

POLICLÍNICO UNIVERSITARIO “FELIPE POEY”. NUEVA PAZ.

CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE LA VIGILANCIA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Dra. Sandra Malvarez Castellanos¹, Dra Gilda Scull Scull² Dra. Yanelis Reyes Fernández³, Dra. Marisol Arias Vega⁴

1. Especialista de I grado en Higiene y Epidemiología. Profesora Instructora
2. Especialista de II grado en Administración y Organización de Salud. Profesora Auxiliar.
3. Especialista de I grado de Medicina General Integral. Profesora Instructora
4. Especialista de I grado en Higiene y Epidemiología. Profesora Asistente.

RESUMEN

Se realizó una investigación, descriptiva, transversal, con el objetivo de describir el conocimiento y las actitudes presentes en los médicos y enfermeras de la atención primaria en el municipio Nueva Paz en el año 2007. El universo de estudio lo integraron 171 médicos y enfermeras del municipio Nueva Paz. Para la realización de este estudio se aplicaron dos cuestionarios para identificar el conocimiento y las actitudes que sobre la vigilancia en salud posee el equipo básico de salud en la atención primaria de salud, de un total de 184 médicos y enfermeras se encuestaron 171 ya que excluyen los que no se encontraban en el municipio en el periodo, además se realizaron grupos focales en los consejos populares y se aplicaron 22 entrevistas a los líderes formales e informales de la comunidad. Se da una panorámica de otros elementos profundamente relacionados con el tema como es la retroalimentación y la actualización. Se concluyó que existe insuficiente nivel de conocimiento sobre vigilancia en la atención primaria de salud, actitudes inadecuadas del personal médico con relación a la vigilancia, conocimientos y actitudes adecuadas de los licenciados en enfermería sobre las acciones de la vigilancia, deficiente retroalimentación para fortalecer el sistema de vigilancia, no

utilización en toda su potencialidad a los líderes formales e informales de la comunidad en el sistema de vigilancia.

Palabras clave: conocimiento, vigilancia, atención primaria de salud.

Descriptores DeCS: **CONOCIMIENTO; VIGILANCIA; ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD**

INTRODUCCIÓN

La vigilancia constituye por sí misma una etapa previa al desarrollo de programas de control de enfermedades e incluye todas aquellas actividades que estime necesario realizar sobre diferentes campos para adquirir el conocimiento que sirva de fundamento para el control excesivo del problema que interesa ¹.

Si bien es cierto que existe una discusión teórica respecto a la definición, límites y apreciaciones de la vigilancia es indiscutible que la misma constituye un instrumento científico de apoyo a los servicios de salud en la solución de los problemas que se presentan ². La vigilancia epidemiológica no es más que una de las aplicaciones del método epidemiológico y de un conjunto de técnicas y estudios en la práctica médica rutinaria ³.

Inicialmente se aplicó el término “vigilancia epidemiológica” a un conjunto de medidas inherentes a la observación de la evolución de casos infecciosos, confirmados o sospechosos, y de sus contactos. Estaba basada fundamentalmente en un control individual ⁴.

Posteriormente, la vigilancia comenzó a aplicarse más extensivamente al análisis y observación de ciertas enfermedades en las comunidades.

La versión moderna sobre la vigilancia epidemiológica, aplicada al estudio de las enfermedades de las comunidades fue introducida por el Instituto de Epidemiología y Microbiología de Praga Pero los primeros intentos de este tipo de actividad tuvieron sus antecedentes en la llamada política médica, creada en Alemania.

En Cuba los principales resultados arrojaron que desde la etapa colonial ya se realizaban algunas actividades de vigilancia, en 1544 la iglesia era la responsable de llevar el control del bautismo y el enterramiento. Durante la época de la república múltiples son las acciones en materia de vigilancia que adopta el gobierno interventor norteamericano.⁵

La vigilancia comenzó con el diseño de los programas de lucha contra las enfermedades transmisibles, comenzaron las campañas de vacunación utilizando elementos de la vigilancia activa y pasiva. Posteriormente con el diseño y puesta en marcha del sistema de información directa y del sistema de declaración obligatoria se perfecciona de manera significativa la vigilancia de las enfermedades transmisibles y la vigilancia ambiental. En Cuba existen un sin número de sistemas de vigilancia que mantienen un flujo de información rápido y seguro de todo el acontecer nacional.⁶

El sistema de vigilancia en salud debe ser integral y atender al individuo, la familia y la comunidad, incluido el ambiente y el medio social. Este enfoque de vigilancia en salud como un término más abarcador de la vigilancia epidemiológica tradicional resulta un componente esencial para el desarrollo de los servicios y una herramienta vital en la ubicación de los recursos del sistema de salud pública ⁷

La vigilancia en salud no debe limitarse al aspecto médico de los problemas. Esta integra la información sociodemográfica con la de los eventos de salud y condiciones asociadas, y a la información relacionada con el sistema de salud, incluyendo el estado de opinión de la población sobre su salud y sobre los servicios que se les brindan.⁸

Los sistemas de vigilancias son importantes porque nos permiten conocer la situación de los problemas de salud, proveen los datos necesarios en cuanto a los diferentes factores complejos que intervienen en la ocurrencia de los distintos problemas. La voluntad política, el trabajo intersectorial y la participación comunitaria, son los requisitos básicos para el desarrollo de la salud a nivel local, la unión de estos elementos permite la identificación de problemas, planificar acciones y evaluar los resultados⁹

La vigilancia no puede ser la simple anotación que se hace de la observación, sino la guía para la acción que el personal de salud y de otros organismos utiliza para tomar decisiones prácticas frente a los problemas de la comunidad; consiste en decidir o hacer recomendaciones sobre bases objetivas científicas, a fin de prevenir la ocurrencia de fenómenos, con el objetivo de mantener actualizado el conocimiento respecto al comportamiento de los problemas de salud, establecer la susceptibilidad y los riesgos en la comunidad, formular las medidas de intervención apropiadas y evaluar el impacto o efecto de las intervenciones aplicadas a dichos problemas en la comunidad ¹⁰.

Dada la importancia vital que representa la vigilancia en el estado de salud de la población y que es hoy un componente de trabajo obligado para los médicos , enfermeras de la familia , una herramienta indispensable para realizar el análisis de la situación de salud , una aliada insustituible que permite detectar oportunamente las desviaciones de los servicios que se prestan se decide realizar esta investigación para profundizar sobre el comportamiento , conocimiento y actitudes que existen en la Atención Primaria sobre vigilancia en salud.

El objetivo general de este trabajo consistió en describir el conocimiento y las actitudes presentes en los médicos y enfermeras de atención primaria en la vigilancia de salud en Nueva Paz en el año 2007.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una investigación, descriptiva, transversal con el objetivo de describir el conocimiento y las actitudes que sobre la vigilancia tienen los médicos y enfermeras de la atención primaria de salud en el municipio, en el año 2007. El universo de estudio lo integró las dos áreas de salud del municipio Nueva Paz, cada una cuenta con un policlínico con acreditación docente. Para la realización de este estudio se aplicaron dos cuestionarios con el propósito de identificar el conocimiento y las actitudes que sobre la vigilancia posee el personal de la atención primaria de salud, de un total de 184 médicos y enfermeras se encuestaron 171 constituyendo el universo de estudio, lo que representó el 92,5%, quedando excluidos del universo los que no se encontraban trabajando en el periodo de aplicación de las encuestas por diferentes causas, además se realizaron grupos focales en los 5 Consejos populares y se aplicaron 22 entrevistas a los líderes formales e informales de la Comunidad. Se visitaron los Equipos básicos de salud, se entrevistó el personal médico y de enfermería, se revisaron las historias clínicas familiares e individuales, hojas de cargo, tarjeta de EDO, historias epidemiológicas, los libros de trabajo del laboratorio, con el objetivo de verificar si se realiza la vigilancia epidemiológica a los casos que lo requieren

Las variables analizadas fueron las siguientes.

- General.
- Grado de Especialización.
- Lugar donde desempeñan su función.

- Cognoscitiva.
- Conocimiento acerca del concepto de epidemiología.
- Conocimiento del concepto de vigilancia en salud.

- Actitudes.
- Acciones que se realizan para garantizar la vigilancia en salud.

RESULTADOS

De la totalidad de los 56 médicos se encuestaron 48 para un 85,7 % , 25 eran especialistas de Medicina General Integral ,se encuestaron 21 para un 84 %, de los 17 residentes de Medicina General Integral se encuestaron 13 para un 76,4 % y de otras especialidades de un universo de 9, se encuestaron la totalidad lo que represento el 100 %; al igual que los médicos generales de un universo de 5 se encuestaron el 100 %. Con relación al personal de enfermería de un universo de 98 licenciadas se encuestaron 93, lo que represento el 94,8 % se encuestaron 30 técnicos de enfermería que represento el 100% del universo estudiado.

La tabla 1 muestra los conocimientos y actitudes de los especialistas en Medicina General Integral, observamos que un 33,3 % tiene un conocimiento adecuado y un 85,2 % de actitudes inadecuadas. Se analiza además que la actualización es de un 90,4 % inadecuada y la retroalimentación en un 100 % inadecuado.

Tabla 1. Comportamiento del conocimiento, actitudes, actualización y retroalimentación en especialistas de Medicina General Integral.

Variables	Adecuado		Inadecuado		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Conocimiento	7	33,2	14	66.6	13	100
Actitudes	3	14,2	18	85.2	13	100
Actualización	2	9.5	19	90.4	13	100
Retroalimentación			21	100	13	100

El municipio cuenta con el 84,6 % de los residentes de Medicina General Integral que tienen conocimiento y actualización adecuada y un 100 % de actitudes de igual índole (tabla 2).

Tabla 2. Comportamiento del conocimiento, actitudes, actualización y retroalimentación de los Residentes de Medicina General Integral.

Variables	Adecuado		Inadecuado		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Conocimiento	11	84,6	2	15.3	13	100
Actitudes	13	100			13	100
Actualización	11	84,6	2	15.3	13	100
Retroalimentación	6	28.5	7	53.3	13	100

En la tabla 3 se muestra el comportamiento de los médicos generales los cuales tienen conocimientos, actitudes, actualización y retroalimentación en un 100 % inadecuada.

Tabla 3. Comportamiento del conocimiento, actitudes, actualización y retroalimentación en Médicos Generales.

Variables	Adecuado		Inadecuado		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Conocimiento	-	-	5	100	5	100
Actitudes	-	-	5	100	5	100
Actualización	-	-	5	100	5	100
Retroalimentación	-	-	5	100	5	100

En la tabla 4 se refleja el comportamiento de las licenciadas en enfermería. Relacionado con las licenciadas en enfermería el 87% y el 75,2% tienen conocimiento y actitudes adecuadas respectivamente, la retroalimentación es en un 72% inadecuada y las actualizaciones en un 66,6 % inadecuada.

Tabla 4. Comportamiento del conocimiento, actitudes, actualización y retroalimentación en Licenciados en Enfermería.

Variables					Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Conocimiento	81	87	12	12.9	93	100%
Actitudes	70	75.2	23	24.7	93	100%
Actualización	26	27.9	67	72	93	100%

Retroalimentación	31	33.3	62	66.6	93	100%
-------------------	----	------	----	------	----	------

Con relación a los médicos en otras especialidades con conocimientos inadecuados corresponde el 77,7 % de la totalidad y actitudes inadecuadas en un 55,5 %, se observa que el 100 % de la actualización y la retroalimentación son inadecuados.

Tabla 5. Comportamiento del conocimiento, actitudes, actualización y retroalimentación en otros especialistas.

	Adecuado		Inadecuado	
	No.	%	No.	%
Conocimiento	2	22.2	7	77.7
Actitudes	4	44.4	5	55.5
Actualización			9	100
Retroalimentación			9	100

Al analizar el personal técnico resultaron tener conocimiento en un 56,6 % inadecuado, actitudes en un 60 % inadecuada, la actualización es el 100 % inadecuado. De forma general se puede expresar que el conocimiento fue adecuado en un 66,6 % a expensas de las licenciadas en enfermería que aportaron un 87 % del total de conocimientos adecuados, al igual que los residentes de Medicina General Integral con un 84,6 % respectivamente.

DISCUSIÓN

La Atención Primaria de Salud constituye el primer nivel de atención de los servicios de salud con una marcada accesibilidad es capaz de solucionar el 80% o más de los problemas de salud mediante la puesta en ejecución de diferentes acciones, es una estrategia como la asistencia sanitaria, basada en métodos y tecnologías prácticas con fundamentos científicos socialmente aceptados, puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad mediante su plena participación.¹¹

La estrategia de integración de la higiene y la epidemiología a la atención primaria de salud requiere la estructuración de un sistema de vigilancia que contribuya al conocimiento y análisis de las incidencias y establezca las tendencias y el pronóstico de la situación de salud, en tanto ofrezca la posibilidad de tomar decisiones para realizar acciones de promoción, prevención y control de enfermedades.¹²

La integración de los médicos de familia a la vigilancia es esencial para llevar a cabo el cumplimiento cabal de los programas, además favorece el aseguramiento del estado de salud de la población, donde el equipo básico de salud juega un papel definitorio.

La atención primaria de salud requiere que sus profesionales dígase especialistas y residentes de medicina general integral desarrollen destrezas en el conocimiento de problemas, en la recolección de datos; en la organización de su pensamiento y también habilidades en la toma de decisiones y en la relación del paciente y su comunidad, además deben conocer las enfermedades y daños a la salud sujetos a vigilancia con el propósito de mantener la pesquisa activa y pasiva de todos estos eventos de salud.¹³

En la actualidad el médico de la familia ocupa un lugar relevante en la atención a la salud de su población su función implica un desempeño fundamentalmente dirigido a la observación y la actuación de cualquier fenómeno que atente contra el bienestar de la comunidad.¹⁴

Los servicios de salud constituyen una actividad altamente sensitiva para la población, por lo que es necesario que sus profesionales no solo tengan conocimiento, sino también actitudes positivas hacia las personas que no solo se ocupen de la asistencia médica sino además que se preocupen por velar que no aparezcan enfermedades en la población sana.¹⁵

Con relación a los médicos generales los cuales no tienen conocimiento, actitudes retroalimentación y actualización adecuado sobre vigilancia en salud, los resultados encontrados en esta investigación son similares a los encontrados en otras investigaciones;¹⁶, el enfoque clínico epidemiológico de la enfermedad nos permite comprender que el médico general, usualmente detecta las formas completas de la enfermedad infecciosa, pero escapan a su diagnóstico un importante porcentaje de casos asintomático por una vigilancia no integral de todos los elementos que conforman la epidemiología de estas enfermedades.

Con relación a los médicos en otras especialidades en la bibliografía revisada se plantea la verticalización de los médicos que no son especialistas en medicina general integral y la no integración de la epidemiología como la ciencia básica de la salud pública, y que mientras más especialización menos nivel de conocimiento y actitudes con respecto a la vigilancia manifiestan, datos que coinciden con los estudios revisados en los que se , que los especialistas no aplican el método epidemiológico a la solución de los principales problemas de salud. ¹⁷.

Las licenciadas en enfermería tienen conocimiento y actitudes en más de un 50% adecuada es de destacar en este aspecto los conocimientos y actitudes que mostraron las licenciadas en enfermería con relación a la vigilancia y la epidemiología, y la labor que realizan las licenciadas en los consultorios Médicos de la Familia y las Vice Direcciones del Municipio. Se estima que para el 2015 el 100 % de las enfermeras sean licenciadas y que realizaran más del 70 % de las acciones de la vigilancia en salud.

La mayoría de los técnicos equipara la retroalimentación con los cursos de actualización y perfeccionamiento, no tienen un pensamiento epidemiológico en la identificación y la solución de los principales problemas de salud. Por tanto no aplican un enfoque clínico epidemiológico con acciones integrales dirigidas al individuo, la familia, y la comunidad con el objetivo de mejorar el estado de salud de la población. Existe similitud con los resultados revisados en otras investigaciones.

CONCLUSIONES

- Insuficiente nivel de conocimiento sobre vigilancia en la atención primaria de salud.
- Actitudes inadecuadas del personal medico con relación a la vigilancia.
- Conocimientos y Actitudes adecuadas de los licenciados en enfermería sobre las acciones de la vigilancia.
- Deficiente retroalimentación para fortalecer el sistema de vigilancia.
- No utilización en toda su potencialidad a los líderes formales e informales de la comunidad en el sistema de vigilancia.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Fariñas Reinoso AT. Algunas consideraciones de la vigilancia en salud. Facultad de Salud Pública. Folleto .Cuba. Ciudad Habana; 2001.
2. MINSAP. Consideraciones metodológicas y conceptuales básicas para el establecimiento de la vigilancia en Salud Publica para la República de Cuba. Ciudad de La Habana: MINSAP; 2001.
3. Ochoa Gonzalez E. Vigilancia en Salud (monografía en CD-Rom) Maestría en enfermedades infecciosas. La Habana: Instituto de Medicina Tropical Pedro Kourí; 2005.
4. Sánchez Fernández O. Vigilancia en salud. Correo Científico Médico de Holguín (periódica en línea). 2001; 5(2) .Disponibles en: <http://www.cocmed.sld.cu/no52/n52edi.htm> Acceso: 12 de enero de 2009
5. Castell Florín-Serrate P. Enfoque sistémico epidemiológico y el proceso gerencial en salud. Ciudad de La Habana: ENSAP; 2001.
6. Jesús Toledo H de. Vigilancia Epidemiológica. En: Maestría de Enfermedades infecciosas. (monografía en CD). La Habana: Instituto de Medicina Tropical Pedro Kourí; 2005.
7. Sanabria Ramos G. Participación social y comunitaria: reflexiones. Rev Cubana Salud Pública (periódica en línea). 2004; 27(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662001000200002&lng=es&nrm=iso&tlng=es Acceso 22 febrero 2008
8. Toledo Curbelo G. Catauro de términos de Salud Pública. En: Introducción a la salud pública. Ciudad de La Habana: Ciencias Médicas; 2004.p. 260-363.
9. Toledo Curbelo GJ. Salud Pública. Ciudad de La Habana: ECIMED; 2005; T 2.
10. Bombino Companioni A. Participación de la mujer en el sector de la salud en Cuba

- Reporte Técnico de Vigilancia (en línea). 2007; 12 (4). Disponible en:
www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/vigilancia/bombinoyeni.pdf. Acceso: 18 marzo 2008.
11. Fleitas Ruiz R. Género y pensamiento médico: hacia un nuevo enfoque de la salud. *Sexología y Sociedad*. 2002; 18 (8): 4-1.
 12. Ravenés Ramírez M. Experiencias y retos del análisis en salud. *Revista Cubana de Salud Pública* (periódica en línea). 2003; 29 (4). Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662003000400005&lng=es&nrm=iso&tlng=es Acceso: 28 mayo 2008.
 13. Ilizastigui F, Douglas R. La formación del medico general básico en Cuba. *Rev. Educación Médica y Salud. Organización Panamericana de la Salud*. 2003; 25 (2): 187-188.

SUMMARY

A descriptive, transversal investigation was conducted in order to describe the present knowledge and attitudes of doctors and nurses in primary care in Nueva Paz municipality in 2007. The universe of study was composed of 171 doctors and nurses of Nueva Paz municipality. For this study two questionnaires were applied to identify the knowledge and attitudes that has the basic health team in primary health care about health surveillance, from a total of 184 doctors and nurses, 171 were interviewed because it was excluded those who were not in the municipality during the period, plus focus groups were carried out in the Popular Councils and 22 interviews were applied to formal and informal leaders of the community. An overview of other elements deeply related to the subject is given as feedback and update. It was concluded that there is insufficient level of knowledge on surveillance in primary health care, inadequate medical staff attitudes regarding surveillance, adequate knowledge and attitudes of licentiates in nursing on surveillance measures, poor feedback to strengthen the surveillance system, non use of the full potential of formal and informal leaders of the community in the surveillance system.

Subjects Headings: **KNOWLEDGE; SURVEILLANCE; PRIMARY HEALTH CARE**

Dra. Sandra Malvarez Castellanos

E-mail: gilda@infomed.sld.cu