“es el proceso que se evidencia desde el vínculo de la teoría con la práctica, mediante la fundamentalización, sistematización y problematización de los contenidos de la profesión y su correspondencia con las exigencias del modelo del profesional.”* (p.89)<sup>9</sup>

Estos autores conciben la profesionalización como una condición del proceso de formación de profesionales que propicia el crecimiento personal a partir de la correspondencia entre sus componentes didácticos (problema – objetivo – contenidos – métodos – medios – formas y evaluación) con las necesidades de los estudiantes y su conciliación con las exigencias del modelo del profesional.

Mediante la profesionalización se actualizan, ajustan, contextualizan y perfeccionan los objetivos, contenidos de la profesión, métodos de enseñar y aprender, los medios, las formas de organización empleadas y los estilos de evaluación, en consonancia con la lógica que articula la actuación profesional y básica del Médico en las unidades docentes y asistenciales de Salud. Por otro lado se requiere la formación profesional de un Médico en el contexto ecuatoriano que sea capaz de insertarse en el mundo del trabajo, innovar y racionalizar los procesos de atención integral de salud en los que participe.

La **sistematización** es un elemento importante a considerar también durante el proceso de formación profesional del estudiante de la carrera de Medicina. Se necesita que el mismo se apropie del sistema de contenidos de la profesión (básicos, transversales y específicos), a partir de integrar la lógica del proceso formativo que ocurre en el contexto universitario a la lógica del proceso de formación profesional que desarrollan en las unidades docentes y asistenciales de Salud (intrahospitalarias y extrahospitalarias) en las cuales desarrolla su ciclo de formación profesional específica.

Para ello se requiere tener en cuenta además, la **fundamentación del contenido de la profesión** que será objeto de apropiación por parte del estudiante de la carrera de Medicina durante su formación profesional, ya que debido al volumen complejo de contenidos que encierran las Ciencias Médicas, el estudiante no lo puede aprender todo, sino que se trata de que aprenda lo suficiente y necesario que debe aplicar durante su actuación profesional en las unidades docentes y asistenciales de Salud (intrahospitalarias y extrahospitalarias) en las cuales se desempeñe, que le permita insertarse en el contexto laboral donde pueda adaptarse creativamente a los constantes cambios tecnológicos, organizativos, sociales, económicos y asistenciales que ocurren de manera continua y sistemática.

Lo anterior se logrará teniendo en cuenta la **problematización de la enseñanza de los contenidos de la profesión** por medio de las actividades que realizan los estudiantes durante su formación profesional.

Se debe lograr que el estudiante valore la utilidad que tiene para contribuir a la solución de problemas

profesionales, cada uno de los contenidos que recibe durante su proceso formativo. Por otro lado, se debe estimular el desarrollo de situaciones problémicas, en las cuales el estudiante de forma creativa, proponga vías de solución a los problemas que se puedan manifestar durante los procesos de asistencia médica, como síntesis de la problematización del contenido de la profesión que aprende en el contexto universitario y consolida en su formación profesional en las unidades docentes y asistenciales de Salud. El proceso de formación profesional del estudiante de la carrera de Medicina en el Ecuador se desarrolla según el CEAACES (2014) en tres momentos fundamentales: (p.15)<sup>10</sup>

1. Los dos primeros años CIENCIAS BÁSICAS, el objetivo general es el aprendizaje de la estructura y el funcionamiento del cuerpo humano. En este periodo las prácticas se realizan en laboratorios de Biología, Bioquímica, Fisiología, Histología, Microbiología, Genética, Inmunología, Farmacología, entre otras y adquieren formación en disección de cadáveres para el reconocimiento de la Anatomía, el uso de sistemas virtuales, modelos 3D y tecnología de última generación para remplazar al cadáver.
2. Tercero y cuarto años CIENCIAS PRECLÍNICAS: estudio de la ruptura del equilibrio de los sistemas normales (Homeostasis). La Patología, Fisiopatología, Semiotecnia y Semiología, es decir la expresión de la enfermedad y las técnicas de identificar, reconocer y explicar los signos y los síntomas, técnicas de entrevista, examen físico, utilización de instrumentos básicos, el fonendoscopio, el tensiómetro y otros elementos complementarios, los sistemas técnicos de imágenes y gabinete, etc.
3. A partir del quinto año se abordan las CIENCIAS CLÍNICAS y QUIRÚRGICAS y los estudiantes tienen prácticas asistidas por un tutor en un servicio de salud. En este periodo, en algunas escuelas se han implementado prácticas ambulatorias regulares denominadas EXTERNADOS.

Por otra parte, el mesocurrículo de la carrera de Medicina de la Uleam (2012) establece que la formación profesional del estudiante de la carrera de Medicina está direccionada por medio de tres procesos sustantivos; ellos son los siguientes:

- Docencia: por medio de la cual el estudiante interioriza los contenidos que caracterizan a la diversidad de asignaturas de la malla curricular de la carrera.
- Vinculación: por medio del cual el estudiante mediante el desarrollo de prácticas pre-profesionales o pasantías y la realización de proyectos en la comunidad, aplica los contenidos que aprende durante la docencia que recibe en el contexto universitario.
- Investigación: mediante la cual el estudiante aplica el método científico en la solución de problemas profesionales que se presentan relacionados con los procesos de asistencia médica integral.

Estos procesos sustantivos deben estar estrechamente relacionados entre sí, pues a criterio del autor de esta investigación, en la actualidad, no logran una adecuada vinculación y articulación que le permitan la formación profesional del estudiante de la carrera de Medicina mediante la vinculación teoría – práctica médica y su transformación por medio de la introducción y generalización de resultados investigativos.

Dentro de las Ciencias Clínicas se aborda la Pediatría, la cual dentro del campo de las Ciencias Médicas estudia la atención integral de niños y niñas sanos (as) y enfermos.

En síntesis, uno de los campos que debe ser atendido desde el proceso de formación profesional del estudiante de la carrera de Medicina, lo constituye la **formación pediátrica del Médico**, aspecto que hace pertinente centrar el análisis epistemológico en esta importante arista.

### **1.1.1. Reflexiones teóricas sobre la formación pediátrica del estudiante de la carrera de Medicina.**

La formación pediátrica es una de las áreas esenciales que necesitan los estudiantes dentro de la Educación Médica Superior, la cual contribuye al desarrollo integral del profesional. La misma se ha manifestado de forma tradicional, y en el siglo XXI es una exigencia para transitar de un enfoque asistencial-curativo a un enfoque preventivo, lo que implica una actualización de forma permanente en su concepción y aplicación, con valores éticos y morales, acordes con la actuación social que debe caracterizar al personal encargado de la salud.

Teniendo en cuenta a la Pediatría como una asignatura, que desde sus contenidos logra un desarrollo sistémico de habilidades clínicas en los educandos, con una integración teórica y práctica, se favorece la comunicación dialógica y la atención de los problemas de la salud del niño, la familia y la comunidad.

Desde esta postura se persigue como propósito de este trabajo, develar que el proceso de aprendizaje de los conocimientos relacionados con la Pediatría, teniendo en cuenta la relación entre ciencia, ética y sociedad, permite potenciar las cualidades humanas y profesionales que deben caracterizar la atención integral pediátrica en el nivel primario de salud.

Por otra parte se considera que *“para que una universidad logre la vinculación e inclusión con los problemas de su entorno, debe dirigirse a alcanzar en la praxis niveles cualitativamente superiores de humanismo científico; es decir, que no solo capacite al estudiante desde la mirada limitada de la profesión, sino que desarrolle también una formación competente, que cumpla con una adecuada vinculación entre la teoría y la práctica.”* (Fuentes, 2000, pp.35)<sup>11</sup> En este sentido, se reconoce que *“el manejo de una tendencia que en su visión revele un desempeño del estudiante en la asistencia clínica del niño por medio del establecimiento de la relación médico – paciente - familia - comunidad, así como en lo concerniente al cumplimiento de una conducta ética y responsable, articulando en este desempeño el desarrollo pertinente de conocimientos, habilidades y destrezas, las que develen una calidad formativa en pediatría.”* (Flexner, 2010, pp.28)<sup>12</sup>. Entonces la formación pediátrica se basa de manera sistémica en la apropiación de conocimientos, habilidades y valores requeridos para la promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud del niño y su familia.

Siguiendo este orden de ideas, en el mesocurrículo de la carrera de Medicina se establece que: *“la promoción de la salud es entendida como defensora de la vida y de las condiciones que la hacen posible; la prevención, como el disminuir o evitar el riesgo de enfermar; la atención, como el servicio al individuo y a los grupos cuando se presentan acontecimientos que los enferman, lo cual parte de un análisis*

*semiológico, diagnóstico y un tratamiento adecuados e integrales; la rehabilitación, como la recuperación de la salud que está encaminada a que el individuo, aun soportando consecuencias de la enfermedad logre participar de la vida social, trabajar y ser independiente.” (Uleam, 2012, pp.8) <sup>1</sup>*

El estudiante de Medicina como Médico General ha de aprender a anteponer el bienestar físico, mental y social del niño y ser sensible a los principios éticos y legales del ejercicio profesional. Como clínico ha de saber cuidar la relación con el niño y su medio familiar, así como la asistencia integral e integradora. Como técnico ha de mantener pedagógicamente, una actitud crítica para valorar la eficacia y la importancia cualitativa de los procedimientos; como científico aprenderá a tomar decisiones, que al decir de Crespo (1997) se debe realizar según *“criterios objetivos y de validez y finalmente como equipo asistencial de trabajo mantendrá una actitud colaborativa con los profesionales de la salud.”* (p.41)<sup>13</sup>

La formación pediátrica del estudiante que se forma inicialmente como Médico General, se sustenta en los fundamentos filosóficos, psicológicos, sociológicos y pedagógicos abordados con anterioridad y, desde el **punto de vista didáctico**, en el enfoque de competencias desarrollado por Tejeda y Sánchez (2012) y en la regularidad de la Didáctica de la Educación Técnica y Profesional que se produce entre el método tecnológico y el método de enseñanza Cortijo (1996).

La competencia profesional *“es una cualidad humana que se configura como síntesis dialéctica en la vinculación funcional del saber (conocimientos diversos), saber hacer (habilidades, hábitos, destrezas y capacidades) y saber ser (valores y actitudes) que son movilizados en un desempeño idóneo a partir de los recursos personológicos del sujeto, que le permiten saber estar en un ambiente socioprofesional y humano en correspondencia con las exigencias complejas del entorno.”* (Tejeda y Sánchez, 2012, pp.25)<sup>3</sup>

De este concepto se considera a criterio valorativo del autor de esta investigación, que la formación pediátrica del Médico se alcanza cuando el estudiante desarrolla competencias específicas del área de Pediatría, las que se interpretan como cualidades que expresan la integración de conocimientos,

capacidades, habilidades, valores, actitudes y aptitudes requeridas para la asistencia pediátrica integral del niño, la familia y la comunidad de forma creativa, flexible y trascendente, expresadas mediante su desempeño profesional en la solución de problemas profesionales (incluyendo otros no predeterminados) que se manifiestan durante la práctica intra y extrahospitalaria.

Del análisis realizado se infiere entonces que la competencia implica aspectos formativos que se configuran en el sujeto de forma dinámica y compleja y que son expresados por la versatilidad del desempeño que realiza el estudiante, a partir de las exigencias y normas contextuales del entorno.

El desempeño profesional se constituye *“en el modo de expresión por el profesional del desarrollo alcanzado en las competencias, las que cualifican y distinguen el cumplimiento de las exigencias sociolaborales en los contextos donde cumple las actividades, tareas o roles inherentes a la realización de las funciones y procesos asociados a la profesión.”* (Tejeda, 2011, pp.6)<sup>14</sup>

Como consecuencia de lo anterior, el desempeño profesional tiene carácter de proceso, en el que el sujeto en la realización de una actividad se relaciona con el contenido de trabajo, de ahí, que constituya una expresión de su acción intelectual, motivacional y afectivo – volitiva conductual. Por tanto, el desempeño profesional tiene un marcado carácter integrador y constituye el principal elemento de evidencia de una competencia. En tal sentido el desempeño profesional en el contexto de la investigación, constituye el comportamiento total o la conducta real del estudiante en el cumplimiento de las tareas y funciones inherentes a los procesos básicos de la Pediatría y tiene un carácter integrador.

La formación pediátrica del Médico que contribuya al desarrollo de competencias toma como eje central al proceso de enseñanza – aprendizaje que se lleva a cabo en la asignatura de Pediatría, el cual debe sistematizarse desde la Didáctica de la Educación Técnica y Profesional, en la regularidad esencial entre el método tecnológico y el método de enseñanza.

A continuación se argumenta por qué se asume este referente teórico desde el punto de vista didáctico en el contexto del proceso de formación profesional del estudiante de la carrera de Medicina.

El método de trabajo tecnológico según Cortijo (1996) *“es el sistema de acciones que debe aplicar el futuro profesional, para solucionar los problemas profesionales que se manifiestan en el objeto de una profesión y lograr las competencias profesionales requeridas en su formación.”* (p.46)<sup>15</sup>

Se considera que *“un problema es un conjunto de relaciones objetivas, que en un momento dado presentan una incongruencia o insuficiencia para la satisfacción de intereses de un grupo de hombres. Cuando el conjunto de relaciones objetivas se manifiesta sobre el objeto de trabajo de una profesión, se trata de problemas profesionales.”* (Cortijo, 1996, pp.12)<sup>15</sup>. De modo que la determinación de los problemas profesionales, es punto de partida para precisar el dimensionamiento de las competencias específicas a formar en el estudiante de la carrera de Medicina en el área de Pediatría.

En aras de que el estudiante de la carrera de Medicina posea las competencias profesionales necesarias que le permitan resolver con eficiencia los problemas profesionales en el campo de la Pediatría, el proceso de enseñanza que transcurre en la asignatura de Pediatría debe crear situaciones de aprendizaje que le permita la identificación de los mismos, la generación de alternativas y la aplicación de métodos tecnológicos inherentes a los procesos básicos de la Pediatría.

En este proceso, el contenido como expresión del saber *“es aquella parte de la realidad objetiva sobre la cual recae la acción del estudiante, o sea, es aquella parte de la cultura que debe ser objeto de asimilación por su parte de él para cumplir el objetivo y resolver, con ello, el problema profesional.”* (Cortijo, 1996, pp.28) <sup>15</sup>. Según las consideraciones anteriores se adopta el criterio de que el estudiante puede apropiarse y aplicar adecuadamente el **método clínico para la atención pediátrica**, para lo cual el docente ejecuta determinados **métodos de enseñanza**, a través de todo el proceso de formación, los cuales se fundamentan en la enseñanza –aprendizaje desarrolladora.

La enseñanza – aprendizaje desarrolladora en la formación de competencias, como visión que sustenta la formación pediátrica del estudiante de la carrera de Medicina, es aquella que *“garantiza en el individuo la apropiación activa y creadora de la cultura, propiciando el desarrollo de su autoperfeccionamiento constante, de su autonomía y autodeterminación, en íntima conexión con los necesarios procesos de socialización, compromiso y responsabilidad social.”* (Castellanos y otros., 2001, pp.67) <sup>16</sup>

El proceso de aprendizaje desarrollador a decir de Castellanos y otros (2001) se concibe como el resultado de la interacción dialéctica entre tres dimensiones básicas: la activación-regulación, la significatividad de los procesos, y la motivación para aprender. En relación con estos criterios, asumir una concepción de aprendizaje desarrollador sustentada en el enfoque de formación profesional basada en competencias, implica los siguientes criterios:

- Activación – regulación en el aprendizaje: el mismo comprende la actividad intelectual productivo-creadora y la metacognición.
- La significatividad del aprendizaje: asumido desde el establecimiento de relaciones significativas y la implicación en la formación de sentimientos, actitudes y valores.
- La motivación para aprender: delimitado por las motivaciones predominantemente intrínsecas hacia el aprendizaje y el sistema de autovaloraciones y expectativas positivas con respecto al aprendizaje.

Este referente teórico debe ser considerado durante el uso de métodos de enseñanza de la Pediatría que le permitan al estudiante apropiarse del método clínico (método tecnológico) que emplea en este campo. Para Cortijo (1996) el método de enseñanza *“constituye las vías de conducir el proceso de formación profesional para que el estudiante se apropie de los métodos de trabajo tecnológico, y por consiguiente, de los modos de actuación más generales inherentes a una profesión.”* (p.35)<sup>14</sup>

Por tanto el docente de la asignatura Pediatría debe emplear métodos de enseñanza que le permitan al estudiante de la carrera de Medicina la interiorización de saberes que expresen e integren los

conocimientos, las habilidades profesionales, las cualidades, los valores profesionales, así como las actitudes y aptitudes que configuran las competencias profesionales de asistencia pediátrica integral.

En el enfoque de formación profesional asumido basado en competencias, se reconoce según Tejeda y Sánchez (2012) que el estudio de casos se convierte en un método de enseñanza, que posibilita establecer vínculos socioafectivos entre grupos de estudiantes. Estos de forma cooperada y con un nivel de comunicación asequible y respetuoso, deben lograr cumplir con un objetivo que necesita para su consecución, la implicación individual y colectiva. Su valía está en la diversidad y sistematicidad a emplear, buscando niveles de complejidad en la medida que los estudiantes se entrenan en esta forma de aprendizaje. De ahí que el autor de la presente investigación asume y reconoce que el estudio de casos constituye un efectivo método de enseñanza que se emplea en la asignatura de Pediatría para favorecer la formación pediátrica del estudiante de la carrera de Medicina.

Sistematizar la regularidad método tecnológico – método de enseñanza es un aspecto esencial que contribuye a lograr una integración entre la lógica del proceso de asistencia pediátrica integral y la lógica formativa que se desarrolla en la asignatura de Pediatría. Por otra parte, favorece las relaciones de comunicación y cooperación entre estudiantes y docentes en la búsqueda de soluciones a los problemas profesionales que debe enfrentar, donde el proceso adquiere significado y sentido personal.

La formación pediátrica del estudiante de la carrera de Medicina, es un sistema dinámico que integra, entre otros aspectos, las actividades profesionales relacionadas con la atención integral de niños, niñas, la familia y la comunidad; de ahí que, el estudiante durante su proceso de formación profesional interioriza, es decir, se apropia de una diversidad de saberes para su desempeño en este campo.

En la asignatura de Pediatría esta interiorización de saberes tiene un carácter diverso, ya que el programa establece una serie de invariantes de sus contenidos consignados en cada uno de los programas de las asignaturas que conforman dicha disciplina, los cuales deben ser sistematizados desde el carácter

instructivo, educativo y desarrollador que caracteriza su formación profesional y a partir de la intencionalidad formativa que connota a dicho proceso.

Lo anterior implica reconocer el carácter de interacción socioprofesional del estudiante en el contexto hospitalario, así como interdisciplinario que connota a este proceso.

La interacción del sujeto con el entorno es entendida como *“las acciones situadas que se definen en relación con determinados instrumentos mediadores, teniendo en cuenta el contexto en el que se construyen y desarrollan, el cual rodea, significa e influye una determinada situación que emerge del mismo y debe ser resuelta por el profesional”* (Forgas, 2008, pp.35) <sup>17</sup>

Por medio de la interacción que se produce por parte del estudiante con los pacientes y los medios de trabajo que emplea, es que se establece el camino, la vía a seguir para favorecer desde la dinámica del proceso formativo, su formación pediátrica desde la docencia que se desarrolla en la asignatura de Pediatría y durante el desarrollo de sus prácticas pre-profesionales.

De ahí que los métodos de enseñanza de la Pediatría que se lleven a cabo requieran de la sistematización de un enfoque de formación profesional más integrador que propicie y aproveche las potencialidades que tiene la interacción del estudiante en el contexto donde desarrolla sus competencias para desempeñarse como futuro Médico General.

Por otra parte, el carácter interdisciplinario es esencial durante la formación pediátrica del estudiante de la carrera de Medicina, desde el enfoque de formación basado en competencias.

La interdisciplinariedad, representa un *“conjunto de disciplinas conexas entre sí y con relaciones definidas, a fin de que sus actividades no se produzcan en formas aisladas, dispersas y fraccionadas. Este enfoque presupone por lo tanto, la incorporación de los resultados de las diversas disciplinas, tomándolos de los diversos esquemas de análisis, sometiéndolos a comparación, enjuiciamiento y finalmente integrándolos.”* (Aguilera, 2009, pp.22)<sup>18</sup>

La incorporación de este enfoque interdisciplinario en la formación pediátrica del estudiante de la carrera de Medicina se debe a las relaciones que se establecen durante la asistencia pediátrica integral del niño y su familia con otras asignaturas que recibe durante los años de estudio por los que transita su formación profesional tales como: Ginecología – Obstetricia, Cirugía, Salud Pública y Clínica Médica fundamentalmente.

Se asume además que la formación pediátrica del estudiante de la carrera de Medicina, sustentada en el enfoque de formación profesional basado en competencias, es un proceso: *“complejo, holístico, contextual, flexible, consciente y desarrollador.”* (Tejeda y Sánchez, 2012, pp.69)<sup>3</sup>

Este criterio, es asumido por el autor de esta investigación debido a las siguientes razones:

- El estudiante se enfrenta a problemas profesionales diversos del campo de la Pediatría, los cuales debe resolver a partir de integrar los conocimientos, habilidades, actitudes y valores que caracterizan su desempeño como Médico desde la apropiación de una diversidad de saberes que establece la asignatura de Pediatría, aspecto que le confiere un carácter complejo y holístico.
- Lo contextual está presente en la medida que se conciba la formación pediátrica del estudiante en función de estimular el desarrollo de competencias profesionales a partir de que este tome en consideración las terapéuticas que se emplean en los procesos asistenciales de Pediatría.
- El carácter flexible y consciente se expresa en la adaptabilidad que se debe lograr durante la formación pediátrica del estudiante, de manera que sea capaz en su desempeño de resolver problemas profesionales relacionados con el campo de la Pediatría, a partir de movilizar sus rasgos psicológicos para apropiarse de los saberes pediátricos requeridos.
- Lo desarrollador está presente mediante la valoración de las transformaciones, en la manera de sentir, pensar y actuar del estudiante como expresión del crecimiento profesional que va alcanzando en su formación pediátrica.

En la literatura científica consultada se aprecia la existencia de modelos de atención pediátrica que se utilizan durante la formación pediátrica de los estudiantes de la carrera de Medicina. En el **anexo 1** aparece el resultado de la valoración crítica de disímiles modelos de asistencia pediátrica integral que se utilizan en el Ecuador y a nivel mundial en sentido general.

Como puede apreciarse en el anexo 1, los modelos que se proponen se centran más en el proceso de asistencia médica pediátrica y aunque se recomienda su utilización en la categoría contenido que se imparte en la asignatura de Pediatría, el **enfoque formativo profesional** no ha sido abordado de manera suficiente en cada uno de ellos.

Por otra parte en el campo de la Pedagogía y la Didáctica se resaltan interesantes obras científicas dirigidas a la formación pediátrica; entre las que se destacan:

- Bastar y González (2013) proponen una concepción didáctica en la estructuración lógica del sistema de habilidades de la asignatura Pediatría, la cual si bien resulta interesante, queda reducida solo al saber hacer, sin tomar en consideración la integración de saberes que se configuran en el desarrollo de las competencias profesionales que caracterizan la asistencia pediátrica integral que combine no solo las habilidades, sino también las cualidades y los valores.
- Honhaut, Millán, y Hanne (2009) identifica las competencias transversales en la formación de especialistas en Pediatría en la Universidad de Chile, que si bien en su propuesta reconoce el enfoque integral de la formación pediátrica se centra solo en identificar aquellas competencias transversales, sin atender su lógica formativa en la asignatura de Pediatría que se imparte al estudiante que se forma como Médico General.
- En el Foro de Médicos de atención primaria (2011) se abordan disímiles criterios para la formación de Pediatras en atención primaria, los cuales se centran más en el profesional egresado de la carrera de Medicina ya como residente en Pediatría.

- Tizón (2009) realiza un abordaje de la formación del Médico desde un enfoque integral, en cuyas consideraciones, si bien reconoce la integración de saberes expresados en el desempeño profesional, no profundiza en el uso de métodos formativos que logren una mayor integración entre la docencia y la práctica médica asistencial, mediada por la realización del método científico.
- Pineda, García y Tehlén (2013) realizan un abordaje de la formación en semiología médica, en cuyos análisis no profundizan en cómo se logra contextualizar este proceso durante la formación pediátrica de los estudiantes de la carrera de Medicina.
- Crespo (2009) en su artículo sobre la formación del especialista de Pediatría: viejos problemas, nuevos tiempos realiza un interesante análisis acerca del Pediatra General Competente; sin embargo su estudio se enfoca más hacia la formación postgraduada y no aborda cómo lograr su articulación desde la formación pediátrica del estudiante de la carrera de Medicina.
- Pupo y Hechevarría (2014) realizan un interesante análisis de las características de la formación médica en promoción de salud en Cuba y Latinoamérica, donde abordan la necesidad de lograr un enfoque integral en la formación de los profesionales de la Salud; sin profundizar en como dinamizar dichas características en el contexto de la formación pediátrica del estudiante de la carrera de Medicina, a partir de reconocer la integración y vinculación armónica de los procesos sustantivos de la docencia, la vinculación y la investigación que direccionan su formación profesional.
- Castro (2013) realiza un análisis de la formación médica de pregrado: la realización de la docencia, el cual ofrece criterios teóricos y de carácter metodológico dirigidos a desarrollar una variedad de vías para la docencia médica basada en la activación de la motivación del estudiante, los cuales si bien resultan interesantes, se quedan en un plano muy general.
- Salas (1998, 1999, 2007 y 2008) en sus prestigiosos estudios acerca de la formación de profesionales en Salud desde el enfoque de formación basada en competencias, propone modelos, estrategias,

dimensiones, criterios y metodologías a seguir; sin embargo en sus estudios no se aprecia el abordaje de la formación pediátrica del estudiante de la carrera de Medicina que permita la articulación de la teoría (docencia en la asignatura de Pediatría) con la práctica hospitalaria y la investigación, desde el establecimiento de un método que revele la vía y la lógica a seguir desde un enfoque integral.

- Carceller, Blanchard, Barolet, Alloul, Moussa y Sarquella (2009) realizan un abordaje acerca de la enseñanza de la Pediatría, en el cual se propone experiencias acerca de cómo llegar a ser un buen Pediatra mediante la formación teórica y la formación clínica; sin embargo no definen la competencia que en este campo se debe formar en el Médico General, ni establecen métodos más integradores para dicha enseñanza, a partir de considerar la unidad de lo instructivo, educativo y desarrollador y el enfoque de formación profesional con carácter integrador e interdisciplinario.
- Candevra (2013) en su libro de Pedagogía Médica propone concepciones teóricas y metodológicas sobre Educación Médica y la formación docente específica para la enseñanza de las Ciencias de la Salud, las cuales si bien sirven de referente para la investigación, requieren de una sistematización teórica y metodológica de la formación pediátrica de los estudiantes de la carrera de Medicina.

Como puede apreciarse en los modelos consultados (anexo 1) y en la literatura científica relacionada con la formación pediátrica y de profesionales de la salud en sentido general, se ha podido constatar que las concepciones teóricas y metodológicas que en ellas se abordan, si bien resultan interesantes, presentan insuficiencias para comprender, explicar e interpretar desde las ciencias pedagógicas la formación pediátrica del estudiante de la carrera de Medicina, a partir de tener en cuenta:

- La profesionalización de los saberes que aprende el estudiante en la asignatura de Pediatría en correspondencia con las exigencias de las unidades asistenciales y docentes de salud extrahospitalarias e intrahospitalarias, como síntesis del establecimiento de la competencia profesional que debe distinguir al desempeño del estudiante en esta rama de la Medicina.

- El establecimiento de una lógica, vía, forma y camino a seguir para la formación pediátrica del estudiante de la carrera de Medicina, a partir de la vinculación y articulación de los procesos de docencia, vinculación e investigación y la unidad de lo instructivo, lo educativo y lo desarrollador.
- El tratamiento al significado y sentido profesional de los saberes pediátricos.
- El establecimiento de relaciones de interacción socioprofesional entre el docente de la asignatura de Pediatría, el estudiante de la carrera de Medicina y los tutores que se desempeñan en las unidades docentes y asistenciales de salud intra y extrahospitalarias.
- La integración de la lógica de asistencia pediátrica integral que se desarrolla mediante el método clínico, a la lógica del proceso de formación pediátrica que se desarrolla en los estudiantes de la carrera de Medicina desde la asignatura de Pediatría, debido a la carencia de un método formativo que desde un enfoque más integrador e interdisciplinario, propicie esta integración de manera más coherente y dinámica.

Por otra parte, al caracterizar el mesocurrículo de la carrera de Medicina, así como el diseño curricular y metodológico de la asignatura de Pediatría, se pudo constatar que sus fundamentos psicopedagógicos y didácticos, así como los métodos de enseñanza empleados, están dirigidos a la sistematización de un enfoque de formación pediátrica de forma lineal, fragmentado, centrado solo en el saber hacer, sin tomar en consideración su integración con otros saberes que significan el enfoque actual de la formación profesional basada en competencias, enfoque sobre la base del cual se fundamenta el actual currículo formativo del estudiante de la carrera de Medicina en el Ecuador. Por otro lado, en el programa no se explicita la competencia profesional que se debe desarrollar en el estudiante.

El diseño del sílabo de la asignatura de Pediatría centra todo el trabajo didáctico y pedagógico en la atención a las habilidades profesionales que debe lograr el estudiante durante la asistencia pediátrica integral, sin tomar en consideración, la competencia profesional que se debe desarrollar en el estudiante

desde cada uno de sus procesos sustantivos (docencia, vinculación e investigación); sobre la base de la unidad del carácter instructivo, educativo y desarrollador que distingue su formación profesional.

Por otra parte, en los fundamentos psicopedagógicos y didácticos que establece el programa de la asignatura de Pediatría, es limitado el tratamiento teórico y metodológico que se realiza para contribuir a la formación pediátrica de los estudiantes de la carrera de Medicina, a partir de tener en cuenta:

- La determinación de la competencia profesional que distingue al Médico Pediatra.
- La interiorización de saberes sobre Pediatría a partir de tener en cuenta la integración entre el carácter instructivo, educativo y desarrollador que caracteriza a la formación pediátrica del estudiante de la carrera de Medicina, basada en competencias profesionales.
- El establecimiento de una lógica y vía a seguir para favorecer la formación pediátrica del estudiante de Medicina, a partir de vincular la docencia que reciben en la asignatura de Pediatría con las prácticas que realizan en las unidades docentes y asistenciales de salud y el desarrollo de la investigación científica, a partir del reconocimiento de la unidad entre el carácter instructivo, educativo y desarrollador que singulariza a su proceso de formación profesional.

En resumen, el análisis epistemológico realizado al objeto y campo de la investigación permitió constatar que en los fundamentos teóricos y metodológicos que establecen las Ciencias Pedagógicas en el campo de la formación de profesionales de la Salud, se carece de:

- La modelación de la competencia profesional que debe demostrar el estudiante de la carrera de Medicina en el campo de la Pediatría.
- El establecimiento de un método que exprese la lógica, la vía, el camino a seguir para favorecer la formación pediátrica del estudiante de Medicina, basado en la integración y articulación de la docencia, la vinculación en las unidades docentes y asistenciales de salud y la investigación, a partir de reconocer la unidad de lo instructivo, lo educativo y lo desarrollador.

Los elementos anteriormente planteados constituyen **carencias teóricas** que limitan desde lo teórico la comprensión, explicación e interpretación de la formación pediátrica de los estudiantes de la carrera de Medicina durante su proceso de formación profesional, aspecto que justifica la necesidad de modelar dicho proceso formativo.

## **1.2 Antecedentes históricos de la formación pediátrica en el proceso formativo de los estudiantes de la carrera de Medicina.**

Para realizar el análisis histórico – lógico se tuvieron en cuenta los **indicadores** siguientes:

Indicador: *Concepción de la formación pediátrica en el proyecto curricular de la carrera de Medicina.*

Criterios: Perfil del egresado, malla curricular, vínculo teoría – práctica, programa y sílabo de la asignatura de Pediatría, enfoques de formación profesional empleado.

Indicador: *Desarrollo de la formación pediátrica desde el proceso formativo del estudiante de Medicina.*

Criterios: Condiciones sociales y de salud, métodos formativos empleados, vínculo de la asignatura Pediatría con la asistencia médica, formas organizativas y enfoques de formación profesional.

Indicador: *Evaluación de la formación pediátrica desde el proceso formativo del estudiante de Medicina.*

Criterios: Instrumentos y técnicas de evaluación empleados, estilos de evaluación: heteroevaluación, estimulación de la autoevaluación y la coevaluación. Enfoques de evaluación empleados.

Criterios evaluativos desde la unidad de lo cognitivo y lo afectivo – volitivo.

La historia de la Medicina ecuatoriana, desde los saberes aborígenes hasta el conocimiento académico actual, ha recorrido una multiforme expresión de visiones sobre la salud y la enfermedad, la terapéutica, la organización sanitaria y la educación médica.

La formación profesional de la carrera de Medicina en Ecuador, desde sus inicios ha ido evolucionando de manera lógica y en consecuencia con los requerimientos y necesidades ineludibles frente a las realidades existentes en el campo social y laboral y al mismo tiempo enfrentando los problemas y

necesidades que esta ha venido exigiendo en la formación académica, para lograr un producto terminado como profesional en la carrera de medicina, avalados por la evolución alcanzada en los procesos universitarios y en correspondencia con el profesional de la Medicina.

La creación de la carrera de Medicina en la Universidad Central del Ecuador data en el año 1693, como Cátedra de Medicina de la Universidad Colonial,- a través de la Cédula Real de Carlos II de España. En el “Real Colegio del Santo Rey San Fernando” erigido en 1683 a la categoría de “Universidad del Angélico Doctor Santo Tomás de Aquino” en la ciudad de Quito. Es cuando se asume inicialmente, el modelo educativo eminentemente teórico y libresco. Integrando al escolasticismo tomista, como teoría filosófica, preponderando la enseñanza de obras aristotélicas acorde con las doctrinas de Santo Thomas. Los métodos y contenidos de la enseñanza eran de orden dominicana. El hipocratismo, el galenismo y el arabismo fueron elementos básicos de la enseñanza orientados por la doctrina escolástica.

En esta época la formación profesional del Médico es eminentemente teórica y alejada de la práctica, con limitadas posibilidades de brindar a los estudiantes una adecuada comprensión de la situación de salud de su pueblo, haciéndose evidente la limitada vinculación social.

En la última década del siglo XIX se implementan algunas modificaciones importantes al proceso de la enseñanza Médica, se impone a los profesores el dictado de clases prácticas hospitalarias y se incorporan elementos de materia quirúrgica. En 1874 se inicia la época del positivismo.

La Revolución de Alfaro, con su ideología de libertades, introduce cambios esenciales en la educación médica, se crean y desarrollan materias relacionadas con la mujer y la familia, la protección social, la ética, a tiempo de iniciar el desarrollo de las especialidades en la práctica, ejercicio y docencias médicas, el acceso igualitario de la mujer a la educación superior.

La formación pediátrica comienza y se introduce dentro del proceso de formación profesional del estudiante de la carrera de Medicina en el Ecuador en el año 1901. Es por ello que el análisis histórico

realizado se ubica desde este año hasta la actualidad y se reconoce que este proceso ha transitado desde su evolución y desarrollo actual por tres grandes etapas fundamentales; ellas son las siguientes:

- Etapa de surgimiento y desarrollo de la formación pediátrica durante el proceso formativo del estudiante de la carrera de Medicina (desde 1901 hasta 1959).
- Etapa de adecuación de la formación pediátrica durante el proceso formativo del estudiante de la carrera de Medicina (desde 1960 hasta el 1999).
- Etapa de integralidad en la formación pediátrica del estudiante de la carrera de Medicina durante su proceso formativo (desde 2000 hasta la actualidad).

A continuación se resumen las características más importantes de cada etapa.

#### **Etapa de surgimiento y desarrollo de la formación pediátrica durante el proceso formativo del estudiante de la carrera de Medicina (desde 1901 hasta 1959).**

Características fundamentales de la etapa:

- La concepción de la formación pediátrica en el proyecto curricular de la carrera de Medicina se caracterizó por los aspectos siguientes:

Se concibe un proceso formativo eminentemente teórico con una muy limitada vinculación con la práctica.

La concepción curricular se fundamentaba en un enfoque lineal, fragmentado, centrado en el saber, es decir, en la interiorización de saberes en el campo de la Pediatría, sin atender el vínculo con las exigencias que en la época, marcaban a los métodos de asistencia pediátrica que se realizaban en las áreas de salud. Por otro lado se apreció que en el proceso formativo del futuro Médico en el campo de la Pediatría no existe la ejecución de un plan de estudio sustantivo, que conciba una formación pediátrica en la que el estudiante avizore los problemas de salud en niños, niñas, la familia y la comunidad, debido a que está concentrado en un aprendizaje convencional, sin interrelación con la salud pública en general, evidenciando una ausencia de acercamiento con la familia.

- El desarrollo de la formación pediátrica desde el proceso formativo del estudiante de la carrera de Medicina se caracterizó por:

El predominio de métodos de enseñanza reproductiva, que limitan el tratamiento al carácter instructivo, educativo y desarrollador de la formación de este profesional al desarrollo de conocimientos eminentemente teóricos, sin tomar en consideración su integración con la práctica hospitalaria en el campo de la Pediatría y el desarrollo de la investigación científica, así como con las cualidades y valores que caracterizan el desempeño profesional del Médico en los procesos de atención pediátrica desde un enfoque integral. La asignatura no contaba con suficiente sistematicidad en la organización de actividades científicas que debía desarrollar el estudiante durante su desempeño en las unidades asistenciales de salud intra y extrahospitalarias, lo que limitaba su salida con el componente laboral e investigativo, así como el trabajo de integración con el resto de las asignaturas de la malla curricular. Al mismo tiempo, predominaban las conferencias y el tiempo de ejercitación práctica quedaba reducido solamente al saber, limitando el pensamiento productivo y creativo del profesional de las ciencias médicas.

- La evaluación de la formación pediátrica desde el proceso formativo del estudiante de Medicina se caracterizó por:

El empleo de instrumentos y técnicas de evaluación quedaban reducidos a evaluar de manera reproductiva los conocimientos que aprende el estudiante, sin tomar en consideración su integración con las habilidades y los valores que caracterizan su formación pediátrica, con predominio del criterio del docente sin atender la coevaluación y la autoevaluación.

Estas dificultades existentes en esta etapa, hicieron posible realizar ajustes y adecuaciones a la formación pediátrica del estudiante de la carrera de Medicina durante su proceso formativo.

**Etapa de adecuación de la formación pediátrica durante el proceso formativo del estudiante de la carrera de Medicina (desde 1960 hasta 1999).**

Características fundamentales de la etapa:

- La concepción de la formación pediátrica en el proyecto curricular de la carrera de Medicina se caracterizó por los aspectos siguientes:

El perfil del egresado abordaba la necesidad de potenciar el desarrollo de habilidades profesionales, es decir, de suplir la limitación de la etapa anterior referida a una formación pediátrica, centrada solo en el saber, hacia una que unido al saber, incorpore el tratamiento al saber hacer, es decir, al desarrollo de habilidades para la realización de la asistencia pediátrica integral. Es por ello que el proyecto curricular de la asignatura de Pediatría en este período se centraba en la concepción del saber hacer profesional, que si bien logra un mayor acercamiento a la práctica hospitalaria del estudiante, queda centrado solo en el contexto formativo universitario y no logra dar respuesta a todas las exigencias del proceso de atención integral pediátrica que demandan en la época, las unidades asistenciales de salud intra y extrahospitalarias (limitado vínculo entre la teoría y la práctica). Por otra parte, es limitada la incorporación de otros saberes dirigidos a la formación de valores profesionales que deben distinguir a la actuación profesional del Médico en el campo de la Pediatría, desde el desarrollo de su saber hacer.

- El desarrollo de la formación pediátrica desde el proceso formativo del estudiante de la carrera de Medicina se caracterizó por:

La sistematización de métodos formativos muy reproductivos que limitaban el tránsito del estudiante desde la apropiación de los contenidos de Pediatría hacia su aplicación en la solución de problemas profesionales que se manifestaban en los procesos de asistencia pediátrica integral. Por otro lado, las formas de organización del proceso formativo si bien incorporaban actividades prácticas, estas quedaban relegadas solo al desarrollo de sus habilidades, sin tener en cuenta el tratamiento a la investigación científica. Por otra parte, es insuficiente el tratamiento a la unidad de lo instructivo, lo educativo y lo desarrollador, presente en todo el proceso desde la dinámica de su realización.

- La evaluación de la formación pediátrica desde el proceso formativo del estudiante de Medicina se caracterizó por:

Incorporar en los instrumentos y técnicas de evaluación indicadores para medir el desarrollo de habilidades que demostraba el estudiante en la asistencia pediátrica integral, pero sin tomar en consideración su integración con los valores que caracterizan su actuación en el campo de la Pediatría. Continúa en esta etapa el predominio del criterio del docente sin atender la coevaluación y la autoevaluación, aspecto que limita el establecimiento de relaciones sociales durante el acto evaluativo.

A partir de las experiencias alcanzadas y producto a la introducción de nuevos cambios en el orden económico, político, social y en la esfera de la salud en el país, se introduce una nueva etapa.

**Etapa de integralidad en la formación pediátrica del estudiante de la carrera de Medicina durante su proceso formativo (desde el 2000 hasta la actualidad).**

Características fundamentales de la etapa:

La nueva Constitución del 2008, establece el marco jurídico-legal, para instituir el sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social, en la que se da cabida a la salud, estableciendo que esta es un derecho, señalando las características del sistema nacional de Salud que funcionará dentro del principio de Universalidad y equidad con una red pública integral, bajo la rectoría de la autoridad sanitaria nacional, en este sentido esta reforma ha tomado el nombre de Transformación Sectorial de Salud del Ecuador.

- La concepción de la formación pediátrica en el proyecto curricular de la carrera de Medicina se caracterizó por los aspectos siguientes:

Se introducen nuevos paradigmas pedagógicos y enseñanza de la realidad nacional contemporánea, profesionalización del profesor universitario, es así que ante las exigencias de la nueva Ley de Educación Superior en el Ecuador y el rigor de las entidades que regulan y evalúan la acreditación de la carrera de Medicina, se tiene que poner en práctica la vinculación del proceso formativo entre la teoría y la práctica.

Por otro lado se incorporan enfoques formativos que viabilizan y reconocen la necesidad de integrar los saberes que caracterizan las buenas prácticas hospitalarias en el campo de la Pediatría. El proyecto curricular de la carrera se fundamenta en el enfoque de formación profesional basada en competencias; sin embargo, en la asignatura de Pediatría no está debidamente configurada la competencia profesional que se debe formar en el estudiante en esta área de la Salud. Se reconoce la necesidad de vincular los saberes que aprende el estudiante en la asignatura de Pediatría en la universidad con el desarrollo de sus prácticas pre-profesionales en las unidades asistenciales de salud intra y extrahospitalarias, así como el su vinculación con el proceso sustantivo de investigación.

- El desarrollo de la formación pediátrica desde el proceso formativo del estudiante de la carrera de Medicina se caracterizó por:

Reconocerla necesidad de utilizar métodos formativos con enfoque de formación profesional basados en competencias, centrados en una enseñanza – aprendizaje más integral, desarrolladora e interdisciplinaria; sin embargo, la asignatura de Pediatría no contempla un método con carácter formativo que permita sistematizar el desarrollo de competencias profesionales en el estudiante, a partir de lograr una adecuada articulación y vinculación de la gestión de la docencia médica con la vinculación social del estudiante durante sus prácticas hospitalarias en las unidades docentes y asistenciales de salud, en las cuales realiza sus prácticas pre-profesionales y el desarrollo de la investigación.

Por otro lado no se logra en las acciones formativas empleadas una adecuada vinculación entre el carácter instructivo, educativo y desarrollador que distingue la formación profesional del estudiante.

Las formas de organización de la docencia en la asignatura de Pediatría asumen un mayor tiempo de actividades eminentemente prácticas, con una mayor integración de la teoría con la práctica; pero con limitaciones en el desarrollo de la capacidad creativa e investigativa del estudiante en su rol incluyente y vinculante en su contexto, la sociedad y la familia.

- La evaluación de la formación pediátrica se caracterizó en esta etapa por:

Incorporar en los instrumentos y técnicas de evaluación indicadores para evaluar las competencias profesionales que va alcanzando el estudiante; sin embargo, en la asignatura de Pediatría al no estar debidamente configurada la competencia de asistencia pediátrica a desarrollar en el estudiante, la evaluación continua, centrada solo en el saber hacer y sin tomar en consideración la coevaluación y la autoevaluación estudiantil como forma de implicar al estudiante en el acto evaluativo.

A partir de las características encontradas en cada una de las etapas, se puede resumir el análisis histórico realizado, planteando que la formación pediátrica en el proceso formativo del estudiante de la carrera de Medicina se ha **caracterizado** por los aspectos siguientes:

- Existencia de una tendencia dirigida a lograr una formación pediátrica en el estudiante desde un enfoque más integrador, basado en el desarrollo de la competencia de asistencia pediátrica integral del niño y su familia, la cual no está debidamente modelada en la asignatura de Pediatría.
- El mesocurrículo actual de la carrera de Medicina y en específico el sílabo de la asignatura de Pediatría no establece orientaciones que permitan direccionar desde lo teórico y lo metodológico al proceso de formación pediátrica del estudiante, a partir de lograr una vinculación más directa entre: la docencia, la vinculación en las unidades docentes y asistenciales de salud y el desarrollo de la investigación.
- Insuficiente empleo de métodos formativos que permitan articular la lógica formativa pediátrica que se desarrolla desde la asignatura de Pediatría en la universidad a la lógica de actuación del estudiante de la carrera de Medicina durante la atención integral pediátrica, basada en el uso del método clínico, a partir de la unidad de lo instructivo, lo educativo y lo desarrollador.
- La evaluación de la formación pediátrica del estudiante se centra solo en el saber hacer y no toma en cuenta la valoración del estado de desarrollo de la competencia de asistencia pediátrica integral que alcanza el estudiante, así como la estimulación a la autoevaluación y la coevaluación estudiantil.

Los argumentos anteriormente referidos justifican la necesidad de modelar desde lo teórico al proceso de formación pediátrica de los estudiantes de la carrera de Medicina, durante su proceso de formación profesional. A continuación se presenta el resultado del diagnóstico.

### **1.3 Diagnóstico del estado actual de la formación pediátrica de los estudiantes de la carrera de Medicina.**

El diagnóstico tuvo como objetivo: diagnosticar el estado actual de la formación pediátrica de los estudiantes de la carrera de Medicina durante su proceso de formación profesional.

Para realizar el diagnóstico se asumieron los indicadores siguientes:

#### **Indicadores para evaluar el estado de la formación pediátrica del estudiante de Medicina:**

1. Prevención y promoción de la salud del niño, su familia y la comunidad de residencia.
2. Diagnóstico del estado de salud del niño y su familia.
3. Esquemas de tratamiento pediátrico, utilizando el método clínico.
4. Seguimiento y control del estado de salud del niño y su familia posterior al tratamiento realizado.
5. Evaluación de la evolución retrospectiva del estado de salud del niño y su familia, a partir de tener en cuenta la relación médico – paciente – familia y la comunidad.
6. Rehabilitación del niño y su familia.

Para valorar la formación pediátrica de los estudiantes en la carrera de Medicina, como parte del proceso de formación del profesional se desarrolló un diagnóstico teniendo como base la experiencia profesional, la información aportada por diversas fuentes, fichas y registros médicos, encuestas aplicadas a estudiantes del sexto y séptimo año (internado pediatría) que egresan de la carrera, docentes y directivos, relacionados con la formación recibida, informe de autoevaluación de la carrera y diagnósticos de la teoría y práctica hospitalaria en la asistencia pediátrica integral del niño y su familia.

Para llevar a cabo el diagnóstico se realizaron las siguientes acciones:

- Encuesta a estudiantes del sexto año de la carrera de Medicina de la Uleam (anexo 2)
- Encuesta a estudiantes del séptimo año de la carrera de Medicina de la Uleam (anexo 3)
- Se analizaron documentos de la carrera con énfasis en el registro de prácticas pediátricas.
- Se observaron las actividades docentes, prácticas pre-profesionales e investigaciones que realizaron los estudiantes en el área de Pediatría (anexo 4).

La encuesta a estudiantes (ver anexo 2) se aplicó a 62 de ellos lo que representa el 41.33% de la matrícula (150) y se concluyó que el 24.19% de los encuestados valora como muy buena su formación en el proceso de enseñanza - aprendizaje para la asistencia pediátrica integral; sin embargo, el 20.97% de los encuestados cree que es deficiente, estos manifiestan que la preparación recibida para la atención pediátrica incumple los presupuestos educativos. El 30.65% considera que los conocimientos impartidos por los docentes en su formación es regular, por carencias pedagógicas del docente. El 53.23% manifiesta que es buena y muy buena la correspondencia entre los conocimientos teóricos con la práctica, en las unidades de salud, aunque el (12.90%) revela que no es suficiente en la práctica la formación pediátrica. Como muy buena por el 37.10% reconocen poseer habilidades que le permiten en la práctica brindar la asistencia pediátrica integral.

El 33.87% considera que es buena por su autopreparación mas no por la capacidad del docente. El 38.71% cree que son buenas las cualidades desarrolladas para la asistencia pediátrica integral. El 27% de los estudiantes encuestados considera que las características del docente son de un nivel bueno para la formación en la asistencia pediátrica integral.

De las encuestas realizadas a 10 estudiantes del séptimo año de internado de Pediatría, que egresan de la carrera, en 4 de ellos que se corresponden con el 40% (ver anexo 3) se considera que es deficiente la formación básica en el proceso de enseñanza-aprendizaje para la asistencia pediátrica integral. Tres de los encuestados que se corresponde con el 30% indican que son deficientes los conocimientos impartidos

por los docentes en la formación para la asistencia pediátrica integral. Tres de ellos que representan el 30% valoran de regular los conocimientos teóricos para la atención en pediatría en correspondencia con la práctica médica en las unidades de salud. Cuatro de los encuestados que corresponden al 40% creen que son buenos los conocimientos teóricos recibidos que permiten desempeñarse en la práctica médica con habilidades para brindar una atención integral infantil. Tres de ellos que corresponde el 30% indican que es muy buena la formación académica para desarrollar habilidades en la atención integral a los niños sanos y enfermos. Cuatro de los estudiantes que corresponden el 40% creen que son muy buenas las cualidades que ha desarrollado en la carrera de medicina para la asistencia pediátrica integral. El 29% de los estudiantes encuestados valoraron como regular las características en sus docentes relacionadas con la formación en la asistencia pediátrica integral.

De la encuesta de los 7 Docentes y Directivos (ver anexo 4) resalta que el nivel de formación de los estudiantes de Neonatología Pediátrica del VI año de Pediatría y del VII año (Internado) se basa en textos de Neonatología y Pediatría vigentes y sobre todo se sigue el Manual de Normas, Protocolo Neonatal aplicadas en el país como Plan Nacional de Reducción de la muerte materno y neonatal; existiendo insuficiencias en las prácticas hospitalarias, ya sea por pocas horas en su labor cotidiana, por falta de saber investigar una patología, o por no saber preguntar las mismas que coinciden con lo señalado por los estudiantes encuestados. En lo que respecta a la relación entre el paciente y padres de familias a través de la práctica se logra una mejor comunicación por el trato directo existente.

### **Análisis del registro de prácticas pediátricas**

Se entiende como registro a todo documento que contiene datos de salud de las personas junto con su identificación personal en cualquier formato (papel, electrónico, audio, vídeo, entre otros). Los documentos que contienen la historia clínica de un paciente o el conjunto de historias clínicas de los pacientes atendidos en una institución de salud.

A partir de esta definición, se puede valorar que a través de estos registros de las prácticas diarias en la formación pediátrica de los estudiantes de la Carrera de Medicina y según el desarrollo de ese proceso formativo, se revelan los logros de aprendizajes compartidos tanto en lo teórico como en la práctica. Así cada uno de estos futuros profesionales será capaz de adquirir habilidades y destrezas en los llenados de formularios e historias clínicas, lo que permite obtener una información que a través de la observación y con una comunicación inter e intrapersonal con los familiares del niño, mediante una observación previa, se pueda en el manejo de signos y símbolos clínicos definir e identificar o diagnosticar las diversas enfermedades que el niño y su familia contraen para solucionar necesidades, sean estas asistenciales, curativas, preventivas, educativas y de rehabilitación en salud.

En esta dimensión se considera relevante y de gran importancia el poder desarrollar los conocimientos adquiridos en la teoría y ejecutarlos en la práctica o campo laboral, donde ese futuro profesional aprende a establecer un diagnóstico adecuado, a recetar y tratar eficientemente con el manejo de dosis de medicamentos al pequeño paciente. Toda esta formación para la atención pediátrica del niño hoy tiene la gran exigencia de vincularse profesionalmente, desde la práctica formativa con la familia y la sociedad desde un punto de vista humanista: estos es con respeto, buen trato al paciente y a su familia, con honestidad y responsabilidad.

A pesar de lo expresado se puede apreciar que estos registros ponen de manifiesto, una formación deficitaria, ya que los contenidos teóricos contradictoriamente no guardan correspondencia con la práctica de la asignatura y en otros casos como debilidades son contenidos insuficientes, carentes de la relevancia de la formación del siglo XXI y que a su vez son exigencias de la sociedad; no obstante las horas y el tiempo de permanencia en el hospital para la relación de ese estudiante en la atención a los niños es de poco tiempo (10 semanas de internado). Pudiendo ser una fortaleza en el recorrido de las prácticas: Las guardias de 24 horas y de manera rotativa la parte asistencial y hospitalaria de 8 horas.

**Observación a las actividades docentes y las prácticas pre-profesionales que desarrollan los estudiantes:**

En las observaciones realizadas (ver guía de observación en el anexo 4), se pudo constatar las dificultades existentes en el proceso formativo del estudiante:

- No está debidamente modelada la competencia profesional que se debe desarrollar en el estudiante desde la asignatura Pediatría, a partir de revelar la integración de los saberes pediátricos y sus niveles de esencialidad.
- No siempre se logra una adecuada correspondencia entre el contenido tratado en la enseñanza de la pediatría y las exigencias de la práctica médica que realiza el estudiante en las unidades docentes y asistenciales de Salud intra y extrahospitalarias.
- Es insuficiente el uso de métodos de enseñanza en la docencia que se realiza en la asignatura de Pediatría, basados en el enfoque desarrollador y la enseñanza problémica profesional.
- No se logra una adecuada incorporación del método clínico durante los procesos de promoción, prevención de la salud y asistencia pediátrica integral que realizan los estudiantes en las actividades concebidas en la docencia y en las prácticas hospitalarias que realizan.
- Los estilos de evaluación de la formación pediátrica empleada en los estudiantes, no siempre tienen en cuenta la autoevaluación y la coevaluación estudiantil.

A modo de síntesis se puede culminar planteando que los estudiantes de la carrera de Medicina presentan insuficiencias en su formación pediátrica, las cuales se enfocan hacia los aspectos siguientes:

- Insuficiencias para aplicar diagnóstico, tratamiento, seguimiento y evaluación del paciente.
- Limitada utilización del método investigativo durante la asistencia pediátrica del niño y su familia.
- Bajo nivel de aplicación de los conocimientos y habilidades por los estudiantes en el proceso de diagnóstico pediátrico para identificar enfermedades en los pacientes.

- Es insuficiente la realización de actividades preventivas y de promoción para la salud desde la relación médico – paciente – familia – comunidad.
- No siempre ofrecen un adecuado seguimiento a la rehabilitación del niño y su familia.

Estas insuficiencias en la formación pediátrica del estudiante se deben a las siguientes causas:

- No está identificada y modelada la competencia profesional que debe alcanzar el estudiante de la carrera de Medicina durante la docencia que recibe en la asignatura de Pediatría y las prácticas que al respecto realiza en las unidades docentes y asistenciales de salud intra y extrahospitalarias.
- Insuficiente tratamiento a la unidad de lo instructivo, lo educativo y lo desarrollador mediante las acciones de formación pediátrica que realizan los estudiantes desde la docencia, la vinculación y la investigación como procesos sustantivos que direccionan a dicho proceso formativo.
- No existe correlación entre el contenido tratado en la enseñanza de la pediatría y las exigencias de la práctica médica que desarrollan en las unidades docentes y asistenciales de salud.
- No siempre se logra una adecuada articulación e integración de las acciones de formación pediátrica que realiza el estudiante durante la docencia que recibe en la asignatura de Pediatría, con las acciones formativas que realiza durante las prácticas pre-profesionales, el trabajo con la comunidad y el desarrollo de la investigación científica.
- La evaluación de la formación pediátrica del estudiante se reduce solo al desarrollo de las habilidades sin profundizar en los valores requeridos para la asistencia pediátrica integral y toman en consideración la autoevaluación y la coevaluación estudiantil.

Estos resultados conducen a modelar y sistematizar desde la práctica, la formación pediátrica integral del estudiante de la carrera de medicina con la intención de suplir las carencias existentes por la falta de las prácticas hospitalarias de manera que sea posible diagnosticar, tratar, monitorear y revalorar en forma óptima y oportuna de acuerdo con las exigencias de las competencias actuales.

## CONCLUSIONES DEL CAPÍTULO 1

A partir de lo analizado en el presente capítulo se arriban a las conclusiones siguientes:

1. La formación pediátrica durante el proceso formativo del estudiante de la carrera de Medicina se fundamenta en la teoría de la actividad desde la relación sujeto – objeto y sujeto – sujeto, en las relaciones de interacción social entre los sujetos implicados, el enfoque histórico – cultural, los principios y las categorías de la Pedagogía: profesionalización, fundamentalización, sistematización y problematización del proceso formativo, así como en el enfoque de formación profesional basado en competencias y la regularidad método de trabajo tecnológico – método de enseñanza.
2. El proceso de formación pediátrica del estudiante de la carrera de Medicina durante su proceso formativo ha transitado por tres etapas que han estado caracterizadas por la necesidad de sistematizar un enfoque más integral basado en competencias, que permita lograr la integración entre la docencia, la vinculación y la investigación, sobre la base de la sistematización del carácter instructivo, educativo y desarrollador que distingue a dicho proceso formativo.
3. Se carece desde el punto de vista teórico y metodológico de la determinación de la competencia de asistencia pediátrica integral que se debe desarrollar en el estudiante de Medicina, así como de un método formativo que exprese la lógica a seguir para su desarrollo, a partir de tener en cuenta un enfoque de formación integrador e interdisciplinario, que permita articular e integrar las acciones de formación pediátrica que se realizan durante la docencia, la vinculación (prácticas en las unidades de salud y trabajo en la comunidad) y la investigación, a partir de la unidad de lo instructivo, lo educativo y lo desarrollador.
4. Existen insuficiencias en la formación pediátrica que alcanzan los estudiantes de la carrera de Medicina de la Uleam, aspecto que dificulta la asistencia pediátrica integral del niño y su familia.

## **CAPÍTULO 2**

# **MODELO DE FORMACIÓN PEDIÁTRICA DEL ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA. ESTRATEGIA PARA SU IMPLEMENTACIÓN**

## **CAPÍTULO 2. MODELO DE FORMACIÓN PEDIÁTRICA DEL ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA. ESTRATEGIA PARA SU IMPLEMENTACIÓN**

En este capítulo se presenta el modelo de la formación pediátrica del estudiante de la carrera de Medicina, desde una perspectiva integral e integradora del proceso de formación del profesional con las exigencias, dinámica y lógica del proceso profesional, basado en el establecimiento de categorías que singularizan cada componente, los que en sus relaciones, devienen en dimensiones que permiten estudiar el proceso modelado, desde la singularidad que se expresa en las cualidades esenciales.

Se connota su concepción teórica en la utilización del método clínico en su perspectiva didáctica y significado profesional, el que se dinamiza a través de la utilización de estudios de casos clínicos simulados y reales, que favorecen la configuración de la competencia para la asistencia pediátrica integral. El modelo se constituye en la base para el diseño de la estrategia de formación pediátrica.

### **2.1. Modelo de formación pediátrica del estudiante de la carrera de Medicina.**

En este epígrafe se presenta un modelo que explica desde el punto de vista teórico, cómo favorecer la formación pediátrica del estudiante de la carrera de Medicina, como un área que tiene una singularidad socio-formativa, basada en fundamentos epistemológicos que se derivan del estudio teórico realizado en el capítulo 1 y de la propia experiencia como docente y profesional en el tema que se investiga.

El modelo alude Calvo (2006) *“se utiliza para representar fenómenos de muy distinta naturaleza, en un intento por descubrir y comprender desde un punto de vista racional las regularidades con las que se presenta el mundo”* (p.12)<sup>19</sup>. Mientras que Colunga (2006), asevera que *“se utilizan en la explicación de los fenómenos pedagógicos y la revelación de sus regularidades internas. Aspectos que no se logran*

*únicamente a partir de la acumulación de los hechos obtenidos mediante la aplicación de los métodos empíricos de investigación.” (p.17) <sup>20</sup>*

La formación pediátrica se constituye en una de las áreas que favorece al estudiante de la carrera de Medicina su desempeño profesional una vez egresado, pero a la vez se integra de forma sistemática y permanente a las demás áreas de la carrera (cirugía, salud pública, ginecología y clínica). Posee una dinámica que se va conformando personalmente a través de los aprendizajes sistematizados que ocurren en la universidad, en la diversidad de contextos hospitalarios y extrahospitalarios y en la comunidad.

En este sentido, se considera que hay una interrelación directa entre educación y desarrollo, donde el aprendizaje sistematizado de los saberes pediátricos constituye la forma esencial de educación por su significado social, que a su vez posibilita el desarrollo de los estudiantes, al estar estos inmersos en el proceso de instrucción, siendo este el que dinamiza la educación y el desarrollo.

El **enfoque de sistema**, es el referente que posibilita la estructuración del modelo de formación pediátrica. Significa el modo de abordar esta, como un área que se constituye en una parte del proceso de formación del profesional de la carrera de Medicina, no como un fenómeno aislado, sino que tiene que verse como parte de un todo, integrado, interrelacionado y en sinergia de forma integral, que produce nuevas cualidades con características diferentes, cuyo resultado es superior al de los componentes que lo forman y provocan un salto cualitativo en la calidad de la formación.

En coherencia con estos criterios el sistema, Afanasiev (1979), Bretón y Álvarez (1985) y Castro (1989) consideran los rasgos siguientes: componentes, estructura, funciones y la integración. Estas características en el modelo de formación pediátrica se connotan: <sup>21, 22 y 23</sup>:

- Los componentes expresan las categorías que le dan un significado al proceso de formación pediátrica acorde con los rasgos esenciales del mismo, para el estudiante de la carrera de Medicina. A su vez,

estos generan las relaciones e interacciones que de forma sinérgica expresan las dimensiones, como subsistemas del proceso modelado.

- Las dimensiones son consideradas como las que le dan direccionalidad a la formación pediátrica, de las cuales se develan las cualidades esenciales, acorde con las funciones y relaciones de cada una.
- Relaciones de orden jerárquico entre las dimensiones, sus cualidades y la cualidad resultante del modelo, que posibilita direccionar desde el punto de vista teórico las partes y el todo.

Este modelo que se presenta y argumenta es de singular importancia para la carrera de Medicina, el cual se concibe desde esta concepción científica, pues propicia responder a posturas epistemológicas que permiten orientar la formación pediátrica, toda vez que se favorece una interiorización y transformación en este posicionamiento, al considerar sus realidades constructivas y creadoras.

La formación en el campo de la pediatría se reconoce como una totalidad dialéctica y como expresión de un proceso complejo y dinámico que marca el ascenso de lo abstracto a lo concreto como principio directriz en su carácter integrador. Esto permite considerar las relaciones establecidas a lo interno de este proceso, puesto que vislumbra objetivamente la construcción de relaciones y representaciones, desde una lógica formativa que se direcciona a niveles de síntesis cada vez superiores, que son sustantivas para cualquier proceso de formación médica.

La formación pediátrica se interpreta como un subproceso de la formación de profesionales en la Medicina, que tiene su esencia en favorecer los aprendizajes para lograr la atención integral de los pacientes pediátricos (niño sano o enfermo), dentro de una visión de promoción de la salud, prevención y tratamiento de la enfermedad, sustentado en la integración de la ciencia, la tecnología y la lógica de la práctica médica, para favorecer la profesionalidad, el espíritu humanista y la ética médica.

Se revela la necesidad objetiva de interpretar la formación pediátrica, a partir de significar en primer lugar, la existencia de una relación que se establece entre la interiorización de los saberes pediátricos, con sus

significados y experiencias formativas y la profundización y sistematización de la práctica, a través del desempeño en la atención primaria de salud.

El proceso de **interiorización de los saberes pediátricos con sus significados y experiencias formativas** constituye la categoría que propicia un vínculo inmediato-mediato en la actividad cognoscitiva de los estudiantes que permite enriquecer la práctica pediátrica en lo específico y la médica en lo general, puesto que para lograr una viabilidad y consolidación de los conocimientos pediátricos se requiere una construcción y reconstrucción analítica de los referentes conceptuales, metodológicos y actitudinales que permiten tener una visión de conjunto del proceso de atención pediátrica, además por otro lado, interpretar y articular el sentido del quehacer médico y de cada momento, con sus dinámicas, los métodos y procedimientos que estipulen los cambios que se van experimentando en los aprendizajes.

Esta categoría posibilita el logro, a través de acciones formativas integradoras, de este proceso de formación pediátrica, pues direcciona alcanzar los niveles de interiorización de los saberes con los significados pediátricos y las experiencias de aprendizajes, ya que ellos constituyen aspectos que son bases esenciales que inciden de forma directa en quienes se hallan en el proceso de formación profesional, desde la interacción del pensamiento teórico y práctico.

Los significados en los saberes pediátricos constituyen los aspectos contenidos en las relaciones del proceso formativo pediátrico que se aprehenden y son expresión sintética en el sujeto (estudiante) que se forma, capaz de asignarle un valor médico y pediátrico desde sus convicciones, ideas y cosmovisiones, es decir, desde el pensamiento y la acción.

Por su parte, las experiencias de formación como médico en el área de pediatría constituyen las formas de conocimientos, habilidades y capacidades aprendidos acerca de la realidad y complejidad del acto médico pediátrico, que se suceden de forma procedimental, que tiene una base teórica y metodológica.

La interiorización como proceso, tanto de los significados de los saberes como de las experiencias en la atención médica pediátrica son el referente a través del cual se configura esta formación, entonces es indispensable para revelar la propia lógica que le es intrínseca a la formación pediátrica. Ello significa que lograr la interiorización de los saberes permite la objetivación de los procesos epistemológicos, funcionales, procedimentales y lógicos que son expresión de la realidad médica pediátrica y mueven una diversidad de subjetividades interpretativas, en el logro del ascenso de lo abstracto a lo concreto.

En este sentido la interiorización de los saberes con sus significados y experiencias en la atención médica pediátrica posibilita el tránsito de niveles superiores en la emisión de juicios, razonamientos y conceptos pediátricos, al tratar de revelar en cada momento empírico y teórico de este proceso de formación, el tránsito de la aprehensión a la interiorización de los saberes, que es mediada por la utilización intencionada de casos clínicos simulados y reales.

En este proceso se vislumbra que la interiorización está condicionada por la subjetividad que desarrolla el sujeto en el tránsito de lo interpersonal a intrapersonal, como expresión intrínseca del sujeto, a la vez que los saberes se aprenden, lo cual significa que este proceso requiere transitar desde los significados médicos generales a las experiencias pediátricas específicas y viceversa, y de esta forma elevar la formación profesional a los significados de las experiencias de aprendizajes que permiten la construcción y reconstrucción de experiencias con significados pediátricos.

De igual manera que la interiorización de los saberes con significados y experiencias formativas pediátricas, como proceso, permiten a cada sujeto que se forma para la atención pediátrica, la **profundización y sistematización de la práctica, a través del desempeño en la atención primaria de salud**, se revela como componente que está condicionado y en relación dialéctica con la primera.

La **profundización y sistematización de la práctica, a través del desempeño en la atención primaria de salud** constituye el componente que activa el proceso creativo de los sujetos implicados en la

formación pediátrica de los estudiantes de la carrera de Medicina puesto que se ven comprometidos con la elevación de su formación, a partir de sus propios análisis, experiencias, valores y conceptos, con el propósito de preservar, difundir y desarrollar los aprendizajes y los saberes pediátricos inherentes al acto médico, enfatizando en la promoción de la salud, prevención y tratamiento de la enfermedad.

El modelo de formación pediátrica de los estudiantes de la carrera de Medicina está estructurado en dos dimensiones que emergen como resultado del análisis epistemológico del objeto y campo de la investigación, del sistema categorial asumido como marco teórico referencial, así como de las inconsistencias teóricas identificadas en el capítulo 1 y de la experiencia académica y práctica del autor.

Respecto a las dimensiones es oportuno acotar que el término de dimensión se emplea a partir de analizar el objeto y los elementos que lo componen y determinan la dinámica del proceso analizado. En este sentido se acudió a elementos generales e integradores que permitieran tener una representación más compleja del funcionamiento y desarrollo del objeto tales como: los actores de la formación pediátrica (estudiantes de la carrera de Medicina, docentes, tutores, trabajadores y directivos de la Universidad y las unidades docentes y asistenciales de Salud), el contexto de actuación, su desempeño profesional, las características del proceso formativo pediátrico, las que constituyen esferas del objeto conformadas coherentemente, en una unidad de elementos más específicos.

Así, las dimensiones se entienden como esferas integradoras del funcionamiento del proceso de formación pediátrica del estudiante de la carrera de Medicina, que ofrecen una noción de sus características, de su nivel de desarrollo y permiten visualizar y direccionar desde lo teórico a la forma y la vía en que se lleva a cabo el proceso, así como la continuidad de su desarrollo.

Es por ello que el modelo de formación pediátrica comprende dos **dimensiones** que son expresión de sus movimientos y manifiestan niveles de esencialidad al proceso, ellas son:

- **Dimensión de profesionalización formativa pediátrica**

- **Dimensión de interacción formativa pediátrica**

Entre las dimensiones propuestas en el modelo se revelan relaciones de coordinación y subordinación.

La dimensión de profesionalización de la formación pediátrica fundamenta la direccionalidad que adquiere este proceso, a partir de la modelación de la competencia de asistencia pediátrica integral que constituye la expresión del resultado de la formación que en este sentido alcanza el estudiante durante el proceso de enseñanza – aprendizaje que se desarrolla en la asignatura de Pediatría.

Una vez configurada la competencia de asistencia pediátrica integral que se debe formar en el estudiante desde la asignatura de Pediatría, se establece el camino, la vía a seguir para su formación, la cual está direccionada desde lo teórico por la dimensión de interacción formativa pediátrica.

La dimensión de interacción formativa pediátrica constituye la expresión de la lógica formativa a seguir desde la asignatura de Pediatría con el estudiante, para desarrollar la competencia de asistencia pediátrica integral, la cual alcanza su máxima expresión y singularidad en el método formativo pediátrico, que permite desde su sistema de procedimientos, la integración de la docencia que recibe el estudiante en la universidad, la investigación y el desarrollo de las prácticas que en esta dirección, desarrolla en las unidades docentes y asistenciales de salud intra y extrahospitalarias.

A continuación se procede a explicar cada una de las dimensiones antes expuestas:

**Dimensión de profesionalización formativa pediátrica**

La **profesionalización formativa pediátrica** constituye el proceso de adecuación, actualización, integración y transferencia de los saberes pediátricos que deben ser objeto de apropiación por parte del estudiante en la asignatura de Pediatría, en consonancia con los conocimientos, técnicas, procedimientos y tecnologías que se llevan a cabo en los procesos de atención pediátrica que se desarrollan en las unidades docentes y asistenciales de salud (intra y extrahospitalarias), así como los problemas profesionales que en este campo de la Medicina debe resolver.

Esta profesionalización se fundamenta desde las ciencias pedagógicas en las relaciones que se producen entre los **problemas profesionales de la Pediatría** y los **saberes pediátricos integradores**.

Los problemas profesionales de la Pediatría que deben ser capaces de enfrentar y resolver los estudiantes deben tener un carácter básico, o sea, manifestarse en el eslabón de base de la profesión, siendo por tanto, los problemas más comunes, frecuentes y de menor complejidad, para los que deben estar calificados en el momento en que comienzan su vida profesional cuando no cuentan con la experiencia y con los recursos para enfrentar problemas de gran complejidad.

Los **problemas profesionales de la Pediatría** constituyen la expresión de contradicciones que se manifiestan en los procesos de prevención, promoción y tratamiento del niño, la niña, la familia y la comunidad desde una visión integradora.

Los problemas profesionales de la Pediatría deben expresar un sentido, no solo asistencial, sino también formativo, ya que el médico debe ser un educador, capaz de educar a la familia y la comunidad sobre la prevención y la promoción de la salud, de ahí que reúne las siguientes características:

- Identificar las contradicciones que se suscitan en la necesidad de dar respuesta a las exigencias de lograr una asistencia pediátrica integral del niño, la niña, la familia y la comunidad.
- La incorporación del método clínico con carácter sinérgico y transferencial al campo de la Pediatría.
- La relación ciencia – tecnología – ética y sociedad.

La solución de los problemas profesionales de la Pediatría presupone por parte de los estudiantes, tomar en consideración la profesionalización de los saberes pediátricos con visión integradora que con sentido pedagógico y didáctico deben ser objeto de apropiación durante su proceso formativo.

Los **saberes pediátricos integradores** constituyen aquella parte de la cultura, la ciencia, el arte o la tecnología de las Ciencias Médicas que con sentido pedagógico debe ser objeto de apropiación por parte del estudiante en la asignatura de Pediatría.

El carácter integrador de los saberes pediátricos está dado porque en ellos se conjugan e integran saberes de distinta naturaleza (conocimientos, habilidades, cualidades, valores, actitudes y aptitudes requeridas para la asistencia pediátrica integral) que debe alcanzar el estudiante para resolver los problemas profesionales de la Pediatría.

En la literatura pedagógica se maneja el término profesionalización con diversas interpretaciones, para algunos está referido a la tarea creativa del docente o a un criterio de selección del contenido, como tendencia contemporánea de la enseñanza y como enfoque del método para elevar la calidad del proceso. Es por ello que los saberes pediátricos integradores que serán objeto de apropiación por parte del estudiante deben estar en estrecha relación con los métodos de atención pediátrica que aplica el estudiante en las unidades docentes y asistenciales de salud intra y extrahospitalarias.

En este proceso, un aspecto de gran importancia lo constituye la delimitación de las potencialidades educativas que evidencian los saberes pediátricos que están contenidos en la asignatura de Pediatría y las posibilidades reales que tiene el contexto profesional para la integración y aplicación de los saberes adquiridos durante el proceso de apropiación de estos, que alcanza el estudiante desde la asignatura de Pediatría. Posibilita, además, profundizar en aquellos saberes que constituyen el núcleo fundamental y trascendental de los procesos básicos de asistencia pediátrica integral del niño, la niña, la familia y la comunidad, lo que posibilita su aplicación en la solución de los problemas profesionales.

En la profesionalización de los saberes pediátricos integradores, se debe atender lo siguiente:

- El vertiginoso avance de la ciencia y la tecnología que fundamenta los procesos de asistencia pediátrica integral del niño, la niña, la familia y la comunidad.
- La aplicación de los saberes pediátricos adquiridos en la asignatura de Pediatría en otras disciplinas que conforman el proyecto curricular de formación profesional del estudiante de la carrera de Medicina (Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Clínica y la Salud Pública fundamentalmente).

- El carácter complejo, dinámico, integrador y transferencial de los saberes pediátricos que son objeto de apropiación por parte de los estudiantes, de acuerdo con las exigencias de los desempeños requeridos para realizar la asistencia pediátrica integral del niño, la niña, la familia y la comunidad.
- La coherencia y a la vez contradictoria congruencia entre las influencias educativas e instructivas que alcanza el estudiante durante la apropiación de los saberes pediátricos integradores en relación con la cultura organizacional y funcional de las unidades de salud.

De la relación entre los problemas profesionales de la Pediatría y los saberes pediátricos integradores, se determina la competencia de asistencia pediátrica integral.

La **competencia de asistencia pediátrica integral** constituye una cualidad que se debe desarrollar en el estudiante que se forma como Médico General en la que exprese la integración de conocimientos generalizados de la pediatría, habilidades y valores relacionados con la prevención, promoción, atención y rehabilitación del niño sano o enfermo, a partir de la influencia del contexto comunitario de residencia y su familia, por medio de su desempeño profesional en la solución de problemas generales de salud del niño, que contribuya con ello a una adecuada orientación de su familia en su cuidado y seguimiento, así como a la disminución de la morbi-mortalidad infantil.

De ahí que se propone la siguiente competencia de asistencia pediátrica integral.

**Competencia de asistencia pediátrica integral:**

Asiste al niño con independencia, sensibilidad humana, creatividad, ética médica, pericia, confidencialidad y responsabilidad; mediante la realización de acciones de prevención y promoción de la salud con su familia y la comunidad de residencia, diagnóstico clínico, aplicación de esquemas generales de tratamiento pediátrico, control, seguimiento, evaluación y rehabilitación de su estado de salud.

**Estructura formativa de esta competencia que se desarrolla en el Médico General:**

**Niveles de desarrollo:**

**Primer nivel:** *Diagnóstica al niño sano o enfermo.*

**Evidencias de desempeño:**

- Realiza el diagnóstico clínico mediante una adecuada comunicación con el niño y su familia, así como en la utilización adecuada del método clínico.
- Aplica exámenes complementarios de laboratorio.
- Analiza resultados de exámenes complementarios
- Toma decisiones resolutivas
- Manifiesta sensibilidad humana, ética médica, pericia y confidencialidad
- Trabaja de manera integrada y cooperada con el equipo de atención médica correspondiente.
- Realiza acciones de prevención y promoción de la salud con su familia y la comunidad.
- Aplica el método científico en la solución de problemas que se presentan durante el diagnóstico del niño sano o enfermo y su familia.
- Utiliza de manera eficiente y racional los recursos humanos y materiales requeridos.
- Utiliza la informática durante el diagnóstico del niño sano o enfermo y su familia.
- Manifiesta una adecuada comunicación, expresión oral y escrita durante su interacción social con el niño y su familia en el período de diagnóstico de su estado de salud.
- Utiliza modelos matemáticos y bioestadísticos requeridos en su desempeño en este nivel

**Segundo nivel:** *Aplica esquemas terapéuticos generales según diagnóstico realizado al niño y su familia.*

**Evidencias de desempeño:**

- Caracteriza la diversidad de esquemas terapéuticos generales que se emplean en la asistencia pediátrica integral del niño y su familia.
- Trabaja de manera integrada y cooperada con el equipo de atención médica correspondiente.
- Toma decisiones resolutivas

- Selecciona según resultado del diagnóstico clínico y en condiciones de laboratorio realizado, el o los esquemas terapéuticos generales para la promoción, prevención y/o curación de la enfermedad que afecta al niño y su familia.
- Desarrolla él o los esquemas terapéuticos generales para la curación, promoción y/o prevención de la enfermedad que afecta al niño y su familia.
- Manifiesta sensibilidad humana, ética médica, pericia, responsabilidad, laboriosidad y confidencialidad.
- Aplica el método científico en la solución de problemas que se manifiestan durante el tratamiento terapéutico para la curación, promoción y/o prevención de la enfermedad del niño y su familia.
- Utiliza de manera eficiente y racional los recursos humanos y materiales requeridos.
- Utiliza la informática durante la aplicación de esquemas de tratamiento terapéutico.
- Manifiesta una adecuada comunicación, expresión oral y escrita durante su interacción social con el niño y su familia durante la aplicación del o los esquemas de tratamiento terapéutico.
- Utiliza modelos matemáticos y bioestadísticos requeridos en su desempeño en este nivel.

**Tercer nivel:** *Realiza acciones de seguimiento, control y evaluación posterior al tratamiento terapéutico.*

**Evidencias de desempeño:**

- Se retroalimenta clínicamente sobre la evolución de salud del niño y su familia.
- Establece comparaciones de análisis y exámenes complementarios de laboratorio actualizados.
- Emite juicios de valor sobre el estado actual de salud del niño y su familia.
- Valora la efectividad del tratamiento terapéutico aplicado.
- Toma decisiones resolutivas
- Manifiesta sensibilidad humana, ética médica, pericia, responsabilidad y confidencialidad
- Trabaja de manera integrada y cooperada con el equipo de atención médica correspondiente.

- Realiza acciones de prevención y promoción de la salud del niño con su familia y la comunidad.
- Aplica el método científico en la solución de problemas que se presentan durante el control, seguimiento y evaluación del estado de salud del niño y su familia, posterior al tratamiento terapéutico realizado.
- Utiliza de manera eficiente y racional los recursos humanos y materiales requeridos.
- Utiliza la informática durante la realización de acciones de seguimiento, control y evaluación posterior al tratamiento terapéutico realizado
- Manifiesta una adecuada comunicación, expresión oral y escrita durante su interacción social con niño y su familia en el análisis evaluativo de su estado de salud posterior al tratamiento realizado.
- Utiliza modelos matemáticos y bioestadísticos requeridos en su desempeño en este nivel.

**Cuarto Nivel:** *Propone acciones generales de rehabilitación del niño y su familia.*

**Evidencias de desempeño:**

- Orienta al niño y su familia sobre cómo realizar acciones de rehabilitación (habilitación o rehabilitación)
- Propone esquemas generales terapéuticos de rehabilitación (ya sea de habilitación o la rehabilitación propiamente dicha)
- Realiza un adecuado seguimiento al diagnóstico mediante el control y seguimiento del estado de salud del niño y su familia antes, durante y después de la rehabilitación.
- Trabaja de manera integrada y cooperada con el equipo de atención médica correspondiente.
- Realiza acciones de prevención y promoción de la salud del niño con su familia y la comunidad.
- Aplica el método científico en la solución de problemas que se presentan durante la rehabilitación.
- Utiliza de manera eficiente y racional los recursos humanos y materiales requeridos.
- Utiliza la informática durante la realización de acciones de rehabilitación.

- Manifiesta una adecuada comunicación, expresión oral y escrita durante su interacción social con el niño y su familia en el análisis evaluativo de su estado de salud posterior a la rehabilitación.
- Utiliza modelos matemáticos y bioestadísticos requeridos en su desempeño en este nivel.
- Evalúa en sentido general la recuperación integral del estado de salud del niño y su familia, de manera tal que logre participar de la vida social, construir relaciones y ser independiente

En el esquema de la figura 7 se resume la competencia de asistencia pediátrica integral propuesta; la cual no está configurada y modelada en el diseño curricular de la asignatura de Pediatría, a pesar de estar concebida la malla curricular de la carrera desde el enfoque de formación profesional basado en competencias, lo cual constituye el **rasgo novedoso** de esta dimensión.

Una vez determinada la competencia de asistencia pediátrica integral, se procede al establecimiento de la lógica de su proceso formativo, dando lugar a la siguiente dimensión.

#### **Dimensión de interacción formativa pediátrica**

La **interacción formativa pediátrica** promueve el accionar formativo del estudiante durante la docencia que recibe en la asignatura de Pediatría, el desarrollo de sus prácticas pre-profesionales en las unidades docentes y asistenciales de salud, el trabajo comunitario y de investigación; por medio de su vinculación con el objeto de trabajo y entre los sujetos implicados (estudiantes, pacientes, familiares, tutores y docentes), para movilizar los recursos materiales, didácticos, pedagógicos y humanos, a partir de la activación de operaciones que permitan visualizar sus referentes cognitivos, procedimentales y afectivo – volitivos conductuales, requeridos para la solución de problemas profesionales que se manifiestan en la asistencia pediátrica integral del niño y su familia.

Por medio de la interacción del estudiante durante su formación pediátrica en el contexto universitario (desde la docencia que recibe en la asignatura de Pediatría), así como en las unidades docentes y asistenciales de salud intra y extrahospitalarias, se promueve un proceso de análisis y valoración

Asiste al niño con independencia, sensibilidad humana, creatividad, ética médica, pericia, confidencialidad y responsabilidad; mediante la realización de acciones de: prevención y promoción de la salud con su familia y la comunidad de residencia, diagnóstico clínico, aplicación de esquemas generales de tratamiento pediátrico, control, seguimiento, evaluación y rehabilitación de su estado de salud.

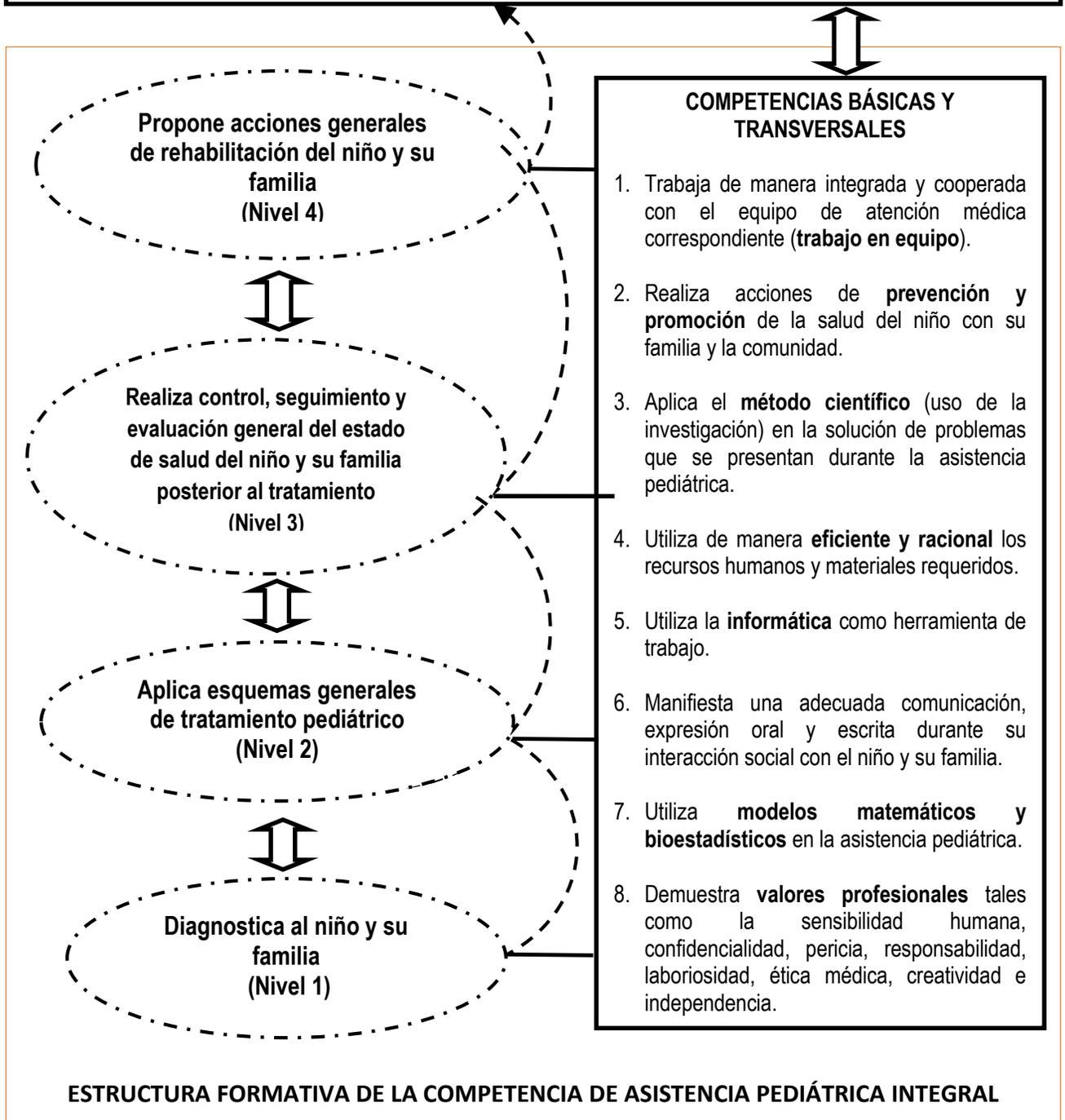


Figura 7. Representación de la competencia de asistencia pediátrica integral.

interactiva de las diversas alternativas de solución que propone el estudiante a los problemas profesionales relacionados con los procesos básicos de asistencia pediátrica integral, para una oportuna selección, integración y estructuración de procedimientos interventivos condicionados por las características y circunstancias que impone el contexto dado.

Por otro lado, se valorará la aplicación de la secuencia interventiva más factible para promover una adecuada prevención, promoción en salud y atención pediátrica del niño, la niña, la familia y la comunidad, desde el punto de vista tecnológico, económico, ambiental y social, para la solución de los problemas profesionales que se manifiestan en el campo de la Pediatría.

Lo anterior permite entonces estimular un proceso continuo de acción-reflexión entre los sujetos implicados para concientizar, de forma activa y responsable, las insuficiencias y potencialidades en su accionar sobre las acciones formativas pediátricas (en la docencia, la práctica pre-profesional o en el trabajo socialmente útil en la comunidad).

Asimismo, deberá hacer un uso racional de los medios de trabajo a través de la construcción, transformación y transferencia de los saberes pediátricos que posee en la solución de los problemas profesionales de la Pediatría que deberá enfrentar durante su formación pediátrica que alcanza desde la docencia, la vinculación socioprofesional y la investigación.

Para llevar a cabo este proceso se deben considerar los **requerimientos básicos** siguientes:

- La transferencia de los saberes pediátricos para facilitar el desempeño profesional del estudiante mediante el empleo del método clínico.
- El compromiso de los sujetos implicados en el proceso de formación pediátrica del estudiante.
- La convergencia entre los saberes pediátricos que caracterizan la lógica de la actuación del Médico Pediatra y las técnicas, procedimientos y métodos que se emplean al respecto en las unidades docentes y asistenciales de salud, en las cuales se desempeña profesionalmente.

La interacción formativa pediátrica se fundamenta desde las ciencias pedagógicas en las relaciones que se producen entre la aplicación del **método clínico** y los **métodos de enseñanza de la Pediatría** desde un enfoque desarrollador e interdisciplinario.

Esta relación como síntesis de la sistematización de la regularidad de la Didáctica de la Educación Técnica y Profesional: método tecnológico – método de enseñanza, es esencial para favorecer el desarrollo de la competencia de asistencia pediátrica integral como expresión del resultado de la formación pediátrica que alcanza el estudiante de la carrera de Medicina.

El **método clínico** es utilizado y estructurado en su concepción didáctica, es expresión de la transposición didáctica, para generar en los estudiantes un aprendizaje que integra los conocimientos inherentes a las áreas que aportan a la formación pediátrica. Se concibe un proceso en el que se hace necesario establecer desde la asignatura Pediatría, en primer lugar el propósito de los aprendizajes en su visión didáctica, toda vez que este se constituye en el referente que marca la intencionalidad formativa pediátrica en los estudiantes. En virtud de este propósito, se sistematiza la organización del conocimiento pediátrico, en su complejidad y profundidad.

Se integra el método clínico como parte de los métodos de enseñanza y aprendizaje para direccionar las relaciones entre la teoría y la práctica del conocimiento, denotando los ritmos y estilos de aprendizajes de los estudiantes, toda vez que se utilicen diversos procedimientos y técnicas adecuadas a las potencialidades individuales, desde una visión que favorezca la diversidad educativa. Se persigue un proceso metacognitivo donde se valoriza la autovaloración y autoevaluación como elemento para conocer y mejorar el propio proceso de formación pediátrica, en el carácter sistemático de la evaluación, en su connotación educativa y como referente para mejorar el desempeño pediátrico.

Sin embargo al ser considerado en su **transferibilidad profesional** el método clínico permite reconocer los procedimientos que lo caracterizan como método de la profesión médica (interrogar, examinar,

comparar, inducir, evaluar, prevenir, pronosticar y dar seguimiento), revelando su dinámica interna y sus potencialidades formativas desde la significación personal, profesional y social que lo caracterizan.

La transferibilidad profesional en su concreción dentro del proceso se constituye en un componente que dialécticamente expresa una cualidad del método clínico, en su visión profesional, la que permite la significación general y específica, dentro del proceso de formación pediátrica integral.

Esta dinámica del proceso se concreta cualitativamente al connotar al método clínico en sus relaciones dialécticas, al considerarse en lo didáctico, los procedimientos que lo caracterizan como método de enseñanza y aprendizaje; o sea, los procedimientos que develan al método clínico se manifiestan como procedimientos didácticos en el proceso formativo. A los procedimientos que le son propios al método clínico se le añaden durante su utilización como método de enseñanza, otros procedimientos como la demostración (que realiza el profesor o los propios estudiantes en el seno del grupo), la explicación, ejercitación, argumentación y profundización, al utilizar estudios de casos modelados en el aula y reales en el contexto de la práctica pediátrica.

En esta dinámica se produce la configuración de una formación que expresa y manifiesta el sistema de conocimientos, métodos y lógicas que son esenciales en la formación pediátrica, caracterizada por la transformación y creación sobre la naturaleza del proceso formativo como es la enseñanza-aprendizaje y la lógica del proceso de atención pediátrica.

Es una condición del método clínico constituir un elemento mediador del proceso de formación pediátrica en el estudiante de la carrera de Medicina, teniendo en cuenta el nivel de profundidad (complejidad) del objeto de aprendizaje en cada una de las asignaturas en su concreción del aprendizaje pediátrico, mediante la asignatura Pediatría, donde el estudiante aplica y logra el dominio de los conocimientos y la sistematización necesaria de las competencias requeridas para intervenir en la práctica pediátrica, al dominar la lógica de actuación de esta área de la profesión, con sus exigencias profesionales.

La utilización del método clínico como método profesional que debe ser objeto de apropiación por parte del estudiante de la carrera de Medicina de la Uleam durante su formación pediátrica, evidencia que la lógica de la asistencia pediátrica se convierte en la lógica del proceso de formación del estudiante de la carrera de Medicina, la cual debe ser sistematizada desde los métodos de enseñanza de la Pediatría.

Los **métodos de enseñanza de la Pediatría** constituyen el modo dinámico en que debe realizarse la formación pediátrica del estudiante de la carrera de Medicina, tomando como base a la asignatura de Pediatría como eje articulador curricular.

La propuesta se dinamiza mediante el estudio de **casos clínicos** que estructurado desde el punto de vista didáctico, manifiesta un proceso de enseñanza – aprendizaje, con una sistematicidad de cambio y transformación, expresando la naturaleza dinámica, flexible e integrada del rol que cumplen en la formación de las competencias necesarias para un desempeño en la asistencia pediátrica integral. La utilización de los estudios de casos didácticamente, promueven un proceso que potencia el aprendizaje de las teorías y sus relación con los procedimientos operativos (praxiológicos) que le dan un significado profesional a los casos clínicos, contextualizados en los escenarios de la atención pediátrica real.

Esto debe posibilitar la significación del proceso formativo al comprender los estudiantes la importancia y utilidad profesional y social que tiene lo que aprende desde el punto de vista cultural y profesional, denotado por la relación entre lo general que se aprende desde la diversidad curricular de las áreas que aportan, y lo específico sistematizado desde la asignatura Pediatría, donde se promueve la actuación individual, contextualizada y profesionalizada. En tal sentido, es evidente tener en cuenta que el conocimiento científico relacionado con la formación pediátrica incorpora las mejores prácticas que promueven una asistencia integral del paciente pediátrico. De las relaciones argumentadas en esta dimensión, se significa el carácter contextual de la formación pediátrica, que tiene sus niveles de esencialidad en la integración de conocimientos diversos y su aplicación en la práctica pediátrica.

Los métodos de enseñanza que se empleen para contribuir a que el estudiante interiorice y aplique el método clínico para el desarrollo de la competencia de asistencia pediátrica integral, síntesis de la formación pediátrica alcanzada, deben considerar las siguientes **exigencias didácticas**:

- Establecer la estructura, organización y el sistema de procedimientos que significan la lógica de tratamiento a la competencia de asistencia pediátrica integral.
- Reconocer la unidad dialéctica que se debe producir entre el carácter instructivo, educativo y desarrollador del proceso de formación pediátrica del estudiante, desde la docencia, la vinculación del estudiante con las unidades docentes y asistenciales de salud y su trabajo de investigación.
- Proponer procedimientos para favorecer la apropiación de conocimientos y el desarrollo de habilidades profesionales requeridas para la asistencia pediátrica integral, que estimulen el desarrollo de su independencia cognoscitiva y su creatividad.
- Establecer procedimientos dirigidos a constatar las transformaciones que se van produciendo en la manera de sentir, pensar y actuar por parte del estudiante como Médico Pediatra, expresión de la combinación que se produce entre lo instructivo y lo educativo.
- Reconocer el estudio de casos clínicos como núcleo esencial de los métodos de enseñanza de la Pediatría, desde la unidad de lo instructivo, lo educativo y lo desarrollador que distingue la formación pediátrica del estudiante de la carrera de Pediatría.
- Determinar en estrecha integración con lo instructivo, procedimientos para la educación de valores connotados en la ética médica y su accionar como agente de prevención y promoción de la salud, a partir de reconocer las influencias educativas de los saberes pediátricos que serán objeto de apropiación y aplicación durante la solución de problemas profesionales de la Pediatría.

En esencia los métodos de enseñanza de la Pediatría deben incorporar el enfoque de enseñanza – aprendizaje desarrollador, que estimulen el tratamiento a la unidad de lo instructivo, lo educativo y lo

desarrollador, tomando como elemento que le permitirá dominar el método clínico y la realización de estudios de casos con visión retrospectiva, problematizadora y creativa.

De la relación entre el método clínico y los métodos de enseñanza de la Pediatría, se deriva el **método formativo pediátrico**, que constituye el **rasgo novedoso** que se obtiene en esta dimensión.

Se asume el criterio de que *“el método en su concepción estructural, en su novedad para un objeto donde no exista esta manera de estudio, con una visión transformadora, es donde se constituye como un aporte teórico, a partir de tener en cuenta en su construcción la **lógica** siguiente: Su conceptualización, la identificación de sus rasgos y funciones, la determinación de su estructura externa e interna y los procedimientos inherentes a su aplicabilidad contextual.”* (Tejeda, 2012, pp.8)<sup>24</sup>

A continuación se presenta el método propuesto:

El **método formativo pediátrico** expresa la estructura, la vía y la lógica a seguir para desarrollar en el estudiante de la carrera de Medicina la competencia de asistencia pediátrica integral de niños, niñas, su familia y la comunidad, a partir de la relación que se produce entre la interiorización de los saberes pediátricos, con sus significados y experiencias formativas y la profundización y sistematización de la práctica, a través del desempeño en la atención primaria de salud.

A continuación se explican los **rasgos y funciones** que tiene este método que lo diferencian de otros métodos de enseñanza dirigidos a la formación de profesionales; ellos son los siguientes:

- Reconoce la necesidad de desarrollar una formación pediátrica en el estudiante de la carrera de Medicina desde un enfoque integral, es decir, que exprese la integración de saberes del campo de la Pediatría en la solución de problemas profesionales que se manifiestan en los procesos de asistencia pediátrica integral del niño y sus familiares.
- Sistematiza una regularidad de la Didáctica de la Educación Técnica y Profesional referida a la relación entre los métodos tecnológicos – métodos de enseñanza, contextualizada en nuestro objeto

y campo en la regularidad método clínico – método de enseñanza de la Pediatría, de la cual emerge el método formativo pediátrico

- El **aspecto externo** de este método se aprecia en las relaciones de interacción socioprofesional que adopta el proceso de formación pediátrica entre el docente, el estudiante y su tutor, a partir de integrar la lógica formativa pediátrica que se desarrolla en el estudiante por medio de la asignatura de Pediatría que recibe en la universidad, a la lógica de actuación profesional en el proceso de asistencia pediátrica integral del niño y sus familiares que se lleva a cabo en las unidades docentes y asistenciales de Salud, como síntesis de la integración de la teoría con la práctica médica.
- El **aspecto interno** de este método revela la singularidad en el sistema de procedimientos que a diferencia de otros métodos, favorece la integración entre los procesos sustantivos de la **docencia** médica que recibe el estudiante en la asignatura de Pediatría, la **vinculación** en las unidades docentes de salud intra y extrahospitalarias y el desarrollo de la **investigación** en la solución de problemas profesionales de la Pediatría, aspecto que le permite al estudiante interiorizar y aplicar de manera articulada, integrada, contextualizada y con el uso del método científico, los saberes pediátricos que aprende en la asignatura de Pediatría en la solución de problemas profesionales que se manifiestan durante la asistencia pediátrica integral que realizan en su rotación por el área de Pediatría en las unidades docentes y asistenciales de salud.
- Reconoce la unidad de lo instructivo, lo educativo y lo desarrollador como condición básica esencial de la formación pediátrica del estudiante.

Desde esta perspectiva, el método se concreta como un resultado que en su secuencia sistémica de acciones, incluye procedimientos dependientes entre sí, que le dan significado teórico en su estructura y funcionamiento para el logro de determinados propósitos y objetivos.

Por otro lado, se fundamenta en las **funciones** de los métodos para la formación de profesionales en la ETP: Didáctica, psicológica, gnoseológica y cibernética, citadas por Abreu y Soler (2014).

La **función didáctica** está dada por el papel del método en la relación asistencia pediátrica integral – contenidos de la asignatura de Pediatría y condiciones (materiales, espaciales y temporales), adecuándose a quienes lo desarrollan: profesores, estudiantes, y médicos.

La **función psicológica** se expresa en favorecer la motivación, los intereses del estudiante, la comunicación y la actividad. Permite desarrollar los contenidos objeto de apropiación por el estudiante, de un modo que se cohesionen factores objetivos y motivacionales, con el fin de lograr la comprensión consciente de la necesidad de lograr una adecuada formación pediátrica. En la comunicación docente, estudiante y entre los estudiantes entre sí, se constituye la vía para que estos últimos concienticen la necesidad y formen el motivo de lograr una adecuada formación pediátrica.

La **función gnoseológica** del método se expresa en transmitir la construcción científica del contenido objeto de apropiación, por parte del estudiante, para la solución de problemas profesionales (incluyendo otros no predeterminados) que se manifiestan en la asistencia pediátrica integral del niño y sus familiares, a partir de aplicar la diversidad de saberes existentes y el análisis interdisciplinario que se produce entre la asignatura de Pediatría con las demás que conforman el plan de estudio de la carrera de Medicina.

La **función cibernética** posibilita la dirección del proceso de formación pediátrica en los estudiantes, durante la planificación, ejecución y evaluación de estudios de casos mediante el método clínico.

El método está formado por dos **procedimientos**; ellos son los siguientes:

- El procedimiento de formación pediátrica integral del estudiante durante la docencia que recibe en la asignatura de Pediatría.
- El procedimiento de formación pediátrica integral del estudiante durante su vinculación en las unidades docentes y asistenciales de salud intra y extrahospitalarias.

El **procedimiento de formación pediátrica integral del estudiante durante la docencia que recibe en la asignatura de Pediatría** establece las operaciones de carácter general que deben seguir los estudiantes durante la docencia médica que reciben en la asignatura de Pediatría, o sea, establece las operaciones a seguir para la interiorización de los saberes pediátricos, con sus significados y experiencias formativas, desde las diversas formas de organización que reciben en la docencia médica en la universidad y haciendo uso además de la investigación científica.

El **procedimiento de formación pediátrica integral del estudiante durante su vinculación en las unidades docentes y asistenciales de salud intra y extrahospitalarias** establece las operaciones de carácter general que deben seguir durante las prácticas pre-profesionales en las unidades docentes y asistenciales de salud intra y extrahospitalarias, así como las actividades en la comunidad (extensionistas), que realizan dirigidas a la sistematización de la práctica médica pediátrica, a través del desempeño en la atención primaria de salud, utilizando además el método científico que les permita generar alternativas innovadoras de solución a los problemas profesionales que se manifiestan en las unidades docentes y asistenciales de salud.

Es importante acotar que este método atiende al proceso sustantivo de la investigación en estrecha vinculación con el de la docencia y la vinculación del estudiante en las unidades docentes y asistenciales de salud; es decir, desde la docencia ofrece operaciones para que se le dé salida a la investigación en el área de Pediatría y de igual manera se ofrecen operaciones a seguir para abordar el componente investigativo, desde las prácticas pre-profesionales que realizan los estudiantes.

Estos procedimientos no actúan de manera aislada, es decir, se articulan y vinculan entre ellos, por medio de una interactividad, que significa la singularidad de la lógica y vía a seguir para la formación pediátrica integral del estudiante, que contribuya al desarrollo de la competencia de asistencia pediátrica integral propuesta en la primera dimensión del modelo.

A continuación se explican las **acciones** a seguir:

**Procedimiento de formación pediátrica integral del estudiante durante la docencia que recibe en la asignatura de Pediatría:**

**Operaciones de carácter general a realizar por parte del estudiante:**

1. Análisis preliminar por parte del estudiante del estado de su formación pediátrica.
2. Análisis y profundización de los saberes pediátricos durante la docencia que reciben en la asignatura de Pediatría, en los cuales valoren sus relaciones interdisciplinarias con otras áreas del campo de las Ciencias Médicas.
3. Análisis y discusión de casos clínicos en condiciones simuladas, mediante la problematización y activación de su aprendizaje con la ayuda del docente, sobre la base de la unidad de lo instructivo, lo educativo, lo desarrollador y lo interdisciplinario.
4. Realización de actividades de carácter científico – investigativas, con la ayuda del docente, dirigidas a la profundización y sistematización de los saberes pediátricos que aprende durante la docencia que recibe en la asignatura de Pediatría.
5. Valoración del estado del desarrollo de la competencia de asistencia pediátrica que va alcanzando el estudiante, mediante la autoevaluación, la coevaluación de manera dialógica reflexiva con otros estudiantes y el criterio evaluativo del docente que le imparte la asignatura de Pediatría.

**Procedimiento de formación pediátrica integral del estudiante durante su vinculación con las unidades docentes y asistenciales de salud intra y extrahospitalarias.**

**Operaciones** de carácter general a realizar por parte del estudiante:

1. Asistencia de casos clínicos en condiciones reales en las unidades docentes y asistenciales de salud donde realizan la rotación en el área de Pediatría.
2. Análisis y discusión de los casos clínicos asistidos por parte de cada estudiante con la ayuda del tutor.

3. Generación de alternativas innovadoras de solución a los problemas profesionales que se manifiestan durante la asistencia pediátrica integral del niño y su familia, como expresión de la aplicación del método científico de manera individual y colectiva.
4. Desarrollo de charlas educativas y talleres de promoción y prevención de la salud del niño sano o enfermo, con integrantes de la comunidad, a partir de las influencias que tiene su familia y el entorno comunitario en el cuidado y seguimiento de su estado de salud.
5. Valoración del estado del desarrollo de la competencia de asistencia pediátrica por parte de cada estudiante, mediante la autoevaluación, la coevaluación y el criterio que emita el tutor.

De las relaciones que se producen entre los rasgos novedosos y trascendentes que connotan a la dimensión de profesionalización e interacción formativa pediátrica, se produce como cualidad resultante general del sistema modelado, la sistematización integradora formativa pediátrica.

La **sistematización integradora formativa pediátrica**, se erige como constructo en la especificidad que caracteriza a la dinámica formativa de la competencia de asistencia pediátrica integral, como expresión de la profundización del aprendizaje pediátrico, dinamizado por el método formativo pediátrico, donde se produce la interiorización y aplicación de los saberes pediátricos.

Es por ello que la **sistematización integradora de la formación pediátrica del estudiante de la carrera de Medicina** expresa el proceso de comprensión y explicación por parte del estudiante, de los saberes pediátricos integradores que deben ser objeto de interiorización y aplicación por medio de la realización del análisis y discusión de casos clínicos (en condiciones simuladas y reales) en una relación espacial y temporal definida con la ayuda de recursos materiales, para la solución de problemas profesionales que se manifiestan durante la asistencia pediátrica integral del niño y su familia, en las unidades docentes y asistenciales de salud, mediante la interpretación del significado profesional de los saberes pediátricos que aplica como resultado de la propia experiencia profesional que va adquiriendo durante su realización.

La sistematización integradora formativa pediátrica es la síntesis que se convierte en la vía expedita en el logro del objetivo a alcanzar, por lo que constituye un aspecto significativo en la lógica que dinamiza el carácter progresivo y cíclico del desarrollo de competencia de asistencia pediátrica integral del niño, su familia y la comunidad. Ella aporta la unidad entre las partes y el todo de la praxis formativa de la asignatura Pediatría, lo cual revela la cualidad esencial que va construyendo los conocimientos, habilidades y valores, como componentes que la configuran y la sistematizan en la praxis formativa desde un enfoque integrador.

En la sistematización integradora formativa pediátrica se deben tener en cuenta las siguientes **consideraciones teóricas:**

- Atender el **efecto formativo pediátrico** durante la formación pediátrica del estudiante desde la docencia, la vinculación y la investigación.

El efecto formativo pediátrico constituye la expresión del proceso y resultado de la formación pediátrica médica que alcanzan los estudiantes de la carrera de Medicina, singularizado en la competencia de asistencia pediátrica integral, el cual se genera producto de las evidencias del desempeño profesional que muestra y el nivel de impacto (reflejo objetivo o distorsionado) que este genera en el servicio de asistencia pediátrica integral del niño y su familia en pos de garantizar una forma de vida plena, equilibrada, sana, armónica, modesta y consciente, la cual mantenga y cultive relaciones de equilibrio y armonía con la naturaleza y la sociedad para garantizar una existencia en plenitud.

- Tratamiento al **significado y sentido de los saberes pediátricos.**
- Sistematización del **carácter transferencial de los saberes pediátricos** que alcanza el estudiante en la asignatura de Pediatría, durante la solución de problemas que se presentan en los procesos de asistencia pediátrica integral que se llevan a cabo en las unidades docentes y asistenciales de salud intra y extrahospitalarias.

- Desarrollo armónico de la **polivalencia profesional médica** desde la integración de los procesos sustantivos de gestión de la docencia, la vinculación y la investigación.
- Integración armónica de lo **instructivo, lo educativo y lo desarrollador**, desde las influencias educativas de los saberes pediátricos que alcanza el estudiante durante su formación pediátrica.

Del análisis teórico del proceso modelado, el autor de la presente investigación considera que la **formación pediátrica del estudiante de la carrera de Medicina** se interpreta como aquellas acciones con carácter instructivo, educativo y desarrollador que realizan los estudiantes durante la docencia que reciben en la asignatura de Pediatría, la vinculación en las unidades docentes y asistenciales de salud (intra y extrahospitalarias) y el desarrollo de la investigación científica de manera integrada y articulada mediante la interacción socioprofesional con el docente, el tutor y demás miembros de la comunidad, las cuales tienen como finalidad (resultado esperado) el desarrollo de la competencia de asistencia pediátrica integral del niño y su familia.

En el esquema de la figura 8 se resume a manera de síntesis el modelo de formación pediátrica del estudiante de la carrera de Medicina anteriormente explicado.

## **2.2. Estrategia para la formación pediátrica del estudiante de la carrera de Medicina.**

La instrumentación y concreción en la práctica del modelo establecido se realiza a través de la estrategia, basada en los principios de flexibilidad, integralidad y contextualización del proceso de formación pediátrica del estudiante de la carrera de Medicina.

Rodríguez (2008), considera que la estrategia es *“(...) un conjunto de tácticas interrelacionadas conforma una estrategia (...)”* (p.39) <sup>25</sup>. Addine y otros, (1999) al respecto plantean que *“(...) una táctica es un procedimiento específico que se aplica y tributa a todo el proceso, a la estrategia en general”* (Citado por Marimón y otros, 2010, p.34). Estos autores consideran que existen diferentes tipos de estrategias: pedagógicas, didácticas, educativas, metodológicas y escolares. <sup>26</sup>

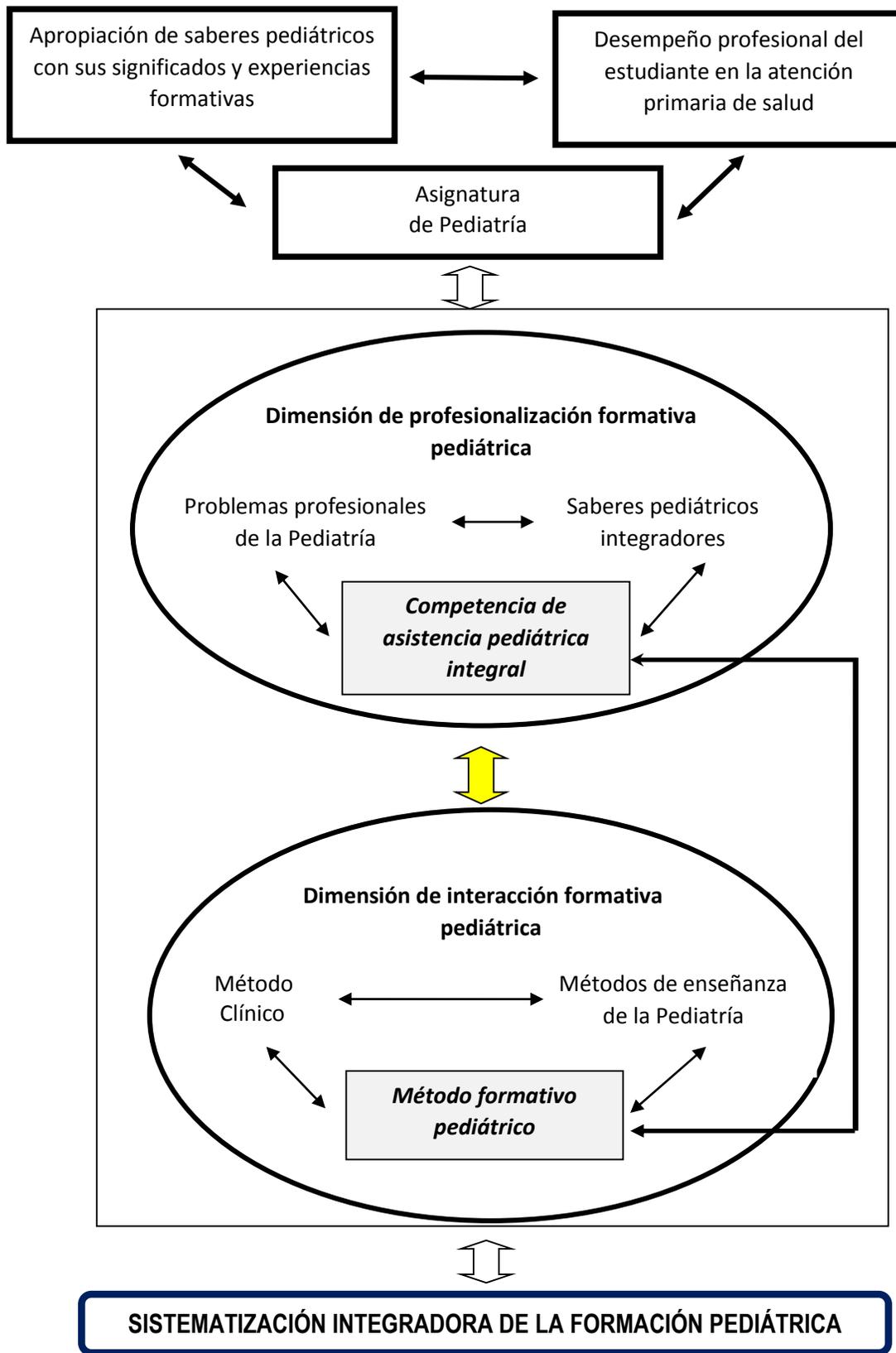


Figura 8. Modelo de formación pediátrica del estudiante de la carrera de Medicina.

Según las definiciones ofrecidas por estos autores y teniendo en cuenta el objeto de la investigación, así como la naturaleza del modelo, es que se han estructurado los componentes de la estrategia.

Las consideraciones anteriores desde el punto de vista general, aluden a la esencia de una estrategia que está condicionada por el objeto de investigación, la cual para el caso concreto de la formación pediátrica de los estudiantes de la carrera de Medicina, se considera como estrategia formativa.

En este sentido, por estrategia, se considera en relación a los planteamientos de Rodríguez (2008) la proyección de un sistema de acciones a corto, mediano y largo plazo que permite la transformación del proceso de enseñanza aprendizaje en una asignatura, nivel o institución tomando como base los componentes del mismo y que permite el logro de los objetivos propuestos.

La estrategia, potencia la formación pediátrica del estudiante, en la cual se utilizan los casos clínicos como elemento mediador del proceso en la contextualización, en su primer nivel de síntesis, y la concreción del método formativo pediátrico, desde la relación entre el método clínico en su visión didáctica y metodológica en su segundo nivel de síntesis de la profesionalización formativa pediátrica. En ambos la asignatura Pediatría se convierte en el eje central del proceso, al considerar la integración de saberes que son aprendidos por el estudiante en la misma y su aplicación integrada en la práctica pediátrica.

La estrategia que se propone se caracteriza por tener dos etapas que expresan la movilidad y sinergia de las relaciones esenciales entre las dimensiones evidenciadas en el modelo. La misma contiene, un sistema de acciones que permitan su despliegue lógico de ascenso, según los criterios generales que se asumen como sustentos formativos.

En plena correspondencia con lo planteado, la estrategia que se propone contribuye a:

- Fomentar la implicación consciente y motivada del estudiante en el proceso de formación pediátrica, donde se promueva la interiorización de los saberes pediátricos, con sus significados y experiencias formativas y la sistematización de la práctica, a través del desempeño en la asistencia pediátrica.

- Dinamizar el proceso formativo, la combinación del estudio de caso clínico y el método clínico en su doble intencionalidad, didáctica y profesional, como mediadores dialécticos que promueven la formación de la competencia de asistencia pediátrica integral.
- Promover una mayor precisión en la identificación de las causas, barreras y factores que limitan la formación pediátrica en el estudiante de la carrera de Medicina.
- Considerar la formación pediátrica como un subproceso de la carrera de Medicina, que favorece los aprendizajes para lograr la atención integral de los pacientes pediátricos, como cualidad que connota las competencias inherentes a este proceso, integrando la ciencia, la tecnología y la lógica de la práctica médica, donde la asignatura Pediatría constituye un aspecto esencial en dicho proceso.
- Propiciar cambios cualitativos en los protagonistas del proceso, a partir de las interacciones dinámicas que se establecen en dicho proceso formativo, mediante las actividades académicas y prácticas.

La estrategia en su concepción e implementación, permite viabilizar la formación pediátrica integral, para lo cual se necesita que se cumplan en cada uno de las fases las **exigencias** siguientes.

- El entendimiento mutuo de los sujetos implicados en la formación (estudiante - docente – tutor).
- Coherencia en la actuación de los actores del proceso de formación pediátrica en función del cumplimiento de las metas comunes trazadas.
- Lograr una comunicación sistemática entre docente, estudiante, médico tratante y los pacientes pediátricos.

Para la elaboración de la estrategia se asumen los componentes propuestos por De Armas y otros (2001) (citado por Marimón y otros, 2010, p.43) <sup>26</sup>:

**I. Fundamentación.** Se establecen los fundamentos en los cuales se sustenta la estrategia.

**II. Diagnóstico-** Indica el estado real del objeto y evidencia el problema.

**III. Planteamiento del objetivo general.** Se precisa el objeto, el fin de la estrategia.

**IV. Planeación estratégica e instrumentación-** Se establece la planificación por etapas de las acciones, recursos, medios y métodos que corresponden al objetivo de la estrategia, se explica de manera general cómo se aplicarán las acciones propuestas y bajo qué condiciones.

A continuación se presenta la estrategia propuesta:

### **I. Fundamentación**

La estrategia se fundamenta en el modelo de formación pediátrica del estudiante de la carrera de Medicina presentado en el acápite anterior.

### **II. Diagnóstico**

El diagnóstico que se toma como partida lo constituye el realizado en el acápite 1.3 del capítulo 1, en el cual se demostró que los estudiantes de la carrera de Medicina de la Uleam presentan insuficiencias en su formación pediátrica, que dificultan la asistencia pediátrica integral del niño, la niña, sus familias y la comunidad ya que presentan las insuficiencias siguientes:

- En el uso del método clínico durante los procesos de asistencia pediátrica integral.
- No siempre tienen en cuenta la labor preventiva y de promoción en salud que debe caracterizar la asistencia pediátrica integral.
- Muestran dificultades en la realización del control y seguimiento del o la paciente posterior al tratamiento realizado, teniendo en cuenta la relación médico – paciente – familia y la comunidad
- No siempre logran una evaluación con visión retrospectiva, del estado de salud del o la paciente, teniendo en cuenta la relación médico – paciente – familia y la comunidad.
- Manifiestan insuficiencias en la propuesta de acciones de rehabilitación del niño y su familia.

A partir del resultado del diagnóstico se procede a determinar el objetivo general de la estrategia.

### **III. Objetivo**

La estrategia persigue como objetivo:

Desarrollar la competencia de asistencia pediátrica integral en los estudiantes de la carrera de Medicina de la Uleam, como cualidad que singulariza el resultado de su formación pediátrica.

#### **IV. Planeación estratégica e instrumentación**

A partir de los procedimientos establecidos en el método formativo pediátrico, la estrategia consta de dos etapas; ellas son las siguientes:

##### **Etapas 1. Desarrollo de la competencia de asistencia pediátrica integral en el estudiante desde la docencia que recibe en la asignatura de Pediatría.**

En esta etapa se ofrecen acciones de carácter metodológico para sistematizar los procedimientos del método formativo pediátrico, es decir, para desarrollar la competencia de asistencia pediátrica integral durante la docencia que reciben en la asignatura de Pediatría en el contexto universitario.

##### **Etapas 2. Desarrollo de la competencia de asistencia pediátrica integral desde la vinculación del estudiante con las unidades docentes y asistenciales de Salud.**

En esta etapa se ofrecen acciones de carácter metodológico para sistematizar los procedimientos del método formativo pediátrico, es decir, para desarrollar la competencia de asistencia pediátrica integral en los estudiantes desde el desarrollo de sus prácticas pre-profesionales en las unidades docentes y asistenciales de salud, así como en la comunidad.

A continuación se presentan las acciones concebidas para cada etapa.

##### **Etapas 1. Desarrollo de la competencia de asistencia pediátrica integral en el estudiante desde la docencia que recibe en la asignatura de Pediatría.**

En esta etapa se instrumentan las operaciones del procedimiento de formación pediátrica integral del estudiante durante la docencia que recibe en la asignatura de Pediatría.

Para ello se propone que los estudiantes realicen las **acciones** siguientes:

##### **Acción 1. Diagnóstico inicial de la formación pediátrica del estudiante**

En esta primera acción los estudiantes de manera conjunta con el docente realizarán un análisis preliminar del estado que poseen en cuanto a su formación pediátrica, para sobre esa base proceder a desarrollar en ellos la competencia de asistencia pediátrica integral.

Para realizar este diagnóstico los estudiantes deberán:

- Caracterizar previamente el sílabo de la asignatura de Pediatría
- Intercambiar criterios con el docente relacionado con los saberes asociados al programa de Pediatría que serán objeto de interiorización y aplicación durante su posterior rotación por el área de Pediatría.
- Realizar un análisis crítico acerca de las potencialidades y necesidades que poseen para la interiorización y aplicación de los saberes pediátricos que estudiarán en la asignatura de Pediatría, a partir de tener en cuenta las experiencias profesionales adquiridas durante su formación como Médico General.
- Socializar con el docente el estado de desarrollo de conocimientos, habilidades y valores de carácter básico que poseen para el estudio del sílabo de Pediatría
- Realizar test u otro tipo de examen de diagnóstico que le oriente el docente antes de iniciar la docencia en la asignatura de Pediatría.

### **Acción 2: Caracterización de los saberes pediátricos que reciben en la asignatura de Pediatría**

Los estudiantes caracterizarán los saberes pediátricos que interiorizan mediante las conferencias y seminarios que les imparte el docente, como elemento base para el desarrollo de la competencia de asistencia pediátrica integral.

En esta caracterización los estudiantes analizan y profundizan mediante el estudio independiente, con la ayuda del docente, de materiales didácticos y el uso de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC) con énfasis en el uso del software, la realización de foros de discusión mediante

el uso de la internet u otras variantes que se puedan adoptar, los siguientes núcleos esenciales de saberes pediátricos:

- La promoción y prevención de la salud del niño y su familia.
- El diagnóstico del estado de salud del niño sano o enfermo y su familia mediante el establecimiento de relaciones de interacción social entre ellos y el médico.
- La diversidad de esquemas generales de tratamiento terapéutico para la prevención, promoción y/o curación de las enfermedades que padecen el niño y su familia.
- El seguimiento, control y evaluación del estado de salud del niño sano o enfermo
- La propuesta de acciones de rehabilitación del niño sano o enfermo y su familia

El estudiante irá interiorizando los saberes pediátricos anteriormente planteados durante la realización de actividades de estudio independiente que les oriente el docente en las conferencias y los seminarios.

En este sentido se le recomienda al estudiante, para la caracterización de los saberes pediátricos, que realice las acciones siguientes:

1. Definir conceptos básicos asociados a los saberes pediátricos que analiza o profundiza
2. Describir los procesos básicos generales que caracterizan a las acciones de promoción, prevención en salud, atención y rehabilitación del niño, su familia y la comunidad.
3. Comparar mediante el establecimiento de semejanzas y diferencias cada uno de ellos.
4. Establecer relaciones entre los procesos básicos de la Pediatría con otras áreas de las Ciencias Médicas: Ginecología – Obstetricia, Cirugía, Salud Pública y Clínica Médica fundamentalmente.
5. Valorar el significado e importancia que tiene para su formación como Médico General, el análisis de los saberes asociados a la Pediatría.

**Acción 3: Aplicación de los saberes pediátricos que aprende el estudiante en la asignatura de Pediatría.**

Los estudiantes aplicarán los saberes pediátricos que interiorizados en la acción anterior mediante la realización de clases prácticas y talleres que les imparte el docente, como elemento base para el desarrollo de la competencia de asistencia pediátrica integral.

Para ello emplearán como método el análisis y discusión de casos clínicos en condiciones simuladas, por medio de la realización de las acciones siguientes:

1. Analizar la semiótica que presenta el niño.
2. Proponer criterios acerca del posible diagnóstico clínico del estado de salud del niño, a partir de tomar en consideración el método clínico, la realización de posibles exámenes complementarios y la interacción con su familia.
3. Proponer posibles esquemas de tratamientos terapéuticos para la asistencia médica del niño, sobre la base del diagnóstico realizado.
4. Establecer acciones a seguir para el control, seguimiento y evaluación de su estado de salud con la posible puesta en práctica de un determinado esquema de tratamiento terapéutico.
5. Determinar acciones de rehabilitación.

El estudiante de manera individual o mediante el trabajo en equipos, realizará el análisis de casos clínicos en condiciones simuladas, sobre la base de la realización de las acciones anteriormente planteadas, que le permita problematizar con el resto de los estudiantes acerca del caso clínico que se analiza.

Por otro lado, los estudiantes durante el trabajo en grupo, en el análisis y discusión del caso clínico en condiciones simuladas, realizarán el tránsito de la apropiación hacia la aplicación de los saberes pediátricos, como combinación de lo instructivo (conocimientos y habilidades generales asociados a la asistencia pediátrica integral), lo educativo (desarrollo de valores profesionales) y lo desarrollador, como expresión de las transformaciones graduales que se van produciendo en la manera de sentir, pensar y actuar del estudiante durante la asistencia pediátrica integral en condiciones simuladas.

**Acción 4. Utilización de la investigación científica durante la caracterización y aplicación de los saberes pediátricos por parte del estudiante.**

El estudiante durante la caracterización y aplicación de los saberes pediátricos que lleva a cabo desde la docencia que recibe en la asignatura de Pediatría, deberá también aplicar los saberes asociados a la investigación científica que está prevista en la malla curricular de la carrera; en tal sentido deberá comprender, explicar e interpretar el significado e importancia que tiene la utilización de métodos investigativos durante la asistencia pediátrica integral del niño y su familia.

En las *conferencias* los estudiantes deberán realizar tareas de investigación que les permitan la *búsqueda* y *el análisis* de los fundamentos teóricos y científicos que sustentan la asistencia pediátrica integral contemporáneos.

Por otro lado en los *seminarios* los estudiantes deberán realizar tareas de investigación dirigidas a la *profundización* de los fundamentos teóricos y científicos más actualizados de la Pediatría, los cuales le permitan ofrecer nuevas interpretaciones desde las Ciencias Médicas.

En las *clases prácticas* los estudiantes deberán realizar tareas de investigación dirigidas a la *consolidación* de los fundamentos teóricos y científicos más actualizados de la Pediatría, los cuales le permitan lograr una mayor solidez en las interpretaciones científicas que realicen sobre cada uno de ellos.

En los *talleres* los estudiantes deberán realizar tareas de investigación dirigidas a la *sistematización* de los fundamentos teóricos y científicos más actualizados de la Pediatría, los cuales le creen las bases teóricas e investigativas que les permitan generar posibles alternativas de solución innovadoras de solución a los problemas más frecuentes que surgen durante la asistencia pediátrica del niño y su familia.

Los estudiantes durante la realización de las tareas de aprendizaje que les orienten los docentes desde cada forma de organización de la docencia, deberán ir aplicando los saberes asociados a la investigación científica que aprende en las asignaturas del área de Investigación, por medio de la realización de

situaciones investigativas en las que pueda valorar el significado y sentido de utilizar la investigación durante la asistencia pediátrica integral del niño y su familia.

Cada vez que el estudiante caracterice o aplique los saberes asociados a los procesos básicos de la Pediatría, deberá:

- Identificar problemas más comunes y frecuentes que se presentan durante la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, seguimiento, control, evaluación y rehabilitación del niño y su familia.
- Seleccionar de manera adecuada posibles métodos de investigación a aplicar para su solución.
- Fundamentar la selección de los métodos de investigación desde la Metodología de la Investigación en el campo de las Ciencias Médicas.
- Identificar posibles soluciones innovadoras de solución a los problemas detectados.

#### **Acción 5: Evaluación del desarrollo de la competencia de asistencia pediátrica integral.**

Los estudiantes de manera conjunta con el docente y a partir de la autoevaluación, coevaluación y heteroevaluación, deberán ir evaluando el estado de desarrollo de la competencia de asistencia pediátrica integral que van alcanzando, como resultado de la docencia recibida en la asignatura de Pediatría.

Esta última acción está dirigida a constatar el estado de desarrollo de los saberes pediátricos que ha alcanzado el estudiante al culminar la docencia. Para ello se recomiendan los aspectos siguientes:

- ✓ Realización de instrumentos evaluativos que permitan sistematizar un enfoque de evaluación más integral, donde puedan constatar el estado de la apropiación de los saberes pediátricos integradores que va alcanzando desde la docencia recibida en la asignatura de Pediatría.
- ✓ Valoración de manera conjunta con otros estudiantes y el docente, del efecto formativo pediátrico (en el orden individual y colectivo), es decir, qué transformaciones cualitativas se van produciendo en los conocimientos, las habilidades y los valores, a partir de los resultados obtenidos en el análisis y discusión de casos clínicos en condiciones simuladas.

- ✓ Autoevaluarse y coevaluarse a partir de reflexionar acerca de los saberes pediátricos alcanzados y en cuáles tiene dificultades para ser tratados y sistematizados durante sus prácticas pre-profesionales.
- ✓ Socializar los criterios de autoevaluación y coevaluación, con los criterios de evaluación que le confiere el docente (heteroevaluación)

Los indicadores o criterios de evaluación se seleccionan de manera conjunta entre los docentes y el estudiante, a partir de la estructura formativa de la competencia de asistencia pediátrica integral propuesta y de los saberes pediátricos que va aprendiendo en la asignatura de Pediatría.

Una vez obtenidas las evaluaciones de los estudiantes, lo cual permite retroalimentar y actualizar el diagnóstico del estado del desarrollo de la competencia de asistencia pediátrica integral que poseen, se procede a continuar su desarrollo, desde la vinculación en las unidades docentes y asistenciales de salud.

### **Etapa 2. Desarrollo de la competencia de asistencia pediátrica integral desde la vinculación del estudiante con las unidades docentes y asistenciales de Salud.**

En esta etapa se instrumenta de forma práctica al procedimiento de formación pediátrica integral del estudiante, durante su vinculación con las unidades docentes y asistenciales de salud intra y extrahospitalarias que se aporta en el método formativo pediátrico.

Para ello los estudiantes realizarán las acciones siguientes:

#### **Acción 1. Valoración retrospectiva acerca del estado de la apropiación de los saberes pediátricos que posee el estudiante.**

En esta etapa, el estudiante de manera conjunta con el docente y el tutor que lo atenderá durante la rotación por el área de Pediatría realizarán una valoración retrospectiva dirigida a: describir, explicar y valorar las causas de las dificultades, necesidades, logros y potencialidades que poseen en su formación pediátrica, a partir de evaluar el estado de desarrollo de su competencia de asistencia pediátrica integral; por lo tanto, constituye el punto de partida para poder proyectar toda la labor formativa profesional.

Para realizar de manera efectiva el diagnóstico del estado actual del desarrollo de la competencia de asistencia pediátrica integral que poseen los estudiantes antes de iniciar las prácticas, se debe establecer indicadores de partida.

Por otra parte, en la determinación de los indicadores se deben tomar en consideración los saberes que se vinculan y articulan con el campo de la Pediatría, los cuales fueron tratados desde la docencia en la universidad, y que permiten poder profundizar en donde se focalizan las necesidades y potencialidades que poseen los estudiantes en cuanto al desarrollo de su competencia.

Una vez precisados los indicadores, los estudiantes desarrollarán instrumentos para el diagnóstico del estado del desarrollo de la competencia de asistencia pediátrica integral que les oriente el docente y el tutor, los cuales deben cumplir los **requisitos** siguientes: Los saberes pediátricos deben estar directamente relacionados con las tareas y funciones que realiza el Pediatra en las unidades docentes y asistenciales de salud intra y extrahospitalarias. Deben ser realistas y prácticos. Ser válidos y confiables. Ser aplicables en las condiciones y el tiempo establecido (antes de iniciar las prácticas). Ser complejos, pero lo más breve posible. Ser precisos, pero claros en su redacción. Ser una ayuda para la proyección y ejecución del desarrollo de la competencia de asistencia pediátrica integral durante las prácticas pre-profesionales, así como propiciar la autoevaluación, coevaluación y heteroevaluación en el análisis de los resultados.

En tal sentido los estudiantes responderán cuestionarios, entrevistas, encuestas, realizarán estudio de casos clínicos en condiciones simuladas (antes de enfrentarse a casos reales), participarán y harán propuestas de asistencia de casos clínicos mediante reuniones del equipo médico pediatra, entre otros.

Una vez realizados los instrumentos por parte de los estudiantes, teniendo en cuenta los requisitos planteados se procede a valorar los resultados obtenidos, a partir de identificar sus necesidades y potencialidades formativas.

Los estudiantes de manera conjunta con el docente y el tutor que los atenderá en la unidad de salud, realizarán un análisis retrospectivo acerca de las necesidades y potencialidades que poseen en cada uno de los niveles de desarrollo de la competencia de asistencia pediátrica integral.

**Acción 2. Asistencia de casos clínicos en condiciones reales en las unidades docentes y asistenciales de salud intra y extrahospitalarias.**

Esta acción está dirigida a consolidar el desarrollo de la competencia de asistencia pediátrica integral del estudiante durante el enfrentamiento a casos clínicos en condiciones reales.

Para ello el estudiante deberá realizar las acciones siguientes:

2.1 Observar la modelación que realiza su tutor en la asistencia de niños y sus familiares, a partir de tener en cuenta los siguientes criterios:

La cultura organizacional de la consulta de Pediatría. La experiencia laboral – profesional del médico tratante. Pertinencia y coherencia de las acciones que realiza el tutor (Médico Pediatra) durante la asistencia de niños y sus familiares. Comparación entre las acciones que se realizan en la asistencia del niño y su familia y las recibidas en la asignatura de Pediatría en el contexto universitario (relación teoría – práctica médica pediátrica). La flexibilidad del proceso. Atención a la inclusión, la equidad y la interculturalidad de los pacientes que asisten a la consulta. El aumento proporcional de la complejidad de los casos clínicos, que promuevan la valoración de alternativas y toma de decisiones.

2.2 Realizar la asistencia de casos clínicos de manera independiente, bajo la supervisión del tutor.

Para ello deberá desplegar la siguiente lógica de actuación:

1. Formular el problema (alteración de la salud de una persona).
2. Información primaria (interrogatorio y examen físico), que se refiere específicamente al interrogatorio y al examen físico del paciente, es decir, a la historia clínica.

3. Formular hipótesis (diagnóstico presuntivo o provisional. Es imprescindible que este diagnóstico o diagnósticos sean bien definidos, se basen en la información recogida y tengan un fundamento.
4. Comprobar o negar la hipótesis (exámenes complementarios y evolución del paciente) mediante el estudio de la evolución del paciente y la programación de diversas pruebas de laboratorio, imagenológicas, anatomopatológicas y otras, es decir, de la moderna tecnología que esté al alcance, hay una hipertrofia en el uso de la tecnología en el momento actual.
5. Exposición de los resultados, se llegará a un diagnóstico de certeza que permitirá indicar la terapéutica, o bien se descubrirán nuevos problemas en el paciente, o se negarán las hipótesis diagnósticas planteadas, lo que obligará a volver a analizar toda la situación, plantear nuevas hipótesis diagnósticas y nuevos programas de investigación de acuerdo con ellas.
6. Instituir la terapéutica, si procede o se reinicia el proceso. Se llegará a un diagnóstico de certeza que permitirá indicar la terapéutica.
7. Evaluación de los resultados finales, la hipótesis global y diagnóstica sobre un paciente no es posible validarla aun cuando el clínico pueda contar, sobre todo en la etapa presente, con los datos imagenológicos, humorales y biológicos; en ocasiones no hay coincidencia entre los datos clínicos del paciente con los resultados de los complementarios.
8. Orientación a la familia para la realización de acciones rehabilitación del niño y su familia en función de garantizar y prevenir su estado de salud.
9. Desarrollar en cada uno de los pasos anteriores, acciones de prevención y promoción de la salud.
10. Elaborar un registro de experiencias profesionales adquiridas en el cual vaya develando los aciertos y desaciertos en cada uno de los casos clínicos en condiciones reales asistidos.

En el anexo 5 se muestra un ejemplo demostrativo sobre cómo se forma la competencia de asistencia pediátrica integral en el estudiante de la carrera de Medicina mediante la asistencia de un caso clínico.

Es oportuno acotar que constituyen un aspecto básico los significados entre los conocimientos y las habilidades que ya posee el estudiante producto de la apropiación que ha realizado a partir de su aprendizaje desde las áreas de Ginecología y Obstetricia, Clínica Médica, Cirugía y la Salud Pública y de sus experiencias formativas, que le permiten aprender el cómo hacer, expresado a través del protocolo médico pediátrico que se utiliza por el médico tratante.

Se deberá atender cómo el estudiante incorpora el método investigativo, utiliza la informática, la bioestadística y logra el establecimiento de una adecuada comunicación con el paciente, su familia y demás miembros de la comunidad, durante el desarrollo de su asistencia pediátrica.

### **Acción 3. Desarrollo de seminarios de análisis y discusión de los casos clínicos asistidos por los estudiantes.**

Una vez que los estudiantes culminan la asistencia de casos clínicos asignados por los tutores, realizarán seminarios de análisis y discusión de cada uno de los casos clínicos.

Para realizar los seminarios por parte de los estudiantes y con la presencia del tutor y el docente que les impartió la asignatura de Pediatría, cada estudiante llevará su registro de sistematización de experiencias formativas y profesionales. Por otro lado, se tendrán en cuenta en el análisis y discusión de los casos clínicos asistidos por los estudiantes en condiciones reales, los indicadores siguientes:

La realización de acciones de prevención y promoción de la salud; el diagnóstico pediátrico (tanto clínico como en condiciones de laboratorio); la efectividad de la propuesta de esquemas generales de tratamiento pediátrico desde un enfoque integral; el seguimiento y control del estado de la evolución de los casos médicos asistidos; la evaluación retrospectiva de los casos clínicos analizados, así como la realización de acciones de rehabilitación del niño y su familia.

En este sentido se realizará una contrastación entre la efectividad de cada uno de los indicadores anteriormente planteados con el mejoramiento del estado de salud del niño y su familia, de manera tal

que aun soportando consecuencias de la enfermedad logre participar de la vida social, construir relaciones, trabajar y ser independiente.

#### **Acción 4. Realización de proyectos de investigación asociados a la Pediatría.**

Los estudiantes en integración con la asignatura de Metodología de la Investigación, desarrollarán proyectos de investigación dirigidos a resolver problemas de carácter general que se presentan en el campo de la Pediatría, que contribuyan a la generación de alternativas innovadoras que contribuyan al mejoramiento y la sistematización de los saberes pediátricos que aplica el estudiante durante la asistencia pediátrica integral del niño y su familia.

En tal sentido, se recomienda a los estudiantes que desarrollen, empleando fundamentalmente el modelo de investigación – acción participativa, las siguientes líneas de investigación:

La promoción y prevención de la salud del niño y su familia. El establecimiento de relaciones de comunicación y sociales entre el médico, el niño, sus familiares y los miembros de la comunidad de residencia. El diagnóstico clínico. El uso del método clínico en la asistencia pediátrica integral. La propuesta de esquemas terapéuticos de tratamiento. El seguimiento, control y evaluación del estado de salud del niño posterior al tratamiento realizado. Técnicas de rehabilitación del niño y su familia.

Se pueden conformar proyectos de investigación por equipos de trabajo, insertando a los estudiantes a cada una de las líneas de investigación anteriormente planteadas, de manera tal que desde su práctica médica en el área de Pediatría, apliquen de manera general el método científico en función de mejorar, enriquecer desde el punto de vista práctico, cada una de las líneas anteriormente sugeridas, las cuales se deben direccionar desde la asignatura de Metodología de la Investigación recibida en su carrera.

#### **Acción 5. Realizar trabajo de educación para la salud del niño y su familia en las comunidades.**

Los estudiantes como parte del trabajo de extensión universitaria que realizan durante su vinculación en la comunidad, efectuarán talleres dirigidos a la promoción y prevención de la salud de los niños y sus

familiares. En tal sentido, los estudiantes, a partir de las experiencias profesionales que van alcanzando durante la asistencia de casos clínicos y la realización de proyectos de investigación, prepararan charlas educativas y talleres con los miembros de la comunidad que se le asignen, sobre la base de las temáticas siguientes: El estado higiénico sanitario de la comunidad (saneamiento ambiental). El síndrome diarreico infantil: Su prevención. La obesidad durante la primera infancia: Su tratamiento y prevención. Enfermedades infecto – contagiosas del niño (respiratorias, dermatitis por contacto, la parasitosis infantil): Medidas para su prevención. Enfermedades víricas – vectoriales: Su tratamiento y prevención.

**Acción 6. Evaluación y retroalimentación del estado del desarrollo de la competencia de asistencia pediátrica al culminar las prácticas pre-profesionales.**

Los estudiantes de manera conjunta con el tutor deberán indagar y valorar las evidencias del proceso de contextualización y sistematización de la formación pediátrica que van alcanzando los primeros, emitiendo los juicios valorativos en torno al desarrollo de la competencia de asistencia pediátrica integral.

Esta etapa favorece la evaluación, autoevaluación y coevaluación estudiantil que permita la retroalimentación del proceso de formación pediátrica.

La evaluación de la formación pediátrica que se singulariza en las competencias para la asistencia pediátrica integral, basada en los desempeños asociados a cada una de ellas, se expresa mediante la indagación y valoración de evidencias que demuestra el estudiante, en su relación con las exigencias de cada uno de los casos clínicos modelados y reales que se utilizan para dinamizar el aprendizaje sistematizado a través de la asignatura Pediatría en su perspectiva intra e interdisciplinaria.

La evaluación, autoevaluación y coevaluación se concibe de forma integral, se utiliza al iniciar las actividades de aprendizaje, durante el proceso y al finalizar cada período, a través de los desempeños que permita constatar la marcha de cada nivel de desarrollo de la competencia que se van integrando en el proceso formativo, en la misma medida que se utilizan los casos clínicos.

Este proceso se caracteriza por su transparencia y objetividad, validez y confiabilidad, equidad e imparcialidad, ser aceptable, suficiente y sistemático. Por otra parte, se realizará de manera sistemática durante el análisis y discusión de los casos clínicos en condiciones reales.

Para lograr lo anterior, los estudiantes a la hora de emitir sus juicios evaluativos, así como su tutor, deberán tomar en consideración las recomendaciones siguientes:

- Sistematización de los saberes pediátricos, desde la lógica intra e interdisciplinaria de la asignatura Pediatría, cuya esencia está en la mediación dialéctica de los casos clínicos.
- Identificación, profundización y generalización de experiencias de aplicación de la dinámica del proceso de formación pediátrica y de las competencias para la asistencia pediátrica integral, en plena correspondencia con la diversidad de los casos clínicos reales asistidos por parte del estudiante.
- Materialización de un estilo de trabajo, centrado en el sujeto que aprende y se desarrolla integralmente, con una comunicación abierta en todo el proceso de la actividad formativa.
- Validez de la evaluación como esencia para medir la eficacia de la formación pediátrica de la formación de las competencias para la asistencia pediátrica integral, con base en las evidencias en el desempeño de los estudiantes.
- Integrar la autoevaluación, coevaluación y heteroevaluación como elemento esencial del acto evaluativo del estudiante al culminar su rotación por el área de Pediatría en las unidades docentes y asistenciales de salud intra y extrahospitalarias.

Según las características de cada uno de los contextos formativos, es decir, la universidad y las unidades docentes y asistenciales de salud donde se inserte al estudiante, se definirán los lapsos de tiempo de duración y los recursos materiales requeridos para realizar cada una de las acciones propuestas.

Con ello concluye la presentación de la estrategia para la formación pediátrica del estudiante de la carrera de Medicina.

## CONCLUSIONES DEL CAPÍTULO 2

A partir de los análisis realizados en el presente capítulo se arriban a las siguientes conclusiones:

1. El modelo y la estrategia para la formación pediátrica del estudiante de la carrera de Medicina han sido concebidos a partir del enfoque sistémico estructural funcional, sobre la base del reconocimiento de la estructura de relaciones que establecen los nexos entre las dimensiones y etapas que lo significan como un proceso continuo, integral, flexible y contextualizado.
2. El modelo que se propone como contribución a la teoría, permite comprender, explicar e interpretar desde las ciencias pedagógicas la formación pediátrica de los estudiantes de la carrera de Medicina, a partir de la relación esencial que se produce entre la dimensión de profesionalización formativa pediátrica y la de interacción formativa pediátrica, en el que se revelan como rasgos novedosos la modelación de la competencia de asistencia pediátrica integral y el método formativo pediátrico que revela la dinámica para su desarrollo desde el contexto académico, laboral e investigativo.
3. La estrategia, estructurada en dos etapas y dado su carácter flexible, integrador y contextualizado, instrumenta la estructura de relaciones que significan las dimensiones del modelo para la formación pediátrica del estudiante de la carrera de Medicina, a partir de la integración y articulación de acciones formativas desde la docencia, la vinculación y la investigación, sobre la base de la unidad de lo instructivo, lo educativo y lo desarrollador.

## **CAPÍTULO 3**

### **VALORACIÓN DE LA FACTIBILIDAD DE LA ESTRATEGIA PARA LA FORMACIÓN PEDIÁTRICA DEL ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA**

### **CAPÍTULO 3. VALORACIÓN DE LA FACTIBILIDAD DE LA ESTRATEGIA PARA LA FORMACIÓN PEDIÁTRICA DEL ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA**

En esta investigación a criterio valorativo del autor se asume que: la factibilidad es el proceso a través del cual se miden distintos aspectos de posible éxito de una investigación y del producto que genera, es usada para ayudar en la toma de decisión de seguir adelante o no, con una propuesta determinada.

En este capítulo aparecen los resultados de la valoración realizada por un grupo de especialistas al modelo y la estrategia propuesta, mediante la aplicación del método criterio de expertos, talleres de reflexión crítica y la realización de un cuasiexperimento pedagógico.

#### **3.1 Resultado de la consulta a expertos sobre el modelo y la estrategia.**

El estudio de un objeto de investigación, a través de la utilización sistemática del juicio intuitivo de un grupo de expertos para obtener un consenso de opiniones informadas, mediante la organización de un diálogo anónimo entre los consultados individualmente, a través de cuestionarios, con vistas a obtener una aprobación general, se conoce con el nombre de Criterio de Expertos.

Para conocer la opinión de expertos, sobre la propuesta el modelo y la estrategia como concreción del mismo en la práctica y con ello facilitar la formación pediátrica del estudiante de la carrera de Medicina se utilizó el método Delphi, luego del análisis efectuado sobre la factibilidad de este método se determinó emplear la metodología desarrollada por Moráguez, (2006), para lo cual se tuvieron en cuenta los aspectos siguientes:

#### **Selección de los posibles expertos**

En tal sentido, como plantea Moráguez (2006) *“los expertos deben poseer experiencia en el tema a consultar, dado en particular, por sus años de trabajo, los cuales pueden ser complementados con los conocimientos teóricos adquiridos a través de las distintas formas de superación.”* (p.15) <sup>27</sup>

A partir de estos argumentos, se seleccionó un total de 53 posibles expertos: profesionales de la Salud en el campo de la asistencia y de la docencia, doctores en Ciencias Pedagógicas, en Ciencias Médicas, Especialistas en Pediatría y Máster en Educación Médica Superior con varios años de experiencia, a partir del principio de la voluntariedad y del nivel de competencia. (Anexo 6)

**Se determinó el grado de competencia de los expertos seleccionados.**

Dado por la expresión siguiente:  $K = \frac{1}{2} (K_c + K_a)$ ; donde:

K<sub>c</sub>: es el coeficiente de conocimiento que se le pide en opinión, donde el valor propuesto por el posible experto se multiplica por 0.1 y se obtiene una puntuación, la cual debe ser igual o mayor a 0.8.

K<sub>a</sub>: coeficiente de argumentación. Se evalúa de alto (A), medio (M) o bajo (B).

Posteriormente, se utilizan los valores de una tabla patrón, se calcula el número de puntos obtenidos en total. De esta forma, si el K<sub>a</sub> = 1.0 el grado de influencia de todas las fuentes es alto. Si K = 0.8 es un grado medio y si K = 0.5 se considera con grado bajo de influencia de las fuentes.

Para determinar el grado de competencia se preparó el instrumento que aparece en el Anexo 6.

El análisis matemático del coeficiente de competencia de los posibles expertos concluyó que 30 de los 53 posibles expertos a los cuales se les aplicó el instrumento, poseen un valor  $K \geq 0,8$  (coeficiente de competencia alto), lo cual condujo a que se seleccionaran como expertos en el tema.

De los expertos seleccionados existen ocho (26,6% de los expertos) ostentan el título científico de Doctores en Ciencias Médicas, 12 son doctores en Ciencias Pedagógicas (40,0%); dieciséis (53,3% de los encuestados) ostentan el título de Especialistas en Pediatría y 9 son Master en Educación Médica (32,5%).

Los expertos seleccionados son investigadores educacionales con más de 10 años de experiencia en la asistencia en el campo de la Pediatría y en el desarrollo de la docencia Médica en la Educación Superior, en específico, impartiendo la asignatura de Pediatría.

Después de seleccionados los expertos, se prepararon las encuestas (ver anexo 7) en las cuales se les pidió criterio respecto al modelo y la estrategia, en cuanto a sus componentes, el nivel de relación y objetivos para los que fueron diseñados.

Se aplicó para ello el método Thurstone, el cual a decir de Moráquez (2006) *“es una variante del modelo matemático Torgerson con el fin lograr mayor corrección en los criterios al convertir la escala ordinal en escala de intervalo (de cualitativo a cuantitativo).”* (p.19) <sup>27</sup>

Este modelo permite llevar las escalas ordinales a escalas de intervalos (números reales) y de esta forma, conocer los límites en valores reales en que se encuentra cada categoría, por ejemplo: indispensable, muy adecuado, adecuado; o de 5, 4, 3, entre otras variantes.

Como se necesita pasar a probabilidades, resultó conveniente introducir frecuencias relativas y utilizar la tabla de distribución normal, de esta manera se obtiene la tabla de frecuencias acumuladas, a partir de la cual se determinan las frecuencias relativas acumuladas, que representan la medida empírica de la probabilidad de que cada criterio a evaluar, sea situado en esa categoría u otra inferior.

Se aplicaron las encuestas en las que se pidió criterio respecto al modelo y la estrategia, en cuanto a los presupuestos teóricos asumidos, si permiten fundamentar el modelo, sus dimensiones, el nivel de relación y objetivo por los cuales fueron diseñados, lo cual se realizó a través de dos vueltas que les permitieron emitir sus criterios y valoraciones respecto a cada uno de ellos.

En el anexo 8, se muestra el resultado del procesamiento estadístico por el modelo Torgerson, a través del Microsoft Excel, una vez efectuada la segunda vuelta.

En las tablas 14 y 15 del anexo 8, se representa la matriz de frecuencias acumuladas, así como los puntos

de corte para cada categoría y elemento consultado.

De la consulta realizada se pueden resumir **los resultados** siguientes:

El modelo fue valorado de **muy adecuado (MA)** y de **bastante adecuado (BA)** por los 30 expertos seleccionados según grado de competencia (obsérvese que los valores de N-Prom están por debajo de los puntos de corte, cuyos valores son de 0.22 y 1.22 respectivamente), lo cual demuestra el grado de pertinencia y relevancia para su aplicación (tabla 14.4, anexo 8).

Como aspectos novedosos y significativos del modelo los expertos reconocieron:

- La incorporación del método clínico con sentido didáctico y pedagógico.
- La propuesta de dimensiones que fundamentan desde las ciencias pedagógicas la formación pediátrica de los estudiantes.
- Interesante la relación dialéctica que se produce entre la interiorización de los saberes pediátricos, con sus significados y experiencias formativas y la profundización y sistematización de la práctica, a través del desempeño en la atención primaria de salud, como un fundamento teórico que debe ser sistematizado desde la enseñanza desarrolladora de la Pediatría.
- La modelación de la competencia de asistencia pediátrica integral revelando las evidencias de desempeño que debe demostrar el estudiante y sus niveles de desarrollo.
- La propuesta del método formativo pediátrico que permite desde la unidad de lo instructivo, lo educativo y lo desarrollador la articulación e integración de la docencia, la vinculación y la investigación.

Sólo se registraron algunas de las recomendaciones de los expertos en los aspectos siguientes:

- Ofrecer argumentos sobre cómo lograr un mayor seguimiento al diagnóstico pedagógico integral del estudiante desde el contexto individual.
- Incorporar indicadores para constatar el efecto formativo pediátrico desde un prisma asistencial.

La estrategia fue valorada de **muy adecuada (MA)** y de **bastante adecuada (BA)** por los 30 expertos seleccionados según grado de competencia (obsérvese que los valores de N-Prom están por debajo de los puntos de corte, cuyos valores son de 0.04 y 1.15 respectivamente), lo cual demuestra el grado de pertinencia y relevancia para su aplicación (tabla 15.4, anexo 8).

Como aspectos novedosos y significativos de la estrategia los expertos reconocieron:

- Las acciones lógicamente articuladas que permiten aplicar en la docencia que se imparte en la asignatura de Pediatría, las dimensiones del modelo, ya que guardan una adecuada relación pues están direccionadas por el método formativo pediátrico.
- Las acciones favorecen un proceso de formación pediátrica en el estudiante de la carrera de Medicina a partir de sistematizar el enfoque de formación profesional basado en competencias profesionales.
- Interesante las consideraciones y concepciones sobre la competencia de asistencia pediátrica integral, a partir de sistematizar los núcleos de saberes teóricos, metodológicos, valorativos y actitudinales con los niveles de trascendencia que tienen desde una visión intra e interdisciplinar con las áreas de Ginecología y Obstetricia, Clínica Médica, Cirugía y la Salud Pública.
- La sistematización del enfoque de enseñanza de la Pediatría desde una visión desarrolladora como síntesis de la unidad de lo instructivo, lo educativo y lo desarrollador.
- El reconocimiento de un enfoque de evaluación integral que permita constatar el estado de la interiorización de saberes que posee el estudiante en la solución de problemas profesionales que se manifiestan en los procesos de atención primaria en Salud y asistencia pediátrica integral.
- El tratamiento que se logra de la formación pediátrica del estudiante a partir de la articulación e integración de la docencia, la vinculación y la investigación.

Como recomendación hicieron la siguiente:

- Proponer acciones dirigidas al perfeccionamiento del proyecto curricular de la asignatura de Pediatría como eje articulador, que permite lograr una mejor integración de sus unidades temáticas, con la competencia de asistencia pediátrica integral y el método formativo propuesto.

De estos resultados se puede inferir que el modelo y la estrategia fueron valorados de **Muy y Bastante Adecuados** por los 30 expertos seleccionados, lo cual demuestra el grado de pertinencia, relevancia y significación práctica que puede tener su introducción en la enseñanza de la Pediatría que se lleva a cabo en el proceso de formación profesional de los estudiantes de la carrera de Medicina.

Una vez tomadas en cuenta las recomendaciones realizadas por los expertos se realizó un cuasiexperimento con el objetivo de constatar la factibilidad de la estrategia y el modelo que se aportan en la presente investigación.

### **3.2 Cuasiexperimento pedagógico. Resultados obtenidos.**

Se considera en esta investigación que el desarrollo del cuasiexperimento pedagógico es un recurso que permite la constatación en la práctica de los resultados investigativos y que se puede combinar con los resultados obtenidos del diagnóstico realizado y el consenso del criterio de experto.

De ahí se asume que “los cuasiexperimentos son como experimentos de asignación aleatoria en todos los aspectos, excepto en que no se puede presumir que los diversos grupos de tratamiento sean inicialmente equivalentes dentro de los límites del error muestral” (Cook y Campbell, 2006, pp.33) <sup>28</sup>.

El cuasiexperimento pedagógico elaborado se corresponde con el tipo 9, según la clasificación de los diseños experimentales, a decir de Cook y Campbell (2006). En este se utiliza un grupo experimental y otro de control. Los estudiantes se seleccionan de forma intencional, como se organizan en la escuela.

El **objetivo** del cuasiexperimento es obtener evidencias que demuestren que la estrategia, sustentada en el modelo de formación pediátrica del estudiante de la carrera de Medicina, produce mejores resultados en su desempeño profesional en la asistencia pediátrica integral del niño y su familia.

Para realizar el cuasiexperimento se seleccionaron dos muestras de grupos de 30 estudiantes de 7. año de la Facultad de Medicina de la Uleam, uno denominado grupo de control ( $X_1$ ) y el otro denominado grupo de experimento ( $X_2$ ).

Se tomó como escenario para la introducción de la estrategia al proceso de enseñanza – aprendizaje que se desarrolla en la asignatura de Pediatría.

Los estudiantes del grupo de control desarrollaron su proceso de formación pediátrica mediante la vía tradicional; mientras que los estudiantes del grupo de experimento llevaron a cabo este proceso mediante la aplicación de las acciones propuestas en la estrategia.

Los criterios de inclusión muestral para la selección de los dos grupos fueron los siguientes: La caracterización psicopedagógica de los estudiantes; los resultados del estado de la formación pediátrica de los estudiantes de ambos grupos; la preparación metodológica de los docentes responsabilizados con la aplicación de la estrategia, así como las condiciones higiénico-ambientales de los salones de clases de ambos grupos.

Sobre esa base se hizo la selección de los dos grupos que se sometieron al experimento pedagógico, garantizando que existiera una paridad entre ellos, para evitar que uno fuera superior al otro. De esa forma se evita que se vicie la muestra, lo cual pudo haber afectado la seriedad y efectividad de los resultados obtenidos en la investigación.

Para la realización del cuasiexperimento pedagógico se operacionalizaron las variables dependiente e independiente, las cuales se muestran en el anexo 9.

Por otra parte, se procedió a realizar un ciclo de talleres de reflexión crítica con los docentes de la asignatura de Pediatría con el objetivo de socializar la propuesta del modelo y la estrategia.

### **Talleres de reflexión crítica**

Se realizó un ciclo de cuatro talleres de reflexión crítica:

Taller 1. La formación pediátrica del Médico. Referentes teóricos.

Taller 2. Modelo de formación pediátrica de los estudiantes de la carrera de Medicina

Taller 3. Estrategia para la formación pediátrica de los estudiantes de la carrera de Medicina.

A continuación presentamos sus resultados más significativos:

En el primer taller se debatieron y socializaron los fundamentos teóricos abordados en el capítulo 1 acerca de la formación pediátrica de los estudiantes de la carrera de Medicina, por medio del cual los docentes valoraron los fundamentos filosóficos, pedagógicos, didácticos, sociológicos y psicológicos que lo fundamentan desde las ciencias pedagógicas.

Por otro lado, se analizaron la diversidad de modelos de atención integral pediátrica (ver anexo 1) con los cuales se arribó al consenso de que estos se incorporaran como parte de los contenidos de la asignatura de Pediatría, ya que le permite ampliar la cultura de los estudiantes y por tanto el desarrollo de su competencia para el desarrollo de la atención integral pediátrica.

El segundo taller de reflexión crítica estuvo dirigido a valorar el modelo de formación pediátrica de los estudiantes de la carrera de Medicina.

Se explicaron aspectos sobre el concepto de modelo, sus rasgos característicos, las dimensiones que lo conforman, así como la estructura de relaciones que fundamentan desde las ciencias pedagógicas la formación pediátrica de los estudiantes de la carrera de Medicina.

En los debates y reflexiones realizados se hizo énfasis en la definición del modelo, sus rasgos característicos a partir de los puntos de contacto y aspectos que lo diferencian de otros modelos existentes para la formación de competencias profesionales en los contextos universitarios que se han aportado, así como en la socialización de los componentes que lo estructuran y fundamentan desde las ciencias pedagógicas.

Como aspectos favorables consideraron que:

- El modelo que se presenta es de singular importancia para la carrera de Medicina, el cual ha sido construido sobre sólidas bases científicas que responden a posiciones epistemológicas que permiten orientar la formación pediátrica, toda vez que se favorece una interiorización y transformación en este posicionamiento, al considerar sus posibilidades y realidades constructivas y creadoras.
- Está estructurado por dimensiones que ofrecen una nueva dirección del proceso de formación pediátrica de los estudiantes de la carrera de Medicina a partir de reconocer la relación que se produce entre la interiorización de los saberes pediátricos, con sus significados y experiencias formativas y la profundización y sistematización de la práctica, a través de su desempeño.
- Resulta interesante y de extraordinario valor científico, la propuesta de la competencia de asistencia pediátrica integral y del método formativo pediátrico para su desarrollo desde la docencia que se realiza en la asignatura de Pediatría y las prácticas pre-profesionales que efectúan los estudiantes en las unidades docentes y asistenciales de salud intra y extrahospitalarias.
- Significativo resulta también el establecimiento de la relación entre el método clínico y el método de enseñanza de la Pediatría, aspecto no sistematizado durante la formación pediátrica que se realiza con los estudiantes de la carrera de Medicina en el Ecuador.
- Se valoró de muy significativo el reconocimiento que se realiza acerca de la sistematización integradora de la formación pediátrica, la cual está dinamizada por el método formativo pediátrico que permite el desarrollo de la competencia de asistencia pediátrica integral, desde la unidad de lo instructivo, lo educativo y lo desarrollador.
- Por otro lado, reconocieron la dimensión de profesionalización formativa pediátrica como algo que era necesario y de utilidad para lograr la formación pediátrica de un Médico en correspondencia con las exigencias del perfil del egresado de la carrera de Medicina.

- Valoraron de muy novedoso la incorporación del método clínico desde un enfoque didáctico y profesional, que le permitirá a los estudiantes la generación de aprendizajes significativos, que les sirven para la integración de conocimientos inherentes a las áreas que aportan a la formación pediátrica y al concebirlo desde la asignatura Pediatría, a partir de la integración académica que se produce entre la asignatura de Pediatría con la diversidad curricular de las demás áreas de la carrera de Medicina y su salida mediante la práctica hospitalaria médica (salida al componente laboral) y la investigación, aspecto que no había sido abordado desde el proceso de enseñanza – aprendizaje de dicha asignatura y que por tanto constituye una novedad.

En el tercer taller de reflexión crítica se valoró la propuesta de la estrategia para la formación pediátrica del estudiante de la carrera de Medicina.

Se analizaron los referentes teóricos de estrategia asumidos, la argumentación de su carácter didáctico, así como las acciones concebidas en cada una de sus etapas y su relación con el modelo.

De las valoraciones realizadas se pudieron constatar criterios favorables que dan cuenta de su novedad y utilidad en la práctica formativa del estudiante de la carrera de Medicina.

Entre los principales criterios favorables obtenidos respecto a la estrategia se significan los siguientes:

- Se reconoció como algo favorable y novedoso que la estrategia combina las acciones instructivas, educativas y desarrolladoras, donde se perfila un aprendizaje flexible, activo e innovador para la formación pediátrica del estudiante por medio de la integración de lo académico con lo laboral y lo investigativo, orientado a propiciar el desarrollo de la competencia de asistencia pediátrica integral.
- Las acciones propuestas que se proponen en cada una de sus etapas expresan la movilidad y sinergia de las relaciones esenciales entre ellas y con las dimensiones evidenciadas en el modelo.
- Las acciones de la estrategia implican de manera consciente y motivada al estudiante en el proceso de formación pediátrica, a partir de promover la interiorización de los saberes pediátricos, con sus

significados y experiencias formativas y la profundización y sistematización de la práctica, a través del desempeño en las unidades docentes y asistenciales de Salud.

- Se significa la dinámica del proceso de formación pediátrica a partir de la combinación del estudio de caso clínico y el método clínico en su doble intencionalidad, didáctica y profesional, como mediadores que promueven la formación de las competencias necesarias para el buen desempeño del estudiante durante la asistencia pediátrica integral.
- Las acciones concebidas permiten atender las principales causas, barreras y factores que limitan la formación pediátrica en el estudiante de la carrera de Medicina tomando como eje articulador a la asignatura de Pediatría.
- La aplicación de las acciones favorece los aprendizajes de saberes para lograr la asistencia pediátrica integral del niño y la familia, como nueva cualidad que connota las competencias inherentes a este proceso, dinamizados por el método formativo pediátrico y la unidad entre lo instructivo, lo educativo y lo desarrollador que distingue al proceso de formación profesional del estudiante de Medicina.
- La aplicación de la estrategia en sentido general propicia cambios cualitativos en los protagonistas del proceso, a partir de las interacciones dinámicas que se establecen en el proceso formativo, mediante las actividades académicas, prácticas e investigativas que realizan los docentes, estudiantes y tutores tanto en la docencia que desarrollan en la universidad como durante las prácticas pre-profesionales que realizan en las unidades docentes y asistenciales intra y extrahospitalarias.

Sobre la base de los criterios favorables obtenidos en los talleres de reflexión crítica realizados, se procedió a aplicar la estrategia tomando como eje articulador a la asignatura de Pediatría.

Para su aplicación se realizaron las siguientes acciones de aseguramiento:

Se determinó la competencia de asistencia pediátrica integral y el estado real de su desarrollo en los desempeños profesionales de los estudiantes, a partir de considerar sus potencialidades y necesidades,

los saberes establecidos en el sílabo de la asignatura de Pediatría, el contexto práctico de la atención primaria de salud y extra e intra hospitalaria, y los indicadores del anexo 9 (ver variable dependiente).

Posteriormente se procedió a la planificación y organización de la formación pediátrica a desarrollar en los estudiantes, teniendo en cuenta las acciones propuestas en la estrategia, a partir de tener en cuenta las dimensiones de profesionalización e interacción de la formación pediátrica, con las competencias que singularizan este proceso y los indicadores establecidos en el anexo 9 (ver variable independiente).

Posteriormente se procedió a la implementación formativa pediátrica, considerando la sistematización del proceso, en su dinámica interna según el método formativo pediátrico.

Durante la aplicación de la estrategia en los estudiantes del grupo de experimento se pudo constatar **transformaciones significativas** en el **proceso** de formación pediátrica de los estudiantes de la carrera de Medicina, las cuales se centran en los aspectos siguientes:

- Se sistematizó el enfoque de formación profesional basada en competencias, centrado en el desarrollo de la competencia para la asistencia pediátrica integral del niño y su familia desde el diagnóstico individual y colectivo del grupo estudiantil.
- Se introduce el método formativo pediátrico como elemento que establece la dinámica del proceso, el cual revela como novedad la referida al desarrollo de la competencia de asistencia pediátrica del niño y su familia, a partir de la articulación e integración de la docencia, la vinculación y la investigación, desde la unidad de lo instructivo, lo educativo y lo desarrollador.
- Se logró una adecuada secuenciación metodológica del contenido de la asignatura Pediatría, en coherencia con los casos clínicos modelados, con niveles de profundidad y creatividad en el análisis y valoración de su interpretación y resolución desde la lógica y exigencias del acto médico pediátrico.
- Se desarrollaron situaciones problémicas que se pueden presentar en el proceso de asistencia pediátrica integral del niño y la familia, por medio de las cuales los estudiantes expresaron un

proceder con ética, de manera eficiente y con calidad, en el cual la inclusión, la equidad y la interculturalidad se develaron en el acto médico pediátrico que estos realizaron en las unidades docentes y asistenciales intra y extrahospitalarias.

- Se modificaron las concepciones convencionales de las actividades teórico – prácticas que se realizan en la asignatura de Pediatría, desde una concepción más integradora, que permitieron su ejecución a partir de propiciar una integración entre la interacción dinámica de conocimientos, habilidades, valores y actitudes, propias de las exigencias de la asistencia pediátrica integral.
- Se establecieron relaciones interdisciplinarias con las áreas de Ginecología y Obstetricia, Clínica Médica, Cirugía y la Salud Pública, que les permitió a los estudiantes valorar el significado y sentido profesional que tienen dichos contenidos durante su desempeño como Médico General.
- Se estimuló un adecuado proceso de autoevaluación, coevaluación y heteroevaluación de la formación pediátrica entre los estudiantes a partir de la socialización y las experiencias que fueron alcanzando durante los análisis de discusión de casos clínicos reales y simulados.

Se pudo valorar como parte del control realizado a la variable independiente (ver anexo 9), que la aplicación de las acciones de la estrategia en cada una de sus etapas han sido **favorables**.

En esta parte es oportuno acotar que en los estudiantes del grupo de control que desarrollaron su proceso de formación pediátrica mediante las vías tradicionales, es decir, por medio de la docencia centrada en el desarrollo de habilidades para la asistencia pediátrica integral, se apreciaron también transformaciones cualitativas en dicho proceso centradas en los aspectos siguientes:

- Se apreció un nivel científico actualizado del contenido que imparte el docente, mediado por la adecuada comunicación y socialización alumno-alumno y docente-alumno durante todo el proceso.
- Se logró un adecuado tratamiento al carácter instructivo, educativo y desarrollador del proceso pero tomando como centro al saber hacer, es decir, al desarrollo de habilidades para la asistencia

pediátrica integral.

- Se logró favorecer el tránsito del estudiante desde la apropiación de los saberes pediátricos hacia su aplicación a la solución de problemas que se presentan en los procesos de asistencia pediátrica.
- Se estimuló un adecuado tratamiento al pensamiento lógico del estudiante, así como el establecimiento de relaciones interdisciplinarias con otras áreas de la Medicina.

Una vez culminada el año de estudios, es decir, el período de aplicación de la estrategia propuesta en los estudiantes del grupo de experimento y el desarrollo de la asignatura de Pediatría en los estudiantes del grupo de control, se procedió a aplicar una prueba pedagógica (ver anexo 10) para constatar el estado de su desempeño profesional en la asistencia pediátrica integral del niño y su familia como vía para constatar de forma práctica su factibilidad.

En la siguiente tabla se muestra el resultado comparativo obtenido entre ambos grupos:

Tabla 16. Estado del desempeño profesional demostrado por los estudiantes en la asistencia pediátrica integral del niño y su familia.

Escalas evaluativas	Grupo de experimento (X <sub>1</sub> )		Grupo de control (X <sub>2</sub> )		Total
	Cantidad	%	Cantidad	%	
<b>Muy buena</b>	9	30,0	3	10,0	12
<b>Buena</b>	16	53,3	8	26,6	24
<b>Regular</b>	3	10,0	13	43,3	16
<b>Deficiente</b>	2	6,7	6	20,1	8
<b>Total</b>	30	100	30	100	60

El resultado mostrado en la tabla se comporta en la forma siguiente:

De los 30 estudiantes del grupo de control (X<sub>2</sub>):

- Tres fueron evaluados de muy bien para un 10,0%
- Ocho fueron evaluados de bien para un 26,6%
- 13 fueron evaluados de regular para un 43,3%

- Seis fueron evaluados de deficiente para un 20,1%

De los 30 estudiantes del grupo de experimento ( $X_1$ ):

- Nueve fueron evaluados de muy bien para un 30,0%
- 16 fueron evaluados de bien para un 53,3%
- Tres fueron evaluados de regular para un 10,0%
- Dos fueron evaluados de deficiente para un 6,7%

Si se efectúa una comparación entre ambos grupos se pueden realizar las siguientes interpretaciones:

- Tres estudiantes del grupo de control manifestaron en su desempeño una formación pediátrica muy buena; mientras que nueve estudiantes del grupo de experimento manifestaron una formación pediátrica en la categoría de muy buena.
- Ocho estudiantes del grupo de control manifestaron en su desempeño una formación pediátrica buena; mientras que 16 estudiantes del grupo de experimento manifestaron una formación pediátrica buena.
- 13 estudiantes del grupo de control manifestaron en su desempeño una formación pediátrica regular; mientras que solo tres estudiantes del grupo de experimento manifestaron una formación pediátrica en la categoría de regular.
- Seis estudiantes del grupo de control manifestaron en su desempeño una deficiente formación pediátrica; mientras que solo dos estudiantes del grupo de experimento manifestaron una deficiente formación pediátrica.

Como puede apreciarse en el grupo de experimento ( $X_1$ ) se obtuvieron mejores resultados en el desempeño profesional demostrado por los estudiantes en la asistencia pediátrica integral del niño y su familia, con respecto al demostrado por los estudiantes del grupo de control ( $X_2$ )

Con el objetivo de constatar si las diferencias obtenidas en el estado del desempeño profesional en la asistencia pediátrica integral del niño y su familia que demostraron los estudiantes del grupo de

experimento con respecto a los del grupo de control fueron significativas o no, se aplicó la prueba Chi-Cuadrado ( $X^2$ ) según propuesta realizada por Moráguez (2006) <sup>(29)</sup>, teniendo en cuenta los siguientes criterios que establece la estadística:

Se trabajó a un 95% de confianza; asumiendo un grado de grado de significación de  $\alpha = 0,05$ ;

Se trazaron las siguientes hipótesis de trabajo:

**Hipótesis de nulidad ( $H_0$ ):**

Los estudiantes de la carrera de Medicina del grupo de control ( $X_2$ ) y experimento ( $X_1$ ) presentan resultados iguales en cuanto a su desempeño profesional en la asistencia pediátrica integral del niño y su familia. ( $X_1 = X_2$ )

**Hipótesis alternativa ( $H_1$ ):**

Los estudiantes de la carrera de Medicina del grupo de experimento ( $X_1$ ), presentaron mejores resultados durante su desempeño profesional en la asistencia pediátrica integral del niño y su familia con respecto a los estudiantes del grupo de control ( $X_2$ ) ( $X_1 > X_2$ ).

Se asumió la siguiente condición estadística para la aceptación o rechazo de la hipótesis de la investigación:

Si  $p(X^2) > \alpha$ ; se acepta a  $H_0$ ;

Si  $p(X^2) \leq \alpha$ ; se acepta a  $H_1$

En el anexo 11 se resume el resultado de la prueba chi-cuadrado ( $X^2$ ), el cual demostró que el valor probabilístico es de  $p(X^2) = 0.023$  que está por debajo del grado de confiabilidad asumido que es  $\alpha = 0,05$ , por lo que se cumple la segunda condición, es decir:

$$p(X^2) < \alpha$$

$$0,023 < 0,05$$

Por tanto se acepta a  $H_1$  y se rechaza a  $H_0$ , lo cual quiere decir que los estudiantes del grupo de experimento presentaron un mejor desempeño profesional en la asistencia pediátrica integral del niño y su familia, con respecto a los estudiantes del grupo de control, aspecto que permite probar la hipótesis de la investigación.

Como principales **transformaciones cualitativas** alcanzadas en la formación pediátrica de los estudiantes se ha podido constatar que estos han mejorado en la realización de análisis de los problemas generales de la Pediatría, integrándose dentro del equipo de atención médica mediante una relación médico-paciente-familia-comunidad orientada por un criterio de formación profesional basado en virtudes éticas, deontológicas, vocación de servicio y sensibilidad humana y desarrollando niveles crecientes de autonomía en el aprendizaje y visión de liderazgo a nivel nacional.

Por otro lado, en su desempeño profesional en la asistencia pediátrica integral del niño y su familia, manifestaron las siguientes **mejoras** (transformaciones cualitativas, según indicadores utilizados en el control de la variable dependiente, ver anexo 9):

- Ejecutaron con mayor efectividad la atención inmediata al recién nacido normal en sala de partos
- Reconocen de manera más rápida al recién nacido que requiere reanimación.
- Atienden correctamente al recién nacido deprimido y aplica la ventilación asistida con bolsa y máscara en caso necesario.
- Reconocen y manejan correctamente los problemas más frecuentes en recién nacidos (ictericia neonatal, dificultad respiratoria e infección neonatal).
- Evidenciaron mejoras significativas en la realización del examen clínico, la identificación sindrómica, el diagnóstico diferencial y el manejo del niño mal nutrido leve moderado y severo, así como del niño con anemia.
- Son capaces de reconocer y manejar correctamente casos de ganancia inadecuada de peso en niños

amamantados.

- Realizan con mayor efectividad el control del crecimiento y desarrollo del niño considerando los siguientes rubros: requerimientos nutricionales en las diferentes etapas de alimentación infantil, Crecimiento, desarrollo y detección de alteraciones en el mismo, vacunas.
- Brindan información completa referente a la alimentación del recién nacido.
- Realizaron el diagnóstico pediátrico del paciente teniendo en cuenta el método clínico.
- Mejoraron en la ejecución de esquemas de tratamiento pediátrico adecuado
- Evidenciaron en su desempeño profesional mejoras para emprender, realizar, interpretar, aplicar y explicar los procedimientos diagnósticos y terapéuticos inherentes al ejercicio profesional de la Pediatría preventiva, clínica y social, en instituciones públicas o privadas de carácter hospitalario o extrahospitalario (Atención Primaria).
- Realizaron acciones más efectivas y eficaces para el seguimiento y control de la paciente posterior al tratamiento pediátrico realizado.
- Mejoraron en el uso de métodos de investigación durante la asistencia pediátrica del niño y su familia.
- Fueron capaces de llevar a cabo una evaluación de la evolución retrospectiva del estado de salud de la paciente, a partir de tener en cuenta la relación médico – paciente – familia y la comunidad.
- Desarrollaron acciones más efectivas sobre prevención y promoción para la salud.
- Proponen acciones más efectivas para la rehabilitación del niño y su familia.
- Manifestaron valores profesionales tales como: pericia, confidencialidad, ética médica, laboriosidad, responsabilidad, trabajo en equipo, emprendimiento y sensibilidad humana durante su interacción con el niño, su familia y la comunidad.

Con ello concluye la presentación de los resultados obtenidos con la aplicación de la estrategia que se aporta en la presente investigación.

### CONCLUSIONES DEL CAPÍTULO 3

Atendiendo al resultado alcanzado durante el proceso de valoración de la experiencia en la aplicación de la estrategia presentada en este capítulo, se pueden realizar las conclusiones siguientes:

1. La aplicación del criterio de expertos demostró que el modelo y la estrategia de formación pediátrica del estudiante de la carrera de Medicina, se valoran de Muy Adecuados, dado al consenso arribado por parte de los expertos respecto a sus componentes, acciones y las relaciones de coordinación y subordinación entre cada uno de ellos.
2. El cuasiexperimento pedagógico aplicado para la valoración de la efectividad de la estrategia durante su aplicación en los estudiantes del grupo experimental, demostró por medio de la prueba estadística Chi-Cuadrado ( $X^2$ ) que con su aplicación se logran mejores resultados en su desempeño profesional en la asistencia pediátrica integral del niño, la niña y su familia como evidencia de la formación pediátrica alcanzada.
3. La combinación de los resultados del criterio de expertos y el cuasiexperimento pedagógico, permiten plantear que el modelo de formación pediátrica en los estudiantes de la carrera de Medicina y la estrategia para la instrumentación práctica, son pertinentes y contribuyen a resolver las limitaciones que evidencian los estudiantes en el desempeño profesional para la asistencia pediátrica integral del niño y su familia, quedando de esta forma probada por medio de la prueba Chi-Cuadrado ( $X^2$ ) a un 95,0% de confianza, la hipótesis de la investigación.

## CONCLUSIONES

Atendiendo al proceso investigativo realizado, se arribaron a las conclusiones generales siguientes:

1. La formación pediátrica del estudiante de la carrera de Medicina, aunque se fundamenta en el enfoque de formación profesional basado en competencias, carece del establecimiento de la competencia profesional que la tipifica y confiere su identidad, así como de un método que revele una vía para su desarrollo a partir de integrar y articular la docencia que recibe el estudiante en la asignatura de Pediatría, las prácticas que realizan en las unidades docentes y asistenciales de salud y el trabajo en la comunidad, así como el desarrollo de la investigación sobre la base de la unidad de lo instructivo, lo educativo y lo desarrollador.
2. La evolución y desarrollo histórico de la formación pediátrica del estudiante de la carrera de Medicina durante su proceso formativo ha transitado por tres etapas que van desde su surgimiento y desarrollo de un enfoque basado en habilidades, hasta la aplicación en la época actual de un enfoque más integrador basado en el desarrollo de competencias, a partir de lograr una mayor vinculación entre la docencia, la vinculación y la investigación.
3. Los estudiantes de la carrera de Medicina de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí del Ecuador presentan insuficiencias en su formación pediátrica, significadas por las dificultades manifiestas para el diagnóstico, tratamiento terapéutico, seguimiento, control, evaluación retrospectiva del niño o la niña, la familia y la comunidad y su rehabilitación, lo que afecta su desempeño en la asistencia integral del niño y su familia.

4. El modelo de formación pediátrica de los estudiantes de la carrera de Medicina y la estrategia para su concreción práctica, ofrece las dimensiones y las acciones a seguir para tales efectos, basado en las relaciones que se producen entre la dimensión de profesionalización formativa pediátrica y de interacción formativa pediátrica, de las cuales se determina la competencia de asistencia pediátrica integral y el método formativo pediátrico para su desarrollo, como síntesis de la sistematización integradora de la docencia, la vinculación y la investigación, a partir de la unidad del carácter instructivo, educativo y desarrollador de dicho proceso formativo.
5. La triangulación realizada de los resultados obtenidos con la aplicación de la estrategia mediante el criterio de expertos y el cuasiexperimento pedagógico, permitió constatar la existencia de mejoras en el desempeño profesional de los estudiantes de la carrera de Medicina de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, durante la asistencia pediátrica integral del niño y su familia, aspecto que permitió probar a un 95,0% de confiabilidad, la hipótesis de la investigación.

## RECOMENDACIONES

Culminado este proceso de investigación, se hacen las siguientes recomendaciones:

1. Realizar investigaciones encaminadas a los siguientes aspectos:
  - La evaluación de la formación pediátrica que alcanzan los estudiantes desde la estimulación de la autoevaluación y la coevaluación estudiantil.
  - El desarrollo de la competencia de asistencia pediátrica integral durante la etapa de formación profesional de postgrado como Especialista en Pediatría.
  - La motivación profesional de los estudiantes de la carrera de Medicina por el área de Pediatría.
2. Elaborar materiales de consulta bibliográfica, como forma de introducción del modelo y la estrategia para ser utilizado como medio de capacitación a los docentes que garantice su aplicación de manera continua y sistemática.
3. Aplicar la estrategia en correspondencia con el diagnóstico de los estudiantes de la carrera de Medicina y las condiciones en las cuales se desarrolla el proceso de formación profesional.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ULEAM (2012). *Proyecto de implementación del nuevo diseño curricular de las carreras de la facultad de Medicina basado en competencias y créditos*. [Manta]: Asesores.
2. WFME (2004). *Estándares Globales en Educación Médica*. Soporte digital.
3. Tejeda, R. y Sánchez, P. (2012). *La Formación basada en competencias profesionales en los contextos universitarios*. Manta, Manabí, Ecuador: Mar Abierto.
4. Pupo, R. (1990). *La actividad como categoría filosófica*. La Habana: Ciencias Sociales.
5. Martínez, O. (2014). *Fundamentos sociológicos de la formación laboral*. Soporte digital. Universidad de Holguín, Holguín.
6. Vigostky, L. (1987). *Historia del desarrollo de las funciones psíquicas superiores*. La Habana: Científico Técnica.
7. Rico, P. (2003). *Aprendizaje en condiciones desarrolladoras*. Soporte digital. Instituto Pedagógico Latinoamericano y Caribeño, La Habana.
8. Addine, F. (2002). *Los principios, para la dirección del proceso pedagógico*. En compendio de Pedagogía. La Habana: Pueblo y Educación.
9. Abreu, R. y Soler, J. (2014). *Didáctica de la Educación Técnica y Profesional*. Soporte digital. ISPETP, La Habana.
10. CEAACES (2014). *Modelo para la evaluación de las carreras de Medicina*. Soporte digital, Ecuador.
11. Fuentes, H. (2000). *Modelo curricular con base en competencias profesionales*. Soporte digital. Universidad de Oriente, Santiago de Cuba.
12. Flexner A. (2010). *Medical education in the United States and Canadá. A report to the Carnegie Foundation*. Nueva York, 1910. Swanwick, T. (ed.). (2010). *Understanding medical education: evid*. Recuperado de: <http://www.daewon.mec.es/documentos/012201020072178.pdf>

13. Crespo, M. (1997). *La formación de especialistas en Pediatría*. Soporte digital, La Habana, Cuba.
14. Tejada, R. (2011). *Las competencias y su relación con el desempeño y la idoneidad profesional*. Publicado en *Revista Iberoamericana de Educación*. Vol. 55/4 pp. 1-12.  
<http://search.proquest.com/ibero.edu/87654320359?accountid=14475>
15. Cortijo, R. (1996). *Didáctica de las ramas técnicas: una alternativa para su desarrollo*. Soporte digital. Instituto Superior Pedagógico para la educación Técnica y Profesional Héctor A. Pineda Zaldívar, La Habana.
16. Castellanos, D. y otros (2001). *Hacia una concepción del aprendizaje desarrollador*. Colección proyectos. Soporte digital. ISPEJV, La Habana, Cuba
17. Forgas, M. (2008). *Modelo didáctico de la dinámica del proceso de formación profesional basado en competencias en el contexto laboral- profesional*. (Tesis doctoral). Instituto Superior Pedagógico Frank País García, Santiago de Cuba.
18. Aguilera, A. (2009). *La Educación Ambiental de los profesionales en formación de la carrera Licenciatura en Educación especialidad Mecánica*. (Tesis doctoral). Instituto Superior Pedagógico José de la luz y Caballero, Holguín.
19. Calvo, D. (2006). *Modelos teóricos y representación del conocimiento. Memoria para optar al grado de doctor*. Soporte digital. Universidad Complutense de Madrid.
20. Colunga, S. (2006). *La modelación, los modelos y su importancia para las ciencias de la educación*. Soporte digital. Universidad de Camagüey Ignacio Agramonte y Loynaz, Camagüey.
21. Bretón, O. y Álvarez, R. (1985). *La teoría de sistemas. Rasgos que la caracterizan*. Soporte digital.
22. Castro, V. (1989). *El enfoque sistémico en los medios de enseñanza*. Revista Cubana Educación Médica Superior, 4 (1). Recuperado de:  
<http://www.edumed.mec.es/documentos/012201020072178.pdf>

23. Afanasiev V. *El enfoque sistémico aplicado al conocimiento social*. Revista de Ciencias Sociales. URSS 1979.
24. Tejada, R. (2012). *El aporte teórico en investigaciones asociadas a las Ciencias Pedagógicas*. Soporte digital. Universidad Oscar Lucero Moya, Holguín. Cuba
25. Rodríguez, M. (2008). *La estrategia como resultado científico de la investigación educativa*. Soporte digital. Centro de Ciencias e Investigaciones Pedagógicas. La Habana: UCP "Félix Varela"; 2008.
26. Marimón, J. y otros. (2010). *Estrategias y estrategia: un breve recorrido para caracterizar la presencia del término en la literatura pedagógica y una aproximación a sus peculiaridades como resultado científico de la investigación educativa*. Soporte digital, La Habana, Cuba.
27. Moráguez, A. (2006). *El método DELPHI*. Soporte digital. Instituto Superior Pedagógico José de la Luz y Caballero, Holguín.
28. Cook, T. y Campbell, D. (2006). *The causal assumptions of quasi-experimental practice*. Synthese, 68, 141-180. Soporte digital.
29. Moráguez, A. (2006). *La prueba chi-cuadrado ( $X^2$ )*. Soporte digital. Instituto Superior Pedagógico José de la Luz y Caballero, Holguín.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Abreu, R. y Soler, J. (2014). *Didáctica de la Educación Técnica y Profesional*. Soporte digital. ISPETP. La Habana.
2. Acosta G. y Rosado G. (2009). *La Reforma de Salud Analizada a la luz del modelo de Elite y del modelo de procesos*. Soporte digital. México.
3. Addine, F. (2002). *Los principios, para la dirección del proceso pedagógico*. La Habana: Pueblo y Educación.
4. Addine, F. y otros (1999). *Didáctica y optimización del proceso de enseñanza-aprendizaje*. Soporte digital. Instituto Pedagógico Latinoamericano y Caribeño, La Habana.
5. Afanasiev, V. (1979). *El enfoque sistémico aplicado al conocimiento social*. Rev Cienc Soc. URSS 1979
6. Aguilera, A. (2009). *La Educación Ambiental de los profesionales en formación de la carrera Licenciatura en Educación especialidad Mecánica*. (Tesis doctoral). Instituto Superior Pedagógico José de la luz y Caballero, Holguín.
7. Alcorcón, J. (2005). La salud de la infancia y el pediatra en el sistema sanitario francés: Rev Pediatr Aten Primaria. 2005;7:303-319
8. Alessandra, S. y Vera, R. (2008). *Primera Infancia Mejor PIM*. Soporte digital.
9. Alfaro, M. (1990): "Aspectos prácticos del proceso de programación y evaluación". Documentación Social. Nº 81. Madrid.
10. Alonso, L. Nyssen, J. (2009). *El debate sobre las competencias y su evaluación. Una investigación cualitativa en torno a la educación superior y el mercado de trabajo en España*. Madrid: ANECA.

11. Alonso, L. (2007). *La formación de competencias laborales en los estudiantes de técnico medio en Mecánica Industrial durante el periodo de prácticas pre-profesionales*. (Tesis Doctoral). Instituto Superior Pedagógico José de la Luz y Caballero, Holguín.
12. Alonso, L. (2010). *Los problemas profesionales*. Soporte digital. Centro de estudios para la formación laboral. Universidad de Ciencias Pedagógicas José de la Luz y Caballero, Holguín.
13. \_\_\_\_\_. (2011). *La dinámica y evaluación de las competencias profesionales*. Soporte digital. Universidad de Ciencias Pedagógicas José de la Luz y Caballero, Holguín.
14. Álvarez, C. (1995). *La escuela en la vida*. La Habana: Pueblo y Educación.
15. Álvarez, R. (1997). *La evaluación educativa. Hacia un currículo integral y flexible*. Soporte digital. – Universidad de Oriente, Santiago de Cuba.
16. Alves, G. y Falleiros, D. (2007). *Atención a la salud del niño en Brasil: aspectos de la vulnerabilidad programática y de los derechos humanos*. Soporte digital. Universidad de Sao Paulo, Brasil.  
Recuperado de: [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)
17. ANECA (2005). *Libro Blanco del título de Grado en Pedagogía y Educación Social*. Recuperado de: [http://www.aneca.es/activin/docs/libroblanco\\_pedagogia1\\_0305.pdf](http://www.aneca.es/activin/docs/libroblanco_pedagogia1_0305.pdf).
18. ASAMBLEA CONSTITUYENTE (2008). *Constitución del Ecuador*. Recuperado de: <http://www.asambleaconstituyente.gov.ec/>.
19. Association for Computing Machinery (ACM) and IEEE Computer Society, (2008). *Computing Curricula Medical Formation*. Information Technology Volume. Soporte digital.
20. Astudillo, M. (2012). *El proyecto informático en la enseñanza de la Medicina*. Recuperado de: <http://cyta.com.ar/biblioteca/bddoc/bdlibros/proyectoinformatico/libro/>.
21. Ballester, M y otros (2000). *Evaluación por competencias profesionales como ayuda al aprendizaje*. Soporte digital. México.

22. Barba, E. (2000). *Competencias fundamentales – la experiencia canadiense sobre perfiles ocupacionales por competencias fundamentales*. En Lindemann, Hans Jürgen (ed): “Competencias fundamentales, Competencias transversales, Competencias clave. GTZ/INET, Buenos Aires.
23. Barnechea, M. (1992). “¿Y como lo hacen?” *Propuesta de Método de sistematización*. Taller permanente de Sistematización. Soporte digital. CEAAL, Perú.
24. Bastar R. y González, R. (2013). *Concepción didáctica de la estructuración lógica del sistema de habilidades de la asignatura Pediatría*. – Documento en soporte digital. – MINSAP, Cuba
25. Bastero, R. y Anegón, M. (2005). *Pediatría*. Institut Hospitalier Jacques Cartier, Massy, Francia.
26. Baxter. E. y otros (1994). *La escuela y el problema de la formación de hombre*. Instituto Central de Ciencias Pedagógicas. La Habana.
27. Bermúdez, R. y Pérez, L. (2004). *Aprendizaje formativo y crecimiento personal*. La Habana: Pueblo y Educación.
28. Betancourt, J. (1994). *Estrategias para pensar y crear*. La Habana: Edición Academia.
29. Biggs, J. (2004). *Calidad del aprendizaje universitario*. Madrid: Narcea.
30. Boujon Ch. y Quaireau Ch. (1999). *Atención, Aprendizaje y Rendimiento Escolar*. Narcea. Madrid, España.
31. Bretón, C. y Álvarez, M. (1985) *Sistema de medios. Los medios de enseñanza en la educación superior*. Soporte digital. Universidad de La Habana
32. Bretón, O. y Álvarez, R. (1985). *La teoría de sistemas. Rasgos que la caracterizan*. Soporte digital.
33. Cabrera, K. y González, L. (2006). *Currículo universitario basado en competencias y su evaluación*. Barranquilla Colombia: Ediciones Uninorte.
34. Cajide, J. (2004). *Calidad universitaria y empleo*. Madrid: Dykinson, S.L.

35. Calvo, D. (2006). *Modelos teóricos y representación del conocimiento: Memoria para optar al grado de Doctor*. Universidad Complutense de Madrid, España
36. Candevra, R. (2013). *Pedagogía Médica*. Soporte digital.
37. Cañedo, C. y autores, c. d. (2015). *La universidad en el contexto universitario*. Una necesidad actual en el Ecuador. Ecuador: Palibrio.
38. Carceller, B., Barolet, A., Moussa T y Sarquera, M. (2009). *La enseñanza de la Pediatría*. Soporte digital.
39. \_\_\_\_\_. *Cómo llegar a ser un buen pediatra: un equilibrio entre la formación teórica y la formación clínica*: Recuperado de: [http://www. an Pediatría 2009;70:477-87 DOI: 10.1016/j.anpedi.2009.02.003](http://www.anpediatria.org/revista/2009/02/003).
40. Castellanos, D. (1999). *La comprensión de los procesos del aprendizaje: apuntes para un marco conceptual*. Soporte digital. Centro de Estudios Educativos, ISPEJV, La Habana.
41. Castellanos, D. y otros (2001). *Hacia una concepción del aprendizaje desarrollador*. Colección proyectos. Soporte digital. ISPEJV, La Habana, Cuba
42. \_\_\_\_\_. (2003). *Aprender y enseñar en la escuela: Una concepción desarrolladora*. La Habana: Pueblo y Educación.
43. Castillo, A. y Salas, Á. (2003). *Fundamentos conceptuales y operativos del sistema Nacional de Salud y del modelo de atención de Salud de Costa Rica*. Soporte digital.
44. Castro, L. (2013). *Formación médica de pregrado basada en la motivación: la realización de la docencia*: Editorial Universidad Militar Nueva Granada
45. Castro, V. (1989). *El enfoque sistémico en los medios de enseñanza*. Revista Cubana Educación Médica Superior, 4 (1). Recuperado de: <http://www.edumed.mec.es/documentos/012201020072178.pdf>

- 46.CEAACESE. *Modelo para la evaluación de las carreras de Medicina*. Soporte digital.
- 47.CES. (2010). LOES. *Ley Organica de Educación Superior*. Quito, Ecuador: CES.
- 48.CES. (2015). *Reglamento de régimen académico*. Ecuador, Ecuador: CES.
- 49.Colás, P. (2005). *La formación universitaria en base a competencias y su evaluación*. Málaga: Aljibe.
- 50.Colás, P. y otros (1994). *Investigación educativa*. Segunda edición. Ediciones Alfar, S.A. Sevilla, España.
- 51.Colectivo de autores (1984). *Pedagogía*. Ministerio de Educación de Cuba. ICCP.
- 52.Colunga, S. (2006). *La modelación, los modelos y su importancia para las ciencias de la educación*. Soporte digital. Universidad Ignacio Agramonte y Loynaz, Camagüey.
- 53.Coll, C. y otros (2004). *El constructivismo en el aula*. 14ª Edición. Graó. Barcelona, España.
- 54.Collins, B. (2007). *Perspectivas de disseny a l' educatió per competencies*. Ponencia presentada en el Simposio Internacional organizado por CIDUI, Soporte digital. Barcelona: Universidad Politécnica de Cataluña.
- 55.Cook, T. y Campbell, D. (2006). *The causal assumptions of quasi-experimental practice*. Synthese, 68, 141-180.
- 56.Cortijo, R. (1996). *Didáctica de las ramas técnicas: una alternativa para su desarrollo*. Soporte digital. Instituto Superior Pedagógico para la Educación Técnica y Profesional Héctor A. Pineda Zaldívar, La Habana.
- 57.Crespo, D (2009). *La formación del especialista de Pediatría: viejos problemas, nuevos tiempos*. Soporte digital.
- 58.Cristina, M. (2011). *Sistemas de Salud en Sudamérica: Desafíos hacia la integridad y equidad*. Soporte digital.

59. Cruz, A. (2007). *Sistema de competencias profesionales integradas para la especialidad de Otorrinolaringología de la Universidad de Guadalajara*. (Tesis de maestría). Escuela Nacional de Salud Pública, La Habana.
60. Cruz, J. y otros (2012). *Importancia del Método Clínico: Salud Pública*, 38 (3). Recuperado de: Ciudad de La Habana jul.-Sep. 2012, versión On-line ISSN 0864-3466
61. Cruz, O. (2007). *Fortalecimiento de la Integración de la Atención Primaria con otros Niveles de Atención*. Soporte digital.
62. Chávez, J. (2012). *Apuntes para el examen estatal de Pedagogía*. Soporte digital. La Habana.
63. Chávez, J. *Apuntes para la metodología de la investigación educativa*. Soporte digital. Instituto Central de Ciencias Pedagógicas. La Habana, Cuba.
64. DACUM (2006). *Training Information*. Recuperado de: <http://www.dacumohiostate.com/index.htm>.
65. De los Santos, S., Garrido, Solano y Chávez, M. (2004). *Análisis Comparativo de Sistemas Salud Canadá y Cuba. Biomed* 2004;81-91. Recuperado de: <http://www.dacumohiostate./bio.med./=com/index.htm>
66. Desarrollo, S. N. (2014). *Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017*. Quito, Ecuador: Senplades.
67. Domínguez, B. y Valdivia, C. (2012). *La Pediatría de Atención Primaria en el Sistema Público de Salud del siglo XXI*. Informe SESPA 2012. *Gac.Sanit* 2012; 26(S): 82-97. Soporte digital.
68. Domínguez, E. y Zacca, E. (2011). *Sistema de salud de Cuba: Salud Pública*. *Mex* 2011;53 supl 2:S168-S176
69. ENIA (2008). *Estratégica de Infancia y Adolescencia*: Marcelo Setaro, Martín Koolhaas:Montevideo, Uruguay 2008: Políticas de salud para la Infancia y Adolescencia. Soporte digital

70. *Estrategias para desarrollar las competencias para la Salud Pública en la fuerza de trabajo.* – Soporte magnético (2006). (Perú): VIII Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud.
71. Fajardo, G. y Olivares, R. (2010). *Attention to health in Canadá: Revista A perspective*. Vol.6, No 11  
Recuperado de: <http://www.Perspective/interviuw=?es.org/index.htm>
72. Fernández L, (1985). *La dirección con un enfoque sistémico. Metodología de organización de un sistema de dirección*. Soporte digital. Universidad de La Habana
73. Fernández, A. y Llivina, M. (2001). *De la capacidad a la competencia. Fundamentos teóricos*. Órbita, Soporte digital. ISP “Enrique José Varona”, La Habana.
74. Fernández, E. (2009). *Aprendizaje experiencial, investigación-acción y creación organizacional de saber. La formación concebida como una zona de innovación profesional. Formación del profesorado*. Soporte digital.
75. Fernández, J. (1999). *Educación Médica Superior: realidades y perspectivas a las puertas del nuevo milenio*. Material de estudio de la Maestría de Educación Médica. La Habana
76. \_\_\_\_\_. *La ética de la educación médica*. En: Amaro Cano MC. *Ética Médica y Bioética*. Soporte digital. La Habana: Ciencias Médicas.
77. Fernández, S. (2003). *Desarrollo de competencias: ¿de quién o de qué dependen?* Mercer Human. Soporte digital. Resource Consulting, Ciudad México. Recuperado de: <http://www.mercerhr.com.mx/-knowledge/reportssummary.jhtml/dynamics/idcontent/1110145.htm>.
78. Flexner A (2010). *Medical education in the United States and Canadá*. A report to the Carnegie Foundation. Nueva York , 1910. Comentado en: *Educ Méd*, 1999; 2(2):53-60
79. Flórez, R. (2000). *Evaluación Pedagógica y cognición*. Mc Graw Hill. Bogotá, Colombia.

80. Forgas, J. y otros (2005). *La formación de competencias profesionales: Un nuevo enfoque*. Soporte digital. Instituto Superior Pedagógico Frank País García, Santiago de Cuba.
81. Forgas, M. (2008). *Modelo didáctico de la dinámica del proceso de formación profesional basado en competencias en el contexto laboral- profesional*. (Tesis doctoral). Instituto Superior Pedagógico Frank País García, Santiago de Cuba.
82. Foro de Médicos de atención primaria (2011). Recuperado de <http://forointer.index/edumed.co.com.reinter>. Consultado: 13-5-2015
83. Francisco, H. (1994). *La universidad ecuatoriana y el desarrollo científico tecnológico*. Ecuador: Serie debate universitario.
84. Fuentes, H. (2000). *Didáctica de la Educación Superior*. Soporte digital. Santa Fé de Bogotá.
85. \_\_\_\_\_. *Modelo curricular con base en competencias profesionales*. Soporte digital.
86. \_\_\_\_\_. (2005). *Diseño Curricular en la Educación Superior basado en competencias profesionales*. Soporte digital. Universidad de Oriente. Centro de estudios "Manuel F. Grant". Santiago de Cuba.
87. \_\_\_\_\_. (2009). *Pedagogía y Didáctica de la Educación Superior*. Soporte magnético. Universidad de Oriente. Centro de estudios "Manuel F. Grant". Santiago de Cuba.
88. \_\_\_\_\_. (2010). *La formación por competencias en la Educación Superior. Consideraciones desde la formación cultural integral del ser humano*. Soporte digital. Universidad de Oriente. Centro de estudios "Manuel F. Grant". Santiago de Cuba.
89. Galán, A. (2007). *El perfil del profesor universitario. Situación actual y retos de futuro*. Madrid: Ediciones Encuentro.
90. Gimero, J. y otros (2008): *Educación por competencias ¿Qué hay de nuevo?* Madrid. Morata.

91. Gómez, J. (2011). *La Formación de competencias en el técnico de nivel medio superior profesional de la familia de especialidades mecánica a través del tratamiento de problemas técnico-profesionales*. (Tesis doctoral). Universidad de Ciencias Pedagógicas Frank País, Santiago de Cuba.
92. Gómez, O., Becerril, V., Arreola H. y Frenk J. (2011). *Sistema de salud de México*. Salud Pública Mex 2011;53 supl 2:S220-S232. Secretaria de Salud Estados Unidos Mexicanos, Programa Nacional de Salud 2007-2012
93. González, W. (2014): *Atención Primaria de Salud en Acción.- Su contexto histórico, naturaleza y organización en Costa Rica*. Soporte digital, Costa Rica.
94. González, A. (2005). *El Método Delphi y el procesamiento estadístico de los datos obtenidos de la consulta de expertos*. Soporte digital. Instituto Superior Pedagógico José de la Luz y Caballero, Holguín.
95. González, A. y Reinoso, C. (2002). *Nociones de sociología, psicología y pedagogía*. La Habana: Pueblo y Educación.
96. González, C. (1986). *Teoría y práctica de los medios de enseñanza*. La Habana: Pueblo y Educación.
97. González, H. (2011). *Manual para la evaluación del estudiante de la carrera de Medicina. Praxis*. Soporte digital. Barcelona.
98. González, J. y Wagenaar, R. (2003). *Tuning Educational Structures in Europe*. Soporte digital. Universidad de Deusto: Bilbao.
99. González, M. (2002) *La evaluación del aprendizaje*. CEPES. Soporte digital. Universidad de la Habana. Impresión Ligera.
100. Goñi, J. (2005). *El espacio europeo de educación superior, un reto para la universidad*. Barcelona: Ediciones Octaedro.

101. Guillén, G. (2015). *La atención pediátrica integral, como competencia que promueve el buen vivir del niño, la familia y la comunidad*. Revista Did@scalia, 6, (6). Recuperado de: <http://www.ojs.uo.edu.cu/index.php/Didascalia/>
102. \_\_\_\_\_. (2015). *La formación pediátrica en su relación ciencia-ética-sociedad para elevar la calidad en los estudiantes de la carrera de Medicina*. Revista Formación y Calidad Educativa. Recuperado de: <http://www.ojs.uo.edu.cu/index.php/REFCaIE/>
103. \_\_\_\_\_. (2012). Fundamentación de la formación pediátrica en el estudiante de la carrera de Medicina en la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí-Ecuador. Ponencia presentada en el Congreso Internacional Tendencias hacia un nuevo enfoque de Gestión Educativa.
104. \_\_\_\_\_. (2013). La atención pediátrica integral como competencia en el estudiante de la carrera de Medicina. Ponencia presentada en la VI Conferencia Científica Internacional, Holguín, Cuba.
105. \_\_\_\_\_. (2015). La atención pediátrica integral como competencia que promueve el buen vivir del niño, la familia y la comunidad. Ponencia presentada en el Segundo Congreso Internacional "La investigación del Buen Vivir", Manta, Ecuador.
106. Herland, S. (2014). *Documento Autoral de APS en los países de Suramérica: Mapeo y Análisis de los Modelos de Atención Primaria en Salud en los Países de América del Sur*. Soporte digital. Mapeo de la APS en Ecuador.- 2014
107. Hernández, Marcel. (2012). *Importancia del Método Clínico: Salud Pública*. Soporte digital. Ciudad de La Habana jul.-Sep. 2012. Recuperado de: <http://www.org.On-line.salud?org=234>
108. Honhaut, B., Millán, K. y Hanne, A. (2009). Las competencias transversales en la formación de especialistas en Pediatría. Soporte digital.
109. *Investigación, análisis, reducción, priorización y explicación de problemas críticos*. (2008) (Cuba). Módulo de Dirección Universitaria en Salud. Maestría en Educación Médica.

110. Jiménez, J. (2000). Atención pediátrica y sistemas de salud en Chile. Revista de RecistaChil. Pediatría, 71 (5). Recuperado de: [http://www.cis.es/cis/opencm/ES/1\\_recista.=34=/ver.jsp?estudio=8550](http://www.cis.es/cis/opencm/ES/1_recista.=34=/ver.jsp?estudio=8550)
111. Klieme, H.(2008). Assesment of competencies in educacional contexts. Editors. Cambridle (MA): Hobrefe and Huber Dubrismers. Soporte digital.
112. Lachiver, G., et al. (2002). Competency and project-based programs in electrical & computer engineering at the University of Sherbrooke. Canadian Review, 21-24. Recuperado de: [http://www.canadan.interviuw / 4\\_345org.oit?=/education=index](http://www.canadan.interviuw / 4_345org.oit?=/education=index).
113. Larios, H. (2011). *Competencia profesional y competencia clínica*. Soporte digital. UNAM, México.
114. Larrea, E. (2010). *Proyecto de prácticas pre-profesionales*. Soporte digital. Consejo de Educación Superior, Ecuador.
115. \_\_\_\_\_. (2012). *La gestión y evaluación por competencias*. Soporte digital. Consejo de Educación Superior, Ecuador.
116. Lasnier. F. (2000). *Réussir la formation par compétences*. Montreal: Guérin.
117. Leyva, A. (2001). *Modelo para la dinámica del Proceso Educativo de la Disciplina Metodología de la Enseñanza de la Educación Laboral*. (Tesis doctoral). Universidad de Oriente. Centro de estudios "Manuel F. Grant". Santiago de Cuba.
118. Leyva, A. y Mendoza, L. (2005). *Las competencias laborales*. Soporte digital, Instituto Superior Pedagógico José de la Luz y caballero, Holguín.
119. Leyva, A. y otros (2013). *El método instructivo, educativo y desarrollador*. Soporte digital. CENFOLAB, Universidad de Ciencias Pedagógicas José de La Luz y Caballero, Holguín.
120. Maceira, D. (2015). *Estructuras de los Programas de Salud en niñez y adolescencia en América Latina y el Caribe*. Soporte digital, UNICEF.

121. Marimón, J. y otros. (2010). *Estrategias y estrategia: un breve recorrido para caracterizar la presencia del término en la literatura pedagógica y una aproximación a sus peculiaridades como resultado científico de la investigación educativa*. Soporte digital, La Habana.
122. Mariño, M. y otros (2015). *La profesionalización pedagógica de los docentes universitarios: Una experiencia de Cuba y Ecuador*. Soporte digital. Manta
123. Martínez, A. (2003). *Fundamentos conceptuales y operativos del sistema Nacional de Salud y del modelo de atención de Salud de Costa Rica*. Soporte Digital.
124. Martínez, O. (2014). *Fundamentos sociológicos de la formación laboral*. Soporte digital. Universidad de Holguín. CENFOLAB, Holguín.
125. Ministerio de Salud Pública: *Programa de Fortalecimiento de la Estrategia de la Atención Primaria de Salud*. Gobierno de Argentina. Soporte digital.
126. Moráguez, A. (2006). *El método DELPHI*. Soporte digital. Instituto Superior Pedagógico José de la Luz y Caballero, Holguín.
127. \_\_\_\_\_. (2006). *La prueba chi-cuadrado ( $X^2$ )*. Soporte digital. Instituto Superior Pedagógico José de la Luz y Caballero, Holguín.
128. Muench J., Hoffman K., Ponce J., Calderón M., Meenan R. y Fiestas F. (2013). *La atención Primaria en EEUU y la experiencia Peruana en Perspectiva*: Rev. Perú MED Exp Salud Pública. 2013; 30(2); 299 - 302. Recuperado de:  
<http://www.mededu.org=23/lan.per?34=oit>
129. Mulcahy, D. (2000). *Turning the Contradictions of Competente: Competente-Based Training and the Beyond*. Journal of Vocational Education and Training, 52 (2), 259-280. Recuperado de:  
<http://www.training.medica.org/?/234056.cen.can=12?edu>.

130. Ortiz, E. (2001). *Competencias y valores profesionales*. Soporte digital. Universidad "Oscar Lucero Moya", Holguín.
131. \_\_\_\_\_. (2002). *El Peligro del eclecticismo en las investigaciones pedagógicas contemporáneas*. Soporte digital. Universidad "Oscar Lucero Moya", Holguín.
132. Ortiz, E. y Mariño, M. (2011). *La formación de competencias pedagógicas profesionales en estudiantes universitarios*. Revista Pedagogía Universitaria Vol. XVI No. 3 2011. Centro de Estudios sobre Ciencias de la Educación Superior (CECES). Universidad de Holguín Oscar Lucero Moya, Cuba.
133. \_\_\_\_\_. (2012). *Psicodidáctica y Educación Superior. El proceso de enseñanza-aprendizaje universitaria desde una concepción psicodidáctica*. Soporte digital.
134. Ortiz, M., Portuondo, O., Ahuar, L. y Rodríguez, R. (2004). *La Ética y la Enseñanza de la Pediatría* (2004). Soporte digital, La Habana, Cuba.
135. Parente, E. (2012). *Metodología para la evaluación de la formación de las competencias profesionales de los estudiantes de cuarto año de Licenciatura en Higiene y Epidemiología durante la Educación en el Trabajo*. (Tesis de maestría). Universidad de Ciencias Médicas Mariana Grajales Cuello, Holguín.
136. Pérez, E. (2015). *La formación de competencias profesionales en los estudiantes de técnico medio en informática mediante proyectos informáticos*. (Tesis doctoral). Universidad de Ciencias Pedagógicas José de la Luz y Caballero, Holguín.
137. Pérez, R y otros (2006). *Lineamiento Técnico de Salud En la Primera Infancia de Cero a Siempre.- Atención Integral a la primera Infancia*. Soporte digital.
138. Pineda, T. (2013). *La formación en semiología médica*. Soporte digital.

139. *Políticas educativas y desempeño. Una evaluación de impacto de programas educativos focalizados en Ecuador.* (2010) (Ecuador) (2010). Flacso.
140. Puig, W. (1989). *La enseñanza integrada en las ciencias médicas.* Educación Médica Superior, 12 (2). Soporte digital, La Habana, Cuba.
141. Pupo, D. y Hechevarria, J. (2014). *Las características de la formación médica en promoción de salud en Cuba.* Soporte digital.
142. Pupo, R. (1990). *La actividad como categoría filosófica.* La Habana: Ciencias Sociales.
143. CES (2011). Reglamento General de la Ley Orgánica de Educación Superior. (2 de Septiembre de 2011). Quito, Ecuador:
144. Reppteto, G. (1975). Atención de salud integral del niño. Soporte digital. Rev. Chilena Pediatría, 46 (91). Recuperado de: <http://www.pediatría.chil.org?=12341/edu.med./>.
145. Rey, L. (2015). *La formación de las competencias profesionales del auditor en los estudiantes de Licenciatura en Contabilidad y Finanzas.* (Tesis doctoral), Universidad "Oscar Lucero Moya", Holguín.
146. Rico, P. (2003). *Aprendizaje en condiciones desarrolladoras.* Soporte digital. Instituto Pedagógico Latinoamericano y Caribeño, La Habana.
147. Roca, A. (2001). *El desempeño pedagógico profesional. Modelo para su mejoramiento en la Educación Técnica y Profesional.* (Tesis doctoral). Instituto Superior Pedagógico José de la Luz y Caballero, Holguín.
148. \_\_\_\_\_. *La formación por competencias: una experiencia para el análisis.* Ponencia presentada en III Congreso Internacional Virtual de Educación. Recuperado de: <http://www.cibereduca.com>.
149. Rodríguez, M. (2008). *La estrategia como resultado científico de la investigación educativa.* Centro de Ciencias e Investigaciones Pedagógicas. La Habana: UCP "Félix Varela".

150. Roig, A. A. (2001). *La universidad en el año 2000*. Ecuador: Ser Debate universitario.
151. Salas, R. (2008). *Nuevo enfoque de la superación profesional en Salud. Propuesta de un nuevo modelo metodológico*. Soporte digital. Material complementario del Módulo VII de la Maestría en Educación Médica.
152. Salas, R. (1998). *Los medios de enseñanza en la educación en salud*. Biblioteca de Medicina Volumen XXIII, Universidad Mayor de San Andrés, La Paz.
153. \_\_\_\_\_. (1999). *Educación en Salud. Competencia y desempeño profesionales*. La Habana: Ciencias Médicas.
154. \_\_\_\_\_. (2007). *La Educación Médica Superior y los Recursos para la Enseñanza – Aprendizaje*. Soporte digital. Materiales del curso Recursos de Aprendizaje de la Maestría en Educación Médica Superior.
155. \_\_\_\_\_. (2008). *Educación permanente en Salud*. Soporte digital. – Material complementario del Módulo VII de la Maestría en Educación Médica.
156. Susacasa, S. (2013). *Pedagogía Médica: soporte de la formación docente específica para la enseñanza de las Ciencias de la Salud*. Soporte digital.
157. Tejeda, R. (2006). *La formación profesional del Ingeniero Mecánico mediante proyectos de ingeniería*. (Tesis doctoral). Universidad de Holguín Oscar Lucero Moya, Cuba.
158. \_\_\_\_\_. (2011). Las competencias y su relación con el desempeño y la idoneidad profesional. Publicado en Revista Iberoamericana de Educación. N. 55/4 Vol. 55/4 pp. 1-12.  
<http://search.proquest.com/ibero.edu/87654320359?accountid=14475>
159. \_\_\_\_\_. (2012). *El aporte teórico en investigaciones asociadas a las Ciencias Pedagógicas*. Soporte digital. Universidad Oscar Lucero Moya, Holguín. Cuba

160. Tejeda, R. y Sánchez, P. (2012). *La Formación basada en competencias profesionales en los contextos universitarios*. Manabí: Mar Abierto.
161. Tejeda, R. y Movilla, S. (2007). *Formación por Competencias Profesionales en las Universidades*. Revista Trabalho & Educação: Núcleo de Estudos sobre Trabalho e Educação da Faculdade de Educação da Universidade Federal de Minas Gerais.–jan/jun 2007 –vol. 16, nº1, ISSN 1516-9537.  
Recuperado de [http://www.eci.ufmg.br/trabeduc/artigos/2007Jan\\_Jun.pdf](http://www.eci.ufmg.br/trabeduc/artigos/2007Jan_Jun.pdf).
162. Talizina, N. (1986). *Fundamentos de la enseñanza en la educación superior*. Universidad de La Habana: DEPEs.
163. Tizón J. (2009). *La formación del médico desde un enfoque integral*. Soporte digital.
164. Tobón, S. (2006). *Las competencias en la educación superior. Políticas de calidad*. Bogotá: Ediciones ECOE.
165. \_\_\_\_\_. (2005). *Formación basada en competencias. Pensamiento complejo, diseño curricular y didáctica (2ª. ed.)*. Bogotá: Ediciones ECOE.
166. \_\_\_\_\_. (2008). *La formación basada en competencias en la Educación Superior: El enfoque complejo*. Guadalajara: Universidad Autónoma de Guadalajara. Curso IGLU.
167. ULEAM (2012). *Diseño curricular por créditos y competencias de la carrera de Medicina*. Soporte digital. Universidad Laica Eloy Alfaron de Manabí, Manta.
168. ULEAM. (2014). *Reglamento de Régimen Académico*. Soporte digital, Manabí. Ecuador:
169. ULEAM.(2014). *Estatuto General Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí*. Soporte digital. Manabí. Ecuador
170. USAID (2007). *Perfiles de los sistemas de Salud de Puerto Rico*. Soporte digital.

171. Valdivia, C. Hernández, M. y Morell, J (2015). *Atención a la Población Infanto-Juvenil*.- Asociación Española de Pediatría.- Documento en soporte digital.
172. Vargas, W. (2014). *Atención Primaria de Salud en Acción*.- *Su contexto histórico, naturaleza y organización en Costa Rica*. Global Retirement Index.
173. Vigostky, L. (1987). *Historia del desarrollo de las funciones psíquicas superiores*. La Habana: Científico Técnica.
174. \_\_\_\_\_. (1935). *The problem of the environment*. In R. Soporte digital. Van deer Veer & J. Valsiner (Eds.),
175. WFME (2004). *Estándares Globales en Educación Médica*. Soporte digital.
176. Zabala, A. y Arnau, L. (2007). *11 Ideas claves. Cómo aprender y enseñar competencias*. Soporte magnético.
177. Zabalza, M. (2003). *Competencias docentes del profesorado universitario*. Madrid: Narcea, S.A. de Ediciones.
178. Zilberstein, J. y Silvestre, M. (2004). *Didáctica desarrolladora desde el enfoque histórico – cultural*. Ediciones “CEIDE”, México.
179. Zurro, A. y Jodar, G. (2011). *Atención primaria de salud y atención familiar y comunitaria*. Soporte digital.
180. Zuluga, O. y otros (2003). *Pedagogía y Epistemología*. Colección Pedagogía e Historia. Soporte digital. Colombia.

### Anexo 1. VALORACIÓN CRÍTICA SOBRE MODELOS DE ATENCIÓN PEDIÁTRICA

Región o Continente	País	Modelo de atención pediátrica	Descripción del modelo (Rasgos)	Novedad del modelo	Impacto Social	Diferencia con otros modelos
América	EE UU	Modelo APS basado en evidencia científica, diseñados para la prestación de AP integral a niños, jóvenes, adultos y ancianos.	<p>Ofrece una atención integral biopsicosocial, proporciona atención basada en equipos multidisciplinario y cubre una serie de medidas preventivas y promoción de la salud con el manejo de problemas agudos y crónicos de salud</p> <p>la atención primaria se centra en la asistencia prestada en consultas individuales o de centros de salud públicos y privados. Aproximadamente el 20% de la población es atendida por HMO (<i>Health Maintenance Organizations</i>) de financiación pública.</p> <p>Las consultas de atención primaria son realizadas por médicos de familia, internistas y pediatras esencialmente. La orientación comunitaria de la atención es escasa y la APS no siempre es el primer nivel de contacto de los ciudadanos con el sistema Sanitario. Tampoco existe una organización territorial que permita la asignación de un conjunto poblacional a cada médico, grupo o centro. Excepto en las HMO, los pacientes pagan directamente el coste de cada consulta y de las pruebas o medicamentos</p>	<p>Establece la coordinación de las <b>Martínez</b> as con diferentes especialidades y otros servicios complementarios</p> <p>Muench J., Hoffman K., Ponce J., Calderón M., Meenan R. Fiestas F.- La atención Primaria en EEUU y la experiencia Peruana en Perspectiva: Rev. Perú MED Exp Salud Pública. 2013; 30(2);299-302</p> <p>Amando Martín Zurro y Gloria Jodar Solá; Atención primaria de salud y atención familiar y comunitaria.- 2011</p>	<p>Los servicios de atención de salud en Estados Unidos se dividen entre los sectores Público y Privado. El país no tiene Un sistema único, nacional. El proveedor más grande de servicios de salud es un sector privado competitivo, a nivel de aseguramiento, proveedores de insumos y prestadores de salud. Aproximadamente, 70% de La población está cubierta por un sistema de aseguramiento de salud privado el cual en su mayoría es contratado a través del empleador, con aportes conjuntos del empleado y el</p>	<p>La Atención Primaria (AP) es un sistema coordinado que pone más énfasis en la prevención que en la intervención.</p> <p>Los problemas del sistema de salud norteamericano son muy amplios y complejos, sin embargo sus fallas medulares se pueden resumir en los siguientes aspectos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Baja eficiencia del sistema de salud</li> <li>2.- Poca orientación a la prevención</li> <li>3.- Alta Proporción de población no asegurada</li> <li>4.- Fuerte crecimiento de los costos de salud para las personas, las empresas y el gobierno</li> <li>5.-Incentivos Mal enfocados</li> </ol> <p>Una de las iniciativas actuales en este país para mejorar esta situación incluye la extensión de un sistema de salud basado en la atención primaria, dada su costo-efectividad, sostenibilidad y obtención de mayores niveles</p>

					empleador.	
	Canadá	Modelo con prestadores de servicios privados en APS a los niños, jóvenes, adultos y ancianos.	La atención de salud es Pública, los seguros de salud son obligatorios el pago se realiza a través de los impuestos, en donde predomina la calidad de la atención, la satisfacción del usuario, el grado de satisfacción del prestador y la eficiencia en el uso de los recursos.- Servicios integrales comprende promoción de salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de enfermedades	Acceso a la salud igualitaria y no elitista para la población, es un derecho social, que ha favorecido elevados niveles de salud.  Fajardo Ortiz G., Olivares Santos R. Attention to health in Canadá: a perspective Vol.6, No 11, Marzo 2010. De los Santos-Briones S., Garrido-Solano C., Chávez-Chan M. : Análisis Comparativo de Sistemas Salud Canadá y Cuba.- Rev.Biomed 2004;81-91	Cobertura universal abarca a toda la población residente.	El Estado regula y financia los servicios que son prestados por proveedores privados (seguro Nacional de Salud)
	México	Modelo de atención integral común para el Sistema Nacional de salud, a los niños, a la familia y comunidad	Modelo de atención integrador orientado al niño, a la familia y comunidad, basado en las necesidades de la población que favorece la: <b>Protección:</b> Mejora las condiciones de salud. <b>Promoción:</b> Reducir las brechas o desigualdades en salud en grupos vulnerables y comunidades marginales <b>Prevención:</b> Presta servicios con calidad y seguridad, evitando el empobrecimiento de la población por motivos de salud. <b>Atención médica:</b> Garantiza que la salud favorezca combatir la pobreza y el desarrollo social del país. El Sistema mexicano de salud comprende dos sectores el público y privado. En el sector público se encuentran las Instituciones de Seguridad Social y las Instituciones y programas que atienden a la población sin seguridad social; el sector privado comprende las Compañías Aseguradoras y prestadores de servicios que trabajan en consultorios, clínicas y hospitales privados	Está estructurado en 3 niveles de atención. Para el cumplimiento de este modelo se emplean las siguientes estrategias: Rectoría efectiva en salud; generación de recursos suficientes y oportunos; financiamiento equitativo y sostenible. Este Plan tiene una visión prospectiva hacia el 2030. Se proyecta un nuevo modelo ante el reto social demográfico y epidemiológico  <b>Gómez-Dantés O, Sesma S, Becerril VM, Knaul FM, Arreola H, Frenk J.</b> <b>Sistema de salud de México. Salud Pública Mex 2011;53 supl 2:S220-S232.</b> Secretaría de Salud Estados Unidos Mexicanos, Programa Nacional de Salud 2007-2012	El principal problema que tiene este sistema en materia de calidad técnica ,es su enorme heterogeneidad existentes entre los principales prestadores de servicios También hay que sumarle los problemas de eficiencia en tratamientos ambulatorios y hospitalarios del niño.	la OMS agrupó como rezago epidemiológico a las enfermedades en tres grandes grupos: 1) enfermedades infecciosas, de la nutrición y de la reproducción; 2) enfermedades no transmisibles, y 3) accidentes y violencia En México las enfermedades del rezago epidemiológico son responsables de 13% de las muertes en el país, pero en los municipios de alta y muy alta marginación contribuyen con 21% . Los registros médicos electrónicos son insuficiente

	Jamaica	Modelo para la gestión del desarrollo de la primera infancia	El modelo Jamaicano se enfoca en la integración de servicios bajo una planeación estratégica intersectorial, por medio de programas y servicios de buena calidad, con metas identificadas y costos actuales específicos, el propósito de este plan es que el país ofrezca una atención integral y coordinada a la primera infancia, siendo el responsable de implementarlo la Comisión De Primera Infancia (CPI) del Estado.	Desde un punto de vista organizacional, la CPI es un organismo autónomo integrado por una Variedad de instituciones. Un elemento clave para el éxito del CPI ha sido la coordinación intersectorial  Secretaría de la Integración Social Centroamericana.- Taller Modelos de Atención de la Primera Infancia. (2010)	Para continuar sus esfuerzos proactivos para mejorar el desarrollo de la primera infancia en Jamaica, la Comisión estableció planes para el período hasta 2020. Estos incluyen : la formulación de una política nacional de crianza de los hijos; establecimiento de un sistema de programas para la primera infancia, basados en estándares de instalación; 100 % de los niños de cuatro a 6 años de estar matriculados en programas adecuados ; y la reducción de la proporción de niños - tutor	
	Panamá	Modelo Sistema Nacional mediante paquetes integrales de salud para la niñez y adolescencia	<i>El Programa de Salud Integral de Niñez y Adolescencia desde 2009 ha tenido como objetivo avanzar en el cumplimiento de un plan de cobertura en instalaciones públicas, privado o no gubernamentales de salud. La iniciativa define normas integrales para la atención de la niñez desde el nacimiento a los 9 años de edad, y paralelamente prioriza la atención en salud en los y las adolescentes entre 10 y 19 años, con riesgo biológico, psicológico, social, ambiental y laboral, con énfasis en su salud sexual y reproductiva. El organismo responsable es el Ministerio de Salud, a través de su Departamento de Salud Integral a la Población. Diseñándose el paquete de Atención Integral de servicios de salud, cubriendo a niños, niñas y familias de 5.000 comunidades Este programa brinda servicios priorizados de atención primaria en salud por medio de giras integrales. En el 2011</i>	Se garantiza la atención integral de salud a la niñez desde su nacimiento hasta los 9 años de edad y a los adolescentes entre los 10 y 19 años.  UNICEF: Estructuras de los Programas de Salud en niñez y adolescencia en América Latina y el Caribe: Daniel Maceira.- 2015	Se espera alcanzar el 90% de cobertura de la población de 0 a 9 años de edad, en la atención de salud integral	En Panamá el marco legal en salud, ha evolucionado en una compleja combinación de estatutos y regulaciones legales, reglas, normas, protocolos y la práctica real, en su extensa legalización de salud existente, se encuentran normativas de nueva creación

			<p>inicia el Plan de Atención Integral de la primera infancia (PAIPI).  Garantiza la atención de salud integral a toda la población.  Principios y valores del MINSA</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Equidad</li> <li>-Eficiencia</li> <li>-Calidad</li> <li>-Sostenibilidad</li> <li>-Participación</li> <li>-Transparencia</li> <li>-Rendición de cuentas</li> </ul> <p>Compromiso de todos para contribuir al desarrollo del país, mejorando las condiciones de vida y bienestar de la población a través del acceso a los servicios de salud integral, mediante la promoción, prevención, provisión y rehabilitación, con eficiencia, equidad, eficacia, calidad, humanidad y transparencia de manera sostenible, favoreciendo los programas de salud en el marco de una organización social y comunitaria participativa</p>			
	Costa Rica	<p>Modelo orientado hacia una Atención Integral de Salud Para niños, adolescentes, mujeres, adultos y ancianos</p>	<p>El modelo de atención pretende mantener y reafirmar los principios que han privado en la prestación de servicios de salud en el país, incorporando el logro de las garantías sociales como un derecho de todos los costarricenses. Estos principios son los siguientes: Universalidad, Solidaridad, Equidad. Accesibilidad y Enfoque Integral. El modelo es un sistema organizado de prácticas basados en un enfoque biopsicosocial, en la que se incorpora la dimensión preventivo-promocional en la atención de la salud y la participación de la comunidad. En Costa Rica, la reorganización de la atención primaria se ha constituido en elemento central de la reciente reforma del sector salud. Esta reorientación del sistema se conformó tras la</p>	<p>Amplia participación social. Mayor eficiencia, eficacia y calidad. Elementos organizativos y funcionales del modelo. Dentro del modelo tradicional de atención de la salud en Costa Rica, y en el marco de la Política Nacional para la Niñez y la Adolescencia (PNNA), se identifican dos programas: el Programa de Atención a la niñez CEN-CINAI, y el Programa de Atención Integral PAIA. El Programa de Atención a la Niñez CEN-CINAI, ha sido modificado a través de los años acoplándose a la realidad social del país. En la</p>	<p>Acceso de cobertura universal Los servicios están organizados en programas de atención integral dirigidos hacia diferentes grupos etáreos y de necesidades específicas de género (niños, adolescentes, mujeres, adultos, ancianos) y atención dirigida para enfermedades prevalentes.</p> <p>Para el cuidado de los niños y la comunidad en cuanto a su estrategia de su atención y gestión integral de la salud, en la práctica, es para lograr mayor eficacia en la</p>	<p>En Costa Rica constantemente capacitan al profesional médico. Mejoras en el servicio y unidades hospitalario. Actualización logística y equipos. La Organización de la atención se concentra en el Ministerio de Salud y CCSS; Participación limitada de los niveles subnacionales en la gestión/organización da atención; Distribución desigual de los recursos financieros e</p>

			<p>transferencia de los servicios de atención primaria del Ministerio de Salud para la Caja Costarricense de Seguridad Social (CCSS) y en la conformación de Equipos Básicos de Atención Integral de Salud (EBAIS), orientados para potencializar los efectos de la atención primaria en las condiciones de salud</p> <p>A nivel primario se organizan acciones de promoción de salud, prevención, cura de enfermedades y rehabilitación, proporcionando una atención integral e integrada a los diversos niveles de atención.</p>	<p>que incluye un Centro de Educación y Nutrición y un Centro Infantil de Nutrición y Atención Integral.</p> <p>Cruz Oswaldo. Fortalecimiento de la Integración de la Atención Primaria con otros Niveles de Atención. 2007</p> <p>Vargas González W.: Atención Primaria de Salud en Acción.- Su contexto histórico, naturaleza y organización en Costa Rica.- 2006</p> <p>Global Retirement Index 2014</p> <p>Alcira Castillo Martínez; Alvaro Salas Chávez: Fundamentos conceptuales y operativos del sistema Nacional de Salud y del modelo de atención de Salud de Costa Rica (2003)</p>	<p>promoción, prevención, asistencia y rehabilitación.</p>	
	Puerto Rico	Modelo de atención de servicios integrados de salud	<p>Estos servicios son públicos y privados (prestadores de servicios) se crean a través de diversos programas. También cuenta con un Sistema de Vigilancia de Mortalidad Infantil que facilita el recogido de datos y de análisis de información para el desarrollo de política pública dirigida a Promover el bienestar de los niños.</p> <p>Gracias a las iniciativas del Departamento de Salud la mortalidad infantil refleja un descenso constante desde el 1990 que reflejó una tasa de 13.4 por 1,000 nv hasta el 2004 que tuvo una tasa de 8.1 por 1,000 nv</p> <p>Desde el 1967, se ha trabajado en diferentes modelos de reforma en los servicios médico-hospitalarios del Departamento de Salud, pero lamentablemente la brecha entre la</p>	<p>En el Departamento de Salud se han creado estructuras formales para la Promoción, Prevención y Protección de la Salud. Se han hecho esfuerzos con las aseguradoras para llevar a cabo proyectos de prevención y manejo de enfermedades crónicas. Se han fomentado algunas estrategias de educación en salud, comunicación social, e iniciativas de alcance comunitario, sumamente limitadas.</p> <p>Una de las mayores fortalezas que ofrece el sistema de salud a partir del 2001 es la</p>	<p>El modelo vigente provee una cubierta básica con amplios beneficios</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Existe una cubierta especial para casos de alto riesgos</li> <li>- Se da acceso a los hospitales y establecimientos de salud privados</li> <li>- Establece una cubierta y servicios de salud oral</li> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> provee medicamentos que son de libre costo</li> <li>- Tienen una cobertura a los 78 pueblos de la Isla - Provee libre selección de la red de proveedores establecida</li> <li>-Existen recursos profesionales de excelente formación académica y clínica y con compromiso serio para el</li> </ul>	<p>Existe falta de articulación adecuada entre los tres componentes claves de la salud pública (Promoción, Prevención y Protección). Carece de una declaración sobre la política pública de promoción, prevención y protección de la salud, hay falta de articulación programática en el Departamento con los servicios que se ofrecen el sector Privado o en el sector de base comunitaria. Se carece de indicadores de efectividad basados en evidencia, componentes fundamentales de la salud física y de la salud mental. Se ha comenzado un proceso de mejoras regionales para solucionar el problema de salud.</p>

		<p>calidad de los servicios públicos y los privados es más grande. En la década de los 80 se dieron los primeros pasos para la privatización de los servicios de salud, posteriormente se reformó la salud de Puerto Rico. El gobierno deja de ser el proveedor de los servicios de salud y contrata a la empresa privada para que brinden los servicios a la población médico indigente del país. Con el establecimiento de la Reforma el gobierno sufrió un gran impacto con los gastos generados por la misma.</p> <p>El 1ro de octubre, 2010, el Programa de Salud del Gobierno creó nuevos objetivos de política pública para transformar el sistema de salud de Puerto Rico, para así promover un enfoque integrado hacia la salud física y mental, y mejorar el acceso a servicios de cuidado primario y especializado de calidad.</p> <p>Bajo esta política el programa de salud del gobierno, previamente conocido como "Reforma", se transformó en "Mi Salud". Surge Mi Salud como un nuevo modelo de salud integral, con el Medicaid como su primer y más importante componente, a cuyos pilares se adhiere. Estos son: mejorar el acceso a servicios de salud para un mayor número de personas; mejorar la calidad de servicios a los pacientes; y control más eficiente de costos para el gobierno. Señala que Mi Salud es un modelo con énfasis en la prevención, el cuidado primario y el desarrollo de infraestructura informática para lograr adecuada integración de la salud mental y física. Con servicios médicos centrados en el paciente, de calidad y accesibles a toda la población, basados en estándares de cuidado reconocidos y con evidencia científica</p>	<p>Inversión dedicada al desarrollo tecnológico de los procesos y servicios en el campo de la salud. Tanto el sector público como el sector privado tienen a su disposición importantes recursos tecnológicos al servicio de la salud del pueblo. El gobierno ha adquirido equipos altamente sofisticados para el diagnóstico y tratamiento así como las tecnologías de información y procesamiento de datos más avanzados y seguros a la disposición de los pacientes.</p> <p>USAID Perfiles de los sistemas de Salud de Puerto Rico (2007)</p> <p>Acosta G., Rosado G.: La Reforma de Salud Analizada a la luz del modelo de Elite y del modelo de procesos.</p>	<p>bienestar de todos los puertorriqueños.</p> <p>- Los distintos componentes del Sistema de salud están abiertos a reconocer sus limitaciones y están activos al cambio.</p>	
--	--	---	--	---	--

	República Dominicana	Modelo de Red Integrada de Servicios de Salud	<p>El Modelo de Atención definido tiene su punto de partida conceptual en los sistemas de Salud basada en la estrategia de Atención Primaria de Salud y en el Modelo de Red Integrada de Servicios de Salud.</p> <p>Estas dos bases conceptuales parten de modelos elaborados por la OPS. Su principal objetivo es alcanzar el mayor nivel de salud maximizando la equidad y la solidaridad del sistema</p> <p>Este sistema está conformado por un conjunto de elementos estructurales y funcionales que garantizan la cobertura y el acceso universal a los servicios, los cuales son aceptables para la población y promueven la equidad. Además se orienta a la prestación de atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo, pone énfasis en la prevención y la promoción y garantiza el primer contacto con el sistema y sitúa al ciudadano, las familias y la comunidad como base para la planificación. El sistema de Salud Dominicano cuenta con un sector público y privado. Los principales actores del sector público son el Ministerio de Salud Pública (MSP), el Consejo Nacional de Salud (CNSS), la Tesorería de la Seguridad Social (TSS) y el Seguro Nacional de Salud (SENASA), que es la principal aseguradora pública. El sector privado comprende a las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS), los proveedores de servicios privados de salud y las organizaciones no gubernamentales que trabajan en el área de la salud.</p> <p>La Ley General de Salud y la Ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social y los reglamentos que las desarrollan, incluyen la necesidad de disponer de unos servicios de atención a la salud articulados e integrados, en</p>	<p>Valores, principios y elementos del modelo de Atención:</p> <p><b>Valores:</b> Universalidad, equidad y Solidaridad</p> <p><b>Principios:</b> Efectividad, Orientación a la calidad, Rendición de cuentas, Corresponsabilidad</p> <p>Adaptabilidad, Pluralidad, Libre elección, integralidad, incluyente, sostenibilidad, participación, Intersectorial.</p> <p><b>Elementos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Marco Político y Legal</li> <li>-Financiamiento</li> <li>-Cobertura Universal</li> <li>-Planificación de la oferta</li> <li>-Orientación familiar y comunitaria</li> <li>-Accesibilidad efectiva</li> <li>-Atención integral e integrada</li> <li>-Atención orientada por ciclos de vida</li> <li>-Continuidad y longitudinalidad</li> <li>-Promoción y prevención</li> <li>-Atención adecuada y resolutive</li> <li>-Organización y gestión</li> <li>-Política de calidad</li> <li>-Mecanismo de participación</li> <li>-Políticas de inclusión</li> <li>-Sistemas de información integrados</li> <li>-Políticas de recursos humanos</li> <li>-Políticas de libre elección</li> <li>-Acciones intersectoriales.</li> </ul>	<p>Servicios integrales públicos y privados</p> <p>Ministerio de Salud Pública: Modelo de Atención en Salud en el Sistema Nacional de Salud de la República Dominicana: José Luis Segú Tolsa Agosto 2012</p>	<p>La respuesta social al perfil de salud dominicano caracterizado por altas tasas de mortalidad materna e infantil y por la presencia de enfermedades prevenibles ha sido un modelo de atención con un acceso inequitativo a los servicios y a la protección de salud, fundamentalmente para las poblaciones más pobres y vulnerables con mayor probabilidad de enfermar y morir.</p>
--	----------------------	---	---	--	--	--

			<p>los cuales la atención primaria debe actuar como puerta de entrada a la red y que dispongan de la adecuada capacidad resolutoria centrada en el fomento de la salud, la prevención de las enfermedades, las acciones de vigilancia epidemiológica y el seguimiento a pacientes especiales, que cubra la emergencia y la atención domiciliaria</p>			
	Cuba	Modelo del Médico y enfermera de familia	<p>El modelo del MEF garantiza una mayor accesibilidad a los servicios de la APS y tiene como objetivo general mejorar el estado de salud de la población, aplicando un enfoque integral, promoviendo la salud, previniendo la aparición de enfermedades y daños, garantizando un diagnóstico oportuno y atención médica integral ambulatoria y hospitalaria, desarrollando la rehabilitación con base comunitaria, alcanzando cambios positivos en el saneamiento ambiental y lograr cambio en la integración social de la familia y comunidad.</p> <p>Lograr además la formación de especialistas y desarrollar investigaciones de acuerdo a la necesidad de salud de la población.</p> <p>Se trabaja en el campo de salud pública con una nueva comprensión de las relaciones entre el conocimiento altamente especializado, la actividad académica-científica y las acciones de salud centradas en la prevención y promoción de salud de población.</p> <p>Los principios rectores del sistema de salud cubano son los siguientes: carácter estatal y social de la medicina; accesibilidad y gratuidad de los servicios; orientación profiláctica; aplicación adecuada de los adelantos de la ciencia y la técnica;</p>	<p>Modelo basado en el enfoque científico, epidemiológico y social.</p> <p>El SNS cubano garantiza el acceso a servicios integrales de salud que se prestan en unidades ambulatorias y hospitalarias.</p> <p>La Atención Primaria está basada en el modelo de la medicina familiar, que se distingue por:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Voluntad política estructurada para brindar atención personalizada a toda la población.</li> <li>-Carácter proactivo de la atención.</li> <li>-Y Universalización del proceso de dispensarización.</li> <li>-El equipo básico de salud vive en la propia comunidad.</li> <li>-Atención médica integral</li> <li>-Trabajo en equipo</li> <li>-Utilización del análisis de la situación salud.</li> <li>-Formación de especialistas.</li> <li>-Participación activa de los sectores y comunidad en la gestión de salud.</li> </ul>	<p>La cobertura total de la población por los servicios de salud, de calidad adecuada.</p> <p>La prestación se enfoca en la Atención Primaria de Salud (APS) basada en el modelo del médico y la enfermera de la familia (MEF), que actualmente cubre el 94% de la población. Para desarrollar este enfoque se tomaron en cuenta tres elementos: la tendencia a la superespecialización de la práctica médica; los cambios en el patrón de morbimortalidad con incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles; y la necesidad de promover estilos de vida más sanos en la población.</p>	<p>El Estado regula, financia y presta servicio de salud (Sistema Nacional de Salud)</p> <p>Estos servicios operan bajo el principio de que la salud es un derecho social inalienable, lo que define al sistema de salud cubano como un verdadero Sistema Nacional de Salud (SNS).</p> <p>Surgieron los programas de salud dirigidos a promoción de salud y prevención de enfermedades, además de lo asistencial.</p>

			<p>participación de la comunidad e intersectorialidad; colaboración internacional, centralización normativa y descentralización ejecutiva</p> <p>Igualmente las siguientes funciones rectoras:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Ejercer el control y la vigilancia epidemiológica.</li> <li>- Regular y controlar la aprobación, ejecución y evaluación de las investigaciones biomédicas.</li> <li>· Normar las condiciones higiénicas y el saneamiento del medio ambiente</li> <li>· Regular el ejercicio de la medicina y de las actividades que le son afines.</li> <li>· Ejercer la evaluación, el registro, la regulación y el control de los medicamentos, equipos médicos y materiales</li> </ul>	<p>Ministro de Salud: 2015. Método clínico.</p> <p>Emma Domínguez-Alonso, C,(1)Eduardo Zacca, MC, PhD.:Sistema de salud de Cuba: Salud Pública Mex 2011;53 supl 2:S168-S176</p> <p>De los Santos-Briones S., Garrido-Solano C., Chávez-Chan M. : Análisis Comparativo de Sistemas Salud Canadá y Cuba.- Rev.Biomed 2004;81-91</p>		
	Ecuador	Modelo Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural	<p>Se sustenta e incorpora la Estrategia de APS Renovada, garantizando la atención a las persona, la familia y la comunidad para satisfacer sus necesidades de salud.</p> <p>Principios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Universalidad progresiva</li> <li>-Equidad</li> <li>-Flexible a la realidad epidemiológica, social, económica (local)</li> <li>- Calidad y continuidad</li> <li>Relación EIS-Comunidad- Derecho</li> <li>-Centrado en la participación plena de comunidad</li> <li>- Intersectorial.</li> </ul> <p>Ámbitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Individual</li> <li>-Familiar</li> <li>-Comunidad</li> <li>-Entorno</li> </ul> <p>Tiene como propósito mejorar las condiciones de vida y salud de la población, a través del Modelo Integral de Salud (MAIS), que bajo los principios de la Estrategia de Atención</p>	<p>Objetivos:</p> <p>Integrar y consolidar la Estrategia de Atención Primaria de Salud APS Renovada en los tres niveles de atención:</p> <p>Reorientando los servicios de salud hacia la promoción de salud y prevención de la enfermedad.</p> <p>Con énfasis en la participación organizada de los sujetos sociales; además de fortalecer la curación, recuperación, rehabilitación de la salud, para brindar una atención integral de calidad y de profundo respeto a las personas en su diversidad y entorno.</p> <p>Por lo tanto este modelo de atención integra y consolida la estrategia primaria de salud en sus tres niveles de atención.</p>	<p>Se impulsa la universalización en el acceso a la atención primaria de salud y la expansión de su calidad y cobertura.</p>	<p>Los Servicios públicos estatales de salud son universales y gratuitos.</p> <p>No existe ninguna forma de co-pago para ningún servicio en la Red Pública de Salud.</p>

			<p>Primaria de Salud Renovada, transforma el enfoque médico biológico hacia un enfoque Integral en el cuidado de la salud individual, familiar, Comunitario y del entorno.</p> <p>La estrategia es fortalecer y consolidar el primer nivel de atención de salud como el punto de entrada a los otros niveles más complejos de atención, al sistema nacional de salud, para que facilite y coordine el itinerario del paciente en el sistema y permita la detección, el diagnóstico y el tratamiento temprano de las enfermedades en la red pública integral de salud;</p> <p>La APS Presta atención integral individual por ciclo de vida (mujer, del niño/a, adolescente, adulto, adulto mayor), familiar, comunitaria y del entorno natural (ambiental) y el ambiente humano:</p> <p>Atención integral al niño/a:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Consulta de crecimiento y desarrollo</li> <li>2. Atención de la enfermedad</li> <li>3. Programa ampliado de inmunizaciones</li> <li>4. Salud oral integral</li> <li>5. Rehabilitación básica</li> <li>6. Captación y seguimiento de grupos de riesgo</li> <li>7. Captación temprana del recién nacido.</li> </ol>	<p>EL DISTRITO DEL BUEN VIVIR (unidad de gestión social de la república) es la base de la organización en redes. Es un subconjunto del Sistema Nacional de Salud, que a nivel territorial comprende unidades desconcentradas de planificación, gestión y provisión de servicios integrales de salud basados en la estrategia de Atención Primaria Renovada de Salud (APS-R).</p> <p>La información del usuario y de su familia debe permanecer en las unidades de primer nivel en la Historia Clínica Única y la Ficha Familiar que sirvan para su tratamiento y seguimiento personal así como para alimentar los distintos programas, sistemas y subsistemas.</p> <p>Ministerio de Salud Pública.- Sistema de Salud Ecuador Herland Tejerina Silva PhD: Documento Autoral de APS en los países de Suramérica:</p> <p>Mapeo y Análisis de los Modelos de Atención Primaria en Salud en los Países de América del Sur.- Mapeo de la APS en Ecuador.- 2014</p>		
	Nicaragua	Programa de atención integral a la niñez (PANIN)	<p>Atiende a niños y niñas por dos modalidades: la Institucional Centros Infantiles comunitarios y la itinerante por medio de visitas a hogares.</p> <p>La primera modalidad se desarrolla a través de los Centros Infantiles Comunitarios</p>	<p>Nicaragua desarrolla centralmente otros programas, entre los que se destacan:</p> <p>El Plan Nacional "Hacia la <b>Erradicación de la Desnutrición Crónica Infantil</b> 2008-2015 se</p>		

			<p>(CICO), los cuales son atendidos por educadoras y madres voluntarias durante cinco días a la semana.</p> <p>La segunda se implementa por medio de visitas a hogares, dos veces por semana. En esta última, los educadores y madres voluntarias visitan casas base de las comunidades y prestan diferentes servicios, entre ellos sesiones de consejería a padres sobre prácticas de crianza, higiene, salud y atención a la Niñez con necesidades educativas especiales. En la presentación, se discutieron los resultados de las evaluaciones realizadas a este programa.</p>	<p>Enmarca en el proceso de implementación del Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) del MINSA. El objetivo es brindar atención a los niños menores de cinco años, particularmente a los menores de dos años, y a las mujeres durante su embarazo, parto y puerperio. Los servicios que brindan incluyen: atención prenatal, parto y puerperio, cuidados de nutrición y sus trastornos, Planificación familiar, evaluación nutricional y consejería alimentaria.</p> <p>El Programa Nacional de Lactancia Materna, cuenta con el apoyo de UNICEF y OPS/OMS, e implementa la iniciativa Hospitales Amigos de la Niñez y de la Madre, tanto en hospitales</p> <p>Como en centros y puestos de salud del país.</p>		
	Colombia	Modelo de Atención Integral en Salud a la Primera Infancia	<p>A partir del nuevo modelo de aseguramiento social, Colombia inició el desarrollo de su Estrategia de Atención integral a la Primera Infancia, a partir de cuatro Entornos principales: hogar, educación, espacio público y salud. Dentro del sector salud se cuenta con una política pública orientada a la primera infancia, con enfoque de atención integral. La puerta de entrada al sistema de salud de los niños y niñas es a través de las entidades Promotoras de Salud – EPS-, responsables de garantizar el acceso a todos los servicios de salud. El sistema de salud ofrece un conjunto de estrategias de promoción de la salud, de prevención de la enfermedad, servicios y</p>	<p>Los Estándares de Calidad relacionados con la Atención en Salud, están normados por el Ministerio de Salud y Protección Social, a través del sistema Único de Habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, que para el caso de la Atención en Salud para la Primera Infancia, son las condiciones obligatorias que deben cumplir los servicios de salud que se prestan a la parejas en la preparación para la concepción, a las gestantes</p>	<p>En 2007, se creó la política de AIPI en la cual se estableció que hasta el año 2019 el país debe brindar atención al 100% de las niñas y niños vulnerables del país, con cobertura a la atención primaria.</p>	<p>En el sistema de salud de Colombia coexisten 3 sistemas: el sistema público, el sistema de Seguridad Social y el sistema privado de seguros voluntarios, que operan por fuera del Sistema General de Seguridad Social de Salud</p>

		<p>atenciones en salud, incluidos en el Plan de Beneficios, orientados a mejorar el estado de salud y la calidad de vida de los niños y las niñas en la primera infancia. La estrategia, particularmente, lleva a cabo las siguientes iniciativas: 1.- La Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), 2.- El Programa "De Cero a Siempre", 3.- la Estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia (IAM), y 4.- El Programa Ampliado de inmunizaciones (PAI).</p> <p>La Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) fue diseñada por el Ministerio de Salud y Protección Social, se concentra en los niños menores de 5 años, y su diseño incluye acciones de detección precoz y tratamiento apropiado así como intervenciones de Prevención y de promoción de la salud, incluyendo vacunación, consulta odontológica, y controles de niño/a sano/a. Se inicia 1991, y a lo largo de los años ha cambiado a partir de diferentes evaluaciones y legislación del país. Actualmente está establecida como una estrategia de obligatorio cumplimiento en el Plan Nacional de Salud.</p> <p>La autoridad sanitaria nacional es la encargada de regular el programa, y los municipios y departamentos lo ejecutan dentro de sus centros de salud y hospitales. El seguimiento del proyecto lo realiza el Ministerio de Salud y Seguridad Social en conjunto con la Comisión Intersectorial para la Atención Integral de la Primera Infancia y la Comisión Especial de Seguimiento para la Atención Integral a la Primera Infancia.</p> <p>Las instituciones que prestan los servicios de salud a los niños son hospitales, centros de salud y proveedores de</p>	<p>y madres lactantes y a los niños y niñas menores de seis (6) años con el fin de asegurar la calidad de la atención y el derecho a la salud.</p> <p>Lineamiento Técnico de Salud En la Primera Infancia de Cero a Siempre.- Atención Integral a la primera Infancia. Pérez et al, 2006</p> <p>Taller: Modelo de Atención de la Primera Infancia (2010)</p>		
--	--	---	--	--	--

			<p>atención de salud a nivel nacional asociados con el Ministerio de Salud y Seguridad Social. A pesar de ello, el porcentaje de las instituciones que atienden a los menores de 5 años bajo la estrategia AIEPI es moderado, inferior al 10% del total de centros con incorporación de historias clínicas estandarizadas.</p> <p>En el 2012 se creó, el programa de la niñez <b>"de cero a siempre"</b> es intersectorial y abarca distintas acciones (educación, inclusión), siendo una de ellas las de salud.</p> <p>La estrategia busca trabajar la primera infancia en diferentes frentes: servicio integral de salud, que beneficie la Atención prenatal de la madre gestante, el seguimiento al crecimiento y desarrollo del recién nacido, su vacunación, condiciones adecuadas de vivienda, acceso a agua potable, empleo para la familia, un espacio educativo, una adecuada nutrición.</p> <p>Dentro de sus lineamientos particulares, se requiere de un proceso de identificación de los niños y su seguimiento, siendo ello de obligación municipal. La estrategia promueve acciones sistemáticas con los gobiernos locales, a modo de generar condiciones institucionales y financieras para llevar a cabo las políticas de la primera infancia, a fin de hacerlas sostenible a largo plazo.</p>			
--	--	--	--	--	--	--

	Argentina	Modelo de Atención hacia la Estrategia de Atención Primaria de Salud	<p>El modelo de atención de la salud al niño en Argentina inicia en el 2005 un camino donde se combina la oferta pública tradicional, basada en centros de salud y hospitales públicos, mayoritariamente provinciales, con un modelo de pago por cumplimiento de enrolamiento de población sin cobertura formal, y de metas para la población sin cobertura formal en Instituciones de seguridad social y seguros privados.</p> <p>El Plan Nacer, tuvo una etapa de aplicación en provincias más rezagadas del país, para abarcar en 2007 al total del territorio nacional. Diseñado como un modelo de cobertura materno-infantil, se amplía (Plan Sumar) hasta integrar a niños/as y adolescentes de 6 a 19 años, y mujeres y adultos.</p> <p>Este Plan tiene objetivos explícitos para disminuir las tasas de mortalidad materna e infantil, y la profundización del cuidado de la salud de niños/as en toda la etapa escolar y durante la adolescencia. Complementándose con el cuidado integral de salud de la mujer, promoviendo controles preventivos</p>	<p>El objetivo de mediano plazo es avanzar en el Desarrollo de seguros provinciales de salud para la población más vulnerable.</p> <p>En el 2007 se creó el Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia. El Plan tiene como propósito contribuir a la construcción de una política de Estado orientada al desarrollo integral de la población adolescente, con énfasis en salud, en coordinación con otros programas sociales asociados con la población adolescente. Dos ejes temáticos del programa se refieren a la salud sexual y reproductiva y a la atención, prevención y acompañamiento del embarazo en la adolescencia, para evitar la mortalidad materna e infantil</p>	<p>En Argentina el acceso a la salud es Universal y Gratuito. Pero estos se aplican sobre todo a la población de menores recursos que no acceden a la cobertura, tanto de los seguros sociales obligatorios como de los seguros privados voluntarios (prepagas).</p> <p>En el 2014 el Programa Sumar contribuía a cobertura de salud de más de 8,100 millones de niños Adolescentes y mujeres, a través de una red de casi 6.500 establecimientos en todo el país.</p> <p>Gobierno de Argentina: Ministerio de Salud Pública: Programa de Fortalecimiento de la Estrategia de la Atención Primaria de Salud</p> <p>Daniel Maceira: Estructura de los Programas de Salud en Niñez y Adolescencia en América Latina y El Caribe.- Espacios Institucionales para alcanzar la cobertura Universal en Salud.- Abril 2015.</p>	<p>El sistema de salud de Argentina, está compuesto por tres subsistemas: el público (abierto a toda la población especialmente al más pobre que no tiene otro tipo de cobertura), Seguridad Social (está compuesta de múltiples seguros sociales de afiliación obligatoria) y el privado (consiste en seguros voluntarios y empresas de medicina prepaga. Estos tres subsistemas se caracterizan por ser pocos coordinados e integrados, no existe una normativa que los regule, generando así coberturas diferenciadas</p> <p>El sistema se encuentra fragmentado y segmentado, si bien se registraron algunas estrategias de políticas públicas de salud, aún continua resultando elevado el impacto social y sanitario. Desde esta perspectiva, las redes integradas de servicios de salud, son consideradas unas de las principales expresiones operativas del enfoque de la SPS, a nivel de los servicios de salud, permitiendo la continuidad de la atención y el acceso universal a servicios. En este sentido las redes integrales logran mejorar la accesibilidad al sistema, reducir el gasto y en definitiva disminuir la fragmentación de los cuidados a lo largo del proceso salud-enfermedad.</p>
--	-----------	--	---	--	--	--

	Bolivia	<p>Modelo de Salud Familiar y Comunitario y Modelo de Atención Primaria Renovada</p>	<p>Todas las personas tienen derecho a la salud. El Estado garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna. El Sistema Único de Salud será universal, gratuito, equitativo, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social. El sistema se basa en los principios de solidaridad, eficiencia y con responsabilidad y se desarrolla mediante políticas públicas en todos los niveles del Estado.</p> <p>Coexisten los dos modelos de Salud. El Estado, en todos sus niveles, protegerá el derecho a la salud, promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios de Salud. El sistema de salud es único e incluye a la medicina tradicional de las naciones y pueblos indígena.</p> <p>Se priorizará la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades</p> <p>El Estado garantizará el acceso de la población a los Medicamentos. Priorizará los medicamentos genéricos</p> <p>El Nuevo Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural se caracteriza como el conjunto de acciones que facilitan el desarrollo de procesos de promoción de la salud, prevención y tratamiento de la enfermedad y rehabilitación de manera eficaz, eficiente y oportuna en el marco de la horizontalidad, integralidad e interculturalidad, de tal manera que las políticas de salud se presentan y articulan con las personas, familias y la comunidad</p>	<p>Implementación de un Programa Pionero, Concentrado en Salud Materno-Infantil</p> <p>Durante más de veinte años, la estrategia sanitaria de Bolivia se centró en el diseño e implementación de programas basados en grupos poblacionales priorizados, bajo el esquema de Seguros Públicos de Salud, posteriormente se constituyó en una tendencia regional. Al seguro público original, el Seguro Nacional de Maternidad y Niñez (SNMN) de 1996 se fue ampliando en 1998 al Seguro Básico de Salud (SBS), evolucionando al Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) en el 2002. El mismo convive con Seguro de Salud para el Adulto Mayor (SSPAM), y otras iniciativas para grupos rurales y población indígena.</p> <p>Actualmente, y desde el 2005, el SUMI, más allá de niños y niñas hasta cinco años (bolivianos y residentes) y madres embarazadas, incorpora como beneficiarias a las mujeres de edad fértil, agregando a su vez, 27 prestaciones de salud reproductiva para su tratamiento.</p>	<p>El Ministerio de Salud y Deportes es responsable de la reglamentación, coordinación, supervisión y control de la aplicación del SUMI en todos los niveles de atención.</p> <p>El SUMI reportaba en el año 2009 una cobertura del 8% de la población del país, 85,6% niñas/os menores de 5 años, 12,5% mujeres en edad fértil, y el resto a personas de otras edades, principalmente niñas/os entre 5 y 9 años.</p>	<p>La población boliviana se encuentra segmentada, de acuerdo con su cobertura en servicios de salud, en tres grandes grupos: aquellos protegidos por la seguridad social de corto plazo, los protegidos por seguros públicos – Seguro Universal de Maternidad y Niñez (SUMI) y Seguro de Salud del Adulto Mayor (SSPAM) y aquellos que tienen como único acceso a los servicios que puedan pagarse (incluidos los servicios del subsistema público)</p>
--	---------	--	---	---	---	--

	Perú	Modelo de Atención Integral de Salud basado en la Familia y Comunidad	<p>El Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad (MAIS-FC) es el Marco de referencia para la atención de salud en el país. El mismo fue oficializado en 2011, con la finalidad de mejorar el nivel de salud de la población del país y la equidad en el acceso a la Atención integral de salud. Se prioriza las zonas de mayor concentración de pobreza y las poblaciones más vulnerables. El énfasis del programa es la Promoción de la salud teniendo como eje de intervención la familia y la comunidad. En el 2012 se implementa en Perú desde el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, el Programa “Cuna Más”, orientado a apoyar el desarrollo infantil de niños/as hasta 3 años en zonas de pobreza y pobreza extrema, mediante dos modalidades de intervención: 1- cuidado diurno en los “Centros Cuna Más de Cuidado Diurno”, co-gestionados entre el Estado y la comunidad, y 2- acompañamiento de familias, mediante visitas a hogares y sesiones grupales con madres gestantes y niños de 0 a 3 años para el cuidado y aprendizaje infantil. Posteriormente, se elabora el Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012 – 2021 (PNAIA 2012-2021) tiene como fin profundizar un modelo descentralizado, mediante un programa de garantías de cuidado a niñas/os y adolescentes hasta los 17 años.</p>	<p>El objetivo general de este modelo es fortalecer el desempeño del Primer Nivel de Atención de Salud, que permita brindar Atención Integral de Salud basada en Familia y Comunidad, con calidad, equidad, eficiencia y efectividad. Los objetivos específicos son: Mejorar la capacidad de gestión institucional en el nivel local, sobre la base de las necesidades Identificadas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adecuar la organización de los servicios de salud a las necesidades y demandas de la Población.</li> <li>• Mejorar la prestación de salud, con énfasis en las actividades de promoción de la salud, prevención de riesgos y daños; y reorientación de los servicios con calidad</li> <li>. Fortalecer la articulación sectorial y comunitaria en el nivel regional y local, a través de la ciudadanía en los procesos de gestión y cuidado de la salud</li> <li>. Gestionar el financiamiento interno y externo de manera articulada, para un Presupuesto equitativo y sostenible.</li> </ul>	<p>En el Perú, el Modelo de Atención Integral en Salud es un importante programa de intervenciones para combatir los problemas de desnutrición del país y CRECER es el plan nacional para combatir la desnutrición y la pobreza.</p>	<p>El primer nivel de atención no está asumiendo su rol de ser puerta de entrada por su débil funcionamiento e interrelación con los otros niveles. El financiamiento se ha dirigido al 2do y 3er nivel por el alto costo. Débil capacidad de gestión local, institucional del equipo de salud en aspectos de gerencia, planeamiento y control, calidad de atención, medicamentos, recursos humanos, información, emergencia y desastres, Atención Integral</p>
--	------	---	---	--	--	---

	Venezuela	<p>Modelo de Atención Integral de Salud a los niños, niñas y adolescentes</p>	<p>Implementa y unifica reglamentos técnicos, criterios y estrategias que garantizan la atención integral para la salud de los niños, niñas y adolescentes, enmarcada en la prevención de enfermedades y la promoción de calidad de vida y salud, satisfaciendo las necesidades en cada etapa del desarrollo, basado en los principios rectores como línea orientadora del MSDS.</p> <p>Al asegurar el derecho a la atención integral de manera oportuna y eficiente de los niños, niñas y adolescentes, preservando su salud y entendiéndola como una unidad biopsicosocial, pretendiendo que la población infanto-juvenil tenga un sano y pleno desarrollo de todas sus potencialidades físicas, mentales, espirituales y sociales</p> <p>Modelo de Atención Integral de Salud bajo principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, Integración social y corresponsabilidad social,</p> <p>Algunas de las características de este modelo fueron el énfasis en la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades, la participación de comunidades organizadas, así como el fortalecimiento de los establecimientos del primer nivel de atención bajo los principios de la APS. A la consulta clínica diaria se le incorporaron las consultas obligatorias de promoción y prevención en tres grandes actividades: atención integral al niño, niña y adolescente; atención integral a la mujer y atención integral al adulto y adulto mayor (Feo and Curcio 2004). En diciembre de 2003, se creó la Comisión Presidencial "Misión</p>	<p>Los Objetivos Generales:- Garantizar la atención integral y detección temprana de factores de riesgo que comprometan la salud y calidad de vida de niños, niñas y adolescentes desde el periodo perinatal, respondiendo a sus necesidades, mediante la participación de equipos intersectoriales, transdisciplinarios, según los principios del MSDS.</p> <p>-Mejorar las condiciones de salud infantil y adolescente del país, contribuyendo a reducir el perfil de morbilidad y mortalidad por causas injustas, prevenibles evitables bajo los principios de equidad, universalidad, accesibilidad, gratuidad, transectorialidad, pertinencia cultural, participación, justicia, corresponsabilidad y contraloría social.</p> <p>Herland Tejerina Silva PhD: Mapeo y Análisis de los Modelos de Atención Primaria en Salud en los países de América del Sur: Mapeo de la APS en Venezuela.- Instituto Suramericano de Gobierno en Salud.- 2014</p> <p>Ministerio del Poder Popular para la Salud.- Gobierno Bolivariano de Venezuela. 2010-</p>	<p>Objetivos Especificos-Mejorar el acceso y aumentar la cobertura de los servicios de salud en todo el territorio nacional para recibir a niñas, niños y adolescentes a través de normas de atención integral en salud, partir del periodo perinatal y la capacitación en el manejo del programa de atención integral a la salud del personal responsable.</p> <p>Incrementar la capacidad resolutoria de los establecimientos de salud y casas comunitarias mejorando la calidad de atención de los servicios, manteniendo mejorar el acceso a los servicios de atención hospitalaria para que sea eficiente, incorporando el modelo de atención humanizada al recién nacido y garantizando la atención inmediata del neonato en sala de parto.</p> <p>Atención integral a niños niñas y adolescentes Promover la lactancia materna. Universalizar las inmunizaciones, fortalecer la vigilancia e investigación epidemiológica en especial de la Mortalidad de niñas y niños menores de 5 años. Promover el desarrollo de competencias para la atención integral a niños, niñas y adolescentes, en los diferentes actores con responsabilidad en la promoción de su salud y desarrollo.</p>	<p>El financiamiento y gestión son responsabilidad del Estado.</p> <p>No existen copagos en los servicios públicos de salud. La gratuidad se establece constitucionalmente para todos los servicios de salud prestados en el Sistema Público Nacional de Salud. No existen exclusión para el financiamiento de servicios sanitarios. Si la entidad pública no está en condiciones de ofrecer el servicio de salud requerido, recurre a la compra de servicios de organismos privados. Inclusive, si el sistema nacional no puede resolver un problema específico, el convenio con Cuba permite derivar al paciente hasta ese país con todos los gastos cubiertos por el estado.</p>
--	-----------	---	---	--	---	---

			<p>Barrio Adentro” con el objetivo de la “implementación y coordinación institucional del Programa Integral de prestación de Atención Primaria de Salud, estimulación e implementación de expresiones de la economía social y transformación de las condiciones sociales, económicas y ambientales de las comunidades.</p>		<p>Mejorar el sistema de supervisión, monitoreo y evaluación de las acciones de promoción de calidad de vida y salud de niños, niñas y adolescentes, así como de la calidad de atención en los servicios.</p> <p>Unificar el sistema de información y registro que incluya sexo, edad, grupos de edad y otros datos de relevancia sobre la situación de salud y desarrollo de la población infantil y adolescente.</p> <p>Fomentar la participación transectorial, comunitaria y familiar para impactar positivamente los determinantes de la calidad de vida y salud de la población adolescente.</p> <p>Promocionar en los individuos comportamientos saludables en el cuidado y seguridad de niños, niñas y adolescentes a través del uso de estrategias comunicacionales que permitan la promoción y difusión masiva en lo concerniente a prevención de factores de riesgo causantes de morbilidad y mortalidad infantil (diarreas, infecciones respiratorias agudas y patologías perinatales).</p>	
--	--	--	--	--	---	--

	Chile	Modelo Integrado de Atención de salud Infantil y Adolescentes	<p><b>El Programa Nacional de Salud de la Infancia</b> tiene como propósito contribuir al desarrollo integral de niños y niñas menores de 10 años. En su contexto familiar y comunitario, a través de actividades de fomento, protección, prevención, recuperación de la salud y rehabilitación, que impulse el potencial biopsicosocial y mejor calidad de vida. Este Programa se desarrolla a través de la Subsecretaría de Salud Pública y Redes Asistenciales. Financiado mediante fondos Públicos.</p> <p>Las acciones del Programa están enmarcadas dentro del Sistema Intersectorial de Protección Social, creado mediante la Ley en el año 2009, compuesto por</p> <p>1.- “<i>Chile Solidario</i>”, sistema dirigido a las familias en situación de extrema pobreza, y 2.- “<i>Chile Crece Contigo</i>”, sistema de protección integral a la infancia, dirigido a niños y niñas menores de 4 años. Entre las prestaciones para la atención en salud de niños y niñas de 0 a 9 años que brinda el Programa se encuentran:</p> <p>1-controles de salud, 2- consultas nutricionales, 3- inmunizaciones, 4-talleres, entre otros.</p> <p>El Programa <b>Chile Crece Contigo</b> comienza su implementación en el año 2007, orientado a acompañar mediante acciones de salud y educación el proceso de desarrollo integral de niños/as que se atienden en el sistema público de salud hasta el ingreso en el sistema escolar. Dentro del área de salud, se identifican programas el de apoyo al desarrollo biopsicosocial (PADBP), y el de apoyo al recién nacido (PARN). La secuencia de acciones que realiza el PADBP se desencadena desde el primer control prenatal hasta los 4 años,</p>	<p>Las acciones del Programa, están enmarcadas en ejes, modelos estratégicos y enfoques, como: sistema de protección a la infancia, modelo de salud familiar, Derechos en la infancia, determinantes sociales, calidad y seguridad del paciente y reforma de salud entre otros</p> <p>El desafío es lograr el balance entre la oferta universal y las estrategias focalizadas para la población infantil y las familias que lo requieran. En ocasiones, la oferta universal no está siendo accesible para los grupos vulnerables, o no se recibe del mismo modo por toda la población, por las desigualdades presentes en la sociedad.</p> <p><b>Gestión de la Red Asistencial</b></p> <p>La reforma establece en cada Servicio de Salud un “Gestor de Red” con la obligación-facultad de: Ley Autoridad Sanitaria</p> <p>Fortalecer la capacidad resolutive del nivel primario de atención</p> <p>Garantizar una correcta articulación de la Red Asistencial.</p> <p>Dotar de herramientas de gestión a los establecimientos dependientes del Servicio de Salud evitando la fragmentación del Sistema.</p> <p>Celebrar convenios de gestión con las entidades</p>	<p>Al 2009, el programa daba cobertura a más de 675 mil niños/as hasta 4 años, y 200 mil gestantes. La administración, coordinación y supervisión le corresponde al Ministerio de Planificación, mientras que los Ministerios de Salud y de Hacienda establecen las normas y temáticas pertinentes para su implementación. Chile Crece Contigo concentra su prestación en los centros de salud públicos, estableciendo prestaciones específicas garantizadas</p>	<p>La inversión en promoción de salud y prevención de enfermedades en la población infantil posee mayor impacto poblacional y costo – efectividad en acciones de salud, con repercusiones positivas a largo plazo, como por ejemplo, disminución de tasas de prevalencia de enfermedades cardiovasculares, respiratorias crónicas, entre otras. Los indicadores de mortalidad y morbilidad neonatal e infantil son utilizados como indicadores de desarrollo del país, por lo cual su control y ejecución deben ser monitoreados periódicamente. Se destaca la interrelación e intervención del método clínico desde su relación biopsicosocial y el enfoque familiar.</p>
--	-------	---	--	--	--	--

		<p>momento en el cual niños y niñas ingresan a la educación preescolar. También considera situaciones críticas que puedan tener en el trayecto de desarrollo de niños y niñas, como hospitalización y situación de vulnerabilidad, rezago o déficit en su desarrollo psicomotor.</p> <p>El PARN, genera apoyo a nivel educativo y de salud. Dentro del programa se brinda Atención integral al niño/a hospitalizada en neonatología y pediatría, se otorga controles al niño (primer control de salud, ingreso al control de salud, evaluación y seguimiento de niño). "Chile Crece contigo" requiere tener a las/os niñas/os localizadas/os, para ubicar las prestaciones en los hogares que corresponda. Desde el 2012, Chile avanza con la implementación del <b>Programa de Salud Integral de Jóvenes y Adolescentes</b>. El mismo busca promover un crecimiento y desarrollo biopsicosocial saludable, mediante la identificación de factores y conductas de riesgo, promoviendo conductas protectoras, y prevenir enfermedad y discapacidad en adolescentes de 10 a 19 años y jóvenes de 20 a 24 años que son atendidos en el sistema público de salud.</p> <p>Particularmente, se propone El Programa distingue dos ámbitos de acción (prevención y tratamiento), y en cada uno de ellos establece una serie de intervenciones, alineadas con el empadronamiento y la <b>historia clínica de sus</b> usuarios. La iniciativa es ejecutada por los prestadores de salud a nivel territorial y su diseño se encuentra centralizado en el Ministerio de Salud, con articulación en las áreas de desarrollo social, educación y hacienda.</p>	<p>Administradoras de salud municipal.</p> <p>Evaluar el cumplimiento de normas y metas</p> <p>El gran desafío de la gestión de las redes asistenciales es adecuar la organización y su funcionamiento a los postulados de la Reforma, para el logro de los objetivos sanitarios.</p> <p>Daniel Maceira: Estructura de los Programas de Salud en Niñez y Adolescencia en América Latina y El Caribe.- Espacios Institucionales para alcanzar la cobertura Universal en Salud.- Abril 2015. Ministerio de Salud Pública de Chile: Programa Nacional de Salud de la Infancia con enfoque Integral. 2013.- Santiago de Chile Primera Edición: Agosto 2013 Resolución Exenta N° 426 18 de Julio de 2013 N° de Registro de Propiedad Intelectual 232.144</p>		
--	--	--	---	--	--

	Brasil		<p>En 2004, el Ministerio de Salud lanzó una Agenda de Compromisos para la Salud Integral del Niño y Reducción de la Mortalidad Infantil. En este documento, los cuidados con la salud infantil son considerados como acciones esenciales del Ministerio de Salud, enfatizando un cuidado integral y multiprofesional que permita comprender las necesidades y derechos del niño como individuo, resaltando la responsabilidad de brindar una asistencia de salud calificada y humanizada, siendo la mortalidad infantil un gran reto para el país. Como principios que guían el cuidado a la salud del niño, se destaca la planificación y desarrollo de acciones intersectoriales; el acceso universal, la acogida, la responsabilidad, la asistencia integral, la asistencia resolutive, la equidad, el trabajo en equipo, el desarrollo de acciones colectivas con énfasis en las acciones de promoción de la salud, la participación de la familia, el control social en la gestión local y la evaluación permanente y sistemática de la asistencia brindada. Durante los cambios de estas directrices existe un reconocimiento de que a pesar de los avances alcanzados, los indicadores de salud revelan un largo camino a ser recorrido, con enfoque en el derecho a la salud integral considerado en las leyes Brasileñas. El PIM como política pública decretada en el 2006 por la Legislatura, determina el desarrollo integral infantil, que tiene como objeto incluir los aspectos físicos, psicológicos, intelectuales y sociales Del niño. La integralidad de la atención es un eje prioritario de la investigación y evaluación</p>	<p>Los principios del sistema único de salud son: Universalidad, Integridad, Equidad y Capacidad de resolución en los servicios de salud. Frente a las necesidades de prevención y tratamiento, se tiene por objetivo la atención integral brindada por los servicios de salud, la garantía de cobertura en la atención básica de salud, con el aumento de su capacidad resolutive. La atención integral de tratamiento y prevención de enfermedades prevalentes en la infancia. Existe una amplia noción del desarrollo infantil, enfatizando la calidad de vida y el bienestar del niño y sus familias. La garantía al acceso, la buena calidad de atención, la atención integral a la salud, los cuidados preventivos y los esquemas de tratamiento postulados en los programas de salud tienen efecto positivo sobre los derechos humanos, como parte de las acciones de salud pública. El niño tiene derechos referidos principalmente a la autonomía pública, es decir, a los derechos sociales tales como el derecho a un adecuado crecimiento y desarrollo, lactancia materna, nutrición, vacunación, higiene, saneamiento ambiente,</p>	<p>El sistema Único de Salud (SUS) de Brasil posee una cobertura aproximada del 75% de la población y Aproximadamente el 25% restante tiene doble cobertura a través de la compra de un seguro voluntario privado.</p>	<p>El principal problema del sistema de salud de Brasil es la inconsistencia de un padrón de salud, con triple carga de enfermedad, con una prevalencia de enfermedades crónicas y Un sistema de salud fragmentado, que está centrado en condiciones Agudas: Fuente: Méndez EV. En Brasil no hay copagos en el Sistema Único de Salud, pero cuando hay problemas los usuarios compran medicamentos o pagan por procedimientos en el sector privado. El Estado prioriza el amparo de los niños y adolescentes.</p>
--	--------	--	---	--	--	---

			<p>de los servicios y de los sistemas de atención de salud, estructurados como redes asistenciales interorganizacionales que articulan las dimensiones clínicas, funcionales, normativas y sistémicas en su operacionalización.</p>	<p>medidas de protección, prevención de accidentes, acceso a la educación, cuidados de salud, en fin derecho a la vida. Vinculado a estos aspectos, también se considera importante el garantizar que los padres conozcan los principios básicos de salud, recibiendo apoyo para aplicar los conocimientos en el cuidado, de acuerdo con la Convención sobre los Derechos del Niño.</p> <p>Alessandra Scheneider: Vera Regina Ramires: Primera Infancia Mejor PIM.- 2008</p> <p>Glória Lúcia Alves Figueiredo Débora Falleiros de Mello: Atención a la Salud del Niño en Brasil: Aspectos de la Vulnerabilidad. Programática y de los Derechos Humanos.- Rev Latino-am Enfermagem 2007 novembro-dezembro; 15 (6) <a href="http://www.eerp.usp.br/rlae">www.eerp.usp.br/rlae</a></p>		
--	--	--	---	---	--	--

	Uruguay	Modelo de Atención Integral del Niño	<p>Este modelo se basa en la promoción de la salud, como abordaje preventivo integral, la calidad y dignidad del cuidado, el enfoque de género, promueve la equidad, la universalidad, solidaridad, participación social, intersectorialidad y asegura el derecho universal de la salud. El Programa Nacional de la Salud de la Niñez apunta a lograr un adecuado crecimiento y desarrollo de la población infantil y adolescente, incorporando un enfoque de salud integral y de calidad, aplicando una estrategia de APS. El programa propone pautas específicas para el control de salud en diferentes etapas, desde el nacimiento hasta los 14 años de edad, generando los protocolos de atención específicos. Plantea además el desarrollo de un Programa de Evaluación continua de la calidad asistencial y la creación de los Comités de Auditoría de Muerte de menores de 15 años.</p> <p>En segundo lugar, el Programa Nacional de Adolescencia promueve el desarrollo integral desde un enfoque de derechos y de género. Brinda orientaciones al sector público y privado, promoviendo alianzas intersectoriales, fortaleciendo las redes sociales y despertando las diversas realidades. En tercer lugar, el Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género apunta a reducir las inequidades en salud. Dentro de sus principales objetivos se propone la reducción de los índices de morbi-mortalidad en las mujeres, asociado a factores dependientes de: embarazo, parto, puerperio, aborto en condiciones de riesgo.</p> <p>El nuevo sistema se sustenta en tres principios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fondo Nacional de Salud que recibe los aportes del Estado, Empresas y Familias.</li> <li>- Los Usuarios del Fondo aportan según</li> </ul>	<p><b>Propósito</b> Disminuir la morbimortalidad en la infancia y contribuir al desarrollo integral, físico, mental y social de los niños en todas las etapas de su ciclo vital, contemplando los aspectos relacionados con la promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y auto cuidado de la salud.</p> <p><b>Objetivo General</b> Reducir la morbimortalidad en la infancia. Promover la atención integral del niño para lograr un adecuado crecimiento y desarrollo. Asegurar la equidad en el acceso a los servicios de salud. Promover su inserción en el medio familiar, social y ambiental.</p> <p><b>Objetivos específicos</b> Mejorar la cantidad y calidad de los controles prenatales. Mantener la institucionalización del parto, identificando anticipadamente el grado de riesgo y asistiéndolo en el nivel de complejidad que corresponda. Prevenir y tratar oportunamente las enfermedades prevalentes de la infancia. Implementar un modelo de atención integral del niño mediante la conformación de redes entre los diferentes servicios de salud y con otros actores sociales. Actualizar las normas de atención y guías de práctica,</p>	<p>En el 2009 mediante Ley se incorpora la Historia Clínica para todos los usuarios de Uruguay. La cobertura universal, la accesibilidad y la sustentabilidad de los servicios de salud</p>	<p>La salud en Uruguay es muy fragmentada. A nivel de ASSE (prestador público), no existen ningún tipo de copagos por las prestaciones que se realizan, tanto para consulta general y/o especializada, suministro de medicamentos, paraclínica y acceso a servicios de internación y tratamiento médico o quirúrgico.</p> <p>Consta con un Plan de servicio popular hospitalario llamado Mutualista, para los que no tienen capacidad de pago.</p>
--	---------	--------------------------------------	---	---	---	--

			<p>sus ingresos. Las Empresas y el Estado aportan por sus trabajadores. -El Fondo paga a las Instituciones de Salud por cada uno de sus beneficiarios, finalmente el usuario elige al prestador de salud preferido.</p>	<p>en coordinación con los servicios asistenciales.  Optimizar la información estadística y la vigilancia epidemiológica en relación a la salud de los niños (Sistema Informático Perinatal, Auditoría de Muerte, certificado de defunción).  Promover la implementación de las buenas prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño en los centros de atención primaria y las maternidades.  <b>Áreas de Acción</b>  Mortalidad ( comités de auditoría de muerte )  Enfermedades prevalentes (transmisibles y no transmisibles)  Lactancia  Inmunizaciones  Derechos del niño  Malformaciones congénitas</p> <p>ENIA: Estratégica de Infancia y Adolescencia: Marcelo Setaro, Martín Koolhaas:Montevideo, Uruguay 2008: Políticas de salud para la Infancia y Adolescencia</p> <p>Programa Nacional de salud del Niño 2005-2009 MSP.</p>		
--	--	--	---	---	--	--

	Paraguay	Atención integral de los niños y adolescentes	<p><i>En Paraguay, la salud</i> es un derecho con un enfoque universal, integral, equitativo y con Participación social activa, de todos los niños/as y adolescentes.</p> <p>La población infantil menor de 10 años recibe atención a su salud a tiempo, de manera eficaz y universal, con intervenciones territoriales e intersectoriales que promueven la salud y calidad de vida con acciones preventivas, educativas, curativas y rehabilitadoras en el marco de un sistema de salud con enfoque de derecho y con participación de los niños, niñas, familias y comunidades.</p> <p>La tendencia en los actuales momentos es disminuir la morbilidad de los niños.</p> <p>Con la Estrategia de Atención Primaria de Salud se reorientaron los servicios de salud hacia un modelo de atención que favorece la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, con un enfoque familiar y comunitario, promoviendo además el desarrollo de capacidad de gestión a nivel local para promover intervenciones eficaces.</p> <p>La Red Integrada de Servicios de Salud se componen de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Atención Primaria de Salud: Unidades de Salud de la Familia (USF)</li> <li>- Atención Especializada: Centros Ambulatorios de Especialidades (CAES)</li> <li>-Atención Hospitalaria: Hospitales Básicos, Generales y Especializados</li> <li>- Servicios Complementarios: Asistencia Farmacéutica, Vigilancia en Salud, Rehabilitación y Apoyo Diagnóstico</li> <li>- Sistema de Regulación Médica, Comunicación y transporte.</li> </ul> <p>La atención primaria es el eje principal que articula al Sistema Nacional de Salud,</p>	<p><b>Objetivos Generales:</b></p> <p>Elevar la calidad de vida y salud de los niños y niñas menores de 10 años, mediante la promoción de la salud garantizando su derecho a la salud, a través de ambientes familiares y comunitarios protectores y del acceso a servicios de salud equitativos, integrales y de calidad.</p> <p>MSP y BS de Paraguay: Sistemas de Salud en Sudamérica: Desafíos hacia la integridad y equidad. Dra. María Cristina Guillén-2011</p> <p>MSP y BS de Paraguay: Plan nacional de Promoción de la calidad de vida y la salud con equidad de la niñez. 2010-2015</p>	<p>Este plan de acción se centra en mejorar la calidad de vida y salud de los niños y niñas menores de 10 años y los adolescentes de 10 a 19 años de edad, para el periodo 2010-2015.</p> <p>El fortalecimiento de un Sistema de Salud, basado en la estrategia de atención primaria de la salud, el desarrollo institucional y la integración programática son fundamentales para alcanzar el objetivo de este Plan, que a su vez contribuirá a la consecución de los ODM</p>	<p>El sistema de salud de Paraguay se caracteriza por su fragmentación y segmentación</p> <p>Limitado grado de integración y comunicación entre los servicios de atención, reflejando una gran fragilidad del sistema.</p> <p>Es: Público, Privado y Mixto, uno de los mayores desafíos que enfrenta este sistema es la ampliación de la cobertura para algún tipo de salud, es decir que la cobertura no es universal.</p>
--	----------	---	--	---	--	---

Europa	España	Modelo Asistencial de Atención Pediátrica en AP	<p>Propone una "nueva pediatría", en su entorno familiar y comunitario, enfocada no solo a la curación sino, sobre todo, a la anticipación diagnóstica y prevención, al seguimiento de crónicos y su adaptación biopsicosocial, a la educación y promoción de la salud. Favorece la accesibilidad al sistema de salud. Asegura una comunicación obligatoria, fluida y bidireccional entre la AP y la atención Especializada no pediátrica. Favorece y potencia el trabajo en equipo multiprofesional. Desarrolla guías de prácticas clínicas integral e integradora. Incrementa recursos diagnósticos y terapéuticos asegurando la capacidad resolutoria de los problemas de salud</p>	<p>Viabiliza las interconsultas con especialidades no pediátricas. Favorece y potencia el trabajo en equipo multiprofesional. El sistema de salud pública en España establece el modelo sanitario en el cual el pediatra es la puerta de entrada al sistema de salud de la población infantil y responsable de su atención integral.</p> <p>Begoña Domínguez Aurrecoechea; Carlos Valdivia Jiménez: La Pediatría de Atención Primaria en el Sistema Público de Salud del siglo XXI.- Informe SESPA 2012.Gac.Sanit 2012; 26(S): 82-97.</p> <p>Carlos Valdivia Jiménez; María Ángeles Hernández Encinas; Juan José Morell Bernabé; Manuel F. Enrrubia; Ana Isabel Díaz; Gonzalo Sanz; Francesc Bargall.- Atención a la Población Infanto-Juvenil.- Asociación Española de Pediatría.- 2008.</p>	<p>La mortalidad infantil es un parámetro de medida habitual de resultados de salud, en España, en la actualidad, estos resultados se encuentran entre los mejores de la Unión Europea, habiendo mejorado de manera significativa en los últimos años. La misma tendencia se observa en la evolución de las enfermedades infecciosas inmunoprevenibles y en las coberturas vacunales</p>	<p>La Universalidad, la gratuidad y la accesibilidad son las características del sistema único de Salud en Atención primaria en España</p>
	Francia	Modelo de Asistencia integral Materno-Infantil	<p>En este modelo la población infantil se beneficia de los servicios y prestaciones generales (consulta médica, fisioterapia, farmacia, hospitalización, etc.), además de unos servicios específicos de prevención y apoyo socio-sanitario denominados Protección Materno-Infantil (PMI) y Salud Escolar. Es obligatorio los exámenes clínicos, complementarios de laboratorios, para todos los niños.</p>	<p>La protección Materno-Infantil (PMI) en Francia agrupa el conjunto de medidas socio sanitarias destinadas asegurar mediante acciones preventivas la protección de las mujeres embarazadas y sus hijos hasta la edad de la escolarización obligatoria (6 años) Actualmente su objetivo no sólo es luchar contra la enfermedad en la infancia,</p>	<p>Cobertura de salud gratuita para los niños menores de 6 años. Poseen el servicio de Medicina Escolar, dependiente directamente del Ministerio de Educación (a diferencia de la PMI, que es departamental) es el relevo en las labores de prevención y promoción</p>	<p>PMI es un sistema privado de prevención de salud para la madre y el niño. Los centros de PMI se encuentran en cada municipio y son gestionados por la Dirección Departamental de Asuntos Sanitarios y Sociales. Son gratuitos y abiertos a toda la población residente. Ofrecen actividades divididas en dos grandes grupos: las dirigidas a los padres y las actuaciones sobre los niños</p>

			<p>La mortalidad infantil es uno de los indicadores de salud de mayor relevancia y más amplio uso, pues mide el efecto de las condiciones socioeconómicas en la salud de madres y recién nacidos, así como la calidad de los servicios sanitarios y de las actuaciones de prevención y de promoción de la salud. En este caso, los Resultados son más que alentadores para Europa pues en los 10 últimos años podemos observar un descenso de la tasa de mortalidad infantil de forma generalizada.</p>	<p>sino también realizar una verdadera promoción de la salud considerando al individuo en su entorno físico-social y psico-afectivo. El PMI establece calendarios de visitas durante los 6 años de vida del niño, emite un certificado obligatorio de estado de salud que consta de dos partes: la primera, dirigida a la dirección departamental de la PMI, recoge información de la historia clínica del niño, del entorno familiar, el examen físico y las vacunas; la segunda, dirigida a los centros de ayuda social a la familia Caisses d'Allocations familiales (Cajas de Subsidios familiares) en la que no consta ninguna información clínica, sirve de justificante y permite a la familia acceder a las correspondientes ayudas sociales. Cada niño posee su historia clínica. En Francia existen dos tipos de subvenciones: -La PSU.- Prestaciones de Servicio Única -El Contrato Infancia y Juventud (CEJ).</p> <p>R. Bastero Gil.; M. Anegón Blanco: Pediatra. Institut Hospitalier Jacques Cartier, Massy, Francia. Profesora Ayudante. Dpto. de Ciencias de la Salud, Universidad Rey Juan Carlos, Alcorcón, Madrid, España: La</p>	<p>de la salud infantil a partir de los 5-6. Existe el Carnet de Santé, el mismo que es otorgado desde el nacimiento hasta los 20 años de edad. La mortalidad Infantil es una de las más bajas del mundo. Se Combina el sector público (hospitales) y privado (clínicas) con el objetivo de hacer una cobertura de salud para todos. El Estado es el encargado de controlar las relaciones entre las instituciones de financiamiento, los enfermos y los profesionales de la salud. Dentro de la política general de salud pública está la prevención, la vigilancia sanitaria, la lucha contra las enfermedades y las adicciones.</p>	<p>Según la OMS Francia cuenta con el mejor sistema de salud en atención médica en el mundo.</p>
--	--	--	---	--	--	--

				<p>salud de la infancia y el pediatra en el sistema sanitario francés: Rev Pediatr Aten Primaria. 2005;7:303-319</p> <p>Global Reteriment Index 2014</p> <p>ALLOCATIONS FAMILIALES: seminario internacional "Primera Infancia y Sistema de cuidado y Desarrollo Infantil en América Latina y Europa.- San José de Costa Rica Nov. 2013 Documento 1.</p>		
	Alemania	Modelo Bismark Sistema de Seguros Sociales	<p>El sistema de salud sanitario de Alemania es uno de los mejores del mundo Tienen acceso libre a la consulta de atención primaria, sin ningún tipo de copago, es necesario indicar que en Enero 2013 se suspendió el copago. Financiados por cuotas obligatorias pagadas por empresarios y trabajadores o a través de los impuestos</p> <p>Los recursos financieros van a parar a los "fondos" que son entidades no gubernamentales reguladas por ley y que gestionan estos recursos</p> <p>Los "fondos" contratan hospitales, médicos de familia, etc. para que provean los servicios a los asegurados mediante contratos basados en un presupuesto o mediante pago por acto Sistemas de reembolso y algunos copagos por parte de usuarios</p> <p>Las prestaciones sanitarias en Alemania están definidas en el denominado Social Code Book V (Estatutos de los seguros médicos.</p> <p>Atención Primaria: libre elección de médico, al igual que psicoterapeuta, dentista y servicio de urgencias.</p>	<p>Prestaciones sanitarias, que son:</p> <p>Prevención de la enfermedad, promoción de la salud en el lugar de trabajo.</p> <p>Tratamiento de la enfermedad (atención médica ambulatoria, atención dental, farmacia, atención de profesionales de la salud complementarios, prótesis y dispositivos médicos, ingreso hospitalario, atención domiciliaria de enfermería, atención rehabilitadora seleccionada, socioterapia).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención de urgencia, emergencia y transporte sanitario en ciertos casos.</li> <li>• Otras prestaciones como información sanitaria.</li> </ul> <p>Acceso al Sistemas Sanitario: Atención Primaria: libre elección de médico, al igual que psicoterapeuta, dentista y servicio de urgencias.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Filtro para acceso a especialistas: desde 2004 los sistemas de seguro están</li> </ul>	<p>La cobertura es integral y de calidad, y de alta tecnología Las prestaciones sanitarias en Alemania están definidas en el denominado Social Code Book V (Estatutos de los seguros médico)</p> <p>tienen un modelo de sistema de seguridad social en el que las cuotas obligatorias pagadas por las empresas y los trabajadores, son la principal fuente de financiación. Los fondos de enfermedad se organizan según categorías profesionales y pueden ser más o menos numerosos. En estos sistemas, los impuestos generales también juegan su papel, financiando las primas de los seguros de los sectores desfavorecidos y sin cobertura o ciertos tipos de asistencia básica pública, como las vacunaciones o los servicios de salud maternos.</p>	<p>Las listas de espera para tratamientos son poco comunes. Las instalaciones médicas están equipadas con la última tecnología y los seguros médicos cubren casi todas las medicinas y tratamientos. En Alemania, hay dos sistemas de seguros paralelos, el privado y público. Casi todo el mundo en Alemania tiene acceso al sistema, sin importar el nivel de ingresos o clase social.</p> <p>Lo malo es que los costos de atención médica son muy altos, por los doctores, estancias en hospitales e incluso medicinas, están entre los más caros del mundo. El tratamiento "gratis" no existe en Alemania, ni siquiera en los hospitales públicos. Toda la asistencia, incluidas las urgencias, debe pagarla el paciente o el seguro del paciente</p>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>•Filtro para acceso a especialistas: desde 2004 los sistemas de seguro están obligados a que la visita a un especialista sea derivada por algún profesional de primer nivel.</li> <li>•Especialistas: acceso libre, pero solo reembolsable si es referido por un médico de primer nivel.</li> <li>•Lista de espera: no hay lista de espera significativa.</li> </ul> <p>En la República Federal de Alemania, existen dos sistemas de atención a la infancia en función de la edad: Centros de día o Casas-cuna, para niños menores de tres años, y Jardines de infancia, para niños de tres a seis años (edad de comienzo de la escolaridad obligatoria).</p> <p>SISTEMA BISMARCK O SISTEMA DE SEGURO DE SALUD Fue inspirado en el año 1883 en la legislación alemana. Con este sistema de atención médica, la financiación de los fondos se efectúa por contribuciones compulsadas por firmas y empleados y resulta dirigido por representantes del pueblo asegurado.</p>	<p>obligados a que la visita a un especialista sea derivada por algún profesional de primer nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Especialistas: acceso libre, pero solo reembolsable si es referido por un médico de primer nivel.</li> <li>• Lista de espera: no hay lista de espera significativa</li> </ul> <p>Los Sistemas Sanitarios de los países UE: Características e Indicadores de Salud 2013.- Información y Estadísticas Sanitarias 2014.- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.</p>		
	Italia	<p>Modelo de asistencia a la población infantil a cargo de los pediatras, médicos generales y de familia.</p> <p>Modelo Beveridge Servicio Nacional de Salud -</p>	<p>La atención pediátrica a la población Infantil se ha desarrollado de manera heterogénea, a cargo de los pediatras y médicos generalistas y de familia. Posee los siguientes rasgos: Dignidad Necesidad Sanitaria, Equidad Prevención Promoción de salud. Solidaridad</p>	<p>Posee un Plan Nacional que da prioridad a los niños. Servicios a la primera infancia Subvencionados y acreditados para el 80% de los niños de 4 años. Un 80% del personal encargado del cuidado infantil tienen formación universitaria. Italia se rige por el modelo de sistema nacional de salud,</p>	<p>El sistema de salud de Italia tiene cobertura universal y financiada a través de impuestos. Aunque teóricamente la cobertura es universal, existen marcadas diferencias socioeconómicas entre norte y sur que a su vez se traducen en diferencias demográficas en diversos indicadores de salud</p>	<p>El proceso de desarrollo del sistema nacional de Salud, tiene el mayor gasto en los Municipios (28.4%) En Italia la principal fuente de financiación del sistema nacional de salud son los impuestos generales complementados con los impuestos a los empresarios en las regiones y con el IVA.</p>

			<p><b>Efectividad</b>  Este modelo es financiado a través de impuestos, el acceso es universal, control gubernamental.  Además de los impuestos están los Seguros Privados que juegan un papel pequeño, fundamentalmente cubre costos no cubiertos por el seguro público. También tiene el pago de Bolsillo.- algunos costos son pagados directamente por los pacientes: algunos procedimientos diagnósticos, medicamentos, visita al especialista o el uso de las emergencias.  Están exentos los mayores de 65 años, personas con ingresos familiares menores, personas con enfermedades crónicas o raras, discapacitados y otros grupos de similares características.  La atención primaria es proporcionada por médicos de familia y pediatras que pueden elegir trabajar a tiempo parcial o total con la SNS.  Especialistas extra hospitalarios: a través de las ASL o sistemas públicos y privados.  Hospitales: Hospitales públicos y privados.</p>	<p>siendo su financiación sanitaria mayoritariamente a través de los impuestos. Este modelo se basa en la solidaridad (quien más tiene más paga) y el resto de los impuestos pivota fundamentalmente sobre el valor añadido.</p> <p>Los sistemas sanitarios en los países de la UE: Madrid Ministerio de Sanidad 2014</p> <p>Escuelas Infantiles en Europa. Atención a la Infancia cuidados de niños</p> <p>Caridad Fresno Chávez: Los sistemas de Salud. ORG. Hospitalaria  orghosp@gmail.com</p>	<p>relacionados con la calidad y el acceso a los servicios.</p>	
--	--	--	---	--	---	--

**Anexo 2: Encuesta a los estudiantes del sexto año de la carrera de Medicina**

**Encuesta a los estudiantes de Medicina que reciben formación teórica práctica en Pediatría para la atención pediátrica integral.**

Estimado estudiante, la presente encuesta tiene por objeto obtener información sobre su formación profesional, por lo que solicitamos su colaboración para que las respuestas del cuestionario, sean lo más precisas y sinceras posibles. Muchas gracias

**Datos Informativos:**

Sexo \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Año de la carrera \_\_\_\_\_ Especialidad \_\_\_\_\_  
Colegio donde se graduó \_\_\_\_\_ Tipo de bachillerato \_\_\_\_\_

1. ¿Cómo valora usted en su formación básica, el proceso de enseñanza aprendizaje para la atención pediátrica integral?

Excelente \_\_\_ Muy Bueno \_\_\_ Bueno \_\_\_ Regular \_\_\_ Deficiente \_\_\_ Justifique ¿por qué?

---

---

---

2. ¿Cómo considera los conocimientos impartidos por los docentes en su formación para la atención pediátrica integral?

Excelentes \_\_\_ Muy Buenos \_\_\_ Buenos \_\_\_ Regulares \_\_\_ Deficientes \_\_\_

Justifique por qué? \_\_\_\_\_

---

3. ¿De qué manera los conocimientos teóricos para la atención en pediatría tienen correspondencia con la práctica médica en las unidades de salud?

Excelente \_\_\_      Muy Bueno \_\_\_      Bueno \_\_\_      Regular \_\_\_      Deficiente \_\_\_

Justifique ¿por qué? \_\_\_\_\_

4. ¿De qué manera los conocimientos teóricos recibidos le permiten desarrollar en la práctica, habilidades y destrezas para la atención integral infantil?

Excelente \_\_\_      Muy Bueno \_\_\_      Bueno \_\_\_      Regular \_\_\_      Deficiente \_\_\_

Justifique ¿por qué? \_\_\_\_\_

5. ¿En qué medida en su formación académica ha desarrollado competencias para la atención en pediatría de niños sanos y enfermos?

Excelente \_\_\_      Muy Bueno \_\_\_      Bueno \_\_\_      Regular \_\_\_      Deficiente \_\_\_

Justifique ¿por qué? \_\_\_\_\_

6. ¿En qué medida, ha desarrollado los valores morales, para la atención pediátrica integral?

Excelente \_\_\_      Muy Bueno \_\_\_      Bueno \_\_\_      Regular \_\_\_      Deficiente \_\_\_

Justifique? \_\_\_\_\_

7. Valore en sus docentes las siguientes características relacionadas con la formación en la atención pediátrica integral. En cada caso marque con una X según corresponda:

<b>Características</b>	<b>Excelente</b>	<b>Muy Bueno</b>	<b>Bueno</b>	<b>Regular</b>	<b>Deficiente</b>
Metodología					
Comunicación					
Motivación					
Responsabilidad					
Humanismo					
Honestidad					
El trato					

## Resultado del anexo 2

1. ¿Cómo valora usted en su formación básica el proceso de enseñanza aprendizaje para la atención pediátrica integral?

Tabla 1. Valoraciones de la formación básica en el proceso de enseñanza – aprendizaje para la atención pediátrica integral

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Excelente	8	12.90%
Muy Bueno	15	24.19%
Bueno	12	19.35%
Regular	14	22.58%
Deficiente	13	20.97%
<b>TOTAL</b>	<b>62</b>	<b>100.00%</b>

2. ¿Cómo considera los conocimientos impartidos por los docentes en su formación para el proceso de enseñanza aprendizaje para la atención pediátrica

Tabla 2. Cocimientos impartidos por los docentes en el área de Pediatría

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Excelente	7	11.29%
Muy Bueno	13	20.97%
Bueno	11	17.74%
Regular	19	30.65%
Deficiente	12	19.35%
<b>TOTAL</b>	<b>62</b>	<b>100.00%</b>

3. ¿De qué manera los conocimientos teóricos para la atención en pediatría tienen correspondencia con la práctica médica en las unidades de salud?

Tabla 3. Correspondencia entre teoría y práctica de la atención pediátrica

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Excelente	12	19.35%
Muy Bueno	16	25.81%
Bueno	17	27.42%
Regular	9	14.52%
Deficiente	8	12.90%
<b>TOTAL</b>	<b>62</b>	<b>100.00%</b>

4. ¿De qué manera los conocimientos teóricos recibidos le permiten desempeñarse en la práctica, con habilidades para brindar una atención integral

Tabla 4. Estado de la asimilación de los conocimientos teóricos durante el desempeño del estudiante en la atención pediátrica integral

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Excelente	6	9.68%
Muy Bueno	23	37.10%
Bueno	12	19.35%
Regular	16	25.81%
Deficiente	5	8.06%
<b>TOTAL</b>	<b>62</b>	<b>100.00%</b>

5. ¿En qué medida en su formación académica ha desarrollado competencias para una atención en pediatría integral a niños sanos y enfermos?

Tabla 5. Desarrollo de la formación académica en el desarrollo de competencias de atención pediátrica integral a niños sanos y enfermos

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Excelente	6	9.68%
Muy Bueno	15	24.19%
Bueno	21	33.87%
Regular	17	27.42%
Deficiente	3	4.84%
<b>TOTAL</b>	<b>62</b>	<b>100.00%</b>

6. ¿Cómo valora las cualidades que ha desarrollado en la carrera de medicina para la atención pediátrica integral?

Tabla 6. Desarrollo de cualidades en la atención pediátrica integral

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Excelente	6	9.68%
Muy Bueno	15	24.19%
Bueno	24	38.71%
Regular	9	14.52%
Deficiente	8	12.90%
<b>TOTAL</b>	<b>62</b>	<b>100.00%</b>

7. Valore en sus docentes las siguientes características relacionadas con la formación en la atención pediátrica integral. En cada caso marque con una X según corresponda.

Tabla 7. Criterio valorativo de los estudiantes acerca de las características de sus docentes relacionadas con la formación en la atención pediátrica integral

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA Y PORCIENTO									
	Excelente	%	Muy Bueno	%	Bueno	%	Regular	%	Deficiente	%
Metodología	7	7%	16	14%	14	9%	12	13%	13	13%
Comunicación	14	14%	5	4%	20	13%	15	16%	8	8%
Motivación	10	10%	9	8%	14	9%	17	18%	12	12%
Responsabilidad.	12	12%	10	9%	15	10%	11	11%	14	14%
humanismo	12	12%	17	15%	14	9%	8	8%	11	11%
honestidad	11	11%	12	11%	15	10%	7	7%	17	17%
El trato	13	13%	11	10%	22	15%	11	11%	5	5%
Asequibilidad	9	9%	17	15%	18	12%	7	7%	10	10%
Cientificidad	12	12%	16	14%	17	11%	8	8%	9	9%
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>	<b>113</b>	<b>100%</b>	<b>149</b>	<b>100%</b>	<b>96</b>	<b>100%</b>	<b>99</b>	<b>100%</b>

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Excelente	100	17.95%
Muy Bueno	113	20.29%
Bueno	149	26.75%
Regular	96	17.24%
Deficiente	99	17.77%
<b>TOTAL</b>	<b>557</b>	<b>100.00%</b>

### **Anexo 3. Encuesta a estudiantes del séptimo año de la carrera de Medicina**

Estimado estudiante, la presente encuesta tiene por objeto obtener información sobre su formación profesional, por lo que solicitamos su colaboración para que las respuestas del cuestionario sean lo más precisas y sinceras posibles. Muchas gracias.

#### **Datos informativos:**

Sexo \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Año de la carrera \_\_\_\_\_ Especialidad \_\_\_\_\_  
Colegio donde se graduó \_\_\_\_\_ Tipo de bachillerato \_\_\_\_\_

1. ¿Cómo valora usted en su formación básica el proceso de enseñanza aprendizaje para la atención pediátrica integral?

Excelente \_\_\_ Muy Bueno \_\_\_ Bueno \_\_\_ Regular \_\_\_ Deficiente \_\_\_

Justifique ¿por qué?

---

---

2. ¿Cómo considera los conocimientos impartidos por los docentes en su formación para la atención pediátrica integral?

Excelentes \_\_\_ Muy Buenos \_\_\_ Buenos \_\_\_ Regulares \_\_\_ Deficientes \_\_\_

Justifique ¿por qué?

---

---

3. ¿De qué manera los conocimientos teóricos para la atención en pediatría tienen correspondencia con la práctica médica en las unidades de salud?

Excelente \_\_\_ Muy Bueno \_\_\_ Bueno \_\_\_ Regular \_\_\_ Deficiente \_\_\_

Justifique ¿por qué?

---

---

4.. ¿En qué medida en su formación académica ha desarrollado competencias para una atención en pediatría integral a niños sanos y enfermos?

Excelente \_\_\_      Muy Bueno \_\_\_      Bueno \_\_\_      Regular \_\_\_      Deficiente \_\_\_

Justifique ¿por qué?

---

---

5. ¿Cómo valora las cualidades que ha desarrollado en la carrera de medicina para la atención pediátrica integral?

Excelente \_\_\_      Muy Bueno \_\_\_      Bueno \_\_\_      Regular \_\_\_      Deficiente \_\_\_

Justifique ¿por qué?

---

---

6. Valore en sus docentes las siguientes características relacionadas con la formación en la atención pediátrica integral. En cada caso marque con una X según corresponda.

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA				
	Excelente	Muy Bueno	Bueno	Regular	Deficiente
Metodología					
Comunicación					
Motivación					
Responsabilidad.					
Humanismo					
Honestidad					
El trato					
Asequibilidad del contenido tratado					
Cientificidad del contenido					
<b>TOTAL</b>					

### Resultado del anexo 3

1. ¿Cómo valora usted en su formación básica el proceso de enseñanza aprendizaje para la atención pediátrica integral?

Tabla 8. Estado de la formación básica para la atención pediátrica integral

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Excelente	1	10.00%
Muy Bueno	2	20.00%
Bueno	0	0.00%
Regular	3	30.00%
Deficiente	4	40.00%
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>100.00%</b>

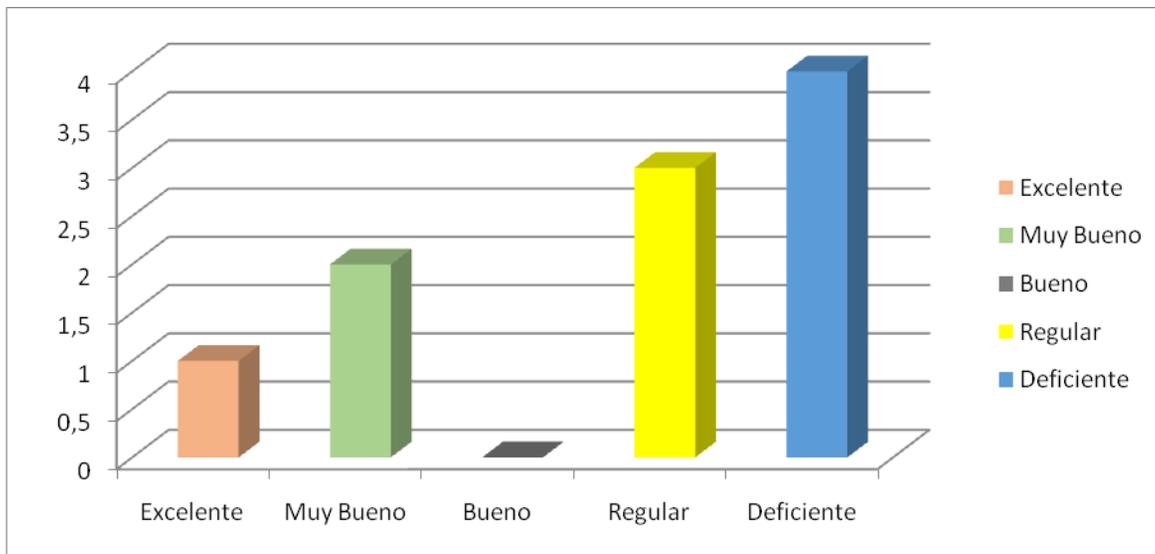


Figura 1. Estado de la formación básica del estudiante para la atención pediátrica integral.

2. ¿Cómo considera los conocimientos impartidos por los docentes en su formación para el proceso de enseñanza aprendizaje para la atención pediátrica

Tabla 9. Criterio de los conocimientos impartidos por los docentes en el área de Pediatría

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Excelente	2	20.00%
Muy Bueno	2	20.00%
Bueno	0	0.00%
Regular	3	30.00%
Deficiente	3	30.00%
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>100.00%</b>

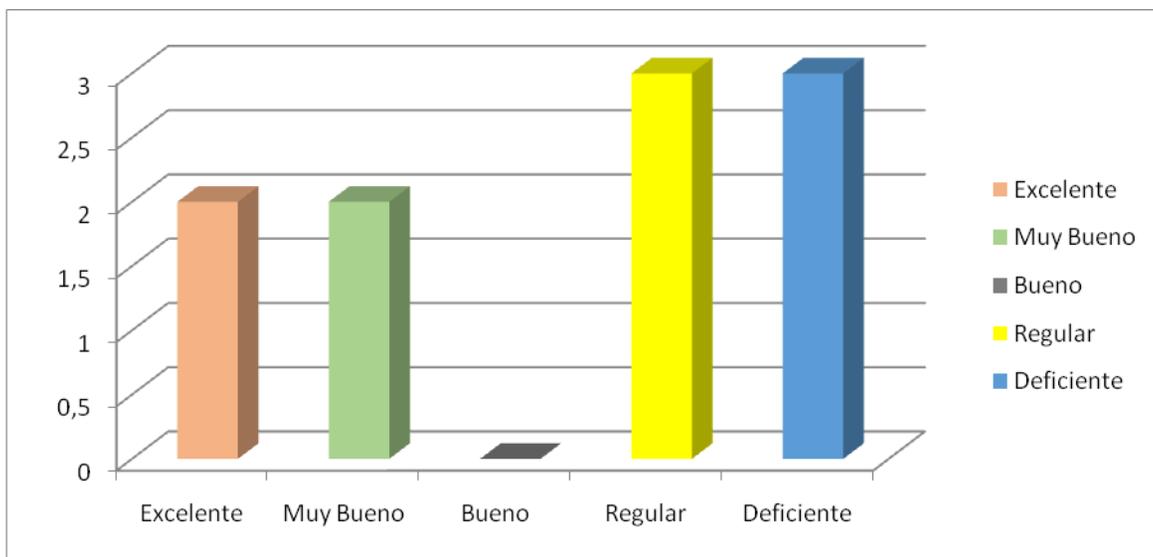


Figura 2. Criterio de los estudiantes sobre los conocimientos de los docentes en el área de Pediatría.

3. ¿De qué manera los conocimientos teóricos para la atención en pediatría tienen correspondencia con la práctica médica en las unidades de salud?

Tabla 10. Relación entre la teoría y la práctica de la atención pediátrica

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Excelente	1	10.00%
Muy Bueno	2	20.00%
Bueno	2	20.00%
Regular	3	30.00%
Deficiente	2	20.00%
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>100.00%</b>

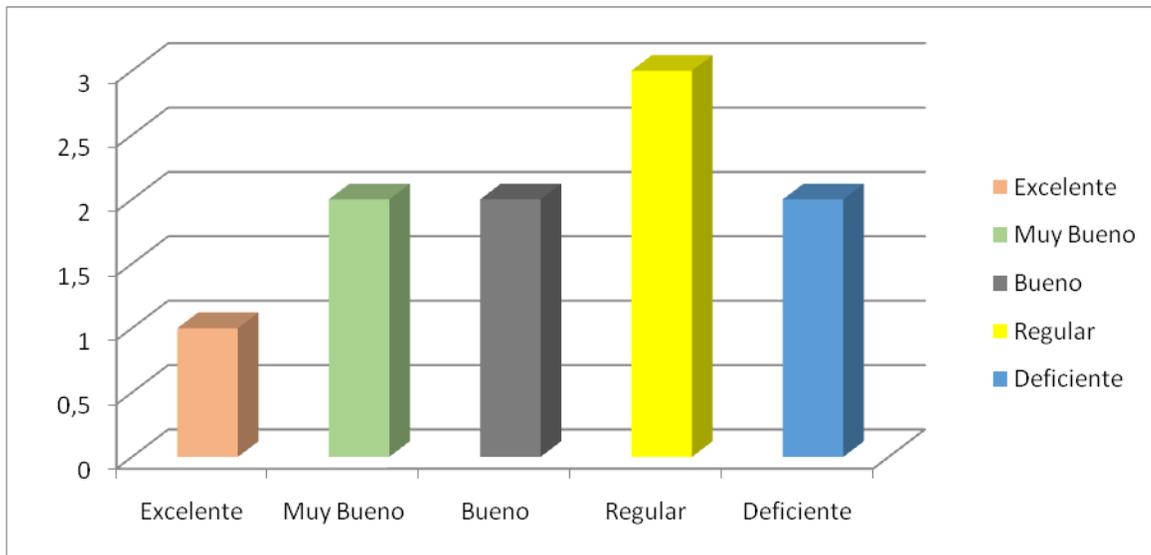


Figura 3. Relación teoría vs práctica de atención pediátrica integral.

4. ¿En qué medida en su formación académica ha desarrollado competencias para una atención en pediatría integral a niños sanos y enfermos?

Tabla 11. Influencia de la formación académica en el desarrollo de competencias para una atención pediátrica integral

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Excelente	1	10.00%
Muy Bueno	3	30.00%
Bueno	1	10.00%
Regular	3	30.00%
Deficiente	2	20.00%
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>100.00%</b>

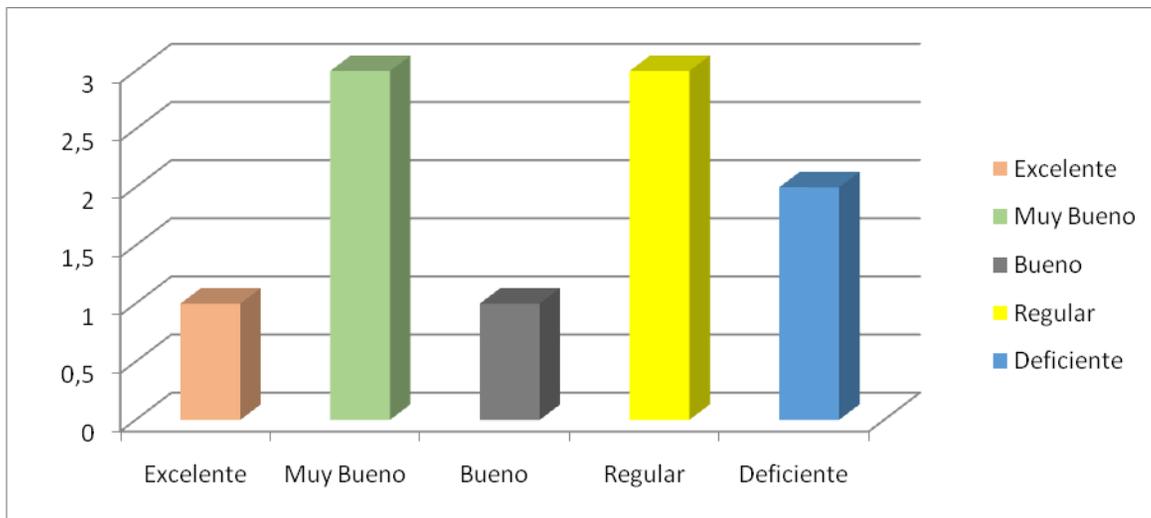


Figura 4. Influencia de la formación académica en el desarrollo de competencias para una atención pediátrica integral.

6. ¿Cómo valora las cualidades que ha desarrollado en la carrera de medicina para la atención pediátrica integral?

Tabla 12. Estado del desarrollo de cualidades para la atención pediátrica integral.

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Excelente	0	0.00%
Muy Bueno	4	40.00%
Bueno	2	20.00%
Regular	2	20.00%
Deficiente	2	20.00%
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>100.00%</b>

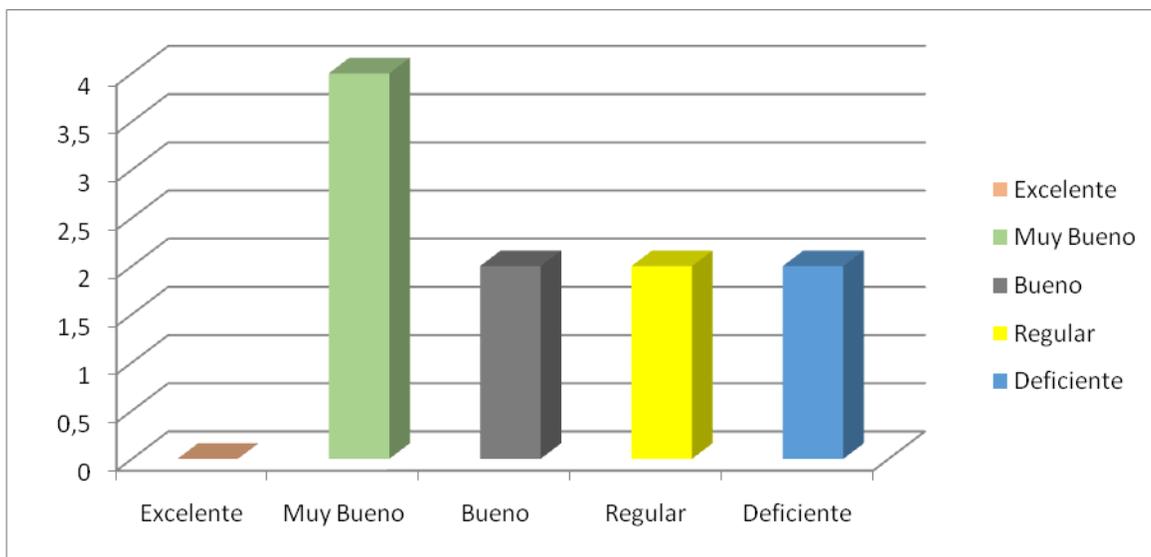


Figura 5. Estado del desarrollo de cualidades para la atención pediátrica integral

7. Valore en sus docentes las siguientes características relacionadas con la formación en la atención pediátrica integral. En cada caso marque con una X según corresponda.

Tabla 13. Estado valorativo del estudiante sobre las características de sus docentes relacionadas con la formación en la atención pediátrica integral.

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA									
	Excelente	%	Muy Bueno	%	Bueno	%	Regular	%	Deficiente	%
Metodología	1	6%	3	20%	1	9%	2	8%	3	15%
Comunicación	2	11%	2	13%	0	0%	4	15%	2	10%
Motivación	2	11%	2	13%	0	0%	4	15%	2	10%
Responsabilidad	2	11%	2	13%	3	27%	1	4%	2	10%
Humanismo	2	11%	1	7%	1	9%	4	15%	2	10%
Honestidad	2	11%	1	7%	2	18%	2	8%	3	15%
El trato	3	17%	1	7%	3	27%	2	8%	1	5%
Asequibilidad	2	11%	2	13%	0	0%	4	15%	2	10%
Cientificidad	2	11%	1	7%	1	9%	3	12%	3	15%
<b>TOTAL</b>	18	100%	15	100%	11	100%	26	100%	20	100%

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Excelente	18	20%
Muy Bueno	15	17%
Bueno	11	12%
Regular	26	29%
Deficiente	20	22%
<b>TOTAL</b>	90	100%

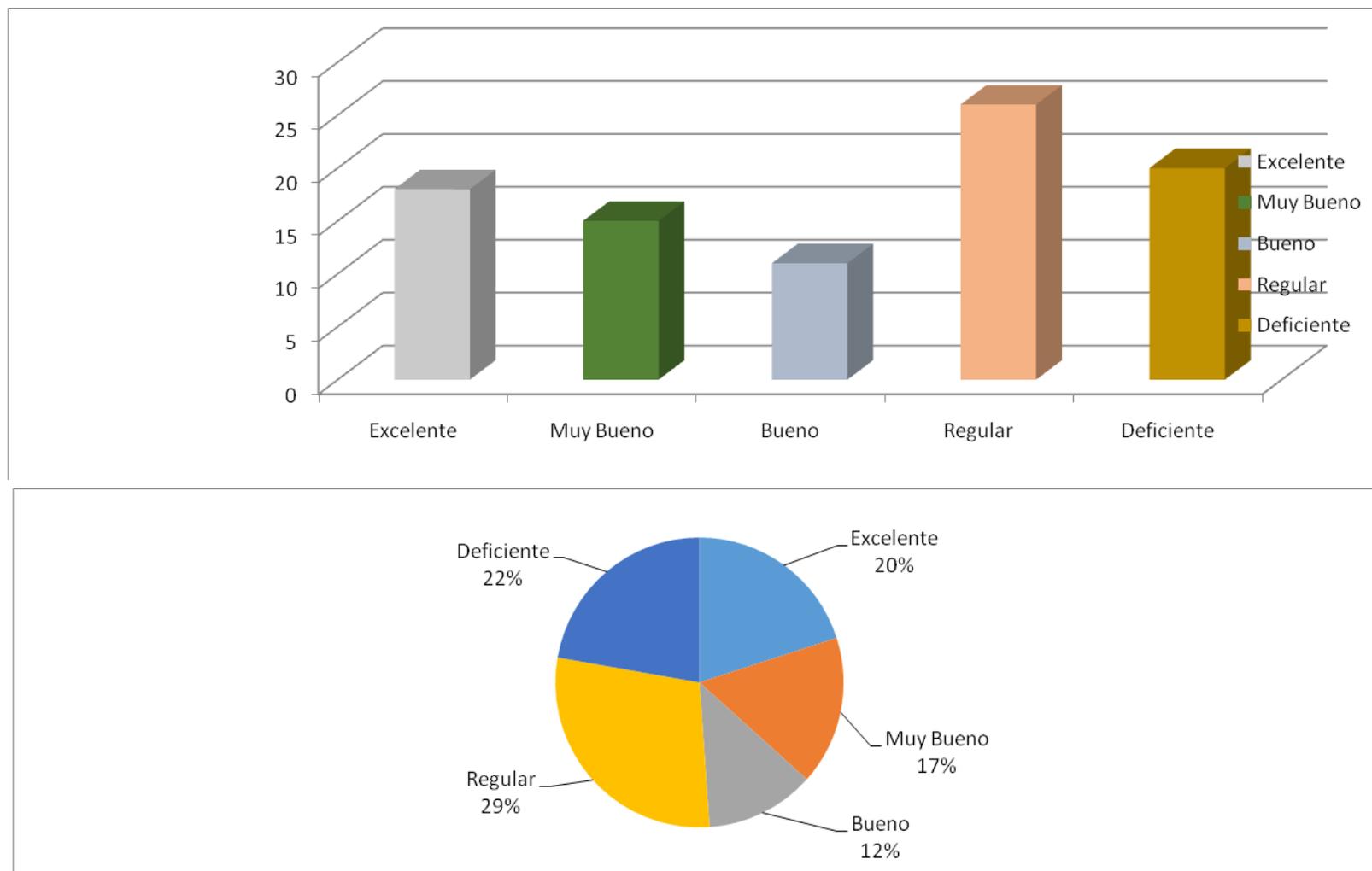


Figura 6. Estado valorativo del estudiante sobre las características de sus docentes relacionadas con la formación en la atención pediátrica integral.

## Anexo 4

### Guía de observación a las actividades de formación pediátrica que realizan los estudiantes de la carrera de Medicina

**Objetivo:** Constatar cómo se realiza el proceso de formación pediátrica de los estudiantes de la carrera de Medicina, desde las actividades que realizan en la docencia, sus prácticas pre-profesionales en las unidades docentes y asistenciales de salud, el trabajo en la comunidad y la investigación.

**Lista de aspectos a observar:**

- Modelación de la competencia profesional que se debe desarrollar en el estudiante desde la asignatura Pediatría.
- Correspondencia entre el contenido tratado en la enseñanza de la pediatría y las exigencias de la práctica médica que realiza el estudiante en las unidades docentes y asistenciales de Salud intra y extrahospitalarias.
- Uso de métodos para la formación pediátrica del estudiante basados en el enfoque desarrollador y la enseñanza problémica profesional (unidad de lo instructivo, lo educativo y lo desarrollador).
- Uso de métodos para la formación pediátrica del estudiante que permitan integrar y articular la docencia que recibe el estudiante en la asignatura de Pediatría, las prácticas pre-profesionales que realizan en las unidades docentes y asistenciales de salud y la investigación científica.
- Estilos de evaluación de la formación pediátrica empleada en los estudiantes desde un enfoque integral, que estimulen la autoevaluación, coevaluación y heteroevaluación.

## Anexo 5

### Ejemplo de cómo se forma la competencia de asistencia pediátrica del estudiante mediante el análisis y discusión de un caso clínico en condiciones reales

#### **CASO CLÍNICO:**

Paciente de sexo femenino de 7 años de edad que llega a la consulta de Pediatría con sus familiares, los cuales refieren que hace 48 horas presenta signos de manifestación febril intermitente hasta 39 grados de temperatura, asociados con escalofríos, decaimiento general, leve deshidratación e inapetencia. Además en estado febril se presenta erupciones dérmicas, no pruriginosas, en región anterior y dorsal del tórax.

El familiar refiere que la temperatura se reduce con la administración de paracetamol (antitérmico). También presenta rinorrea, mucosas húmedas con ausencia de sangrados en las mismas:

APP: IVU    APF: Virosis

El examen de sangre refiere: Leucopenia, hemoglobina de 10%, plaquetas normales

---

A continuación se procede a explicar cómo se forma pediátricamente el estudiante, a partir de connotar el desarrollo de su competencia de asistencia pediátrica integral.

Lo primero que realiza el estudiante es el **diagnóstico** de la niña y sus familiares, en los cuales ejecuta las siguientes acciones:

- Realiza el examen clínico de la paciente a partir de su interacción y comunicación con sus familiares, los síntomas y signos clínicos que presenta.
- Orienta al familiar la realización de exámenes de laboratorio, tales como: examen de sangre: biometría emática y de orina

- Analiza los resultados biológicos del laboratorio en correspondencia con el cuadro clínico, de donde se obtuvo lo siguiente: Leucopenia (glóbulos blancos bajos), hemoglobina de 10,0%, niveles de las plaquetas normales y la orina normal
- Se realiza un trabajo con el equipo médico direccionado por el tutor para valorar el resultado obtenido tanto del diagnóstico clínico, como en condiciones de laboratorio y se llegó a la siguiente toma de decisiones resolutivas: Se considera que la paciente presenta un *cuadro de Dengue Clásico (sin riesgo de alarma)*

A partir del resultado del diagnóstico, el estudiante procede **a aplicarle a la paciente el plan de terapéutico pediátrico en consulta ambulatoria** a seguir para la curación de la enfermedad diagnosticada en la paciente, en este sentido, el estudiante realiza las siguientes acciones:

- Orienta a la familia de la niña que realice el siguiente plan terapéutico para la curación de la enfermedad:
  1. Paracetamol por vía oral (500 mg), cada vez que tenga fiebre
  2. Aplicar medios físicos (paños húmedos)
  3. Hidratación oral
  4. Reposo
  5. Realizar controles periódicos clínicos y de laboratorio cada 24 horas
- Realiza acciones de promoción y prevención de salud al orientar a la familia y la paciente en cómo prevenir riesgos con hábitos y administración indebida de medicamentos; las condiciones higiénico sanitarias y de alimentación adecuadas que se debe seguir, así como en el contexto comunitario de residencia

Una vez orientado el plan terapéutico el estudiante en interacción con su familia, procede a realizar **control, seguimiento y evaluación general del estado de salud del niño y su familia posterior al tratamiento**, para lo cual el estudiante deberá realizar las siguientes acciones:

- Se retroalimenta clínicamente sobre la evolución del estado de salud de la niña, a partir de la evolución clínica de la enfermedad.
- Establece comparaciones de análisis y exámenes complementarios de laboratorio actualizados.
- Valora de manera conjunta con el equipo médico correspondiente la efectividad del tratamiento terapéutico aplicado, a partir de los síntomas y signos clínicos que van mejorando en la paciente.
- Se toman decisiones resolutivas tanto para la paciente y su familia, así como el contexto comunitario de residencia, dirigidas a la promoción y prevención de la enfermedad: hábitos, higiene y discontinuar cualquier administración medicamentosa (automedicación).

Por último, el estudiante orienta a la familia de la paciente la aplicación de un grupo de medidas higiénico sanitaria, ambiental (según las características de la comunidad de residencia) y de alimentación; así como la prohibición de la automedicación para prevenir mayores riesgos de salud, como acciones a seguir para la **rehabilitación** de la paciente.

El estudiante durante la realización de estas acciones deberá demostrar cualidades para:

- Utilizar de manera eficiente y racional los recursos humanos y materiales requeridos durante el diagnóstico, la aplicación de esquemas terapéuticos para la curación de la enfermedad de la paciente, el seguimiento y evaluación; así como la rehabilitación a realizar posterior al tratamiento aplicado.
- Utiliza la informática para el uso de la historia clínica de la paciente y la propuesta del esquema de tratamiento pediátrico, así como para la realización de los exámenes complementarios de laboratorio, de Imagenología, entre otros.
- Manifiesta una adecuada expresión oral y escrita durante su interacción con la niña y su familia.

## Anexo 6

### Encuesta aplicada a los posibles expertos

Co.: \_\_\_\_\_

Usted ha sido seleccionado como posible experto para ser consultado respecto al grado de relevancia del modelo y la estrategia para la formación pediátrica de los estudiantes de la carrera de Medicina, con vistas a una investigación que se está llevando a cabo como tesis de doctorado en Ciencias Pedagógicas. Para ello se le solicita, antes de realizar la consulta correspondiente como parte del método empírico de investigación: "Consulta a Expertos", determinar su coeficiente de competencia en este tema, con el objetivo de constatar la posible factibilidad de los mismos.

Por esta razón, se le ruega que responda las siguientes preguntas de la forma más objetiva y sincera que le sea posible. ¡Gracias!

1. Marque con una equis (X), el valor que se corresponde con el grado de conocimiento que usted posee sobre el tema "La formación pediátrica en los estudiantes de la carrera de Medicina." (Considérese que la escala que se le presenta es ascendente, es decir, el conocimiento sobre el tema referido va creciendo desde 0 hasta 10).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

2. Realice una autoevaluación del grado de influencia que cada una de las fuentes, que se le presentan a continuación, ha tenido en su conocimiento y criterios sobre los indicadores establecidos para el proceso de formación pediátrica de los estudiantes de la carrera de Medicina. Para ello marque con una equis (X), según corresponde, en: A (alto), M (medio) o B (bajo).

---

<b>Fuentes de argumentación</b>	<b>Grado de influencia de cada una de las fuentes</b>		
	<b>A (alto)</b>	<b>M (medio)</b>	<b>B (bajo)</b>
Análisis teórico realizado por usted.			
Su experiencia obtenida.			
Trabajos de autores nacionales.			
Trabajos de autores extranjeros.			
Su conocimiento del estado del problema en el extranjero.			
Su intuición			

---

## Anexo 7

### Encuesta para la evaluación por criterio de expertos del modelo y la estrategia

Compañero (a): Usted ha sido seleccionado como experto para emitir su criterio valorativo respecto al nivel de relevancia y pertinencia del modelo y la estrategia para la formación pediátrica de los estudiantes de la carrera de Medicina. La sinceridad con que responda cada una de las preguntas del instrumento, constituirá un valioso aporte para nuestra investigación.

MUCHAS GRACIAS

#### Questionario:

Lea y analice con detenimiento los subsistemas del modelo (mostrar en anexo el modelo) y las relaciones que se dan entre cada uno de ellos y:

1. Marque con una X el nivel de pertinencia y relevancia que usted le confiere al modelo, teniendo en cuenta la siguiente escala: 1: **Muy adecuado (MA)**, **bastante adecuado (BA)**, **adecuado (A)**, **poco adecuado (PA)** e **inadecuado (I)**.

Niveles de evaluación

<b>MODELO.</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
1. Dialéctica que se produce entre la interiorización de los saberes pediátricos, con sus significados y experiencias formativas y la profundización y sistematización de la práctica, a través del desempeño en la atención primaria de salud (C <sub>1</sub> )					
2. Dimensión de profesionalización formativa pediátrica (C <sub>2</sub> )					
3. Dimensión de interacción formativa pediátrica (C <sub>3</sub> )					
4. Sistematización integradora de la formación pediátrica (C <sub>4</sub> )					

- a) ¿Qué recomendaciones pudiera ofrecer para mejorar el modelo propuesto?

2. Acerca de la estrategia propuesta, indique su nivel de conformidad. Marca con una X y considere la misma escala que la pregunta 1 (mostrar en anexo el procedimiento)

**Etapas y fases de la estrategia**

**Niveles de evaluación**

	1	2	3	4	5
Objetivo general.(E <sub>1</sub> )					
Etapa 1. Desarrollo de la competencia de asistencia pediátrica integral en el estudiante desde la docencia que recibe en la asignatura de Pediatría. Acciones propuestas.(E <sub>2</sub> )					
Etapa 2. Desarrollo de la competencia de asistencia pediátrica integral desde la vinculación del estudiante con las unidades docentes y asistenciales de Salud. Acciones propuestas.(E <sub>3</sub> )					
RELACIÓN ENTRE LA ESTRATEGIA Y EL MODELO DE FORMACIÓN PEDIÁTRICA EN LOS ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE MEDICINA (E <sub>4</sub> )					

- a) ¿Considera necesario añadir alguna otra etapa o acción? En caso afirmativo, relaciónela en la tabla anterior y proceda a su valoración.

## Anexo 8

Grado de pertinencia, relevancia y significación de los subsistemas del modelo y la estrategia para la formación pediátrica de los estudiantes de la carrera de Medicina.

Tabla 14. Grado de pertinencia y relevancia de los componentes esenciales del modelo de formación pediátrica de los estudiantes de la carrera de Medicina.

TABLA 14.1 FRECUENCIA						
Estructura	MA	BA	A	PA	I	TOTAL
C1	22	5	3	0	0	30
C2	15	13	1	1	0	30
C3	14	12	4	0	0	30
C4	19	6	5	0	0	30

TABLA 14.2 FRECUENCIA ACUMULADA						
Estructura	MA	BA	A	PA	I	
C1	22	27	30	30	30	
C2	15	28	29	30	30	
C3	14	26	30	30	30	
C4	19	25	30	30	30	

TABLA 14.3 FRECUENCIA RELATIVA, PROBABILIDAD ACUMULADA						
Estructura	MA	BA	A	PA	I	
C1	0.7333	0.9000	1.0000	1.0000	1.00	
C2	0.5000	0.9333	0.9667	1.0000	1.00	
C3	0.4667	0.8667	1.0000	1.0000	1.00	
C4	0.6333	0.8333	1.0000	1.0000	1.00	

TABLA 14.4 CÁLCULO DE PUNTOS DE CORTES Y ESCALA DE LOS INDICADORES								
Estructura	MA	BA	A	PA	I	Promedio	N - Prom.	
C1	0.62	1.28	3.50	3.50	3.50	2.48	-0.18	I
C2	0.00	1.50	1.83	3.50	3.50	2.07	0.23	BA
C3	-0.08	1.11	3.50	3.50	3.50	2.31	-0.01	I
C4	0.34	0.97	3.50	3.50	3.50	2.36	-0.06	I
<b>Puntos de corte</b>	<b>0.22</b>	<b>1.22</b>	<b>3.08</b>	<b>3.50</b>	<b>3.50</b>	<b>2.30 = N</b>		

Anexo 8 (Continuación)

Tabla 15. Grado de pertinencia y relevancia de la estrategia para la formación pediátrica de los estudiantes de la carrera de Medicina.

TABLA 15.1 FRECUENCIA						
Estructura	MA	BA	A	PA	I	TOTAL
E1	20	7	3	0	0	30
E2	17	11	1	1	0	30
E3	8	16	6	0	0	30
E4	17	8	5	0	0	30

TABLA 15.2 FRECUENCIA ACUMULADA						
Estructura	MA	BA	A	PA	I	
E1	20	27	30	30	30	
E2	17	28	29	30	30	
E3	8	24	30	30	30	
E4	17	25	30	30	30	

TABLA 15.3 FRECUENCIA RELATIVA, PROBABILIDAD ACUMULADA						
Estructura	MA	BA	A	PA	I	
E1	0.6667	0.9000	1.0000	1.0000	1.00	
E2	0.5667	0.9333	0.9667	1.0000	1.00	
E3	0.2667	0.8000	1.0000	1.0000	1.00	
E4	0.5667	0.8333	1.0000	1.0000	1.00	

TABLA 15.4 CÁLCULO DE PUNTOS DE CORTES Y ESCALA DE LOS INDICADORES								
Estructura	MA	BA	A	PA	I	Promedio	N - Prom.	
E1	0.43	1.28	3.50	3.50	3.50	2.44	-0.19	I
E2	0.17	1.50	1.83	3.50	3.50	2.10	0.15	BA
E3	-0.62	0.84	3.50	3.50	3.50	2.14	0.11	BA
E4	0.17	0.97	3.50	3.50	3.50	2.33	-0.08	I
<b>Puntos de corte</b>	<b>0.04</b>	<b>1.15</b>	<b>3.08</b>	<b>3.50</b>	<b>3.50</b>	<b>2.25 = N</b>		

## Anexo 9

### Operacionalización de las variables que intervienen en el cuasiexperimento pedagógico

**Variable dependiente:** Desempeño profesional del estudiante durante la asistencia pediátrica integral

**Indicadores:**

1. Prevención y promoción de la Salud
2. Diagnóstico pediátrico del paciente
3. Esquemas de tratamiento pediátrico utilizando el método clínico.
4. Seguimiento y control del paciente posterior al tratamiento realizado.
5. Evaluación de la evolución retrospectiva del estado de salud del paciente, a partir de tener en cuenta la relación médico – paciente – familia y la comunidad.
6. Rehabilitación del niño y su familia.

**Indicadores para la evaluación del desempeño profesional en la atención pediátrica integral del niño y su familia que alcanza el estudiante:**

- Alcanza una evaluación de **Muy Buena** cuando demuestra en su desempeño el cumplimiento de los indicadores del 1 al 6.
- Alcanza una evaluación de **Buena** cuando demuestra en su desempeño profesional el cumplimiento de los indicadores del 2 al 5, y manifiesta algunas dificultades en el indicador 1 y 6.
- Alcanza una evaluación de **Regular** cuando demuestra en su desempeño profesional el cumplimiento de los indicadores 1 y 2, y manifiesta dificultades en los indicadores 3, 4, 5 y 6.
- Alcanza una evaluación de **Deficiente** cuando no alcanzan el mínimo de indicadores establecidos para la categoría de regular.

**Variable independiente:** *Estrategia para la formación pediátrica del estudiante de la carrera de Medicina*

**Indicadores** para controlar su aplicación durante la fase cuasiexperimental.

Etapa 1. Tratamiento al desarrollo de la competencia de asistencia pediátrica integral desde la docencia

que se desarrolla en la asignatura de Pediatría. **Indicadores valorativos:**

1. Se realiza el diagnóstico del estudiante desde la docencia.
2. Desarrollo del análisis y discusión de casos clínicos en condiciones simuladas.
3. Realización de situaciones investigativas durante la interiorización, profundización, consolidación y aplicación de los saberes pediátricos que recibe en la asignatura de Pediatría.
4. Evaluación de la apropiación de los saberes pediátricos que alcanza el estudiante.

**Criterios de valoración de la efectividad en la aplicación de la estrategia en esta etapa:**

- Se considera que la aplicación de la estrategia ha sido **favorable** cuando cumple los cuatro indicadores en cada una de sus etapas de aplicación.
- Se considera que la aplicación de la estrategia ha sido **poco favorable** cuando cumple con los indicadores 1 y 4 y muestra dificultades durante su aplicación en los indicadores 2 y 3.
- Se considera que la aplicación de la estrategia ha sido **desfavorable** cuando no alcanza los indicadores previstos para la categoría: **poco favorable**.

Etapa 2. Tratamiento al desarrollo de la competencia de asistencia pediátrica integral desde la vinculación socioprofesional del estudiante en las unidades docentes y asistenciales de Salud.

**Indicadores:**

1. Realización del diagnóstico retrospectivo del estado de apropiación de los saberes pediátricos que posee el estudiante desde la asignatura de Pediatría.
2. Asistencia de niños y su familia en condiciones reales (en la consulta de ortopedia) teniendo en cuenta el tránsito por los niveles de desarrollo de la competencia de asistencia pediátrica integral.
3. Desarrollo de proyectos de investigación dirigidos a generar alternativas innovadoras de solución a los problemas que se presentan durante la asistencia pediátrica del niño y su familia.

4. Realización de acciones de prevención y promoción de la salud en la comunidad.
5. Evaluación del estado del desarrollo de la competencia de asistencia pediátrica que ha alcanzado el estudiante durante sus prácticas intra y extrahospitalarias.

**Criterios de valoración de la efectividad en la aplicación de la estrategia en esta etapa:**

- Se considera que la aplicación de la estrategia ha sido **favorable** cuando cumple los cinco indicadores en cada una de sus etapas de aplicación.
- Se considera que la aplicación de la estrategia ha sido **poco favorable** cuando cumple con los indicadores 1 y 2 y muestra dificultades durante su aplicación en los indicadores 2, 3 y 4.
- Se considera que la aplicación de la estrategia ha sido **desfavorable** cuando no alcanza los indicadores previstos para la categoría: **poco favorable**.

## Anexo 10

### Examen de evaluación del desempeño profesional del estudiante durante la asistencia pediátrica integral del niño y su familia.

Nombre y apellidos \_\_\_\_\_

Estudio de un caso clínico pediátrico en la unidad docente asistencial: *Paciente de sexo femenino de 7 años de edad que llega con su madre la que refiere que su hija presenta desde hace aproximadamente 15 días disurias o ardor al orinar, sedimentación urinaria marcada, asociada a la presencia de dolor pélvico – abdominal, con fiebres frecuentes que se asocian a secreción vaginal.*

*APP: Infecciones urinarias    APF: Leucorrea + Litiasis renal*

Ante esta situación:

1. Realice el diagnóstico pediátrico de la paciente
2. Ejecute el esquema de tratamiento pediátrico adecuado
3. ¿Qué acciones desarrollarías como futuro pediatra para el seguimiento y control de la paciente posterior al tratamiento realizado?
4. Evalúe la evolución retrospectiva del estado de salud de la paciente, a partir de tener en cuenta la relación médico – paciente – familia y la comunidad.
5. Proponga posibles acciones para la rehabilitación de la niña.

Indicadores para la evaluación del desempeño profesional en la atención pediátrica integral:

Alcanza una evaluación de **Muy Buena** cuando realiza correctamente el examen

Alcanza una evaluación de **Buena** cuando realiza correctamente los ítems del 1 al 4 y muestra algunas dificultades en el número 5. Alcanza evaluación de **Regular** cuando realiza correctamente los ítems 1 y 2, mostrando serias dificultades en la realización de los ítems 3, 4 y 5.

Se valora como **Deficiente** cuando no alcanza los criterios establecidos para la categoría de Regular

Anexo 11

Resultado de la prueba Chi-Cuadrado ( $\chi^2$ )

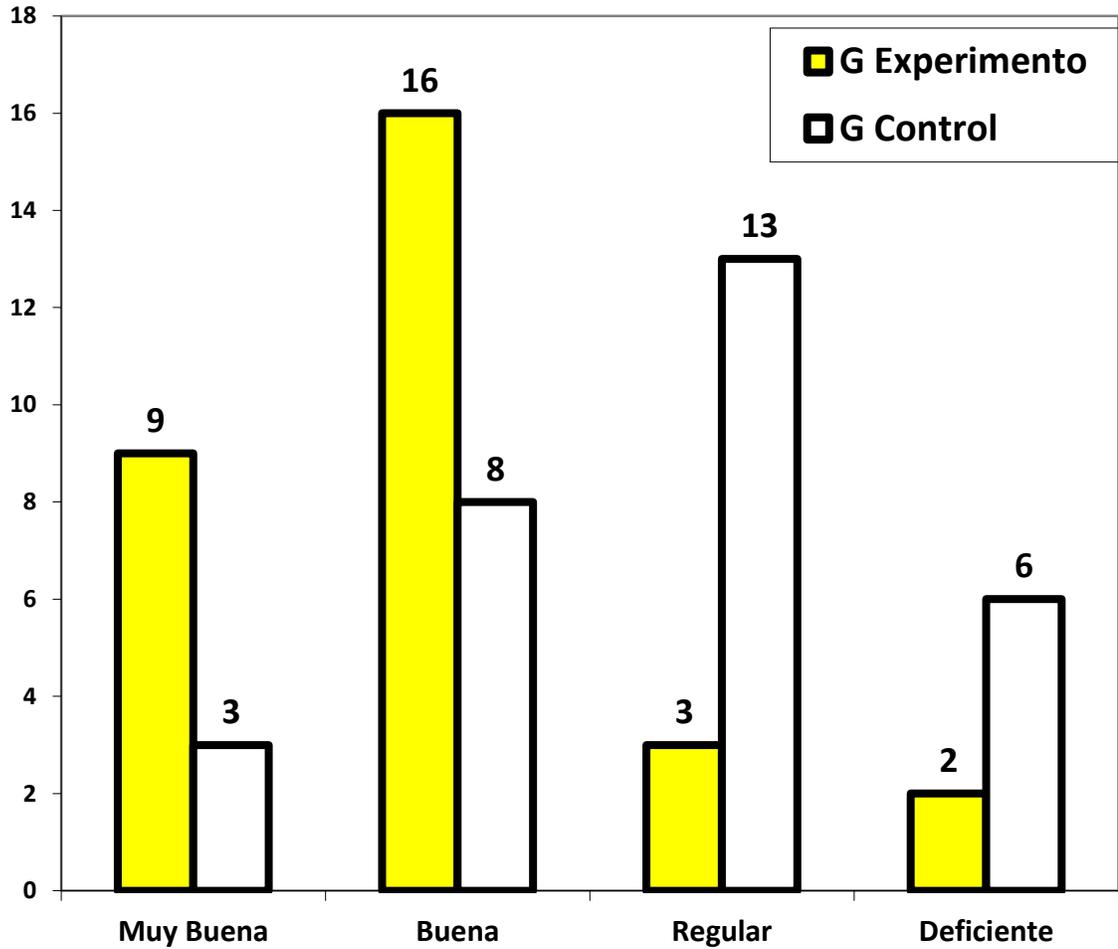


Figura 9. Estado comparativo del desempeño profesional de los estudiantes del grupo de control y experimento durante la asistencia pediátrica integral del niño y su familia.

Resultado de la prueba estadística Chi-Cuadrado

**PROB ( $p\chi^2$ ) = 0,023**

**Se acepta a  $H_1$  y se rechaza a  $H_0$**