

ESTRATEGIA PEDAGÓGICA DE CAPACITACIÓN PARA MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN MEDICINA DEL ADULTOS MAYOR

INFORME FINAL

PERÚ 2007



INFORME FINAL

ESTRATEGIA PEDAGÓGICA DE CAPACITACIÓN PARA MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN MEDICINA DEL ADULTOS MAYOR

Fundación Panamericana de Educación y Salud (PAHEF) Organización Panamericana de la Salud - OPS y
Academia Latinoamericana del Adulto Mayor - ALMA

Coordinación General del Proyecto
Dra. Martha Peláez

Directora Ejecutiva de ALMA.

Coordinación Perú.
Dr. José F. Parodi García

Universidad San Martín de Porres.
Comité Ejecutivo de ALMA.

Equipo de Profesores Perú.
Dr. Luís Álvarez Córdor.
Dr. Martín Montenegro Guerra.
Dr. Roberto Salinas Durán.
Dr. Carlos Sandoval Cáceres
Dr. Luís Varela Pinedo

Universidad Mayor de San Marcos.
Universidad Nacional San Luís Gonzaga de Ica.
Universidad Mayor de San Marcos.
Universidad Mayor de San Marcos.
Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Secretaría Ejecutiva Perú.
Dra. Miriam Lisigurski Teitelman.

Coordinación MINSAs
Dr. Juan del Canto y Dorador

INTRODUCCION

En el Perú, las Personas Adultas Mayores (PAM) constituyen el 8% de la población total, encontrándose en Lima y Callao -zonas eminentemente urbanas- el 31.72% de estos. Al relacionar la población de 60 y más años con la comprendida ente 0 y 14 años (índice de vejez), se observa que en el año 1995 había 18.7 personas de 60 y más años por cada 100 niños entre 0 y 14 años, incrementándose este valor a 21.7 en el año 2000, estimándose que este se incrementará en el 2025 hasta 52.3 personas de 60 y más años por cada 100 niños entre 0 y 14 años, lo cual significa que *habrá una persona adulta por cada 2 niños*.

Simultáneamente un proceso de transición epidemiológica que genera la coexistencia de las enfermedades transmisibles y las no transmisibles (doble carga de enfermedad) se pone de manifiesto, mientras de manera progresiva disminuyen las primeras y se incrementan las segundas.

Estos cambios implican un desafío para los sistemas de salud en relación a su capacidad de responder a las necesidades de un grupo poblacional que crece a un ritmo sin precedentes.

Los problemas de acceso a la salud de los Adultos Mayores en la región pueden obedecer a factores personales (financieros, educación, etc.), pero también pueden deberse a deficiencias en el sistema sanitario, lo que implica, insuficientes políticas y programas de promoción, prevención y manejo de los problemas de salud más frecuentes en las PAM; así como, capacitación inadecuada de los recursos humanos en salud para el desarrollo de estas. Es por esto que la Academia Latino Americana de Medicina del Adulto Mayor (ALMA), con el auspicio de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Fundación Panamericana para la Salud y Educación (Pan American Health and Education Foundation - PAHEF), ha centrado sus esfuerzos en la capacitación efectiva de profesores universitarios de geriatría y médicos de atención primaria de la región.

La esperanza de vida libre de discapacidad, como uno de los principales indicadores a tener en cuenta, exige la intervención desde las etapas más tempranas de la vida, es decir, velar por un envejecimiento activo y saludable, definido por la OMS como “el proceso de optimizar las oportunidades en materia de salud, participación y seguridad a fin de poder lograr una vida de calidad a medida que las personas envejecen”. Los centros de atención primaria deben constituirse en la columna vertebral de los sistemas de atención sanitaria, constituyéndose en los lugares donde se realicen la mayor parte de las actividades preventivo-promocionales, pruebas de tamizaje para el diagnóstico y tratamiento temprano; así como, el manejo continuo de patologías crónicas, de manera que, a través del trabajo en equipo y la coordinación efectiva con los especialistas otros niveles de atención, se pueda prevenir, retrasar y rehabilitar la discapacidad que estas producen.

En el Perú, a pesar de los cambios demográficos y epidemiológicos, sólo el 10% de facultades de medicina tienen un curso de geriatría en pregrado. Actualmente, existen alrededor de 86 médicos especialistas en geriatría con título universitario y reconocidos por el Colegio Médico del Perú para aproximadamente 2'189,535 adultos mayores, lo que nos da un ratio de 3.92 médicos geriatras por 100.000 habitantes de 60 años y más de edad. Al ritmo actual de formación de especialistas en geriatría no vamos a cubrir la

demanda de atención de este grupo etáreo en el futuro, lo cual hace imprescindible la capacitación de los médicos de atención primaria en medicina del adulto mayor.

Este programa es un modelo de estrategia docente para médicos de atención primaria que se pone a prueba para ser luego adaptado en otros países de la región; tratando sintonizarlo con la realidad, las normativas y planes de cada país. Este proyecto, a su vez, se plantea como una oportunidad para fortalecer la gestión del Ministerio de Salud con este grupo de población e intenta contribuir con la generación de un canal de comunicación y retroalimentación entre la atención primaria, la especializada y los niveles sociosanitarios.

En el Perú el proyecto ha sido coordinado administrativamente a través de la Facultad de Medicina de la Universidad de San Martín de Porres pero representa un esfuerzo conjunto de varios profesores de geriatría miembros de ALMA, de otras facultades de medicina del país.

A pesar que somos conscientes que el proceso de capacitación debe ser para todos los miembros del equipo de atención, la presente estrategia fue dirigida a médicos, los cuales se convertirán en líderes de capacitación en el tema de envejecimiento en atención primaria, comprometiéndose a difundir el conocimiento entre otros profesionales de salud.

OBJETIVO GENERAL

Ampliar y fortalecer las competencias generales y específicas (conocimientos, destrezas y actitudes) de los médicos de atención primaria en medicina del adulto mayor para favorecer una atención de calidad y mejorar el acceso a la salud de este grupo poblacional.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Fomentar y facilitar el mejoramiento de las siguientes competencias específicas en los médicos de atención primaria:

1. Integrar, ampliar y examinar su conocimiento
2. Valorar los recursos de las personas viejas, sus familias y las comunidades.
3. Apropiar un enfoque comprensivo e integrador que dé cabida a distintas perspectivas.
4. Identificar críticamente las posibilidades y límites de sus intervenciones.
5. Comunicarse en distintos contextos y circunstancias, de manera respetuosa y empática.

Facilitar el aprendizaje de los siguientes temas y conceptos:

1. Envejecimiento, aspectos demográficos, epidemiológicos y sociales y su impacto en distintos ámbitos.
2. Marcos normativos y políticas, enfatizando en las de salud, relacionadas con las personas viejas.
3. Vejez, envejecimiento activo, calidad de vida y entornos de vida saludables.
4. Proceso de envejecimiento normal y su relación con las enfermedades, la fragilidad y la discapacidad del adulto mayor. Presentación, prevención y manejo en atención primaria.

5. Fundamentos de la atención primaria de los pacientes adultos mayores y la importancia de la continuidad de los cuidados y de la intervención precoz.
6. Evaluación del adulto mayor mediante el uso de la historia clínica completa, la valoración geriátrica integral, la identificación de síndromes geriátricos y el uso de algunos instrumentos.
7. Presentación atípica de las enfermedades en los adultos mayores. Quejas, diagnóstico y manejo en atención primaria.
8. Valor y limitaciones de los procedimientos diagnósticos en pacientes adultos mayores.
9. Farmacoterapia, polifarmacia y iatrogenia en adultos mayores.
10. Manejo ambulatorio de los pacientes con enfermedades crónicas. Prevención, diagnóstico, terapia y rehabilitación en atención primaria.
11. Manejo ambulatorio de los pacientes con enfermedades terminales y terapia paliativa en atención.

Desarrollar y dominar habilidades que les permitirán desempeñarse en las diversas áreas de la atención primaria de las personas viejas:

1. Diferenciar el proceso normal de envejecimiento de sus manifestaciones patológicas, la fragilidad y el deterioro funcional.
2. Contribuir en programas de promoción, prevención y rehabilitación para el adulto mayor.
3. Realizar e interpretar valoración geriátrica integral.
4. Realizar intervenciones terapéuticas que integren las farmacológicas y no farmacológicas.
5. Manejar las enfermedades crónicas y terminales a nivel de la atención primaria. tomando como base la esperanza de vida, la situación funcional basal, el pronóstico y la calidad de la vida futura.
6. Practicar el uso racional de los fármacos en los adultos mayores, evitando la polifarmacia y la iatrogenia.
7. Aplicar los criterios de referencia del paciente adulto mayor al médico especialista, haciendo efectivo un sistema de coordinación y continuidad en el manejo del paciente y sirviendo como elemento integrador entre los servicios de atención primaria y los servicios de especialidad en otros niveles de atención.
8. Practicar la comunicación empática con el adulto mayor y sus familiares, motivando el desarrollo de actividades preventivas y conductas saludables.

Además, el médico de atención primaria se caracterizará por sus sentimientos de solidaridad y por mantener una actitud permanente de servicio, respeto y empatía hacia las personas mayores y su entorno, muy particularmente hacia sus familias. Debe conocer, respetar y defender los derechos humanos, así como las diferencias culturales y los marcos legales relativos al adulto mayor.

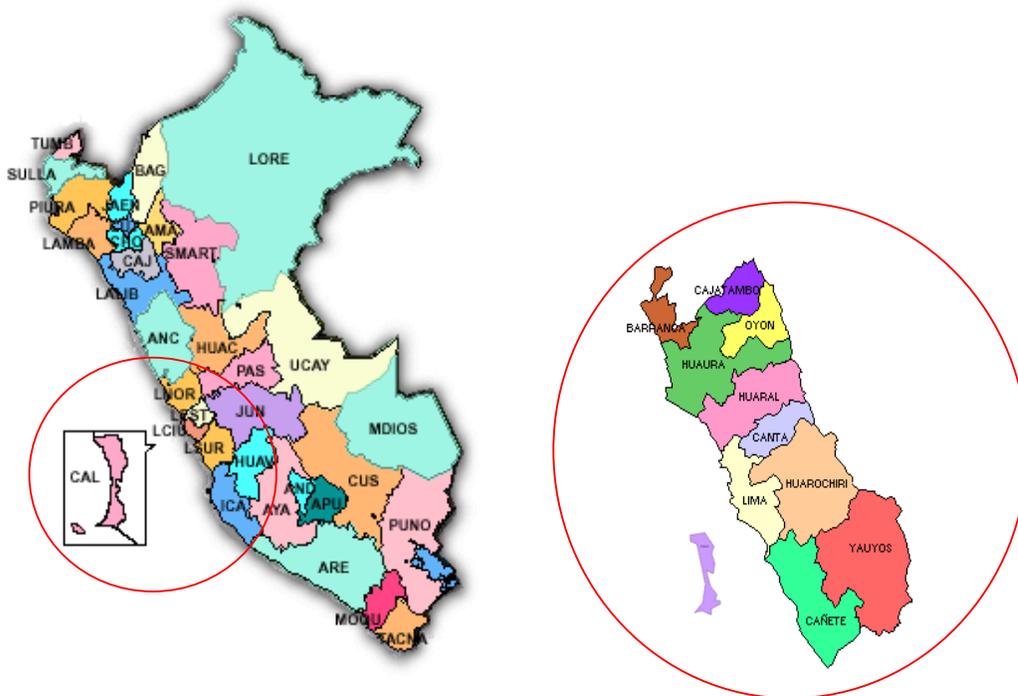
PARTICIPANTES:

El taller contó con un grupo inicial de 30 participantes quienes pertenecían a las 5 Direcciones de Salud (DISAs) del Departamento de Lima. A lo largo del taller 5 participantes se retiraron argumentando falta de tiempo para acudir a las actividades presenciales o para desarrollar las guías, comentando en algunos casos que no recibían el debido apoyo y los Jefes de sus Centros no les brindaban las facilidades para permanecer en el programa. Tres nuevos médicos se sumaron al grupo en reemplazo de los salientes,

contando al final con 28 alumnos. En la mayoría de los casos los encargados de los programas de envejecimiento de cada DISA participaron activamente de las sesiones, aunque no fueron calificados.

DIRECCION DE SALUD:

La ciudad de Lima cuenta con 5 Direcciones de Salud (DISA). A continuación resumimos algunas características de las DISAS:



DISA I CALLAO

Ubicación geográfica

La Provincia Constitucional del Callao está constituida por 6 distritos, teniendo una extensión territorial total de 146.98 Km², incluida las islas.

Infra estructura Sanitaria

En el año 2004 la Dirección de Salud I Callao contaba con 2 Hospitales, 48 establecimientos de Salud (46 centros de salud y 02 puestos de salud, 05 son centros de salud de Emergencia).

Los establecimientos de salud están agrupados en 14 Microredes, las cuales a su vez conforman 3 Redes: Red Bonilla - La Punta, Red Bepeca y Red Ventanilla.

Recursos humanos

Los recursos humanos profesionales se encuentran distribuidos en Redes y Microrredes, apreciando en general que a nivel Regional se cuenta con pocos médicos asistenciales por habitante, lo cual se repite con las Enfermeras, Obstetrices, Psicólogos y Trabajadoras Sociales.

Morbilidad en el adulto mayor

Los reportes oficiales mencionan que en este grupo etareo se presentan enfermedades del aparato circulatorio en un 12.3%, enfermedades infecciosas y parasitarias en un 8.3% y traumatismos y envenenamientos en el 3.9%.

DISA II LIMA SUR

Ubicación geográfica

La DISA II Lima Sur se encuentra ubicada en la zona Sur del departamento de Lima, el cual comprende su ámbito jurisdiccional desde el distrito de Santiago de Surco. Población: 1'839,940 habitantes.

Infraestructura Sanitaria

La DISA cuenta con los siguientes servicios de salud:

| | |
|--------------|----|
| Distritos | 13 |
| Redes | 03 |
| Micro-Redes | 12 |
| Centro salud | 24 |
| Puesto salud | 70 |
| Hospital | 01 |

Recursos humanos

La DISA cuenta entre otros con 604 Médicos y 245 Enfermeras

Morbilidad en el adulto mayor

Dentro de las 5 primeras patologías registradas en los reportes oficiales tenemos por orden de frecuencia:

- Enfermedad Hipertensiva
- Infecciones Agudas de las vías respiratorias.
- Enf. Cavidad Bucal, glándulas Salivares y Maxilares
- Enf. Infecciosa Intestinal
- Artropatías

DISA III LIMA NORTE

Ubicación geográfica

La Dirección De Salud III Lima, tiene como ámbito jurisdiccional comprende 9 provincias del Departamento de Lima: (Canta, Yauyos, Huaral, entre otros).

Infraestructura Sanitaria

La DISA III Lima, cuenta con 7 Redes, 32 Micro-Redes y 307 establecimientos de salud, en los cuales, se incluye 6 Hospitales.

Recursos humanos

La DISA III Lima cuenta con 1,975, dentro de los cuales encontramos 489 Médicos, 158 enfermeras, 19 nutricionistas, entre otros.

Morbilidad en la etapa de vida adulto mayor

En el adulto mayor, según los reportes oficiales, la primera causa de morbilidad son las infecciones agudas de las vías respiratorias superiores, las enfermedades hipertensivas y las enfermedades de la cavidad bucal, de las glándulas salivales y de los maxilares.

10º Primeras Causa de Morbilidad Etapa de Vida Adulto Mayor

Dirección de Salud III Lima - Año 2005

| Nº | Morbilidad Desagregado Nivel | Total General | % | % Acum |
|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---------------|--------|
| 1 | Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores (j00 - j06) | 6.985 | 9,68 | 9,68 |
| 2 | Enfermedades hipertensivas (i10 - i15) | 4.338 | 6,01 | 15,70 |
| 3 | Enfermedades de la cavidad bucal, de las glándulas salivales y de los maxilares(k00 - k14) | 3.606 | 5,00 | 20,70 |
| 4 | Artropatías (m00 - m25) | 3.562 | 4,94 | 25,63 |
| 5 | Enfermedades del esófago, del estomago y del duodeno(k20 - k31) | 3.524 | 4,89 | 30,52 |
| 6 | Enfermedades infecciosas intestinales (a00 - a09) | 3.455 | 4,79 | 35,31 |
| 7 | Dorsopatías (m40 - m54) | 2.917 | 4,04 | 39,35 |
| 8 | Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (j40 - j47) | 2.823 | 3,91 | 43,27 |
| 9 | Otras enfermedades del sistema urinario(n30 - n39) | 2.604 | 3,61 | 46,88 |
| 10 | Otras infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores (j20 - j22) | 2.318 | 3,21 | 50,09 |
| * | Otras Morbilidades | 36.001 | 49,91 | 100,00 |
| Total General | | 2.133 | 100,00 | |

DISA IV LIMA ESTE

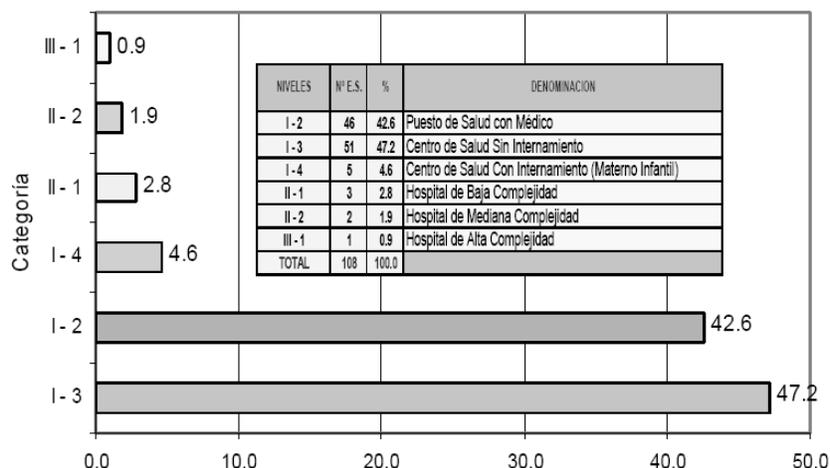
Ubicación geográfica:

La DISA Lima Este está conformada de 8 distritos los cuales concentran 23% de la población del departamento de Lima. Área: Aprox. 30% (814.3 Km) provincia de Lima (2,670 Km²)

Infraestructura Sanitaria

La Dirección de Salud Lima Este brinda servicios de salud de primer nivel y hospitalarios a través de Hospitales, Centros (C.S) y Puestos de Salud (P.S), dentro de 2 redes de sistemas de salud.

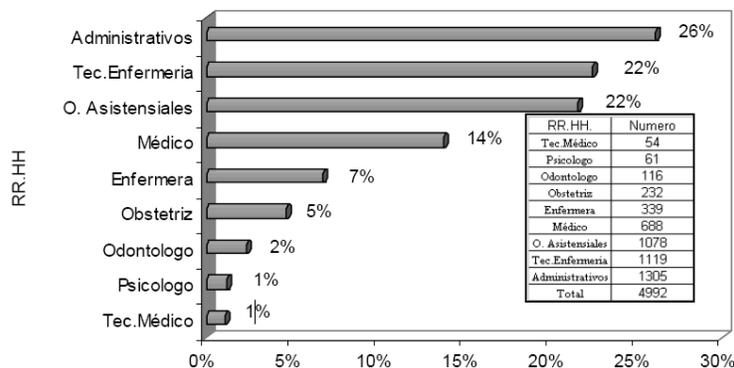
**DIRECCION DE SALUD IV - LIMA ESTE
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD POR CATEGORIA**



Recursos Humanos

La DISA Lima Este cuenta con 688 médicos, 339 enfermeras entre otros profesionales de salud.

**Recursos humanos según grupo ocupacional. Disa IV
Lima Este. 2005**



Morbilidad en la etapa de vida adulto mayor

En el adulto mayor, según los reportes oficiales, la primera causa de morbilidad son las infecciones agudas de las vías respiratorias superiores, las enfermedades hipertensivas y las enfermedades de la cavidad bucal, de las glándulas salivales y de los maxilares.

Morbilidad etapa adulta mayor (60 a más)años, Dirección de Salud IV Lima Este -2005

| Nº | grupo.Diag | Daños | Casos | M | F | % | Fa | 10000 Hab |
|----|------------|------------------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-----------|
| 1 | J00J06 | Infec. agudas de vías respiratorias superiores | 6138 | 2233 | 3905 | 7.0 | 7.0 | 417.1 |
| 2 | I10I15 | Enf. Hipertensivas | 6007 | 2066 | 3941 | 6.8 | 13.8 | 408.2 |
| 3 | K20K31 | Enf. esófago, estómago y duodeno | 5034 | 1671 | 3363 | 5.7 | 19.5 | 342.1 |
| 4 | A00A09 | Enf. infecciosas intestinales | 4059 | 1449 | 2610 | 4.6 | 24.1 | 275.8 |
| 5 | M00M25 | Artropatías | 3856 | 1044 | 2812 | 4.4 | 28.4 | 262.0 |
| 6 | K00K14 | Enf. cav. bucal, gland saliv. y maxilares | 3654 | 1742 | 1912 | 4.1 | 32.6 | 248.3 |
| 7 | J40J47 | Enf. crónicas de vías respiratorias inferiores | 3472 | 1254 | 2218 | 3.9 | 36.5 | 235.9 |
| 8 | N30N39 | Otras enfermedades del sistema urinario | 3471 | 717 | 2754 | 3.9 | 40.4 | 235.9 |
| 9 | M40M54 | Dorsopatías | 3325 | 1182 | 2143 | 3.8 | 44.2 | 225.9 |
| 10 | J20J22 | Otras infec. agudas de vías respiratorias inf. | 3118 | 1126 | 1992 | 3.5 | 47.7 | 211.9 |
| 11 | | Demás Causas Total | 46112 | 18553 | 27559 | 52.3 | 100.0 | 3133.3 |
| | | | 88246 | 33037 | 55209 | 100.0 | | 5996.2 |

Fuente: His, Procesado por Oficina de Epidemiología

DISA V LIMA CIUDAD

Ubicación geográfica

La Dirección de Salud V Lima Ciudad está conformada por 4 Redes (Lima Ciudad, Rimar, Tupac Amaru y Puente Piedra) integrando a 22 distritos.

Infraestructura Sanitaria

La Dirección de Salud v Lima Ciudad brinda servicios de salud de primer nivel y hospitalarios a través de Hospitales, Centros (C.S) y Puestos de Salud (P.S), estos últimos forman parte de jurisdicciones sanitarias denominadas Redes de Salud.

| Institución | Total | Hospitales | C.S. | P.S. |
|-------------------|-------|------------|------|------|
| DISA V LC | | 3344 | 13 | |
| Red Lima | | | 13 | |
| Red Puente Piedra | 125 | 97 | 28 | |
| Red Rimac | | | 6 | |
| Red Tupac A. | | | 22 | |

Recursos Humanos

Los establecimientos de Salud de Primer Nivel cuentan con 2700 personas incluyendo 586 Médicos, 259 enfermeras, 28 nutricionistas, entre otros.

Morbilidad en la etapa de vida adulto mayor

Las primeras causas de morbilidad (registro oficial) según grupos diagnósticos en los adultos mayores (60 a más años) de la jurisdicción de la DISA V Lima Ciudad – 2006 son: Enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo 11%, enfermedad cardiovascular 8% y Enfermedades del aparato digestivo 7%.

| | DIAGNOSTICO | Casos 2006 | % | % Acum. |
|----|------------------------------------------------------------|---------------|------------|---------|
| 1 | Enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo | 23195 | 11.7 | 11.7 |
| 2 | Enfermedad hipertensiva | 15442 | 7.79 | 19.48 |
| 3 | Enfermedades de otras partes del aparato digestivo | 14114 | 7.12 | 26.6 |
| 4 | Infecciones de vías respiratorias agudas | 14086 | 7.1 | 33.7 |
| 5 | Enfermedades de las glándulas endocrinas y metabólicas | 10510 | 5.3 | 39 |
| 6 | Trastornos del ojo y sus anexos | 10050 | 5.07 | 44.07 |
| 7 | Enfermedades del aparato urinario | 9465 | 4.77 | 48.85 |
| 8 | Otras enfermedades del aparato respiratorio | 9452 | 4.77 | 53.61 |
| 9 | Enfermedad de la piel y del tejido subcutáneo | 7523 | 3.79 | 57.41 |
| 10 | Afecciones dentales y periodontales | 7522 | 3.79 | 61.2 |
| 11 | Enfermedades de los órganos genitales masculinos | 6494 | 3.27 | 64.47 |
| 12 | Signos, síntomas y afecciones mal definidas | 6043 | 3.05 | 67.52 |
| 13 | Trastornos mentales y del comportamiento | 5643 | 2.85 | 70.37 |
| 14 | Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides | 5517 | 2.78 | 73.15 |
| 15 | Enfermedades de los órganos genitales femeninos | 4746 | 2.39 | 75.54 |
| 16 | Enfermedades del sistema nervioso | 4602 | 2.32 | 77.86 |
| 17 | Otras enfermedades del aparato circulatorio | 4324 | 2.18 | 80.04 |
| 18 | Enfermedad de la circulación pulmonar | 3736 | 1.88 | 81.93 |
| 19 | Enfermedades infecciosas intestinales | 3670 | 1.85 | 83.78 |
| 20 | Otras enfermedades infecciosas y parasitarias | 3120 | 1.57 | 85.35 |
| | Otras causas | 29048 | 14.65 | 100 |
| | Total | 198302 | 100 | |

METODOLOGIA

La metodología de docencia fue centrada en el alumno, fomentando el aprendizaje autónomo y dando más importancia al manejo de herramientas de aprendizaje y desarrollo de técnicas estudio que a la acumulación de conocimientos.

Se buscó que la metodología durante el desarrollo de las sesiones sea participativa, colaborativa y bajo modalidad de aprendizaje basado en problemas.

La concreción y seguimiento del proceso se llevó a cabo mediante 10 Guías de Trabajo, las cuales encaminan y articulan todas las actividades en cada sesión. El papel del profesor fue fundamentalmente de gestor del proceso de aprendizaje, a través de una tutoría permanente tanto presencial como virtual.

Las actividades fueron de tipo presencial y no presencial:

Actividad presencial:

Las sesiones presenciales fueron bajo la modalidad de *pequeño grupo* (6 participantes y un tutor) y siguiendo la metodología propuesta en cada guía.

Al inicio del programa se realizó una primera sesión que será de tipo *gran grupo* (los 30 integrantes y los tutores).

La metodología propuesta en las guías supuso la resolución previa de algunas interrogantes y tareas de esta (recibida dos semanas antes por cada participante); y el envío de las respuestas a los tutores con 3 días de anticipación a la reunión presencial.

Entre las actividades realizadas en las sesiones de pequeño grupo estuvieron:

Teoría:

1. Clases magistrales dictadas por el tutor.
2. Exposiciones a cargo de los alumnos.
3. Exámenes teóricos.

Práctica:

1. Desarrollo de programas de promoción y prevención.
2. Discusión de casos clínicos o problemática relacionada al tema.
3. Prácticas y demostraciones con pacientes simulados y/o reales.
4. Presentación de ficha de Valoración Clínica del Adulto Mayor del Ministerio de Salud (VACAM) y detección de casos.

Actividades no presenciales:

Entre las actividades no presenciales están:

1. Resolución de la Guía Docente:
 - Lectura de artículos especificados o temas incluidos en la guía.
 - Resolución de preguntas planteadas y actividades propuestas en la guía.
2. Aplicación de por lo menos 5 fichas de Valoración Clínica del Adulto Mayor (VACAM) entre cada sesión. El alumno presentó un informe sobre los hallazgos obtenidos al aplicar la ficha de VACAM en su centro de atención interpretando hallazgos y discutiendo las dificultades del proceso.
3. Detección y diagnóstico de problemas clínicos o síndromes geriátricos en el centro de trabajo según el tema a tratar en la siguiente reunión.
4. Reuniones de asesoría telefónica y/o virtual.
5. Presentación de una charla mensual dirigida a los miembros de la comunidad (pacientes y familiares) y al equipo multidisciplinario en relación a los temas expuestos en la sesión anterior.

El Taller Grupal Inicial fue dirigido a todos los participantes (gran grupo). El tiempo de duración fue de 5 horas y se trataron los siguientes temas:

- Metodología del programa. (Dr. Parodi).
- Docencia moderna. (Dr. Varela).
- Técnicas de exposición. (Dr. Salinas).
- Técnicas de búsqueda de información (Dr. Álvarez).
- Trabajo en equipo. (Dr. Sandoval).
- Atención primaria para adultos mayores (Dr. Montenegro).

Durante esta primera sesión se conversó con los alumnos acerca de los temas y habilidades que ellos consideraban importantes de ser tratados en el proceso de manera que fueran de utilidad en su práctica diaria. Los tutores también, opinaron en relación a las competencias que debía tener un médico para poder brindar un servicio de calidad al adulto mayor que acude a la atención primaria. Estos puntos sirvieron de base para el desarrollo del programa y fueron evaluados a lo largo de este.

Las competencias se agruparon en 10 guías, que trataban diversos contenidos básicos de geriatría, gerontología y el manejo del paciente geriátrico en atención primaria:

1. Envejecimiento, atención primaria y capacitación
2. Envejecimiento activo
3. Valoración de las personas adultas mayores
4. Las intervenciones terapéuticas
5. Incontinencia urinaria, inestabilidad y caídas, inmovilidad y úlcera por presión
6. Deterioro cognoscitivo, delirium y depresión
7. Temblor, dolor articular, mareo y estreñimiento
8. Trastornos del sueño, problemas dermatológicos frecuentes, aspectos nutricionales, disfunción sexual y abuso y maltrato
9. Enfermedades crónicas
10. Cuidado Paliativo y muerte

EVALUACION:

La evaluación fue un proceso continuo, realizado por medio de diversos instrumentos y considerando diversas áreas del aprendizaje teórico y la adquisición de destrezas y actitudes.

La evaluación de las competencias cognoscitivas se realizó por medio de exámenes escritos y las exposiciones. El valor de los exámenes escritos fue de 10%. Mientras las exposiciones tuvieron un valor de 10%. El examen final modular que abarcó preguntas de todos los temas tratados (1 hora de duración), tuvo un valor de 10%.

La evaluación de las destrezas se realizó por medio de un sistema de cotejo donde se evaluaron las competencias que se deberían adquirir en el proceso (10%). A su vez se evaluaron las clases presenciales, la participación en casos clínicos (10%), la presentación de informes de VACAM y detección de casos los mismos que sirvieron como base para el aprendizaje basado en problemas (10%) Los alumnos fueron, a su vez, evaluados por ellos mismos durante las exposiciones y las prácticas por medio de una ficha de evaluación. (5%). Las charlas informativas dirigidas a la comunidad y el equipo multidisciplinario tuvieron un valor del 5%.

Las actitudes fueron evaluadas de manera continua y su calificación se hizo mediante una tabla donde cada actitud valdrá de 0 a 2 puntos. La suma de estos valores dio una nota máxima de 20 la cual se promedió al final con el resto de las notas (Competencias cognoscitivas 40%, destrezas 40% y actitudes 20%)

La nota final del curso se obtuvo promediando las notas de los módulos.

A lo largo del programa se llevó a cabo un proceso de evaluación de la estrategia docente como tal, a través de informes escritos (vía internet) o verbales (durante las sesiones) por parte de los tutores y alumnos, los que servirán como base para los cambios o mejoras que deben realizarse para mejorar la estrategia.

Cada grupo recibió al menos una visita de los coordinadores para que los grupos pudieran expresar sus necesidades, compartir sus logros y hacer recomendaciones para mejorar el diseño y materiales del curso.

RESULTADOS

EVALUACION DE LOS CENTROS DE SALUD

Con el fin de evaluar la condición actual de los centros de salud para responder con calidad a la demanda de salud de las personas adultas mayores, se diseñó un instrumento. Esta ficha fue sometida a una primera prueba en los Centros de Salud donde laboran los participantes al inicio del Taller.

Este instrumento de evaluación consideró diversos aspectos que fueron agrupados en tres ítems:

- Organización de los servicios de salud y diseño y organización de las prestaciones
- Coordinación socio- sanitaria de servicios y programas
- Nivel de Práctica Clínica: Promoción de salud y prevención, Decisiones clínicas basadas en evidencia y Sistema de información sobre el paciente.

La interpretación del puntaje fue la siguiente:

- Entre "0" y "2" = escaso apoyo a la calidad de los servicios de PAM
- Entre "3" y "5" = apoyo básico o mínimo a la calidad de los servicios de PAM
- Entre "6" y "8" = buen apoyo a la calidad de los servicios de PAM
- Entre "9" y "11" = excelente apoyo a la calidad de los servicios de PAM

En base a estos puntajes se obtuvieron los siguientes resultados:

- La Organización de Salud para la Persona Adulta Mayor (Plan de salud, liderazgo, estrategia de organización, metas y programas de mejoría de calidad en la atención de salud de PAM) , como el diseño y organización de las prestaciones (Programas de promoción de salud y prevención para la PAM, atención domiciliaria, equipo multidisciplinario e integración de la asistencia entre niveles de atención) obtuvieron una calificación de 4.3 y 4.7 respectivamente revelando un apoyo básico o mínimo a la calidad de los servicios de PAM.
- La Coordinación socio- sanitaria de servicios y programas (Referencias a recursos en la comunidad, red local de servicios socio-sanitarios para PAM y plan de gobierno regional o local de salud) fue calificada con 3.7 puntos indicando un apoyo básico o mínimo a la calidad de los servicios de PAM.
- La evaluación del Nivel de Práctica Clínica basada en la valoración de la promoción de salud y prevención (4.2), las decisiones clínicas basadas en evidencia (2.4) y los sistemas de información

sobre el paciente (3.6) resultó en un puntaje de 3.9 indicando apoyo básico o mínimo a la calidad de los servicios de PAM.

Por lo tanto, según el instrumento aplicado, los centros de salud evaluados reciben un apoyo básico o mínimo a la calidad de los servicios de PAM (promedio de 4).

El instrumento desarrollado constituye una primera herramienta al respecto. Fue fácilmente aplicado y bien recibido por el personal de los Centros de Salud del MINSA donde se usó.

Una de las barreras manifestadas por los participantes en los programas de capacitación es que luego de estos no pueden aplicar como ellos quisieran las competencias adquiridas a su trabajo diario por algunas dificultades en el sistema de atención y la gerencia de los programas para AM. Los directivos de los programas de adultos mayores y los centros de Salud podrían tener en este instrumento una herramienta que les ayude al planeamiento de cómo deben ser los centros de salud para responder con calidad a la demanda de salud de los adultos mayores y cómo avanza su gestión al respecto. Por ese motivo, consideramos conveniente el desarrollo de un proyecto para su validación.

EVALUACION DE LA FICHA DE VALORACIÓN CLINICA DEL ADULTO MAYOR (VACAM)

En el 2005, la Dirección General De Salud De Las Personas del MINSA publicó el Formato de Atención Integral del Adulto Mayor como un instrumento que tiene la finalidad de desarrollar la Valoración Clínica del Adulto Mayor - VACAM, colaborando en el proceso diagnóstico multidimensional y multidisciplinario, destinado a cuantificar en términos funcionales las capacidades y problemas físicos, mentales y sociales con la intención de elaborar un plan de atención individualizada basada en la promoción, prevención, atención y rehabilitación, según corresponda. Se debe aplicar a todo adulto mayor que ingresa a un establecimiento de salud de atención primaria para profundizar en la evaluación de los problemas detectados.

Durante este proceso docente se buscó intercambiar ideas con los participantes en relación a la experiencia y o recomendaciones que tenían en relación con la aplicación del VACAM en sus Centros de Salud. Se identificó como problema básico el hecho de no contar con tiempo suficiente para poder llevar a cabo el llenado de dicho instrumento. El cumplir roles tanto administrativos como asistenciales por parte de los médicos, resta tiempo para llevar a cabo una consulta médica adecuada. Los médicos refieren sentirse presionados a cumplir con una cantidad de trabajo y atender una cantidad de pacientes que será considerado como "productividad". "La calidad del trabajo y la atención no es evaluada y tampoco se considera prioridad". "Nos hacen registrar una gran cantidad de información que luego no es tomada en cuenta".

Por otro lado, si bien los médicos consideran que el VACAM es largo y hasta "tedioso de hacer", reconocen su utilidad tanto en la evaluación inicial como en el seguimiento de sus pacientes. Sin embargo, no reciben la ayuda necesaria de sus colegas y otros profesionales del equipo en el llenado del mismo, lo cual alarga aun más el tiempo condicionando incluso malestar en los pacientes que son evaluados y en los que están esperando ser atendidos. Comentarios al respecto: "los compañeros de trabajo nos ven como los especialistas en adultos mayores, pero eso va acompañado del hecho de que seamos nosotros los únicos que hagamos dicho trabajo", "los pacientes viene a que les solucionemos un problema agudo, y nosotros nos demoramos 30 minutos en hacerles preguntas que ha ellos no les interesa responder" El compartir el

llenado del VACAM con otros miembros del equipo de salud, fue una de las estrategias usadas por algunos de los participantes para optimizar su uso.

Otro problema que dificulta aún más la aplicación del VACAM, en algunos lugares, es el hecho de no contar con las fichas. El Ministerio no se las otorga así que son ellos quienes corren con los gastos de fotocopiarlas y muchas veces incluso son transcritas a mano. Según los Médicos el Ministerio responde a su solicitud diciendo que no se cuenta con dinero para financiar dicho gasto. Ante esto los alumnos comentan: “nos exigen, no nos apoyan”.

Al evaluar la opinión de los participantes por medio de una encuesta anónima, sobre el uso del VACAM, 100% afirman utilizarlo y considerarlo de utilidad en la realidad de su Centro de Salud, sin bien 14% considera que el mismo no es aplicable y 23% indica que nunca recibió capacitación para aplicarlo.

Con respecto a quien aplica el instrumento, en el 77% de los casos los médicos son los únicos que recaban los datos y sólo el 50% de los médicos que no son participantes del Taller de ALMA lo utilizan en las consultas.

En relación a la problemática asociada a su aplicación, 18.2% refiriere no contar con los formatos, 14% considera que el instrumento es complicado y 72% que es largo para aplicar, a su vez el 9% refiere que los pacientes no tienen buena disposición para ser evaluados mediante el mismo.

Al evaluar la utilidad del VACAM, el 90% de los participantes dijo tener la sensación de que la información recabada mediante el instrumento no es tomada en cuenta por el Ministerio de Salud. Al mismo tiempo 95.5% indican que ante los problemas diagnosticados por este medio el Centro de salud no está en condiciones de abordarlos ni cuenta con protocolos para solucionarlos.

A continuación se proporciona una lista planteada por los participantes de las fortalezas, barreras, sugerencia y estrategias en la aplicación del VACAM:

| | |
|---------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| Principales fortalezas del VACAM | Abordaje integral del adulto mayor |
| | Permite adelantarnos en la prevención de patologías |
| | Identifica síndromes geriátricos y problemas del adulto mayor |
| | Interviene en el mejoramiento de la calidad de vida |
| | Involucra a todo el personal de salud |
| | Ha sensibilizado a todo el personal de salud |
| | Instrumento de fácil manejo |
| Barreras para la aplicación del VACAM | Tiempo de aplicación |
| | Paciente llegan solos a consulta |
| | Falta de sensibilización en los profesionales |
| | Falta de formatos |
| | Resistencia de algunos médicos para llenar las fichas |
| | Deficiente recursos humanos para brindar atención preferencial |
| | Falta de capacitación y sensibilidad de los profesionales |

| | |
|------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Sugerencia o modificaciones para mejorar | Agregaría un minimal |
| | Mucha redundancia en la segunda hoja |
| | Programar los seguimientos |
| | Considerar la situación económica |
| | Acortar el instrumento. No detallar tanto antecedentes familiares. Mucho espacio para vacunación |
| | Sensibilizar al personal para el uso de los formatos |
| | Agregar esfera sexual |
| Estrategias para cumplir la aplicación | Fraccionarlo en su aplicación |
| | Sensibilizar al personal de salud |
| | Atención integral con equipo interdisciplinario |
| | Destinar un tiempo especial de acuerdo a la demanda. Horario diferenciado |
| | Campañas y Charlas de capacitación |

EVALUACION DE LOS PARTICIPANTES

Características generales

Los participantes fueron sometidos a una encuesta al inicio del taller con la finalidad de evaluar las características generales del grupo.

Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

El 30% de los participantes no cuentan con computadora y/o acceso a internet en el domicilio. Esto conlleva dificultades al momento de acceder a cursos o información virtual, teniendo que optar por acceso en lugares públicos (10.7%), o en la oficina (7.1%) lo cual supone un costo adicional o la necesidad de quedarse más horas en el centro de trabajo.

El 75% de los participantes refiere leer menos de 2 artículos científicos al mes. El uso de revistas científicas o bibliotecas médicas virtuales es menor al 50% y el 85.7% no cuenta con claves de acceso. Los que acceden lo hacen desde las universidades o centros de trabajo.

La capacidad autocalificada del manejo de la computadora fue regular en el 39.3% y buena en el 46% de los participantes. El 80% dijo tener dificultad para realizar búsquedas bibliográficas en internet.

El conocimiento de inglés fue referido como malo en el 22% y como bueno en el 18% de los casos.

El 75% valora como bajo su conocimiento de epidemiología y bioestadística aplicada a la comprensión de artículos científicos.

De los que asisten a bibliotecas médicas aproximadamente la mitad lo hizo de 3 a 5 veces en el año. Los libros de lectura más frecuentemente utilizados y que tiene su disposición son los de medicina interna.

La asistencia a cursos científicos fue menor a 2 cursos por año en el 66.7% de los participantes.

El 53% de los participantes afirma no tener las facilidades para mejorar sus conocimientos. La falta de apoyo en el centro de trabajo y de tiempo fueron las razones que se reportaron con más frecuencia seguidas por el desconocimiento del inglés y las limitaciones económicas. La falta de tiempo puede deberse a la necesidad de trabajar en otras instituciones a parte del centro de Salud del Ministerio, situación que se evidencia en el 35.7% de los participantes.

El 35.8% de los participantes tiene más de 10 años trabajando en atención primaria, con un promedio 9.4 años, 50% de ellos ha realizado una maestría y 3.6% un doctorado. El 46.4% de los participantes niega sentirse realizados como médicos y el 25% no se siente a gusto en su centro de trabajo. Sin embargo, el 89.3% de los participantes desea seguir trabajando en Atención Primaria. El 85.7% de ellos desea hacer una especialidad, entre las cuales están geriatría (37.5%) y medicina de familia (4.2%)

Conocimientos, destrezas y actitudes:

Los participantes fueron sometidos a un examen escrito inicial y final, que contaban con las mismas preguntas como una de las formas de evaluar el incremento de los conocimientos tras finalizar el taller. En el examen inicial la nota promedio fue de 8.9 sobre un máximo de 20, mientras el promedio del examen final fue de 12.3, con un incremento en las notas del 17%. Al evaluar el porcentaje de aprobados (considerando la nota ≥ 11 como aprobatoria), se observó 19.2% de aprobados en el examen inicial y 81.8% en el final, revelando un incremento en el número de aprobados de 62.6%.

La evaluación continua de los participantes se llevó a cabo por medio de un formato que analizaba tres aspectos básicos: competencias cognoscitivas, destrezas y actitudes. En base a eso se obtuvieron notas por cada sesión y una nota final que era el promedio de las mismas.

La nota total promedio de las 10 sesiones fue 16.8 sobre un valor máximo de 20. Siendo la DISA Sur la de mayor calificación (16.8) con una diferencia estadísticamente significativa ($p=0.009$)

A lo largo de las 10 sesiones las competencias cognoscitivas tuvieron una calificación promedio de 15, las actitudes de 17 y las destrezas de 16.5 de un puntaje máximo esperado de 20.

Los participantes fueron también sometidos a un proceso de autoevaluación por medio de encuestas anónimas al final de cada sesión. Estas pretendían analizar la apreciación personal de la adquisición de conocimientos y comprensión de conceptos tratados en la sesión y la capacidad de aplicar los mismos en la realidad en la que se desempeña. Se evidenció que el promedio de calificación autoevaluada fue 17.9 sobre un valor máximo de 20 puntos. La DISA Lima Ciudad presentó niveles de autocalificación significativamente mayores ($p=0.003$).

Los alumnos refieren un incremento promedio del conocimiento y comprensión de conceptos tratados a lo largo de las 10 sesiones de un 91%, siendo la DISA Lima Ciudad quien presentó los valores mayores ($p=0.002$). Así mismo, perciben que su capacidad de aplicar los conocimientos adquiridos a la realidad en la que se desempeñan se incrementó en un 88%.

EVALUACION DEL DESARROLLO DE LAS SESIONES

Durante las sesiones se pudo evidenciar el gran interés de los alumnos para realizar las actividades programadas. La participación ha sido generalmente fluida y espontánea, dando cuentas de un previo estudio y análisis del tema. Es interesante el hecho que cada tema revisado era comparado con aquello que veían en su práctica diaria, lo cual usaban como ejemplo al momento de explicar y justificar sus conclusiones. Todos habían cumplido con la realización de las actividades individuales, si bien no todos habían enviado estas previamente a sus tutores como está establecido. Los que no mandaron el trabajo 3 días antes, lo entregaron el día de la sesión.

Con respecto a la resolución de las guías, los alumnos solicitan se entreguen el mismo día de la sesión para que puedan resolverlas con tiempo. En general la opinión respecto al diseño de las guías es buena según la apreciación de los tutores y de los alumnos. En cuanto a la dificultad para comprender y desarrollar las mismas ellos refieren no tener ningún problema. Hay dificultades evidentes con la literatura en inglés en la mayoría de los participantes. Hemos tenido comentarios de un grupo respecto a la dificultad de leer el material directamente de la computadora. Prefiriendo la guía y el material de lectura impreso, lo cual les genera un costo a asumir. La inclusión de los textos en castellano dentro de las mismas guías, como se ha hecho en las últimas 3, fue saludada por los participantes quienes prefieren esto a los aparte de la guía.

La presentación de las exposiciones de los alumnos a nivel de los centros de salud, no ha sido uniforme en todos los participantes. Probablemente la causa clave para ello sea la excesiva carga de trabajo asistencial y administrativo que tienen en su centro de salud.

La motivación de los alumnos mejoró a medida que avanzó el programa, muchos de ellos confesaron no tener interés ni conocimientos previos en cuanto a geriatría, sin embargo hoy en día se dan cuenta del valor que tiene y su importancia en la atención primaria. Además la idea de un curso taller que tenga continuidad es algo que ha agradado mucho a los participantes, no creían que el primer curso iba a continuar, y además están a gusto con la nueva metodología, el hecho de que esta sea tanto práctica como teórica les permite entender más y aplicar los conceptos que están aprendiendo. Es importante considerar que los participantes tienen además de su labor en el Ministerio, otros trabajos. Además la carga de trabajo en el MINSA no sólo es asistencial, sino también administrativa. Los criterios usados para medir su trabajo están en función de productividad y no necesariamente calidad. Como médicos de atención primaria están a cargo de programas de todas las etapas de vida. Esto es manifestado frecuentemente por los participantes como las principales barreras para la entrega antes de las sesiones de las tareas asignadas. Con respecto a esto los alumnos comentan: “falta recursos humanos, un solo medico debe encargarse de todo, incluso de la administración”, “se ha perdido la misión que tenemos como médicos”, “debemos intentar que MINSA se dé cuenta que debemos hacer actividades dirigidas a adultos mayores”

La evaluación de las sesiones se llevo a cabo al finalizar cada una de ellas por medio de una encuesta anónima, la cual evaluaba los siguientes aspectos:

- Adquisición o mejoraría de conocimientos sobre el tema.
- Adquisición o mejoraría de habilidades relacionadas al tema.
- Interés para ampliar los conocimientos sobre el tema.
- Interés de aplicar los nuevos conocimientos en la práctica diaria.
- Cumplimiento de objetivos pedagógicos (de aprendizaje) planteados en la sesión.

En base a esto el promedio de calificación de las sesiones fue de 18.8 sobre un máximo de 20 puntos. Las sesiones que recibieron mayor calificación fueron la 7, 8, 9 y 10. La DISA que calificó mejor las sesiones fue la DISA Lima Ciudad. ($p= 0.0001$)

Al evaluar los ítem de manera individual se observó que al final del curso los alumnos consideraban que este les había servido para mejorar sus conocimientos en un 79.2% y sus habilidades en un 73.2%. Además, había incrementado su interés de leer y querer aprender en un 74.0%; y de aplicar nuevos conocimientos en un 73.2%. A su vez refirieron que el objetivo pedagógico se había cumplido en un 79.2%

Mediante la encuesta realizada al final de las sesiones se intentó analizar la opinión de los participantes acerca del curso en general, la metodología, los temas y contenidos, las lecturas y documentos de apoyo y el papel del docente – tutor .

A partir de ellos se observa que el 63% de los participantes consideró que el curso en general ha sido bueno o muy bueno. Con respecto a la metodología usada, el 98% de los alumnos consideró que ha sido muy buena, catalogándola de apropiada, útil y dinámica. El 13% resaltó que la guía había sido de gran ayuda.

En relación a las lecturas y documentos de apoyo, sólo el 31% los consideró amplios y complicados, 24% sugirió que debían orientarlos a la realidad nacional. El 31% concluyó que eran de gran utilidad, habían ayudado a ampliar conocimientos, eran apropiados a cada tema o eran muy interesantes y actualizados.

El 64% calificó el rol del tutor como excelente, muy bueno o bueno, 31% consideró que cumplía su rol docente, no hubo ninguna calificación negativa hacia los tutores.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. Miguel A. Zabalza Beraza. Guía Para La Planificación Didáctica De La Docencia Universitaria En El Marco Del EEEs. Universidad De Santiago De Compostela. Octubre – 2004
2. Healthy Aging Programs. <http://www.healthyagingprograms.org/index.asp>
3. Practicing Physician Education in Geriatrics Tool kits.2006.
<http://www.gericareonline.net/tools/eng/about/index.html>
4. Tratado de Geriatria. SEGG. <http://www.segg.es/segg/tratadogeriatria/index.html>
5. Guías de Practica Clínica Para Profesionales. SEGG.
http://www.segg.es/segg/html/socios/guias_recomendaciones/guias_profesionales.htm
6. AGS Practice Guidelines. http://www.americangeriatrics.org/education/cp_index.shtml
7. GUÍA CLÍNICA PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES de OPS. WDC. 2002. http://www.almageriatria.org/guia_clinica.htm
8. Gorroñoigoitia A, Álvarez Solar M. Atención al anciano. Líneas guía para la Atención Primaria de Salud. Editado por semFYC, 1995.
9. Programa de atención a las personas mayores en atención primaria. Gobierno de Canarias.2002.
http://www.gobcan.es/sanidad/scs/6/6_1/Atencion%20personas%20mayores/pdf/PROGRAMA%20PERSONAS%20MAYORES.pdf

ANEXOS

ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD A LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES
(n= 18)

| | Indicador | Valores promedios |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| PARTE 1A: | Organización de los servicios de salud | 4,3 |
| | Plan de salud para la persona adulto mayor | 3,9 |
| | Liderazgo en la atención a la salud de personas adultas mayores | 4,2 |
| | Estrategia en la organización de la atención de PAM | 5,2 |
| | Metas en la atención en salud de PAM | 4,0 |
| | Programa de mejoría de calidad en la atención de salud de PAM | 4,6 |
| PARTE 1B: | Diseño y organización de las prestaciones | 4,7 |
| | Programa de promoción de salud y prevención para la PAM | 4,2 |
| | Atención domiciliaria | 4,7 |
| | Equipo multidisciplinario | 4,4 |
| | Integración de la asistencia entre niveles de atención | 4,5 |
| PARTE 2: | Coordinación socio- sanitaria de servicios y programas | 2,9 (3.7) |
| | Referencias a recursos en la comunidad | 3,2 |
| | Red local de servicios socio-sanitarios para PAM | 4,3 |
| | Plan de gobierno regional o local de salud | 3,5 |
| PARTE 3: | Nivel de Práctica Clínica | 3.4 |
| PARTE 3A: | Promoción de salud y prevención | 4,2 |
| | Educación en salud | 4,9 |
| | Educación para el auto cuidado | 4,6 |
| | Acciones de prevención | 4,6 |
| PARTE 3B: | Decisiones clínicas basadas en evidencia | 2,4 |
| | Guías clínicas | 2,5 |
| | Participación de especialistas en el mejoramiento de la calidad de atención | 3,9 |
| | Educación continua en el manejo de enfermedades crónicas de PAM y síndromes geriátricos | 2,9 |
| PARTE 3C: | Sistema de información sobre el paciente | 3,6 |
| | Registro continuos sobre la población de 60 años a mas | 6,1 |
| | Ficha clínica adaptada al AM | 2,9 |
| | Sistema de información desagregable por niveles de complejidad y funcionalidad de la PAM | 4,2 |
| TOTAL | | 4,0 |

ENCUESTA INICIAL

DISA: _____ FECHA: _____

1. Tiene usted computadora en casa? Si () No ()
2. Tiene usted acceso a Internet: a) En casa b) en el trabajo c) en lugar público d) No tengo
3. Tiene usted acceso a revistas medicas virtuales Si () No ()
4. Tiene claves de revistas medicas científicas? Si () No ()
5. Cuales son las revistas que mas utiliza? _____
6. Tiene acceso a bibliotecas medicas? Si () No () ¿Dónde? _____
7. Con que frecuencia asiste al año? a) 0 b) 1-2 c) 3-4 d) >5
8. Que libros usa con mas frecuencia (nombre, año) _____
9. Cuantos artículos médicos científicos lee usted por mes? a) 0 b) 1-2 c) 3-4 d) >5
10. A cuantos cursos y/o congresos científicos asiste usted al año? a) 0 b) 1-2 c) 3-4 d) >5
11. Mencione en porcentaje (de 100%) cómo se distribuye SU trabajo semanalmente en el Centro de Salud donde labora.
Labor administrativa () Atención de PAMs () Atención de no PAMs () Capacitación () Otro _____

Autocalifique usted del cero al cinco (siendo 0 la mínima calificación y 5 la máxima):

12. Su nivel de lectura e entendimiento del idioma ingles. 0 1 2 3 4 5
13. Su nivel de manejo de la computadora (Word, Excel, Power Point) 0 1 2 3 4 5
14. Su capacidad para hacer búsquedas de artículos médicos científicos 0 1 2 3 4 5
15. Su conocimiento de epidemiología y bioestadística aplicada a entender estudios científicos 0 1 2 3 4 5
16. Cree usted que carece de facilidades para mejorar sus conocimientos? Si () No ()
17. Porque? a) Falta de tiempo b) falta de interés c) falta de apoyo de mi centro de trabajo d) falta de acceso a Internet e) desconocimiento del ingles f) limitaciones económicas g) Otras: _____
18. Trabaja usted en otro lugar además de MINSA? Si () No ()
19. Cual es su horario de trabajo? _____
20. Cuantos años trabaja en atención primaria? _____
21. Hace cuantos años se graduó de medico? _____

Tiene usted:

22. Especialidad? Si () No () Cual? _____
23. Maestría? Si () No () Cual? _____
24. Doctorado? Si () No () Cual? _____
25. Le gustaría hacer una especialidad? Si () No () Cual? _____
26. Le gustaría seguir trabajando en atención primaria? Si () No () Porque? _____

27. Considera que la labor que desempeña como médico de atención primaria es importante? Si () No () Porque?

28. Se siente realizado como medico? Si () No () Que le hace falta para sentirse realizado como profesional?

29. Se siente a gusto en su trabajo? Si () No () Que le hace falta para que su trabajo mejore? _____

30. ¿Cuántos cursos o programas de capacitación específicos en temas del adultos mayor ha recibido en los últimos 5 años?

31. ¿Cómo calificaría su conocimiento actual sobre medicina del Adulto Mayor en Atención Primaria?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

32. ¿Cómo calificaría su conocimiento antes del PRIMER programa ALMA sobre medicina del Adulto Mayor en Atención Primaria?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

33. ¿Cómo calificaría su actitud y disposición actual para atender a Personas Adultas Mayores?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

34. ¿Cómo calificaría su actitud y disposición antes del PRIMER programa ALMA para atender a Personas Adultas Mayores?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Muchas Gracias

FICHA DE EVALUACION POR SESION

Nombre del alumno:

DISA:

Fecha:

Sesión:

| SESION | NOTA PROMEDIO | VALOR | | | | | NOTA FINAL |
|------------------------------------------------------------------------------|---------------|-------|---|---|---|---|------------|
| COMPETENCIAS COGNOCITIVAS | | 30% | | | | | |
| Pre-test en base a conceptos que tuvieron que revisar para completar la guía | | 30% | | | | | |
| DESTREZAS | | 40% | | | | | |
| Calificación de la guía | | 10% | | | | | |
| Destrezas reflejadas en las intervenciones en la sesión | | 15% | | | | | |
| Auto evaluación | | 5% | | | | | |
| Charlas y Exposiciones* | | 10% | | | | | |
| ACTITUDES | | 30% | | | | | |
| Responsabilidad / Cumplimiento / Puntualidad | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| Integración / trabajo en equipo / compañerismo | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| Capacidad de transmitir conocimientos | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| Pensamiento critico y razonamiento | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| Iniciativa / interés | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | |

* En caso de que el alumno no haya expuesta en esta sesión ese 10% será atribuido a las destrezas reflejadas en sus intervenciones.

NOTA FINAL:

Firma: _____

AUTO EVALUACION

Marque el puntaje con el que usted calificaría los conocimientos, habilidades y actitudes adquiridas en este taller.

| | | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|----|
| Conocimiento y comprensión de conceptos tratados en la sesión. | 0 | 2 | 4 | 6 | 8 | 10 |
| Capacidad de aplicar los conocimientos en la realidad en la que usted se desempeña. | 0 | 2 | 4 | 6 | 8 | 10 |

PUNTAJE TOTAL:

EVALUACION DEL TALLER

Marque el puntaje con el que usted calificaría este Taller.

| | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| La sesión me ha ayudado a adquirir o mejorar mis conocimientos sobre el tema. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| La sesión me ha ayudado a adquirir o mejorar mis habilidades relacionadas al tema. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| La sesión me ha despertado interés, incitándome a leer y querer aprender más sobre este tema. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| La sesión me ha estimulado a querer aplicar estos nuevos conocimientos en mi práctica diaria. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Los objetivos pedagógicos (de aprendizaje) planteados en la sesión se han cumplido. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

PUNTAJE TOTAL:

EVALUACIÓN FINAL DEL TALLER

Conocer su opinión acerca del curso de capacitación, será de gran utilidad para hacerlo mejor. Por tal razón le solicitamos responder algunas preguntas, agradeciendo su interés y participación en el proceso, al igual que todos sus comentarios y sugerencias.

1. ¿Cuál es su opinión acerca:

Del curso en general?

De la metodología (guías orientadoras - trabajo individual - sesión presencial)?

De los temas y contenidos?

De las lecturas y documentos de apoyo?

Del papel del docente – tutor?

2. ¿Qué cambios le haría a la capacitación?

3. ¿Le será de utilidad en su trabajo? Cómo?

Otros comentarios y sugerencias

Mil gracias

