



DOI: <http://dx.doi.org/10.29033/ei.v3sup1.2018.08>

Artículo de revisión

La medicina rural, un imperativo en los países en vías de desarrollo

Rural medicine, an imperative in developing countries

Andrea Estefanía López Palma¹, José Andrés Martínez Gutiérrez², Pablo Gabriel Cevallos Morejón³, Fidel Alejandro Castro Mangui⁴

¹ Médico rural – Pongoa – Tungurahua – Ecuador

² Médico general - Hospital Básico Privado San Andrés – Ambato – Ecuador

³ Médico rural - Coordinación Zonal de Salud 1 - Misión Manuela Espejo – Quito – Ecuador

⁴ Médico rural – Loreto – Orellana – Ecuador

López PAE, Martínez GJA, Cevallos MPG, Castro MFA. La medicina rural. Un imperativo en los países en vías de desarrollo. *Enferm Inv (Ambato)*. 2018; 3(Sup.1): 47-52

2477-9172 / 2550-6692 Derechos Reservados © 2018 Universidad Técnica de Ambato, Carrera de Enfermería. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons, que permite uso ilimitado, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que la obra original es debidamente citada.

Historia:

Recibido: 22 diciembre 2017
Revisado: 03 enero 2018
Aceptado: 30 diciembre 2017

Palabras Claves: Medicina rural; desempeño del médico rural; competencias del médico rural; países en vías de desarrollo

Keywords: Rural medicine; rural doctor practice; rural doctor competencies; developing countries

Resumen

La medicina rural es una etapa de servicio a la comunidad, de carácter obligatorio para todos los egresados de la formación médica de pregrado. Su puesta en práctica es un elemento esencial para el desarrollo social y económico en las comunidades. En Ecuador, los graduados de la carrera de Medicina, al no ser formados bajo el modelo de atención integral de salud y la filosofía de la atención primaria de salud se enfrentan durante la ruralidad a algunos inconvenientes laborales y profesionales. Este trabajo se orienta a reflexionar sobre la situación actual de la medicina rural en los países en vías de desarrollo. Se presentan algunas alternativas de mejora que pueden implementarse en los países para lograr la formación rural de un profesional comprometido con la atención primaria de salud.

Abstract

Rural medicine is a stage of service to the community, mandatory for all graduates of undergraduate medical education. Its implementation is an essential element for social and economic development in the communities. In Ecuador, the graduates of the Medicine career, not being trained under the model of comprehensive health care and the philosophy of primary health care faced during the rurality to some occupational and professional problems. This work aims to reflect on the current situation of rural medicine in developing countries. Some improvement alternatives that can be implemented in the countries to achieve the rural training of a professional committed to primary health care are presented.

Autor de correspondencia:

Andrea Estefanía López Palma. Médico rural. Pongoa. Tungurahua, Ecuador. E-mail: andu_estefy@hotmail.com

Introducción

La medicina rural puede ser entendida como aquella que se practica en comunidades rurales y/o sectores distantes de las ciudades o conglomerados humanos con baja densidad poblacional. La misma se reconoce por varias naciones como una etapa de servicio a la comunidad, de carácter obligatorio para todos los egresados de la formación médica de pregrado con una duración de 12 meses y donde deben cumplir con requerimientos pre establecidos que den fe de las habilidades y conocimientos adquiridos por lo que aparecen normativas o regulaciones en las bases legales de los procesos de salud en cada país.¹

Los antecedentes de la medicina rural se remontan a la antigüedad, se reportan innumerables anécdotas sobre los cuidados y prácticas de salud desde la edad media hasta la actualidad. Cabe destacar que el desarrollo científico técnico alcanzado por la humanidad que aplica a las Ciencias Médicas y de la Salud ha favorecido la formación de talento humano más competente. En este ámbito se precisa que, gracias a los cambios políticos, sociales y económicos, ocurridos en Latinoamérica y el Caribe en los últimos 20 años, se produjeron transformaciones en las políticas de salud de muchos países que han favorecido a la población de escasos recursos, en la misma medida que dan garantías a toda la población, por su carácter universal y gratuidad. No obstante, el trabajo del médico rural en ocasiones se sigue viendo como una opción profesional de segundo rango², debido al arraigado mito de lo poco atractivo que resultan los sectores rurales como espacios para la realización profesional.³

A pesar de la multiplicidad de acepciones existente -ligadas a usos en contextos diversos-, ya que existen tantas definiciones como autores que se refieren a la medicina rural, medicina comunitaria, atención primaria en medio rural, entre otros, sí existe consenso respecto a que esta práctica surge como consecuencia de las crecientes necesidades de salud y desigualdades en la población. En la década del 30 del pasado siglo, se encuentran los primeros intentos de servicio social comunitario en México, seguido por Costa Rica en la década del 40. Más tarde, se extiende esta experiencia a Nicaragua, Venezuela y Uruguay, los cuales solo exigen este servicio en carreras específicas. En Cuba, la medicina rural forma parte de la extensión comunitaria; en Argentina, es un proyecto de servicio social comunitario. En el caso de El Salvador, Guatemala, Bolivia, Honduras, Paraguay, Perú y Ecuador se inició como un proyecto para culminar estudios en carreras de salud, particularmente, en Medicina y Enfermería.⁴

La implementación o puesta en práctica de la medicina rural es un elemento esencial para el desarrollo social y económico en las comunidades.⁵ Es una fase de la vida profesional incipiente que suele ser poco atractiva por las características propias donde se desarrolla la actividad del profesional; sin embargo, hay evidencias de que es una de las actividades más gratificantes que pueda realizarse. Las familias agradecen la presencia del médico comunitario, le abren sus puertas y ponen en sus manos su vida y la de su familia.

Es de resaltar que, en Ecuador, se implementa un modelo de salud que garantiza la cobertura a casi la totalidad de los habitantes sin distinción de etnia, género, ocupación, instrucción o práctica religiosa, a través de las diversas instituciones sanitarias dispuestas en sectores rurales y urbanos que han contribuido a la mejora en los indicadores de salud de la población.⁶

Sin lugar a dudas, esto responde a políticas y programas de salud, que implementan los estados y gobiernos en la búsqueda de la satisfacción de necesidades y una mejor calidad de vida de los individuos, las familias y las comunidades.⁷ En este contexto, la figura del médico comunitario juega un rol esencial en el logro de los objetivos y metas del milenio, adoptados por los países en el marco de la Naciones Unidas para el Desarrollo.

Los países del tercer mundo o en vías de desarrollo son aquellos que por razones de tipo económico y político no han logrado ser competitivos en el ámbito económico mundial; por ende, no logran satisfacer las necesidades básicas de la población, no pueden destinar los recursos necesarios y suficientes para proveer de medios diagnósticos, medicamentos, vacunas⁸, desarrollar programas de salud; planificar, organizar e implementar estrategias que favorezcan el bienestar físico, psicosocial y espiritual de toda la población a pesar del compromiso moral asumido en la congregación de las naciones. Por ello, este trabajo se orienta a reflexionar sobre la situación actual de la medicina rural en los países en vías de desarrollo.

La pertinencia de este estudio está avalada por el hecho de que, globalmente se reconocen insuficiencias en la distribución de profesionales de salud⁹ entre las zonas urbanas y las rurales. Por tanto, se hace cada vez más complejo reclutar y retener médicos de familia que trabajen en zonas rurales, a lo cual se adiciona el crecimiento poblacional indetenible en las zonas rurales que a su vez ocasiona un incremento de la demanda de servicios de salud.³

Desarrollo

Problemática actual de la inclusión en la educación superior ecuatoriana

La posición que ocupa el médico rural le permite realizar intervenciones personalizadas, familiares y/o comunitarias adecuadas a las necesidades de sus moradores y con mayores probabilidades de éxitos empleando los recursos que ponen a su disposición el centro o unidad de salud poniendo a prueba la experiencia profesional del médico y la de los miembros del equipo, siendo la mayor riqueza de la medicina rural la capacidad del talento humano en

interacción con la comunidad para solucionar problemas y poner en práctica los conocimientos aprendidos durante la formación de pregrado aunque su presencia en el centro de salud implique no solo la atención asistencial, sino que comprenda la realización de actividades administrativas, la movilización a largas distancias, poco reconocimiento social y en ocasiones, remuneraciones no acordes con sus desplazamientos y actividades de campo en horarios extras.¹⁰

Se reportan por la Organización Mundial de la Salud (OMS) diversos problemas de salud que afectan a mujeres, jóvenes, adolescentes y niños en sectores rurales, que en ocasiones los pueden llevar a la muerte en etapas tempranas de la vida, de ahí la importancia de la introducción de resultados de investigaciones en la práctica⁸; así mismo el incremento de enfermedades crónicas como la diabetes, hipertensión arterial, obesidad, insuficiencia renal y cardíaca, tuberculosis, infecciones de transmisión sexual y digestivas por inadecuadas condiciones sanitarias, desnutrición, entre otras, que se dan como producto de la situación económico social y que requieren intervención a corto, mediano y largo plazo, por los profesionales y técnicos de la salud. Al mismo tiempo, se identifican: los bajos ingresos económicos, el bajo nivel de instrucción, el desempleo, los insuficientes servicios básicos (agua, electricidad, alcantarillado), el hacinamiento, la disfunción familiar, la violencia de género, entre otros, como factores y determinantes de salud que condicionan la aparición de estos problemas.¹¹

Para enfrentar estas y otras problemáticas, el médico rural debe ser portador de un conjunto de competencias profesionales, descritas por Herrera, como resultado de un proceso de investigación en el cual participaron líderes comunitarios y profesionales¹²:

Competencias profesionales

- 1- Diagnosticar y tratar los problemas de salud de forma rápida y oportuna en personas en cualquier etapa del ciclo vital
- 2- Individualizar la atención y gestionar atención sobre la base de la mejor evidencia científica disponible.
- 3- Preparar el centro de salud y el talento humano para el enfrentamiento de situaciones de emergencia.
- 4- Gestionar la referencia y contrarreferencias oportunamente.

Competencias para la vida

1. Ser creativos, asumir riesgos, así como poseer la habilidad para planificar y gestionar proyectos para alcanzar una meta.
2. Definir sus propias normas y principios que regulen su actuar cotidiano, salvo si compartiera espacio con otras personas en escenarios formales.
3. Desarrollar pensamiento crítico y hacer uso del mismo, reflexionar y adaptarse al cambio.
4. Desarrollar la empatía, la actitud crítico-reflexiva
5. Estimular la autoestima

Competencias comunicativas

1. Comunicar de forma eficiente las novedades al paciente o su familia
2. Demostrar confianza en el paciente y establecer relaciones agradables, ser comprensivo y empático
3. Estimular el diálogo y estimular el debate con el paciente y la familia.
4. Mediar en los conflictos entre el paciente y sus familiares, persuadir y conciliar el tratamiento o conducta a seguir con el enfermo.
5. Reconocer las limitaciones del sistema sanitario y evitar conflictos en la satisfacción de necesidades de los pacientes.

Competencias culturales

1. Defender y promover los derechos del paciente
2. Comprender el componente intercultural de la atención en poblaciones o grupos prioritarios.
3. Identificar las determinantes de salud que afectan a la población a su cargo.
4. Respetar las culturas y principios de grupos étnicos o prioritarios.
5. Promover la conciencia social y el respeto a la diversidad
6. Buscar soluciones a problemas locales con recursos locales apoyándose en los actores y líderes de la comunidad.

7. Fomentar la colaboración y amistad entre los habitantes de la comunidad, fortaleciendo las redes informales de apoyo local.

Dificultades en el desempeño de los médicos rurales en los países en vías de desarrollo

El médico comunitario es el eje central de la comunidad rural, es quien conoce la problemática de los sujetos que en ella viven y para ello es necesario calidad en las relaciones interpersonales que se establecen con sus habitantes, siendo esta una habilidad que le permite recabar información valiosa que apoya la atención familiar y comunitaria en condición de privilegio que no pudiera recopilarse si estuviera en otro escenario.

La actividad a desarrollar por este profesional será incompleta e ineficiente si no se contara con una estructura física y asistencial, que respalde sus actuaciones en el primer nivel de atención en salud de forma continua y sistemática. Puesto que hay que tener presente que las personas viven y se desarrollan en colectividad, lo que significa que conviven en entornos sociales, culturales, económicos y políticos, que de alguna manera inciden en su estado de salud. De ahí que se requiera de enfoques y estrategias de atención más personalizados, en algunos casos, y bajo los cuales el equipo de salud desarrolle acciones de curación, prevención, promoción y rehabilitación de las personas reconociendo la corresponsabilidad de estas con su propia salud, la necesaria participación social y la interculturalidad.

Uno de los mayores desafíos que puede asumir un centro de formación es el impacto que generan sus egresados durante la práctica o ejercicio profesional.¹³ Según Strauman y otros, citado por Herrera y Troya¹², la formación debe lograr que el médico rural alcance su desarrollo profesional en la zona asignada y al mismo tiempo, desarrolle sentido de pertenencia en la misma, vinculando las dimensiones de la vida laboral con las de la vida personal o privada. No obstante, se han detectado dificultades en su desempeño en los países en vías de desarrollo.

En Venezuela, un estudio de percepción de médicos rurales egresados sobre funciones se identificó que el 55% domina las destrezas básicas; más del 50% tiene dificultades en el dominio de cuestiones ético-legales, lo que afecta su desempeño en la elaboración de certificados de defunción, de nacimientos o levantamientos de cadáveres; 67%, no sabe elaborar informes epidemiológicos ni pueden desarrollar otras funciones administrativas. Esta situación les lleva a cometer errores cuando las autoridades de salud solicitan informes de supervisión o epidemiológicos que les califican como profesionales incompetentes. En tanto, las mejores competencias fueron en el área social, investigativa y educativa.¹⁴

En la literatura, se pueden encontrar resultados de investigaciones realizadas en México donde se informa que los estudiantes son asignados a unidades o centros de salud rurales o urbanos, también a hospitales, pero no constituye este proceso de asignación una fuente de satisfacción entre los médicos. Más bien, lo ven como una práctica injusta, que condiciona su graduación. Se hace referencia a situaciones de inseguridad en las zonas de trabajo, el poco tiempo de duración de la ruralidad (6 meses a un año), escaso personal profesional en las instituciones donde predominan los pasantes o estudiantes, por lo que a estos educandos se les asignan funciones asistenciales y administrativas para las que no han sido formados ni poseen la experiencia suficiente para conseguir resultados de salud.

Otra dificultad es que, ante la ausencia de profesionales graduados, el estudiante no posee tutor docente rural que le guíe en el proceso de integración de conocimientos y desarrollo de habilidades, se enfrenta a la falta de insumos y medicamentos generados por la insolvencia del sistema sanitario a nivel primario luego de la descentralización, problemas financieros que limitan la contratación de profesionales y problemas salariales.¹⁵

Paralelamente, en Colombia, miembros de la Asociación Colombiana Médica de Estudiantes reportan dificultades en la selección y ubicación de los médicos para su ubicación como médicos rurales, refieren que el sistema informático se encarga de asignar plazas sin considerar elementos básicos tales como preferencias y características sociodemográfica del postulante que harían más equitativo y justo el proceso.

Por otra parte, algunos médicos rurales hacen referencia a inconvenientes en su desempeño profesional que constituye fuente de insatisfacción, en tanto, afectan sus resultados de trabajo en las zonas apartadas o distantes,¹⁶ de difícil acceso, a la inseguridad y violencia en esas zonas, contratos sin las debidas prestaciones laborales, el no reconocimiento del seguro social durante el servicio rural, la baja remuneración salarial, la transferencias o remisiones de pacientes a lugares lejanos y viviendas en mal estado o precarias condiciones de la población diana.¹⁷

En tanto, en Perú, se realizó una investigación con médicos que se encontraban realizando su Servicio Social Obligatorio (SSO) y se identificaron como dificultades que afectan la actividad profesional, la carencia de insumos, la sobrecarga laboral y accidentes del tránsito durante la jornada laboral.¹⁸

En Ecuador, se han realizado estudios que revelan las motivaciones de los médicos residentes para seleccionar el espacio de trabajo de los graduados y han puesto de relieve que tanto hombres como mujeres priorizan el lugar de trabajo en relación al espacio que mejor les permita consolidar la familia.¹⁹

Por otro lado, al no ser formados bajo el modelo de atención integral de salud y la filosofía de la Atención Primaria de Salud (APS), se enfrentan durante la ruralidad a algunos inconvenientes laborales y profesionales.

Inconvenientes que el profesional logra resolver con el paso del tiempo, a través de cursos de educación médica continua rápidos y poco costosos, pero que poseen gran impacto en el mejoramiento de la atención de salud.^{20,21} Sin embargo, con frecuencia al momento en que logra aproximarse al MAIS, es también tiempo de culminar su ruralidad, coartándose la posibilidad de implementar lo aprendido y de mejorar los indicadores de salud de la población a su cargo.

Además, en Ecuador, a pesar de existir un Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) bien diseñado y estructurado que se implementa a través de toda la red pública y privada de salud, la misma que garantiza la participación ciudadana, el acceso libre y gratuito, la equidad, continuidad de atención y la justicia social en cada uno de los centros y unidades de salud.⁶

El sistema de salud ecuatoriano se debate hoy en cuestiones relativas a los profesionales médicos que egresan de las universidades, quienes no se forman bajo las concepciones, principios y filosofía del MAIS, modelo vigente, y de la APS como estrategia del modelo, por lo que su estancia como médico comunitario en la ruralidad resulta compleja, difícil y poco estimulante. No obstante, se pueden observar progresos y mejoras en los indicadores de salud en las tres regiones del país.²²

Conclusiones

La APS es el eje esencial del cualquier sistema de salud, en particular, en aquellos países en vías de desarrollo. Los servicios que se brindan en las instituciones de salud del primer nivel deben estar dirigidos a beneficiar a las poblaciones de escasos recursos y a los grupos vulnerables, prioritarios y mayor riesgo.

Se ha destacado que, los médicos comunitarios, durante su etapa de ruralidad, en ocasiones desconocen de los procesos de este nivel de atención, puesto que no han sido formados bajo la filosofía de la APS, en la mayoría de los países de la región.

Dicha situación genera insatisfacciones y conflictos que desmotivan la permanencia y retención de los profesionales en el primer nivel de atención. La eficiencia de este nivel primario depende del trabajo en equipo, de la participación ciudadana y de la intersectorialidad. De ahí que los médicos rurales, a su llegada a las unidades designadas, deban empoderarse de todos los procesos para lograr resultados en su trabajo en el medio rural, el cual les ofrece mayores posibilidades de practicar una verdadera medicina de cabecera, integral e integrada.

- Son varias las alternativas de mejora que pueden implementarse en los países para lograr la formación rural de un profesional comprometido con la APS, que logre integrar las competencias profesionales y las de la vida. Entre ellas las siguientes:
- Formar talento humano profesional lo suficientemente numeroso y con las competencias requeridas para la práctica de una Atención Primaria de la Salud de calidad que incida favorablemente en sectores socialmente poco favorecidos.
- Desarrollar programas de capacitación en etapas tempranas de la formación dirigido al personal de reciente incorporación al ministerio de salud pública en temáticas sociales, psicológicas, epidemiológicas, culturales, geográficas, históricas y antropológicas que dote de las herramientas necesarias y suficientes para enfrentar la atención y educación de la población en cuestiones de salud de una manera más eficiente y con resultados palpables. Al mismo tiempo que incentive o motive la práctica de la medicina rural una vez egresado de la formación de pregrado.
- Implementar programas de capacitación continua, dirigidas a los miembros del equipo de salud con enfoque multidisciplinar y multiprofesional donde se actualicen sus conocimientos y se mejoren sus habilidades para solucionar conflictos y problemas locales, laborales y profesionales; así mismo, se favorezca la satisfacción con el trabajo, se estimule la retención laboral y mejoren los resultados en salud.
- Estimular desde las instituciones del Ministerio de Salud Pública el academicismo en la práctica de la medicina rural de conjunto con las universidades, centros formadores y la colaboración del gobierno fomentando la investigación y la puesta en práctica de sus resultados en beneficio de la población.

Conflicto de intereses

Ninguno declarado por los autores.

Agradecimientos

Ninguno declarado por los autores.

Referencias

1. Moya Peñafiel MJ. Servicio Social Obligatorio en Colombia: Incertidumbre de los recién graduados en medicina. *Rev. Méd. Risaralda*. 2014; 20 (2):114-120.
2. Grupo de Trabajo de Medicina Rural. El medio rural: una visión mirando al futuro (I). *Atención Primaria*. 2000; 26(2): 120-130.
3. Alicia Guevara, Rafael Romero. La retención de médicos de familia en zonas rurales en el Ecuador. *Práctica Medicina Rural*. [en línea]. 2016 [citado 2017 Dic 10].; 2. Disponible en: <http://saludrural.org/index.php/saludrural/article/view/154/216>
4. Organización Panamericana de la Salud. El servicio social de Medicina en América Latina. Situación Actual y Perspectivas. Informe de taller regional. Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 18, Washington: OPS; 1998.
5. Ministerio de Salud Pública de Ecuador (MSP). Norma para el cumplimiento del año de salud rural de servicio social. Registro Oficial 626; 2015.

6. Naranjo Ferregut JA, Delgado Cruz A, Rodríguez Cruz R, Sánchez Pérez Y. Consideraciones sobre el Modelo de Atención Integral de Salud del Ecuador. *Rev Cubana Med Gen Integr* [en línea]. 2014 [citado 2017 Dic 10]; 30(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000300011&Ing=es.
7. Herrera Alcázar VR, Presno Labrador MC, Torres Esperón JM, Fernández Díaz IE, Martínez Delgado DA, Machado Lubián M del C. Consideraciones generales sobre la evolución de la medicina familiar y la atención primaria de salud en cuba y otros países. *Rev Cubana Med Gen Integr* [en línea]. 2014 [citado 2017 Dic 19]; 30(3): 364-374. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000300010&Ing=es
8. OMS. Informe del Grupo consultivo de expertos en investigación y desarrollo: financiación y coordinación [en línea]. 2012 [citado 2017 Dic 10]. Disponible en: http://www.who.int/phi/CEWG_Report_ES.pdf
9. Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación en Argentina (CONEAU). Postgrado en Argentina. Posgrados acreditados de la República Argentina; 2014.
10. Arroyo de la Rosa IA, Guerrero Mayor O, Barneto Clavijo A, Guimil Salas T. Luces y sombras de la medicina rural: a propósito de la docencia Aten Primaria. 2007;39(4).
11. Martín Zurro A. Atención Primaria de Salud. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, eds. *Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica*. 6.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2008.
12. Herrera D, Troya C. La formación del médico rural, el modelo de competencias y la teoría crítica. *Práctica Medicina Rural*. [en línea]. 2016 [citado 2017 Dic 10]; 2. Disponible en: <http://saludrural.org/index.php/saludrural/article/view/151/214>
13. Sánchez Sagrado T. La atención primaria en Irlanda. *Semergen*. [en línea]. 2017 [citado 2017 Dic 10];43: 565-8. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-semergen-medicina-familia-40-comprar-la-atencion-primaria-irlanda-S1138359317300576>
14. Fernández Pontillo A, Vargas Torrealba M de L, Fuentes L. Percepción de las Competencias adquiridas por los egresados de la Escuela de Medicina para el ejercicio como médico rural: Universidad de Carabobo, núcleo Valencia. *Comunidad y Salud* [en línea]. 2014 [citado 2017 Dic 19]; 12(1): 37-45. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169032932014000100006&Ing=es
15. Nigenda G. Servicio social en medicina en México. Una reforma urgente y posible. *Salud Pública de México* [en línea]. 2013 [citado 2017 Dic 10];55(5):519-527. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10628334010>
16. Asociación Colombiana Médica Estudiantil y Asociación Colombiana Médica Estudiantil (ACOME). Estudio servicio social obligatorio (rural). COEPE [en línea]. 2014 [citado 2017 Dic 10]. Disponible en: <http://facultades.uceva.edu.co/index.php/inicio-medicina/1080-estudiante-uceva-perteneiente-a-la-asociacion-medica-estudiantil-participa-de-la-reforma-a-la-ley-del-servicio-social-obligatorio>
17. Campillo Pardo J. El año rural: Realidad agri dulce para los médicos recién graduados. Un relato de quien lo vivió. *Revista Nova et Vetera*; 2015;1(2).
18. Taype Rondán Á, Vidal Torres M, Chung Delgado K, Maticorena Quevedo J, Mayta Tristán P. Problemas percibidos y experimentados por profesionales de salud durante el servicio social en Ancash, Perú. *Rev. Fac. Med.* 2015; 65(3): 441-446.
19. Bedoya Vaca R del C, Romero Sandoval N. Expectativas (significados) de residentes ecuatorianos de medicina respecto a la selección del ámbito de trabajo. *Práctica Medicina Rural*. [en línea]. 2016 [citado 2017 Dic 10]; 2. Disponible en: <http://saludrural.org/index.php/saludrural/article/view/150>
20. Obregón M. Educación médica continua en profesionales de la salud de una zona rural del Ecuador. *Práctica Medicina Rural*. [en línea]. 2016 [citado 2017 Dic 10]; 2. Disponible en: <http://saludrural.org/index.php/saludrural/article/view/153>
21. Barret F, Lipsky M, Lutfiyya M. El impacto de la capacitación rural experiencias de los estudiantes de Medicina. *Acad Med*; 2010.
22. Barros Gavilanes PA, Galbán Feijoo GG, Morales San Martí J. Conocimientos y percepciones de los estudiantes sobre Atención Primaria de Salud en la escuela de Medicina, año 2012. [Tesis de Grado]. Universidad de Cuenca COEPE [en línea]. 2013 [citado 2017 Dic 10]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3441/1/MED155.pdf>