

Miriam delgado Sanchez
Latino



[Handwritten signature]
[Handwritten signature]

1172
T/53
11352
1993
E:2



*Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
León, Nicaragua, C. A.*



CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
DISEÑO DEL MODELO DE INTEGRACION DOCENTE
ASISTENCIAL
DE LA ESCUELA DE FARMACIA FACULTAD DE
CIENCIAS QUIMICAS EN EL M. D. A DE LEON

AUTORES: * *LIC. MIRIAM DELGADO SANCHEZ*
** *LIC. CECILIA GARCIA LATINO*
TUTOR:*** *DR. ANGEL SANCHEZ VIESCA*

AUSPICIA: OPS/OMS ESCUELA DE FARMACIA
UNAN-LEON

ABRIL 1993

- *... Químico. Farmacéutico. UNAN
- **... Químico. Farmacéutico. UNAN
- ***. Médico, Cirujano
Maestro de Salud Pública
Profesor Titular I. CIES

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a todas aquellas personas que colaboraron para que este estudio fuera una realidad.

Por su valioso apoyo Moral, Material e Intelectual patentizamos en este trabajo, nuestro sincero agradecimiento a:

Dr. Angel Sánchez Viezca

Tutor de esta Investigación

Dra. Celia Chavarría Norori

Decano de la Facultad

de Ciencias Químicas.

DEDICATORIA:

Dedicamos la culminación de nuestro trabajo de Investigación y los esfuerzos que realizamos durante nuestros estudios en primer lugar a nuestro Señor Jesucristo, quien nos dió la fortaleza espiritual para llegar hasta el final y de una manera muy especial a nuestros seres queridos.

Madres

Esposos

Hijos

CONTENIDO

I.	INTRODUCCION	1
II.	OBJETIVOS	3
III.	MARCO REFERENCIAL	4
IV.	DISEÑO METODOLOGICO	36
V.	RESULTADOS	40
	1. Programa de Estudio Trabajo	
	2. Estructura Organizativa	
	3. Medidas que garantizan el funcionamiento de las actividades de I.D.A	
VI.	ANALISIS DE LOS RESULTADOS	87
VII.	CONCLUSIONES	93
VIII.	RECOMENDACIONES	94
IX	BIBLIOGRAFIA	95
X	ANEXOS	99

I N T R O D U C C I O N

I. INTRODUCCION

Entre los esfuerzos de reorganización de los servicios de la salud encaminados al fortalecimiento de los SILAIS, se creó el MUNICIPIO DOCENTE ASISTENCIAL en la Región II de Salud, con el objetivo de garantizar el desarrollo de los servicios, la capacitación de los recursos de salud, formación de los estudiantes y la integración de la comunidad; como parte de estos objetivos tenemos el desarrollo de los servicios farmacéuticos, en la cual la Escuela de Farmacia juega un papel preponderante como institución formadora de los recursos que en estos servicios se desempeñan, con la finalidad de lograr este objetivo, la Escuela de Farmacia ha venido realizando transformaciones en su plan de estudios, implementando nuevas metodologías en el proceso enseñanza aprendizaje, para egresar profesionales que respondan a las necesidades planteadas por el Ministerio de Salud; una de estas metodologías ha sido la realización de las prácticas de producción que se iniciaron en 1980, las cuales decayeron en los años 85-87 debido a la falta de una buena coordinación y articulación con la institución prestadora de servicios.

Continuando con el propósito de mejorar la formación de los recursos humanos, se han venido realizando estudios tales como: el análisis de situación del período 1985-1990, el diseño del modelo gerencial de los servicios farmacéuticos 1991,

y el análisis de situación de la Escuela de Farmacia 1991, en los cuales se identificó el mismo problema, siendo este la falta de una "integración docente asistencial" de la Escuela de Farmacia en los servicios de salud y la comunidad.

Dicho problema afecta la formación de los egresados de la carrera, dando como resultado profesionales con una débil preparación para:

- Enfrentar integralmente los problemas de salud de la comunidad.
- Trabajar en equipo multidisciplinario y multiprofesional.
- Trabajar con la comunidad.
- Desarrollar habilidades y destrezas para el análisis y solución de los problemas.

Ante esta problemática la Escuela de Farmacia, continúa mostrando interés por lograr un cambio al respecto, por lo cual se planteó desarrollar el proyecto de Integración Docente Asistencial de la Escuela de Farmacia en el M.D.A. y la comunidad, que logre responder a las siguientes interrogantes:

-Cuál es el modelo de Integración Docente Asistencial de la Escuela de Farmacia en el M.D.A y la comunidad ?

-Cuál es la estructura organizativa y funcional que permita realizar la I.D.A en el M.D.A y la comunidad ?

Qué medidas garantizan el funcionamiento efectivo y eficaz de las actividades de I.D.A de la Escuela de Farmacia ?

O B J E T I V O S

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Formular un modelo de Integración Docente Asistencial de la Facultad de Ciencias Químicas-Escuela de Farmacia en el M.D.A de León, que de lugar a modificaciones curriculares, lo cual vendría a fortalecer el desarrollo de la Escuela, de los Servicios Farmacéuticos e Industrias Farmacéuticas y por consiguiente, en beneficio de una mejor formación de los egresados de la carrera.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Desarrollar el marco metodológico de la I.D.A de la Escuela de Farmacia. (Estudio Trabajo).
2. Definir la estructura organizativa y funcional que permitan la I.D.A en el M.D.A. y la comunidad.
3. Proponer medidas que garanticen el funcionamiento efectivo y eficaz de las actividades Docentes-Asistenciales de la Escuela de Farmacia.
4. Establecer los mecanismos de evaluación y monitoreo del proyecto.

M A R C O R E F E R E N C I A L

MARCO REFERENCIAL:

INTEGRACION DOCENTE ASISTENCIAL

La búsqueda incesante de nuevos enfoques, ha traído aparejada una divergencia en cuanto a la orientación de estas ideas: La OMS ha partir de 1976 magnifica la posible solución, articula el concepto de desarrollo de recursos humanos de salud y lo define como:

" La integración funcional de los tres principales componentes del proceso de desarrollo de recursos humanos (planificación, Producción y gerencia) en un conjunto total (deberá ser) integrado con el desarrollo de los servicios de salud".(1)

El desarrollo de Recursos Humanos de Salud no sólo es un "conjunto integrador", sino que se plantea como un mecanismo permanente propio de cada país para la integración funcional del desarrollo de los servicios y del personal de salud, que promueva un diálogo permanente, asegure la colaboración y coordinación eficaz entre los distintos departamentos gubernamentales y no gubernamentales, instituciones y otros órganos responsables de los variados aspectos del desarrollo de los servicios y del personal de salud y los asocie para la planificación , la adopción de decisiones y la gestión del desarrollo de servicios y de recurso del personal de salud"

(1) Carlos Vidal y José Quiñonez. Integración Docente Asistencial. Educación Médica y Salud. 20(1):1.2. 1986

Ese mecanismo comprenderá los representantes no sólo del sector de salud; sino también los del sistema general de educación (que, a menudo, son en parte responsables de la formación y el perfeccionamiento del personal de salud), las Universidades, la planificación y el desarrollo socioeconómico, la asistencia social, el trabajo, la agricultura, el saneamiento, la vivienda, las organizaciones profesionales, etc. . Su forma puede diferir de unos países a otros debido a la necesaria adaptación a las condiciones y circunstancias locales, pero en cada caso puede lograr la integración funcional de los tres elementos principales del proceso de formación y perfeccionamiento del personal de salud (planificación, producción y dirección) en un todo combinado; y este todo, debería quedar integrado en el desarrollo de los propios servicios de salud.

Gracias a ese mecanismo podrá lograrse la máxima eficacia en la planificación, la producción y el empleo de los recursos de personal de salud, la asociación con la programación nacional de salud cuando sea factible, teniendo en cuenta las características políticas del país y la integración con las políticas y planes de orden socioeconómico, cultural, educacional y laboral (recursos de personal) y las actividades de desarrollo.

Además permitirá especificar las necesidades presentes y futuras de un sistema nacional de servicio de salud, basado en las necesidades y demandas de salud, actuales y previsibles, de toda la población. Posiblemente algún día, dependiendo de factores y condiciones aún no presentes o, en el mejor de los casos, cuando se de una situación coyuntural que permita pasar del anterior planteamiento teórico de la realidad concreta o, en otras palabras, del planteamiento utópico al planteamiento científico, lograrán los países de América Latina llevar a la práctica tal mecanismo.

La OPS desde antes de 1976 viene elaborando un enfoque mas directo, mas centrado en la realidad de los países de la región que permita mediante aproximaciones sucesivas, ir relacionando cada vez mas, a nivel local fundamentalmente, la formación, el servicio y la investigación, acuñando el término integración docente-asistencial para identificar este proceso.

Del "conjunto integrador" del "mecanismo permanente", suprasectorial, intersectorial, multidisciplinario, etc., tratamos de rescatar aquellas ideas fundamentales como:

El personal de salud es sólo un elemento del desarrollo de los servicios.

El conjunto que significa desarrollo de recursos humanos en función de los sistemas de servicio de salud. La base epidemiológica (patología prevalente) y poblacional de los curriculum.

El uso racional de los recursos educativos y de servicio para aumentar la capacidad operativa de éstos. La formación en la realidad a nivel local, donde se dan los hechos y donde se dá el proceso de salud enfermedad.

El aporte de la investigación y mejor aún de la inteligencia universitaria en la solución de los problemas de salud.

La continuidad del proceso educacional transformándose en un proceso de educación permanente que nace en el trabajo y sirve para el trabajo y permite una evaluación conjunta que se inicia en el momento mismo de la programación docente-asistencial y da lugar a una supervisión fundamentalmente educativa y una evaluación del desempeño, que es la forma mas clara de evaluación de la formación y del trabajo (de la competencia profesional).

La integración docente-asistencial rescata las posibilidades de ampliar el término utilización de los Recursos Humanos, pues de todo lo anterior logrará subsidios suficientes, para que mediante investigaciones, de personal de salud y de servicios haya un replanteo de las formas de atención.

En resumen, la multicausalidad de los problemas que se presentan en los servicios de salud, la heterogeneidad de sus soluciones y estrategias y el amplio espectro de las personas involucradas en resolverlos constituyen algunas de las características mas frecuentes. Es así que resolver integralmente dichos problemas,

constituye por lo general una responsabilidad compartida de salud con otros sectores de la actividad nacional, siendo el de educación el que adquiere mas relevancia en este aspecto, especialmente en relación con la formación de los Recursos Humanos de Salud y con su capacidad para responder adecuadamente a las necesidades asistenciales presentes y futuras.

Dadas sus características y tomando en consideración que los servicios de salud han iniciado la asimilación de esta metodología, también debiera incorporarse a las actividades de pregrado dentro del currículum de los alumnos en formación, de modo que el lenguaje y los criterios de abordaje de los problemas en la práctica tengan cierta uniformidad.

Se entiende por integración docente-asistencial en su aceptación mas generalizada, a la "unión de esfuerzos, en un proceso de creciente articulación, entre instituciones de servicios de salud y de educación para contribuir a mejorar las condiciones de vida de la colectividad, mediante la prestación de servicios adecuados a las necesidades reales, de la población, la producción de conocimientos, y la formación de Recursos Humanos necesarios en un determinado contexto de la práctica de servicios de salud y de enseñanza".

De acuerdo con el Centro de Estudios del Desarrollo de Venezuela y un grupo de investigadores: "La integración docente-asistencial es el proceso mediante el cual, los organismos administradores de salud (planificadores y dispensadores de salud) y formadores de Recursos Humanos a nivel de Educación Superior y Nivel Intermedio, se vinculan y utilizan sus recursos materiales y humanos con el fin de mejorar la calidad de la asistencia, de la docencia y mejorar los niveles de salud.

En una aceptación más totalizadora y tomando como base la primera definición, se podría conceptualizar la integración docente-asistencial como:

"Un proceso de creciente articulación entre instituciones de educación y de servicios de salud, para mejorar la atención de salud, orientar la producción de conocimientos y la formación de personal, tomando como base el perfil epidemiológico en un determinado contexto poblacional y regionalizado, que permita la continuidad del proceso educacional (proceso de educación permanente) que nazca en el trabajo y sea capaz de transformarlo".(2)

De acuerdo con estas definiciones, el objetivo básico se centra en mejorar la atención de salud y en aumentar la capacidad operativa

(2) Carlos Vidal y José Quiñonez. Integración Docente Asistencial. Educación Médica y Salud. 20(1): 4. 1986

de los servicios y, de esta manera, contribuir a mejorar los niveles de salud.

Es, por lo tanto, un verdadero proceso social y no una simple estrategia para el cambio o para la extensión de cobertura. Su factibilidad y viabilidad depende de factores sociales, políticos y económicos y del ejercicio de diferentes mecanismos que permitan la articulación de la institución involucrada.

Las acciones básicas de estas instituciones, deben tener carácter multidisciplinario y multiprofesional y la investigación permanente, de los aspectos concretos de la realidad, constituyen la base indispensable del proceso. La participación activa, no meramente receptiva de la comunidad en las diferentes instancias del proceso es fundamental para el logro de los objetivos y el personal que se forme dentro de la integración docente-asistencial debe ser parte integrante del personal de salud, por lo que las actividades de servicio, deben formar parte de su aprendizaje, convirtiéndolo así en estudiante-trabajador. Los propósitos fundamentales de la integración docente-asistencial pueden, por lo tanto, resumirse en la siguiente forma:

- Mejorar la atención de salud de la población mediante la prestación adecuada de servicios, ya sea individual y colectivamente y en relación con las necesidades reales de la población.

- Mejorar el proceso de enseñanza-aprendizaje; entendiéndose éste como el conjunto de actividades y medios que posibilitan la transmisión y producción de conocimientos necesarios para una práctica social adecuada.

- Lograr la participación de la comunidad en forma activa y consciente de las causas que originan los problemas de salud.

Estos propósitos, sólo pueden lograrse si se acompañan de dos tipos de acciones básicas para tal fin:

Primero:La existencia de un sistema de servicios de salud, con una organización, tal que permita la participación y la fácil accesibilidad de la población a los mismos; por grados de complejidad, con fluida referencia y contrarreferencia, con una amplia base de atención primaria en todos los niveles y con una población definida.

Segundo:La revisión constante de la práctica médica, antes que los aspectos de la educación, para lo cual es importante que las instituciones prestadoras de servicios participen activamente en el proceso formativo; es la propia estructura de la atención médica, y su práctica, en un sentido dialéctico, las que ejercen por lo general, una acción dominante sobre el proceso de formación de Recursos Humanos.

La práctica profesional y la estructura de la atención médica deben ser consideradas como objetos de transformación por parte de las

instituciones formadoras de médicos, dentro de cualquier estrategia integral de cambio de las condiciones en las cuales se dispensan servicios de salud a la población.

Andrade, al revisar algunas de las bases conceptuales del proceso de enseñanza-aprendizaje, en el campo de la salud, propuso algunas premisas que tienden a orientar dicho proceso:

La enseñanza debe tener como eje la salud de la comunidad y no la enfermedad del individuo.

El área natural de adiestramiento del personal debe conformarse con la de los servicios de salud de la comunidad, considerado como un todo y la estructura y recursos de éstos, deben formar parte integral de la estructura y recursos del Sistema Nacional de la salud.

Los alumnos, durante todo el proceso formativo, deben ser considerado como un recurso adicional al servicio de la salud de la comunidad, y sus actividades de adiestramiento, deben, en lo posible, estar basados en su participación activa en el trabajo⁽³⁾

EVOLUCION DEL CONCEPTO Y DE LA PRACTICA

La concepción del proceso de integración docente-asistencial, se enriquece con la contribución de las Ciencias Sociales aplicadas a la salud.

(3) Carlos Vidal y José Quiñonez. Integración Docente Asistencial. Educación Médica y Salud. 20(1) : 5-6 .1986

En los últimos 15 años se profundizó en el estudio de la forma de articulación de educación y práctica en salud a la estructura social.

En un primer momento-el decenio de 1950-la medicina preventiva y social era una disciplina aislada, orientada hacia la promoción de la salud y prevención de las enfermedades, sin responsabilidad sobre la salud colectiva. Corresponde a esta época el establecimiento de los "Laboratorios de comunidad", que eran núcleos de demostración bastante artificiales.

La segunda etapa corresponde al decenio de 1960; surgieron entonces los programas de medicina comunitaria destinada al grupo de población de mayores proporciones, y que llevan a cabo acciones preventivas y de atención curativa.

Todavía eran iniciativas exclusivas de la escuela médica, en especial del departamento de medicina social o comunitaria. El concepto de comunidad se restringía a grupos minoritarios menos favorecidos.

En años más recientes, se produce la tercera etapa, en la cual la relación docente-asistencial, se amplió a toda forma de contacto del alumno, con mayor o menor grado de participación en actividades de servicios; esto podía incluir desde pasantías tempranas en centros de salud e incursiones ocasionales a servicios clínicos, hasta sistemas de internado y residencia médica en los últimos años de la carrera.

Las distintas aproximaciones referidas carecen, sin embargo, de un marco referencial que permita relacionar el papel de la medicina con la realidad social, y que en su componente de prestación de servicios, involucre en forma amplia la responsabilidad de preservar y recuperar la salud, asegurando un nivel aceptable de bienestar.

A pesar de la experiencia acumulada y del tiempo transcurrido en consolidación, "algunos intentos de integración de la enseñanza y el servicio en América Latina son indicativos de una falta de claridad en el significado del proceso mismo y van desde la simple utilización de los espacios de la práctica, hacia verdaderos intentos de organización del proceso educativo alrededor de un eje constituido por un modelo de práctica en salud.

Muchas de estas experiencias fueron solamente respuestas a crisis institucionales originadas en los incrementos de matrícula estudiantil y la tendencia a la ampliación de los espacios de práctica no fué generada por demandas reales de la atención a la salud de la comunidad".

Por esta causa la integración tiene que superar los esquemas demostrativos artificiales y adaptarse a las necesidades de salud de un grupo de población. Este debe ser los suficientemente como para representar un segmento completo de un sistema de salud regionalizado con todos los niveles de atención.

A partir de los 60 y con la colaboración técnica de la OPS, han tenido lugar varios acontecimientos destinados a impulsar los procesos de integración docente-asistencial. En 1963 los Ministros de Salud de la Región, se reunieron en un seminario donde abordaron y discutieron los siguientes temas:

- Necesidad de la coordinación entre educación y servicio de salud.
- Sistemas existentes de interrelación.
- Mecanismo para una interrelación productiva.
- Plan de acción.

Una recomendación de esa reunión fué la de establecer "unidades interinstitucionales entre los ministerios de educación, las autoridades de las escuelas universitarias, los dirigentes de salud y profesiones organizadas para el estudio de las profesiones requeridas".

En 1966, se reúne en la sede de la OMS, un grupo de expertos que discute y analiza el uso de los servicios de la educación médica. En 1972, el Plan Docente de las Américas, hace ver la necesidad de "involucrar precozmente al estudiante en la producción de los servicios, y relacionar mas íntimamente los programas de enseñanza con los programas operacionales de los servicios".

La V conferencia panamericana de Educación Médica (Caracas, 1974), dedicada a la Educación Médica de hoy y la Atención Médica del mañana, incluyó entre sus temas fundamentales:

La educación de la Educación Médica, a las necesidades futuras de la Atención de Salud. Algunos de los documentos presentados en esa oportunidad, constituyen un buen material de referencia sobre justificaciones, mecanismos y modalidades de la relación docente-asistencial, así como los criterios y desventajas de su regionalización.

En 1975, se desarrolló en la sede de la OPS en Washintong, el IV taller de Educación de Ciencias de la Salud, cuyo tema central fué: La integración docente asistencial. En ese Taller, se discutieron y analizaron las bases conceptuales de la misma.

La primera reunión sobre principios básicos para el desarrollo de la educación médica en la América Latina y el Caribe, tuvo lugar en 1976 en Caracas. En esa reunión se "analizaron aspectos fundamentales para el desarrollo de los Recursos Humanos Médicos y se formularon recomendaciones sobre la formación del médico en relación con las políticas de salud, la práctica médica, el número de alumnos, así como la creación y el funcionamiento de instituciones formadoras de médicos".

Un año más tarde, en El Salvador, Bahía, el grupo de trabajo sobre requisitos Mínimos para la creación de Facultades de Medicina, llegó a considerar que ninguna escuela de medicina debiera ser autorizada funcionar "sin el establecimiento previo de mecanismos que le garanticen la incorporación de sus estudiantes y docentes en actividades de salud que cubran los tres niveles de atención".

En 1976, La Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina, realizada en la Habana, al abordar el tema de estudio-trabajo, ofreció una excelente contribución a la conceptualización del proceso de integración docente-asistencial. En 1978, se llevó a cabo en Caraballeda, Venezuela, un seminario sobre Educación y Atención en Salud, cuyo punto central fue la integración docente y servicio, el Seminario fué auspiciado por la Federación Mundial de Educación Médica (FMEM) y la OMS y organizado por la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades de Medicina (FEPAFEM) y la OPS. El propósito general del Seminario fué: "Establecer y diseminar efectivamente, hasta el nivel operativo, una motivación aceptable internacionalmente sobre la responsabilidad y el papel del componente educacional en la prestación efectiva del cuidado de salud".

En octubre de 1981, se aprobó la realización de un programa conjunto entre la OPS, FEPAFEM y la fundación W.K Kellogg al que se denominó análisis de la integración docente-asistencial. Este proyecto contempló:

- La identificación de programa y proyectos de integración docente-asistencial.
- La revisión de la bibliografía disponible.
- La ejecución de preseminarios en localidades cercanas a las sedes de los proyectos.

El proceso culminó con seminarios nacionales en los países, objeto del estudio: Brasil, 17 y 18 de Diciembre de 1982 (Sao Pablo); Colombia 10 y 11 de Mayo de 1983 (Cartagena), y México 14, 15 y 16 de Abril de 1982 (México D.F). El análisis contempló cuatro aspectos de la integración docente-asistencial; políticos, técnico-administrativos, legales y financieros.

En el campo de otras profesiones de la salud, se operaron cambios y se llevaron a cabo acontecimientos semejantes. La Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquía (Medellín, Colombia), entre 1962 y 1965, inició algunos cambios, siendo uno de los primeros, la Organización de los departamentos de Odontología Preventiva y Social; el primero en su género en América Latina.

A través de ese Departamento, se empezó a incursionar en actividades extramurales en el área rural. A partir de ese momento surgen en varias Facultades de Odontología de la Región, otras experiencias de programas integrados a las acciones de servicios. La profesión de enfermería ha sido otra fuente enriquecedora del proceso de integración docente-asistencial. Múltiples Seminarios y Talleres han tenido como objetivo central ese tema. Por su origen histórico es una profesión íntimamente ligada al servicio, tanto en su práctica como en su aprendizaje, lo que le ha permitido ofrecer ricas y variadas experiencias de integración docencia-servicios en los diferentes niveles de atención.

Toda esta labor surge en la Región como corolario de un análisis crítico, en un momento histórico, en el cual hay una toma de conciencia de la dependencia, científico-tecnológica, económica y cultural, al principio de Europa y luego de los Estados Unidos. Esto trae como consecuencia que, a nivel de los países y con la participación y apoyo técnico de la OPS, se produzcan cambios sustanciales en la forma de enfocar la práctica médica y se introduzcan reformas e innovaciones en los planes de estudio de las diferentes profesiones de la salud.

La cooperación que la OPS ha venido prestando a los países en función de la integración docente-asistencial, prácticamente se refiere a todos los campos o áreas problemáticas de recursos humanos y del Plan de Acción Regional y, especialmente, se dirige a definir políticas de desarrollo de Recursos Humanos basados precisamente en los componentes de la citada integración.

La colaboración que se ha prestado a los países, en relación con el desarrollo institucional y programático se ha hecho orientándolos para que busque una base epidemiológica y poblacional para la planificación curricular y estructural.

Es así, como se han conformado redes de proyectos de desarrollo de instituciones basadas en la integración docente-asistencial, entre ellas aquellas dedicadas a la educación en salud pública y en administración de salud.

Igualmente, los programas que la OPS ha llevado a cabo en relación con el de desarrollo educacional y tecnológico (la red de 23 Centros Nacionales) y de información científico-técnico (BIREME y la Red Latinoamericana) han servido para apoyar esos proyectos.

En los países de la Región, donde el proceso de integración es más definido, los programas en supervisión y educación continua, apoyados por la OPS, han sido más exitosos (Colombia, Cuba, Honduras, Nicaragua).

En la definición de criterios y prioridades para la investigación del personal de salud, muy claramente se señala a la integración docente-asistencial como el ámbito donde deben producirse éstas investigaciones; se han apoyado los estudios relativos a la fuerza de trabajo, el Recurso Humano dentro de la "Función de Producción" de los servicios, la sociología de las profesiones y del proceso educacional (desarrollo de perfiles, evaluación del desempeño, etc.) dentro del marco estructural de la integración.

La cooperación técnica en el campo de la utilización de personal, en una macrodimensión, les va a permitir a los programas de integración docente-asistencial, tener una visión más totalizadora, y real de los problemas de administración de personal que se dan a nivel del proceso (microdimensión) de interacción entre educación y servicio.

Los estudios sobre estructura ocupacional, políticas de empleo, carrera funcionaria, incentivos, etc. , serán extremadamente útiles en la administración del propio proceso.

Consideramos, por lo tanto, que los programas de integración docente-asistencial, están destinados a ser la estructura fundamental, donde se concretarán las acciones de cooperación técnica en el área de desarrollo de Recursos Humanos.

Igualmente, los principios básicos de la "misión de la OPS" señalados por la política actual de la Organización, tiene su expresión más clara en estos programas; la administración del conocimiento, la excelencia técnica y la movilización de recursos nacionales se hacen reales cuanto más estrechamente vinculados estén las instituciones formadoras, en especial la Universidad, con el servicio.

MECANISMOS DE INTERRELACION:

Uno o varios son los mecanismos que utilizan los países para la interrelación entre docencia y servicio:

Mecanismos de Caracter informal:

Basados en la tradición histórica de la utilización de determinados servicios para la docencia, como es el uso de ciertos hospitales del estado y que en ocasiones se amplía a otro tipo de servicios. Este era el mecanismo único utilizado antes de que aparecieran otros de tipo formal u operativo (Mecanismo todavía frecuente).

Mecanismo de Carácter Formal

Concretados en la emisión de decretos supremos, acuerdos ministeriales, declaración de principios, convenios con instituciones, hospitales, Municipales, etc. Este es el mecanismo más generalizado.

Mecanismos operacionales:

Una complementación de los anteriores, tales como las comisiones de integración docente-asistencial, comisiones de docencia hospitalaria, etc. Estas comisiones han logrado establecer, en la mayoría de los casos, una estrecha relación entre los departamentos de recursos humanos de los Ministerios y las Instituciones formadoras del personal. Este es un mecanismo bastante frecuente.

Mecanismos de la Decisión Política:

Pocas veces entra en funcionamiento este tipo de mecanismos.

El ámbito de integración docente-asistencial en los diferentes países va desde el primer nivel de atención al último, en acciones preventivas, promocionales curativas y de rehabilitación. Sin embargo, todavía predominan, aún en los programas mas integrados, las acciones curativas, con muy pocas acciones preventivas, promocionales y de rehabilitación. Por eso el tercer nivel de atención es también el más utilizado en el proceso.

AMPLITUD DE LA ACCION INTEGRAL:

La participación de los docentes en el servicio es todavía escasa, excepto en aquellos casos en que las Universidades tienen adscrito un Hospital Escuela, donde intervienen casi exclusivamente en acciones curativas.

Existen programas donde la participación de los profesores y de la Universidad en general, es de una gran amplitud, pero esto constituye la excepción de la regla.

La participación del personal de servicio en la docencia es más frecuente y, generalmente, se centra en actividades de supervisión y evaluación del estudiante. Su participación en la planificación y dirección de la docencia muy escasa, pero existen excelentes ejemplos, en algunos países, de éste tipo de participación.

Aquellos países que han logrado desarrollar el proceso de integración docente-asistencial han obtenido beneficios que han alcanzado al proceso educativo y al desarrollo de los servicios. En este sentido la integración ha permitido:

- La formación de profesionales con espíritu crítico y conocedores de su realidad de salud.
- La planificación de los planes de estudio de los diferentes profesiones de la salud, tomando como referencia la realidad nacional en general y de la patología predominante en lo particular.

- El desarrollo de metodología activa de enseñanza-aprendizaje y de auto-aprendizaje.
- El desarrollo de perfiles ocupacionales y de la estructura del desempeño que faciliten la supervisión y la evaluación.
- El desarrollo de la educación continua y de los programas de supervisión.
- El desarrollo de la investigación relevante y prioritaria.

Por último, la integración ha sido esencial en la formación del estudiante al ponerlo en contacto con la realidad local y general de su país y al incorporarlo al trabajo en el servicio, convirtiéndolo así de ente pasivo en ente productivo.

EXPERIENCIA EN NICARAGUA

En Nicaragua, las políticas adoptadas durante la Revolución Popular Sandinista, permitió el desarrollo de los recursos humanos mediante la aplicación de nuevas metodologías, las cuales fueron utilizadas esencialmente en la Facultad de Medicina, Odontología y Farmacia, siendo en Medicina y Odontología el estudio-trabajo, la metodología predominante, la cual es un método de transformación, integración y dirección curricular consistente en organizar situaciones de aprendizaje directamente vinculadas al trabajo de la presentación de servicios en el sistema de salud. En Farmacia, la metodología utilizada fueron, práctica de producción.

Para septiembre de 1988, se firmó el convenio entre el MINSA y la UNAN-LEON, para impulsar la I.D.A en la facultades arriba mencionadas. Donde se constituyó una comisión regional MINSA-UNAN que garantizaría el cumplimiento de dicho convenio.

En 1989, se realizó un taller nacional sobre el estudio-trabajo en atención primaria en salud, impulsada por la Facultad Médica de León y Managua, en sus partes medulares dice lo siguiente:

El estudio-trabajo no es contradictorio con el abordaje clínico. Esta aclaración se hace necesario en nuestro medio, porque en la práctica se ha contrapuesto de manera antagónica, la docencia a nivel clínico con el nivel preventivo.

Patentizamos que el estudio-trabajo es un método docente general, en la Facultad de Medicina, éste se ha aplicado siempre, pero limitada su aplicación al nivel clínico abordando el problema de la patología. Esto ha sido el abordaje tradicional de formación Médica orientada hacia una práctica profesional hegemónica ya escrita.

Es importante remarcar que desde 1981, en documentos reproducidos por la Facultad de Medicina se especificaba categóricamente que el estudio-trabajo no se propone desplazar el trabajo formativo que actualmente desarrollan en las salas los bloques de Medicina, cirugía, gineco-obstetricia y pediatría, ni el internado rotatorio, sino que por el contrario, propone un marco más amplio que permitirá enriquecer y redimensionar el trabajo formativo que se viene ejecutando en el ámbito hospitalario.

Estudio-Trabajo y su Orientación hacia la A.P.S.

Con lo dicho antes, se manifiesta que el Estudio-Trabajo no es de reciente aplicación en la Educación en Nicaragua. Lo que sí fué innovativo después del triunfo del 79, fué su orientación hacia la comunidad con un abordaje integral, al retomar los planteamientos que la OMS definió en Alma Ata en 1978, en que para garantizar "Salud para Todo", era necesario orientar los principales esfuerzos en torno a la Atención Primaria de Salud (APS), lo que a su vez fué base de organización del SNUS. Esta aclaración última es necesaria, por que antes del 79 ya habían habido experiencias comunitarias, las que de hecho fueron base para la actividad desarrollada luego del 79 y de las que se abordarán en el acápite correspondiente a antecedentes.

En 1984 el sistema educativo, dispuso llamar "Prácticas de Producción" a aquellas orientadas al perfil profesional, adoptando la Facultad de Medicina en lo formal, esto; pero en la práctica se continuó llamándola como Estudio-Trabajo.

Toda esta situación ha provocado problemas en la interpretación, objetivos y cumplimientos de esta actividad. Se confundió el uso del Método General (estudio-trabajo) con los programas (prácticas de producción) así con el nombre y el contenido de las llamadas

Prácticas Productivas, estas últimas, aunque de gran contenido educativo, nunca podían ser sustituidas de las actividades que el educando tenía que realizar como parte de su curriculum profesional.

A esta confusión, se sumaron nuevas y más complicadas tareas en el ámbito comunitario que debían ejecutarse, la carga ideológica que la ejecución de las actividades demandaba, la falta de experiencias y escasez de Recursos Humanos y materiales existentes. No hay que perder de vista que toda actividad con una orientación innovativa siempre trae resistencias al cambio de los sectores tradicionales; más si dicha innovación implica cambios estructurales de fondo, lo cual sucedió y sigue sucediendo.

Al inicio se hizo mención de los niveles de complejidad de los 4 momentos. Estos cuatro momentos separados para efectos didácticos servían para organizar los factores que caracterizaban a las diferentes clases y grupos humanos.

Estos mismos momentos fueron la base para la planificación de las actividades de los programas a ejecutarse, " lo cual conllevaba en la práctica a una dicotomía artificial de estos elementos que en la realidad sucedían como una unidad...", provocando un choque entre lo pensado o aprendido teóricamente con lo hecho y visto prácticamente, provocando una disminución en la riqueza de la experiencia de los estudiantes y los tutores.

El estudiante incorporado en las prácticas de Producción no es Fuerza de Trabajo.

El incorporar a un sector individuos en una realidad genera expectativas, las que en el caso de las actividades de Prácticas de Producción, se convirtieron para los servicios, en espera que los estudiantes debían producir servicio como fuerza de trabajo. Es importante resaltar que el objetivo fundamental del Estudio-Trabajo en general y las Prácticas de Producción en particular, es "FORMAR" al futuro profesional, lo que contradice el hecho de que en ese proceso de formación se pueda dar servicio como tal, el cual dependerá su calidad del nivel de desarrollo de esta formación, tanto durante como después de ésta.

Antecedentes de las Prácticas de Producción.

En los años sesenta, bajo influencia del informe Flexner, se modificó la vieja estructura napoleónica (Producto de Influencia Europea) apareciendo los departamentos docentes, individualización y desarrollo de ciencias básicas y la enseñanza orientada al ámbito hospitalario.

En 1968, se incluyeron las asignaturas de Medicina Preventiva con la estipulación de la realización del Servicio Social, además la corriente iniciada en Centro América para cambiar el Curriculum médico, llevó al establecimiento en 1972 de un nuevo plan de estudios conformado por unidades integradas alrededor de Centros de Interés y basado en el paradigma de Leavell y Clark.

La planificación idealista y apresurada de este curriculum, llevó a desvirtuar su filosofía, pero contribuye a poner en contacto al estudiante con la comunidad mediante el Programa de Medicina Integral, teniendo este período como características:

- Poca participación de la comunidad.
- Creación de dispensarios por parte de la Facultad.
- Limitaciones de trabajo por condiciones generales del país (actividades eran consideradas subversivas).
- Su abordaje conceptual se limitaba a la corriente ecologicista multicausal que conlleva a la explicación de los problemas de salud, no determinados en última instancia por la formación socio-económica de la sociedad, sino que por fenómenos biológicos y/o ecológicos.

Las condiciones socio-políticas hacían que estas actividades comunitarias se realizarán aisladas de la planificación de las políticas de salud de las 21 instituciones que el Estado tenía asignadas para dicho fin, esto conllevaba una reorientación de la forma de abordaje de los problemas de salud y no de fondo.

A partir del triunfo del pueblo en 1979, el grupo de planeamiento de la Educación Superior de Ciencias Médicas en 1980, recomendó establecer el Estudio-Trabajo para situar al alumno en contacto inmediato con la realidad; en la cual tendrá que actuar desde el

primer año de la carrera, permitiéndose una valoración de ambas actividades en sus futuras funciones y activándole para una participación activa en la solución de los problemas de la comunidad.

Es así que la Facultad de Medicina retomó la experiencia, entre otras, de la reconceptualización de la enseñanza, de la Facultad de Ciencias Médicas de Honduras, que elaboró su anteproyecto de curriculum y Plan de estudio, planteando en su marco conceptual, el concepto de "Niveles de Concreción" derivado de la ecología moderna, teniendo como elemento fundamentalmente de partida, el conocimiento de la realidad socio-económica del país.

Por otro lado, las ricas experiencias de participación popular y de sectores universitarios involucrados en la insurrección final en tareas de salud, ayudó a organizar la participación de estudiantes en tareas de salud en nuevos ámbitos creados por la Revolución (como las Comunas Agrícolas Sandinistas, la Cruzada Nacional de Alfabetización, etc.). Todas estas fueron labores básicas que ayudaron en la organización de las prácticas de producción.

Logros

Se ha iniciado un proceso de evaluación y mayor comprensión de lo que la Educación Médica implica, sus condicionantes determinantes y mayor claridad de "QUE HACER" al respecto.

Se han desarrollado nuevos procedimientos docentes metodológicos que permiten mayor riqueza en el proceso enseñanza-aprendizaje en general.

Se han hecho esfuerzos en orientar la educación médica acordes con las políticas globales de formación de recursos y con el perfil epidemiológico de las mayorías.

La investigación como elementos fundamental de descripción y explicación de la realidad, ha sido impulsada de manera importante, permitiendo acentuar una nueva tendencia en la educación de carácter participativa, cuestionadora e integral.

Se han hecho esfuerzos por llevar a la práctica, la participación multisectorial, e interinstitucional, lo cual está acelerando la consolidación de programas coyunturales (Campaña en Defensa a la Vida del Niño) y a más largo plazo (dispensarización de pacientes crónicos, atención a los trabajadores, metodología de estudios de diagnósticos comunales y salud, etc).

Obstáculos.

- Falta de Recursos Humanos adecuadamente capacitados en aspectos técnicos y organizativos para la Atención Primaria en Salud.
- Limitación en la divulgación de lo realizado.
- Limitación en recursos materiales, fundamentalmente transporte, locales adecuados para realizar tutoría, bibliografía adecuada en las unidades operativas, guantes, pinzas, camas de examen, material desechable, jeringas, etc.

- Limitación en la incorporación de recursos especializados al nivel de APS, que por su especialidad sería pertinente su participación a este nivel. Algunos de los más importantes obstáculos para la incorporación han sido:

- La contradicción entre el abordaje clínico y preventivo.
- La demanda de servicios especializados a nivel secundario (la que se podría reducir si se elevara la calidad organizativa y la competencia técnica en el nivel primario).
- La falta de compenetración de algunos docentes, tanto del área clínica como de las áreas básicas, de los objetivos del perfil profesional del nuevo médico en Nicaragua.
- Falta de cumplimiento de acuerdos interinstitucionales e intersectoriales para garantizar el cumplimiento de las actividades de las prácticas de producción:

A nivel organizativo pueden señalarse dos aspectos importantes:

1.- La estructura de la Facultad no responde a la orientación de la formación de un médico integral desde el mismo momento en que existe una desintegración entre el área básica, clínica y preventiva, con niveles de coordinación y organización que obedecen más a la necesidad de dar respuesta a cada área que a la formación integral de los recursos médicos.

2.-Las unidades operativas (Centros y Puestos de Salud) donde se realizan actividades propias para la formación de Recursos Humanos

en Salud, están organizadas para la atención médica directa y no para las actividades docente-asistenciales.

Propuesta que han sido planteadas en base a la experiencia.

Esta actividad docente no es posible desarrollarla sin la integración y coordinación interinstitucional e intersectorial, por ello, fué que en 1987 se propuso dentro del marco del perfeccionamiento curricular lo siguiente:

El reto de formar a un médico con una visión integral del proceso Salud-Enfermedad, implica enfrentar muchas contradicciones a todos los niveles, las cuales hay que enseñar a manejar a los futuros profesionales y docentes desde una perspectiva dinámica y de desarrollo y no de antagonismo y estancamiento.

Esta visión hace que la preparación de los estudiantes y los docentes se realice abordando el proceso Salud-Enfermedad en toda su dimensión y no sólo es aspecto de la Patología por un lado, o del problema sociológico de la salud, por otro.

Esto implica tener que recibir una formación que integre el fenómeno Salud-enfermedad a nivel de lo biológico, lo ecológico, lo ideológico y lo económico-social en todos los años y ámbitos de formación, de manera que el estudiante y futuro profesional entienda la importancia de abordar a un paciente, a una familia y a una comunidad a nivel de atención primaria, diagnosticando, tratando, previniendo y promocionando.

Esto obliga a manejar técnicas y procedimientos del nivel secundario (clínico por excelencia) para elevar su calidad de servicio en el mismo nivel primario.

Esto lo aprenderá básicamente en el ámbito tradicional de formación (salas hospitalarias, aulas y laboratorios).

En este sentido el Estudio-Trabajo se convierte en eje de integración curricular con la orientación del proceso formativo intra y extramuro, no en contradicción, sino en complementación, con la adecuación de la teoría y la práctica que se imparte en cada uno de estos ámbitos con el objetivo común orientado a la obtención de un "médico general con perfil único capaz de ejercer funciones de atención médica integral (servicio, investigación, docencia, administración) con una alta capacidad de resolución de los problemas planteados por la demanda de servicios a nivel de los Centros de Salud, con un adecuado conocimiento de los principios, políticas y organización del SNUS y de la realidad política y económica de Nicaragua, con capacidad para administrar programas a nivel primario, y para apoyarse en el método científico para el conocimiento y solución de problemas de salud con una óptima utilización de los recursos disponibles.

Asimismo, debe de ser un profesional con capacidad para promover, fortalecer y desarrollar la participación de la población organizada en la gestión de salud"

Para 1992 ya se piensa en un modelo integrador (multidisciplinario y multiprofesional), pero la estructura que sigue funcionando está basada en pirámides estudiantiles de conocimientos del primer al tercer curso de medicina, en un sector determinado y con actividades definidas, cuyo responsable es un estudiante del tercer curso, quien a su vez tiene un responsable de sector.

Para el debido funcionamiento del Estudio-Trabajo, existen mecanismos de coordinación entre la UNAN, MDA y Movimiento Comunal.

DISEÑO METODOLOGICO

DISEÑO METODOLOGICO

El presente Estudio es una Investigación-Acción, participativa, pues las propuestas que se elaboraron ,fueron sometidas a discusión y análisis por parte del grupo Nominal conformado por los diferentes actores sociales involucrados en la ejecución del estudio, el cual finalmente dió sus puntos de vista a partir de la percepción que cada miembro tenía sobre el punto a discutir, llegando a un concenso en lo referente a los resultados. Esta investigación está orientada hacia la Integración Docencia Servicio de la Escuela de Farmacia en el M.D.A. en lo referente a la formulación del modelo de Integración Docente Asistencial, que posteriormente servirá como eje fundamental para la implementación del mismo.

Las unidades de análisis fueron:

- La Escuela de Farmacia
- Los servicios Farmacéuticos del Area de Salud.

El estudio constó de las siguientes etapas:

A) ELABORACION DE PROPUESTAS DE ESTUDIO TRABAJO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS QUIMICAS-ESCUELA DE FARMACIA, QUE CONTIENE LOS SIGUIENTES ASPECTOS:

- 1.- Programa de Estudio-Trabajo.
- 2.- Estructura Organizativa y funcional.

3.- Medidas que garanticen el funcionamiento de las Actividades de I.D.A

- Plan de Educación Permanente.
- Condiciones laborales.
- Costos de Recursos.

Esta etapa se llevó a cabo por medio de:

- a) Revisiones bibliográficas sobre las experiencias de I.D.A. en Nicaragua y otros países.
- b) Revisión Documental (Análisis de situación de la Escuela de Farmacia, Plan prospectivo de la Escuela).
- c) Entrevistas dirigidas a Docentes, estudiantes y personal farmacéutico de las unidades de salud del M.D.A de León y el Movimiento Comunal para determinar el grado de conocimiento que éstos manejan sobre I.D.A y sus disposición para el desarrollo del Estudio-Trabajo. (Ver Anexo No. 1-5)
- d) Entrevistas con informantes claves de la Facultad de Medicina y el MDA que coordinan el Estudio-Trabajo en relación a su experiencia en la implementación del Estudio- Trabajo, coordinación con la comunidad, organización de las actividades, evaluación, factores que han facilitado y limitado dicho Estudio-Trabajo, perspectivas futuras del Estudio-Trabajo. (Ver Anexo No. 6)

B) VALIDACION DE LAS PROPUESTAS.

La validación de las Propuestas se realizó a través de sesiones de trabajo con un grupo nominal, conformado por dos docentes de cada departamento de la Escuela de Farmacia, dos docentes de los Servicios Farmacéuticos de las Unidades de Salud, un representante del Decanato, un representante de A.T.D., un representante del Movimiento Estudiantil, un representante del M.D.A. y del Movimiento Comunal; cuya función fué brindar sus aportes en la validación de todo el modelo de I.D.A. mediante la técnica de lluvia de ideas.

Los criterios de selección de los integrantes del grupo nominal fueron:

- Experiencia en Metodología de la Investigación.
- Experiencia sobre el Estudio-Trabajo.
- Disposición para participar en el Estudio-Trabajo.
- Que han demostrado tener interés en la implementación del Estudio-Trabajo de la Escuela de Farmacia.
- Experiencia en el área de los Servicios Farmacéuticos e Industria Farmacéutica.
- Con capacidad de decisión (autoridades facultativas y jefes de departamentos).

La metodología que se utilizó para la validación del estudio, fué la técnica de lluvia de ideas donde se presentaron las propuestas y se recogieron los aportes y sugerencias de los participantes, habiendo solicitado la lectura del documento inicial con anterioridad.

Finalmente, estos aportes y sugerencias que el grupo nominal dió, se retomaron para fortalecer el documento inicial obtenido de esta manera el documento final del Estudio-Trabajo de la Facultad de Ciencias Químicas-Escuela de Farmacia.

R E S U L T A D O S

RESULTADOS DEL ESTUDIO SOBRE EL DISEÑO DEL MODELO DE
INTEGRACION DOCENTE ASISTENCIAL DE LA ESCUELA DE
FARMACIA - FACULTAD DE CIENCIAS QUIMICAS EN EL M.D.A.
DE LEON.

-Programa de Estudio-Trabajo

-Estructura organizativa

-Medidas que garanticen el funcionamiento de las actividades
de I.D.A.



Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
León, Nicaragua, C. A.

PROGRAMA DE ESTUDIO TRABAJO
DE LA ESCUELA DE FARMACIA-FACULTAD
DE CIENCIAS QUIMICAS 1993

AUTORES: * *LIC. MIRIAM DELGADO SANCHEZ*
** *LIC. CECILIA GARCIA LATINO*
TUTOR:*** *DR. ANGEL SANCHEZ VIESCA*

AUSPICIA: OPS/DMS ESCUELA DE FARMACIA
UNAN-LEON

ABRIL 1993

*...Químico.Farmacéutico.UNAN

**...Químico.Farmacéutico.UNAN

***.Médico.Cirujano
Maestro de Salud Pública
Profesor Titular I. CIES

CONTENIDO

I	INTRODUCCION	41
II	ANTECEDENTES Y JUSTIFICACION	43
III	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	46
IV	RESULTADOS ESPERADOS	48
V	PROGRAMA DE ESTUDIO TRABAJO	50
VI	PRIMERA FASE DE LAS PRACTICAS DE ESTUDIO TRABAJO	50
	-OBJETIVO	
	-ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO	
	-METODOLOGIA	
	-ACTIVIDADES	
	-LINEAS DE ACCION	
VII	SEGUNDA FASE	61
	-ORGANIZACION	
	-METODOLOGIA	
	-ACTIVIDADES	
VIII	MONITOREO Y EVALUACION	69

I N T R O D U C C I O N

I. INTRODUCCION.

Este documento es el resultado del estudio sobre el "Diseño del modelo de Integración Docente Asistencial" de la Facultad de Ciencias Químicas, Escuela de Farmacia, para el cual se hicieron varias propuestas sobre:

- Programa de Estudio Trabajo
- Estructura Organizativa.
- Medidas que garanticen el funcionamiento del programa de Estudio Trabajo (Plan de Educación Permanente, condiciones laborales, costos de los recursos.)

La propuesta inicial de este documento, fueron sometidas a discusión y análisis, en un taller, contando para ello con la participación de un grupo nominal, (Ver diseño Metodológico), cuyos miembros fueron previamente seleccionados, en el grupo nominal estuvieron representados las autoridades facultativas por el decano; los jefes de cada departamento docente; docentes de la Escuela, A.T.D., Movimiento Estudiantil y los servicios farmacéuticos.

Esta actividad fué muy dinámica, activa y participativa, en la cual los diferentes actores sociales involucrados aportaron sus ideas, sugerencias, observaciones y nuevas propuestas; las cuales se tomaron en cuenta en sesiones de trabajo con los jefes de

departamento, obteniéndose finalmente el documento del programa de estudio trabajo, validado por la Escuela de Farmacia y que se implementará a partir del año de 1993.

El documento presenta el programa de las actividades de Estudio Trabajo que llevarán a cabo en coordinación los docentes y estudiantes con las diferentes escuelas de la salud (medicina, odontología, enfermería y alimentos) con la participación activa de la comunidad bajo un enfoque multidisciplinario, multiprofesional utilizando la metodología problematizadora como eje del proceso enseñanza-aprendizaje.

Esta metodología de estudio trabajo servirá como eje facilitador para la Integración Docente Asistencial de la Escuela de Farmacia en el Municipio Docente Asistencial, la Industria Farmacéutica y la comunidad, tiene el propósito de elevar el estado de salud de la población, mejorar el desarrollo de los servicios de salud, la formación adecuada de los recursos humanos en salud y mejorar la participación social, de manera específica la participación de la comunidad. (Ver Anexo No.7)

II. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIONES

La Escuela de Farmacia ha realizado modificaciones en su plan de estudios acorde a la reorganización de los servicios en salud. Estas modificaciones se han hecho a través de la implementación de nuevas metodologías en el proceso de enseñanza-aprendizaje, con la finalidad de egresar profesionales que respondan al sector donde el profesional Farmacéutico va a brindar sus servicios (sector salud y la producción de medicamentos). una de estas metodologías ha sido, la realización de las prácticas de producción que se implementaron en el período 80-87, la cual consistía en la realización de 300 horas prácticas en los laboratorios de la Industria Farmacéutica y en las farmacias de los servicios de salud, estas prácticas se consideraron como requisitos de promoción académica. Por otra parte la Escuela de Medicina ha desarrollado una mejor experiencia en este ámbito, sus actividades son parte de un programa de estudio trabajo basado en los 4 principales problemas de salud que el Municipio Docente Asistencial tiene identificados. (Ver Anexo No.8)

Este programa va dirigido a identificar el territorio asignado, a establecer relación directa con los líderes y personal voluntario de la comunidad, a conocer el perfil higiénico sanitario y preparar

condiciones para profundizar en el diagnóstico de la comunidad, y finalmente apoyar el plan de lucha antimalárico para luego desarrollar el plan temático de cada uno de los problemas priorizados.

Por su parte el Municipio Docente Asistencial, en su plan de salud de 1991 y el plan trienal de 1992-1994 retoma la conceptualización de la integración docente asistencial para desarrollar las estrategias de impulsar la atención primaria a través de la educación permanente en salud, la integración docente asistencial y capacitación de la comunidad; así como la participación activa de los diferentes actores involucrados en el Modelo Docente Asistencial (MINSA-UNAN-MOVIMIENTO COMUNAL etc.). (Ver Anexo No.8), para esto se requiere de la asignación de docentes y estudiantes a los sectores priorizados durante el transcurso de su carrera.

La Facultad de Ciencias Químicas, Escuela de Farmacia, como parte integrante de los servicios del Municipio Docente Asistencial, ante la necesidad de promover el desarrollo de los servicios farmacéuticos y contribuir a elevar la calidad de atención y por ende el nivel de salud de la población, requiere para tal fin, adecuar la formación de los recursos humanos, para que estos puedan desarrollar su labor con mayor eficiencia y eficacia en la unidad de servicio, y no contando con una metodología adecuada para poder abordar los problemas de salud de una forma integral, retoma las experiencias que tienen otras facultades en I.D.A. (Medicina) así

como el proyecto de I.D.A. del M.D.A. fundamentados bajo un enfoque multidisciplinario y multiprofesional y con alta receptividad para trabajar integrados con todos los servicios de salud del municipio, la Industria Farmacéutica y la comunidad.

Por lo tanto esto se plantea como una estrategia para alcanzar sus propósitos de integración Docente Asistencial, la implementación de la metodología del estudio trabajo (como eje transformador del proceso enseñanza aprendizaje que se basa aprender-haciendo en una realidad concreta) y no existiendo el programa elaborado, se hizo necesario diseñar el modelo que fundamente y oriente las prácticas de estudio trabajo.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Facultad de Ciencias Químicas-Escuela de Farmacia, enfrenta debilidades en la formación de los recursos humanos, los cuales no están acordes a las necesidades que los diferentes sectores tienen; ya que por un lado el MINSA, para dar una mejor respuesta a esas necesidades ha experimentado una reorganización de los servicios de salud, (Ver anexo No.9), actualmente orienta sus esfuerzos al fortalecimiento de los SILAIS, el cual lleva implícito el desarrollo de los servicios y la capacitación de los recursos en salud, por otro lado la Industria Farmacéutica da apertura para que el farmacéutico se desarrolle en los diferentes ámbitos de la producción de los medicamentos. Por lo tanto la Escuela de Farmacia ante este problema continúa realizando cambios curriculares, que logren dar alguna respuesta a ambos sectores. Sin embargo todavía no cuenta en su plan de estudio con una metodología de Integración Docente Asistencial que logre vincular a docentes y estudiantes con la realidad social, ni tampoco tiene elaborado el diseño metodológico que fundamenta y orienta estas prácticas de enseñanza-aprendizaje; lo que es un factor fundamental que inciden en egresar profesionales con una débil preparación para enfrentar integralmente los problemas de salud de la comunidad, trabajar en equipo multidisciplinario y multiprofesional, trabajar con la comunidad y desarrollar habilidades y destrezas para el análisis y solución de los problemas.

Por las razones anteriormente citadas la Escuela de Farmacia está plenamente convencida de que implementando esta metodología de I.D.A. (Estudio trabajo) en su plan de estudio, podría dar respuesta a la problemática y para lograr este cambio al respecto se planteó desarrollar el diseño de I.D.A. de la Escuela de Farmacia en el M.D.A. y la comunidad.

IV. RESULTADOS QUE SE ESPERAN OBTENER CON LA IMPLEMENTACION DEL PROGRAMA A MEDIANO Y LARGO PLAZO.

- La integración de la Escuela de Farmacia con otras escuelas de la salud.
- La integración de la Escuela de Farmacia con la Industria Farmacéutica.
- Articulación de la Escuela de Farmacia con los servicios de salud.
- Estrecha vinculación de la Escuela de Farmacia con la Industria Farmacéutica.
- Cambios conductuales en docentes y Estudiantes para la solución de problemas comunitarios.
- Intercambio de experiencias Científico-Técnicas entre los sectores involucrados.
- Mayor capacidad de los docentes en la ejecución de tareas docentes-asistenciales y en desarrollo del proyecto.
- Incorporación temprana de los estudiantes en la práctica a través de su participación en programas y actividades en todos los niveles de atención de los servicios de salud y la Industria Farmacéutica.

- Mejor eficiencia y eficacia en la solución de los problemas de salud de la comunidad.
- Mayor capacidad para dar respuesta a los problemas que se presentan en la Industria Farmacéutica.
- Capacidad para trabajar con la comunidad.
- Adaptación para el trabajos en equipo multidisciplinario.
- Fortalecer a nivel de territorios y sectores la participación de la comunidad en acciones que van en beneficio de su propia salud, así como en beneficio de la formación de los futuros profesionales y técnicos de la salud.
- Competencia Científica-Técnica del profesional farmacéutico en el área de los servicios de salud y la Industria Farmacéutica.

V. PROGRAMA DE ESTUDIO TRABAJO

La Escuela desarrollará en dos fases las prácticas de Estudio Trabajo:

A: Directamente en la comunidad: Para los estudiantes del Primero al Tercer Curso.

B: En los centros y puestos de salud de la comunidad y laboratorios de la Industria Farmacéutica: Para los Estudiantes del IV y V Curso.

VI. PRIMERA FASE DE LAS PRACTICAS DE ESTUDIO TRABAJO.

OBJETIVO GENERAL:

Contribuir a elevar el estado de salud de la población mediante la integración de los docentes y estudiantes de la Escuela de Farmacia en equipos multidisciplinarios y multiprofesional a las unidades de servicios de salud y la comunidad que permita conocer sus problemas de salud y adquirir habilidades y destrezas para aportar soluciones a los mismos, tomando en cuenta la participación de la comunidad.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 1.- Realizar el diagnóstico de situación de salud en relación al conocimiento, actitudes y prácticas que tiene la comunidad sobre el uso de los medicamentos y/o medicina natural con la participación del líder o brigadista de la comunidad.

- 2.- Identificar los problemas prioritarios que la comunidad tiene en relación a los medicamentos y/o medicina natural con la participación del líder o brigadista de la comunidad.

- 3.- Elaborar el plan de intervención que de una respuesta integral a los problemas en el orden de la promoción de la salud, la prevención y tratamiento y rehabilitación de las enfermedades con la participación de los líderes o brigadistas de la comunidad.

- 4.- Ejecutar el plan de intervención en conjunto con la comunidad.

- 5.- Llevar a cabo el monitoreo y evaluación de las tareas ejecutadas a lo largo del estudio trabajo.

ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO DEL ESTUDIO TRABAJO

Para desarrollar el estudio-trabajo se formarán pirámides estudiantiles multidisciplinarias y multiprofesional (diferentes niveles y diferentes Facultades). A lo interno de nuestra Facultad las pirámides estarán integradas por grupos de estudiantes del I al III curso de la carrera de Farmacia.

El número de pirámides dependerá del número de estudiantes del III curso, quedando cada pirámide con un estudiantes del III curso (en el vértice de la pirámide), dos estudiantes del II curso y tres estudiantes del I curso en la base.

El estudiante del III curso será el responsable de la pirámide estudiantil.

Además del grupo de estudiantes, la pirámide contará con un tutor y un líder o brigadista de la comunidad.

A cada pirámide le corresponderá trabajar en un territorio geográficamente delimitado del municipio donde permanecerá 5 horas semanales por 3 años consecutivos de su carrera, contribuyendo a mejorar el estado de salud de la población.

Estas pirámides se integrarán a las otras pirámides multidisciplinarias y multiprofesional de las otras facultades (medicina, odontología, ciencias químicas, enfermería), las cuales se apoyarán técnicamente en el grupo de asesores formados por las diferentes facultades (grupo asesor), siendo uno de ellos el tutor coordinador de la pirámide.

METODOLOGIA PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DEL ESTUDIO TRABAJO

El realizar la práctica debe ser un acto participativo utilizando el método problematizador. Esta práctica parte de la información obtenida mediante el diagnóstico de salud de la comunidad, la que posteriormente debe ser analizada y discutida con la comunidad para la identificación de los problema priorizados distinguiendo los problemas subjetivos (sentidos como tales), de los objetivos determinantes de la situación. El docente orientador (tutor) debe ayudar al grupo a discriminar uno de otro.

Una vez identificado los problemas priorizados se avanza en la búsqueda de una de las fuentes de información para comprenderlos y profundizarlos (proceso de reflexión-acción) de manera que esto permita la elaboración de los planes de intervención sobre los principales problemas de salud a fin de modificarlos; las acciones de dicho plan se desarrollan de una manera escalonado de lo simple a lo complejo conforme el estudiante va adquiriendo conocimientos, habilidades y destrezas.

Las actividades a realizarse para llevar a cabo el plan de intervención, deben ser abordadas por el grupo de acuerdo al nivel de conocimiento que domine el alumno, según el curso al que pertenezca. Por ejemplo si se va a ejecutar una actividad educativa en la comunidad se reúnen todos para investigar, preparar el tema, metodología a utilizarse etc. y luego dividir tareas según complejidad y conocimientos adquiridos por el estudiante.

En el primer semestre se realizarán las actividades del diagnóstico y análisis e identificación de problemas adjuntando actividades de promoción y prevención.

En el segundo semestre se realizarán la elaboración del plan de intervención y además actividades de promoción y prevención y la ejecución del plan de intervención en el tercer semestre. Así como las actividades de promoción y prevención orientadas por el MINSA.

ACTIVIDADES:

En primer lugar se debe establecer mecanismos de coordinación estrecha con los líderes y personal voluntario de la comunidad para realizar diferentes actividades.

1. Diagnóstico de la comunidad (con el apoyo directo de los brigadistas o líderes comunitarios)
 - 1.1 Identificar el territorio asignado.
 - a. Area geográfica, descripción general del territorio.
 - Extensión territorial, límites.
 - Industria, fábrica, talleres.
 - Instituciones educativas, salud, religiosas, CDI, INE, INAA.
 - Establecimientos comerciales y farmacéuticos.
 - Viviendas.
 - Ocupación, etc.

1.2 Aspecto demográfico:

- Número de habitantes, familias.
- Jefes de familias (madre soltera, varón, mixto)
- Grupos etáreos.
- Habitantes por sexo.
- Indicadores demográficos.
- Escolaridad.
- Nivel socioeconómico.

1.3 Conocer el perfil higiénico-sanitario

a. Servicios con que cuenta

- Agua procedencia
- Energía
- Alcantarillado
- Recolección de basura

b. Depósitos de excretas

- Basuras
- Aguas servidas
- Charcas

1.4 Conocer el perfil epidemiológico

- Morbilidad general del sector, causas, tasas
- Mortalidad general del sector, causas, tasas
- Morbi-mortalidad por sexo, grupos etáreos priorizados.
- Enfermedades de notificación obligatoria (ENO)
- Enfermedades crónicas.
- Enfermedades inmunoprevenibles.

- 1.5 -Estado nutricional de la población
 - a. Tipo de alimentación básica familiar
 - b. Hábitos y costumbres alimenticias.
 - c. Tipo de alimentación infantil.
 - d. Enfermedades propias de la desnutrición.
- 1.6 Grado de conocimiento, actitudes y prácticas que tiene la comunidad sobre medicamentos.
 - a. Determinación del grado de conocimiento que tiene la comunidad sobre los medicamentos (conceptos que maneja la comunidad sobre los medicamentos esenciales, uso, existencias de medicamentos y factores culturales que inciden en el consumo etc.).
 - b. Determinar el grado de conocimientos que tiene la comunidad, sobre la medicina natural (cómo y cuándo las usa, etc.)
 - c. Identificación de las prácticas que tiene la comunidad, para tratar las enfermedades más frecuentes (proveedor de salud y otro que recomienda el medicamento o medicina natural, tipo de tratamiento, dosis y duración, etc.).
 - d. Establecer la relación existente entre el consumo de medicamentos y el perfil epidemiológico.

- e. Determinar el grado de accesibilidad que tiene la población a los medicamentos (disponibilidad de los medicamentos en la farmacia, ubicación, costo del medicamento, tipo de atención que brinda la farmacia, etc.)
- 1.7 Elaboración de una base de datos a partir de la información obtenida para su procesamiento y análisis en conjunto con los líderes o brigadistas comunitarios.
 2. Identificación de prioridades en conjunto con los líderes o brigadistas de la comunidad.
 - 2.1 Seleccionar y priorizar los cuatro principales problemas de la comunidad.
 - 2.2 Proceso de reflexión-acción (profundización científica de los problemas priorizados)
 3. Elaboración del plan de intervención con la participación activa del líder o brigadista comunitario (alternativas de solución al problema, análisis de la viabilidad orientadas hacia la educación y uso adecuado de los medicamentos: promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, etc.)
 4. Aplicación del plan de intervención, haciendo un abordaje integral de los problemas encontrados, con la participación activa de la comunidad.

5. Seguimiento y registro de todas las actividades desde el inicio del diagnóstico hasta la aplicación del plan y evaluación conforme a los cambios producidos en el estado de salud de la comunidad con la aplicación del plan e intervención y cambios en los aspectos conductuales y de conocimiento operados en los estudiantes y los tutores.

LINEAS DE ACCIONES

ACCIONES GENERALES COMO EQUIPO DE SALUD:

OBJETIVOS:

Ejecutar actividades de promoción y prevención en conjunto con el equipo de salud, para mejorar el estado de salud de la población.

ACCIONES:

- Campaña de prevención y promoción con el fin de disminuir las tasas de morbi-mortalidad ocasionadas por las diferentes enfermedades.
- Apoyar las diferentes acciones orientadas por el MINSA y Movimiento Comunal (abatizaciones, inmunizaciones, etc.).
- Apoyar las campañas educativas que contribuyan a mejorar el nivel de salud de la población.
- Contribuir a elevar los valores morales de los diferentes profesionales del área de la salud.

ACCIONES ESPECIFICAS:**OBJETIVO:**

Ejecutar actividades de promoción y prevención de la salud propias del quehacer farmacéutico orientado a promover el uso adecuado de los medicamentos en la población.

ACCIONES:

- Orientar sobre el uso y abuso de los medicamentos utilizados en el tratamiento de las enfermedades.
- Orientar sobre el uso de plantas medicinales en el tratamiento de las enfermedades.
- Orientar sobre los tipos de medicamentos específicos para cada una de las enfermedades más frecuentes.
- Orientar sobre el manejo y conservación de los medicamentos en el hogar.
- Orientar sobre el cumplimiento de los tratamientos.
- Orientar sobre las técnicas de preparación y administración de los medicamentos.
- Orientar sobre las técnicas de preparación y de administración de las plantas medicinales.
- Apoyar las acciones administrativas tendientes a garantizar los insumos médicos necesarios para atender las necesidades que existen en la comunidad (control del inventario, fecha de vencimiento, registro de consumo de los medicamentos, elaborar máximos y mínimos, número de recetas atendidas).

- Colaborar en acciones que contribuyan a mejorar la atención de los pacientes en el servicio farmacéutico.
- Educación a la población sobre la automedicación.
- Sensibilización al equipo de salud sobre la automedicación.
- Informar sobre los medicamentos esenciales a diferentes niveles.
- Promover el uso adecuado de medicamentos esenciales bajo nombres genéricos.
- Informar a la comunidad sobre los riesgos de la adquisición de medicamentos en ventas no autorizadas (canastas de mercado, pulpería, etc).
- Elaborar boletines informativos sobre el uso de los medicamentos.
- Apoyar la preparación de soluciones que se emplean en acciones preventivas de la salud bucal.
- Elaborar artículos que contribuyan a disminuir el uso excesivo de propaganda sobre los medicamentos y difundirlos en los diferentes medios de comunicación social accesible a la comunidad.
- Realizar supervisiones sobre el procedimiento para el manejo adecuado de los medicamentos.
- Contribuir a la organización adecuada de los medicamentos en las diferentes unidades de salud.

Esta líneas de acción se realizarán durante el desarrollo de las actividades y de acuerdo a las necesidades que van identificando los diferentes sectores sociales involucrados. (MINSA, UNAN, ALCALDIA, MOVIMIENTO COMUNAL ETC.)

VII SEGUNDA FASE DE LAS PRACTICAS DE ESTUDIO TRABAJO

Las prácticas de estudio trabajo en esta segunda fase, se han programado para ser desarrollada en los diferentes niveles del sector salud y del sector de la producción de medicamentos con el fin de fortalecer el nivel de conocimiento, la adquisición de habilidades y destrezas en las áreas específicas del desempeño del profesional farmacéutico, que le permita aportar soluciones adecuadas en una realidad concreta que contribuya a elevar el estado de salud de la población y mejorar la formación de los recursos humanos fortaleciendo así la Industria Farmacéutica y los servicios de salud. (Ver Anexos No.10-12).

OBJETIVO GENERAL:

Contribuir a elevar el estado de salud de la población mediante la integración de docentes y estudiantes de la Escuela de Farmacia a los diferentes servicios de salud, Industria Farmacéutica que permita conocer sus problemas y adquirir habilidades y destrezas para aportar soluciones a los mismos, tomando en cuenta la participación activa de la comunidad y de los recursos humanos involucrados.

ORGANIZACION:

Las actividades de esta segunda fase, serán desarrolladas en los servicios farmacéuticos de las unidades de salud por el cuarto curso, y en los laboratorios de producción de medicamentos por el quinto curso en grupos de cuatro-cinco estudiantes durante un año consecutivo con un tiempo de permanencia de 8 horas semanales.

El tutor de estos grupos será el responsable de producción o el servicio farmacéutico según sea el caso, el cual deberá estar en estrecha coordinación con el coordinador docentes del área (servicios farmacéuticos, producción), para la debida planificación y programación de las actividades a realizar.

METODOLOGIA:

La práctica parte de los conocimientos obtenidos en el transcurso de su carrera, identificando los problemas propios de la unidad de servicios farmacéuticos y aportando soluciones a los mismos utilizando el enfoque problematizador el cual se ha descrito con anterioridad en la primera fase.

OBJETIVOS Y ACTIVIDADES QUE SE REALIZARAN EN LOS SERVICIOS FARMACEUTICOS.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Consolidar los conocimientos Científicos-Técnicos de los estudiantes de la carrera de farmacia.
2. Desarrollar acciones de investigación que contribuyan a mejorar la organización y funcionamiento del servicio farmacéutico.
3. Contribuir a mejorar el servicios farmacéutico de la unidad de salud.
4. Desarrollar acciones de promoción y prevención sobre el uso correctos de los medicamentos esenciales y medicina tradicional.

ACTIVIDADES:

Las actividades se desarrollarán en torno a:

1. Investigación sobre el control de calidad asistencial del servicio farmacéutico de la unidad de salud.
 - a. Identificación de problemas que limitan la organización de y funcionamiento del servicio farmacéutico y afecta la atención al paciente.
 - b. Selección de los dos principales problemas.
 - c. Elaborar alternativas de solución.

2. Realización de funciones propias del servicio farmacéutico.
 - a. Participar en la selección de los medicamentos esenciales que conformarán el listado básico de la unidad de salud.
 - b. Participar en la programación de medicamentos o implementación de nuevos métodos de programación, tomando en cuenta los siguientes criterios:
 - b.1 Cobertura de la unidad en términos de población y distribución en grupos etáreos.
 - b.2 Listas básicas definidas en cada unidad.
 - b.3 Problemas de salud propias de la población a la cual brinda servicios la unidad.
 - b.4 Metas de producción y tipos de servicios.
 - b.5 Indicadores de consumo según normas y procedimientos, medios y quirúrgicos de diagnóstico y tratamiento.
 - b.6 Asignación presupuestaria para este rubro.
 - c. Participar en las adquisiciones de los insumos médicos necesarios para brindar servicios en la unidad.
 - d. Participar en el almacenamiento, control y conservación de los medicamentos en el servicio farmacéutico.
 - d.1 Control de inventarios.
 - d.2 Control de existencias.
 - d.3 Consumo de medicamentos.
 - d.4 Máximos y Mínimos.

- d.5 Caducidad del medicamento.
- d.6 Rotación de lotes.
- d.7 Mermas y deterioros.
- e. Participar y/o implementar un sistema racional de dispensación de medicamentos.
 - e.1 Recepción de la receta.
 - e.2 Revisión y verificación del cumplimiento de los requisitos de la receta, según sea de consulta externa u hospitalizado.
 - e.3 Interpretación científica de la receta.
 - e.4 Preparación del medicamento pre-envasado.
 - e.5 Etiquetado del medicamento.
 - e.6 Revisión y entrega del medicamento.
 - e.7 Información al paciente sobre la administración del medicamento.
- f. Implementar y/o mejorar el sistema de información de medicamentos.
- g. Participar en el seguimiento farmacoterapéutica de los pacientes.
- h. Orientar a los pacientes sobre el uso correcto de los medicamentos.
- i. Participar en los programas de formación farmacológica de auxiliares de enfermería, auxiliares de farmacia, brigadistas y otros promotores de salud.

- j. Asesorar en materia de medicamento a los demás miembros del equipo de salud.
3. Realizar actividades de investigación:
- a. Estudios de consumos de medicamentos.
 - b. Estudios de utilización de medicamentos.
 - c. Identificación de problemas de cumplimiento en los tratamientos (prescripción, dispensación, administración etc.)
 - d. Determinar el grado de respuestas que el servicio farmacéutico brinda a la comunidad.
 - e. Elaborar normas uniformes de tratamiento para las enfermedades más frecuentes del sector.
4. Realizar actividades de apoyo:
- a. Apoyar a las pirámides estudiantiles del estudio trabajo en la ejecución de acciones específicas de promoción y prevención de mayor complejidad y dirigidas a promover el uso adecuado de los medicamentos y/o plantas medicinales en la comunidad (elaboración de boletines, artículos científicos, ficheros de medicamentos etc.).
 - b. Participar apoyando las acciones orientadas por el MINSA y Movimiento Comunal que contribuya a mejorar el estado de salud de la población (abatización, inmunizaciones. etc).

- c. Impartir charlas educativas a las madres que asisten a la unidad de salud sobre el uso de medicamentos durante el embarazo y la lactancia.

OBJETIVOS ESPECIFICOS PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES EN LA INDUSTRIA FARMACEUTICA

- 1.- Consolidar el conocimiento Científico-Técnico de los estudiantes de la Carrera de Farmacia.
- 2.- Identificar el Sistema Gerencial empleado en Ministerios y/o e empresas de la Industria Farmacéutica.
- 3.- Aportar alternativas de solución a los problemas gerenciales identificados.
- 4.- Contribuir en la producción y aseguramiento de la calidad de los medicamentos en la Industria Farmacéutica.
- 5.- Contribuir a mejorar los niveles de inspección y supervisión e en la Industria Farmacéutica, distribuidoras, aduanas, etc, a fin de asegurar el cumplimiento de las buenas prácticas de Manufactura.

ACTIVIDADES

- 1.- Conocer la organización y funciones de cada una de las áreas de la Industria Farmacéutica y de los servicios a nivel central.
- 2.- Analizar líneas de producción de la Industria en función de la capacidad instalada.

- 3.- Analizar las diferentes formulaciones, flujo de proceso, técnicas y método analítico para evaluar la calidad, la documentación existente para cada proceso.
- 4.- Participar en las actividades productivas en relación a los aspectos administrativos Tecnológicos y de Control de Calidad.
- 5.- Establecer el grado de congruencia entre las políticas establecidas por las autoridades de salud con la operativización de los mismos.
- 6.- Contribuir al cumplimiento de las normas establecidas para garantizar la calidad sanitaria y eficiencia terapéutica de los medicamentos y a través de la implantación de los B.P.M.

**VIII. MONITOREO Y EVALUACION DE LAS
PRACTICAS DE ESTUDIO TRABAJO EN AMBAS FASES.**

En el estudio-trabajo el monitoreo se realizará mediante el seguimiento sistemático de todas las actividades a realizarse tomando en cuenta aspectos cualitativos y cuantitativos los cuales servirán de insumos para obtener la evaluación final.

**A. ASPECTOS A TOMAR EN CUENTA PARA REALIZAR EL MONITOREO Y LA
EVALUACION DEL PROGRAMA ACADEMICO.**

1.- Cantidad de trabajo producido-No. de actividades cumplidas, señaladas al programa y líneas de acción. (a medirse a través de informes) 10%.

2.- Calidad de trabajo producido-presentación y contenido de informes. Observación directa de la ejecución de las actividades-medios utilizados-metodología utilizada, dominio del tema habilidad demostrada en la ejecución de la actividad, se puede medir a través de listas de cotejo, control o comprobación (ver ejemplo en anexo No. 13-16) 25%.

3.-ASPECTOS CONDUCTUALES: 15%

- Asistencia y puntualidad.
- Observación de las normas institucionales.

- Capacidad para asumir responsabilidades.
- Espíritu de cooperación.
- Relaciones interpersonales con el grupo y la comunidad.
- Relaciones interpersonales con el personal del sector en
en donde esté asignado.

4.-OBSERVACION INDIRECTA 25%

A través de la revisión y análisis de los resultados (cambio de actitudes y hábitos en la población, cambio en el aspecto cognositivo del alumno).

5.-AUTOEVALUACION: 10%

Realizadas en grupo (se autoevalua el individuo, lo reafirma o no el grupo y concluye valorando cuali-cuantitativamente el autor).

6.- Percepción del brigadista de salud a través de la valoración cualitativa del grupo o pirámide. 10%

B. EVALUACION EN BASE A LOS CAMBIOS OBTENIDOS EN:

- 1.- El estado de salud de la población.
- 2.- El desarrollo de los servicios farmacéuticos.
- 3.- La educación permanentes de los recursos farmacéuticos.
- 4.- La participación comunitaria.

La evaluación se realizará a través del monitoreo de las pirámides por medio de la supervisión directa en el terreno.

Los sectores y territorios realizarán su evaluación cada mes así también el Consejo Municipal lo hará cada vez; por medio de Asambleas con la población, estudiantes, docentes y personal del MINSA.

VARIABLES A INCLUIR EN EL PROCESO DE EVALUACION

1.- Estado de salud de la población.

Morbilidad-tasas de morbilidad.

Mortalidad-tasas de mortalidad.

La evaluación se realizará mediante la evolución y comparación de las casa de mortalidad, de los principales problemas de salud de la población con otros municipios.

2.- Desarrollo de los servicios de salud.

- . Producción de servicios - No. de recetas despachadas.
- . Cobertura - Porcentaje de población atendida.
- . Vinculación con la comunidad. -No. de actividades realizadas con la comunidad (charlas educativas).
- . Organización y funcionamiento - Tiempo de espera del paciente para ser atendido referencia y contrareferencia
- . Cualificación de los recursos. - No. de profesionales y técnicos en servicio
 - No. de cursos o talleres recibidos
 - Año de experiencia de los recursos
- . Satisfacción de los usuarios. -Quejas o sugerencias del usuario.

Esta puede medirse a través de una encuesta dirigida a los usuarios que contemple entre otros aspectos la orientación que recibe de parte del farmacéutico el abastecimiento de la receta, el tiempo de espera para ser atendido y el trato recibido.

3) Educación permanente de los recursos.

- | | |
|--|---|
| . Cualificación del personal docente. | -No. de cursos
-Estudio de especialización.
-Nivel Académico |
| .Calidad del proceso docente. | -Competencia para guiar el trabajo con la comunidad.
-Relación entre el No. de alumnos/docente.
-Disponibilidad de recursos para Docencia-Servicio.
-Tipos de evaluación educativas. |
| .Orientación del plan de estudio hacia la comunidad. | -Tipo de Metodología. |
| .Grado de competencia adquirido por los estudiantes. | -No. de problemas resueltos por los estudiantes. |

4) Participación comunitaria.

.Participación de la comunidad en la planificación, ejecuciones y evaluación de las acciones en salud.

.Nivel de organización de la comunidad en función de sus intereses principales.

.Nivel educativo de la población en lo referente al uso racional de los medicamentos y/o medicina natural.

-No. de actividades en las que participó la comunidad.

-No. de líderes y brigadistas que participaron en el desarrollo de las acciones.

-No. de comités creados.

-Tipo de organización.

-Tipo de apoyo que brinda la comunidad a sus líderes (grado de convocatoria).

-Disminución de la incidencia de la automedicación.

-No. de charlas educativas recibidas sobre estos aspectos.

-Cambios en los hábitos higiénicos sanitarios.

FUENTE DE DATOS

- Datos demográficos del INEC (INSTITUTO NICARAGUENSE DE ESTADÍSTICAS Y CENSOS).
- Sistema Nacional de Estadísticas Vitales (SINEVI).
- Estadísticas de Morbilidad del MINSA
- Sitios Centinelas.
- Estadísticas de los Servicios de Salud.
- Estadísticas Académicas.
- Supervisión.
- Encuestas.
- Investigaciones.
- Asambleas con estudiantes.
- Asambleas Comunitarias.
- Entrevistas a Dirigentes.

ESTRUCTURA ORGANIZATIVA QUE SUSTENTE EL ESTUDIO TRABAJO

El funcionamiento de las actividades de estudio trabajo estará conformada por:

1. COMISION MUNICIPAL

- Director del Municipio Docente Asistencial.
- Responsables del Estudio Trabaja de las Facultades involucradas (Medicina, Odontología, Ciencias Químicas y Enfermería).
- Responsable del Movimiento Comunal.
- Responsable del Movimiento Estudiantil (UNEN).

FUNCIONES:

- Planificar las actividades generales de Estudio-Trabajo en todo el Municipio.
- Garantizar que las actividades (ejecución, monitoreo y evaluación) planificadas se realicen.
- Velar por el cumplimiento de la asignación y optimización de recursos (humanos,materiales y financieros), para la ejecución de los planes.
- Garantizar la capacitación al personal involucrado en el programa de estudio-trabajo.
- Evaluar periódicamente el programa de estudio-trabajo.

COMISION TERRITORIAL, INTEGRADA POR:

- Director del Centro de Salud del territorio.
- Responsable del estudio-trabajo de la UNAN.
- Delegado del Movimiento Comunal.
- Delegado del Movimiento Estudiantil.

FUNCIONES:

- Planificar las actividades orientadas por la comisión municipal.
- Coordinar las actividades con la comisión de sector.
- Controlar y Supervisar el cumplimiento de las actividades.
- Evaluar las actividades de estudio trabajo del territorio.

COMISION SECTORIAL INTEGRADA POR:

- Tutor Docente.MINSA-UNAN
- Representante Estudiantil. -Líder o Brigadista de Sector.

FUNCIONES:

Organización, Planificación, Ejecución, monitoreo y evaluaciones de los planes de intervención de cada sector.

COMISION ASESORA INTEGRADA POR:

- Tutores docentes MINSA-UNAN de cada una de las facultades involucradas en el estudio-trabajo.

FUNCIONES:

-Brindar apoyo y asesoría técnica para el abordaje integral de los problemas de salud de la comunidad.

Cada comisión elegirá un coordinador de la misma de manera democrática.

-Además en primera instancia se debe de formar una comisión central integrada por: Decanos de las diferentes facultades (Medicina, Odontología, Ciencias Químicas, Enfermería) y demás componentes del modelo del MDA (MINSA-UNAN-Movimiento Comunal-Alcaldía).

Esta comisión será responsable de:

-Mantener una fluida y adecuada coordinación y articulación con todas las instancias involucradas en el estudio-trabajo.

-Definir políticas y líneas de acción a desarrollar en el estudio-trabajo.

-Aprobar líneas de investigación y formas organizativas para participar en el estudio-trabajo.

-Participar activamente en las evaluaciones del programa estudio-trabajo.

MEDIDAS QUE GARANTICEN EL FUNCIONAMIENTO DE LAS ACTIVIDADES DE INTEGRACION DOCENTE ASISTENCIAL.

Uno de los obstáculos que más ha afectado el desarrollo del estudio-trabajo de las facultades que lo han implementado entre ellas la facultad de medicina, han sido la falta de recursos humanos adecuadamente capacitados en los aspecto Técnicos y Organizativos, poca o ninguna retribución económica al personal involucrado en dicho proceso, limitación de recursos materiales fundamentalmente transporte y locales adecuados para realizar tutorías, bibliografía adecuada y material en general. Por lo tanto, para poder implementar el estudio trabajo en la Escuela de Farmacia, es necesario tomar en cuenta estos obstáculos buscando soluciones en varias vías:

- 1) La capacitación de los recursos que participarán en la prácticas de estudio-trabajo-Plan de Educación Permanente.
- 2) La retribución económica y moral en forma de incentivo de los recurso docentes involucrados, para lo que se propone lo siguiente. Condiciones Laborales que garanticen el funcionamiento del Estudio-Trabajo.
- 3) Garantizar los recursos necesarios para el desarrollo de las actividades del Estudio-Trabajo.

1. PLAN DE EDUCACION PERMANENTE

OBJETIVO GENERAL:

Formular un plan de capacitación para los docentes de la Escuela de Farmacia y los servicios de salud e industria, en las áreas de Pedagogía, Metodología Educativa y Científico-Técnico propias del perfil farmacéutico, que venga a consolidar y actualizar los conocimientos del profesional farmacéutico para una mejor desempeño de su labor docente asistencial.

Este plan se realizará mediante el establecimiento de dos niveles de capacitación según la experiencia docente y el grado académico obtenido.

El primer nivel estará conformado por:

- Docentes en servicio social.
- Docente egresado con años de experiencia y sin maestría.
- Docente con grado académico de maestría obtenido antes de 1980.
- Farmacéuticos de los servicios de la salud.
- Farmacéuticos de la Industria Farmacéutica.

El segundo nivel estará conformado por:

- Docentes con grado académico de maestría y/o especialidad obtenido después de 1980.

Los aspectos que se tomarán en cuenta para la formación en el primer nivel serán los siguientes:

1. Modelo pedagógico, técnicas educativas e integración docente asistencial.
2. Aspectos generales de salud pública (proceso salud-enfermedad, condiciones higiénico-sanitario y epidemiología).
3. Sistema locales de salud.
4. Diagnóstico de la situación de salud .
5. Metodología de la Investigación .
6. Comunicación social.
7. Técnicas de Educación al paciente.
8. Gerencia y operación de los servicios farmacéuticos.
9. Farmacoterapia.
10. Aspectos Básicos de la Medicina Tradicional.
11. Medicamentos esenciales.
12. Técnicas Básicas de Computación.
13. Inglés.
14. Dos pasantías en estudio-trabajo.
15. Dos pasantías en Atención Primaria en Salud.
16. Dos maestrías en salud pública.

En el segundo nivel se abordarán los siguientes aspectos que puedan llevarse a cabo por cursos cortos o pasantías.

- a) Cursos concernientes al primer nivel que se desee participar para consolidar el conocimiento u obtenerlo.
- b) Inglés.

c) Cursos de actualización en salud pública y otras áreas afines que el CIES imparte anualmente.

d) Cursos de especialización en:

1. Administración de Farmacia de Hospital.
2. Farmacia Clínica.
3. Toxicología Clínica
4. Farmacoterapia.
5. Servicios de Información de Medicamentos.
6. Nutrición Parenteral.
7. Fármaco vigilancia.
8. Suministros de Medicamentos.

Además de lo señalado, faltan las propuestas de capacitación en las áreas de Tecnología Farmacéutica y Control de Calidad.

Para implementar las prácticas comunitarias se necesita que los docentes a cargo de ellas se capaciten en los 6 primeros cursos señalados anteriormente, ya que éstos le proporcionarán los fundamentos para desarrollarse en ellas, así como la pasantía en estudio-trabajo.

Para todos los cursos de especialización, los docentes deberán llenar los siguientes requisitos para optar por el curso.

-Eficiencia y disciplina en el desempeño de sus funciones.

-Disposición para el desarrollo profesional y del área en que esté asignado.

-Haber cursado los cursos básicos obligatorios del primer nivel.

Después de aprobar al menos los primeros 5 cursos de especialización, se le deberá acreditar como especialista de farmacia clínica, en su caso.

2.CONDICIONES LABORALES QUE GARANTICEN EL FUNCIONAMIENTO DEL ESTUDIO TRABAJO.

1. Acreditación docente del personal de los servicios de salud involucrados en las actividades docente-asistenciales.
2. Retribuir un incentivo económico adecuado en salario a los docentes involucrados en las actividades docente-asistencial.
3. Reconocimiento moral y material para el docente que se ha destacado en estas actividades durante el año.
4. Reconocer un incentivo salarial a los docentes que aprueben los cursos que lo acrediten como especialista .
5. Oportunidad de optar por beca nacional y en el exterior provisto de las condiciones necesarias para ello.
6. Actualizar el convenio MINSÁ Región II-UNAN-LEON suscrito el 30 de Septiembre de 1989 con vigencia para 3 años.

3. COSTOS DE RECURSOS

Para dar inicio a la implementación del Estudio-Trabajo, se necesita capacitar a los docentes que desarrollarán la tutoría, así como de facilitar los recursos materiales que se utilizarán durante el desarrollo de las actividades de Estudio-Trabajo; debido a esto se realizó una estimación del costo de los recursos tanto humanos como materiales, así como sus posibles fuentes de financiamiento. (Ver Anexo No. 17).

DESCRIPCION DE RESULTADOS:

Los resultados que se presentaron con anterioridad (Programa de Estudio-Trabajo, Estructura Organizativa y Medidas que garanticen en funcionamiento de las actividades del I.D.A), son el producto de dos talleres y sesiones de trabajo que se llevaron a cabo con el grupo Nominal seleccionado previamente, exceptuando los delegados por parte del Municipio Docente Asistencial y Movimiento Comunal que por razones justificadas no estuvieron presentes.

A todos los que formaban parte del grupo Nominal se les invitó con anticipación, así, también se les proporcionó una copia del documento que se iba a discutir.

El desarrollo del primer taller contó con la presencia de un total de 15 participantes: dos representantes de las autoridades facultativas, los tres jefes de departamentos docentes (Control de calidad, tecnología farmacéutica y servicios farmacéuticos), un representante de la Asociación de Trabajadores Docentes, siete docentes de los diferentes departamentos docentes, un delegado de los servicios farmacéuticos de la unidades de salud y un representante del Movimiento Estudiantil.

La discusión durante el taller fue muy activa y participativa, en ellas se analizaron las propuestas iniciales del estudio.

Las propuestas iniciales contenían lo siguiente:

a) Programa de Estudio-Trabajo: La primera fase contenía las actividades que realizarían los estudiantes del I-III curso y docentes en la comunidad, iniciando con un módulo introductorio en el I semestre con el propósito de aportar al estudiante los conocimientos necesarios sobre la metodología del Estudio-Trabajo, Comunicación Popular y conceptos generales de Salud Pública. A continuación se elaboraría el diagnóstico de la comunidad, luego, identificación y priorización de problemas y diseño de intervención para aportar posibles soluciones a los problemas.

La Segunda fase contenía las actividades que realizarían los estudiantes del IV y V curso en las unidades de salud, diseñadas en actividades docente asistenciales, administrativas e investigativas.

b) Estructura organizativa y funcional para el desarrollo del estudio trabajo. La organización se presentaba a través de comisiones: Central, territorial, sectorial y de asesoría y las funciones de cada una de las comisiones.

c) Medidas que garantizarían el funcionamiento del Estudio Trabajo, dichas medidas tomaban en cuenta la capacitación del docente su retribución económica moral, así como garantizar los recursos necesarios (humanos, materiales etc.) para la ejecución de las actividades del estudio.

Los resultados del taller fueron: aprobar la primera fase, eliminando el módulo introductorio, por considerarlo una "metodología tradicional"; adjuntar a esta primera fase líneas de acción, dirigidas a la Promoción y Prevención de la Salud.

En cuanto a la actividades de la segunda fase se aprobó su contenido no así en el orden en que se presentó (docencia asistencial administrativas e investigativas) y se recomendó abordar las actividades por nivel de complejidad en orden lógico y secuencial del quehacer en el servicio farmacéutico, además se recomendó que este grupo de estudiantes apoyaran a las pirámides en el desarrollo de acciones específicos de promoción y prevención de la salud, y se ampliará esta segunda fase, hacia las áreas de la producción de medicamentos.

-La evaluación no fué aceptada en un inicio en los aspectos de autoevaluación y la evaluación por el líder o brigadista de la salud, habiéndose recomendado evaluación cualitativa. Pero luego en el siguiente taller se retomó y se enriqueció.

Se presentó la estructura organizativa y funcional que garantizará el funcionamiento de las actividades de estudio trabajo, no hubieron aportes al respecto, solo la recomendación de adecuarse a la estructura que presentará el proyecto UNI (Kellog).(4)

(4) UNI (Kellog): "Una nueva iniciativa en Salud. Unión con la Comunidad". Fundación W.K.Kellog E.U. que tiene un convenio con la UNAN-León para apoyar el proyecto de Estudio-Trabajo a partir de 1993.

Sin embargo hubo consenso en aprobar la creación de la comisión asesora a nivel del equipo para asesorar las pirámides.

Las medidas se sometieron a discusión y análisis por parte del grupo nominal en donde todos los actores sociales presentes llegaron a un consenso sobre la necesidad de la capacitación de los recursos y su implementación en los seis primeros cursos propuestos para preparar las condiciones previo al desarrollo de las actividades del programa de estudio-trabajo.

El grupo tomó en consideración que la mayor parte de docentes de la Escuela no dominan a profundidad la metodología de estudio-trabajo ni la temática presentada, quedando el resto del plan de educación permanente para realizarse a lo largo del semestre según las necesidades de cada docente.

En cuanto a las condiciones laborales y morales que garanticen el funcionamiento del estudio-trabajo se discutió y analizó durante el desarrollo del taller llegando al consenso de que son medidas necesarias pero que no dependen directamente de la escuela de farmacia , pero hay grandes perspectivas de lograr su aplicación mediante la aprobación del proyecto UNI pues éste contempla estos aspectos. Dado que los recursos de la facultad, como es el laboratorio "Mauricio Díaz Muller" está en etapa de receso productivo y reorganización del mismo y recursos que generan los análisis del laboratorio de control de calidad, son para reposición de materiales y mantenimiento del mismo.

Después de haber retomado las observaciones y sugerencia del primer taller, se elaboró un nuevo documento cuyas modificaciones fueron: eliminación del módulo introductorio y ampliación de las actividades en la segunda fase, integrando el área de la producción de medicamentos y las líneas de acción generales para ser desarrolladas en equipo multiprofesional y líneas de acción específicas del quehacer farmacéutico en ambas fases; adecuación de la estructura organizativa.

Estas modificaciones se elaboraron en sesiones de trabajo en conjunto con las Autoridades Facultativas y los Jefes de Departamento Docentes. Se elaboró el documento final, el cual fué presentado en un segundo taller a petición de las autoridades, (dicho taller no estaba previsto), en donde se contó con la presencia de todos los docentes de la Escuela de Farmacia, un total de 21 participantes.

En esta actividad se llegó a un consenso en el que los participantes estuvieron de acuerdo con el documento final, que aparece en el presente estudio. (Ver página de resultados).

A N A L I S I S D E L O S
R E S U L T A D O S

ANALISIS DE LOS RESULTADOS

A través de los resultados obtenidos en los talleres se pudo observar lo siguiente:

1. La necesidad de la implementación del estudio-trabajo como eje transformador del proceso enseñanza-aprendizaje.
2. La necesidad de la transformación curricular a corto plazo del pensum de la carrera.
3. La necesidad de una capacitación básica para los docentes de la escuela, sobre todo en las áreas metodológicas y técnicas de comunicación.

El estudio en general tiene gran importancia, puesto que no resulta de los puntos de vista del investigador, sino del pensar y sentir de la base. Esto se logró a través del método del consenso utilizando la técnica del grupo nominal, éste se apropia de la investigación misma, lo discute y lo analiza, recomienda, sugiere y finalmente da su aprobación, sitíendose comprometido en ejecución.

Por otro lado es bueno señalar algunos factores que incidieron en el estudio tales como:

En el período de adaptación de la sugerencias y recomendaciones se comenzó a desarrollar el proyecto UNI, éste promueve la

implementación de la metodología de Estudio-Trabajo como eje "integrador" del proceso enseñanza aprendizaje en las escuelas de la salud, bajo un enfoque multidisciplinario y multiprofesional. Además como integrante de las Escuelas de la Salud, la Facultad de Ciencias Químicas tiene su parte en el desarrollo del mismo; sin embargo esta Facultad no cuenta con una sólida experiencia comunitaria, ni con un diseño programático que la guiara. El estudio del diseño del Modelo de Integración Docente Asistencial aporta todos los elementos necesarios que la Facultad necesita para poder desempeñarse dentro del proyecto UNI.

Es así como se logró integrar a sus docentes en dicho proyecto en comisiones que sentarían las bases de ejecución del Estudio Trabajo de las Escuelas de la Salud dentro del proyecto UNI.

Así mismo, el proyecto UNI facilitó la conclusión del Estudio del Modelo de Integración Docente Asistencial, puesto que elevó el interés de las Autoridades Facultativas en apoyar los talleres y la reproducción del material; así como la apropiación de este estudio, durante la ejecución de los talleres, por parte de los docentes que participan en el proyecto UNI, permite un mejor desenvolvimiento de los docentes en las coordinaciones y en el trabajo conjunto entre las Escuelas de la Salud, destacándose la Facultad de Ciencias Químicas como la que presenta una buena organización y comprensión de la metodología de estudio-trabajo.

Durante este período de implementación del proyecto UNI, se logró conocer mas a fondo las experiencias de las Escuelas de Medicina, Odontología y Enfermería, así como también se dió a conocer a estas Escuelas, el Programa de Estudio Trabajo de la Escuela de Farmacia contando con la aprobación de los presentes.

Es de notar que para la ejecución del proyecto UNI se elaboró un documento llamado: "El Quehacer del Estudiante" en él se habla de un Módulo Inicial Introdutorio que coincide con el que se presentó en el Programa de Estudio Trabajo de la Escuela de Farmacia y que no fué aprobado en el primer taller.

Asi mismo es importante señalar al Proyecto del Municipio Docente Asistencial⁽⁵⁾, como un factor facilitante para el desarrollo de este estudio, pues su enfoque multidisciplinario y multiprofesional influyó significativamente de manera positiva en lograr una buena aceptación de las otras Facultades (Medicina, Odontología, Polial), para para desarrollar el trabajo en equipo dentro del proyecto UNI, lo cual motivó en agilizar la culminación del mismo.

(5) El proyecto del Municipio Docente Asistencial, tiene como una de las estrategias a seguir el impulsar la A.P.S y para lograr ésta, se definió como una de sus líneas de trabajo la Integración Docente Asistencial.

4. A nivel del documento en estudio, las sugerencias fueron mas de forma que de fondo a excepción de la complementación de las actividades con las líneas de acción de promoción y prevención de la salud.

5. Además se llegó al acuerdo de integrar a las actividades de la segunda fase las áreas de Tecnología y Control de Calidad, para lo cual los respectivos jefes de departamento se comprometieron en colaborar en dar sus aportes en el área de su especialidad, constituyendo esto el factor que limitó la culminación del modelo integral en el tiempo establecido.

C O N C L U S I O N E S

CONCLUSIONES

1. Con la realización del estudio se logro diseñar el modelo de integracion docente asistencial de la Facultad de Ciencias Químicas-Escuela de Farmacia, el cual fué enriquecido y aprobado por el grupo nominal previamente seleccionado.
2. Dicho modelo consta de: Marco Teórico Metodológico, (Ver anexos 1,2,3), Programa de Estudio Trabajo y estructura organizativa que sustente las prácticas de IDA y las medidas tales como plan de capacitación y condiciones laborales de los docentes, así como los recursos necesarios para la realización de las actividades.
3. El modelo se implementará en 1993, con el desarrollo de estudio trabajo en equipos multidisciplinarios y multiprofesional, con la participación de Medicina, Odontología, Enfermería y Ciencias Químicas.
4. En el diseño del modelo de I.D.A influyó en gran medida el enfoque del modelo del M.D.A en el cual se desarrolla el proyecto UNI (Kellog) considerándose éste como un factor facilitante para el desarrollo de este estudio.

R E C O M E N D A C I O N E S

RECOMENDACIONES

1. Dar inicio a la mayor brevedad posible a la transformación curricular en el que se revise el contenido y fondo de tiempo de las asignaturas, tomando en cuenta la metodología de estudio trabajo.
2. Llevar a cabo la capacitación de los docentes en el receso académico que brinde los elementos Teóricos-Conceptuales y Metodológicos para desarrollar el Estudio-Trabajo con eficiencia.
3. Elevar la motivación de los docentes y responsables de los servicios farmacéuticos para el desempeño de actividades en el Estudio-Trabajo.
4. Garantizar los insumos necesarios para el desarrollo de las actividades del Estudio-Trabajo.
5. Realizar la Evaluación del Estudio Trabajo de la Escuela de Farmacia que se desarrollará bajo el ideario del proyecto UNI.

B I B L I O G R A F I A

BIBLIOGRAFIA

1. Casa Donneys, María Eugenia. Educación para la Salud: Aspectos Metodológicos. Educ. Med. Salud. 25.(2):194-201. (Abr.-Jun 1991).
2. Davini, María Cristina. Bases Metodológicas para la Educación Permanente del Personal de Salud. Washington, D.C OPS/OMS. 1989. Publicación No. 19 OPS/OMS 1989.
3. Haddad, Jorge; Roschke María Alicia; Davini María Cristina. eds. Proceso de Trabajo y Educación Permanente del Personal de Salud: reorientación y tendencias en América Latina. Educ. Med. Salud. 24.(2):151-152. Abr.-Junio 1990. 151-152.
4. Mejía de Rodas, Idalma; Q.J L.T.M; M.S. Capacitación Pedagógica de los Responsables de la Educación Permanente. Edu. Med. Salud. 23. (3): 283-295.
5. Municipio Docente Asistencial. Plan Trienal de Actividades Principales 1992-1994. León, Oficina de Planificación. 1992.
6. Nicaragua. Ministerio de Salud. Sistemas Locales de Atención Integral a la Salud: marco conceptual. Managua, (Serie SILAIS;1)

7. Nicaragua Ministerio de Salud, Estrategia de Abastecimiento en los Sistemas Locales de Atención Integral a la Salud. Serie SILAIS 7
8. Organización Panamericana de la Salud. Segundo Curso Regional de Administración de Farmacia Hospitalaria. Modulo Introductorio .San José .Costa Rica. OPS/OMS. 1989
9. Organización Panamericana de la Salud. Sistemas Locales de Salud: los Medicamentos Esenciales. Washington, D.C. OPS/OMS.1990 56p.
10. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Facultad de Ciencias Químicas. Análisis de Situación de la Facultad de Ciencias Químicas. León 1991. 20p.
11. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Facultad de Ciencias Químicas. Plan Prospectivo de la Facultad de Ciencias Químicas. Escuela de Farmacia. 1986-1990. León. 1986.
12. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Facultad de Medicina. Proyecto Municipio Docente Asistencial. León 1990.16p.
13. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Facultad de Medicina. Taller Nacional Sobre Estudio Trabajo en Atención Primaria en Salud. Managua-León, 1989-1990. León, 1989.

14. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Una Nueva Iniciativa en la Educación de los Profesionales de la Salud: Unión con la Comunidad (UNI). Proyecto UNAN-León/Fundación W.K. Kellogg. León, 1993. 21 p.
15. Vaquero Puerta, José Luis. Salud Publica. 2da. ed. Madrid, España, Ediciones Pirámides, 1985.
16. Vidal, Carlos A.; Quiñonez Joaquín. Integración Docente Asistencial. Educ. Med. Salud. 20(1):1-25. 1986
17. Zaidi Lacohton Mussaret; Olivares Romero; Joaquín. Integración Docencia Servicio. México. Educ. Med. Salud. 20(1): 96-103. 1986.

GLOSARIO DE TERMINOS

A.I.M.	Atención Integral a la Mujer
A.P.S.	Atención Primaria en Salud
B.P.M	Buenas Prácticas de Manufactura
C.I.E.S	Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud
E.D.A.	Enfermedad Diarréica Aguda.
E.P.S.	Educación Permanente en Salud.
E.R.A.	Enfermedad Respiratoria Aguda.
I.D.A.	Integración Docente Asistencial.
M.D.A.	Municipio Docente Asistencial
MINSA	Ministerio de Salud.
O.N.G.	Organismos No Gubernamentales.
P.A.I.	Programa Ampliado de Inmunizaciones.
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
SILAIS	Sistemas Locales de Atención Integral a la Salud.
SNUS	Sistema Nacional Unico de Salud.
S.P.T.2000	Salud para Todos en el Año 2000.
U.D.A.	Unidad Docente Asistencial.
UROS	Unidades de Rehidratación Oral.

A N E X O S

ANEXO No.1

CUESTIONARIO DIRIGIDO A ESTUDIANTES DEL QUINTO CURSO Y
REPRESENTANTES ESTUDIANTILES DE LA ESCUELA DE FARMACIA

CURSO: _____ SEMESTRE: _____

1. Tiene Ud. conocimientos generales sobre el Plan de Estudios?

SI: _____ NO: _____

2. Cómo valora Ud. los conocimientos, habilidades y destrezas que el plan de estudios le proporciona ?

EXCELENTE: _____ BUENO: _____ MUY BUENO: _____ REGULAR: _____

3. Considera Ud. que el contenido del plan de estudio contempla:

Alto contenido teórico _____ Bajo contenido práctico _____

Igual contenido teórico-----Igual Contenido práctico _____

Bajo contenido teórico _____ Alto contenido Práctico _____

4. En qué lugares realiza Ud. sus practicas ?

Ambiente universitario _____

Ambiente del hospital _____

Farmacia de los servicios de salud _____

Farmacias privadas _____

En la comunidad _____

5.Cuál es la forma de realizar esas prácticas ?

6. La orientación que estas prácticas le proporcionan están acordes a las necesidades de su formación profesional en un grado:

Muy alto ___ Medio ___ Muy bajo ___ Alto ___ Bajo ___

7. Ha tenido Ud. problemas en el transcurso de sus prácticas en los lugares donde las realiza:?

SI_____ NO_____

Si su respuesta es positiva, señale cuales son esos problemas:

8. Las prácticas realizada le permiten a Ud. relacionarse con los problemas comunitarios ?

SI:___ NO:___

9. Cómo puede Ud. aportar soluciones ante los principales problemas de salud de la población ?

10. Sus prácticas las realiza en conjunto con estudiantes de otras carreras ?

SI:___ NO:_____

11. Si su respuesta anterior es afirmativa, que problemas ha encontrado ?

12. Si en la pregunta No. 10 su respuesta es negativa. Qué consideraciones haría al realizar prácticas en equipo con estudiantes de otras carreras?

ANEXO No.2

CUESTIONARIO DIRIGIDO A PROFESIONALES QUE LABORAN EN LAS AREAS DE
SERVICIOS FARMACEUTICOS DE LAS UNIDADES DE SALUD

DATOS GENERALES:

1. Ubicación:
2. Año de experiencia profesional:
3. Cargo que desempeña:

DATOS ESPECIFICOS:

4. Cuáles son las funciones que Ud. realiza en su unidad de trabajo?
5. Estas funciones obedecen al quehacer farmacéutico ?
SI: _____ NO: _____ PORQUE ?
6. Cómo considera Ud. su desempeño profesional ?
EXCELENTE: ___ BUENO: ___ MUY BUENO: ___ REGULAR: ___
7. Explique los posibles factores que inciden en este tipo de
desempeño profesional:
8. Realiza ud. algunas actividades que no corresponden a su
perfil?
SI: ___ NO: _____ PORQUE ?
9. Como puede el farmacéutico contribuir a solucionar los
principales problemas de salud de la comunidad ?
10. Asisten a su unidad de trabajo estudiantes de farmacia a
realizar prácticas ? . SI: _____ NO: _____

11. Si la respuesta anterior es afirmativa conteste.

 Cuál es su participación en la ejecución de las prácticas?

12. Cómo se llevan a cabo las prácticas ?

13. Dichas prácticas responden a las necesidades del desempeño profesional del farmacéutico ?

ANEXO No.3

CUESTIONARIO DIRIGIDOS A DOCENTES DE LA CARRERA DE FARMACIA

DATOS GENERALES:

1. Ubicación:
2. Años de experiencia profesional:

DATOS ESPECIFICOS:

3. Conoce Ud. los elementos que componen el plan de estudios vigentes de la Carrera de Farmacia ?

SI: _____ NO: _____

4. Qué consideraciones haría Ud. acerca del porcentaje de tiempo dedicado al contenido teórico y al porcentaje de tiempo dedicado al contenido práctico contemplado en el plan de estudios ?.
5. Considera Ud. que las prácticas contempladas en el plan de estudios tan acorde a la formación del profesional farmacéutico ?.
6. Que opina acerca de las prácticas que Ud. planifica para ser realizada por los estudiantes en la unidades de servicio de salud ?
ADECUADAS: _____ MEDIANAMENTE ADECUADAS: _____ INADECUADAS: _____
7. Cuáles son los objetivos que persigue Ud. con la realización de las prácticas ?
8. Qué metodología utiliza para llevar a cabo las prácticas ?

9. Ha implementado Ud. alguna modalidad para la realización de las practicas ?

SI: _____ NO: _____ CUALES ?

10. Estas modalidades obedecen a:

Orientaciones de las autoridades facultativas: _____

Orientaciones del departamento docente: _____

Iniciativa propia: _____

11. Tiene algún conocimiento acerca de otras metodologías que pudieran implementar para llevar a cabo las prácticas, y que ayuden a la formación del profesional ?.

SI: _____ NO: _____ CUALES ?

12. Existe algún documento que refleje el diseño de las prácticas realizadas en las áreas de salud.

SI: _____ NO: _____

13. Responde este diseño a la metodología de integración docente asistencial: SI _____ NO _____

14. Si Ud. ha implementado alguna modalidad para realizar las prácticas toma en cuenta algunos elementos de la metodología de integración asistencial ?

SI: _____ NO: _____ CUALES ?

15. Si su respuesta anterior es afirmativa, en qué unidades de salud las ha implementado ?

16. Cuál es su opinión acerca de la integración docente asistencial ?
17. Podría tomarse en cuenta la integración docente asistencial en la transformación curricular prevista para el presente año ?
18. Cuáles son las funciones que debe realizar un farmacéutico en las áreas de salud ?

ANEXO No. 4

CUESTIONARIO DIRIGIDO AL MUNICIPIO DOCENTE ASISTENCIAL

M.D.A

1. Cuál es su opinión sobre la integración de la Escuela de Farmacia en el Municipio Docente-Asistencial?
2. Qué observaciones tiene usted sobre la participación actual que el Farmacéutico tiene en la solución de los problemas comunitarios?
3. Se modificaría la participación del farmacéutico si la Escuela de Farmacia implementa la integración docente-asistencial en el M.D.A?
4. Señale posibles beneficios que dicha integración podría tener en el estado de salud de la población?
5. Sugiera cómo podrían lograrse una verdadera integración docente-asistencial en la Escuela de Farmacia.
6. Cómo actores sociales relevantes de este Municipio, estaría dispuesto a brindar el apoyo necesario para tal fin?
SI: NO:
7. Cómo sería ese apoyo?

ANEXO No. 5

Entrevista no estructurada (diálogo) con docentes de la Escuela de Farmacia que no fueron entrevistados en la primera ronda.

Tema: **DISPOSICION PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES**

EN EL ESTUDIO-TRABAJO

1. Conocimiento sobre metodología Estudio-Trabajo.
2. Conocimiento sobre metodología problematizadora.
3. Interés por lograr un cambio en el proceso enseñanza-aprendizaje.
4. Bases metodológicas elementales para desarrollar este tipo de actividades.
5. Perspectivas para el desempeño de estas actividades.

ANEXO No.6

Entrevistas no estructuradas (diálogos) con responsables del estudio trabajo de Medicina y el M.D.A.

Tema: Experiencia en el Estudio Trabajo.

1. Organización del Estudio-Trabajo.
2. Programa del Estudio-Trabajo.
3. Evaluación.
4. Logros y obstáculos.
5. Perspectivas futuras para el trabajo en equipo multidisciplinario y multiprofesional.

ANEXO No.7.

PARTICIPACION COMUNITARIA :

La participación comunitaria está dada por la interacción de la población con los servicios de salud, contribuyendo al diagnóstico de la situación, búsqueda de soluciones y el control y evaluación de las acciones de salud.

La identificación de los problemas, su proyección y el análisis de las posibles soluciones, es un proceso participativo, conjuntamente con la comunidad, permite tener mayor probabilidad de éxito, ya que por una parte, aumentará la comprensión de la comunidad hacia sus necesidades y problemas de salud, así como la necesidad de resolverlos; y por la otra, los servicios podrán definir mejor su respuesta a la demanda de la población en cuanto a calidad, tipo y cobertura deseada, lo que a su vez permite definir en forma apropiada la imagen objetiva que en términos de nivel de salud se requiere alcanzar.

De igual manera, la participación comunitaria está vinculada a mecanismos de control social y evaluación de las acciones de salud en un proceso de responsabilidad definida, dirigida al mejoramiento de los sistemas locales.

La experiencias de la mayoría de los países de la región sobre participación comunitaria, han enfatizado la planificación y programación participativa, así como la evaluación y la investigación, pero ocurre así cuando se trata de la administración de servicios y/o de los recursos.

Esto, por múltiples razones, tienden a ser asociados con pérdida de poder, principalmente de los niveles centrales.

De hecho, la participación en los sistemas locales de atención integral a la salud, se define como el proceso de intervención de la población organizada en las deliberaciones sobre la atención a la salud, en la toma de decisiones que tienen que ver con la satisfacción de necesidades y en el control de los procesos, así como la asunción de responsabilidades y observación de obligaciones derivadas del desempeño de su facultad decisoria.

El proceso de participación se da a través de la organización de grupos representativos de la estructura social de la comunidad. Estos grupos incluyen las organizaciones de acción comunitaria, los medios de comunicación, la representación de las instituciones y los grupos formales y emergentes. Sin embargo, estos grupos pueden no necesariamente representar los intereses de la comunidad en su totalidad, sino de aquellos para los que se ha conformado el grupo. En estos casos, es conveniente que el sector salud motive, instrumente y vehiculice la estructuración del grupo representativo de la comunidad cuyos intereses están enfocados hacia el sector, los cuales deberán articularse con los anteriormente señalados para potencializar sus efectos.

También se hace necesario reconocer que la comunidad debe ser educada para mejorar su capacidad participativa en el campo de la salud.

Esta necesidad no debe constituir un factor limitante pues todos los participantes, aún el personal de salud, requiere mejorar su capacidad de análisis y decisión en un proceso integrado con la comunidad.

En el área de medicamentos y específicamente en los programas de suministros, la participación comunitaria toma relevancia en la planificación del proceso, durante la cual, la comunidad es alertada sobre las dificultades que hay que afrontar para garantizar disponibilidad y accesibilidad de la población, a medicamentos de calidad garantizada; al tiempo que se adquiere conocimientos sobre el papel del fármaco en los servicios de atención a l salud y en el estado de salud del individuo.

En este proceso, se destaca la participación de la población organizada en la distribución de medicamentos hacia los centros de salud, sobre todo en áreas rurales de geografía accidentada sin vías de comunicación para vehículos o hacia centros de salud muy distantes, esto no excluye la participación potencial de los grupos comunitarios en la distribución, cuando ésta se realiza en otras áreas geográficas.

Tal como se expuso anteriormente la participación de la comunidad en el proceso de organización de los sistemas locales de salud, se viene realizando con muchas reservas, sobre todo cuando se refiere a la administración de los servicios.

Sin embargo, el área de medicamentos, puede constituir el primer paso hacia la integración de la comunidad en actividades de gestión administrativa conjuntamente con el personal de salud, también está relacionada con la demanda de fármacos y productos medicamentosos. Esta demanda puede ser realizada en forma directa por el usuario, o a través de los servicios de atención a la salud.

El primer paso está referido a la automedicación, acción mediante la cual se participa de hecho en acciones inherentes a la salud del individuo y del grupo social al cual pertenece. Ello está directamente relacionado con el cuidado del individuo hacia su estado de salud y la responsabilidad que asume el automedicarse. La automedicación ha sido asociada al deseo de la población de realizar un control individual sobre las decisiones que afectan a la salud personal, el estímulo de la óptima utilización de los recursos médicos y al requerimiento único y específico del país. Con ésto, no se quiere pretender que todos los medicamentos puedan ser controlados y vendidos con receta médica.

El consumo de fármacos sin receta ha sido asociado con los costos de días laborales del paciente-trabajador, los de la empresa, la visita médica, etc. cuyo análisis pudiera indicar que lo procedente es educar al individuo y la comunidad, a una elección racional y adecuada de medicamentos para tratar males menores, e identificar oportunamente la necesidad de demandar servicios médicos.

De relevancia en este campo son los hábitos en el uso de productos naturales con fines terapéuticos.

El análisis de estas costumbres en acción compartida entre el personal de salud y la comunidad; . facilita la comprensión de los factores que inciden en el individuo hacia el uso de esos productos. Así mismo, permite al personal de salud, estudiar y reconocer los posibles beneficios terapéuticos de los productos, e identificar las acciones que deben dirigirse a la comunidad para optimizar su utilización.

La demanda de medicamentos a través de los servicios de salud, está referida a las solicitudes orientadas por médicos mediante las recetas y/o indicación médica del hospitalizado. El papel que le corresponde al farmacéutico en este campo está dirigido fundamentalmente a la educación del paciente y su familia (esta última cuando el caso lo amerite), en el uso adecuado del o (los) medicamento(s) prescrito(s).

Estas acciones permiten mejorar el nivel educativo de la comunidad sobre medicamentos y en consecuencia modificar su conducta al respecto.

Se destaca en este caso las acciones dirigidas a grupos de población de alto riesgo y enfermos crónicos, quienes requieren especial atención no sólo en los medicamentos que su condición patológica exige, sino también en la demanda que ellos puedan hacer de fármacos sin receta para el alivio de afecciones temporales.



Estas afecciones de índole educativa hacia el individuo y grupos especiales, mejora notoriamente el nivel de conocimientos de la comunidad sobre los medicamentos, favoreciendo su capacidad de participación en los programas y servicios relacionados con ellos. En la solicitud de fármacos a través de servicios de atención, también es de significación considerar, que a través de las farmacias comunitarias, debido a la venta de medicamentos, puede identificarse la demanda que la comunidad hace de atenciones a la salud por parte de brujos, curanderos, etc.. En tal sentido, le corresponde al profesional farmacéutico, desarrollar acciones dirigidas a encauzar la demanda de atención hacia los servicios de salud, constituyendo éste uno de los aspectos que el personal de salud, debe analizar conjuntamente con participación de la comunidad.

El papel de farmacéutico en este sistema de referencia, está asociado al mejoramiento de la atención a la salud del paciente y a la disminución de sus costos. Entre los factores que promueven este rol, se mencionan: la interacción con otros profesionales de la salud, por parte del paciente, el contacto con la comunidad y la gratitud de sus referencias. Sin embargo, también existen factores restrictivos representados por el desconocimiento de la comunidad, de la potencialidad del farmacéutico para encauzar la adecuada utilización de los servicios de salud, la actitud poco profesional de algunos farmacéuticos, la poca habilidad para comunicarse, y los factores remunerativos y de responsabilidad.

ANEXO No. 8

MUNICIPIO DOCENTE ASISTENCIAL: (M.D.A)

El SILAIS de León está formado por 10 municipios, siendo uno de ellos el Municipio Docente Asistencial (M.D.A) de León.

El M.D.A está conceptualizado de la siguiente manera:

Es un modelo de atención en salud y formación de Recursos Humanos en un área geográfica con una población determinada y con participación activa de la comunidad, que involucra aspectos de docencia y asistencia en un proceso dinámico (I.D.A.), los cuales inciden directamente en el nivel de salud de la población.

Este modelo abarca los siguientes componentes:

- a) Atención Médica: Atención integral a la madre y al niño. atención integral al trabajador, atención de pacientes dispensarizados, zoonosis, control y erradicación de la malaria, control de enfermedades infectocontagiosas, salud oral, atención a discapacitados y lisiados de guerra, higiene del medio, atención integral al adulto.
- b) Gerencia en Salud Pública: Planificación y fijación de objetivos, organización del trabajo, control dotación de recursos, dirección y supervisión del trabajo, participación de la comunidad.
- c) Docencia: A nivel de: Educación continua al personal de salud, educación popular, técnicos medios, pregrado y postgrado.

d) Investigación: En áreas materno infantil, epidemiología, administración en salud, diagnóstico de comunidad, higiene del medio, docencia, salud ocupacional, educación popular, participación comunitaria.

COOPERACION EXTERNA:

Componente fundamental para el desarrollo del modelo pudiendo ser a través de organismos gubernamentales o de ONG.

Con perspectivas de ser un modelo alternativo para países subdesarrollados como el nuestro y desarrollar la estrategia de APS y alcanzar SPT/2000.

ACTORES SOCIALES INVOLUCRADOS

MINSA:

Institución prestadora de servicios de salud del Municipio que hará uso de su red de servicios (APS y Hospitales) de acuerdo al grado de desarrollo alcanzado.

UNAN:

Institución formadora de Técnicos del Polisal y Profesionales de Ciencias de la Salud (Médicos, Farmacéuticos y Odontólogos).

CIES:

Institución formadora de recursos de pre y post-grado (Salud ambiental, salud pública y epidemiología).

MOVIMIENTO COMUNAL:

Como objeto y sujeto de la transformación de sus principales problemas de salud mediante la ejecución y participación de la comunidad dirigido a los brigadistas, parteras y colaboradores voluntarios, previamente capacitados.

MUNICIPALIDAD:

Organo del poder local que aglutina a las diferentes instituciones para garantizar el abordaje integral de los principales problemas de salud con el apoyo intersectorial.

ESPACIO-POBLACION PARA EL DESARROLLO DEL MODELO

El Municipio de León cuenta con 35 unidades de salud, de las cuales 17 son urbanas y 10 rurales distribuidas en 3 territorios.

De acuerdo a la clasificación tenemos:

- Tres centros de salud (C/S) "A" con atención de especialistas (Mántica Berio con Gineco Obstetricia. Perla María Norori con Pediatría y Sutiava atendida por médicos generales), distribuidas en los territorios 4.5 y 6 los cuales constan de las siguientes unidades de salud.

Territorio 4: Centro de Salud Mántica Berio

Puesto de Salud	Oscar Pérez
Puesto de Salud	San Jerónimo
Puesto Médico	Primero de Mayo
Puesto Médico	William Rodríguez

Puesto Médico	Benjamín Zeledón
Puesto Médico	Denis Tenorio
Puesto Médico	Lechecuagos
Puesto Médico	Tololar
Puesto Médico	William Fonseca

Territorio 5: Centro de Salud Sutiaba

Puesto de Salud	Providencia
Puesto de Salud	Reynaldo Hernández
Puesto de Salud	Abangasca Sur
Puesto de Salud	Las Peñitas
Puesto de Salud	Poneloya
Puesto de Salud	Los Barsones
Puesto de Salud	Che Guevara
Puesto de Salud	Nicolás López Roque
Puesto de Salud	San Carlos
Puesto de Salud	San Silvestre

Territorio 6: Centro de Salud Perla María Norori

Puesto de Salud	Rigoberto López Pérez
Puesto Médico	El Recreo
Puesto Médico	Villa 23 de Julio
Puesto Médico	Fundeci
Puesto Médico	El Calvarito
Puesto Médico	La Arrocería

Puesto Médico	La Ceiba
Puesto Médico	Chacara seca
Puesto Médico	La Leona
Puesto Médico	Salinas Grandes
Puesto Médico	Miramar

De todas estas unidades de salud se tienen:

- 14 Puestos Médicos (T/M). Atendidos por Médicos Generales o Servicios Sociales.
- 10 Puestos de Salud (P/S). "A" atendidos por personal de enfermería y con visitas periódicas por los médicos. (Correspondientes éstos al área rural). 13 unidades funcionan como UDA (Unidad Docente Asistencial) para un 43 % del total de la red. Además cuenta con una clínica pediátrica de 30 camas (San Vicente de Paul), un Hospital Escuela (General) con 331 camas (HEODRA) y un Hospital Crónico (Anti-Tuberculoso) con 129 camas (Rosario Lacayo).
Los medios diagnósticos son:
 - Tres laboratorios ubicados uno en cada C/S, existiendo el mayor nivel de resolución en el Mántica y el de menor nivel en el C/S Félix Pedro Picado, de Sutiava.
 - Dos aparatos de Rayos X ubicados cada uno en el C/S Mántica y otro en el Perla María Norori.

- Tres farmacias para atender la población del territorio, teniendo mayores problemas de accesibilidad, Sutiaba por encontrarse a 5 cuadras, no así las otras que están junto al C/S Mántica Berio y Perla María Norori.

El MDA atiende una población de 172.010 habitantes en total.

Principales problemas de Salud Identificados por el MDA

A través de un análisis situacional, se logró identificar los problemas, usando como criterios aquellos que tenían altas tasas de morbi mortalidad, que afectan a gran parte de la población y que pedían ser abordadas por el MDA (Magnitud, trascendencia y vulnerabilidad) siendo éstos: malaria, EDA (Enfermedades Diarréicas Agudas), ERA (Enfermedades Respiratorias Agudas), inmunoprevenibles y AIM (Atención Integral a la Mujer).

En base a estos problema, se desarrollan los siguientes programas:

- Control de las Enfermedades Tropicales (malaria-dengue)
- Control de las E.D.A (U.R.O.S)
- Control de las E.R.A.S.
- Atención Integral a la Mujer (A.I.M).
- Programa Ampliado de Inmunizaciones (P.A.I).

Otros programas que dan atención a grupos priorizados (MADRE-NIÑO):

- Materno Infantil.
- Salud Bucal y salud mental.
- Dispensarizados.
- Enfermedades de transmisión sexual y SIDA.

El desarrollo del M.D.A ha presentado limitaciones en su funcionamiento en los aspectos tales como, una escasa organización de los servicios, deficiencia en la integralidad de atención, deficiente sistema de información, poco apoyo de recursos humanos de la UNAN y la falta de supervisión y evaluación multidisciplinaria.

Sin embargo, a pesar de estas limitaciones, el M.D.A para poder dar respuesta a los problemas de salud se plantea las siguientes políticas y estrategias:

POLITICAS.

- 1.- Enfoque preventivo.
- 2.- Desarrollo institucional.
- 3.- Fortalecimiento de la red de servicio.
- 4.- Coordinación intra e inter sectorial.
- 5.- Participación social.
- 6.- Financiamiento del M.D.A

ESTRATEGIAS

- 1.- Impulsar la atención primaria a través de tres grandes líneas.
 - a) Educación permanente en salud (EPS).
 - b) Integración docente asistencial (IDA).
 - c) Capacitación de la comunidad .
- 2.- Diseño del modelo de atención integral a las personas que faciliten la articulación de los programas priorizados con los otros servicios y se de un mejor aprovechamiento de los recursos.

3.- Municipalización de los servicios. Permitirá en este momento resolver los principales problemas de salud en el nivel primario.

4.- Participación Activa de los diferentes actores sociales en los componentes del Modelo.

- MINSA - UNAN
- Municipio-CIES.
- Modelo comunal.

5.- Asignación de estudiantes de manera permanente a los sectores priorizados. Para poder lograr un pacto de las acciones de salud ejecutados en cada uno de los recursos priorizados por los recursos en formación, se hace necesario que estos sean asignados de manera permanente durante toda su carrera y que estos participen en:

- Levantamiento de censo.
- Diagnóstico de comunidad.
- Establecimiento de principales problemas de personas y del medio.
- Definición de prioridades.
- Elaboración de planes de acción.
- Ejecución.
- Evaluación.

En resumen, las políticas y estrategias que el M.D.A se plantea para dar respuesta a los principales problemas de salud que existen en el municipio, requieren de la participación activa de todas las

Instituciones de salud involucrados, tomando como eje fundamental el enfoque multidisciplinario y multiprofesional para el abordaje de los mismos, inmersos en los servicios de salud del M.D.A tenemos los servicios farmacéuticos cuya labor constituye también el mejorar el estado de salud de la población. Por tanto, es necesario que estos servicios farmacéuticos se integren a trabajar bajo este enfoque en la realización de tareas docentes-asistenciales del M.D.A.

ANEXO No. 9

ORGANIZACION DE LA RED DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Se define como Sistema Nacional de Salud de Nicaragua, los mecanismos jurídicos, políticos y administrativos que articulan todas las personas naturales o jurídicas, públicas o privadas que desarrollan acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud de la población así como de aquellas que aseguran el mantenimiento y formación de los recursos humanos que garantizan los recursos materiales para las mismas.

El SILAIS es la unidad organizativa básica donde se concentra un conjunto de recursos y mecanismos políticos y administrativos, sectoriales e intersectoriales, bajo una conducción única y responsable del desarrollo de la salud de una población de definida, en un territorio determinado.

La cantidad, calidad y organización interna de los recursos de salud, la capacidad operativa frente a los principales problemas, las formas y mecanismos de interrelación con los servicios, así como otras cualidades son componentes fundamentales del SILAIS y dependen de las necesidades, posibilidades y capacidad de desarrollar en cada SILAIS.

El propósito es dar continuidad al perfeccionamiento de la atención de salud, enfatizando la importancia del nivel local, como el más apropiado para ejercer un adecuado manejo de los recursos en función de las necesidades de salud, y maximizar los aspectos de eficiencias, eficacia y equidad.

COMPONENTES PARA EL DESARROLLO DE LOS SILAIS

Los principales elementos que se abordarán en el proceso de implantación y desarrollo de los SILAIS se han agrupado en 6 componentes:

1. El modelo de atención a la salud.
2. El modelo gerencial de los servicios.
3. El sistema de información.
4. La integración de los programas especializados.
5. La participación social.
6. La formación y la capacitación de los recursos humanos.

1. El modelo de la atención a la salud implica:

a) ESPACIO TERRITORIO/POBLACION. Definir para cada SILAIS un espacio de territorio/población ajustado a la división, político administrativo del departamento.

Bajo estas consideraciones se proyectan instalar 19 SILAIS en el país.

b) INFRAESTRUCTURA SECTORIAL. Procurar para cada SILAIS una infraestructura sectorial mínima que incluya un Hospital con atención de segundo nivel en las especialidades médicas básicas (medicina interna, pediatría, cirugía y ginecobstetricia), además de un número de centros y puestos de salud que brinden cobertura para la atención de primer nivel.

En cada SILAIS se establecerán procedimientos bien precisos, para brindar atención a todas las demandas de salud con sus propios recursos o coordinando con otros SILAIS.

c) NIVELES DE ATENCION. Consolidar dos niveles de atención en el Sistema Nacional de Salud:

El primero: Brindado en todas las unidades por personal auxiliar, técnico y profesional, así como en el seno de la comunidad y familias realizado, por sus propios integrantes, orientado a la solución de los principales problemas y necesidades de salud presentes en ese ámbito.

El segundo: Que se presta en las unidades del Sistema de Salud y está dirigido a completar la atención del primer nivel de acuerdo con la capacidad del personal profesional especializado y la tecnología disponible.

Se completará el proceso de tipificación de las distintas unidades de atención con que cuenta la red del MINSA,

definiendo su clasificación y elaborando los reglamentos y manuales de funcionamiento para cada una donde se precisen: la estructura, objetivo y organización interna.

Se reorganizará la referencia y contrarreferencia.

El programa integral de salud basará sus acciones y actividades en las normas técnicas elaboradas por el nivel central del MINSA pudiendo reajustarse por los SILAIS de acuerdo con las realidades que imponga la dinámica local siempre que no alteren los criterios científicos que sustentan su validez.

d) ENFOQUE DE RIESGO. Desarrollar en los SILAIS la capacidad de la identificación de riesgos epidemiológicos y sociales de los principales problemas de salud, así como de utilización de esta información en el proceso de administración de estratégica local que se realizará en este nivel. El enfoque de riesgo y la estratificación epidemiológica deben convertirse en el método de administración que permita alcanzar una protección, atención y recuperación de salud con equidad para todas las personas, familia y grupos sociales.

e) ORIENTACION PREVENTIVA DE LA ATENCION. Organizar la atención de forma integral, con acciones dirigidas tanto a las personas como al ambiente, realizando actividades de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.

2. El modelo gerencial implica:

a) DESCENTRALIZACION. Iniciar un proceso de descentralización y desconcentración de la autoridad y recurso de los niveles central y regional hacia los SILAIS. El ejercicio de la autoridad y responsabilidad que se traslada a los equipos de dirección de los SILAIS requiere estar acompañado de la asignación de medios que lo hagan factible.

b) NIVELES DE AUTORIDAD. Establecer tres niveles de autoridad y administrativos en el Sistema Nacional de Salud. El Nacional, representado por el nivel central del MINSA, el regional, que continúa en las actuales direcciones regionales de salud y el local ubicado en los SILAIS.

c) EQUIPO DE DIRECCION. Formar un equipo de dirección en cada SILAIS encabezado por un director (de preferencia con experiencia en administración de salud) e integrado, como mínimo por un epidemiólogo, administrador empresarial, enfermera, estadístico y trabajador sanitario el cual será responsable de la conducción, programación y gerencia del proceso de salud en el territorio/población definido.

El resto del personal técnico y auxiliar para trabajar en este nivel se conformará progresivamente en la medida que se lleve a cabo el proceso de descentralización administrativa y el traspaso de funciones hacia los SILAIS.

d) FINANCIAMIENTO SECTORIAL:

El actual presupuesto sectorial, impide satisfacer las necesidades de los servicios y programas de salud en marcha en el país. Este déficit puede ser cubierto total o parcialmente en el nivel local con importantes reservas de financiamiento que existen en instituciones extrasectoriales con potencial de inversión para el fomento de la salud, en los presupuestos de las alcaldías y en los propios recursos que posee la población.

3. Sistema de información.

El Sistema Nacional de Información de Salud, será un importante soporte para la toma de decisiones en todos los niveles del sistema, proyectándose además para que juegue un destacado papel en la elaboración y control del programa de atención integral a la salud de los SILAIS.

4. La integración de los programas especializados.

El aporte de los programas especializados se proyecta como un componente que ayude a fortalecer los SILAIS en dos vertientes principales:

- El perfeccionamiento de los servicios integrando la propuesta de cada especialidad bajo una dirección técnico administrativa

en el nivel local que vele por evitar duplicidad, complementar esfuerzos, eliminar contradicciones y concentrar recursos en las prioridades de atención.

-Llevar a los dirigentes y técnicos de los SILAIS los conocimientos de excelencia técnica que acumulan las especialidades para enriquecer su acervo científico y posibilitar por la posición que ocupa y los recursos que concentra esta estructura un mejor control de factores condicionantes y de riesgos de orden social, biológico y ambiental.

Estos programas especializados son los siguientes:

Materno Infantil, Nutrición, Rehabilitación, Enfermedades Transmisibles, Programa Ampliado de Inmunizaciones, Medio Ambiente, Enfermedades Crónicas, Salud Mental y Medicamentos Esenciales.

El programa de Medicamentos Esenciales, su accionar está muy íntimamente relacionado con el servicio de salud, no obstante, resulta prioritario desarrollar en los SILAIS el trabajo de gestión, especialmente en los aspectos de identificación de la población usuaria, necesidades de medicamentos y abastecimiento de suministros, actualización farmacológica y terapéutica del personal profesional y técnico y apoyar el desarrollo de los servicios farmacéuticos.

Además de los servicios farmacéuticos que se desarrollan en los establecimientos de salud, previamente identificados, la red de servicios, debe tomar en cuenta las farmacias de la localidad. Estos establecimientos pertenecen generalmente al sector privado y fundamenta su razón social en el expendio de medicamentos, por lo cual participan de hecho en la funcionalidad del sistema de servicio de salud, aunque no, en su estructura.

5. Participación social en los SILAIS.

El proceso de democratización en Nicaragua se viene profundizando y demanda la necesidad de un modelo de participación social que impida distanciar a las instituciones del conjunto de la sociedad.

Para el desarrollo del Sistema Nacional de Salud, es fundamental un modelo de participación que estimule la relación de la población con los servicios en una actitud de responsabilidad compartida en las tareas de planificación, gerencia y control.

Esta perspectiva plantea la necesidad de formular en el contexto de los SILAIS la institucionalización de la participación social. Esto es, establecer el marco legal que defina estructuras y procedimientos, que operacionalicen el análisis colectivo y la concentración de programas con las organizaciones sociales de cada territorio.

Se concibe como participación social en los SILAIS que la población sean un miembro activo en los principales programas y tareas del MINSA y que la misma contribuya con sus aportes a la transformación del sector salud, teniendo un espacio con integrantes de los Consejos de Salud de cada territorio.

6. Formación y Capacitación de Recursos Humanos.

Se interpreta como un área que atraviesa horizontalmente a las demás, pues de modo explícito aparece la formación y capacitación de los recursos humanos como una de las actividades a realizar en todos los demás componentes del cambio. Resulta entonces necesario considerar que este componente debe participar a lo largo de toda la construcción de los SILAIS con responsabilidades metodológicas en la selección de prioridades, impartición, asesoría y evaluación del proyecto de enseñanza-aprendizaje.

Varias son las áreas de los recursos humanos que requieren del desarrollo, con aportes específicos en la construcción de los SILAIS: Planificación Estratégica de la Fuerza de Trabajo, Educación Permanente en Salud, Formación de Recursos Humanos en Salud, Ciencia y Tecnología y Becas.

ANEXO No. 10

LOS SERVICIOS FARMACEUTICOS:

La coordinación y organización de los servicios de salud del área geográfica definida por el SILAIS, implica adecuación de las estructuras organizativas y su funcionamiento, a la producción de servicios de apoyo al diagnóstico y tratamientos de las enfermedades, entre las cuales se encuentran los servicios farmacéuticos, tanto en los hospitales como en los Centros de Atención Ambulatorios.

La producción de servicios farmacéuticos hospitalarios debe ser entendida no sólo para satisfacer la demanda interna dirigida a los pacientes hospitalizados, sino también a los pacientes de consulta ambulatoria del hospital y los referidos con otros centros, integrando las acciones de atención a la salud en un proceso de referencia y contrarreferencia entre los hospitales y los centros de atención de menor complejidad.

Además, independientemente de la función coordinadora que le corresponde al hospital, este siempre debe proyectar sus servicios hacia afuera de la institución misma. Esto conlleva al desarrollo de visitas de terreno a los centros de atención de la red local, con lo cual además de favorecer la utilización racional de los recursos hospitalarios, estimula al personal que presta servicios en los centros de atención primaria y fomenta la credibilidad de los usuarios (comunidad) en ellos.

En este orden de ideas, los servicios farmacéuticos hospitalarios también deben proyectarse hacia las instituciones externas del hospital, principalmente las de atención primaria, pues en ellas no se cuenta con servicios permanentes de profesionales, farmacéuticos, por lo que con más razón requieren de la coordinación y supervisión por parte de este profesional.

Según la clasificación de Abraham Sonis, el servicio farmacéutica está clasificado dentro de los servicios intermedios, pues sirve de apoyo al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, así de esta forma el concepto de servicio farmacéutico se interpreta como:

" El grupo de prestaciones relacionadas con el medicamento destinada a apoyar las acciones de salud que demanda la comunidad a través de una atención farmacéutica que permita la entrega expedita y oportuna de los medicamentos a pacientes hospitalizados y ambulatorios, con criterios de calidad en la farmacoterapia ". En el que se conoce que los servicios farmacéuticos son parte integrantes de los servicios y programas de salud y presenta un proceso que abarca el suministro de medicamentos en todas y una de las etapas constitutivas, la protección y control de la calidad, seguridad y eficacia terapéutica de los medicamentos, el seguimiento y evaluación de la utilización, la obtención y difusión de información de medicamentos y la educación permanente de los demás miembros del grupo de salud, el paciente y la comunidad para asegurar el uso racional de los medicamentos.

Los servicios farmacéuticos hospitalarios pretenden alcanzar objetivos específicos dirigidos a mejorar sustancialmente la calidad de los servicios de atención a la salud del paciente. Entre ellos se destaca el promover la racionalidad de la terapia a través de la difusión del conocimiento farmacoterapéutico, el seguimiento y evaluación de la terapia individual del paciente hospitalizado o ambulatorio, y el asesoramiento en materia de medicamentos a los demás miembros del equipo de salud. Los problemas más comunes referidos al medicamento, además de existencias inadecuadas en los hospitales, incluyen sobredosis, sub-utilización raciones adversas y utilización de medicamentos de eficacia y calidad no garantizada. Entre los problemas de utilización, se destaca la antibioticoterapia con su consecuente generación de cepas resistentes en los casos de prescripción y necesarias de antimicrobianos no específicos y de amplio espectro, cuando se cuenta con productos más sencillos y específicos para el caso clínico que se trata. Igualmente pueden citarse el abuso de la administración de sedantes, diuréticos y medicamentos múltiples, sobre todo en pacientes hospitalizados sin valorar las necesidades de cada caso.

La ausencia de la evaluación individual en la farmacoterapia del paciente se produce en posible utilización inadecuada de los medicamentos.

Es de señalar, que el arsenal terapéutico está constituido por sustancias cada vez más potentes que requieren un manejo delicado y estudios individualizados de los pacientes, pues estas sustancias, además de su eficacia terapéutica, son capaces de interactuar con otros medicamentos, con alimentos y con fluidos corporales y producir efectos no deseados en el organismo humano. Así mismo, se hace necesario hacerle seguimiento a la terapia medicamentosa de cada paciente, con el objeto de evaluar y detectar la interferencia que estos pueden ocasionar en análisis clínico de laboratorio, que deben ser tomados en cuenta en el estudio de caso para la decisión clínica respectiva.

Igual consideración merecen los estudios sobre reacciones adversas a los medicamentos, las cuales generalmente pasan inadvertidas por el personal de salud, pues tienden a confundirse con los signos y síntomas propios del estado patológico principal del paciente.

Los aspectos señalados constituyen a definir en gran parte el papel que el farmacéutico debe tener en el equipo de salud. Mediante el seguimiento de la terapia individual en perfiles farmacoterapéuticos y el análisis de pruebas químicas de laboratorio se puede proponer ajuste al régimen de dosificación, así como cambios para optimizar y racionalizar el tratamiento.

De gran influencia en este sentido son también los servicios de información de medicamentos, cuya práctica incluye la localización, obtención y análisis de la información científica disponible sobre el fármaco que se investiga, con el objeto de producir una respuesta idónea, confiable y oportuna tendiendo a la demanda de difusión del conocimiento científico sobre el medicamento. El desarrollo de este servicio en los sistemas locales de salud, debe estar dirigido desde el hospital de mayor complejidad hacia los demás establecimientos de la red.

En tal sentido, se debe crear en el, un centro documental que garantice la difusión del material informativo hacia los demás establecimientos y recibir la ayuda técnica necesaria de centros nacionales de información.

La calidad de la terapia medicamentosa es otro de los campos de acción farmacéutica, la cual en las instituciones hospitalarias toma relevancia, pues es precisamente en esta desde donde se proyectan y difunden esquemas de tratamientos de las enfermedades, y sobre todo porque en el hospital se inicia la utilización de nuevos medicamentos, nuevas indicaciones de productos ya conocidos, así como modificaciones en las dosificaciones más comunes. Esta aplicación se difunde entre instituciones hospitalarias públicas y privadas y desde ellas a los centros de atención periférica. Es más, es en los hospitales públicos donde la práctica privada de la medicina desarrolla su etapa de experimentación en este sentido.

Una de las estrategias de mayor impacto para controlar la problemática de medicamentos en las instituciones hospitalarias, es la creación del comité de farmacias y terapéuticas ya citada, cuya funciones incluyen entre otras, asesorar sobre práctica de prescripción, elaborar un formulario terapéutico que normatice el uso de medicamentos, y evaluar en forma continua la utilización racional de los medicamentos y los recursos en ellos invertidos. La administración eficiente de los recursos económicos destinados a financiar las necesidades de medicamentos de la institución. El fortalecimiento y la ampliación de los aspectos científicos y profesionales de la práctica farmacéutica, representan un objetivo más de la farmacia del hospital. Entre las actividades de ellos involucra, se encuentra las referidas a la función docente de formación y adiestramiento del personal de salud en el área de medicamentos y las de investigación, tanto del área médica (diseño, participación y conducción de investigaciones relacionadas con el medicamento, farmacovigilancia, reacciones adversas, infecciones hospitalarias, las del área farmacéutica (mejoramiento de fórmulas de medicamentos, desarrollo de nuevas dosis y formas de administración) como las del área administrativa (costo y gasto de los servicios hospitalarios y su relación con los del medicamento).

De más está señalar que los servicios farmacéuticos, siendo parte integrantes de los servicios de atención a la salud, no pueden concebirse en forma independiente ni paralela a los intereses de la institución de la cual forma parte. Su desarrollo requiere una coordinación e integración entre las diferentes unidades clínicas y administrativas del hospital, y sobre todo se debe de contar con la capacitación del personal involucrado, así con el apoyo de los niveles directivos, sin el cual poco puede lograrse en este sentido.

En cuanto a los servicios ambulatorios, definidos como "aquellos servicios de atención a la salud y de evaluación a los pacientes capaces de buscar atención médica y que no necesitan ser internados", también requieren del servicio farmacéutico que vayan más allá de la preparación y dispensación tradicional de los medicamentos, debiendo estar orientados al paciente mismo. Al respecto, es necesario hacer consideraciones comunes a centros de atención ambulatoria en general las cuales incluyen: el farmacéutico genera conocimientos e información que deben ser difundidos a través de buenas prácticas de dispensación. Ello involucra asesoramiento sobre el uso apropiado de medicamentos, sus defectos secundarios adversos y consideraciones que deben ser conocidas por el paciente, con el objeto de favorecer el uso adecuado del fármaco.

La dispensación de medicamentos a través de estos servicios, generalmente conlleva al fraccionamiento de los productos que por razón de economía son adquiridos en envase de uso múltiple.

Lamentablemente, estas ventajas económicas de la adquisición de medicamentos, no siempre van acompañadas por la capacidad técnica de los centros de atención de garantizar la dispensación en condiciones apropiadas, ni que la entrega del fármaco se realicen en envases adecuados, factores que afectan negativamente la calidad del producto.

En tal sentido, se deben hacer esfuerzos a nivel de los diferentes establecimientos de salud con el objeto de dispensar medicamentos en condiciones óptimas de calidad, por lo que en los sistemas locales deben estudiarse la posibilidad de normatizar y sistematizar el reenvasado de fármacos, para lo cual es fundamental la participación del farmacéutico.

Otra de las actividades que involucra directamente al farmacéutico son los estudios de farmacovigilancia en los pacientes que acuden en estos servicios.

Entre las actividades educativas del farmacéutico se incluye la difusión de información sobre problemas específicos relacionados con el medicamento a grupos especiales de alto riesgo.

El proceso educativo tiende a elevar la comprensión del individuo y del grupo sobre los efectos del medicamento en su organismo y la necesidad de cumplir con el tratamiento a fin de evitar agudizaciones de la enfermedad.

Por otra parte, la actividad farmacéutica y por ende la integración del profesional farmacéutico en el equipo de salud, debe ser considerada en el contexto socio-económico y social de la situación actual con visión prospectiva del desarrollo científico y técnico del campo del medicamento y de la estructura, organización y funcionamiento de los servicios de salud.

Este proceso implica que a los servicios tradicionales se les sume la complementariedad con otros establecimientos de la red local, lo que genera a su vez cambios sustanciales en la cantidad y calidad de los servicios de cuya influencia no escapan los servicios farmacéuticos, sobre todo en lo relativo al suministro de medicamentos. En tal sentido, el sistema local de salud debe tener en forma explícita los recursos y personal necesario para brindar atención a la salud en los niveles de complejidad de la población. El papel del farmacéutico en áreas donde no se dispone de medicamentos, debe incluir la educación del paciente, la familia y la comunidad en preparaciones médicas, uso de productos naturales tradicionales, e introducir la demanda de fármacos sólo en los casos que clínicamente sean necesarios.

La actividad del farmacéutico en el ejercicio de su profesión no está contrapuesta al carácter comercial de este tipo de establecimientos. Su objetivo fundamental es mejorar la salud pública optimizando los servicios farmacéuticos, siendo uno de los puntos focales el modificar los hábitos del individuo, la familia y la comunidad hacia el medicamento. Una de las actividades en este sentido, es liderar la interpretación y comunicación sobre medicamentos, inducir a los pacientes a leer la literatura que acompaña al fármaco, y sobre todo asegurar que el paciente interpretó y entendió plenamente las instrucciones sobre su tratamiento.

Por otra parte, a través de esta farmacia deben desarrollarse servicios de seguimiento a la terapia, sobre todo porque el usuario tiende a acudir al mismo establecimiento en busca de medicamentos; situación que en áreas rurales y semi-urbanas no constituyen obstáculo alguno, porque por lo general existen varias farmacias. La participación del farmacéutico comunitario en el estudio de fármaco vigilancia y en la recolección y registro de datos estadísticos, constituyen partes importantes de la identificación y resolución de problemas de salud del área local; así como para el pronóstico de las necesidades que la comunidad demandará.

Además de lo expuesto, a través de la farmacia de la localidad puede estructurarse una red de difusión de información y material educativo sobre medicamentos. Su divulgación a la comunidad usuaria integra los establecimientos farmacéuticos en los programas de prevención de la fármaco dependencia y orientación de la automedicación, entre otros.

La participación del farmacéutico en dispensar información y asesoramiento en el caso de intoxicaciones, así como la prestación de primeros auxilios y participación activa en situaciones de desastre, son otros de los beneficios potenciales de su integración coordinada por la red.

La participación del recurso humano es también factor de consideración. En los profesionales de la salud y específicamente en los farmacéuticos, se observa un vacío de coordinación entre las instituciones empleadoras y las formadoras, especialmente en las áreas de salud pública, administración de servicios, atención comunitaria etc.. Ello trae como consecuencia, una formación inadecuada del farmacéutico en este campo, existiendo una marcada insuficiencia del personal capacitado de acuerdo con la demanda del sector salud.

Por otra parte, también debe considerarse el aspecto tecnológico, factor que incide en la naturaleza de las actividades, afectando a las personas, estructuras y organizaciones. La complejidad de las

tareas, el desarrollo científico y la profesionalización son fuerzas que definen esa naturaleza, constituyendo un factor de influencia en la demanda de personal calificado.

Uno de los factores que limita la práctica farmacéutica a nivel individual del profesional farmacéutico, es la educación básica, durante la cual se debe compatibilizar la formación básica con la práctica profesional. La ausencia en los currículos de estudio de asignaturas referidas a las áreas sociales, administrativas y clínicas, hace que el egresado de las facultades de farmacia se encuentre en desventajas en relación con otros miembros del equipo de salud, y contribuyen a que éste se sienta desorientado, desmotivado e inseguro en estas áreas.

La escasa elegibilidad que tradicionalmente se le ha dado al profesional farmacéutico de participar en actividades de educación continua, tales como talleres, cursos, seminarios, conferencias u otras actividades de enseñanza-aprendizaje, también constituyen factores de consideración.

En ese mismo sentido, se puede mencionar la vocación profesional. El desempeño de la práctica farmacéutica en cualquiera de sus áreas específicas requiere de la voluntad, habilidad y aptitud para someterse a estudios específicos que demandan constante actualización para lo cual se requiere aptitud y vocación.

Igual consideración merecen las condiciones de trabajo, desde el punto de vista técnico y remunerativo.

La formación profesional básica está referida a los estudios universitarios previos a la obtención del título de farmacéutico. Los currículos de los estudios de pregrado en los países de la región, tradicionalmente han enfatizado los aspectos químicos, farmacognóstico, farmacológico, analítico, toxicológicos y tecnológicos en las áreas de medicamentos.

La inquietud que hoy día se plantean las casas de estudios es, hasta donde la formación básica del farmacéutico se compagina con la demanda de la práctica profesional actual, ya que ésta requiere del dominio de conocimientos, habilidades y destrezas, que además de las áreas tradicionales, corresponden al campo de las ciencias de clínicas, administrativas y sociales.

Los cambios de servicios de atención a la salud, afecta inevitablemente a la profesión farmacéutica, demandando una orientación hacia el paciente y comunidad. El papel que le corresponde desempeñar al farmacéutico en las áreas clínicas y terapéuticas, en la gestión administrativa de los servicios de salud y en su relación con la comunidad, son algunas de las bases en que se fundamenta la necesidad de revisar y adaptar los currículos de estudio.

La revisión de los currículos debe incluir consideraciones sobre el componente de la práctica correspondiente a las nuevas áreas de enfoque. Este planeamiento obedece a la necesidad de compatibilizar la teoría académica con el ejercicio profesional,

es decir, la integración docente-asistencial, para asegurar la comprensión del conocimiento científico y el desarrollo de habilidades y destrezas, en su aplicación y adaptación con una realidad de circunstancias variables. De este modo, se estará llenando el vacío que muchas veces existe entre los estudios de formación y el ejercicio de la práctica profesional.

Otro aspecto importante es la educación continua, mediante la cual el farmacéutico se mantiene al día con los avances científicos, tecnológicos, clínicos y administrativos específicos, principalmente en su área de trabajo. Este trabajo incluye dos aspectos, el primero es la auto disciplina que debe imponerse el farmacéutico en la lectura de revistas científicas especializadas en su campo de acción, y en la participación de eventos científicos.

El segundo aspecto, es la oportunidad de elegibilidad que se debe ofrecer a los profesionales farmacéuticos para participar en cursos, seminarios, talleres etc. que constituyen actividades de enseñanza-aprendizaje.

En el desarrollo de la capacitación de la fuerza de trabajo, es importante considerar la vocación profesional del individuo. El obtener el título universitario no garantiza por ser una práctica idónea de la profesión en todas sus áreas ni en cualquier circunstancia, así como tampoco ningún farmacéutico por sí solo

posee o tiene la oportunidad de demostrar la amplitud de su experiencia profesional. Para ello requiere someterse a procesos educativos específicos de los campos del ejercicio profesional, que aunque no siempre alcancen niveles de especialización, maestría o doctorado, en todos los casos exige una disposición del individuo a someterse a proceso de aprendizaje, que obviamente tienen relación de dependencia con la vocación profesional. El ejercicio farmacéutico en el campo hospitalario, comunitario y administrativo constituye parte importante de la actividad farmacéutica del sector público y cuyo desempeño requiere de períodos de capacitación específicos.

Así mismo, deben tomarse en cuenta los procesos de reorganización de los sistemas de salud y la capacitación del recurso humano con el objeto de que estos procesos puedan consolidarse. Esta capacitación debe reorientarse en base a las actividades que han de realizarse a nivel de los servicios locales.

La educación del personal de salud, debe responder a un proceso continuo y multidisciplinario enfocado hacia los problemas reales de trabajo cuyo análisis y estudio de alternativas debe servir de punto central del proceso de enseñanza-aprendizaje.

Dentro de la política de organización de los SILAIS, la formación de recursos humanos con el enfoque señalado, hace énfasis a la fuerza de trabajo existente en las estructuras del sector, e incluye al personal de todo nivel profesional, técnico y de apoyo.

En tal sentido, los programas que requieren desarrollarse para capacitar a los recursos humanos en servicio, deben responder al esfuerzo conjunto de los organismos prestadores de salud y las instituciones educativas respectivas.

De acuerdo a lo expuesto, se deben diseñar, desarrollar y evaluar actividades educativas del área hospitalaria, clínica farmacéutica, gerencia y administración tanto del suministro como de servicios de salud, de salud pública y farmacia comunitaria. Así como aquella dirigida a optimizar las prácticas de dispensación y de manufactura, esta última como énfasis en los laboratorios gubernamentales de producción y de las áreas de comunicación e investigación, fundamentalmente la epidemiológica.

ANEXO No.11

LOS INSUMOS EN LOS SERVICIOS DE SALUD

La organización del sistema de suministros de los SILAIS se corresponde con la situación política, económica y social del país, y en el plano interno con la transformación del modelo organizativo de los servicios de salud basado en los SILAIS, a fin de mejorar la salud de la población.

El nuevo sistema de suministros se propone optimizar la utilización de recursos y asegurar la disponibilidad de los insumos necesarios a toda la población. Para esto se desarrollarán acciones en el área de:

- Selección de listas básicas por unidad;
- Metodología de programación de las necesidades partiendo del perfil epidemiológico, producción de los servicios y capacidad financiera;
- Sistemas de compras ágil y eficiente;
- Sistemas de almacenamientos y distribución que permita contar con los insumos en los servicios.
- Sistemas de manejo y control de los insumos en los servicios de salud que promueven el uso racional de los mismos.
- Acciones de promoción e información veraz para los prescriptores y el público en general.

El nuevo modelo organizativo en el área de suministros se regirá por los siguientes principios:

- Establecer criterios para la selección sistemática de insumos, que tengan como resultado listas básicas actualizadas tanto nacionales, como por SILAIS y unidades de salud.
- Revisión y difusión de las listas básicas y fichas técnicas para mejorar la correcta identificación de los insumos.
- Organización de comité de Farmacia y terapéutica en los SILAIS y hospitales .
- Establecer metodología de programación que definan las necesidades de insumos médicos y no médicos para cada servicio.
- Difundir las políticas de ejecución presupuestarias para suministro; los rubros que se mantendrán centralizados en la dirección económica del Ministerio de Salud y el monto asignado para cada SILAIS y sus unidades (techo presupuestario para insumos).
- Desarrollar un sistema automatizado para el procesamiento de la información relacionada con los insumos en cada SILAIS.
- Establecer normas y procedimientos para definir las necesidades de insumo a solicitar como donaciones así como el control de sus ingresos, distribución y entrega a las unidades.
- Compra eficiente de los insumos de acuerdo con los requerimientos básicos y el presupuesto asignado en cada territorio/población.
- Acondicionamiento, organización y planificación de las bodegas del CIPS y de las unidades.
- Garantizar que la inspección, vigilancia y supervisión técnica del manejo de los insumos se efectúa a nivel local.

- Promoción del uso nacional de los insumos médicos a través de la capacitación e investigación farmacológica continua.

FUNCIONES DE CADA NIVEL DEL SISTEMA

Las unidades de salud serán responsables de la selección y programación de las necesidades de insumo de acuerdo con los criterios establecidos, así como el almacenamiento y la dispensa de los medicamentos y otros insumos a los usuarios de los servicios de salud.

Estas serán las unidades básicas de programación a las cuales el CIPS le distribuirá los insumos programados periódicamente. Además, será el espacio institucional donde se ejecutarán los programas de educación permanente y promoción del uso racional de los medicamentos.

Los SILAIS estarán a cargo de adecuar y aplicar las políticas y normas definidas en la dirección de abastecimiento médico del Ministerio de Salud a sus necesidades y posibilidades. Serán responsables de la consolidación de la programación y monitoreo del funcionamiento del sistema en las unidades comprendidas en su territorio y deberán informar periódicamente el nivel central sobre el comportamiento del abastecimiento.

Se propone contar con dos instancias directamente encargadas de los medicamentos: (a) Comité de Farmacia y Terapéutica en los SILAIS y en los hospitales y (b) supervisores de suministros de los SILAIS.

El Ministerio de Salud, a través de la dirección de abastecimiento médico, tendrá funciones de carácter normativo: identificará necesidades y prioridades a través de los SILAIS, definirá objetivos, organizará y difundirá las políticas nacionales y estará a cargo de definir el plan de compras nacional en base a la información consolidada de los SILAIS.

Así mismo participará activamente en el consejo de dirección del CIPS y estará a cargo de la coordinación de las actividades de selección de las listas básicas nacionales de insumos médicos y no médicos, y la supervisión de las acciones en el área de abastecimiento en los SILAIS. Estará a cargo de las labores de control y evaluación del sistema de suministros y el cumplimiento de las regulaciones a nivel de las unidades y los SILAIS.

El centro de insumos para la salud (CIPS), estará a cargo de consolidar la programación de los SILAIS, la compra, importación, recepción, almacenamiento y distribución de los insumos solicitados por cada unidad básica de programación de insumos.

SELECCION DE INSUMOS MEDICOS Y NO MEDICOS

Es el proceso por medio del cual se identifican, seleccionan, clasifican y norma el uso de los insumos médicos y no médicos (suministros), que requiere el sector salud para la prestación de los servicios.

Se organizarán listas básicas de acuerdo con las características de los insumos y por especialidad (medicamentos, instrumental quirúrgico, reactivos de laboratorio, material de reposición periódica, equipo médico e insumos no médicos).

Se elaborarán listas básicas de acuerdo a la morbilidad y mortalidad, lo que permitirá elegir con criterio científico-técnico el número de productos necesarios para resolver los problemas de salud de la población en cada territorio.

NORMAS Y CRITERIOS PARA LA SELECCION DE LOS INSUMOS MEDICOS Y NO MEDICOS EN TODOS LOS NIVELES

Para la selección de los insumos se establecen las siguientes normas y criterios:

- Determinar las enfermedades predominantes y frecuentes en el nivel de análisis (unidad o SILAIS).
- Revisar las normas o esquemas de tratamiento.
- Analizar los recursos humanos existentes.
- Analizar los servicios asistenciales prestados y su nivel de resolución.
- Elegir los insumos médicos y no médicos de mayor eficacia, beneficio, seguridad, menor riesgo y costo.
- La inclusión/exclusión de productos de la lista básica debe hacerse de acuerdo a criterios científicos-técnicos.
- La selección se desarrollará como un proceso formal en los diferentes niveles del sector salud:

UNIDADES DE SALUD

Pueden ser: puestos de salud, centros de salud y hospitales.

El personal de las unidades en los puestos y centros de salud, y el comité de farmacia y terapéutica de los hospitales deberán: identificar y analizar las principales enfermedades, condiciones higiénico sanitarias del territorio/población, personal médico existente y presupuesto asignado a este rubro. En base a estos datos se elegirán y elaborarán las listas básicas que ayuden a resolver los principales problemas de salud y garanticen su uso racional de los recursos disponibles. El anexo dos presenta un ejemplo de lista básica para los puestos de salud.

SILAIS

Estará a cargo de la dirección, coordinación y garantía del proceso de selección en las unidades de salud. Servirá de enlaces entre estas y el nivel central para elaborar y aprobar las listas básicas de insumos médicos y no médicos del SILAIS correspondiente.

La selección debe realizarse por el comité de farmacia y terapéutica o por las comisiones técnicas de acuerdo al insumo: todas deberán ser multidisciplinarias.

NIVEL CENTRAL

Es la instancia esencialmente normadora, que en función de la política nacional de salud definirá y establecerá los criterios generales para el logro de los objetivos y metas previstas para el plan maestro de salud 1991-1996.

Tiene el compromiso de facilitar a los diferentes usuarios del sector instrumentos sencillos, prácticos y flexibles que permitan no sólo operativización de las acciones, sino la evaluación de sus resultados.

Es el responsable de la organización, ejecución y desarrollo del proceso de definición de la lista básica nacional de insumo por sección que tendrá como punto de partida las elaboradas en las unidades de salud (puesto de salud, centros de salud, SILAIS). Estas actividades deberán realizarse a través de la participación de los diferentes actores que intervienen en la prestación de los servicios.

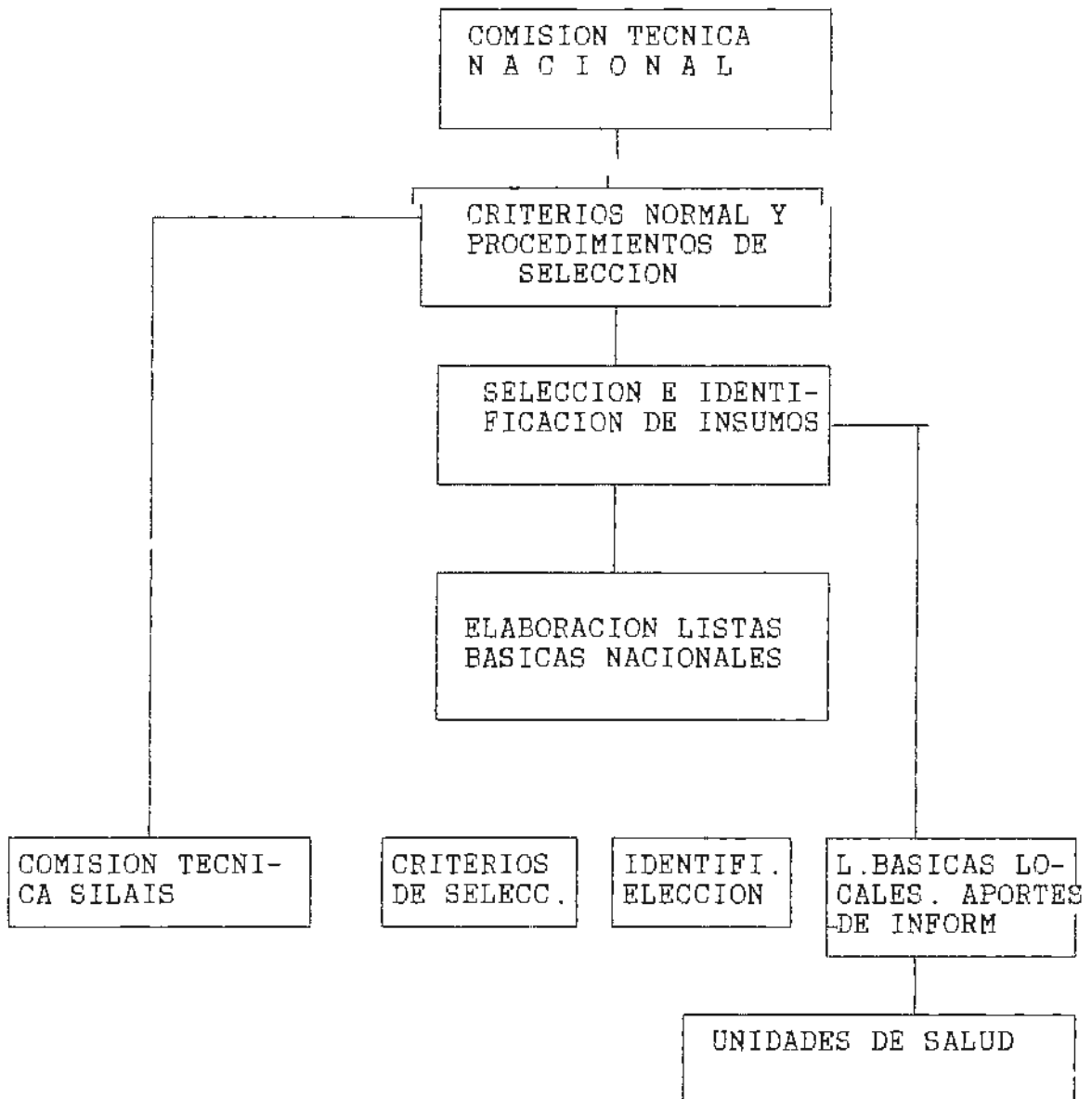
Los insumos médicos y no médicos se organizan y clasifican en catálogos y listados básicos por especialidad o secciones, estructurados por grupos atendiendo a su acción.

Son de utilidad porque:

- Permiten un ordenamiento racional en los almacenes.
- Facilitan la identificación para el control de inventarios y ejecución presupuestaria.
- Agilizan el despacho y distribución hacia los usuarios.
- Reducen los costos para el manejo administrativo en general.

Este esquema presenta flujos de la información en el proceso de selección que determinará que se debe comprar.

FLUJO DE TOMA DE DECISIONES
(QUE COMPRAR)



Forman parte de la comisión técnica nacional: Dir. Gral. Salud, Dir. Abastecimiento. Repr. Especialid, Dir. (es) SILAIS, Centro Nac. Hig. , otros asesores.

Criterio normas y procedimientos de selección: Política de Salud, morbilidad y mortalidad, eficacia/seguridad, desarrollo servicios, recursos humanos.

Elaboración de listas básicas Nacionales: medicamentos, instrumental quirúrgico, reactivos de laboratorio, material de reposición periódica, equipo médico, insumos no médicos.

PROGRAMACION DE NECESIDADES DE INSUMOS MEDICOS Y NO MEDICOS

La programación es la definición de las cantidades de insumos médicos y no médicos requeridos para la prestación de servicios de salud en una unidad específica. Tiene la finalidad de cuantificar la demanda local y consolidar la demanda nacional del sector.

La programación real de las necesidades es indispensable para asegurar que la inversión financiera que se hace al comprar los insumos se destine a resolver los problemas prioritarios de salud de una población específica. La metodología que se propone para la programación está basada en el supuesto de que los datos de producción de los servicios de cada unidad representa la principal morbilidad de la población.

La programación de acuerdo con estos criterios está orientada a satisfacer las necesidades de atención a la población que demanda servicio, tomando en cuenta la capacidad de resolución de las unidades; lo que permitirá priorizar la ejecución presupuestaria para satisfacer las principales necesidades de suministros hacia la atención primaria.

CRITERIOS PARA LA PROGRAMACION DE LAS NECESIDADES DE CADA UNIDAD

Se deberán programar las necesidades de acuerdo con los siguientes criterios:

- Cobertura de la unidad en términos de población y su distribución en grupos de edad.
- Listas básicas definidas en cada unidad.
- Metas de producción y tipos de servicio.
- Indicadores de consumo según normas y procedimientos médicos-quirúrgicos, de diagnóstico y tratamiento.
- Asignación presupuestaria para este rubro.

La programación deberá ser elaborada por el comité de farmacia y terapéutica de los SILAIS y hospitales así como las comisiones técnicas especializadas organizadas tanto en el nivel local como en el central.

Deberán participar activamente en este proceso, los médicos, farmacéuticos, enfermeras, administradores, técnicos en laboratorios, epidemiólogos y otros profesionales relacionados con la atención al paciente.

INSTRUMENTOS DE TRABAJO PARA LA PROGRAMACION

Los requerimientos de información y sus fuentes para realizar esta programación son los siguientes:

1.- Datos de producción de servicio y morbilidad atendida al primer semestre del año por unidad asistencial. Esto se obtiene de la información estadística recolectada en el servicio e interesa especialmente el número de pacientes atendidos y su patología.

2.- Definición de esquemas o normas de tratamiento en función del perfil epidemiológico o enfermedades frecuentes y prioridades del SILAIS o servicio de salud.

3.- Registros de máximos y mínimos de consumo al primer semestre del año de cada unidad. Esto será utilizado para los casos en que no sea posible efectuar el cálculo por carencia de datos (número de pacientes por patología) o a causa de insuficiente clasificación estadística. También sirve para estimar sub o sobre-estimaciones.

4.- Formatos a llenar: (a) por cada unidad según su nivel de resolución (puesto de salud, centro de salud y hospital).

Además deberá contener:

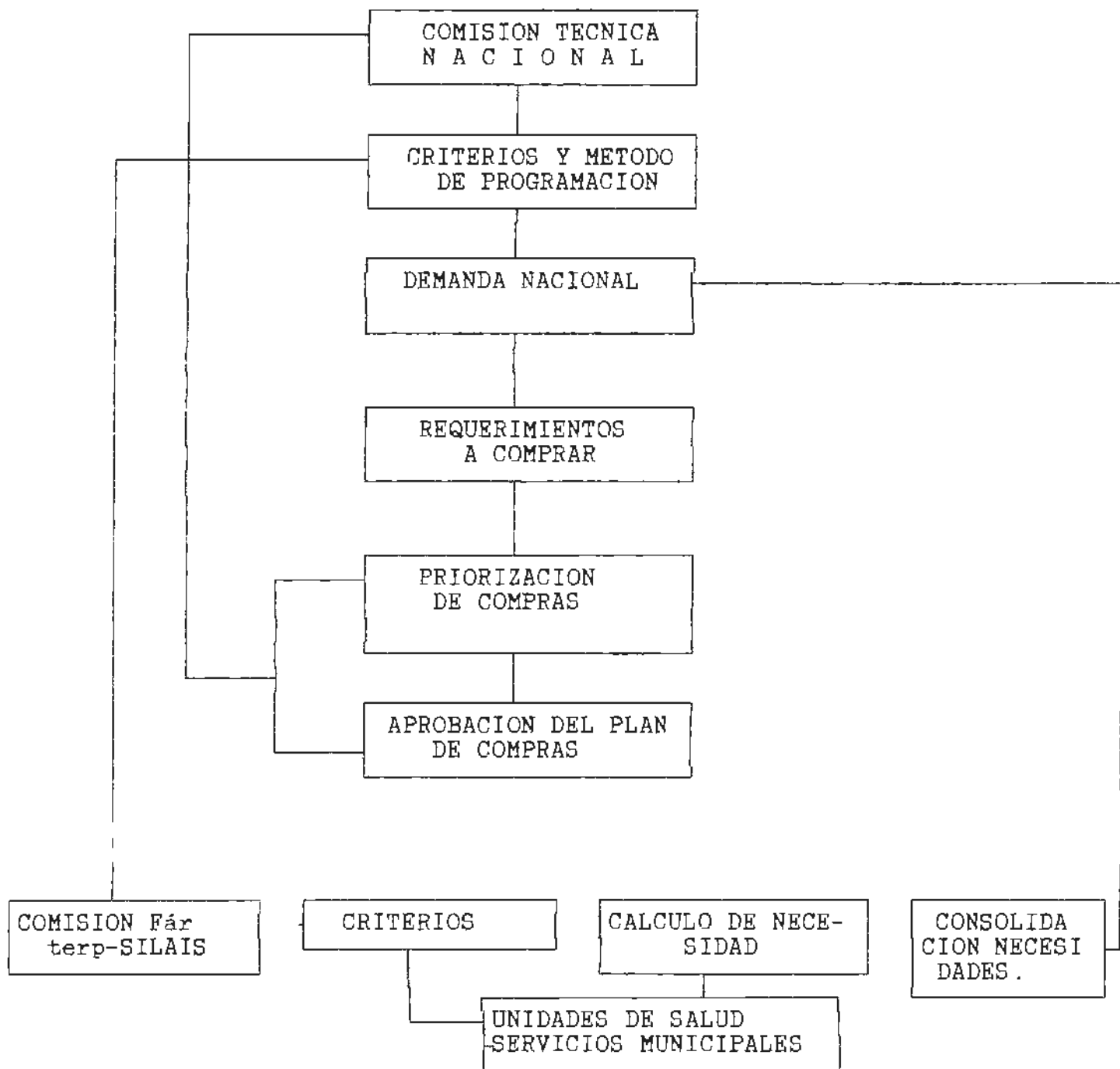
- Datos de consumos.
- Normas de tratamiento.
- Informes de existencias actualizadas.
- Coberturas de los inventarios disponibles.
- Lista de precios actualizados.
- Disponibilidad o asignación presupuestaria.
- Contrataciones en tránsito.

La toma de decisiones tiene que sustentarse en información confiable, actualizada, completa y oportuna para evitar sobreexistencias, desabastecimiento, pérdidas por vencimientos y faltas de rotación de inventarios.

Cada unidad formulará su programación según el análisis de su realidad y presupuesto asignado y enviará al CIPS su programación debidamente fundamentada.

Los SILAIS consolidarán la programación de las unidades de salud, incluyendo los hospitales, procediendo a analizar su correspondencia con el presupuesto, efectuar aclaraciones de cualquier inconsistencia que se detecte, establecer mecanismos para asegurar que el abastecimiento programado llegue a las unidades y organizar programas de supervisión para darle seguimiento mensual al comportamiento del abastecimiento.

FLUJO DE TOMA DE DECISIONES EN LA SELECCION
(CUANTO COMPRAR)



Comisión Técnica Nacional: Ministerio de Salud, Com. Nac. SILAIS.
Centro Nac. Hig. CIPS Criterios y métodos de programación: Plan maestro de salud, listas básicas y producción de servicios, población, consumo, presupuesto, inventarios.

Demanda Nacional: Consolidación de necesidades de SILAIS requerimientos a comprar compatibilización de demanda con presupuestos e inventarios (BTM).

Priorización de compras: Clasificación prioridad por poca disponibilidad de recursos financieros.

Aprobación del Plan de Compras: Refleja cantidad a comprar y necesidad de recursos financieros para su ejecución.

COMPRAS

Las compras de insumos médicos, como todas las adquisiciones de bienes y servicios del sector público estarán sujetos a la ley de contrataciones administrativas y su reglamento emitido en el acuerdo 60-91 del Ministerio de Finanzas.

Las compras están sujetas a un registro de ofertas (posibles proveedores) que para ser pre-clasificados deben llenar los siguientes requisitos: (a) Estar legalmente registrados como importadores y/o distribuidores de insumos médicos y constituidos como empresas. (b) Tener antecedentes de relaciones con el MINSA (en relación a cumplimientos de plazo de entrega, aceptación de reclamos, etc).

(c) Las empresas extranjeras deberán acreditar la existencia de un representante legal en el país. (d) Presentar declaraciones del IPN, IR, Constancia de Solvencia Fiscal y referencias comerciales y bancarias.

Las compras estarán a cargo del CIPS y se realizarán de acuerdo a la programación de las necesidades definidas por los servicios.

El CIPS estará dirigido por el Consejo de Dirección donde participan el Ministro de Salud, el director de abastecimiento médico, un delegado de la presidencia, el Ministerio de Finanzas y el Director General del CIPS.

El comité de licitaciones estará conformado por el secretario general, el director general de abastecimiento médico, el director financiero y el de asesoría legal del MINSA, así como un representante del Ministerio de Finanzas.

ALMACENAMIENTO Y DISTRIBUCION

La reorganización del sistema de almacenamiento y distribución tiene como propósito lograr un sistema de eficiente, eficaz y económico que permita la disponibilidad y accesibilidad de insumos de buena calidad a los servicios de salud de los SILAIS.

Los objetivos específicos de la Organización del Sistema en las áreas de almacenamiento y distribución son:

- Implementar un sistema de distribución oportuno para las unidades de los SILAIS.
- Desarrollar la capacidad técnica del personal responsable del almacenamiento y distribución.

La nueva organización del sistema permitirá mejorar la oferta de insumos a los servicios de acuerdo con sus requerimientos en calidad y cantidades suficientes; agilizar el sistema para que los insumos vayan a las unidades y no las unidades a los insumos, y establecer un control de existencias y consumos.

ORGANIZACION DEL SISTEMA DE ALMACENAMIENTO EN LOS SILAIS

Uno de los principios de la nueva organización del sistema es que los insumos deben estar en las unidades de salud y no en almacenes centrales y departamentales. Para esto se reforzará la capacidad de almacenamiento de las unidades de salud creando condiciones adecuadas para asegurar la calidad de los insumos y se reorganizará el sistema de bodegas del CIPS.

Como el sistema de suministros no se puede detener, en una primera etapa (hasta principios de 1993) el CIPS abastecerá a los 19 SILAIS y diez hospitales. En una segunda etapa el CIPS abastecerá directamente a las unidades de salud evitando la mediación de niveles administrativos.

A pesar de que en la primera etapa se deberá utilizar la infraestructura existente y varios SILAIS compartirán el espacio físico de los almacenes regionales, se llevarán sistemas separados de manejo de los insumos (inventarios para diferenciar los insumos) por cada SILAIS.

El abastecimiento de las zonas especiales se hará a través de la dirección de los SILAIS respectivos. En la RAAN, al no existir infraestructura y por sus condiciones geográficas se requerirá construir una bodega en el corto plazo.

FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA DE ALMACENAMIENTO

Independientemente del grado de complejidad de los almacenes, es importante que en todos los insumos estén ordenados, debidamente identificados, las existencias sean actualizadas constantemente y mantengan controles para la seguridad de los insumos.

Aseguramiento de la calidad de los insumos: Acciones a seguir:

CONTROL DE INVENTARIOS

Se implementará diferentes métodos de control de acuerdo con el nivel de complejidad de la bodega, siendo los más importantes control; las existencias, fechas de vencimiento de los productos y de los deterioros o mermas.

Para cada uno de estos se utilizarán los siguientes documentos:

- TARJETA de ESTIBA (sirve para mantener actualizadas las existencias y se necesita la siguiente información). Cuadro No. 3. Incluye nombre del producto, concentración, presentación, fecha de entrada, salida y existencias, y procedencias.
- CONTROL DE FECHAS DE VENCIMIENTOS. Precisa la vida útil de los productos.
- CONTROL DE MERMAS Y DETERIOROS. Sirve para el control de los productos que no pueden ser consumidos por la población porque se han vencido, deteriorado, roto y otras causas.

DISTRIBUCION DE INSUMOS

Una distribución eficaz requiere de planificación y ejecución tomando en cuenta los siguientes factores:

Intervalo de entrega (tiempo de distribución planeada).

Niveles de existencia (inventarios).

Transporte (flota vehicular).

Rutas (vías de comunicación).

Calendario (fecha de distribución).

Condiciones geográficas.

El CIPS distribuirá trimestralmente los pedidos a las unidades de salud y de acuerdo a las posibilidades de almacenamiento a los hospitales y zonas de especiales.

ANEXO No.12

FUNCIONES DE LOS RESPONSABLES DE LOS INSUMOS EN LOS SILAIS

1.- COMITE DE FARMACIA Y TERAPEUTICA Y COMISIONES TECNICAS EN LA SELECCION Y PROGRAMACION

Cada SILAIS organizará un comité de farmacia y terapéutica y las comisiones técnicas necesarias encargadas de:

- Coordinar la selección de los medicamentos y otros insumos que deberán ser incluidos en las listas básicas de cada SILAIS.
- Participar en el proceso de programación de las necesidades y su consolidación a nivel del SILAIS.
- Elaborar programas y presupuesto anual de compras, basado en la demanda de insumos necesarios, los inventarios y el presupuesto asignado.
- Seguimiento en la situación de abastecimiento en los SILAIS.
- Promover la producción y difusión de información científica y técnica para los trabajadores de la salud y los pacientes.
- Orientar los programas de capacitación continua para promover el uso racional de los medicamentos.
- Promover y participar en proyectos de investigación sobre el tema.

Cada hospital a su vez, formará un comité de farmacia y terapéutica encargado de:

- Seleccionar los insumos a ser incluidos en las listas básicas del hospital.

- Coordinar la programación de las necesidades.
- Analizar la situación del abastecimiento.
- Analizar el manejo terapéutico de los pacientes del hospital.
- Impulsar la producción y difusión de información científica y técnica.
- Organizar y participar en las actividades de formación y capacitación permanente en el tema.
- Organizar y realizar investigaciones sobre medicamentos en el hospital.
- Promover el uso racional de los medicamentos y otros insumos en el hospital.

El comité fármaco-terapéutico y las comisiones técnicas nacionales estarán a cargo de:

- Elaborar las normas y criterios para la selección de insumos médicos y no médicos que deben adquirirse basados en criterios científicos-técnicos, beneficio/riesgo, costo/eficacia y las características del mercado.
- Orientar la selección de acuerdo a la política de salud expresada en el plan maestro de salud 1991-1996 .
- Clasificar y codificar los insumos de acuerdo con sus características.
- Elaborar listas básicas por nivel de atención.
- Estudiar, analizar y aprobar propuestas de inclusión y exclusión de productos a las listas básicas.

- Definir las especificaciones de los productos de acuerdo a su nombre genérico.
- Definir la periodicidad con la que se deben realizar las listas básicas.
- Recopilar información para mejorar la selección y normación de insumos médicos.

2. SUPERVISORES DE SUMINISTROS DEL SILAIS

Los supervisores de suministros del SILAIS será responsables de efectuar acciones de regulación a nivel de cada SILAIS, utilizando las normas nacionales como su marco de referencia. Debe reportar sus actividades tanto al SILAIS correspondiente como a la dirección de farmacia del Ministerio de Salud.

Sus principales funciones son:

- Garantizar que los insumos médicos que consume la población son almacenados y distribuidos adecuadamente y mantienen su calidad.
- Mantener actualizado el registro de establecimientos públicos y privados.
- Efectuar supervisiones e inspecciones de los establecimientos farmacéuticos del SILAIS.
- Garantizar el control de psicotrópicos y estupefacientes.
- Elaborar informe mensual y enviarlo a la dirección de farmacia del Ministerio de Salud de psicotrópicos y estupefacientes por SILAIS.

- Enviar informe mensual al director del SILAIS y a la jefatura del departamento de supervisión e inspecciones de la dirección de farmacias sobre actividades realizadas y sus resultados.
- Asesorar y capacitar el personal que interviene en el proceso de almacenamiento y distribución en los SILAIS.
- Elaborar cuadros de turno de farmacias privadas anualmente.

3. RESPONSABLES DEL ABASTECIMIENTO EN LOS SERVICIOS

En los puestos de salud y puestos médicos el personal disponible (auxiliar de enfermería o médico) se encargarán del manejo de los insumos médicos y no médicos.

En los Centros de Salud y los hospitales el encargado será el farmacéutico responsable de la farmacia, quién coordinara las acciones en el manejo de insumos y supervisará el abastecimiento de los puestos de salud asignados a su centro.

Estos responsables reportarán sus acciones al equipo de dirección de los SILAIS y estos a la dirección de abastecimientos médicos.

4. DIRECCION DEL ABASTECIMIENTO MEDICO

La dirección de abastecimiento médico responderá por:

- La selección y elaboración de las listas básicas a través de la comisión nacional de farmacias y terapéuticas, que incluirá personal médico y paramédico de las unidades.
- Programación de las necesidades de insumos médicos.
- Será miembros del consejo de dirección del CIPS.
- Supervisará el área de suministros de los SILAIS.

Para cumplir con las funciones anteriormente descritas existe como unidad funcional de suministros el departamento de programación monitoreo y evaluación el cual estará conformado con personal calificado y con experiencia en los servicios. Se requiere de:

- | | |
|--------------------|--|
| 1 Farmacéutico | para medicamentos |
| 1 Tecnólogo Médico | para laboratorio clínico |
| 1 Enfermera | para instrumental quirúrgico e insumos no médicos. |
| 1 Enfermera | para equipo médico. |

Estos profesionales participarán como la secretaría técnica de la comisión nacional de farmacia y terapéutica, encargada de coordinar y garantizar el funcionamiento de la comisión, publicar y difundir los resultados de su actividad.

Deberá además, colaborar con los SILAIS en el fortalecimiento del proceso de selección y programación local a través de asesorías, educación permanente y distribución de información.

FUNCIONES DEL AREA REGULATORIA

DIRECCION DE FARMACIA

- Elaborar la propuesta de ley y los reglamentos que regulen el ejercicio de la profesión farmacéutica, el registro y venta de medicamentos en la República de Nicaragua.
- Garantizar que las leyes y normas vigentes se cumplan.

- Garantizar el adecuado registro y refrendas de los medicamentos mediante una eficaz evaluación y control de los productos.
- Actualizar el control de las estadísticas relacionadas con la fabricación y comercialización de psicotrópicos y narcóticos del país.
- Garantizar la adecuada y eficaz supervisión e inspección a los fabricantes, distribuidores, mayoristas y minoristas de insumos médicos.
- Vigilar la calidad y adecuación de los materiales y actividades de promoción y propaganda de los medicamentos y cosméticos.
- Asegurar la calidad de los medicamentos, a través del análisis cuali-cuantitativos.

FUNCIONES DEL DEPARTAMENTO DE REGISTROS

- Establecer requisitos, normas y procedimientos para el registro sanitario de medicamentos, cosméticos, psicotrópicos y estupefacientes. Estos registros son indispensables para la autorización de la introducción, producción y circulación de estos insumos en el país y se hará de acuerdo con los criterios científico-técnicos establecidos sobre eficacia, seguridad e índices de costo/eficacia y beneficio/riesgos de los productos.
- Presenciar la destrucción de los medicamentos vencidos o en mal estado en las distribuidoras o laboratorios de producción, levantando acta de desechos.

- Vigilar en coordinación con la policía, las actividades ilegales en la fabricación y venta de los medicamentos.
- Elaborar estadísticas de consumo y previsiones de psicotrópicos y estupefacientes.
- Elaborar un informe periódico sobre la importación, producción y consumo de psicotrópicos y estupefacientes para ser presentados ante la junta internacional de control de estupefacientes (JIFE).
- Registrar los establecimientos donde se expenden medicamentos una vez que estos cumplan con los requisitos de la ley.

FUNCIONES DEL DEPARTAMENTO DE SUPERVISION

- Supervisar y capacitar a los inspectores de zonas para el cumplimiento con sus funciones.
- Supervisar que los almacenes, distribuidoras, farmacias del sector público cumplan con las normas y procedimientos y distribución.
- Inspeccionar las instalaciones manufactureras y los controles empleados en la producción para comprobar que los medicamentos se producen de acuerdo a las buenas prácticas de manufactura y existe control de calidad de los productos.
- Recolectar muestras y enviarlas al laboratorio de control de calidad del MINSA para garantizar la calidad de los productos fabricados dentro o fuera del país.
- Inspeccionar el cumplimiento de las normas de almacenamiento y distribución en las farmacias privadas.

- Inspeccionar que los productos controlados (psicotr6picos y estupefacientes) y el registro de entrada y salida que se encuentren actualizados, tanto en las farmacias como en las distribuidoras.
- Presenciar la destrucci3n de los medicamentos vencidos o en mal estado en las distribuidoras o laboratorios de producci3n. levantando acta de desechos.
- Vigilar en coordinaci3n con la Polic3a, las actividades ilegales en la fabricaci3n y venta de medicamentos.

ANEXO No.13

Ejemplos de listas de cotejo o de control: dispensación de medicamentos.

Propósito General: El alumno será capaz de realizar la dispensación de medicamentos.

ITEMS A OBSERVAR:	SI	NO
<ol style="list-style-type: none"> 1. Al recepcionar la receta, verifica si cumple con las normas para el uso de recetas. a) Identificación de la unidad de salud sello si lo tiene. b) Nombres y apellidos del paciente. c) Número de expedientes (número de camas si es hospitalizado). d) Nombre genérico del medicamento. e) Forma farmacéutica. f) Concentración. g) Indicaciones. h) Cantidad del medicamento en números y letras. i) Fecha de emisión de la receta. j) Firma y código del prescriptor. k) Original y copia de la receta. 2. Realice el análisis e interpretación científica de la receta. 3. Verifica la existencia de los medicamentos prescritos en los anaqueles en farmacia. 4. Codifica la receta, pone la cantidad despachada y su firma. 5. Revise el preempaque de los medicamentos a dispensar. 6. En caso de no haber el medicamento en la farmacia, refiere al paciente al nivel adecuado para surtir las recetas. 7. Entrega los medicamentos al paciente y los orienta acerca de su administración y conservación. 8. Archiva el original de la receta. 		

El análisis de los resultados obtenidos se realiza tomando en consideración el número de items de SI y NO, así como el tipo de items en el que ha fallado, para llevar a cabo una retroalimentación en los aspectos no asimilados.

ANEXO No.14

Ejemplos de listas de control: realización de una encuesta.
 Propósitos generales: Observar la conducta del alumno cuando realiza una encuesta.

Nombre del alumno: _____

Lugar de la encuesta: _____

SI NO

	SI	NO
1. Asiste puntualmente al sitio de reunión		
2. Lleva presentación física adecuada.		
3. Revisa y comprueba la cantidad de material a utilizar.		
4. Forma de comunicación que utiliza. Saluda con amabilidad. Transmite los objetivos de la encuesta. Brinda confianza al encuestado. Utiliza lenguaje sencillo al formular la pregunta. Puede explicar las preguntas cambiando su forma pero no su contenido.		
5. Induce la respuesta según su conveniencia.		
6. Demuestra capacidad para permanecer con la misma amabilidad y paciencia el tiempo necesario para llenar la encuesta.		
7. Agradece la atención al encuestado.		
8. Demostró dominio del tema en investigación.		

9. EXCELENTE SATISFACTORIO NO SATISFACTORIO

Evaluación _____

Según % de items

Examinador _____

Observaciones _____

Fecha _____

ANEXO No.15

LISTA DE COTEJO O CONTROL

Programa de necesidades de medicamentos para la unidad de salud

Propósito general: Que el estudiante pueda realizar una adecuada programación de medicamentos.

ITEMS A OBSERVAR:

	SI	NO
1. Para la programación de necesidades, toma en cuenta los siguientes criterios. a) Listas básicas definidas en cada unidad de salud. b) Meta de producción y tipo de servicios. c) Indicadores de consumo. d) Asignación presupuestaria. e) Cobertura de la unidad en términos de población y su distribución en grupos etáreos.		
Evaluación general del rendimiento del estudiante.		

ANEXO No.16

LISTA DE COTEJO O CONTROL "SELECCION DE MEDICAMENTOS"

Propósito General: Que el estudiante sea capaz de realizar la selección de medicamentos necesarios para la unidad de salud.

	SI	NO
1. Prepara las normas y criterios de selección de los insumos, que deben adquirirse en la institución.		
2. Selecciona e identifica los insumos a adquirir en base a los siguientes criterios: Técnicos: - Uso. - Eficiencia. - Eficacia. - Mercado. - Políticas Institucionales.		
3. Elabora catálogos de suministros (cuadros básicos de referencia).		
4. Revisa periódicamente el catálogo de suministro con el fin de adecuarlos.		
5. Analizar o resolver solicitud de incorporación o eliminación de insumos en el catálogo.		

Evaluación general del rendimiento del estudiante.

ANEXO No.17
GASTOS DE RECURSOS POR SEMESTRES 1993-1994

SEMESTRE	COSTO (EN DOLARES)	COSTO TOTAL (EN DOLARES)
CAPACITACION	16.422.44	
I SEMESTRE	80.648.92	
II SEMESTRE	47.994.36	
III SEMESTRE	47.654.36	
		192.720.08

**GASTOS DE RECURSOS NECESARIOS PARA EL DESARROLLO
DEL ESTUDIO-TRABAJO
ESCUELA DE FARMACIA
1993-1994**

COMPONENTE	LINEA DE ACCION	RECURSO	COSTO TOTAL	COSTO FINAL
CAPACITACION	CURSOS DE CAPACITACION	HUMANO	4.408.00	
		EQUIPOS	6.660.00	
		MATERIALES	644.44	
		OTROS	4.710.00	16.422.44

GASTOS DE RECURSOS NECESARIOS PARA EL DESARROLLO DEL
ESTUDIO-TRABAJO
ESCUELA DE FARMACIA
1993-1994
I SEMESTRE

COMPONENTE	LINEA DE ACCION	RECURSO	COSTO TOTAL (EN DOLARES)	COSTO FINAL (EN DOLARES)
Diagnóstico de situación de salud	Encuesta	Humanos	10.134.02	36.118.17
		Equipos	23.346.00	
		Materiales	2.638.15	
	Campañas de promoción y prevención contra el: Colera Dengue Malaria Uso adecuado de medicamentos en la población	Humanos	6.612.50	16.166.55
		Equipos	8.050.00	
		Materiales	1.504.50	

	<p>Orientaciones generales sobre el uso y abuso de los medicamentos y/o plantas medicinales utilizadas en el tratamiento de las principales enfermedades.</p> <p>-Manejo y conservación de los medicamentos en el hogar.</p> <p>_Cumplimiento de los tratamientos.- Técnica de preparación y administración de los medicamentos y/o plantas medicinales</p>	<p>Humanos Materiales</p>	<p>26.450.00 1.914.20</p>	<p>28.364.20</p>
			<p>SUB TOTAL</p>	<p>80.648.92</p>

GASTOS DE RECURSOS NECESARIOS PARA EL DESARROLLO DEL

ESTUDIO-TRABAJO

ESCUELA DE FARMACIA

1993-1994

II SEMESTRE

COMPONENTE	LINEA DE ACCION	RECURSO	COSTO TOTAL (EN DOLARES)	COSTO FINAL (EN DOLARES)
Elaboración del Plan de Intervención	Educación a la población sobre automedicación. Riesgo de adquisición de medicamentos en ventas no autorizadas Apoyar acciones administrativas tendientes a garantizar los insumos medios.	Humanos Materiales Otros	43.196.52 3.937.84 860.00	47.994.36

III SEMESTRE

COMPONENTE	LINEA DE ACCION	RECURSO	COSTO TOTAL (EN DOLARES)	COSTO FINAL (EN DOLARES)
Ejecución del plan de intervención	Ejecutar el plan de intervención. Elaboración de Artículos Científicos y boletines.	Humano Materiales Equipo Otros	43.196.52 3.507.84 90.00 860.00	47.654.36
			TOTAL	192.720.08

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

RECURSO	COSTO EN DOLARES	UNAN	MINSA	OPS	UNI	TOTAL
1.HUMANO	133.997.56	17.212.50	12.600	4.408.00	99.777.06	133.997.56
2.MATERIA-LES	14.146.97			14.146.97		14.146.97
3.EQUIPOS	38.146.00				38.146.00	38.146.00
4.OTROS	6.430.00				6.430.00	6.430.00
TOTAL		17.212.50	12.600	18.554.97	144.353.06	192.720.53

La O.P.S puede aportar por medio del proyecto DANIDA para capacitación, los recursos humanos y los materiales que se utilizarán para el desarrollo de Estudio-Trabajo en la Escuela de Farmacia.

El MINSA puede aportar el equivalente a 7 recursos humanos que se necesitará de parte de esa Institución, que apoyen como tutores en el Estudio-Trabajo.

La UNAN puede aportar el equivalente a 5 Recursos docentes de tiempo completo.