

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

**FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR**

**AUTO PERCEPCIÓN DE LA IDENTIDAD DEL MÉDICO
FAMILIAR, POR PARTE DE LOS RESIDENTES DEL TERCER
AÑO DEL POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR DE LA
PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR 2014.**

**DISERTACION PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR**

AUTORAS:

DRA. MONSERRATH MACAS ENDERICA

DRA. ANA FIERRO GONZÁLEZ

DIRECTORA:

DRA. SUSANA ALVEAR DURÁN

DIRECTOR METODOLÓGICO

DR. JOSÉ SOLA.

Quito, 2014

Agradecimientos

Monserrath:

Agradezco a Dios porque me acompañó durante este camino, me dio fortaleza en los momentos difíciles.

A mi familia, mi madre Oliva, mi hermano Gustavo, que han sabido amarme incondicionalmente.

A mi padre Eduardo que hizo de mí una mujer de sueños.

A mis compañeros, Anita, Irene y Santi y Luisa que han inspirado en mí el anhelo de ser mejor.

Anita:

Agradezco en primer lugar a Dios por permitirme culminar una meta más, en segundo lugar a mis padres, que han sido el pilar para mi formación, y a mi esposo Juan Pablo, por su apoyo incondicional.

Tabla de Contenidos

RESUMEN	7
Abstract.....	10
Introducción.....	12
CAPITULO II. Revisión bibliográfica	14
II.1 CONTEXTO HISTORICO Y ACADÉMICO DE LA MEDICINA FAMILIAR	14
II.1.1 INICIOS DE LA DOCENCIA MÉDICA.....	14
II.1.2 LA CRISIS DE LA EDAD MEDIA	14
II.1.3 EL MEDICO GENERAL DEL SIGLO XIX, EL ORIGEN DEL MÉDICO FAMILIAR.....	16
II.1.4 EL AUGE DE LAS ESPECIALIDADES MÉDICAS EN EL SIGLO XX Y LA INFLUENCIA FLEXNERIANA EN LA DOCENCIA MÉDICA.....	17
II.1.5 PARADIGMAS DE LA EDUCACIÓN MÉDICA Y EL NACIMIENTO DE LA MEDICINA FAMILIAR EN LATINOAMERICA.	19
II.1.6 HISTORIA DE LA MEDICINA FAMILIAR EN EL ECUADOR Y PERSPECTIVAS A FUTURO.	22
II.2 FORMACIÓN DE MÉDICOS FAMILIARES COMO EJECUTORES.....	25
II.2.1 CONTRIBUCION DE LA MEDICINA FAMILIAR EN LA ESTRATEGIA DE LA ATENCION PRIMARIA	25
II.2.2 FORMACION DE RECURSOS HUMANOS EN MEDICINA FAMILIAR.....	27
II.2.3 SURGIMIENTO DE LA PEDAGOGIA MÉDICA.	28
II.2.4 EXPERIENCIAS CON RESIDENCIAS EN MEDICINA FAMILIAR EN AMERICA LATINA	30
II.2.5 REORIENTACIÓN DE LA MALLA CURRICULAR, BASADA EN APS, COMO FUNDAMENTO DE LA MEDICINA FAMILIAR.	33
II.2.6 ELEMENTOS DISTINTIVOS DE LA MEDICINA FAMILIAR.....	35
II.2.7 CONCEPTOS Y PRINCIPIOS	35
II.3 IDENTIDAD PROFESIONAL DEL MEDICO FAMILIAR.....	43
II.3.1 CONSTRUCCION DE LA IDENTIDAD PROFESIONAL	43
II.3.2 EL CAMPO MÉDICO, LUCHA DE PODERES / ESTABLECIMIENTO DE LA IDENTIDAD....	45
II.3.3 EL IMAGINARIO SOCIAL DEL MÉDICO.	47
II.3.4 EL MÉDICO FAMILIAR VERSUS EL MÉDICO ESPECIALISTA.....	49
II.3.5 IDENTIDAD DEL MÉDICO FAMILIAR EN LATINOAMÉRICA.....	51

CAPITULO III	54
III.1. OBJETIVO GENERAL:.....	54
III. 2 OBJETIVO ESPECÍFICO:	54
III.3 TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO	55
III.4 UNIVERSO Y MUESTRA.....	55
III.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	556
III.6 CATEGORÍAS Y VARIABLES	566
III.6.1 CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS EN EL ANÁLISIS DE LOS DATOS CUALITATIVOS ...	566
III.6.2 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES CUANTITATIVAS	57
III.7 Recolección de la información	58
III. 7.1 Información cualitativa.	58
III. 7.2 Información cuantitativa.....	59
III.8 Instrumentos de recolección	59
III.9 Análisis de los datos.....	60
III.9.1 Análisis de datos cualitativos:	60
III. 9.2 Análisis de datos cuantitativos.....	61
III. 9.3 Exposición y presentación de datos.....	61
III. 9.4 Sesgo en la investigación	61
CAPITULO IV. Resultados	63
IV.1 EXPOSICION DE RESULTADOS DE DATOS CUALITATIVOS	63
IV.1.1	63
CATEGORIAS.....	63
IV.1.2	69
SUBCATEGORIAS	69
IV.1.3	76
CONSTRUCCION DE LA IDENTIDAD COLECTIVA.....	76
IV.1.4	80
RELACIONES INTERPERSONALES.....	80
IV.1.5	83

RECONOCIMIENTO DEL MEDICO FAMILIAR.....	83
IV.1.6.....	90
PROYECTOS A FUTURO	90
IV.1.7	93
SUBJETIVIDADES.....	93
IV.2 RESULTADOS CUANTITATIVOS SOBRE AUTOPERCEPCIÓN DE COMPETENCIAS DE LOS ESTUDIANTES DEL TERCER AÑO DEL POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR	96
IV.2.1 Comunicación y toma de decisiones conjuntas:.....	96
IV.2.2 Respeto a los derechos y autonomía del paciente:.....	97
IV.2.3 Visión integral y atención longitudinal:	98
IV.2.4 Identificación de los grupos de riesgo, gestión al acceso sanitario, y definición del perfil epidemiológico:	99
V. DISCUSIÓN	102
Conclusiones y recomendaciones:.....	¡Error! Marcador no definido. 3
Referencias bibliográficas	138
ANEXOS.	145

Lista de gráficos

- 1. Grafico 1. Autopercepción de las habilidades en comunicación y toma de decisiones conjuntas en los estudiantes del tercer año del posgrado de medicina familiar.**
- 2. Grafico 2. Autopercepción de la capacidad de apreciación integral del paciente y atención longitudinal en los estudiantes del tercer año del posgrado de medicina familiar.**
- 3. Grafico 3. Autopercepción de respeto al principio de autonomía del paciente y búsqueda de opciones en su tratamiento de los estudiantes del tercer año del posgrado de medicina familiar.**
- 4. Grafico 4. Autopercepción de la capacidad de identificación de grupos de riesgo y gestión de acceso a un sistema de salud de los estudiantes del tercer año del posgrado de medicina familiar.**
- 5. Grafico 5. Autopercepción de la capacidad para definir un perfil epidemiológico de los estudiantes del tercer del posgrado de medicina familiar.**

Lista de cuadros.

CUADRO 1. CATEGORÍAS Y SUBCATEGORIAS EN EL ANALISIS DE LOS DATOS CUALITATIVOS POR EJES TEMÁTICOS DE ESTUDIO

CUADRO 2. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO CUANTITATIVAS

RESUMEN

Introducción: El presente estudio se realizó en la línea de procesos de enseñanza aprendizaje en la educación médica del posgrado en Medicina Familiar de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. El tema se planteó a partir de la importancia de los elementos que definen la Identidad del Médico Familiar, como una construcción individual, relacional y de grupo, en el contexto de una especialidad; que pese a la trayectoria de más de veinticinco años en el Ecuador, no ha conseguido un impacto visible en la sociedad ecuatoriana.

Objetivos: Evaluar la autopercepción de la identidad de Médico Familiar en los estudiantes del tercer año del posgrado de Medicina Familiar. Además de la autopercepción de competencias logradas de acuerdo al perfil del médico familiar.

Materiales y método: Se realizó un estudio cualitativo, en el que se emplearon entrevistas personales, con 12 de los 15 estudiantes del tercer año del posgrado, que fueron grabadas en audio y luego la aplicación de una encuesta para la valoración general cuantitativa de las competencias.

Los datos cualitativos se codificaron manualmente, organizándolos por categorías y subcategorías según vínculos temáticos para el análisis interpretativo del contenido.

Discusión: Se realizó en cuatro categorías principales: La construcción de la imagen de médico familiar, el reconocimiento de la imagen de médico familiar,

y Proyectos a futuro y subjetividades, en relación a la descripción de los procesos de apropiación del rol de médico familiar, con un análisis sociológico, en comparación con estudios similares en diferentes contextos internacionales.

En la parte cuantitativa, las competencias fueron evaluadas desde la mirada de la autopercepción de los estudiantes, competencias generales médicas y las competencias específicas de la especialidad del individuo, familia y comunidad, con la escala de Likert, comparándolos con estudios realizados en América Latina y España.

Conclusiones Los estudiantes del tercer año que cursan el posgrado de Medicina Familiar, casi al término del mismo, han vivenciado un proceso en la construcción de su identidad profesional, en el que sus motivaciones se describen fuertemente como el “*tomar un riesgo*” al iniciar un posgrado sin información precisa, o en su mayoría sin haber tenido ninguna formación universitaria previa en aspectos concernientes a la Atención Primaria en Salud.

Durante el transcurso de los tres años del posgrado describen la percepción de crecimiento en algunas áreas de sus competencias médicas y la apropiación personal de ciertas características que forman parte del reconocimiento individual de “ser” un médico Familiar.

La búsqueda de un grupo de pertenencia con quienes comparten ciertos elementos identificadores y la vivencia de una implícita lucha de poderes ante la

percepción de ser subestimados por otros grupos o especialidades, para lograr el reconocimiento social como médicos familiares.

En cuanto a la autopercepción de sus competencias médicas, de manera general concluimos que las mayores fortalezas son visibles en el área de comunicación, capacidad de juicio clínico y toma de decisiones y las de mayor debilidad las que tienen que ver con aspectos de la familiar y comunidad.

Abstract

Introduction: This study was conducted in line teaching and learning processes in postgraduate medical education in Family Medicine at the Pontifical Catholic University of Ecuador. The issue arose from the importance of the elements that define the identity of the Family Physician as an individual, relationship building and group in the context of a specialty; that despite the history of more than twenty-five years in Ecuador, has not got a visible impact on the Ecuadorian society.

Objectives: Evaluate self-identity Family Medical students in the third year of graduate Family Medicine. were posed to assess self-rated Identity Family Medical students in the third year of graduate. In addition to the self-perception of competence achieved according to the profile of the family doctor.

Materials and methods: A qualitative study, in which personal interviews were used, with 12 of the 15 students of the third year of graduate studies, which were taped and then applying a quantitative survey for overall assessment of skills was conducted.

Qualitative data were coded manually organizing them into categories and subcategories as links to the interpretive thematic content analysis.

Discussion: We conducted in four main categories: The construction of the image of family physician, recognizing the image of a family doctor, and Future

Projects and subjectivities in relation to the description of the processes of appropriation of the role of family doctor, a sociological analysis, compared with similar studies in different international contexts.

The quantitative facts were evaluated from the perspective of self-perception of students of medical general skills and specific competencies of the specialty in relation to the individual, family and community. The evaluation made with the Likert scale and compared with other studies mainly performed in Latin America and Spain.

Conclusions: The third year students of Family Medicine postgraduate, nearly the end of it, have experienced in their process of building their professional identity, that the main motivations are strongly described as "taking the risk" to start a graduate without accurate, or mostly without having any prior university training in aspects concerning the Primary Health Care.

During the three years of graduate they described the perception of growth in some areas of medical expertise and the personal appropriation of certain features that are part of the individual recognition of "being" a Family doctor.

Besides finding a group membership with those who share certain identifying element, the experience of an implied contradictions and power struggle with the perception of being undervalued by other groups or specialties for social recognition as family physicians.

As for the self-perception of their medical skills, generally conclude that the greatest strengths were in the area of communication, clinical judgment and decision making. The weakest were the related to aspects of family and community.

Introducción

En el presente trabajo investigativo es sobre la identidad del Médico Familiar y sus competencias.

La sociología contemporánea, considera a la identidad profesional, como un proceso de construcción dentro de un espacio social de interacción, que permite finalmente, una representación individual y así la definición de sí mismos, a medida que se logra el reconocimiento del otro, que permite el sentido de pertenencia a un grupo, desde la auto conciencia y la interiorización de un rol. (1)

Un trabajo realizado en la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) de México presenta el análisis sobre la Identidad Profesional de los Sociólogos, con una amplia revisión de postulados teóricos de varios autores y la categorización donde resaltan procesos contextuales y sociales, que permiten la diferenciación de otros profesionales. (2)

Canadá, es uno de los países pioneros en el reconocimiento del Médico Familiar. En 1954, existió ya el primer Colegio de Medicina General de Canadá, lo que marcó profundamente una identidad vocacional, hoy en día se ve amenazada, porque luego de la finalización de sus carreras, los estudiantes se

encuentran en la disyuntiva ya no vocacional, sino más bien ante la elección del estilo de vida que desean llevar, y atractivas ofertas de especialidades lucrativas en el campo médico, lo que precisa una nueva definición identitaria, que permita la subsistencia de la Medicina Familiar.(3)

Mientras tanto en Ecuador, tras 27 años de historia con pasos lentos, los inicios de la Medicina Familiar fueron esfuerzos del sector Universitario privado, con el respaldo de Instituciones médicas particulares. Un espacio de acceso limitado, con la proyección de una imagen tímida y no reconocida por el Sistema Nacional de Salud, sino hasta hace 2 años.(4)(5)

En este contexto, las nuevas generaciones de médicos familiares se enfrentan al desafío de seguir trabajando por la construcción de una identidad profesional, orientada hacia el fortalecimiento de la Atención Primaria, sin antes vivir un proceso de lucha que permita el reconocimiento individual y colectivo, tema que profundizaremos a lo largo de nuestro estudio.

Dentro del campo de la docencia, haremos el análisis de las competencias, definidas por el perfil esperado del Médico Familiar, en el multifacético marco integrador de la competencia médica, que le dan al médico familiar características particulares, analizadas de manera general desde la autopercepción del grupo de estudio.(6)

CAPITULO II. Revisión bibliográfica

II.1 CONTEXTO HISTORICO Y ACADÉMICO DE LA MEDICINA FAMILIAR

II.1.1 INICIOS DE LA DOCENCIA MÉDICA

La Docencia Médica, tuvo sus inicios en la Grecia clásica, hacia el siglo VI AC. Los médicos tenían su formación desde la niñez en algunas de las Escuelas de Medicina, donde había un médico, a cargo de varios discípulos que generalmente tenían algún parentesco.

El aprendizaje básicamente se lo hacía a través de diálogos, exposiciones y debates; con el objetivo de que lleguen a ser “filósofos”, con énfasis en la observación, el análisis y la ética, carecía de una estructura, se basaba en la experiencia clínica y el aprendizaje era a partir de la observación, la cercanía maestro, estudiante estrechaba lazos fraternos de lealtad entre ellos.(7)

II.1.2 LA CRISIS DE LA EDAD MEDIA

La Edad Media, se caracterizó por prácticas mágico-religiosas y el charlatanismo. Los médicos en esta época se diferenciaban por el origen étnico de sus conocimientos, por tanto eran: galos, judíos, latinos y griegos;

cada uno de ellos podían estar influenciados por la medicina griega o por las prácticas empíricas.

Al final del siglo X se crea el primer centro laico de educación médica en Europa: La Escuela de Salerno; dentro de sus características estaban, la enseñanza estructurada, un cuerpo docente y el uso de un método y material docente.

El logro máximo de la medicina medieval alcanzó fue conseguir un conocimiento más humano, es decir que el médico era capaz de reconocer de una forma coherente las causas que provocaban las enfermedades y basar en ellas su terapéutica; objetivo que se logró gracias a la Universidad.

La Universidad aparece hacia el siglo XIII, con un grupo de maestros que se juntaban para enseñar a otro grupo: los estudiantes. Por tanto las universidades fueron asociaciones gremiales de carácter intelectual, siendo entonces la institución idónea para la elaboración y creación científica.(8)

II.1.3 EL MEDICO GENERAL DEL SIGLO XIX, EL ORIGEN DEL MÉDICO FAMILIAR

La Medicina Familiar, tiene sus orígenes en la práctica general de la medicina, cuyo modelo se remonta hacia el siglo XIX, al referirse al médico que se hacía cargo de las familias de un lugar, que visitaba a enfermos en las casas y además era consultado como consejero fue valorado como el médico de cabecera de familias de renombre, su auge se estima hasta inicios del siglo XX, donde tras el informe elaborado por Flexner, provoca un cambio paradigmático rotundo en la educación médica y la práctica clínica.(9)

Durante los siglos XVIII y XIX hay un estancamiento de las Universidades, mientras que las academias científicas toman la misión en la generación de conocimiento a través de encuentros y congresos.

En esta época se incorpora al hospital como parte de las Universidades; con el fin de unir la teoría y la práctica, dando lugar al modelo anátomo-clínico. Pronto surge la polémica para decidir cuál es el mejor método de enseñanza: la investigación o la habilidad práctica, dando lugar a dos corrientes docentes:

- 1) La clínica o francés, que se enseñaba en el hospital.
- 2) El básico o alemán, que se enseñaba en los institutos de investigación.(7)

II.1.4 EL AUGE DE LAS ESPECIALIDADES MÉDICAS EN EL SIGLO XX Y LA INFLUENCIA FLEXNERIANA EN LA DOCENCIA MÉDICA

En 1910 Abraham Flexner, un profesor estadounidense, crítico del sistema de enseñanza de la calidad de educación, provocó un giro de 180 grados en la formación médica universitaria durante una época en que se pretendía conseguir mano de obra médica barata para la alta demanda de pacientes, cuyo resultante fue universidades privadas que lucraban, formando médicos sin ningún estándar de calidad, y que al final terminarían siendo subordinados.(10)

Flexner realizó un trabajo de investigación de la calidad de educación médica, en más de ciento cincuenta Escuelas de Medicina a principios del siglo XX en Estados Unidos su informe final, provocó el cierre de casi la mitad de ellas y dio paso al nacimiento de un nuevo modelo educativo, cuyo principal objetivo era el lograr que la educación médica se base en una formación netamente científica y sistemática que descarte cualquier práctica empírica.(10)

De entre sus postulados se destacan: El énfasis en el conocimiento de las ciencias biomédicas, el hospital como centro de la enseñanza médica, el enfoque hacia la experiencia clínica, y la asistencia médica por especialidades, lo que provocó a la vez el declive y la subvaloración del médico general, el estancamiento por lo tanto de la Medicina Familiar y el nacimiento de la era de las especialidades y subespecialidades, cuyo objetivo primordial era el diagnóstico y tratamiento efectivo de la enfermedad.(11)

Flexner también le otorgó extrema importancia al espacio “Hospital” como centro de experimentación, llegando a proponer que cada universidad tuviera su propio hospital, a la par con la industrialización, se trata de sistematizar la educación. Para así obtener un “producto” de una determinada calidad y con sus características específicas, siendo la respuesta a las demandas sociales.(10)

II.1.5 PARADIGMAS DE LA EDUCACIÓN MÉDICA Y EL NACIMIENTO DE LA MEDICINA FAMILIAR EN LATINOAMERICA.

Los paradigmas que fundamentaron cambios radicales en la educación médica de Latinoamérica son; el “flexneriano” y el “crítico”, éste último nace como la reivindicación de la práctica médica integral.

El Informe Flexner, marcó una nueva era en la educación médica y el reconocimiento mundial. Europa vivió aceleradamente la inversión de la proporción de médicos generales versus especialistas, llegando a la relación 20/80 la primera mitad del siglo XX y dos guerras mundiales, que desencadenaron el encarecimiento de la atención en salud, la insatisfacción en la atención, por la pérdida de la visión de la salud como un todo y la incapacidad de sostener un Sistema de Salud, centrado en las especialidades.

(12)

Paralelamente en Latinoamérica el paradigma “flexneriano” se convirtió con rapidez en un modelo a seguir, centrado en la fragmentación, la especialidad médica y la práctica hospitalocéntrica como el eje de la educación y fue causa del mejoramiento académico, en cuanto al equipamiento

tecnológico, laboratorios, el perfeccionamiento de la práctica médica y la docencia con énfasis en la calidad de la formación médica.(11)

La respuesta de los médicos que defendían la práctica general, se manifestó con cuestionamientos sobre el abordaje integral de los problemas de salud. En 1954, Canadá fundó el primer Colegio de Médicos de Familia y por lo tanto el inicio del reconocimiento de la Medicina Familiar en la práctica clínica, en el Continente; a raíz de lo cual se crearon academias y colegios dedicados a la medicina general para impulsar una práctica médica con el modelo del médico de familia.(12)

Estados Unidos, Canadá, Reino Unido y Australia buscaron la certificación de especialistas en medicina familiar como una estrategia para garantizar la práctica de la llamada Medicina de Familia.

El modelo “crítico” tuvo sus comienzos, en la década de los 60, y se basa en la Atención Primaria como estrategia fundamental para lograr la promoción, prevención y recuperación de la salud, por lo tanto reconoce los factores político, económico y social como determinantes en la salud de una población. Además busca la resolución a través del tratamiento ambulatorio, el uso de la

tecnología en el aprendizaje médico y la desaparición progresiva de la práctica liberal y autónoma de la medicina.(13)

En 1954, algunos médicos generales con el apoyo del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) realizaron la primera propuesta de un esbozo de la Medicina Familiar, que fue una forma de trabajo en unidades médicas del Seguro Social, sin la formalidad Académica, sino hasta 1974 en que la Universidad Autónoma de México (UNAM) hace el reconocimiento creando el primer departamento de Medicina Familiar en Latinoamérica (12)

En 1972 durante la convención mundial de Médicos Generales, en Chicago, se crea el Colegio Mundial de Médicos de Familia, denominado WONCA (*World Organization of National Colleges, Academies*). Y en el 2002, la creación de la CIMF (*Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar*) organizaciones que fortalecen las iniciativas en Latinoamérica.

A partir de los años 70, en América Latina y el Caribe se dio el comienzo del desarrollo de programas de Medicina Familiar en las Universidades como formación de posgrado, en México, Brasil, Bolivia, Costa Rica, Argentina, Colombia, Ecuador y Venezuela. (12)

II.1.6 HISTORIA DE LA MEDICINA FAMILIAR EN EL ECUADOR Y PERSPECTIVAS A FUTURO

Los inicios de la Medicina Familiar en el Ecuador se remontan para la década de los ochentas. Inició como un programa de posgrado en la Universidad Católica de Cuenca en convenio con el Hospital Vozandes de Quito en 1987, una iniciativa privada, con un acceso limitado, bajo la tutoría de médicos extranjeros estadounidenses. (4)

La Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE) en 1993, a través de la Facultad de Medicina, retomó el convenio del posgrado de Medicina Familiar con el Hospital Vozandes.(14)

El posgrado de Medicina Familiar en Ecuador, dura 3 años, bajo la modalidad de residencia médica. Hasta hace un año, no existían plazas becadas para el posgrado en el sector público, como lo hay para las otras especialidades. La Universidad Central del Ecuador, siendo pública, oferta el posgrado en Quito, con becas que se resolvían mediante convenios con Instituciones particulares y el Municipio capitalino, de cierta manera la exclusión de la Medicina Familiar, es comprensible porque hasta el 2012, ni siquiera era reconocida como una especialidad.

Según el Anuario de recursos y actividades en salud 2011, se registran en el país 188 médicos familiares, considerando un subregistro podría ser un número mayor .(15)(4)

El sector público de salud, maneja el primer nivel de atención, pero sin que exista hasta hoy, servicios asistenciales llamados formalmente de Medicina Familiar. Según referencias de un estudio realizado sobre la Calidad de vida de los médicos familiares, se registró la presencia de médicos familiares en las provincias de Azuay, Loja, Pastaza, Manabí, Imbabura y Pichincha, la mayoría viven en la Capital, y trabajan en el sector privado.(16)

La Medicina Familiar en Ecuador, ha vivido un camino de oposición, y de falta de reconocimiento relegado tal vez por la falta de la necesidad sentida de profesionales especialistas, para el primer nivel de atención, o más aún como ejecutores de la Atención Primaria en los diferentes niveles de complejidad de servicios en salud; lo que ha significado durante 27 años que la supervivencia de la Medicina Familiar dependa del esfuerzo de la Universidad y el apoyo de Instituciones privadas.

Pero a inicios de 2014, luego de algunos años de gestión de una propuesta académica de especialidad al Sistema Nacional de Salud para conseguir la especialización de profesionales médicos, se ha puesto en marcha un esfuerzo conjunto político-académico, para la implementación de un proceso de formación, en base al Modelo de Atención Integral en Salud, con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural, que contenga los principios de la Medicina Familiar, en el que participan actualmente cerca de 500 médicos en todo el país, becarios del Ministerio de Salud Pública, proyecto considerado innovador y un desafío para la Universidad ecuatoriana.(17)

Con el aporte del grupo de la cooperación cubana y ocho universidades a nivel nacional: PUCE, Universidad Central del Ecuador, Universidad Técnica de Ambato, Escuela Politécnica Superior del Chimborazo, Universidad de Cuenca, Universidad del Azuay, Universidad Nacional de Loja y Universidad Santiago de Guayaquil, durante 3 años se llevará a cabo este proyecto, con lo que la Medicina Familiar habrá dado un paso histórico, en espera de un futuro impacto significativo en el Sistema de Salud ecuatoriano.(18)(19)

La esperanza de contar con residentes orientados e identificados con la Medicina Familiar, y la Atención Primaria, con mejores recursos, y prácticas interdisciplinarias, para adquirir las competencias específicas, está latente. Así como el mantener actualizados sus conocimientos y habilidades que permitan elevar el nivel de resolutiveidad de sus intervenciones en el marco de un sistema organizado en redes. (20)

II.2 FORMACIÓN DE MÉDICOS FAMILIARES COMO EJECUTORES DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

II.2.1 CONTRIBUCION DE LA MEDICINA FAMILIAR EN LA ESTRATEGIA DE LA ATENCION PRIMARIA

En 1978, en la antigua Unión Soviética, (URRS) Alma-Ata, se llevó acabo a cabo la Conferencia Internacional de Atención Primaria, donde se acordó la acción de los gobiernos de todo el mundo ante la injusticia, la falta de equidad sanitaria nace la propuesta de la lucha de cada pueblo, por la justicia social.

El reclamo de la salud como un derecho, gesta el sueño de la “*Salud para todos en el año 2000*”, que fue un llamado a los gobiernos, la OMS (Organización Mundial de la Salud) ,UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas

para la Infancia), y otras organizaciones a la mejora de la salud de la humanidad a través del fortalecimiento de la Atención Primaria.(21)

Luego de más de 30 años, muchos de los esfuerzos se quedaron en la ejecución de programas específicos paliativos y superficiales, dejando de un lado los problemas de fondo, entre ellos; la comercialización de la salud, la falta de recursos humanos para la atención, el financiamiento para infraestructuras adecuadas, el enfoque en la atención curativa y fragmentada, el encarecimiento de los servicios, la pérdida del enfoque integral y de continuidad.(22)

Los gobiernos han buscado a su conveniencia la simplificación del concepto de Atención Primaria, reduciéndolo a crear puestos de salud, o agentes sanitarios aislados, dirigido a enfermedades en vez de problemas de salud, la falta de un enfoque en la promoción y prevención de enfermedades, la detección temprana, problemas ambientales, la globalización y garantías en el acceso a servicios de salud, entre otros. (22)

II.2.2 FORMACION DE RECURSOS HUMANOS EN MEDICINA FAMILIAR

La carencia mundial de recursos humanos para la atención primaria, desde 1971 se ha incrementado en un 5% anual. Aunque en el año 2000 hubo un incremento alentador de 1.6 médicos y 2.5 enfermeras por cada 1000 habitantes, pero se sabe que la tasa mínima es de por lo menos 2.5 trabajadores de salud por 1000 habitantes como el umbral necesario para que haya una cobertura en intervenciones esenciales en salud para satisfacer los objetivos del milenio.

Asia tiene el 50% de la población mundial y apenas el 30% del total tiene acceso a médicos, enfermeras y parteras. Europa y Norteamérica tienen el 20% de la población mundial y su cobertura es el 60% de la población con acceso a médicos y enfermeras. Tan sólo en 75 países del mundo se logra alcanzar el 3.5 trabajadores de salud por 1000 hpts. África requiere 1'000000 de trabajadores de salud entre médicos enfermeras y parteras, lo que significaría la formación de 3500 por año hasta el 2015 pero sólo se gradúan 90 médicos y 550 enfermeras y parteras anualmente.

Según el INEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos) basados en datos estadísticos del 2011, en Ecuador hay una tasa de 14.8 médicos en general por cada 10000 hbs.(23)(15)

II.2.3 SURGIMIENTO DE LA PEDAGOGIA MÉDICA.

En los años 50, surge en Estados Unidos un interés por la “*pedagogía médica*”, estimulados por el Dr. Edward M. Bridge, se iniciaron debates en la Universidad de Buffalo acerca de la enseñanza médica.

El equipo de Bridge, junto con el Instituto Central de Estudios Médicos Avanzados de Moscú fueron colaboradores de OMS (Organización Mundial de la Salud) a partir de lo cual en Latinoamérica ocurren grandes cambios a nivel del sistema educativo médico como; la limitación del número de estudiantes, la presencia de departamentos de medicina preventiva, enseñanza en contacto con la comunidad, considerar asignaturas “básicas” a las Ciencias Sociales y actividades integradoras de enseñanza desde diferentes dimensiones de la salud. (24)

Los seminarios de formación pedagógica desarrollados por Bridge en Buffalo y otros Estados tuvieron una gran repercusión una década más tarde en América Latina, calculándose que entre 1962 y 1971 la de formación pedagógica para aproximadamente 3,000 profesores de medicina.

La Universidad de Chile, fue la pionera, el objetivo fue *“mejorar la calidad de la enseñanza de los profesores en las carreras de medicina, al hacerles comprender, a través de una experiencia vivida, cuál es la situación del estudiante en el proceso docente y cuáles son los factores que favorecen o perjudican al proceso de enseñanza y aprendizaje”* (25)

II.2.4 EXPERIENCIAS CON RESIDENCIAS EN MEDICINA FAMILIAR EN AMERICA LATINA

En 2011 la OPS, (Organización Panamericana de la Salud) elaboró un documento sobre las residencias de Medicina Familiar con la participación de 14 países de Latinoamérica en foros de discusión múltiples, con enfoque la formación del recurso humano. Los problemas más evidentes se plantearon con relación a las estrategias de las políticas públicas y el desarrollo de los procesos formativos, con desequilibrio en la oferta de especialistas, y escases de especialidades básicas, y algunas dificultades en el ámbito administrativo de los recursos humanos disponibles.(20)

A continuación relatamos algunas experiencias en países latinoamericanos:

En Brasil, han logrado avanzar con un *Programa Nacional de Apoyo a la Formación de Especialistas Médicos en Áreas Estratégicas* (PRORESIDÊNCIA) para favorecer la formación de especialistas en la modalidad de residencia médica en especialidades y regiones prioritarias, definidas de acuerdo con los administradores del Sistema Único de Salud (SUS). Este programa otorga becas para residentes en regiones y especialidades prioritarias, con el apoyo de

instituciones de excelencia y de relevancia en la aplicación de las políticas públicas.(26)

Chile, tomó la decisión política de dar cumplimiento al *Sistema de Garantías Explícitas de Salud* (GES) en cuanto a la resolutivez, calidad, oportunidad, reducción de tiempos de espera y mantener, elevar los niveles de salud de la población, incrementando la disponibilidad de médicos especialistas en la Red Pública de Salud (27)

Perú, plantea dos desafíos concretos para la década 2006-2015: Mejorar las capacidades de reclutamiento y retención en las zonas más vulnerables, las condiciones de trabajo y establecer interacciones entre la educación y los servicios de salud. (28)

En Argentina, se establecieron acuerdos con el Consejo Federal de Salud (COFESA) quienes buscan orientar los cupos nacionales hacia la formación de especialidades prioritarias como la APS y otras áreas críticas.(29)

En Paraguay, los participantes sugirieron como medida política, asignar plazas desconcentradas a nivel de las provincias para la formación de especialistas a fin de atender las necesidades locales. (20)

En México, la titulación está a cargo de las universidades; la certificación de los programas la realizan los consejos médicos de especialidad y en algunos casos la Academia Nacional de Medicina y la autorización para el ejercicio la otorga la Secretaría de Educación Pública.(30)

En Costa Rica, la Medicina Familiar, nace en los ochenta, para el 2011 existían un centenar de médicos de familia colegiados y cerca de 30 en formación, que la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) distribuye en áreas prioritarias del país. Existe un convenio entre el Ministerio de Salud, y la CCSS que oferta las plazas donde los residentes realizan el aprendizaje, y el Ministerio de Educación, a través de la Universidad de Costa Rica, que es la responsable del proceso educativo bajo la tutoría de los profesores universitarios.(31)

En Venezuela, el Centro Internacional para la Medicina Familiar (CIMF), la Fundación Venezolana de Medicina Familiar y las Universidades Nacionales, con el apoyo de los colegios de médicos gestionaron la aprobación de la Medicina Familiar como especialidad en 1984. A partir del 2007, Venezuela, vive una pugna entre dos grupos. Los Médicos Generales Integrales, una

iniciativa del gobierno venezolano con la cooperación cubana y los Médicos Familiares, en ambos espacios se generan médicos formados bajo los principios de la medicina familiar.(30)(32)

En Colombia, no se creó un programa de Medicina Familiar hasta 1984 en Cali y el segundo inició en 1994 con la Universidad del Bosque entre otras, que gradúan actualmente más de 150 médicos familiares anualmente.(33)

II.2.5 REORIENTACIÓN DE LA MALLA CURRICULAR, BASADA EN APS, COMO FUNDAMENTO DE LA MEDICINA FAMILIAR.

Uno de los problemas planteados como parte de la realidad en Latinoamérica y nuestro país, es el poco interés de los estudiantes por especialidades relacionadas con la APS y Medicina Familiar, sin embargo es necesario reconocer que si no existe un trabajo permanente y serio instaurado desde el pregrado, en esta disciplina difícilmente, podremos esperar cambios si no hay el compromiso de la Academia y un nuevo enfoque en esta dimensión.(34)(35)

El tema de la búsqueda de estrategias para la reorientación de la malla curricular hacia APS, es parte de la agenda de discusión de los países

latinoamericanos, se han realizado 4 Cumbres Ibero-americanas de Medicina de Familia, en Ontario 1994, Sevilla, 2002, Santiago de Chile, 2005 y Fortaleza, 2006, se plantearon algunas de las siguientes estrategias, las cartas expedidas de estas convenciones, recalcan la necesidad de la incorporación de la APS, y el fortalecimiento de la Medicina Familiar.(36)

- Un Task Force Iberoamericano para profundizar los cambios de orientación, organización y contenidos de los currículos de las Facultades de Medicina hacia la Medicina Familiar
- Formular alianzas estratégicas de enseñanzas teóricas y prácticas de los currículos de pregrado en APS, y Medicina Familiar en los países Iberoamericanos con la temprana articulación con los servicios de salud.
- Programas de colaboración e intercambio internacionales en este campo es una estrategia primordial. (37)

Canadá desde el 2005, se ha comprometido en alcanzar que los graduados sean 50% médicos de familia y 25% generalistas especializados. La característica principal del currículo es la inmersión clínica de los estudiantes en sitios comunitarios durante los dos primeros años; la preclínica se trabaja en pequeños grupos con docentes de la medicina de familia y especialistas generalistas. (35)

La respuesta de la Universidad ecuatoriana, ha sido escueta, la mayoría de las Facultades de Medicina tienen de manera discreta materias relacionadas con APS. La PUCE, marca de forma más puntual algunos elementos de la APS, en su malla curricular, pero ninguna Universidad en el Ecuador, hasta la actualidad tiene un departamento de Medicina Familiar, formalmente instituido con claros lineamientos docentes en la formación del pregrado.(4)(34)(14)

El interés de los estudiantes por especialidades relacionadas a la APS, tiene que ver con la presencia, y la visibilidad de los departamentos de Medicina Familiar en las universidades y la oferta de especialidades de mayor interés económico. (38)

II.2.6 ELEMENTOS DISTINTIVOS DE LA MEDICINA FAMILIAR

II.2.7 CONCEPTOS Y PRINCIPIOS

El American Family Physician define la Medicina Familiar de la siguiente manera. *“Se trata de la especialidad médica que proporciona atención sanitaria, continua e integral al individuo y a la familia. Es la especialidad que integra las ciencias biológicas, clínicas y de comportamiento. El ámbito de la Medicina Familiar abarca todas las edades, ambos sexos, cada uno de los sistemas orgánicos y todas las enfermedades”* (9)

II.2.7.1 PRINCIPIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR.

Ian McWhinney, uno de los precursores de la Medicina Familiar, formuló los principios fundamentales, que se apuntan a continuación.

- Compromiso con la persona y su familia, más que con la técnica, u órgano afectado.
- Comprensión el contexto del padecimiento de sus pacientes; que influyen en la aparición de las enfermedades y los problemas de salud.
- Considerar cada encuentro con el paciente como una oportunidad para la educación o la prevención.
- Manejo del enfoque centrado en la Familia.
- Valoración de los pacientes y familias con un enfoque de riesgo.
- Actuación como parte de la red comunitaria de apoyo y atención sanitaria.
- Conocimiento de sí mismo, fortalezas, debilidades y limitantes, para establecer una comunicación eficiente con sus pacientes y comunidad.
- Manejo de los recursos con racionalidad y eficiencia
- Acompañamiento de sus pacientes y procurar verlos en todas las instancias de atención: consultorio, sala de internación, domicilios, etc. (39)

II.2.7.2 EL PERFIL DEL MÉDICO FAMILIAR EN ECUADOR

El médico familiar y comunitario es un especialista que brinda atención en Salud Integral al individuo, familia y comunidad, utilizando la estrategia de Atención Primaria de la Salud, con enfoque Familiar, Comunitario, Intercultural, Generacional, de Género y de Derechos; con el fin de promover salud, prevenir enfermedades, tratar y rehabilitar a las personas y familias, para mantener e incorporar a las mismas al buen vivir, en congruencia a los valores e ideales de la sociedad y de los conocimientos profesionales.

Responde a la necesidad de implementar en el nivel ambulatorio de atención el Modelo Integral de Atención del Sistema Nacional de salud que busca alcanzar el Buen Vivir para la población ecuatoriana. (40)

II.2.7.3 COMPETENCIAS DEL MEDICO FAMILIAR

Kane define la competencia profesional como “el grado de utilización de los conocimientos, las habilidades y el buen juicio asociados a la profesión, en todas las situaciones que se pueden confrontar en el ejercicio de la práctica profesional”. (41)

Al decir que la educación médica se basa en competencias, hablamos de que los conocimientos no son en sí mismos, la finalidad del currículo, sino más bien un medio para el desarrollo de habilidades/destrezas y actitudes, que son sus nuevos fines y serán las competencias. (42)

El diseño del perfil de competencias vigente para la malla curricular del posgrado de Medicina Familiar de la (PUCE), fue realizado luego de una minuciosa revisión de documentos de la Confederación Iberoamericana de Medicina familiar (CIMF), y la Asociación Mundial de Medios Familiares (WONCA) fue además aceptado para el Sistema Nacional de Salud y el Ministerio de Relaciones Laborales, además toma en cuenta los acuerdos de la Sociedad Ecuatoriana de Medicina Familiar (SEMF), el mismo que se basa en cuatro competencias específicas del Médico Familiar para el Ecuador (17)

Competencias específicas del médico familiar para el posgrado de Medicina Familiar PUCE:

1. Comunicación (*organizar y gerenciar*).
2. Docencia
3. Autoaprendizaje, juicio y razonamiento crítico.

4. Gestión asistencial.

Los CAN meds, son las competencias médicas del médico familiar, que Canadá ha formulado, acorde a los 4 principios de la Medicina Familiar articulados por Mc Whinney y son siete:

1. Experticia en Medicina Familiar

Los médicos de familia promueven la relación de confianza con sus pacientes y familiar, creciendo en la experticia clínica y el cuidado integral.

2. Comunicación

Los médicos de familia viven un proceso de comunicación con sus pacientes antes, que ocurre antes, durante y después de su contacto, que facilita la toma de decisiones conjuntas.

3. Colaboración

Los médicos de familia son facilitadores del trabajo con los pacientes, familias, equipos de salud, otros profesionales de salud y comunidad, para el cuidado óptimo de sus pacientes.

4. Gerencia

Los médicos de familia son el eje del equipo de salud en la organización de recursos y trabajo conjunto con las instituciones relacionadas con la salud, para la administración adecuada de recursos.

5. Defensor de la Salud

Los médicos de familia buscan el avance en la salud y bienestar de sus pacientes, familia y comunidad.

6. Erudito

Los médicos de familia se comprometen de por vida en el aprendizaje, así como en la creación, publicación y aplicación de su conocimiento.

7. Profesional

Los médicos de familia se comprometen éticamente, con los principios de la medicina familiar, un alto estándar personal de conducta a favor del bienestar del individuo y la sociedad. (42)

II.2.7.4 EVALUACIÓN DE LAS COMPETENCIAS DE LOS MEDICOS FAMILIARES.

El análisis de la adquisición de competencias es un proceso complejo dentro del campo de la docencia médica.

La relación entre dos elementos claves: la persona y sus atributos, de un lado y la situación o contexto profesional en la que se desarrolla. En efecto, la competencia es de la persona no sólo por como es, sino por cómo actúa y se comporta en situaciones profesionales o laborales determinadas.

Para la evaluación de las competencias podemos seguir dos dimensiones: a) saber qué componentes de la práctica profesional se van a evaluar y cómo van a ser medidos, y b) cuáles son los estándares deseados.

Un esquema práctico desarrolló Miller, que contextualizó en 4 niveles de competencia profesional y los plasmó en una pirámide. El primer nivel (base de la pirámide) la denomina “*saber*”, incluye los conocimientos en abstracto; el segundo nivel “*saber cómo*” se refiere a la parte cognitivo, habilidades, toma de decisiones y razonamiento clínico. El tercer nivel “*demostrar cómo*” se refiere al comportamiento. El cuarto nivel (vértice) “*hacer*”, se trata de la competencia demostrada en situaciones o contextos reales.(43)

Existen diferentes métodos que utilizan combinaciones de instrumentos evaluativos, entre los que se puede mencionar: exámenes escritos tipo test o

preguntas abiertas, los exámenes orales a partir de casos clínicos, los pacientes estandarizados o simulaciones con maniqués u ordenadores.(44)

La aplicación de uno de estos instrumentos dependerá el nivel de la pirámide que se desee evaluar, así por ejemplo se conoce que uno de los más utilizados es la Evaluación Clínica Objetiva Estructurada (ECO), un examen que se desarrolla a lo largo de sucesivas estaciones que simulan situaciones clínicas; por lo que a través de éste se puede explorar de manera eficaz tres de los cuatro niveles de la pirámide de Miller. (45)

No es un trabajo fácil evaluar competencias, los evaluados se sienten observados y descubiertos; sin embargo detectar déficit competenciales da lugar a la búsqueda de soluciones dentro de la formación, además otorgar un certificado de competencia tendría un valor añadido para los médicos.(43)

II.3 IDENTIDAD PROFESIONAL DEL MEDICO FAMILIAR

II.3.1 CONSTRUCCION DE LA IDENTIDAD PROFESIONAL

La identidad del ser humano tiene ciertas representaciones, que se establecen de acuerdo a las interacciones del ser en tres dimensiones, el “*Yo individual*”, el “*Yo relacional*” y el “*Yo colectivo*”; éste último representa el grupo con el que encontramos el conjunto de atributos identificadores, características tales como disposiciones, hábitos, tendencias, actitudes o capacidades que nos proporcionan el sentido de pertenencia e identidad grupal.(46)

Estas tres auto-representaciones pueden ser concebidas como complementarias, adversarias, o funcionalmente independientes, creando así la interacción entre las diversas auto-representaciones integradas en un único modelo del auto-concepto, o sea parte de la identidad individual, de cada persona. (1)

La identidad profesional, es un proceso dinámico y sostenido en el tiempo, se basa principalmente en el reconocimiento social de un grupo de individuos, con determinados lineamientos en sus conocimientos y habilidades, que les permitan auto describirse, diferenciarse y compararse con otros grupos de práctica profesional. (47)

Durante el proceso es necesario el enfrentarse a experiencias relacionadas con la discriminación y desigualdad de acceso a espacios educativos, pero el compromiso con cierto tipo de actividades, definen la identidad profesional.(47)

El “*Yo colectivo*”, se reconoce a sí mismo y contrasta con características relevantes los otros grupos. El “*Yo colectivo*”, se basa en lazos impersonales, que pueden ser simbólicos, en el que no se requiere una estrecha relación personal entre los miembros del grupo.

A la vista de la psicología y sociología existen varias propuestas de las interrelaciones entre las auto-representaciones del ser, desde la perspectiva relacional, o colectiva, la importancia interpersonal, la necesidad de pertenencia y la soberanía del yo colectivo en la vida cotidiana, en la que se sumerge el yo individual.(48)

II.3.2 EL CAMPO MÉDICO, LUCHA DE PODERES / ESTABLECIMIENTO DE LA IDENTIDAD.

La “*clase médica*”, tiene una particular nominación en la historia, porque se la considera una “sociedad paralela”, con ciertos privilegios de poder, concedidos luego de una lucha por diferenciarse del “brujo”, del “hechicero”, y del “sacerdote”, que estableció un *status*, definido en la relación de subordinación y dependencia, con profesiones paramédicas y de asistencia.

El alcance de su poder, está en el control de su propio trabajo y la organización de otras profesiones, es el grupo social que determina *el bien y el mal* y la diferenciación de lo normal y anormal de nuestra sociedad, logrando el reconocimiento del Estado y a la vez ser un vehículo ideológico del mismo. El ejercicio de un poder, por el que consiguió un reconocimiento social. (49)

Ahora, una vez que la clase médica logró su posicionamiento en la sociedad, surge otro tipo de lucha dentro del campo médico, que se instaura a través del Intercambio de un “*capital*”, como explica el sociólogo francés Pierre Bourdieu (2002), al referirse al intercambio de todo aquello que tenga valor simbólico en una sociedad determinada. Para conseguir la pertenencia a una

comunidad específica, es necesario formar parte de una red de intercambio del capital con el valor simbólico exigido.(50)

La estructura del Sistema de Salud define las posiciones que generan, dada la lógica de su funcionamiento, relaciones de lucha y poder dentro del campo médico. Cada grupo busca su posición distintiva en el espacio social y de su relación con otros agentes que ocupan la misma posición o posiciones diferenciadas en el mismo espacio.(51)

No existe identidad, sin contradicción, sea de un individuo o un grupo, que requiere establecer las diferencias con “*el otro*”, y adquirir su distinguibilidad. En medio de estos procesos se estructura se define la posición del grupo o del sujeto, es lo Bourdieu llama el *habitus*, que cuando corresponde a un determinado grupo de personas, a un sistema subjetivo colectivo, se llama el “*habitus de clase*” quienes han conseguido un discurso cultural que se encarna en sus intelectuales orgánicos en este caso los médicos con respecto a su práctica. (50)

Para que un grupo logre una identidad se necesita tanto del reconocimiento de sus propias características y en relación al otro, esto podemos extrapolarlo al

campo médico en el que se establece una lucha de poderes entre las varias especialidades en las que cada grupo puede encontrar sus características y considerarlas como únicas o más importantes que las del otro, con referencia a parámetros según tengan orientación biosocial o biocientífica. (50)(38)

II.3.3 EL IMAGINARIO SOCIAL DEL MÉDICO.

Cada sociedad necesita elaborar su propio *“imaginario social”*, que son conjuntos de ideas o imágenes que sirven de apoyo a las otras formas ideológicas de las sociedades, tales como los mitos políticos fundadores de las instituciones de poder.

Una sociedad inventa significaciones cuando se instituye como tal. Las significaciones orientan y dirigen toda la vida de los individuos que constituyen una sociedad. Las significaciones imaginarias operan en lo implícito ya que no son explícitas para la sociedad que las instituye. Ellas establecen el modo de ser de las cosas, los valores, los individuos. (52)

La función de las significaciones es proporcionar un modo particular de respuestas a preguntas primordiales de un colectivo, por cuanto cada sociedad

debe definir su identidad. No se trata de respuestas sino de sentidos encarnados gracias al hacer de un colectivo en sus prácticas sociales.

Las sociedades construyen su propio “*imaginario*” de un médico y establecen “*lo que se espera de él*”. Los imaginarios se visibilizan a través de discursos y objetos, a través de prácticas y acciones sobre la realidad. En el caso de los médicos sus discursos y prácticas se traducen en acciones que delimitan su rol en la sociedad, y por lo tanto también, dan paso a la creación de su propia identidad.

Los médicos construyen a la vez su propio “*imaginario*” basado según Freidson, sociólogo contemporáneo, en imágenes simbólicas de un “*status*” que promulga el individualismo social y económico. Que a la vez contrasta con la imagen idealizada del “*ser médico*” como una vocación de servicio. Por lo que podemos decir que existen dos tendencias marcadas dentro del campo médico, la orientación biosocial o biocientífica. (49)(53)

Los primeros estarían interesados en trabajar directamente en los problemas psicológicos y sociales de los pacientes, y buscarán especialidades relacionadas hacia la Atención Primaria predominaría la orientación biosocial, siendo consideradas de “*menor categoría o status*” que las otras especialidades

con una connotación marcada biocientífica, mientras que ser varón, tener expectativas de mayores ingresos y tener actitudes positivas hacia la práctica quirúrgica influyen en la elección de una especialidad que no sea atención primaria.(50)

No solo en la Sociedad norteamericana, la disciplina de la Medicina Familiar ha sido maltratada por el ámbito biomédico, sino en general en toda la cultura de la medicina occidental. Múltiples dilemas y puntos de vista se han propuesto sobre lo que es la medicina de familia, quizás uno de los mayores puntos de conflicto es la distinción entre generalistas y especialistas, dentro de una cultura que ha decidido pagar el precio de la fragmentación, por los beneficios y privilegios de la especialidad.(54)(55)

II.3.4 EL MÉDICO FAMILIAR VERSUS EL MÉDICO ESPECIALISTA

Starfield, nos introduce al dilema de la atención primaria y el campo de las especialidades, para entender el *¿Por qué de la actitud de los otros profesionales de las ramas médicas, de subvalorar a los profesionales de Atención Primaria?*

En primer lugar cabe el cuestionamiento, Si, *¿Debería valorarse a los especialistas de acuerdo con la calidad de manejo de síntomas inespecíficos o de enfermedades o de atención preventiva fuera del ámbito de su especialidad?*

El poder y la influencia creciente de los médicos de atención primaria se ha vuelto desafiante en algunas sociedades como en la estadounidense, en la que significan una amenaza para el “dominio histórico” de los especialistas, ya que probablemente, si hay un médico entrenado en las patologías más frecuentes a nivel asistencial, puede ser considerado una amenaza para “*otros especialistas*” (56)

En muchos países existen límites claros entre la atención primaria y la especializada, lo que disminuye la disputa implícita, entre estos dos grupos, porque cada uno sabe su rol. Pero cuando las especialidades no están limitadas a hospitales o el primer contacto no está altamente desarrollado y los pacientes, pueden acudir directamente a un especialista, la “calidad” es mayor en la resolución de problemas específicos(56)(57)

Pero al considerarse factores como la supervivencia, el mayor el número de exámenes solicitados y de medicamentos utilizados, es evidente que no se consigue a largo plazo, mayor supervivencia y beneficios en el impacto de salud de las personas, en lo cual la Atención Primaria lleva ventaja. (56)

II.3.5 IDENTIDAD DEL MÉDICO FAMILIAR EN LATINOAMÉRICA

La construcción de la identidad del Médico Familiar en Latinoamérica es un proceso en construcción. Médicos recién graduados optan por otras especialidades, siendo el resultado de *“una respuesta tímida, poco definida y carente de metodología científica por parte de las Facultades de Medicina con relación a la Medicina Familiar”* es una de las fuertes críticas que se ha merecido este proceso. (58)

Existe un desprestigio social de la Medicina Familiar, y algunos documentos que cuestionan y sugieren el alcance de la excelencia académica, como un desafío en Latinoamérica, para contrarrestar esta imagen. Los médicos familiares tienen responsabilidad sobre la falta de crédito de la especialidad, en muchos sitios hay una mayor dedicación a las actividades

político- administrativas, en lugar de la fomentación de programas de educación continua.(59)

Por lo tanto afianzar la identidad de la Medicina Familiar dependerá de su progresiva inserción universitaria, con bases en la educación del pregrado y de los resultados, a mediano y largo plazo, que se espera tras el trabajo del contingente de recursos humanos, que participan en la salud, de los pueblos latinoamericanos. (59)(60)

En el caso de México, el médico familiar se convierte en el “*terapeuta familiar*”, además el posgradista en formación rota por servicios de especialidades y tratando de convertirlo en un “especialista de todo”, particular, que no sólo, es una vivencia en Latinoamérica si no frecuente en países como Estados Unidos. Por lo que es necesario, límites más claros, que permitan una crecimiento de la Medicina Familiar como lo que en realidad es, la ejecutora de la Atención Primaria.(59)(55)(60)

El “status” y las relaciones de poder, que se mantienen en la “clase médica”, provoca que los médicos especialistas opten por actitudes de

menosprecio hacia los médicos de familia, de preferencia en los que trabajan el área rural, también una percepción distorsionada de la competencia, por el desconocimiento de la Medicina Familiar, o como Starfield plantea, *“significar una amenaza para los especialistas”* (61)(56)

La gente de poblados pequeños sin embargo valora al cuidado integral y continuo que reciben por parte de los médicos de familia, al contrario de lo que sucede en las grandes ciudades donde la gente prefiere ser atendida por especialistas y se encuentra convencida de que esa atención es la mejor, tal vez porque son sociedades que han decidido pagar el precio de la fragmentación y la especialidad. (55) (61)

CAPITULO III

Metodología

AUTO PERCEPCIÓN DE LA IDENTIDAD DEL MÉDICO FAMILIAR, POR PARTE DE LOS RESIDENTES DEL TERCER AÑO DEL POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR DE LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR 2014.

III.1. OBJETIVO GENERAL:

Evaluar la autopercepción de identidad de Médico Familiar, en los residentes de tercer año del postgrado de Medicina Familiar de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador de la cohorte 2011-2014

III. 2 OBJETIVO ESPECÍFICO:

Evaluar la percepción del grado de competencias logradas en la formación académica del médico familiar por los residentes del tercer año del posgrado que oferta la Universidad Católica del Ecuador.

III.3 TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO

Cuanti-cualitativo, transversal

III.4 UNIVERSO Y MUESTRA

El Universo consta de los 15 estudiantes del posgrado de Medicina Familiar de tercer año de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, sin embargo se toma como muestra 13 de los mismos ya que nos excluimos las autoras del presente trabajo.

Finalmente se realizó el estudio en 12 de los 13 estudiantes, ya que por razones logísticas no se pudo establecer comunicación con una de ellas.

III.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Inclusión: Los estudiantes legalmente matriculados en el tercer año del posgrado de la especialización de Medicina Familiar, de la PUCE, 2014.

Exclusión:

- Quienes no cumplan el anterior requisito
- Las investigadoras.

III.6 CATEGORÍAS Y VARIABLES

III.6.1 CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS EN EL ANÁLISIS DE LOS DATOS CUALITATIVOS

CUADRO1. CATEGORÍAS Y SUBCATEGORIAS EN EL ANALISIS DE LOS DATOS CUALITATIVOS POR EJES TEMÁTICOS DE ESTUDIO

CATEGORÍAS	SUBCATEGORIAS
Motivación para escoger la especialidad	
Imagen del médico familiar	<ol style="list-style-type: none">1. Autoimagen2. Transformación de la percepción de la imagen de médico familiar.3. Construcción de la Identidad Colectiva.4. Relaciones Interpersonales.
Reconocimiento del médico familiar.	<ol style="list-style-type: none">1. Social2. Académico3. Del Estado4. De los pares (otros especialistas)
Proyectos a Futuro	
Subjetividades	<ol style="list-style-type: none">1. Aspectos positivos2. Temores3. Esperanzas

III.6.2 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES CUANTITATIVAS

CUADRO 2. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO CUANTITATIVAS

Variables	Dimensiones	Indicador	Escala
Factores de estudio			
Comunicación médico-paciente	Valoración cualitativa	#casos positivos/total de casos	Likert
Conocimientos y destrezas	Valoración cualitativa	#casos positivos/total de casos	Likert
Integralidad y longitudinalidad	Valoración cualitativa	#casos positivos/total de casos	Likert
Derechos y autonomía del paciente	Valoración cualitativa	#casos positivos/total de casos	Likert
Utilización de herramientas para evaluación familiar	Valoración cualitativa	#casos positivos/total de casos	Likert
Visión sistémica de la familia	Valoración cualitativa	#casos positivos/total de casos	Likert
Intervención en los problemas dentro del sistema familiar	Valoración cualitativa	#casos positivos/total de casos	Likert
Adaptación de la atención de acuerdo al contexto y buen uso de los recursos disponibles	Valoración cualitativa	#casos positivos/total de casos	Likert

Intervenir sobre los determinantes de la salud	Valoración cualitativa	#casos positivos/total de casos	Likert
Identificación de los grupos de riesgo y gestión al acceso sanitario.	Valoración cualitativa	#casos positivos/total de casos	Likert

III.7 Recolección de la información

III. 7.1 Información cualitativa.

La información cualitativa fue recolectada en base a un cuestionario realizado en docentes mexicanos sobre identidad profesional *“Propuesta de guión de entrevista para estudio de identidad docente”*.(62) que previamente fue adaptado y sometido a una prueba piloto, con estudiantes del posgrado, de los años inferiores (ANEXO 1).

Se realizaron entrevistas personales con 12 de los 13 estudiantes de la propuesta inicial, una de ellas no pudo ser entrevistada por encontrarse fuera del país.

III. 7.2 Información cuantitativa.

La información se recolectó por medio de encuesta basada en las competencias generales y las principales competencias propias de la especialidad, en base al perfil del médico familiar para el Ecuador con preguntas cerradas y valoradas por medio de la escala de Likert. (6)

III.8 Instrumentos de recolección

En el caso de la información cualitativa, se recolectó con una grabadora de audio, entrevistando a los 12 estudiantes participantes, y se realizó 8 preguntas, del cuestionario descrito. Los participantes, previamente conocieron los objetivos del estudio y dieron su consentimiento informado. (ANEXO 2)

Para la información cuantitativa se utilizó la encuesta de 11 preguntas que fue llenada por todos los participantes en el estudio. (ANEXO 3)

III.9 Análisis de los datos

III.9.1 Análisis de datos cualitativos:

Estilo de análisis

Se realizó el análisis del discurso correspondiente al Análisis temático, con la búsqueda de, palabras o frases, que se repetían y tuvieron relación entre si luego clasificamos la información y realizamos un análisis interpretativo del contenido. (63)

Procesamiento de la información.

Se procesaron los datos, con la transcripción textual en hojas de Word, de las expresiones de los entrevistados participantes, contenidas en el material fonético, luego se realizó la impresión del texto, que fue recortado por segmentos.

Con la ayuda de papelógrafos se realizó la identificación de las *Ideas núcleo, los modos de prédica, la búsqueda del grado de referencialidad, las relaciones de oposición y complementariedad.*(63)

La “*codificación*” de los datos, fue de acuerdo a los ejes temáticos de análisis, correspondientes a las categorías y subcategorías ya descritas, que se construyeron en el proceso, de acuerdo a temas de relevancia en cuanto a la Identidad profesional del Médico Familiar.

III. 9.2 Análisis de datos cuantitativos

Se utilizó el programa EXCEL para la tabulación de datos y en base a ello se realizó los gráficos de resultados.

III. 9.3 Exposición y presentación de datos.

La presentación de los datos cualitativos se realizó con una tabla donde se expuso las citas textuales de los hallazgos y su clasificación en categorías y subcategorías.

Los datos cuantitativos se exponen con gráficos de pasteles en relación porcentual de la autopercepción del grado de competencias, en general.

III. 9.4 Sesgo en la investigación

Debemos mencionar que se usaron solo las variables cualitativas concernientes a las competencias y no variables demográficas, ya que la población de estudio no es representativa para la generalización de los hallazgos, en poblaciones similares.

El sesgo en la parte cualitativa de esta investigación puede estar relacionado al hecho de que somos compañeras del mismo posgrado, y por lo tanto, pares, lo que puede causar el que den respuestas que “esperaríamos” escuchar.

CAPITULO IV. Resultados

IV.1 EXPOSICION DE RESULTADOS DE DATOS CUALITATIVOS

AUTOPERCEPCIÓN DE IDENTIDAD DE MÉDICO FAMILIAR EN LOS RESIDENTES DE TERCER AÑO DEL POSTGRADO DE LA PUCE 2014

(12 Entrevistas)

I= Informante (Numeración, según la codificación manual por temas)

IV.1.1 CATEGORIAS	RESULTADOS	ENTREVISTAS DE INFORMANTES CLAVE POSGRADISTAS DEL TERCER AÑO DE MEDICINA FAMILIAR PUCE
IV.1.1.1 MOTIVACION PARA ESCOGER LA ESPECIALIDAD	LOS ESTUDIANTES DESCRIBEN EXPERIENCIAS PERSONALES QUE MARCARON SU INTERES	I1.1 “ Al principio la verdad mi interés principal era ser como un médico internista pero yo decidí ser médico familiar porque no quería hacer guardias, inicialmente ingrese así al posgrado, yo estaba segura que me gusta lo clínico, nada quirúrgico y eso era, y que “ gineco” pues lo iba a pasar como requisito pero

	<p>POR LA MEDICINA FAMILIAR, SOLO UNA DE ELLAS REFIERE HABER TENIDO UNA INFLUENCIA DIRECTA DESDE EL CURSO DEL PREGRADO.</p> <p>LA INFORMACION QUE RECIBIERON EN SU MAYORIA VIENE DE ALGUNAS FUENTES INFORMALES COMO INSTITUCIONES PRIVADAS, EL PERIÓDICO, O LA EXPERIENCIA DE ALGUIEN CERCANO.</p>	<p><i>nada más”</i></p> <p>11.2 <i>“conocí, ehh, la especialidad de medicina familiar en un congreso que organizó el Hospital Vozandes fue justo el año previo a que yo ingrese acá al posgrado, en ese congreso mencionaban las habilidades, destrezas que un médico de familia puede lograr y el impacto que tiene en la comunidad...”</i></p> <p>1.3” <i>Bueno mi motivación empezó en la rural, cuando llegaban a la consulta, mujeres con sus hijos a consultas subsecuentes sin un diagnóstico específico claro, siempre les traían aparentemente por gripe pero era como que todas las semanas tenían gripe yyy un día me anime a preguntarle a una de mis pacientes que porque venía siempre a la consulta, entonces me decía que era como un medio de escape para no estar en la casa y no ser víctima de violencia física en el hogar yyy... y me sentí identificada...porque yo vivía lo mismo en mi casa,... siempre pensé que era ser un... ser médico de familia es como ser un médico general más pero luego cuando empecé a ver eso en la rural y a seguir el perfil del médico de familia en la atención primaria,...me fui identificando más en que quería seguir esa profesión.”</i></p> <p>11.4 <i>“Bueno, yo no sabía exactamente que especialidad seguir, sabía algunas cosas que me gustaban, sabía algunas otras</i></p>
--	--	--

	<p>LA MAYOR PARTE DE LOS ESTUDIANTES ALUDEN SU DECISION A UNA CASUALIDAD O A LA IDEA DE AVENTURARSE O ARRIESGARSE A PROBAR SUERTE, ALGO SIN MAYOR PLANEACIÓN CON EL POSGRADO O INTERÉS RELACIONADO AL TRABAJO EN COMUNIDADES TRAS SU EXPERIENCIA EN LA RURAL.</p> <p>ALGUNAS FUENTES DE DONDE OBTUVIERON INFORMACION SOBRE EL POSGRADO FUERON EL INTERNET, OTROS POR EL</p>	<p><i>cosas que no me gustaban, yo realmente en el colegio siempre pensé que me hubiese hecho pediatra pero cuando roté por pediatría...y yo me ponía muy mal con eso, ...yo realmente desconocía mucho de lo que es la medicina familiar, entonces en ese momento que yo recién empecé a buscar de que se trataba la medicina familiar, cuáles eran las competencias, que es lo que hacía el médico familiar y realmente me gustó, me gustó lo que encontré y por eso que ya empecé a buscar donde podría hacer el posgrado de medicina familiar”.</i></p> <p>11.5. <i>“Realmente no fue algo planeado, en la Universidad en la que me formé el pregrado, en la universidad central, no teníamos ehh, digamos una formación de médicos familiares que... podíamos ver que es su actuación, realmente yo conocí lo que es un médico familiar mediante una charla que dieron los doctores del posgrado de mi hospital base, ellos fueron quien realmente ehh... fue una casualidad realmente y terminando la rural, ellos fueron a dar una charla para captar médicos familiares ehh... potenciales posgradistas...para mí era desconocido el médico familiar”</i></p> <p>11.6. <i>“Bueno fue casualidades de la vida fue una... la vez que estaba entregando el trabajo de fin de la rural, entre de casualidad y a probar suerte en el posgrado y hasta ahora no convencido completamente pero lo estoy haciendo”</i></p>
--	---	--

	<p>PERIODICO Y ALGUNOS POR MEDIO DE ALGUNA CONFERENCIA EN PARTICULAR.</p> <p>ALGUNOS CUENTAN SOBRE EL ATRACTIVO QUE LES PROVOCO EL INVOLUCRARSE CON UNA ATENCION INTEGRAL Y HACIA LAS COMUNIDADES, LA MAYORIA EXPRESA QUE VINCULA A LA MEDICINA FAMILIAR CON UN INTERÉS POR CUESTIONES DE ATENCION SOCIAL HACIA LA COMUNIDAD.</p>	<p>11.7 <i>“Bueno inicialmente mi familia tiene una tendencia de tipo social... el ingreso a la Universidad Católica y el enfoque en el pregrado...de una visión un poco más humana, más caritativa con respecto a la enfermedad al enfermo, a la pobreza, a la enfermedad de espíritu del paciente es la que me fue formando con este... con esta idea en el pregrado en la universidad católica, nosotros tenemos tutoriaje directamente de médicos familiares todo el tiempo y es ahí donde uno aprende y finalmente el contexto general de ser un médico integral y de atención primaria y prevencionista y es lo que me motivo a entrar al posgrado entonces desde antes de entrar yo al posgrado ya me sentía médico familiar y lo aplicaba por lo menos en la rural”</i></p> <p>11.8 <i>“Bueno sinceramente fue la primera elección que tuve porque fue también el primer posgrado que se abrió cuando salí de la rural, entonces tenía conocimiento anterior por mis amigos y porque fue que elegí a pesar bueno de que podía escoger múltiples otras especialidades... no tenía un conocimiento exacto o más profundo de que se trataba, pero sabía que había más integralidad, de que conformaba muchas especialidades en una sola, entonces me gustó eso, fue más por eso que elegí, por esas dos cosas”.</i></p>
--	---	--

		<p>11.9 <i>“Justo a la entrada de la oficina donde teníamos que inscribirnos, vi ese rotulo que decia porque no sigues medicina familiar, era la primera vez que yo habia visto en el periodico cuando hicieron el llamamiento para las inscripciones que decia medicina familiar decia que se dedicaba a la atencion primaria que trabajaba con familias en la comunidad consejo genetico, que abordaba a niños adolescentes, embarazadas y que su práctica era en la consulta externa, entonces dije voy a seguir eso...”</i></p> <p>11.10 <i>“Bueno inicialmente yo no quería ser médico familiar yo quería ser pediatra, pero bueno en mi caso mi hermana es médico familiar y vi cosas muy diferentes que ella en su profesión y que muchos médicos no lo tenían,...</i></p> <p><i>Sin embargo después fue más que nada arriesgarse yo dije bueno voy a ver como es, como se da un examen para el posgrado y todo, no me gusto muchas cosas pero ya termine me dijeron que había ingresado... Y bueno recién ahí comencé a leer algo de lo que la medicina familiar entonces leía que era la medicina familiar...y de mi hospital ya cuando investigue era sobre la cuestión social de una empresa internacional, y me llamo mucho, mucho la atención y más bien decidí quedarme...”</i></p>
--	--	---

		<p>11.11 <i>“Bueno, yo antes de graduarme en realidad de médico ni sabía que existí... la especialidad de medicina familiar, mi hermano es médico familiar, pero bueno aun así tampoco lo tenía como muy clara, al acabar la rural tuve la oportunidad de trabajar aquí en el Voz Andes y fue aquí donde en el internado ya me ligue un poco más al tema, aun así no había considerado ser médico familiar hasta que roté en “Shell” y ahí es como que se practica más esto de ser médico de familiar , la visión integral y el trabajo comunitario , creo que es de ahí, desde el ejemplo de otros médicos familiares de enamorarse un poquito del concepto de la visión holística...”</i></p> <p>11.12 <i>“Fue porque cuando vi el perfil del médico por medio del internet vi lo de la católica y decía que el médico familiar hacía una integración del paciente no solo del adulto, si no del niño, de la paciente ginecológica, entonces me llamaba la atención lo que es la paciente ginecológica y pediátrico, por eso me incline a medicina familiar”</i></p>
--	--	--

IV.1.1.2 IMAGEN DEL MEDICO DE FAMILIA		
IV.1.2 SUBCATEGORIAS		
IV.1.2.1 AUTOIMAGEN	<p>LA CONSTRUCCION DE LA AUTOIMAGEN ESTA EN RELACION A LA CAPACIDAD DE RESOLVER PORBLEMAS FRENTE AL PACIENTE</p> <p>LA FORMACION ADQUIRIDA DURANTE EL POSGRADO, LOGRA SATISFACER, EL SENTIRSE COMPETENTE EN</p>	<p><i>I1.2 “No tenía la capacidad de resolución que ahora tengo” esa capacidad de resolución se basa en sus logros “me veo con las aptitudes y capacidades que no tenía cuando entre al posgrado? “Me faltaban armas”.. me siento muy contenta porque siento que las tengo”</i></p> <p><i>“se ha logrado lo que se busca , que uno pueda tener resolución de los problemas”</i></p> <p><i>I2.2 “...Tuve varias expectativas que se han ido paulatinamente cumpliendo en el tiempo”</i></p> <p><i>I6.2 “Me describo como una persona, nerviosa y muy</i></p>

	<p>RESOLVER PROBLEMAS FRENTE A LA DEMANDA DEL PACIENTE, GANAR SEGURIDAD EN LA PRACTICA CLINICA Y LA VISION INTEGRAL.</p> <p>EXISTE LA SENSACION DE QUE AÚN AL TERMINAR EL POSGRADO HAY ÁREAS CON ALGUNAS DEFICIENCIAS Y NECESIDADES INSATISFECHAS QUE DEBEN SEGUIRSE FORTALECIENDO Y QUE EL POSGRADO HA DADO HERRAMIENTAS PARA CONTINUAR CON LA AUTOFORMACION MEDICA.</p>	<p><i>trabajadora.. ahora sigo trabajando pero o sea, ya tengo seguridad en casi todo lo que hago, pese a no tener una precisión, diagnóstica tota, pero estoy seguro de lo que hago.. Medicina familiar, no estoy completamente convencido,,, pero es algo que me ha tranquilizado las ganas de seguir estudiando..”</i></p> <p><i>“Yo no soy mediocre... yo me veo como una persona que no se equivocaron en elegir”</i></p> <p><i>12.2 “Hay un programa que.. no se ha podido desarrollar en el 100%”..</i></p> <p><i>“siento que no se ha cumplido,.. Hay varias áreas que todavía siguen por prepararse.. destrezas que todavía no han sido satisfechas”</i></p> <p><i>14.2 “El médico es un estudiante continuo completo”</i></p> <p><i>13.2 “tengo muchas falencias y muchas cosas todavía por aprender.. Nadie todo el conocimiento.. sé que esto lo vamos a</i></p>
--	---	--

	<p>HAY UN BÚSQUEDA DE RECONOCER LAS CAPACIDADES Y LOS LIMITES EN LA PRACTICA MEDICA PARA ASI EVITAR "TOMAR" ROLES QUE NO NOS ACORRESPONDAN</p> <p>DE ACUERDO AL TRASFONDO DE CADA UNO DE LOS ENTREVISTADOS EXISTEN CIERTAS AFINIDADES POR LA PRACTICA HOSPITALARIA Y OTRAS POR LA PRACTICA EXTRAMURAL EL CONTACTO</p>	<p><i>ir adquiriendo día a día"</i></p> <p><i>112.3 " Me veo en formación, me falta mucho...a todos creo que nos toca seguirnos formando más en lo que nos falta"</i></p> <p><i>14.2</i></p> <p><i>"...reconocer que nunca vas a saber toda la medicina.. lo más importante es aprender a reconocer tus límites, a decir hasta ahí no puedo más, eso es lo que muchas veces yo hago "</i></p> <p><i>"...trato de entender mis capacidades y hasta donde puedo ir y que es lo que no debo, no quiero o no puedo hacer"</i></p> <p><i>17.1 "Desde antes de entrar al posgrado, yo ya me sentía médico familiar..."</i></p> <p><i>17.2 "Nosotros no somos médicos hospitalistas, somos médicos de atención primaria, .. esto implica no solamente el tratamiento de una enfermedad, si no a buscar la prevención en un contexto más general, más amplio de la persona.."</i></p> <p><i>18.2 " Yo soy más hospitalario"</i></p>
--	---	---

	<p>CERCANO CON EL PACIENTE.</p> <p>TENER LA PERCEPCION DE INTEGRALIDAD, ACCIONES DE PREVENCIÓN Y CUIDADO ESTAN LIGADAS A LA ESENCIA DEL "SER" MEDICO FAMILIAR.</p>	<p><i>19.2 "Soy profesional en mis actividades, soy alguien que me gusta escuchar a mis pacientes, alguien que le gusta hacer todo lo que pueda por los pacientes"</i></p>
--	--	--

<p>IV.1.2.2</p> <p>TRANSFORMACION DE LA PERCEPCION DE LA IMAGEN DE MEDICO FAMILIAR</p>	<p>LOS ESTUDIANTES RECONOCEN UN PROCESO DE TRASFORMACION DESDE UN PUNTO INICIAL DE LA EXPERIENCIA PERSONAL EN FORMACION ACADEMICA DURANTE EL POSGRADO</p> <p>EL CRECIMIENTO SE DESTACA EN LAS AREAS DE</p>	<p><i>I1.5"Al principio con mis deseos de ser internista me frustraba...en el R1, todavía esa idea de que ..Yo soy clínica,... desde el R2, empecé con mi transformación, y ahora en el R3, puedo estar segura de que tengo todas las armas para ver al paciente en todo el ámbito y me da la satisfacción de sentirme completa... entonces es muy lindo..."</i></p> <p><i>" Con el trayecto del posgrado se puede decir que me adapté por completo... ahora tengo la camiseta puesta ..."</i></p> <p><i>I2.5 ... "seguridad en el manejo, herramientas, fuentes para buscar información ...técnicas que se pueden usar para resolver problemas"</i></p> <p><i>I3.5 "...en conocimientos inicialmente casi nada... ahora tengo un montón de conocimientos y me falta mucho más...pero lo que más he ganado es en la relación médico paciente, en cómo brindarles una atención de calidad,... el donde tu palabra pudo ser mucho más que el don tuyo de médico... esa parte emocional que compartes con el..."</i></p>

	<p>CONOCIMIENTO, COMUNICACIÓN MEDICO PACIENTE CAPACIDAD DE LIDERAZGO, EL FORTALECIMIENTO DE PRINCIPIOS BIOETICOS</p> <p>EN EL PROCESO DE TRANSFORMACION SE VAN AFIANZANDO ELEMENTOS BASADOS EN LA CAPACIDAD DE AUTOAPRENDIZAJE, DE TOMA DE DESICIONES Y LA COMUNICACIÓN QUE ALIMENTAN LA CONFIANZA</p>	<p><i>14.5 “ Lo más llamativo es el conocimiento, he aprendido bastante...soy una persona más responsable... al principio estudias sólo lo que te mandaron a estudiar... en cambio ahora si encuentro algún paciente que tiene alguna cosa que yo no sé definir... trato de resolverlo sola...”</i></p> <p><i>15.6 “...del residente tímido, con muy pocos conocimientos básicos a un médico ahora con un método de aprendizaje,... con la capacidad de darte cuanta ahora cuando no sabes, y de aceptarlo y de ir a revisar,... y que estas actitudes nos lleven a tomar una decisión en la mayoría de casos acertada... y claro habilidades, no solo de practica si no de actitud y comunicación...”</i></p> <p><i>16.6 “Entre todo lo que uno puede lograr en el posgrado... Yo me creo ahora una persona que es segura, eso ha cambiado en los tres años”</i></p> <p><i>18.6 “... la transformación ha sido en todos los ámbitos,... tienes mayor conocimiento,... en la atención al paciente, porque antes lo hacíamos... de una forma más rígida menos global... e igual los demás aspectos la relación con los otros profesionales de la salud.”</i></p> <p><i>19.6 “He adquirido conocimientos, habilidades para</i></p>
--	--	--

		<p><i>comunicarme con mis pacientes,... es lo que más me ha agradado es esa parte lo de la comunicación con mis pacientes... recién estamos empezando el camino... medicina familiar es demasiado grande, mientras más sabes, más sabes que te falta saber... siento que he recorrido un camino que me ha ayudado a crecer, si..."</i></p> <p><i>I10.6 "He aprendido a no socapar a mis compañeros médicos... que hagan mal las cosas o que no tengan ética... tú eres parte del cambio, si no hablas o no te quejas o solo te quedas a lamentarte , tu no vas a cambiar nada... me veo muy diferente a como ingresé... Un médico tiene hasta cierto punto un poder, pero tiene más una virtud, la virtud de comunicarse con sus pacientes y poder atenderlos... he aprendido mucho científicamente, he tenido que enfrentar problemas que han hecho que madure, han formado mi carácter... ya entiendo la realidad..."</i></p> <p><i>I11.6 "Uno es el tema de confianza... uno tiene muchos temores y menos conocimientos, con el tiempo uno va ganado confianza, en el trato con el paciente, sabe cómo dirigir las cosas... la necesidad de conocimiento, el plantearse esto como una responsabilidad con las personas que van a buscar atención, ... el compromiso que uno empieza a hacer con esta carrera..."</i></p>
--	--	---

		<p><i>I12.4 “En el R1, todavía con la mentalidad del rural, en el R2 sientes que te falta mucho tiempo para seguir aprendiendo, en el R3, pulir lo que ya tienes...No tenía mucha experiencia, yo me sentí a como una interna en el R1, en el R2 ya tenía cierto poder para decisión , en el R3 ya decides ...”</i></p>
<p>IV.1.3 CONSTRUCCION DE LA IDENTIDAD COLECTIVA “ Nosotros los Médicos Familiares”</p>	<p>LOS ESTUDIANTES PUEDEN IDENTIFICAR LAS CARACTERISTICAS PARTICULARES EN LA FORMA DE ATENCIÓN DEL MEDICO FAMILIAR, Y COMO TAL ELEMENTOS QUE CON LOS QUE SE IDENTIFICAN PLENAMENTE POR LO QUE SE SIENTEN, PARTE DEL GRUPO DE MEDICOS FAMILIARES.</p>	<p><i>I1.2 “Nosotros estamos en la capacidad de atender a la persona en cualquier etapa de su vida.. de su ciclo vital, ciclo familiar, de pareja, es muy difícil que alguien lo pueda superar” “es una especialidad tan integral”</i></p> <p><i>“Ver al paciente en todas sus esferas, nos hace tan distintos” El ser distintos se percibe como una ventaja, pero realmente lo es? Desde que punto de vista?</i></p> <p><i>“Tenemos que ser multidisciplinarios para resolver nosotros”</i></p> <p><i>I1.2 “Nosotros, como médico familiar ... estamos en la capacidad de atender las FAMILIAS” no se debe “confundir” hay una confusión? Desde dónde se la percibe?</i></p> <p><i>“A veces creen.. que somos terapeutas, que No somos médicos” quienes lo creen?, porqué ellos creen eso, si somos confundidos con lo no médico, entonces que es un médico?</i></p> <p><i>I2.2 “Un médico que se interesa en la persona” “la que más está</i></p>

	<p>LOS ESTUDIANTES HABLAN EN RELACION A LAS VENTAJAS DE SER MEDICOS FAMILIARES, Y EL ROL QUE TOMAN EN LA ATENCIÓN CON SUS PACIENTES.</p> <p>TAMBIEN ESTABLECEN COMPARACIONES CON LOS OTROS ESPECIALISTAS Y RESALTAN COMO UNA DE SUS MAYORES VENTAJAS LA INTEGRALIDAD DE LA ATENCIÓN, LA PERCEPCIÓN GLOBAL DE LA SALUD EN LAS PERSONAS MÁS ALLA DE SIGNOS O SÍNTOMAS.</p>	<p><i>a la vista, es un manejo integral, tanto en el aspecto biológico, social y psicológico“ ...El manejo que se hace longitudinal en el tiempo...” “la accesibilidad.. lugares cerca del paciente..” “de tal forma que podamos tener empatía con él y también, poder tener efectos a largo plazo”</i></p> <p><i>13.2</i></p> <p><i>“Identificar tu rol, más que como médico como amigo del paciente, .. como guía.. abrir un vínculo.. el seguimiento de la familia.. la parte social, la parte de ayuda, la parte comunicativa, tenemos que ver siempre la parte biológica .. Le vemos al paciente en todos sus entornos”</i></p> <p><i>14.2 “..la característica es que no se centra en algo solo del paciente, lo ve de forma completa como es la persona” hay una diferencia entre persona y paciente, pasando de ser objeto a sujeto, y por lo tanto un ser con voluntad con capacidad de decisión.</i></p> <p><i>“... mira todo el contexto, toda la familia, busca los factores de riesgo, busca prevenir.. las competencias del médico familiar son la integralidad, la continuidad el seguimiento, longitudinalidad, todo este tipo de cosas..”</i></p>
--	--	--

	<p>OTROS ELEMENTOS QUE DESTACAN SON, LA CAPACIDAD DE RESOLUCIÓN CLÍNICA, EN LA RELACIÓN MEDICO PACIENTE Y UN VÍNCULO DE CERCANÍA.</p>	<p><i>16.2 “ El médico familiar es el que acompaña o cuida cuando no puede curar, lo que no hace el resto”</i></p> <p><i>15.2 “Nosotros tenemos que dominar las enfermedades, y como bien lo dice nuestras competencias, debemos solucionar el 80% de la patologías que nos vienen en atención primaria, .. debemos prepararnos todos los días,.. debemos conocer mucho, por los nuevos conocimientos que salen cada dia..”</i></p> <p><i>Se entiende entre las características de un médico familiar alguien que está en constante actualización académica,y tener capacidad de resolución de problemas.</i></p> <p><i>17.2 “Nosotros no somos médicos hospitalistas, somos médicos de atención primaria, .. esto implica no solamente el tratamiento de una enfermedad, si no a buscar la prevención en un contexto más general, más amplio de la persona..”</i></p> <p><i>18.2 “ Ellos esperan es eso, que sea escuchado, que sea tratado, que sea que lo tengamos de igual a igual, y el paciente, pues lo valora y respeta”...</i></p> <p><i>“El médico de familia es más profundo, más global, más general...trata no sólo ese motivo de consulta si no ... el motivo</i></p>
--	---	---

		<p><i>de consulta “oculto” que va a sobresalir después...”</i></p> <p><i>En verdad es eso lo que el paciente espera?</i></p> <p><i>19.2 “ Los médicos especialistas son muy directos.. Este es el tratamiento y este es el tratamiento para su pareja... bueno que le vaya bien... Nosotros nos preguntamos ¿Por qué llegó...? ¿cuáles son los factores de riesgo... y así sin querer queriendo ya nos metimos en la familia ”</i></p>
--	--	--

<p>IV.1.4</p> <p>RELACIONES INTERPERSONALES</p>	<p>LAS RELACIONES A DISTINTOS NIVELES SE CARACTERIZAN POR LA BUSQUEDA DE LIMITES, DONDE LA ACTITUD ES MUY IMPORTANTE PARA UN EQUILIBRIO.</p> <p>LA COMUNICACIÓN ES UN TEMA QUE SE REMARCA CON FUERZA, EL USO DE LA PALABRA O DEL LENGUAJE VERBAL Y NO VERBAL, LA TOLERANCIA CON LAS</p>	<p><i>11.6 “Yo he aprendido a trabajar la parte profesional lo estrictamente profesional... manejo una amistad sincera, directa, como es lo que me gusta”... tengo esa capacidad fácil de poner los límites”...”Con mis pacientes me va muy bien, yo soy directa con ellos, siempre soy amable...he formado muy buenos lazos con ellos”</i></p> <p><i>12.6 “ ...tratar de mantener la funcionalidad, en la familia, en el lugar de trabajo, en el lugar de estudios, manteniendo normas básicas de respeto, cumpliendo los principios bioéticos, tratando de esa forma aplicar lo que uno aprende..”</i></p> <p><i>13.6 “Soy una persona así , como que inicialmente no me gusta mucho hacer amistad, es difícil establecer un vínculo estrecho... trato de llevar una relación estrecha con los pacientes”</i></p> <p><i>14.6 “ Lo más importante es la comunicación y sobre todo la sinceridad... tengo la facilidad de hacer realmente amistad con las personas... trato de ser lo más sincera, lo más abierta, trato de apoyar a las personas...siempre les digo en mi casa, a los pacientes, a los amigos, a los tutores, que pueden contar</i></p>

	<p>DIFERENCIAS.</p> <p>LAS RELACIONES CON LOS PACIENTES SE BASAN EN LA BUSQUEDA DE EMPATIA, CERCANÍA, CUIDADO, LA ESCUCHA, EL TIEMPO, EL CONTACTO FISICO SON VALORADOS COMO MUY IMPORTANTES EN LAS RELACIONES CON LOS PACIENTES</p>	<p><i>conmigo.. siempre que esté en mis manos y creo que es lo más importante”</i></p> <p><i>15.6 “Lo más importante es la comunicación, en mi caso el lenguaje verbal y no verbal... lo que tu demuestras a tus pacientes... en todas mis relaciones actúa mucho mi actitud, trato de decir las palabras adecuadas en el momento adecuado...” “...tanto el lenguaje , la comunicación, la seguridad que tienes al conversar al dialogar, con los pacientes, con los tutores y con los compañeros.. tratamos de utilizar lenguaje asertivo...”</i></p> <p><i>17.6 “ La empatía, yo creo que segundo la tolerancia, el respeto ... porque somos semejantes pero no iguales unos somos más poderosos en algunas áreas y otros no, y viceversa, entonces el tolerar, el compartir el conversar... con respeto con humildad, creo que ha sido la base de todo, de una relación entre compañeros, entre profesores y alumnos, entre paciente y médico.”</i></p> <p><i>18.6 “ La comunicación, entonces yo pienso que si no hay una buena comunicación nadie puede saber de ti, de todo lo que te está pasando... en cuanto a los compañeros, tutores y los demás pues la comunicación, nos ha ayudado a establecer una</i></p>
--	---	---

		<p><i>buena relación.”</i></p> <p><i>I9.6 “ Con mis pacientes... tal vez soy sobreprotectora, porque trato de cuidarles, de hablarles suave, de darles continuidad, de tenerles paciencia, de darles tiempo, no sé, en realidad me gusta mucho la consulta con mis pacientes...” “Mis relaciones familiares son un poco lejanas para evitar problemas... yo soy bastante introvertida... soy una persona que escoge, se toma su tiempo para escoger amistades...”</i></p> <p><i>I10.6 “ las relaciones son un poco difícil de construir creo que lo básico está en el respeto,... la justicia ... es importante para tus relaciones, tienes que ser justa con tus pacientes “</i></p> <p><i>I11.6 “No soy una persona de muchas palabras, pero siempre trato de demostrar mi interés por otras personas ayudando a hacer cosas... soy creo de esas personas que escuchan mucho, trato de establecer un cierto contacto físico ... que sea cercano esa parte de la consulta, en que el paciente se muestra frágil o algo así... no tanto hablando... más bien trato de escuchar y con la familia igual, tratamos de tener contacto físico, esas muestras de cariño...”</i></p>
--	--	---

<p>IV.1.5 RECONOCIMIENTO DEL MEDICO FAMILIAR</p>		
<p>IV.1.5.1 SOCIAL</p>	<p>EL MÉDICO GENERAL O MÉDICO FAMILIAR POSEE UNA IMAGEN SUBESTIMADA, RELACIONADA CON LA ESCASA CAPACIDAD DE RESOLUCION DE PROBLEMAS, CON "LA ATENCIÓN PARA LOS POBRES" LOS QUE NO PUEDEN PAGAR UN ESPECIALISTA Y EN ESE SENTIDO EL "IR A UN</p>	<p><i>11.3 "Lastimosamente no somos tan apreciados todavía...el país recién está abriéndose a nosotros"</i></p> <p><i>"En realidad es justamente en la parte privada donde no existe el médico familiar, si te duele la cabeza vas a neurólogo si tienes tos al neumólogo, la gente como que no entiende, como que el médico de atención primaria, está solo en el subcentro, y al subcentro en teoría "van sólo los pobres", o sea no es que va "todo el mundo" ...Nuestros médicos familiares no están siendo vistos... por todos los estratos de la sociedad"</i></p> <p><i>13.3 "Ni siquiera acá en Quito, saben bien que abarca la medicina de familia, peor en un pueblo pequeñito"</i></p> <p><i>14.3 "Son 25 años que la medicina familiar esté en el país... es una especialidad relativamente joven comparada con las otras..." "sobre todo que la gente comprenda de lo que se trata el médico familiar, porque muchas veces piensan, que solo es el</i></p>

	<p>ESPECIALISTA" ES UN ASUNTO DE ESTATUS SOCIAL LA CURA "CASI MÁGICA" DE LA ENFERMEDAD.</p> <p>A LA VEZ HAY LA NECESIDAD DE SER RECONOCIDO COMO ESPECIALISTA, PORQUE SE SOBREENTIENDE QUE ESTUDIÓ MÁS Y ESE TÍTULO, LE DA UN ESTATUS DIFERENTE AL DE UN MÉDICO GENERAL DE PREGRADO.</p>	<p><i>médico general,... y no sólo las personas si no también administrativos, ... las puertas todavía no están abiertas por completo pero yo creo que estamos trabajando en eso..."</i></p> <p><i>16.3 ... "Hay muchas personas en las ciudades grandes que ya conocen el desenvolvimiento del médico familiar, en otras ciudades ni siquiera nos conocen " esto se ajusta a la realidad de la cantidad de médicos familiares a nivel nacional</i></p> <p><i>17.3 " Somos una especialidad recientemente conocida y reconocida como especialidad, subvalorada todavía, y no conocida en la sociedad por lo menos ecuatoriana"</i></p> <p><i>19.2 "Imagínate que tú le digas a una persona, no hay turnos para el médico que Usted quiere, si quiere le puede ver el médico general, tu ¿Qué idea tienes? Que es un médico que no tiene mayor conocimiento, que es un médico que terminó su carrera y no es especialista en nada..."</i></p> <p><i>110.3 "...Imagínate tú, que le digas a una persona no hay turnos para el médico que usted quiere si quiere le puede ver el médico general tu ¿Qué idea tienes, ¿ qué es un médico que no tiene mayor conocimiento que es un médico que termino su</i></p>
--	---	--

	<p>ES UN ANHELO DEL MEDICO FAMILIAR EL RECONOCIMIENTO SOCIAL DE “ESPECIALISTA” AUN CON TENER UNA FORMACIÓN GENERALISTA, SE ESPERA SER VISUALIZADOS COMO ESPECIALISTAS PORQUE IMPLICA UNA MAYOR COMPETENCIA DENTRO DEL AMBITO PROFESIONAL.</p> <p>EL SER RECONOCIDOS COMO ESPECIALISTAS IMPLICA TAMBIEN LA GANANCIA DE UN ESTATUS A LA PAR CON OTROS PROFESIONALES MEDICOS</p>	<p><i>carrera y que no es especialista en nada y que te va a resolver parcialmente tu problema, diferente fuera que te digan no sabe que hay otro médico especialista que le puede resolver su problema, que es el médico familiar entonces tu sabes que te va a ver primero un especialista y segundo que te van a resolver el problema por el que vas”</i></p> <p><i>I10.3 “No hemos tenido todavía un alcance social, por la polémica que comenzó a hablarse de la medicina familiar, pero no se entiende ¿Qué es?”</i></p> <p><i>I11.2 “..Hemos tenido pacientes... que echan la culpa de que no se han sanado a que les vio un médico general hablando indistintamente del médico general o el médico familiar”</i></p> <p><i>I12.3 “ Nos dibujan de mala manera, por la traída de los médicos cubanos... y les llamó la atención a la gente de que existe la medicina familiar y que el médico familiar no es un simple médico general aquí en Ecuador”</i></p>
--	---	---

<p>IV.1.5.2</p> <p>ACADEMICO</p>	<p>EL RECONOCIMIENTO ACADEMICO DE LA MEDICINA FAMILIAR COMO UNA ESPECIALIDAD, ES CONSIDERADO UNA GANANCIA PARA LOGRAR LA VISUALIZACION DEL MEDICO FAMILIAR</p>	<p><i>17.3 “ Somos una especialidad recientemente conocida y reconocida como especialidad, subvalorada todavía, y no conocida en la sociedad por lo menos ecuatoriana”</i></p> <p><i>111.3 “...creo que se están dando los primeros pasos... El mismo hecho de que se ha reconocido como una especialidad”</i></p> <p><i>16.2 “ Nosotros no somos especialistas,... se lo hizo con el afán de reconocer”</i></p>
<p>IV.1.5.3</p> <p>EL ESTADO/EL MINISTERIO DE SALUD.</p>	<p>EL MEDICO FAMILIAR ES EL PROTAGONISTA DEL “CAMBIO” EN LA “ATENCIÓN PRIMARIA”</p> <p>LOS CAMBIOS A NIVEL DE LAS POLITICAS DE SALUD</p>	<p><i>11.3 “ ... últimamente con el Ministerio de Salud y con la Ministra, y con el tema de salud de este Gobierno... es como que se empezó a formar el primer nivel, o sea a fortalecerlo, porque ahora con eso de la RED hemos podido ver, están en el proceso... se está formando el sistema de la atención primaria pero es un proceso largo, un proceso de adaptación...”</i></p> <p><i>“...cuando veamos cambios en nuestro sistema de salud del país... que realmente nos reconozca a nosotros como médicos familiares”</i></p> <p><i>18.2 “Son las políticas públicas... el Estado, el Ministerio de</i></p>

	<p>PROVOCAN UNA SENSACION DE ESPERANZA EN VER UN IMPACTO A FUTURO SOBRE LA ATENCIIÓN PRIMARIA Y EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.</p> <p>HAY UNA CONFUSION ENTRE ATENCION PRIMARIA Y PRIMER NIVEL DE ATENCION SE LOS TRATA COMO TERMINOS EQUIVALENTES</p> <p>SE PERCIBE LA INFLUENCIA DEL ESTADO ATRAVÉS DEL GOBIERNO EN LAS ACCIONES POLITICAS QUE PERMITEN UNA VISIBILIZACIÓN DE LA IMAGEN DEL MÉDICO</p>	<p><i>Salud Pública, nosotros sabemos que el médico de familia es la puerta de entrada de todos los pacientes que llegan a las consultas sea de los hospitales o de los centros de salud...”</i></p> <p><i>110.3 “... me doy cuenta que los médicos familiares estamos como en “Voga” entonces todos quieren tener a un médico familiar, porque el médico familiar ya tiene cuarto nivel, no es un médico general solamente” ¿Quiénes son “todos” los que quieren a un médico familiar”?</i></p> <p><i>111.3 “... que se esté tratando de dar este cambio, de fortalecer la Atención primaria es importante... todavía no hay suficientes médicos familiares...hay que fortalecer el equipo de atención primaria, falta muchísimo...”</i></p> <p><i>Realmente la solución en atención primaria es la formación de médicos familiares?</i></p> <p><i>12.3 “Con las nuevas propuestas que tiene de traer especialistas en medicina familiar de otros países, preparar a los mismos médicos generales que actualmente sirven en el Ministerio de Salud...Se está tratando de hacer conocer a la comunidad la importancia que tiene el médico familiar en el manejo de sus problemas de salud... que no tengan que estar acudiendo a un hospital directamente...” ¿Es eso realmente lo</i></p>
--	--	--

	<p>FAMILIAR</p> <p>DESDE LA MIRADA DE LOS ESTUDIANTES LAS ACCIONES POLITICAS GUBERNAMENTALES SON VISTAS COMO POSITIVAS PARA LA IMAGEN DE MEDICO FAMILIAR</p>	<p><i>que se está tratando desde la parte pública?</i></p> <p><i>I12.3 “Creo que tiene mucho que ver lo que el Gobierno pinta y cómo nos ve la comunidad”...</i></p>
<p>IV.1.5.4</p> <p>RECONOCIMIENTO DE LOS PARES</p>	<p>EN LA CLASE MEDICA SE PERCIBE UNA ACTITUD DE</p>	<p><i>I1.3 “Entre los mismos colegas...muchas veces me han dicho:- “Yo no entiendo ¿Para qué estudió usted eso?.. era que estudie otra cosa... ni si quiera los médicos nos tienen todavía en concepto ni la apreciación de lo que somos”</i></p>

<p>“LOS OTROS ESPECIALISTAS”</p>	<p>DESVALORIZACIÓN Y CUESTIONAMIENTO SOBRE EL HABER ESCOGIDO “MEDICINA FAMILIAR”</p> <p>EL MEDICO FAMILIAR ES PERCIBIDO COMO UN MEDICO GENERAL Y DESDE ESA PERSPECTIVA SUBESTIMADO POR LOS “OTROS ESPECIALISTAS” POR EL DESCONOCIMIENTO DE SUS ROLES Y FUNCIONES EN LA ATENCION MEDICA, ASI COMO POR LA AMPLITUD DE SU FORMACION, MULTIFUNCIONALIDAD Y LO GENERAL DE SU FORMACIÓN.</p>	<p><i>13.3 “Entre nosotros mismos, los colegas todavía hace falta como que decir, o sea sí, soy médico de familia, pero o sea no es que solamente es que soy médico general y nada más... tengo mucha validez...ni siquiera nos toman en cuenta muy bien en ese aspecto, ... todavía tenemos que sacarle a flote a la carrera...”</i></p> <p><i>15.3 “Los médicos, con los que hemos tratado, son pocos los que conocen lo que hace el médico de familia.. en la mayoría de casos somos subvalorados”</i></p> <p><i>16.3 “Los profesionales de salud no saben en si lo que nosotros hacemos... pero ya tenemos algo más de reconocimiento, creo que en la base hospitalaria nosotros .. no somos bien recibidos, no nos consideran un aporte”</i></p> <p><i>17.3 “ ...es muy triste ver que médicos especialistas al ver un problema más general más amplio o más bien de tipo psicosocial transfiere o interconsultan a ... otra especialidad más concreta... entonces yo soy un cardiólogo y veo a alguien con gripe, no, entonces váyase al Otrorrino”</i></p>
---	--	---

	<p>PARA “LOS ESPECIALISTAS” SE DIFICULTA LA VISIÓN DE LO GENERAL EN EL PACIENTE Y PREFIEREN REMITIRLO A OTROS SERVICIOS DE ESPECIALIDAD , A PESAR DE QUE EL PROBLEMA DEL PACIENTE SEA ALGO COMUN</p>	
<p>IV.1.6</p> <p>PROYECTOS A FUTURO</p>	<p>LOS PROYECTOS A FUTURO SE ENCAMINAN HACIA LA DOCENCIA , Y HACIA ALGUN GUSTO POR ALGUNA ÁREA EN PARTICULAR EN LA QUE</p>	<p><i>11.4 “Si yo hiciera un estudio, sería un PHD en medicina familiar ... no será ahora... será en diez años... cuando veamos cambios en nuestro sistema de salud del país...” “...tengo sueños grandes... quisiera fundar un Centro.. “Clínicas de Medicina Familiar” donde podamos tener esa capacidad resolutiva... quisiera en la parte privada honestamente...”</i></p>

	<p>SE TIENE MAYOR INTERÉS, PERO SIN PERDER LA PERSPECTIVA DE LA INTEGRALIDAD SI NO MAS BIEN COMO EL DESARROLLO DE MAYORES HABILIDADES O DESTREZAS EN CIERTAS ÁREAS CONSIDERADAS COMPLEMENTARIAS O DE INTERES PERSONAL.</p> <p>SE OBSERVA TAMBIEN EL INTERES POR LOGRAR UNA INFLUENCIA EN EL SISTEMA DE SALUD, QUE ABRA PASO A GENERACIONES POSTERIORES</p> <p>HAY PROYECTOS</p>	<p><i>12.4 “... He pensado en estudiar docencia... ya con respaldo poder ejercer en una universidad o institución específica.”</i></p> <p><i>“La formación que recibimos es urbana básicamente... es para trabajar en una comunidad pero no tan alejado”</i></p> <p><i>13.4 “ Abarcaría alguna especialidad complementaria, me gusta la “ Gineco”, podría ser colposcopia, también me gusta algún tipo de rama que tenga que ver con los pacientes de VIH ó inmunocomprometidos” “Ahora te toca vivir la realidad, y salir a trabajar y enfrentar tu trabajo”</i></p> <p><i>14.4 “Es un proyecto el “Centro del niño sano” ... creo que es una meta más a futuro, las metas más cercanas... mi familia... un poco de medicina familiar en el ámbito comunitario es decir el primer nivel” “Ser médico familiar fue la meta”...</i></p> <p><i>15.4 “Me está llamando la atención la parte de docencia... sí, es un reto pero las pocas actividades en docencia que he podido realizar me han llenado mucho” “... esperamos tener nuestra propia consulta y espero tener algo de docencia, no he pensado en alguna formación extra ... pero creo que sería importante pensarla...”</i></p>
--	---	--

	<p>PERSONALES PERO CON LAS CARACTERISTICAS DE LA VISION INTEGRADORA, Y PREVENCIÓN DE LA MEDICINA FAMILIAR MATIZADA CON ALGUNAS PARTICULARIDADES ASI COMO LOGRAR LA "VISIBILIDAD" UN IMPACTO EN LA SOCIEDAD DE ALGUNOS ESTRATOS SOCIOECONOMICOS</p>	<p>16.4 <i>"Si yo pudiera... seguir cardiología por el hecho de tener algún familiar con una patología, sólo por eso lo haría..."</i></p> <p><i>"Trabajando sábados y domingos en comunidades lejanas..."</i></p> <p>17.4 <i>" Me gustaría.. Políticas en Salud,... me gusta mucho la medicina interna, la endoscopia"... lo aplicaría a la gente que menos tiene.</i></p> <p><i>" ... me veo trabajando espero en una localidad en un barrio, en un subcentro de salud, atendiendo a las personas de la comunidad y saliendo a hablar con los vecinos..."</i></p> <p>110.4 <i>"Mi proyecto es el "Centro del niño sano" es un proyecto particular, quiero un lugar donde se haga... prevención, promoción combinado con lo que me gusta hacer a mí ,el arte , el teatro, la parte lúdica,... donde pueda reunir eso, la parte lúdica y la prevención en salud, donde pueda educarles a las madres, cómo darles de comer a sus niños, cómo pueden hacer una comida divertida para sus hijos.. un apoyo social para la familia desde ahí..."</i></p> <p><i>"tengo que vivir de algo... quiero dedicarme a dar atención primaria"</i></p> <p>111.4 <i>" Me imagino obviamente en un consultorio atendiendo</i></p>
--	--	--

		<p><i>pacientes que he llegado a conocer ya varios años, eso creo que sería lo más lindo a futuro... ”</i></p> <p><i>“... Pensaría en complementarlo, no sé en salud pública, en gestión de salud, seguiría en la misma línea, pero tratando de cambiar un poco el sistema,... yo voy más por ese lado”</i></p> <p><i>I12.4 “Quisiera está estable en un lugar... me gusta algo de pediatría .. todo depende como me establezca...mi hija está primero...”</i></p>
IV.1.7		
SUBJETIVIDADES		
IV.1.7.1	<p>LAS SATISFACCIONES LLEGAN AL NIVEL DE LAS EMOCIONES PROVOCANDO AFIRMACION EN EL RECONOCIMIENTO DEL TRABAJO CUMPLIDO</p>	<p><i>I1.4 “Estoy con la medicina familiar en el corazón...”</i></p> <p><i>“ He tenido satisfacciones, como gente que me dice:.-Pero ¿Dónde va a trabajar?, pero deme su teléfono...entonces yo con mis pacientes me ha ido muy bien”</i></p> <p><i>I2.4 “...Tener la confianza de una persona, conocer nuevas personas”...</i></p>
ELEMENTOS POSITIVOS		

		<p><i>13.4 “Que simplemente llegue un niño y que te reconozca, que te de un beso, es la doctora... la que me gusta que me atienda”</i></p> <p><i>17.4 “ Me siento satisfecha con lo que he hecho...”</i></p>
<p>IV.1.7.2</p> <p>TEMORES</p>	<p>LOS TEMORES DE LOS ESTUDIANTES ESTAN EN REFERENCIA DEL ENFRENTAR UNA NUEVA REALIDAD EN EL CAMPO PROFESIONAL Y ALGO DE TEMOR A LA LEGISLACION DE LA MALA PRACTICA PROFESIONAL</p>	<p><i>11.4 “El temor a salir, al empezar algo, al darte a conocer es difícil”</i></p> <p><i>12.4 “... las nuevas leyes que tenemos en vigencia en cuanto a l ejercicio de la práctica médica... ¿Dónde voy a trabajar? ¿Dónde voy a desarrollarme?”</i></p> <p><i>13.4 “Salir y no poder enfrentarlo todo sola, no poder abarcar todas las cosas que debería y por tratar de pronto en hacer un bien, terminar haciendo daño a una persona”</i></p> <p><i>16.4 “Temores, ninguno, yo creo que cuando tu sabes lo que tienes que hacer...”</i></p>

<p>IV.1.7.3</p> <p>ESPERANZAS</p>	<p>HAY UNA SENSACION DE ESPERANZA EN EL FUTURO PARA LOS MEDICOS FAMILIARES, IDEAS DE CAMBIO QUE SUGIERAN MAYOR RELEVANCIA EN ACCIONES DE CUIDADO Y PROTECCION DE LA SALUD DE LA POBLACION</p>	<p><i>11.4 "...tengo sueños grandes ..."Yo lo último que espero, es que se me apaguen las expectativas"</i></p> <p><i>17.3 "Grandes expectativas hacia el futuro...con una gran esperanza en toda nuestra gente, quiero creer que vamos a cambiar las cosas aquí"... " vamos a ser una potencia que va a proteger la salud de la población en algún futuro próximo..." "</i></p>
---	---	--

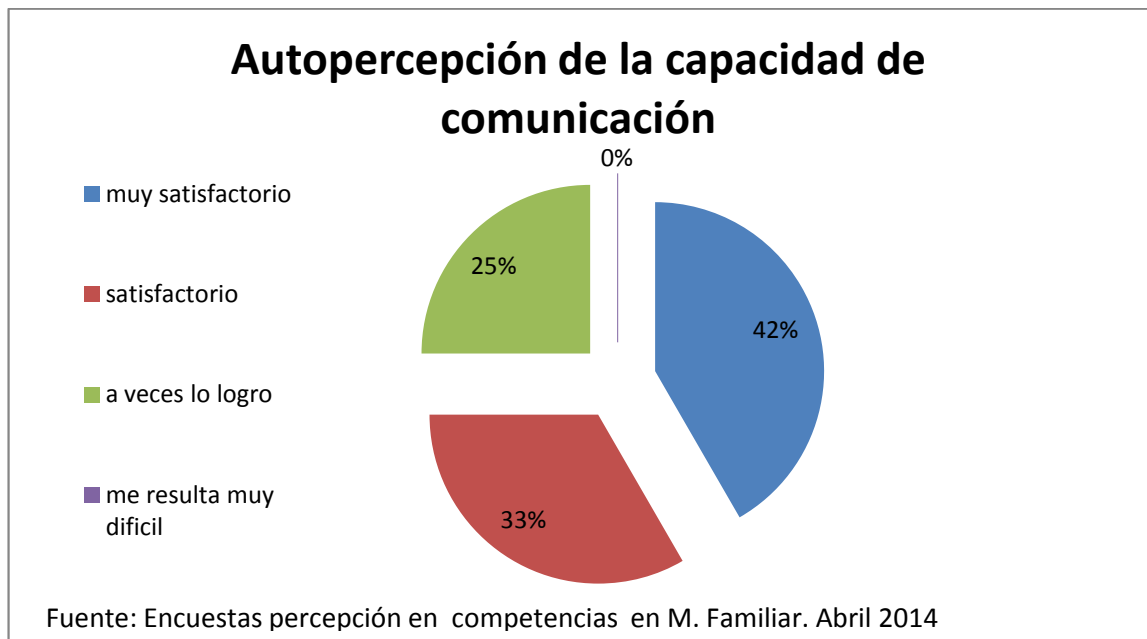
IV.2 RESULTADOS CUANTITATIVOS SOBRE AUTOPERCEPCIÓN DE COMPETENCIAS DE LOS ESTUDIANTES DEL TERCER AÑO DEL POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR

En cuanto a los resultados obtenidos de las encuestas realizadas a los posgradistas de Medicina Familiar tercer año de la Universidad Católica del Ecuador, se evidencia en forma general que en la mayoría de competencias las respuestas entran dentro de la escala satisfactoria y muy satisfactoria. Algunas áreas a destacar se encuentran:

IV.2.1 Comunicación y toma de decisiones conjuntas:

Se observa un porcentaje alto de estudiantes que se encuentran satisfechos (75%). Sin embargo 3 de los 12 estudiantes a veces logran una comunicación y toma de decisiones conjuntas con el paciente.

Gráfico 1. AUTOPERCEPCION DE LAS HABILIADEADES EN COMUNIACION Y TOMA DE DESICIONES CONJUNTAS EN LOS ESTUDIANTES DEL TERCER AÑO DEL POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR.

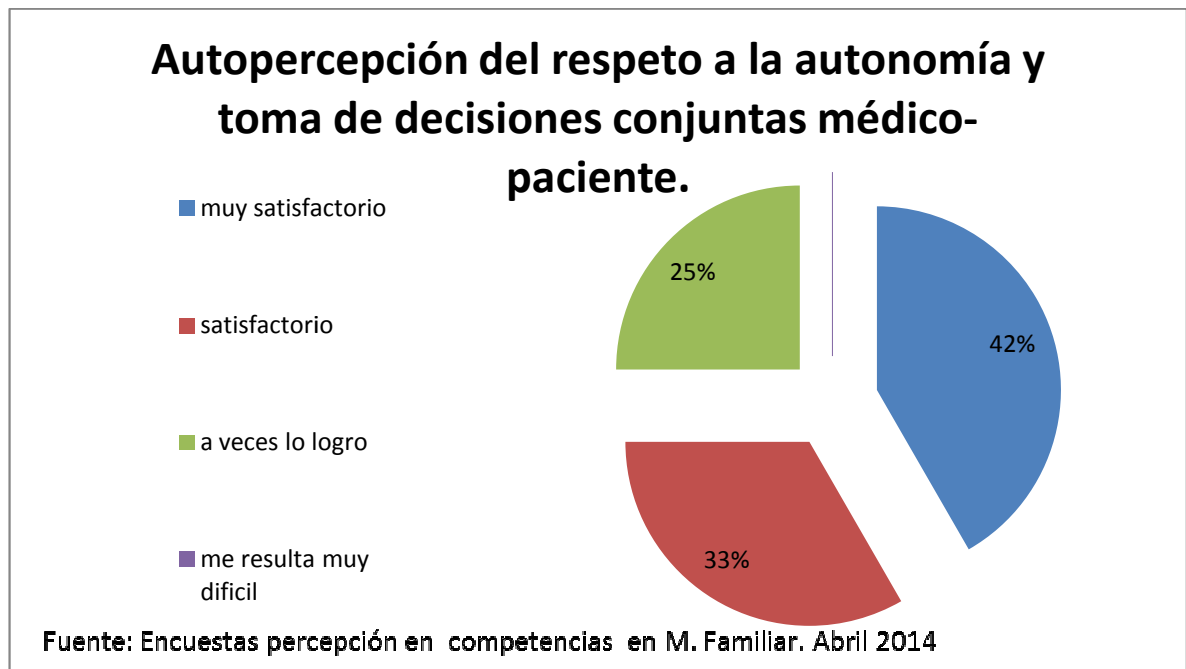


Autoras: Dra. Ana Fierro/Dra. Monserrath Macas.

IV.2.2 Respeto a los derechos y autonomía del paciente:

Al igual que en la primera se observa un porcentaje alto de estudiantes que se encuentran satisfechos (75%). Tres estudiantes no logran este respeto a la autonomía del paciente.

Gráfico 2. AUTOPERCEPCION DE RESPETO AL PRINCIPIO DE AUTONOMIA DEL PACIENTE Y BUSQUEDA DE OPCIONES EN SU TRATAMIENTO DE LOS ESTUDIANTES DEL TERCER AÑO DEL POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR.

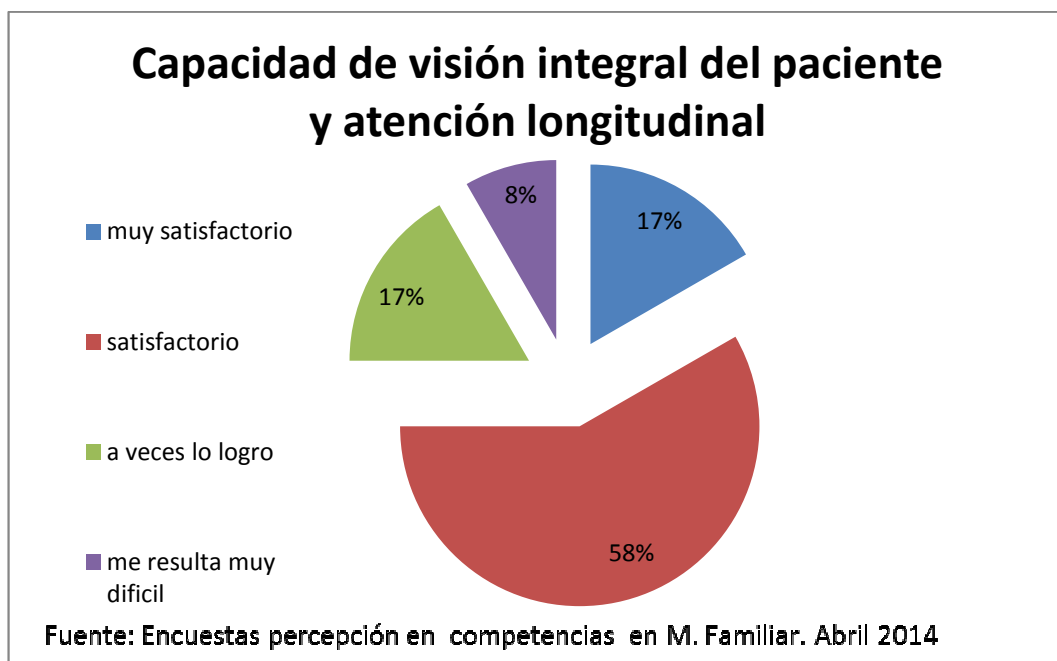


Autoras: Dra. Ana Fierro/Dra. Monserrath Macas.

IV.2.3 Visión integral y atención longitudinal:

Se encuentran satisfechos en su mayoría (75%), a uno de los estudiantes le resulta difícil.

Gráfico 3. AUTOPERCEPCION DE LA CAPACIDAD DE APRECIACION INTEGRAL DEL PACIENTE Y ATENCION LONGITUDINAL EN LOS ESTUDIANTES DEL TERCER AÑO DEL POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR.



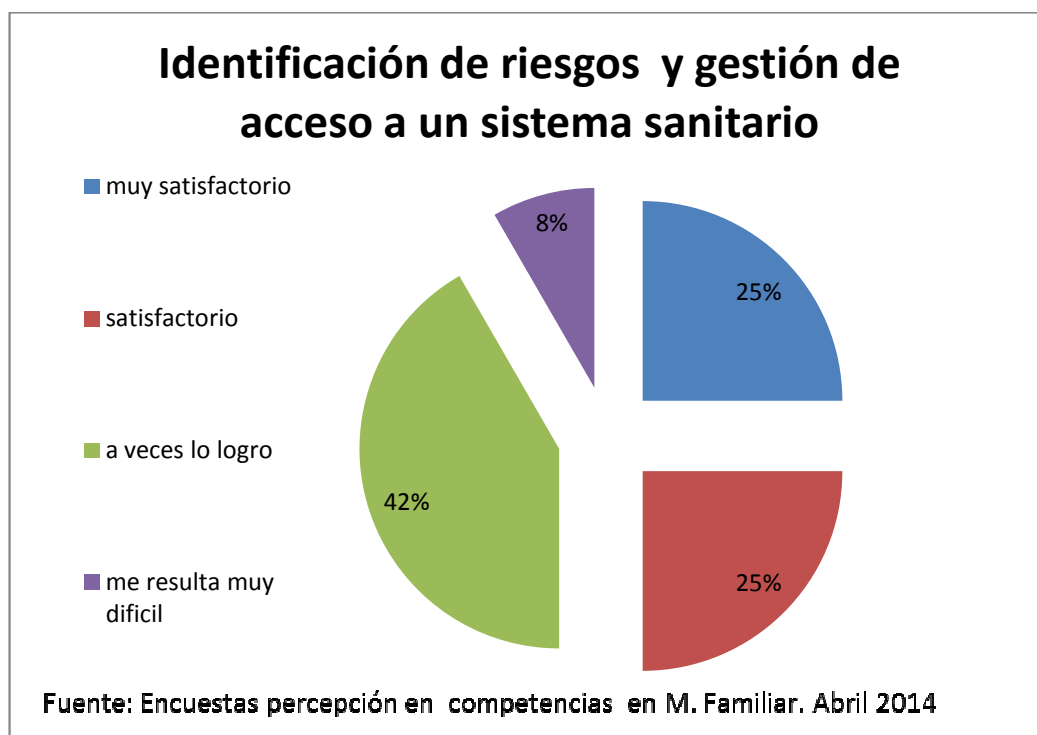
Autoras: Dra. Ana Fierro/Dra. Monserrath Macas.

IV.2.4 Identificación de los grupos de riesgo, gestión al acceso sanitario, y definición del perfil epidemiológico:

Se puede observar que los resultados se encuentran divididos entre los estudiantes satisfechos en un 50% y 50% los estudiantes que sienten que

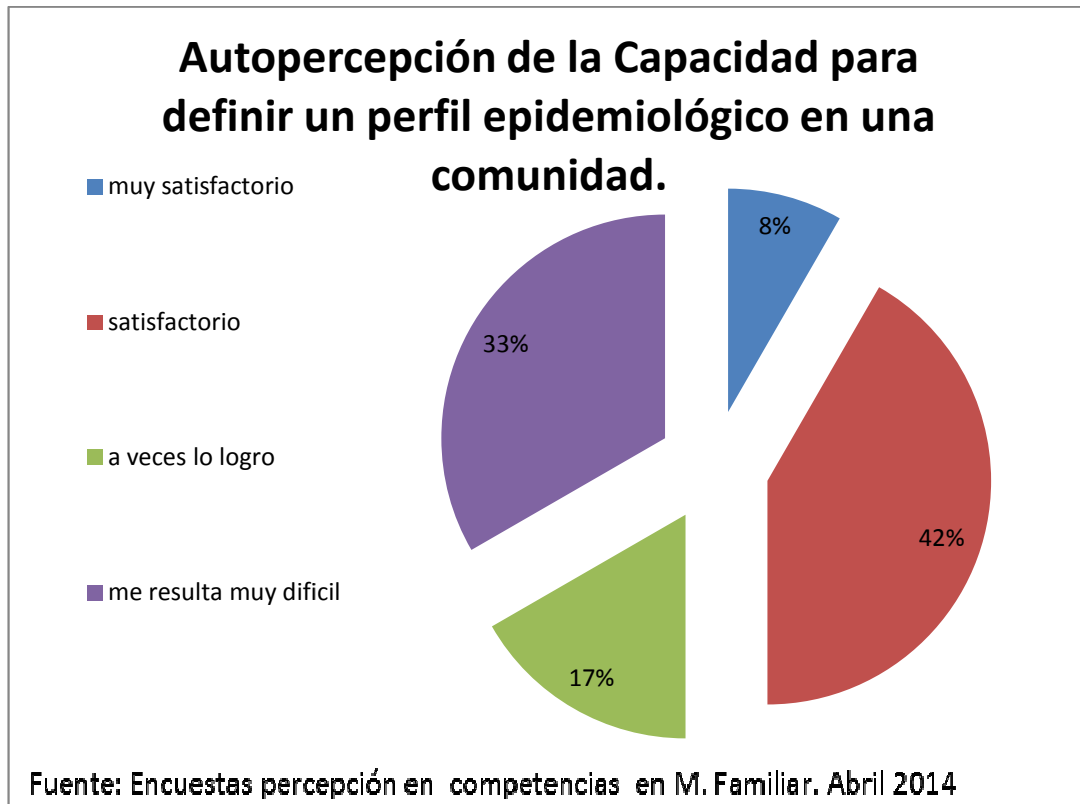
todavía tienen dificultad en estas destrezas. A cuatro estudiantes les resulta difícil en especial definir un perfil epidemiológico.

Gráfico 4. AUTOPERCEPCION DE LA CAPACIDAD DE IDENTIFICACION DE GRUPOS DE RIESGO Y GESTION DE ACCESO A UN SISTEMA DE SALUD DE LOS ESTUDIANTES DEL TERCER AÑO DEL POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR



Autoras: Dra. Ana Fierro/Dra. Monserrath Macas.

Gráfico 5. AUTOPERCEPCION DE LA CAPACIDAD PARA DEFINIR UN PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE LOS ESTUDIANTES DEL TERCER AÑO DEL POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR.



Autoras: Dra. Ana Fierro/Dra. Monserrath Macas.

V. DISCUSIÓN

CONSTRUCCION DE LA IDENTIDAD DEL MEDICO FAMILIAR

La discusión se basa en las siguientes 4 categorías consideradas relevantes.

1. La motivación para escoger la especialidad
2. La construcción de la imagen de médico familiar
3. El reconocimiento del médico familiar
4. Proyectos a futuro

AUTOMAGEN/ PROCESO DE TRANSFORMACION

1.- LA MOTIVACIÓN AL ESCOGER LA ESPECIALIDAD.

Las personas buscan definir su identidad dentro de 3 ejes fundamentales: *sus características particulares, la relación con otros y la pertenencia a un grupo.*(48)

En el proceso de construcción del “*Yo profesional*” de los médicos de familia, hay algunas experiencias a lo largo de su trayecto académico o personal que pueden ser la pauta para haber encontrado la motivación en la elección de la especialidad, que en algunos casos, puede partir de su experiencia de formación en el pregrado, como nos cuenta una de las estudiantes:

“... el enfoque en el pregrado... de una visión un poco más humana, más caritativa con respecto a la enfermedad, al enfermo, a la pobreza, a la enfermedad de espíritu del paciente es la que me fue formando con este... con esta idea en el pregrado en la Universidad Católica, nosotros tenemos tutorías directamente de médicos familiares todo el tiempo y es ahí donde uno aprende y finalmente el contexto general de ser un médico integral y de atención primaria y prevencionista y es lo que me motivo a entrar al posgrado..” (estudiante 7)

Una amplia revisión sobre el tema *¿Qué determina la elección de una Especialidad en Medicina?* con evidencias de alta calidad generadas 1987 y 1993 en EEUU y Canadá, realizada por Bland, Meurer y Maldonado, revisaron algunos de los determinantes e influencias en la elección de especialidad y encontraron que las características de la facultad tiene un impacto sobre la educación médica.(38)

Depende también de si la universidad es pública o privada, la presencia de un departamento de medicina de familia, la intensidad de la investigación y otros donde al parecer los estudiantes de formados en este tipo de facultades tienen puntos de vista más afines según el grado de promoción de la atención primaria.(54)

Pero ésta, no es la experiencia de la mayoría de los estudiantes del pregrado de nuestro país, de hecho la Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE) es quizás la única a nivel nacional con la mayoría de médicos familiares en la docencia directa con los estudiantes de pregrado, aunque no exista una cátedra formal de medicina familiar o un departamento específico.(4)

La gran parte de los estudiantes del posgrado provienen de universidades públicas donde la formación es principalmente por medio de tutores clínicos especialistas, según el módulo de formación, que predomina en la Universidad ecuatoriana.

“...No fue algo planeado, en la Universidad en la que me formé,... no teníamos ehh, digamos una formación de médicos familiares que... podíamos ver que es su actuación,... yo conocí lo que es un médico familiar mediante una charla que dieron los doctores del posgrado de mi hospital base, ... fue una casualidad realmente y terminando la rural, ellos fueron a dar una charla para captar médicos familiares ehh potenciales posgradistas... lo que hace, porque realmente para mí era desconocido el médico familia”.(estudiante 5)

El estudio *“Conocimientos y percepciones de los estudiantes sobre Atención Primaria de Salud en la Escuela de Medicina 2012”*. Llevado a cabo en la Universidad de Cuenca realizada en 423 estudiantes del 5to y 6to año del pregrado, reveló que apenas un 16% pudo asociar correctamente todas las actividades del perfil de un médico de atención primaria(34)

La *“crisis”* sobre la formación en Atención Primaria y Medicina Familiar se extrapola a diferentes realidades, donde existe un eje principal y común, que por lo general los médicos consideran a la APS como una especialidad de poca importancia,

de un estatus social inferior al de otras especialidades, que tiene poco prestigio científico y con una remuneración menor respecto a otras ramas de la medicina.(57)

Los médicos generales en nuestro país, corresponden al 24% de la población médica del país, lo que nos hace tener una idea de la deficiencia, considerando que a mediados de los años 90 el consenso entre los líderes en el mundo de la medicina, fue que el objetivo sería que al menos un 50% de los médicos se dedicarían a atención primaria.(15)(54)

Para los médicos estadounidenses, los factores que más influyen para elegir su especialidad son, *el estilo de vida* que quieren llevar, (lo que implica horas laborables y tiempo para sus familias) y luego *los ingresos económicos* que pueden obtener, de acuerdo a esto, se concluyó que al escoger especialidades relacionadas a atención primaria y práctica clínica, era más probable que valoraran el estilo de vida que los ingresos, mientras que, los que escogían las subespecialidades de medicina interna, y ramas clínico quirúrgicas o quirúrgicas, era más probable que valoraran los ingresos sobre el estilo de vida. (38)

Sobre las percepciones de Atención Primaria en Salud, de la Universidad de Cuenca, describe que la mayor parte de estudiantes al terminar su carrera de pregrado, se inclinan por una especialidad médica hospitalaria en áreas clínicas o quirúrgicas y catalogan como "*muy importante*" lograr un alto nivel de ingresos económicos y prestigio científico. Un tercio de los estudiantes de ésta investigación,

afirmó no tener ningún interés en especialidades que tengan que ver con Atención Primaria.

Aunque los estudiantes reconozcan como “*valiosas o muy importantes*”, a la relación médico paciente, continuidad, integralidad, el énfasis en la persona, y otras características de la Atención Primaria, lo consideran opuesto a la tecnología médica, a la ganancia de estatus, rigor científico y un argumento insuficiente para “*querer ser*” médicos familiares, es probable que los estudiantes consideren a la Medicina familiar o Atención primaria como algo opuesto a la acción clínica y científica del ejercicio profesional. (34)

No muy lejano a esta realidad, pero en el contexto del Sistema de Salud español, basado en Atención Primaria y siendo que es uno de los más fortalecidos durante los últimos 50 años, el trabajo de investigación, “*The reputation and professional identity of family medicine practice according to medical students*” aborda el tema de la reputación de la Medicina Familiar entre estudiantes españoles de pregrado.(64)

Los estudiantes argumentan las razones del porqué “no” estudiar Medicina Familiar, al hablar de una *imagen negativa* del médico familiar, centrada en la función administrativa y la *derivación de pacientes* a especialistas, considerada por lo tanto una práctica “*simplista*”, que no representa un desafío intelectual, además de pocos ingresos económicos. (64)

Un artículo de revisión mexicano, hace una dura crítica, a la respuesta Académica en América Latina, con relación a la Medicina de Familia. Cita el caso de la Universidad de Guadalajara, donde solo hay sólo tres médicos familiares para 92 plazas de medicina familiar, cuestionando que si esperamos estudiantes que aprendan a atender personas “*por toda la vida*”, requerimos tutores médicos, que hagan eso en su práctica cotidiana, que permita la alta credibilidad de la carrera y no ser considerados como médicos de “*segunda categoría*”. (58)

En nuestra investigación, cuyo motivo principal no es la generalización de los resultados, la motivación para hacer el posgrado de medicina familiar se relaciona con las experiencias particulares en algunos casos de la formación académica, con información que los participantes recibieron de fuentes indirectas, como Instituciones de Salud privadas como se menciona a continuación.

“Conocí, la especialidad de medicina familiar en un congreso que organizó el Hospital Vozandes, fue justo el año previo a que yo ingrese acá al posgrado, en ese congreso mencionaban las habilidades, destrezas que un médico de familia puede lograr y el impacto que tiene en la comunidad ” (estudiante 2)

La mayoría de estudiantes entrevistados, reconoce el no saber exactamente a su ingreso al posgrado el “*qué hacer*” del médico familiar y que fue algo sin mucha planeación, aventurarse a estudiar algo, con la poca información que pudieron tener al respecto.

“Yo no sabía exactamente que especialidad seguir...Yo realmente desconocía mucho de lo que es la medicina familiar, entonces en ese momento que yo recién empecé a buscar de que se trataba la Medicina Familiar, cuáles eran las competencias, que es lo que hacía el médico familiar y realmente me gustó” (estudiante 4)

Sin ahondar en la calidad de información sobre el perfil del médico familiar, o el medio de acceso a ésta, los participantes encontraron información sobre algunas de las características del rol del médico familiar con las que lograron identificar sus aspiraciones a la práctica profesional, evocada hacia la atención de comunidades, a la Atención Primaria, o en algunos casos experiencias personales, familiares, que marcaron su decisión como lo demuestran estos testimonios:

“Bueno, en realidad nunca lo planeé, me inscribí primero en la “U. Central” por un rótulo que decía Medicina Familiar,... decía que se dedicaba a la Atención Primaria que trabajaba con familias en la comunidad, que abordaba a niño, adolescentes, embarazadas y que su práctica era en la consulta externa, entonces dije voy a seguir eso. (estudiante 9)

“ Inicialmente yo no quería ser médico familiar, yo quería ser pediatra, pero bueno en mi caso mi hermana es médico familiar y vi cosas muy diferentes, que ella en su profesión y que muchos médicos no lo tenían... sin embargo después fue más que nada arriesgarse...” (estudiante10)

La Universidad ecuatoriana tiene entre sus opciones la Medicina Familiar, pero el ofrecimiento académico, no ha logrado por sí solo, la suficiente convocatoria, salvo aun cuando ni siquiera era reconocida como una especialidad, y menos todavía sin plazas de trabajo concretas que se vuelvan atractivas para el campo laboral médico.

El prestigio de los médicos de familia, implica el esfuerzo por ganar espacios de docencia, e investigación, donde se pueda demostrar el poseer competencias de características propias, con la espera de resultados a mediano y largo plazo, que repercutan para beneficio de la salud, de los ecuatorianos.

Sería interesante plantear *¿Qué motivaciones y aspiraciones tienen estos estudiantes?* Y cuáles fueron sus preferencias académicas antes de tener esta “oportunidad” que les ofreció una alternativa laboral, que puede ser atractiva más allá de la vocación o el interés que mantenga cada uno.

¿Cuál es el modelo a seguir? Pensando en que el déficit de médicos familiares del que hemos hablado anteriormente, refleja que no hay suficientes tutores que garanticen la construcción de la imagen de médico de familia y aunque hay acciones políticas que han convocado a médicos familiares extranjeros, *¿Qué modelo representan ellos en el contexto ecuatoriano?*

2.- AUTOIMAGEN *¿Cómo me veo? “Mis logros, esto hago, esto soy ahora...”*

Los estudiantes pueden reconocer, que aunque compartan características de grupo, como lo veremos más adelante, a la vez, tienen características singulares entre ellos, como se menciona a continuación:

“... somos semejantes pero no iguales, unos somos más poderosos en algunas áreas y otros no, y viceversa, entonces el tolerar, el compartir, el conversar, el tranzar siempre con respeto, con humildad, creo que ha sido la base de todo, de una relación entre compañeros, profesores... paciente...” (estudiante 7)

Al definir la imagen de nosotros mismos, nos referimos a la búsqueda del “Yo” individual que nace de la diferenciación de otros definiendo rasgos individuales dentro del contexto social.(46)

La teoría de los campos de la construcción de identidad, que se basa en establecer una relación contradictoria entre individuos y las representaciones que tienen los agentes de su posición distintiva en el espacio social.(50)

Durante el posgrado, hubo una revisión amplia de temas en diversas áreas clínicas que ha logrado que los médicos familiares en formación, refuercen y afiancen los conocimientos del pregrado, y alcancen una autoimagen de confianza en sí mismos, con la apreciación positiva de los estudiantes de la capacidad de resolver una variedad de problemas a nivel de atención primaria como se menciona a continuación.

“...me veo con las aptitudes y capacidades que no tenía cuando entre al posgrado,... me faltaban armas”... me siento muy contenta porque siento que las tengo... (estudiante 1)

“...se ha logrado lo que se busca, que uno pueda tener resolución de los problemas” (estudiante 1)

La construcción de la identidad del ser humano comienza desde la infancia y continúa reconstruyéndose a lo largo de toda su vida; en un proceso constante de carácter intersubjetivo y relacional. (1)

La experiencia en el transcurso de 3 años del posgrado de medicina familiar, expone a los estudiantes al proceso de asumir la imagen, el rol y competencias de médico familiar, que pueden llegar a tocar elementos más intrínsecos donde se generan sentimientos y emociones que probablemente explican la *apropiación* de una imagen personal.

“... en este momento, estoy con la medicina familiar en el corazón...”,
(estudiante1)

En su discurso identificamos expresiones en primera persona, en las que por sus experiencias nos cuentan de una transformación, o de crecimiento partiendo desde un punto inicial que depende del trasfondo de cada estudiante.

Cada uno de los estudiantes logra establecer ciertas características personales dentro de la identificación de sí mismos

“Soy profesional... soy alguien que me gusta escuchar a mis pacientes, alguien que le gusta hacer todo lo que pueda por los pacientes” (estudiante 9)

Dentro del área profesional el crecimiento se destaca en las áreas de, conocimiento, comunicación medico paciente, capacidad de liderazgo, el fortalecimiento de principios bioéticos. En el proceso se van afianzando componentes basados en la capacidad de autoaprendizaje, toma de decisiones, y destrezas en la comunicación y establecimiento de relaciones.

“He adquirido conocimientos, habilidades para comunicarme con mis pacientes,... es lo que más me ha agradado... siento que he recorrido un camino que me ha ayudado a crecer...” (estudiante 9)

El reforzamiento y ampliación de los conocimientos médicos, que les permite conseguir seguridad en la toma de decisiones, en la mayor resolución de problemas, el reconocimiento de las capacidades y límites en el contacto con el paciente.

“... de ser el residente tímido, con muy pocos conocimientos básicos a un médico ahora con un método de aprendizaje,... con la capacidad de darte cuanta ahora cuando no sabes... y que estas actitudes nos lleven a tomar una decisión en la mayoría de casos acertada... y claro habilidades, no solo de practica si no de actitud y comunicación...” (estudiante 5)

La confianza en sí mismos, es considerada una ganancia durante los años de formación del posgrado, tanto como crece la confianza en la toma de decisiones, crece también el compromiso con los pacientes como se manifiesta en uno de los testimonios a continuación.

“...ahora sigo trabajando pero osea, ya tengo seguridad en casi todo lo que hago, pese a no tener una precisión, diagnóstica total, pero estoy seguro de lo que hago...” (estudiante 6)

“Uno es el tema de confianza... con el tiempo uno va ganando confianza, en el trato con el paciente, sabe cómo dirigir las cosas... la necesidad de conocimiento, el plantearse esto como una responsabilidad con las personas que van a buscar atención, ... el compromiso que uno empieza a hacer con esta carrera...” (estudiante 11)

1. Identidad colectiva... “Nosotros los médicos familiares...”

Ser parte de un grupo implica compartir características particulares y tener un interés común, sus miembros deben diferenciarse de otros grupos, construyendo así

un colectivo, que debe ser aceptado, a juicio de la sociedad en la que se desenvuelve.

(1)

La mayoría de los estudiantes reconocen que su trabajo está direccionado fuera del hospital. Hay un énfasis marcado en el uso del término, “Nosotros” que empieza a tener sentido, cuando se refieren al grupo de médicos familiares con los que se sienten identificados en sus roles y sus aspiraciones.

“Nosotros no somos médicos hospitalistas, somos médicos de atención primaria, ... esto implica no solamente el tratamiento de una enfermedad, si no a buscar la prevención en un contexto más general, más amplio de la persona...” (estudiante 7)

“Nosotros estamos en la capacidad de atender a la persona en cualquier etapa de su vida.. de su ciclo vital, ciclo familiar, de pareja, es muy difícil que alguien lo pueda superar” “es una especialidad tan integral... ver al paciente en todas sus esferas, nos hace tan distintos” (estudiante1)

En estos testimonios podemos encontrar algunos rasgos de la *distinguibilidad*, de la que habla Bourdieu, encontrar los atributos identificadores, un conjunto de características tales como disposiciones, hábitos, tendencias, actitudes o capacidades, a lo que se añade lo relativo a la imagen del propio cuerpo(50)

Entonces, haremos la descripción de lo que los estudiantes reconocen como las actitudes, capacidades, hábitos o tendencias, relacionadas al rol del médico familiar, tareas de comunicación, interés por el paciente, seguimiento, cuidado y visión de la integralidad en la atención entre otras.

“Un médico que se interesa en la persona...el manejo que se hace longitudinal en el tiempo...de tal forma que podamos tener empatía con él y también, poder tener efectos a largo plazo” (estudiante 2)

“..la característica es que no se centra en algo solo del paciente, lo ve de forma completa como es la persona... mira todo el contexto, toda la familia, busca los factores de riesgo, busca prevenir...” (estudiante 4)

“El médico familiar es el que acompaña o cuida cuando no puede curar, lo que no hace el resto” (estudiante 6)

En el trabajo investigativo *“What does it mean to be a family physician?”* realizado con grupos focales de Europa y Canadá, se encontraron dos atributos fundamentales en el que *hacer del médico de familia*; la capacidad de resolución de una amplia gama de problemas y la importancia que tenía para ellos conseguir la accesibilidad del paciente a la atención, garantizando la continuidad. (3)

Estos atributos concuerdan con nuestro estudio en el que los estudiantes demuestran su interés por lograr la resolución de un gran porcentaje de patologías y el seguimiento en sus pacientes.

“Nosotros tenemos que dominar las enfermedades, y como bien lo dice nuestras competencias, debemos solucionar el 80% de la patologías que nos vienen en atención primaria,... debemos prepararnos todos los días,...debemos conocer mucho, por los nuevos conocimientos que salen cada día...” (estudiante 5)

“...El manejo que se hace longitudinal en el tiempo...” “la accesibilidad... lugares cerca del paciente... de tal forma que podamos tener empatía con él y también, poder tener efectos a largo plazo” (estudiante 2)

En otros contextos como el europeo o el norteamericano y canadiense, países en los que mantienen un soporte de atención primaria fortalecido por muchos años. La identidad de los estudiantes no tiene esa “*lucha*” por lograr la imagen de un colectivo, ya que esa experiencia corresponde a la vivencia de generaciones anteriores, de médicos, que con el apoyo de acciones de políticas de salud, lograron la visualización y representación colectiva en un medio social del médico familiar.(54) (3)

Los problemas con respecto a su identidad florecen en el cuestionamiento del “*rol del médico familiar*” que en un principio se identificaba con un con una opción profundamente *vocacional*, de compromiso con el paciente, a ser considerada hoy en día como una “*opción más*” en un campo *meramente laboral*, un trabajo, que les ofrece equilibrio entre la vida personal y sus aspiraciones profesionales. (3)

2. Reconocimiento del médico familiar... “entre la lucha y la contradicción”

Hasta aquí hemos hablado de la construcción del “*Yo colectivo*”, de los estudiantes del posgrado de medicina familiar, quienes al parecer se “*sienten parte*” del grupo de médicos familiares, por la adquisición, de elementos identificadores, idiosincráticos y relacionales, que marcan un sentido de *pertenencia social*.

Abordaremos a continuación, una visión panorámica, de la situación actual percibida desde los estudiantes sobre algunos factores que influyen dentro del reconocimiento social, del médico familiar, en la que se pueden apreciar las luchas y contradicciones que viven, durante su formación en los tres años del posgrado con un reconocimiento aún pobre de su identidad.

Reconocimiento social... Cómo nos ven ellos

Para plantear el tema del reconocimiento social, queremos hacer hincapié en la realidad cultural en la que vivimos, donde la práctica médica es aceptada bajo el paradigma positivista, en el que el médico pertenece a un colectivo que tuvo que asumir la ciencia occidental, y renunciar a “otros saberes” como requisito para lograr la objetividad. Los “otros saberes” corresponden a los “hechiceros” y “brujos”, parte de la dualidad con la que históricamente *“el saber de la ciencia”* se legitimó (53)

Las sociedades construyen el concepto de salud bajo un paradigma dominante, y el argumento *positivista* cultural es dominante en nuestro medio, siendo que tanto en la cultura profesional y popular ecuatoriana, al igual que en la estadounidense y en otros países latinoamericanos, existe la importancia de *“ser un especialista”* basada en la imagen y el aura *“mágica”* del experto, como acertadamente se describe a continuación.(55)(53)

“..Hemos tenido pacientes... que echan la culpa de que no se han sanado a que les vio un médico general hablando indistintamente del médico general o el médico familiar y cuándo van al especialista es como “mágico” porque van al especialista ya se han curado... hacer consultas a múltiples médicos, creo que pasa en todo Latinoamérica, si me duele la cabeza voy al neurólogo si tengo presión alta al cardiólogo, osea no se valora el que un médico pueda abarcar tantos temas a la vez. (estudiante11)

La eficacia en la resolución de problemas puntuales sin considerar costos, o el impacto en general en la salud de las personas, es una de las principales ventajas de la imagen de los médicos especialistas.(54)

En las entrevistas realizadas podemos observar la percepción de una imagen subestimada, de la población, al referirse al médico general o médico familiar, en comparación con los especialistas.

“...Imagínate tú que le digas a una persona:.- No hay turnos para el médico que usted quiere, si quiere le puede ver el médico general, tu ¿Qué idea tienes? .-Que es un médico que no tiene mayor conocimiento que es un médico que termino su carrera y que no es especialista en nada y que te va a resolver parcialmente tu problema. Diferente fuera que te digan, .- no¡ Sabe que hay otro médico especialista, que le puede resolver su problema, que es el médico familiar entonces tu sabes que te va a ver primero un especialista y segundo que te van a resolver el problema por el que vas” (estudiante 10)

Al parecer esa “*magia*” de ser “*especialistas*” que de manera implícita significa, haber hecho un posgrado y tener mayor capacidad de resolución efectiva de problemas, y aunque la práctica del médico familiar sea generalista, sin embargo es una necesidad “*ser un especialista*” para ser identificado socialmente, aparentemente el haber estudiado 6 años en la Universidad, no garantiza la solvencia académica, en la práctica cotidiana y genera la desconfianza de la población, en la capacidad resolutiva.

Se requiere la diferenciación visible entre un “*médico general*” y un “*especialista en medicina familiar*” marcar la diferencia, ya que lo primero significaría poca experticia, o como lo define, una de las estudiantes durante la entrevista.

“La gente suele decir médico general, como el médico básico recién graduado, ehh si somos generalistas lógicamente... pero no somos el médico recién graduado, nos formamos 3 años en un posgrado” (estudiante 7)

Todos los residentes concuerdan con la idea de que no son visibles socialmente, que existe un desconocimiento en general de la población sobre lo que es un médico familiar.

“Lastimosamente no somos tan apreciados todavía...el país recién está abriéndose a nosotros...es en la parte privada donde no existe el médico familiar, si te duele la cabeza vas a neurólogo si tienes tos al neumólogo, la gente como que no entiende, como que el médico de atención primaria, está solo en el subcentro, y al subcentro en teoría “van sólo los pobres”, o sea no es que va “todo el mundo” ...Nuestros médicos familiares no están siendo vistos... por todos los estratos de la sociedad”

¿Médicos del primer nivel de atención? o ¿Médicos de atención primaria? En la mayoría de las entrevistas los estudiantes manejan estos dos términos como equivalentes. Mientras que la Atención Primaria conceptualmente, se refiere a todo un sistema de atención que busca los cuidados del paciente, centrados en la persona, no en la enfermedad, buscando bienestar de vida, puede reducirse al ser entendido como lo explica una de las estudiantes, a la “*atención para los pobres*” a una localidad como un subcentro de salud, que implica el acceso de personas con un cierto nivel socioeconómico.(22)(56)

La práctica en esencia de la Medicina Familiar, basada en los principios de la Atención Primaria, quebranta un paradigma social dominante y aceptado ligado al status y al poder, de decidir un orden social, al poder del “médico” y en ese sentido puede significar una amenaza contra el paradigma dominante, a no ser que simplemente se adapte al sistema.(54)(53)

Entonces, bajo *¿Qué parámetros queremos ser reconocidos socialmente?* La mayoría de la profesión médica centra su preocupación en acrecentar su poder económico, y ganancia de prestigio científico y social, con estos antecedentes cabe la pregunta *¿Cuál será la característica más visible a ojos de una comunidad que todavía no percibe el impacto de los médicos familiares?*

Reconocimiento Académico.

Hace dos años la Medicina Familiar fue reconocida, como una especialidad, pero *¿Qué tan importante puede ser el hecho de que sea reconocida o no, como una especialidad para la visión de los estudiantes del posgrado?*

“Somos una especialidad recientemente conocida y reconocida como especialidad, subvalorada todavía, y no conocida en la sociedad por lo menos ecuatoriana” (estudiante7)

“...creo que se están dando los primeros pasos... El mismo hecho de que se ha reconocido como una especialidad” (estudiante 3)

Para los estudiantes del posgrado, es un tema de relevancia el mérito académico de la especialidad, porque es parte de un proceso de la medicina familiar, que permite de manera formal, la identificación de las características específicas de esta área, logrando su distinguibilidad con las demás.

Reconocimiento político

El médico es, uno de los de los entes de control político que surge de la relación con el Estado, por medio de la organización y división del trabajo, que maneja una cierta autonomía y jerarquía sobre otras profesiones, como una élite dominante, y en ese contexto el discurso político, es una poderosa influencia sobre la imagen de un grupo determinado.(49)

“Creo que tiene mucho que ver lo que el gobierno pinta y como nos vea la comunidad”
(estudiante 12)

La Constitución del Estado ecuatoriano (2008), está cargada del discurso del buen vivir y el acercamiento a la salud como un derecho y por lo tanto las razones que justifican un cambio en la estructura del Sistema de Salud, donde la atención en salud está centrada en el paciente, y no en la enfermedad y como uno de sus objetivos principales el fomento de acciones de promoción prevención y rehabilitación, y los como eje transversal los principios fundamentales de la Atención Primaria en Salud.
(65)

En medio de este escenario político en el que el discurso prometedor sobre acciones de un modelo de Atención Primaria fortalecido, es esperado que los estudiantes consideren favorables las acciones políticas gubernamentales, con respecto a buscar estructurar por niveles de complejidad el sistema de atención de salud, y como uno de los principales protagonistas de este cambio al médico familiar, porque eso significa la posibilidad de un área laboral, sino porque además éstas acciones lograrían dar mayor visibilidad a la figura del médico familiar como uno de los ejecutores de dicho proyecto.

“... últimamente con el Ministerio de Salud y con la Ministra... y con el tema de salud de este Gobierno... es como que se empezó a formar el primer nivel, o sea a fortalecerlo, porque ahora con eso de la RED hemos podido ver, están en el proceso... se está formando el sistema de la atención primaria pero es un proceso largo, un proceso de adaptación...” (estudiante 1)

En un país como Ecuador, en el que la Atención Primaria no ha sido una política de Estado, nace la expectativa de parte de los médicos familiares hacia las acciones de cambio en el Sistema de Salud.

“... que se esté tratando de dar este cambio, de fortalecer la Atención Primaria es importante... todavía no hay suficientes médicos familiares...hay que fortalecer el equipo de atención primaria, falta muchísimo...” (estudiante 11)

“Con las nuevas propuestas que tiene de traer especialistas en medicina familiar de otros países, preparar a los mismos médicos generales que actualmente sirven en el Ministerio de Salud...Se está tratando de hacer conocer a la comunidad la importancia que tiene el médico familiar en el manejo de sus problemas de salud... que no tengan que estar acudiendo a un hospital directamente...” (estudiante 2)

Sin embargo, algunas acciones políticas, que al parecer pudieran ser vistas como necesarias como la llegada de médicos extranjeros, puede generar también desconfianza y lograr una imagen confusa a nivel social, que a la vez crea una nueva lucha de poderes con médicos que, pueden ser considerados como intrusos.

Aunque el tema de los médicos extranjeros no es el motivo de nuestra investigación, sin embargo es causa de una preocupación latente, por parte de los estudiantes, dado que la figura del médico familiar ecuatoriano no es visible aún, que podrían ser percibidas como parte de un proceso de *“modernización o disciplinamiento”*

“Nos dibujan de mala manera, por la traída de los médicos cubanos... y les llamó la atención a la gente de que existe la medicina familiar y que el médico familiar no es un simple médico general aquí en Ecuador” (estudiante 12)

Países cercanos a nuestro contexto latinoamericano, viven otras realidades políticas que dificultan el crecimiento de la medicina familiar, por ejemplo Colombia lleva al momento, un proceso de privatización de la Salud, que tiende a la limitación del quehacer del médico familiar, por ciertos programas que determinan las aseguradoras de salud, enfocados hacia poblaciones específicas, que limitan el potencial campo de acción de los médicos familiares.(33)

El reconocimiento de los pares “Lucha de poderes”

Durante las entrevistas realizadas, observamos de manera general, un sinsabor de los estudiantes en contacto con otros especialistas, la subestimación de su trabajo o potencialidades, que refleja desigualdad, y la falta de reconocimiento del “*Colectivo Médico familiar*” por parte de los “otros especialistas”.

“Entre los mismos colegas...muchas veces me han dicho: _“Yo no entiendo ¿Para qué estudió usted eso?... era que estudie otra cosa... ni si quiera los médicos nos tienen todavía en concepto, ni la apreciación de lo que somos” (estudiante 1)

“Entre nosotros mismos, los colegas todavía hace falta como que decir, o sea sí, soy médico de familia, pero o sea no es que solamente es que soy médico general y nada más... tengo mucha validez...ni siquiera nos toman en cuenta muy bien en ese aspecto, ... todavía tenemos que sacarle a flote a la carrera...” (estudiante 3)

Entonces, vale la pena plantearnos, lo que los estudiantes reconocen entre líneas, *¿Cuál es la lucha con las “otras especialidades”?*

Para entenderlo, nos aproximaremos a hablar sobre el *status médico y la lucha de poderes* que propone Bourdieu, desde el campo de la sociología, quien plantea que los médicos son portadores de una especie de capital, que dentro de la estructura del sistema de salud define las posiciones de cada uno y genera, dada la lógica de su funcionamiento, relaciones de lucha y poder dentro del campo médico.

Los estudiantes, se exponen a una dura contradicción consigo mismos y los “otros especialistas” al sentirse subestimados, en el contacto que hay durante sus

rotaciones hospitalarias y ambulatorias, esa relación de desigualdad, que podemos reconocer en las entrevistas realizadas como lo exponemos a continuación.

“Los médicos, con los que hemos tratado, son pocos los que conocen lo que hace el médico de familia... en la mayoría de casos somos subvalorados” (estudiante 5)

“Los profesionales de salud no saben en si lo que nosotros hacemos... pero ya tenemos algo más de reconocimiento, creo que en la base hospitalaria nosotros... no somos bien recibidos, no nos consideran un aporte” (estudiante 6)

Las diferentes posiciones en el colectivo médico se instauran según algunos parámetros, como, el nivel de estudios, si se es médico general o especialista, y si la especialización es en áreas biomédicas específicas o en gerencia, administración y auditoría, de acuerdo a la trayectoria amplia en un medio específico o si, por el contrario, es recién egresado; el renombre en el gremio médico que tenga o no su familia o si, por las relaciones políticas que pueda tener, cuenta con la posibilidad de ocupar posiciones privilegiadas por el clientelismo.(38)

Contrariamente a lo que podríamos pensar sobre lo que ocurre en otros países, que tienen una Identidad del médico familiar, cimentada tanto en Canadá como en Europa, en el estudio cualitativo, *“What does it mean to be a family physician?”* los estudiantes entrevistados, en grupos focales, percibían fuertemente que su profesión era subvalorada por otros profesionales médicos y por los pacientes.

Ellos recibían este mensaje desde su formación, a través de las interacciones con los especialistas durante sus rotaciones e incluso por parte de médicos en Europa, al igual que en nuestro medio, aunque en su caso hayan tenido la exposición a

modelos académicos en la práctica general, mucho más que las escuelas de medicina de Canadá y las nuestras.(3)

Para la supervivencia, nos es imperioso encontrar las ventajas del médico familiar, como una estrategia de contraparte necesaria para la afirmación de su identidad con relación al *“otro especialista”*

“Los médicos especialistas son muy “directos”... Este es su tratamiento y este es el tratamiento para su pareja... bueno que le vaya bien... Nosotros nos preguntamos ¿Por qué llegó...? ¿Cuáles son los factores de riesgo?... y así sin querer queriendo ya nos metimos en la familia” (estudiante 9)

Nuestro sistema de salud, en el que el primer contacto con el paciente no se garantiza a través del “médico de atención primaria” o médico familiar lo que genera una disputa a la hora de designar *¿Quién debería resolver qué problemas?(56)*

El desconocimiento del rol del médico familiar, sus competencias, alcances y limitaciones, si consideramos que la mayor parte de los médicos ecuatorianos han tenido poco o ningún contacto con algún departamento de medicina familiar en el pregrado ya que no existen, sino más bien incipientes ideas de lo que es la APS, es difícil esperar que lo comprendan.(34)

Y por último la influencia histórica de la formación profesional médica, en la Universidad ecuatoriana, con el predominio del paradigma flexneriano, cuya influencia marcó poderosamente la corriente de formación universitaria en nuestro país, que aún

muestra resistencia para aceptar una visión holística de la salud, que no sea en relación a la enfermedad, y que la atención sea dirigida a las prioridades según el ciclo de vida de la población, más no a patologías específicas y en el análisis amplio de la realidad contextual de cada paciente.

Entonces la lucha de poderes, no se levanta solo a nivel de la obtención de un status social, y del reconocimiento de un colectivo que busca una identidad específica, sino además una lucha por la definición de un espacio propio, y en ese punto, nos enfrentamos a un momento histórico, en el que nos encontramos en el “apogeo” de la medicina familiar y por lo tanto somos portadores de la responsabilidad de la formación de médicos familiares, que puedan definir sus roles y competencias para que se puedan visibilizar con una imagen positiva en su campo laboral.

En otras sociedades como la estadounidense, donde el médico familiar, ha ganado espacio y reconocimiento de su identidad, se plantea un nuevo desafío, el de la supervivencia de los “*generalistas*” en la “*cultura de los especialistas*” (55)

3. Proyectos a futuro...

En el tercer eje de discusión abordamos el tema de la proyección a futuro, de los estudiantes del posgrado próximos a su egreso y sus perfiles en el campo laboral, académico, proyectos en concreto y aspiraciones personales.

En lo que corresponde a nuestro estudio, algunos estudiantes se plantean en un futuro mediato, proyectos concretos, buscando asociación grupal entre ellos, y se visualizan con sueños a futuro, que de manera implícita buscan un cambio, o marcar un modelo de diferencia con respecto al sistema de atención médica actual.

“...tengo sueños grandes... quisiera fundar un Centro... “Clínicas de Medicina Familiar” donde podamos tener esa capacidad resolutive... quisiera en la parte privada...” (estudiante 1)

“Mi proyecto es el “Centro del niño sano” es un proyecto particular, quiero un lugar donde se haga... prevención, promoción combinado con lo que me gusta hacer a mí, el arte , el teatro, la parte lúdica,...” (estudiante 4)

Para algunos países europeos y Canadá, la tendencia a formar asociaciones o grupos de práctica profesional es una experiencia cotidiana, al salir del posgrado los médicos familiares se ven involucrados en sistemas de retribución generalmente de la parte pública, que reduce los obstáculos administrativos(3)

Salir de la “zona de confort” en este caso, de la cobertura de un tutor u hospitales bases, genera una crisis de adaptación, plantea una situación desafiante, la incertidumbre en el campo laboral, su desempeño clínico y el temor tácito a las leyes de mala práctica profesional, son las principales preocupaciones de los estudiantes.

“El temor a salir, al empezar algo, al darte a conocer es difícil” (estudiante 1)
“... las nuevas leyes que tenemos en vigencia en cuanto a l ejercicio de la práctica médica... ¿Dónde voy a trabajar? ¿Dónde voy a desarrollarme?” (estudiante 2)

“Salir y no poder enfrentarlo todo sola, no poder abarcar todas las cosas que debería...terminar haciendo daño a una persona” (estudiante 4)

En el trabajo investigativo sobre la calidad de vida de los médicos familiares en Ecuador, realizado en 2011 con 80 médicos familiares, resalta que el 68% se encuentra domiciliado en la Capital, y entre sus principales actividades del perfil laboral están; ser médicos de planta el 68%, actividades docentes el 38%, cargos administrativos 18%, la mayoría de ellos en servicios privados.(16)

Las aspiraciones laborales se dirigen hacia el primer nivel de atención, en la parte pública o privada, el ejercicio de la práctica clínica, en contacto directo con pacientes.

“Me imagino obviamente en un consultorio atendiendo pacientes que he llegado a conocer ya varios años, eso creo que sería lo más lindo a futuro...” (estudiante 4)

“...me veo trabajando espero en una localidad en un barrio, en un subcentro de salud, atendiendo a las personas de la comunidad y saliendo a hablar con los vecinos...” (estudiante7)

“La formación que recibimos es urbana básicamente... es para trabajar en una comunidad...” (estudiante 2)

La Universidad del Bosque en Colombia muestra para el 2010, que de 121 egresados el 47% estaba involucrado en actividades de práctica clínica. Un 30% de los egresados ocupaba cargos administrativos, entre las actividades de mayor relevancia. El Sistema de Salud colombiano está privatizado, y es limitante debido a que son las aseguradoras quienes les asignan programas de atención concretos a poblaciones focalizadas y específicas, de tal manera dificulta para el Médico Familiar, hacer su

trabajo con una visión de integralidad. La alta capacidad resolutiva sigue siendo sólo un anhelo.

Los estudiantes hablan de sus posibles planes de estudios en el futuro revelan pensamientos sobre la docencia, gestión o administración en salud y sobre algún campo algo más específico en la práctica clínica.

“... He pensado en estudiar docencia... ya con respaldo poder ejercer en una universidad o institución específica.” (estudiante 2)

“Me está llamando la atención la parte de docencia... si, es un reto pero las pocas actividades en docencia que he podido realizar me han llenado mucho” (estudiante 5)

“Abarcaría alguna especialidad complementaria, me gusta la “Gineco”, podría ser colposcopia, también me gusta algún tipo de rama que tenga que ver con los pacientes de VIH o inmunocomprometidos” “Ahora te toca vivir la realidad, y salir a trabajar y enfrentar tu trabajo” (estudiante 3)

En el grupo de 80 médicos familiares en Ecuador al que nos referimos anteriormente, realizaron estudios posteriores en Administración, Docencia y Salud Pública entre los principales.

Este perfil laboral difiere de lo que sucede en Canadá donde los futuros médicos familiares van forjando la propuesta de *un nuevo enfoque* en la medicina familiar, una nueva generación que dentro de lo general, pueda desarrollar algunos conocimientos en un campo más específico apreciado como *“central”* dentro de los problemas de mayor demanda clínica.(48)

Autopercepción de las competencias médicos familiares.

El tema de las competencias de los médicos familiares será discutido dentro de un contexto general, buscando establecer principalmente, las mayores fortalezas y debilidades encontradas en la población de estudio, con referencia a lo “esperado” en un médico familiar.

Primero planteamos las competencias médicas generales, como son: la capacidad de cuidado, herramientas para la toma de decisiones clínicas, y habilidades en la comunicación, interpersonal, con los pacientes y otros actores en el sistema de salud. Luego planteamos las competencias propias de la especialidad en relación al Individuo, familia y comunidad.

Partiendo del hecho de que la Medicina Familiar no es una especialidad que se defina por el género, la edad o su contenido; sino que su conocimiento, destrezas y aptitudes se dan para todas las edades, cualquier género y una visión más allá de la enfermedad en múltiples escenarios; se puede entender todas las competencias arriba descritas que debería tener un médico de familia.

Mantener y /o mejorar estas competencias requiere del compromiso del profesional; además del reconocimiento de sus déficits. Hay diversos estudios que evalúan las competencias en médicos residentes, estudiantes de medicina; sin embargo muy pocos lo hacen específicamente a médicos de familia.

Un estudio llevado a cabo en la población de médicos familiares, en Cataluña España en el año 2006; las puntuaciones por componentes competenciales muestra el mejor resultado en el área de comunicación (80,11%), seguida del área de habilidades técnicas (70,07%) y la de anamnesis (59,37%). (66)

Los valores más bajos se obtuvieron en el área de atención en salud familiar (45,54%) y en la de manejo (51,38%). En los resultados del análisis de fiabilidad muestra que los mejores resultados se obtuvieron en comunicación (0,835), manejo (0,622), anamnesis (0,619) y habilidades técnicas (0,569), mientras los resultados más bajos fueron: atención preventiva (0,286), exploración (0,455) y atención familiar (0,461).

En otro estudio realizado en la Universidad Nacional Autónoma de México se evalúa a los residentes de primer año de medicina familiar llama la atención el puntaje obtenido en la exploración del estudio de familia se observa un promedio porcentual bajo (48,48%). (45)

Estos resultados son comparables a los obtenidos en nuestro estudio, donde se observa que en el área de comunicación un porcentaje alto de estudiantes se encuentran satisfechos (75%), otras áreas donde puede apreciarse esta misma situación son: toma de decisiones conjuntas, visión integral y atención longitudinal.

Las áreas con valoración equitativa resultaron ser: la identificación de los grupos de riesgo, gestión y definición del perfil epidemiológico. En cuanto a salud familiar no se observan valores bajos en comparación con los estudios descritos anteriormente, donde ésta es el área con menor puntaje.

Conclusiones y recomendaciones:

Las conclusiones se plantearon desde los dos objetivos de este estudio, el primero que tiene que ver con la autopercepción de la Identidad, y sobre lo cual desplegamos las categorías principales acerca de lo cual concluimos:

Autopercepción de Identidad del médico familiar

1. Sobre la motivación para escoger la especialidad

Los estudiantes expresaron fuertemente no haber tenido una idea precisa de lo que se trataba la medicina familiar al inicio del posgrado. La mayoría no tuvieron durante su formación universitaria previa, una malla curricular que contemple la medicina familiar como parte importante de su formación. La principal motivación en su discurso fue el “*arriesgarse*” a algo de lo que conocían poco, o alguna idea inespecífica de un médico con múltiples funciones cercano al paciente y a la comunidad.

La Universidad ecuatoriana debe buscar estrategias de acción hacia el fortalecimiento de la Medicina Familiar, como la ejecutora de la Atención Primaria en Salud, estableciendo bases claras desde la formación del pregrado, inquiriendo en la ruptura del paradigma dominante y la tendencia a la subestimación de una práctica holística.

Tanto la Organización Mundial de la Salud, como estudios a nivel mundial, respaldan el beneficio a largo plazo del fortalecimiento de las estrategias de la APS. Lograr un cambio depende de acciones políticas y académicas que permitan un crecimiento sostenido a largo plazo, sin el modelo de una Identidad claramente visible del Médico Familiar en la sociedad ecuatoriana.

2. Autoimagen del Médico Familiar.

La construcción de la autoimagen se basa en el encontrar características individuales que nos distinguen de los demás dentro del contexto social. Durante tres años del curso del posgrado los estudiantes han experimentado un proceso de transformación, el crecimiento en conocimientos y destrezas en las que cada uno ha podido encontrar su propia fortaleza y que les distingue de los demás.

A la vez ellos perciben el reforzamiento de una imagen profesional en la que se destacan atributos como la mayor capacidad en resolución de problemas, mayor seguridad en la toma de decisiones y comunicación, la identificación de capacidades y limitaciones en la atención con el paciente.

3. Identidad Colectiva

La Imagen colectiva de los estudiantes del posgrado se basa en el reconocimiento de los principales atributos que los identifica como parte del

colectivo Médicos Familiares. La utilización del “Nosotros” es una de las palabras de énfasis en el discurso de los estudiantes e indica probablemente la sensación de pertenencia social en el que se miran e identifican como parte de un colectivo.

Han encontrado rasgos de distinguibilidad con otros grupos, al referirse al rol del médico familiar como un médico que se diferencia de los demás al tener en cuenta la visión integral, acciones de cuidado y seguimiento del paciente y comunicación, las cuales las ven como su sello de distinción con respecto a otros grupos.

4. Reconocimiento del médico familiar.

Lograr el reconocimiento de un grupo o colectivo establece de por medio una lucha de poderes en los que se busca la aprobación del medio social en el que se desenvuelven.

En el discurso de todos los estudiantes existe fuertemente la percepción de ser “*subestimados*” por otros grupos de médicos sea durante sus rotaciones hospitalarias o ambulatorias, esto puede probablemente estar relacionado al Sistema de Salud en el que aún no existen límites claros en la designación de roles y niveles de atención. Al desconocimiento de las funciones del médico

familiar y a la influencia histórica de una formación académica con tendencia a la fragmentación de la especialidad.

Para los estudiantes es considerada una necesidad, el reconocimiento formal desde la Academia, que les avale con el título de especialistas, aunque su práctica sea generalista ya que esto implicaría una distinción con el médico recién graduado y un nivel de mayor experticia, que les permite ser competitivos y estar al mismo nivel de “especialistas” al igual que otros posgrados.

Socialmente los estudiantes perciben la subestimación también de parte de los pacientes, en general existe la idea “mágica” del experto que implica de forma tácita la superioridad en conocimiento de algo específico, en el que ser alguien que se encarga de lo general, puede considerarse una desventaja, la lucha por ganar una imagen la supervivencia del médico generalista en una cultura que valora o sobrevalora la “especialidad” es la agenda de los médicos familiares, en nuestro medio, donde todavía no es visibilizado

5. Proyectos a futuro

Como proyectos a futuro los estudiantes plantean trabajar en el primer nivel de atención, existe expectativa por involucrarse laboralmente en la demanda de trabajo en el sector público. Los planes de realizar otro tipo de estudios van

relacionados de manera fundamental con práctica docente, y el interés particular de cada uno en algo que consideren importante de su práctica de médicos familiares.

El segundo objetivo de estudio se refiere a la percepción de las competencias del Médico Familiar por parte de los estudiantes y al respecto concluimos:

Autopercepción de las competencias de médicos familiares.

En la encuesta realizada a los estudiantes sobre la percepción de las competencias adquiridas durante el posgrado, se observan que en el área de comunicación se sienten con mayor capacidad. Mientras que hay otras áreas en relación a salud familiar donde un mayor porcentaje de estudiantes se sienten con deficiencia dependiendo del Hospital, es así por ejemplo en la identificación y resolución de problemas y crisis dentro de la familia. Este fenómeno se puede inferir que ocurre por la influencia de las tutorías en los diferentes hospitales; sin embargo esta puerta quedaría abierta para futuras investigaciones.

Por último como lo recomienda el Task Force on medical education, los médicos de familia deberían seguir siendo entrenados en las competencias que sean necesarias para que puedan ejercer en los diferentes escenarios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hirsch Alder A. Elementos teóricos y empíricos acerca de la identidad profesional en el ámbito universitario. Perfiles educativos [Internet]. 2013;XXXV:63–81. Available from: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-26982013000200005&lng=es&nrm=iso>. accedido en 09 agosto 2014.
2. Machuca A. La Identidad profesional de los sociólogos. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales sede Académica Mexico; 2008. p. 1–185.
3. Beaulieu M, Dory V, Pestiaux D. What does it mean to be a family physician? Exploratory study with Family residents from 3 countries. *Can Fam Physician*. 2009;55:1–7.
4. Romero N, Díaz R, Tinoco E, Valle M. La medicina familiar en Ecuador. *Atención Primaria Ser LA Med Fam EN Am Lat* [Internet]. 2006 Nov;38(9):515–6. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0212656706705649>
5. MSP. Acuerdo MSP 00000621 Medicina Familiar como especialidad. Registro oficial N.700. 2012. p. 1.
6. Henríquez R, Sánchez G. La definición del perfil profesional del médico familiar en Ecuador : una tarea en proceso . *Rev Medica Voz andes* 2011. 2011;22:5–8.
7. García JE. Brevísima Historia de la Educación Médica. *Humanidades médicas*. 2005;3:37–8.
8. García L, Arrizabalaga J. El médico en la edad media. In: Doyma, editor. *El médico de familia en la historia* [Internet]. 1999. p. 35–47. Available from: <http://hdl.handle.net/10261/36170>
9. Rivero, Odalys E a. Antecedentes históricos de la Medicina Familiar. *MEDICIEGO*. 2010;16:1–11.

10. Robles J. La herencia de Flexner. Las ciencias básicas, el hospital, el laboratorio, la comunidad. *Gac médica México* - III. 2004;140:1–2.
11. Borrell R. La educación médica en América Latina: debates centrales sobre los paradigmas científicos y epistemológicos” en: *Proceso de transformación Curricular: otro paradigma es posible*. Argentina,2005; 2005. p. 1–32.
12. Dominguez del Olmo J. La medicina familiar en México y en el mundo. *Arch en Med Fam. Mexico*; 2003 May;4:136–9.
13. Pinzón C. Los grandes paradigmas de la educación médica en Latinoamérica. *Educ y práctica la Med*. 1993;33(3):33–41.
14. Acurio C. Posgrado de medicina Familiar y comunitaria. *Rev Actual Pontif Univ Catol DEL ECUADOR*. Quito; 2013;26:1–96.
15. Yunga JCI. Anuario de Recursos y Actividades de Salud 2011. 2011 p. 1–167.
16. Hidalgo E, León D. Calidad de vida de los médicos familiares que residen en Ecuador. *PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR*; 2011. p. 1–75.
17. Díaz R. *ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA*. Quito; 2013 p. 1–6.
18. MSP. Convocatoria Posgrado de medicina Familiar y Comunitaria [Internet]. 2013. p. 1. Available from: <http://www.salud.gob.ec/inicio-del-postgrado-de-medicina-familiar-y-comunitaria/>
19. Ortiz ME al. Especialidad de medicina Familiar y comunitaria en Ecuador. Docentes Cubanos, participando en su diseño y ejecución. Quito; 2013 p. 1–10.
20. OPS. *Residencias médicas en América Latina*. Whashington; 2011.

21. OPS. Alma Ata 1978 Atención Primaria de Salud. Alma Ata, URSS; 1978 p. 1-93.
22. OMS OM de la S. Informe sobre la salud del mundo 2008. la atención primaria de salud, más necesaria que nunca Más necesaria que nunca. Suiza; 2008 p. 1-154.
23. Pedro RER; D. Un nuevo modelo formativo de médicos en la Universidad Barrio Adentro , República Bolivariana de Venezuela. Educ Médica Super. 2010;24(1):111-35.
24. Andrade J. Marco conceptual de la educación médica en América Latina. Ser Desarro Recur Humanos. 1979;28:1-93.
25. Neghme A. Reseña Histórica de la Educación Médica en Chile. An la Univ Chile. 1987;14:49-60.
26. Salud M de, OPS. Residencia médica en Brasil. Programa Nac Apoyo a Form de Espec Médicos en Áreas Estratégicas [Internet]. 2008;1-26. Available from: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/residenc-medicas-Brasil.pdf>
27. Chile M de S de. Estudio de brechas entre oferta y demanda de médicos especialistas en Chile. Ser Cuad Redes [Internet]. 2010;Nº 31:1-81. Available from: http://ciperchile.cl/wp-content/uploads/Estudio_subse_redes_banco_mundial.pdf
28. Quinteros LC, Percy C. Necesidad de Médicos Especialistas en Establecimientos de Salud del Sector Salud, Perú 2010. Ser Bibliográfica Recur Humanos en Salud [Internet]. 2010;Nº12:1-350. Available from: <http://www.minsa.gob.pe/dggdrh/libros/pdf/s1/I-12. Necesidades de Medicos Especialistas en el Sector Salud 04.07.11.pdf>
29. De S, Políticas F. Residencias del Equipo de Salud Documento Marco / 2011 [Internet]. Buenos Aires; 2011 p. 1-22. Available from: http://www.msal.gov.ar/residencias/images/stories/descargas/queEs/Documento_Marco_Residencias_OK.pdf

30. Irigoyen-Coria A, Morales-lópez H, Hamui-Sutton A. La Medicina Familiar en Iberoamérica : una reflexión histórica. Medigraphic Artemisa. México; 2006 Sep;48–51.
31. Araya C. Medicina familiar, pilar de la seguridad social. [Internet]. Archivo medicina familiar. 2011. p. 1. Available from: http://www.nacion.com/archivo/Medicina-familiar-pilar-seguridad-social_0_1192680731.html
32. Delgado A. ¿La Medicina General Integral, es igual a la Medicina Familiar. revista “aporrea.” 2011. p. 1.
33. Rogriguez M, Al E. El programa de formación de Medicina Familiar de la Universidad El Bosque, su iniciación, su desarrollo y su impacto. Med Fam Colecc. 2012;1:1–174.
34. Barros PA, Albán GG. Conocimientos y percepciones de los estudiantes sobre atención primaria de salud en la escuela de Medicina año 2012. Universidad de Cuenca; 2012. p. 1–122.
35. Borrell RM, Kauffman R. Educación médica hacia la APS renovada y libros de texto. Buenos Aires Argentina. Buenos Aires; 2012 p. 1–78.
36. Padula MI. Salud Familiar en las Américas, Estado y avances de la salud familiar en Latinoamérica y el Caribe desde la mirada de la Confederación Ibero Americana de Medicina Familiar (CIMF). Medwave [Internet]. 2013;1:1. Available from: <http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/Enfoques/SaludFamiliar/5614>
37. Borrell RM. Educación médica hacia la APS renovada y libros de texto. Buenos Aires; 2011 p. 1–78.
38. Escobar F, López-Torres J. ¿ Qué determina la elección de una Especialidad en Medicina ? Red Rev Científicas América Lat el Caribe, España y Port. 2008;2:216–25.
39. McWhinney IR. Family Medicine Textbook. Second Edi. New York: Oxford University Press; 1997.

40. Loja U nacional de. Perfil de egreso. Especialización de medicina familiar y comunitaria. 2013. p. 1.
41. Kane M. The assessment of professional competence. *Educ Heal Prof.* 1992;15:163–82.
42. Chair, David. Kerr, Jonathan. Konkin, Jill. Organek, Andrew. Parsons E. Triple C competency- based Curriculum. *Coll Fam Physicians Canada.* 2011;2011(March):1–99.
43. Nolla M. La evaluación en educación médica. Principios básicos. 2009;12(4):223–9.
44. Familiar M. ¿ Debemos evaluar la competencia de los médicos de familia ? 2013;30(9):539–40.
45. E De Serdio R. ÁREA DOCENTE ECOE : Evaluación Clínica Objetiva Estructurada. 2002;127–32.
46. Sedikides C, Brewer MB. Individual Self, Relational Self, and Collective Self Partners, Opponents, or Strangers. 1996. p. 1–4.
47. Santibañez E. Perspectiva Educaional Volumen 5 N.1. Editorial, Perspectiva Eduacional. Valparaíso; 2005;51:1–3.
48. Brewer MGW. Who is this “We”? Levels of collective identity and self representations. *J Pers Soc Psychol* [Internet]. 1996;71(1):83–93. Available from: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0022-3514.71.1.83>
49. Rodríguez JA. El poder medico, desde la sociología*. *Rev Española Investig sociológicas.* 1979;14:95–112.
50. González C, Victoria E. Construcción de identidades en el campo médico del actual sistema de salud colombiano : una aproximación desde el análisis de campo de Pierre Bourdieu. *Red Rev Científicas América Lat el Caribe, España y Port.* 2012;30 num 3:338–46.

51. Consejo C, Treviño CV-. Etica y relaciones de poder en la formación de médicos residentes e internos : Algunas reflexiones a la luz de Foucault y Bourdieu. Medigraphic Artemisa. 2008;11(1):16–20.
52. Agudelo PA. (Des) hilvanar el sentido / los juegos de Penélope Una revisión del concepto imaginario y sus implicaciones sociales. Uni-pluri/versidad. 2011;11(3):1–18.
53. Breilh J. Epidemiología crítica,Ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires;
54. Senf JH, Kutob R, Campos D. Which primary care specialty? Factors that relate to a choice of family medicine, internal medicine, combined internal medicine-pediatrics, or pediatrics. Fam Med Med student Educ [Internet]. 2004 Feb;36(2):123–30. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14872360>
55. Howard F S. Family Medicine ' s Identity : Being Generalists in a Specialist Culture ? Ann Med Fam. 2006;4. N.5:455–9.
56. Starfield B. Atención Primaria. Equilibrio entre las necesidades de salud, servicios y tecnología. MASSON, editor. Barcelona, versión española; 2004.
57. Zurro AM, Solà GJ. Atención primaria de salud y atención familiar y comunitaria [Internet]. First Edit. Atención familiar y salud comunitaria. Elsevier España#241;a, S.L.; 2011. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/B978-84-8086-728-3/00024-7>
58. Gonzzález B, Ramirez- Villaseñor I, Bustos Saldaña R, Moreto G. La formación de médicos familiares en Latinoamérica : Timidez académica y liderazgo errático. Red Rev Científicas América Lat el Caribe, España y Port. 2005;7:1–3.
59. Pesquisa em Atencao Primaria a Saúde de Porto Alegre GA. Documento Marco Salud Familiar y Comunitaria en América Latina. Porto Alegre; 2008 p. 1–88.

60. García Manrique J, Irigoyen Coria A. Criterios de Excelencia para la formación de Especialistas en Medicina Familiar en latinoamerica. Arch en Med Fam. 2011;13:1–3.
61. Ata A. Introducción a la práctica de la Medicina Familiar. PROFAM. 2000. p. 9–59.
62. Gutiérrez IB. Propuesta de guión de entrevista para el estudio de la identidad docente. 2014;73–87.
63. Castillo DP. Analisis de mensajes. Introducción y metodología de análisis. Quito; 1983 p. 1–10.
64. López -Roig S, Pastor MÁ, Rodriguez C. The reputation and professional identity of family medicine practice according to medical students : A Spanish case study. Elsevier Doyma /Atencion primaria. 2010;42(12):591–603.
65. Nacional A. Constitución de la República del Ecuador, 2008. Quito; 2008 p. 1–140.
66. Ramírez-Puerta D. Competencia clínica de los médicos de familia en 14 Comunidades Autónomas españolas. Educ médica 2006. 2006;9:234–44.

ANEXOS.

ANEXO1. Cuestionario de preguntas para la entrevista sobre Autopercepción de la identidad del Médico Familiar.

1. ¿Cuál fue la trayectoria personal y profesional que te llevó a decidir ser médico de familia?.
2. ¿Qué tiene esta especialidad que en comparación con otras especialidades?
3. ¿Cómo te vez a ti mismo en el desempeño de tu labor como médico de familia?
4. ¿Crees que existe un reconocimiento del médico familiar en nuestro país? ¿Crees que se ha logrado la proyección de una imagen en la sociedad?
5. ¿Cuál ha sido el proceso de transformación desde el inicio del posgrado hasta ahora?
6. ¿Qué te provoca satisfacción de ser un médico de familia? ¿Qué temores tienes?
7. ¿Cómo te relacionas con los demás, tus pacientes, tu familia, tus compañeros, tutores?
8. ¿Qué proyectos tienes a futuro?

ANEXO 2.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación será realizada por las estudiantes de tercer año del postgrado de Medicina Familiar de la PUCE: Dra. Ana Fierro y Dra. Monserrath Macas, como proyecto de tesis.

El objetivo del estudio es: Evaluar la autopercepción de identidad de médico familiar y la percepción del grado de competencias logradas, en los residentes de tercer año del postgrado de Medicina Familiar de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador de la cohorte 2011-2014

La participación en el estudio es voluntaria y la información recogida será confidencial, utilizándola únicamente para los propósitos de esta investigación. Las respuestas al cuestionario y entrevista serán anónimas.

Para más información puede contactarse con los investigadores:
anycris57@hotmail.com, dra_monherrathmacas@hotmail.com

Agradecemos su participación.

ANEXO 3.

AUTO PERCEPCIÓN DE LA IDENTIDAD DE MÉDICOS FAMILIARES, POR PARTE DE LOS RESIDENTES DEL TERCER AÑO DEL POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR.

CUESTIONARIO DE COMPETENCIAS SEGÚN EL PERFIL DE MEDICO FAMILIAR

Objetivo. Evaluar la percepción del grado de competencias logradas en los estudiantes del posgrado de medicina familiar de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Sexo: m__ f__ Edad:____ Hospital base_____

Competencias generales médicas

1. Considero que mi capacidad para el cuidado de mis pacientes es:
Muy buena__
Buena__
A veces lo logro__
Me resulta muy difícil__

2. Siento que tengo las herramientas suficientes para buscar información adecuada en la toma de decisiones clínicas.
Siempre__
Casi siempre__
A veces lo logro__
Me resulta muy difícil__

3. Al finalizar el posgrado de medicina familiar considero que mi habilidad para comunicarme adecuadamente con mi paciente, tomar decisiones y llegar a acuerdos juntos es:
Muy satisfactoria__
Satisfactoria __
A veces lo logro__
Me resulta muy difícil__

Competencias propias de la especialidad

- En relación al individuo:

4. Me siento en capacidad de ver a mi paciente como un todo y realizar el seguimiento de mis pacientes a los largo de ciclo vital individual y familiar:

Siempre__
Casi siempre__
A veces lo logro
Me resulta muy difícil__

5. Me siento en capacidad de respetar las decisiones de mi paciente y buscar nuevas opciones en conjunto a pesar de que no acepte el tratamiento que le sugiero:

Siempre__
Casi siempre__
A veces lo logro
Me resulta muy difícil__

En relación con la familia:

6. Mi capacidad para usar herramientas de evaluación de la estructura y funcionamiento de un sistema familiar es:

Muy satisfactoria__
Satisfactoria __
A veces lo logro__
Me resulta muy difícil__

7. Puedo identificar problemas familiares y realizar asesoramiento logrando un análisis panorámico de su situación.

Siempre__
Casi siempre__
A veces lo logro
Me resulta muy difícil__

8. Puedo realizar intervenciones en crisis familiares de manera:

Muy satisfactoria__

Satisfactoria __

A veces lo logro__

Me resulta muy difícil__

Relación con la comunidad:

9. Siento que la capacidad para adaptar mi atención al contexto de las personas, y utilizar los recursos disponibles es:

Muy satisfactoria__

Satisfactoria __

A veces lo logro__

Me resulta muy difícil__

10. Puedo realizar la identificación de grupos de riesgo y me intereso por lograr el acceso a un sistema sanitario

Siempre__

Casi siempre__

A veces lo logro

Me resulta muy difícil__

11. Me siento en capacidad de definir un perfil epidemiológico de una población

Siempre__

Casi siempre__

A veces lo logro

Me resulta muy difícil__