

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR  
FACULTA DE MEDICINA  
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR**

**Percepción sobre las competencias personales y profesionales del médico familiar de los usuarios del Centro de Medicina Familiar Vozandes “La Y” y el Hospital del día “Eloy Alfaro” del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de la ciudad de Quito en el año 2015.**

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

Autores:

- **Daniela Alexandra Guevara Sánchez**
- **Felipe Gonzalo Moreno – Piedrahita Hernández**

Directora de la disertación: Dra. Carmen Elena Cabezas

Directora metodológica: Mtr. Patricia Ortiz

**Quito, 2015**

Título:

**Percepción sobre las competencias personales y profesionales del médico familiar de los usuarios del Centro de Medicina Familiar Vozandes “La Y” y el Hospital del día “Eloy Alfaro” del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de la ciudad de Quito en el año 2015.**

## DEDICATORIA:

*A Dios, por ser luz y guía en mi vida  
A mis padres, por su apoyo incondicional  
A mis hermanos, por ser ejemplo de esfuerzo y dedicación  
A toda mi familia, por ser modelo de unidad y amor*

*Daniela Guevara Sánchez*



*A Dios y la Mater, han guiado y cuidado benevolentemente el destino de mi  
vida*

*A Cumandá y Bayardo, mis padres, su apoyo y trabajo me han traído hasta  
aquí, gracias por su cariño y ejemplo que han forjado lo que soy.*

*A Karla, mi esposa, mi inspiración, amiga, apoyo y compañera fiel de los  
días y mis noches, mi sonrisa, esperanza y amor.*

*A ms hermanos, mi admiración, gracias por su cariño eterno.*

*A la Dra. Susana Alvear, por ser una guía y apoyo incansables, un modelo  
grande a seguir.*

*Felipe Moreno-Piedrahita Hernández*

## **AGRADECIMIENTOS:**

*Al Centro de Medicina Familiar “la Y” Vozandes y al Hospital del día “Eloy Alfaro” del IESS, por su calidez y abrimos las puertas para esta investigación.*

*A la Dra. Susana Alvear, Dra. Carmen Cabezas, Mtr. Patricia Ortiz y Dr. Galo Sánchez por creer en nosotros, por sus consejos, guía y paciencia durante la elaboración de este trabajo.*

*A la PUCE y a todos nuestros maestros que nos forjaron con excelencia académica.*

*Al Hospital Vozandes Quito que fue nuestro hogar durante la residencia, formándonos y acogiéndonos en los brazos del Señor.*

*A nuestras familias, por su apoyo incondicional y el amor infinito.*

*A Karla, por su colaboración, por creer en nosotros y apoyarnos en este tiempo, siempre parte del equipo.*

*Daniela y Felipe*

# TABLA DE CONTENIDO

DEDICATORIA: .....	3
AGRADECIMIENTOS:.....	4
ANEXOS:.....	9
LISTA DE TABLAS .....	10
LISTA DE GRÁFICOS .....	12
RESUMEN.....	13
ABSTRACT.....	14
CAPÍTULO I:.....	15
INTRODUCCIÓN .....	15
Justificación .....	16
CAPÍTULO II:.....	20
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA .....	20
Formación en Medicina y Atención Primaria en Salud .....	20
El Médico Familiar .....	22
Principios de Medicina de Familia: .....	23
Las relaciones sociales, la relación médico familiar- paciente.....	25
Competencias.....	30
Definición competencia .....	30
Clasificación de las competencias.....	31
Modelos de competencias en Medicina Familiar .....	32
Modelo CanMEDS de roles y competencias profesionales .....	34
¿Cómo se desarrolló el Modelo CanMEDS ?.....	34
¿Cuál es el objetivo del CanMEDS ? .....	36
Modelo CanMEDS de Medicina Familiar (CanMEDS-FM) .....	37

Descripción General de los Roles y Competencias del modelo CanMEDS-FM.....	38
Los 7 roles y sus competencias.....	41
1. Experto en Medicina Familiar .....	41
2. Comunicador .....	43
3. Colaborador.....	45
4. Gestor.....	46
5. Defensor de la Salud.....	48
6. Investigador.....	48
7. Profesional (Competencias personales).....	49
Otras competencias personales, perspectivas desde la visión del paciente .....	52
El mandil, uniforme y símbolo del médico.- .....	53
La vestimenta.- .....	54
Género del médico.- .....	55
Otras características.- .....	56
Servicios de Medicina Familiar que participaron en el estudio .....	57
Hospital del día “Eloy Alfaro”, IESS .....	57
Centro de Medicina Familiar “La Y” Vozandes .....	61
CAPÍTULO III:.....	67
Métodos .....	67
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.-.....	67
OBJETIVO GENERAL:.....	69
OBJETIVOS ESPECÍFICOS: .....	69
DISEÑO Y MÉTODOS.....	70
Diseño del estudio.-.....	70

Definición operacional de otros términos:.....	75
Población del estudio.- .....	75
Criterios de inclusión: .....	76
Criterios de exclusión y eliminación:.....	76
Equipo de investigación.-.....	77
Técnicas de recogida de datos.-.....	77
ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.-.....	80
CONSIDERACIONES BIOÉTICAS.-.....	81
Capítulo IV: .....	83
Resultados.....	83
Características generales de los participantes .....	83
Descripción de los grupos focales del Hospital del día “Eloy Alfaro” del IESS (EA) .....	84
Descripción de los grupos focales del Centro de Medicina Familiar “La Y” Vozandes (CV) .....	85
Comparación de los grupos focales .....	86
Resultados generales de las ideas de los grupos focales .....	88
Área Cognitiva (Experto en Medicina Familiar e Investigador).....	88
Relacional y Comunicacional (Comunicador y Colaborador) .....	91
Integradora (Gestor y Defensor de la salud y el paciente) .....	93
Afectivo / Ético / Personal (Persona estudiosa de su profesión) .....	94
Capítulo V: .....	98
Discusión .....	98
Ideas previas .....	99
Reconocimiento global de las competencias.....	100
Tipos y áreas de las competencias .....	101

Profesionalismo vs. Humanidad .....	103
Integralidad y Continuidad sin olvidar la “integratividad” .....	105
Creencias, competencias culturales .....	107
Aspectos personales del médico familiar.....	109
Tecnología ayuda o interrupción .....	110
Confianza en el médico de familia, fortalecimiento de la relación empática .....	111
Análisis evaluativo .....	116
CAPÍTULO VI:.....	117
Conclusiones y Recomendaciones .....	117
Conclusiones .....	117
Recomendaciones .....	120
Bibliografía .....	122
Anexos.....	133

## **ANEXOS:**

Anexo 1: Tabla consolidada de las ideas de los cuatro grupos focales según categorías de análisis .....	134
Anexo 2: Tabla de citas textuales de las ideas de los grupos focales según categorías de las competencias.....	142
Anexo 3: Formato de consentimiento informado para los grupos focales..	148
Anexo 4: Formato de guía para los grupos focales.....	149
Anexo 5: FICHA DE LA UNIDAD: HOSPITAL DEL DÍA “ELOY ALFARO”	155
Anexo 6: FICHA DE LA UNIDAD: CENTRO DE MEDICINA FAMILIAR “LA Y” VOZANDES .....	156
Anexo 7: Nubes de palabras con las ideas principales para cada categoría de las competencias percibidas por los pacientes de los grupos focales (Wordle) .....	157

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1: Principios de la Medicina Familiar comparados .....	23
Tabla 2: Currículum Triple C de la Medicina Familiar .....	24
Tabla 3: Habilidades y dimensiones de la empatía .....	28
Tabla 4: Componentes de la empatía de Morse .....	28
Tabla 5: Componentes de las competencias .....	31
Tabla 6: Tipos de competencias .....	32
Tabla 7: Diferentes modelos de competencias en Medicina General y Familiar de varios países .....	33
Tabla 8: Comparación de diferentes modelos de competencias en Medicina Familiar .....	33
Tabla 9: Relación de los cuatro principios de la Medicina de Familia con las siete competencias CanMEDS y definición del tipo de competencia.....	38
Tabla 10: Definición de las competencias del CanMEDS Medicina Familiar relacionadas a la función y tipo de saber que tienen .....	40
Tabla 11: Diez primeras causas de atención por consulta externa, Hospital “Eloy Alfaro” IESS, año 2014 .....	60
Tabla 12: Definición conceptual de las variables por categoría y subcategorías .....	71
Tabla 13: Preguntas abiertas y ocultas del guión para los grupos focales ..	77
Tabla 14: Distribución de los participantes de los grupos focales de los participantes.....	84

Tabla 15: Ocupación e instrucción de los participantes de los grupos focales .....	84
Tabla 16: Análisis de la simbología del mandil en los grupos focales.....	108
Tabla 17: Ideas que generan confianza en el médico de familia y análisis desde las perspectivas y dimensiones que tiene el paciente.....	112
Tabla 18: Análisis de las competencias e ideas de los grupos focales por los resultados en el cuidado en salud.....	116

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Perspectivas de los pacientes diagnosticados de depresión y atendidos por médicos de familia y psiquiatras.....	25
Gráfico 2: Diagrama CanMEDS de los siete roles del médico y sus interacciones.....	36
Gráfico 3: Diagrama CanMEDS de las competencias del Médico Familiar .	39
Gráfico 4: Diagrama de competencias CanMEDS-FM asociado a los dominios del currículum Triple C de la Medicina Familiar .....	39
Gráfico 5: Tipos de roles asumidos por los médicos gestores .....	47
Gráfico 6: Mapa de ubicación del Hospital del día “Eloy Alfaro” del IESS ...	59
Gráfico 7: Mapa de ubicación del Centro de Medicina Familiar Vozandes “La Y” .....	63
Gráfico 8: Diez primeras causas de morbilidad en consulta externa, Centro de Medicina Familiar “La Y” Vozandes, año 2014 .....	65

## RESUMEN

En los últimos años la formación médica se ha rediseñado para enfocarse en obtener médicos con perfiles profesionales basados en las competencias personales y profesionales demandadas por su especialidad y el medio. Identificar las competencias que perciben los usuarios de dos servicios de Medicina Familiar de la ciudad de Quito ayudará a generar hipótesis e implementar cambios en la atención que se brinda. Se realizó un estudio cualitativo, descriptivo de tipo exploratorio, en el que participaron 27 pacientes de cada institución divididos en 4 grupos focales con los cuales se conversó en base a los roles y competencias del médico familiar descritas en el modelo CanMEDS-FM. **Resultados:** Las competencias que fueron percibidas por los usuarios, estuvieron en relación al rol como experto en Medicina Familiar, como investigador y como profesional humano, con destrezas en su trato y comunicación.

**Conclusiones:** Es importante que los médicos de familia se enfoquen en perfeccionar constantemente el conocimiento académico y las habilidades técnicas, pero también en desarrollar y adquirir las habilidades interpersonales que aseguren el trato humano y generen confianza en sus pacientes para formar una relación empática que genere atención de calidad.

**Palabras clave:** Medicina Familiar, Competencias, CanMEDS, IESS, Vozandes, Relación médico paciente.

## ABSTRACT

In the last years, medical education has been redesigned to focus on getting doctors with professional profiles base on personal and professional skills required by their specialty and community. Identify the skills that users perceive in two services of Family Medicine from Quito will help to generate hypotheses and to implement changes in the care provided. A qualitative descriptive exploratory study was made, in which participated 27 patients of each institution, divided into 4 focus groups with whom discussed the basis of the roles and responsibilities of family physician described in the CanMEDS-FM. **Results:** The competency that were perceived by users, were related to the role as an expert in Family Medicine as a researcher and as a human professional with skills in dealing and communication with users.

**Conclusions:** It is important that family physicians are focused on constantly improving their academic knowledge and technical skills, but also develop and acquire interpersonal skills to ensure humane treatment in order to generate confidence and to get an empathetic relationship an giving quality attention with the patients.

**Keywords:** Family Medicine, Competency, CanMEDS, IESS, Vozandes, doctor-patient relationship.

# CAPÍTULO I:

## INTRODUCCIÓN

La formación del medicina en el pregrado, orienta a que el recién graduado, opte por especialidades que tienen un enfoque hospitalocentrista y manteniéndose con el modelo biomédico puro. Excepciones existen en facultades que mantienen sus mallas académicas con una orientación integral, con una mirada holística del ser humano, escuelas donde se resalta la Medicina Familiar como una herramienta para ayudar en el cumplimiento de las estrategias de Alma Ata. (1)

En los tiempos actuales la inequidad y otros factores determinantes de la salud demandan que existan más médicos generalistas con un enfoque biológico, psicológico y social, basados en la atención primaria en salud (APS). Esta estrategia se establece como modelo de salud en muchos países, en los cuales se han exhibido mejores resultados y menores costos comparando con países que no la usan. (2)

El perfil del médico que cada país, necesita debe ajustarse de acuerdo al modelo de salud donde se vaya a desenvolver; por ejemplo en Chile, se ha planteado que el médico general recién graduado debe ser actor de un rol social, gestor del modelo bio-psico-social, desarrollar competencias, liderazgo, tener capacidad técnica y resolutive, cultura médica, preparación en normativas asistenciales vigentes, acción humanista y acción sobre la familia. (3)

La mayoría de programas de formación en medicina sugieren que la mallas curriculares deben enfocarse en obtener perfiles profesionales similares: “un médico capacitado y competente”, (4) por lo que uno de los grandes objetivos de las facultades y motivos de preocupación internacional sea el de implementar un currículum basado en las competencias específicas para cada profesional; una muestra de iniciativas colaborativas como estas en la que está involucrado el Ecuador es el proyecto Tuning Latinoamérica. (5)

Desde los inicios de la medicina se ha venido practicando un modelo biomédico paternalista clásico, este comenzó su resquebrajamiento con el advenimiento de la declaración de los derechos y la medicina centrada en los pacientes, así como el enfoque biopsicosocial.(6)

En todo este contexto, actualmente el médico familiar ha dejado de ser una figura casi teológica para retomar su rol de servidor de la salud y enfocarse en todas las necesidades de su paciente, como rezan los principios de su atención (7), una de sus obligaciones es demostrar que está capacitado y que tiene las competencias específicas que el usuario busca. (8)

## **JUSTIFICACIÓN**

Las competencias profesionales y personales y cómo son percibidas por los pacientes se convierten en una realidad durante la consulta médica (9,10), y es aquí donde se entenderán y comprobarán estas competencias, generando necesario su estudio y análisis:

- Vivirla/mirarla desde todas las perspectivas (familia, médico, paciente, entorno) (11);
- Enterarse de sus elementos estructurales, investigarlos y explicarlos (12);
- Comprenderla como algo concreto (no abstracto) (13) en su forma y en la comunicación;
- Entenderla como un enlace de vínculo (teórico-y-práctico) (14), que puede ser entre pares y/o ampliado a una red (familia) y que este genera una conexión pero también puede acarrear conflictos directos o indirectos;
- Tener en cuenta las normas sociales como necesarias e ineludibles (15).

La agenda de Investigación para Medicina General, Familiar y Atención Primaria de Europa (16), justifica el valor de la investigación cualitativa y los estudios observacionales para obtener un enfoque de los conceptos y expectativas de los pacientes y sus médicos, la experiencia del paciente y que se debe incluir experiencias, actitudes y necesidades de los mismos para determinar aspectos específicos que colaboren en un enfoque integral de atención.

El presente estudio de carácter observacional y cualitativo, pretende identificar la percepción de las competencias personales y profesionales que los pacientes tienen acerca del médico familiar, iniciando la investigación debido a la escasa información existente desde la visión que los usuarios de los servicios de salud tienen, y que no existen experiencias previas en nuestro medio.

Discernir las aspiraciones reales de los pacientes no siempre está al alcance de los profesionales, tampoco distinguir el grado real de satisfacción que generó su cita médica, siendo así muchos los factores implicados (17). Es importante descubrir si estas consultas están siendo satisfactorias y si el perfil profesional que desean los usuarios concuerda con el perfil que adquiere el médico de familia. (18)

En investigación social, en torno a los conceptos, percepciones o preferencias, estos cambian de sociedad a sociedad según se transforme la composición de estas mismas. El rol del paciente como tal, también es cambiante, no solo de acuerdo al tipo de población donde nos encontremos sino al contexto médico donde este se encuentre, de aquí que su participación e interacción con el personal sanitario será variable. (19)

Entender que es lo que experimenta un paciente cuando acude a una consulta impuesta por el sistema, o por que busca a su médico de toda la vida, es clave para generar ideas de cambio, de mejoramiento de la calidad de la atención y de los servicios brindados. Si se comprenden las ideas de la gente que acude al facultativo, se puede corregir errores y deficiencias, obtener un beneficio común donde prime el bienestar del usuario. Mejorar la atención permitirá generar mayor satisfacción de los usuario (20) y, si sus expectativas son cumplidas se mejorará la adherencia a los tratamientos, se conseguirá un impacto positivo en su salud, en su autocuidado, evitando así la sobre y mal utilización de los servicios sanitarios; así mismo ayudaría a fortalecer puntos débiles en la formación de los futuros médicos generalistas y Médicos Familiares (21).

Se trata de un conocimiento abstracto; entorno al cual se han establecido varias hipótesis que se han fundamentado en definiciones y teorías probadas y no, con criterios de profesionales de la salud y usuarios que representan ciertas y pequeñas poblaciones, que en sentido estricto no comparten características socioculturales similares a Quito ni a Ecuador (12). Una aproximación en esta área permitirá corroborar si la Medicina Familiar tiene las competencias y el perfil adecuado para esta población y, si son similares a lo que establecen los estándares internacionales.

Con este antecedente se pueden formular cuestionamientos entorno a las percepciones y preferencias de los usuario de salud a nivel de Ecuador en cuanto a los médicos familiares, esta investigación por lo tanto podrá servir como una idea exploratoria y podrá ser base de futuros trabajos en este campo.

## **CAPÍTULO II:**

### **REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**

#### **Formación en Medicina y Atención Primaria en Salud**

En agosto 2015 la Medicina Familiar y Comunitaria fue anexada como parte obligatoria de la malla académica a nivel universitario en España. El lograr el objetivo de dar la importancia dentro de la formación especializada tomó aproximadamente 30 años; es así como con el Espacio Europeo de Educación Superior conocido como plan de Bolonia, se incluyó a la Medicina Familiar y Comunitaria como una disciplina académica en el ámbito universitario (22). En el Ecuador inicia con un programa de postgrado con enfoque hospitalario en el año 1987 como un convenio entre el Hospital Vozandes Quito y la Universidad Católica de Cuenca. (23)

Dentro de la Constitución Nacional la salud es identificada como un derecho fundamental que el Estado debe garantizar, siendo el eje indispensable para el desarrollo y el logro del Buen Vivir.

La salud y el enfoque de la Atención Primaria de Salud se encuentran en gran interrelación con el enfoque de desarrollo humano sustentable, que afecta el sentido sobre mejoramiento económico planteando el desarrollo como resultado de bienestar y creación de oportunidades en cada generación.

La Comisión de Determinantes Sociales de la OMS elaboró el modelo en Atención Primaria de Salud (APS) basado en la declaración de Alma Ata (1978) afirmando que: “es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país”. (24)

Constituyendo el núcleo del sistema de salud, identificó los requisitos necesarios para la salud entre los cuales están: un ecosistema estable, justicia social, equidad, y recursos como la educación, alimentos e ingresos. (25)

En el año de 1986 se realiza la Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud en Ottawa reconociendo que para lograr salud el usuario debe identificar y culminar sus objetivos, satisfacer sus necesidades y cambiar su ambiente o adaptarse a él a través del control de su salud. (15)

Las actividades claras de APS, se las determinó en la década del 90, con intervenciones específicas, localizadas, a nivel local y de bajo costo, fortaleciendo a la salud como un producto, promoviendo las acciones de salud enfocadas en el objetivo curativo; mejorando la promoción y prevención.

En el Ecuador se adopta el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) basado en la APS con la implementación de estrategias mediante procesos de

capacitación continua donde se incorpora especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria en el primero y segundo nivel de atención. (25)

## **El Médico Familiar**

De acuerdo al concepto de la Sociedad Europea de Medicina General / Medicina de Familia, del año 2002 (26), la Medicina General / Familiar es “una disciplina académica y científica con contenidos pedagógicos, investigación, evidencia fundamentada y actividad clínica propios, y es una especialidad clínica orientada a la atención primaria”.

Bárbara Starfield describió que la práctica médica debe tener ciertas características que la van a asociar a mejores resultados, estos también son elementos de la Medicina Familiar (27):

***Atención de primer contacto, continua, coordinada, integral, centrada en la familia y enfocada en la comunidad.***

Se ha vinculado directamente al médico de familia (MF) como favorecedor y como uno de los actores que deben velar por la atención primaria en salud, de hecho idealmente es considerado como el punto de entrada del sistema sanitario, pero existen sociedades arraigadas más en el modelo biomédico, no

en APS donde, se lo toma como un profesional de referencia pura, hasta despreciando el hecho de ser una especialidad reconocida. (28)

**Principios de Medicina de Familia:**

Según McWhinney (1997) (29) son siete los principios de Medicina Familiar, y según el Colegio de Médicos de Familia de Canadá (1985) (7,30) están resumidos en cuatro principios:

**Tabla 1: Principios de la Medicina Familiar comparados**

MCWHINNEY (29)	COLLEGE OF FAMILY PHYSICIANS OF CANADA (7)
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Centrado en la persona</li> <li>2. Entender el contexto de la enfermedad</li> <li>3. Todos los contactos con sus pacientes una oportunidad para la prevención o educación en salud</li> <li>4. Los pacientes en su práctica es una población en riesgo</li> <li>5. MF parte de una red de toda la comunidad, de apoyo y asistencia sanitaria</li> <li>6. Idealmente compartir el mismo hábitat de sus pacientes</li> <li>7. Ver los pacientes en sus hogares</li> <li>8. Conceder importancia a los aspectos subjetivos de la medicina</li> <li>9. Administrar los recursos</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. La relación médico paciente es centrada en el rol de médico familiar</li> <li>2. El médico familiar es un médico experto con habilidades clínicas</li> <li>3. La Medicina Familiar es de base Comunitaria</li> <li>4. La Medicina Familiar es un recurso a una población práctica definida</li> </ol>

Elaborado por: Daniela Guevara/Felipe Moreno-Piedrahita, 2015.

El Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) (31) define los valores principales de la Medicina de familia: continuidad en el cuidado, orientado a la familia y comunidad, comprensivo y compasivo.

El Colegio de Médicos de Familia de Canadá en el año 2011 desarrolló un plan de formación para los médicos de familia basado en las competencias y objetivos que debería tener, este se resume en tres componentes (Currículo 3C). (32)

**Tabla 2: Currículum Triple C de la Medicina Familiar**

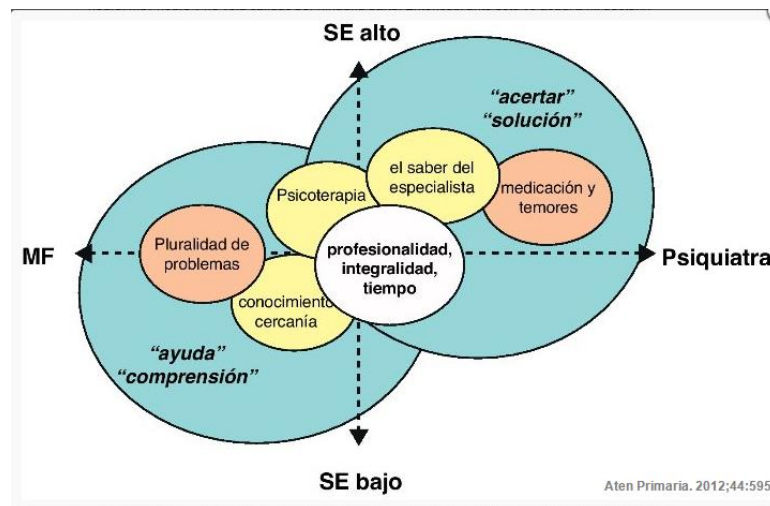
<p>1. <b>C</b>uidados completos e integrales en áreas de cuidado clínico</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Cronológico - Ciclo de vida: niños, adolescentes, adultos (mujer: embarazo, parto y lactancia, hombres, adultos mayores), cuidados al final de la vida y paliativos.</li><li>• Todos los contextos geográficos: urbano o rural, ambulatorio o consultorio, hospitalario, cuidados prolongados, urgencias, visitas domiciliarias, etc.</li><li>• Responsabilidades clínicas: prevención y promoción de salud, diagnóstico y tratamiento (agudos, subagudos y crónicos), rehabilitación, confort, cuidados paliativos.</li><li>• Atención a grupos vulnerables, desatendidos: poblaciones autóctonas, enfermedades mentales, toxicomanías, inmigrantes.</li></ul> <p>2. <b>C</b>ontinuidad de cuidados: al paciente y su familia, en todo su contexto de vida, continuidad pedagógica del residente.</p> <p>3. <b>C</b>entrado en la Medicina Familiar: dividido en áreas de cuidado clínico para su práctica, actividades desde la prevención hasta los cuidados paliativos.</p>
--

Elaborado por: Daniela Guevara/Felipe Moreno-Piedrahita, 2015.  
Fuente: Tannenbaum et al. (2011)(32)

El modelo biomédico centrado en enfermedades ha generado conflictos y desencantos en los pacientes, razón por la cual escogen al MF como un profesional más accesible por su versatilidad y enfoque biopsicosocial integral en cualquier ámbito que se desenvuelva. (28) El médico de familia tiene atributos sobre el médico general: mejor resolutivez, trabajo integral con

familias, versatilidad de campo de trabajo, actividades de prevención, promoción y cuidados paliativos. (3)

En el siguiente gráfico se recogen algunas perspectivas de pacientes con depresión que se incluyeron en el estudio cualitativo de Calderón, et al. (2012) (28) en los que ven al médico familiar como un profesional que tiene más conocimiento de la persona y ayuda integralmente con múltiples problemas de salud frente a otros especialistas.



**Gráfico 1: Perspectivas de los pacientes diagnosticados de depresión y atendidos por médicos de familia y psiquiatras**

Tomado de: Calderón Gómez, 2010 (28)

## **Las relaciones sociales, la relación médico familiar- paciente**

Una relación desde la perspectiva de la sociología y de las relaciones públicas, hace mención a una “conexión, correspondencia” social (33). Así Herrera,

Manuel (34) se refiere a las interacciones sociales entre sujetos individuales o colectivos que están reguladas por normas de comportamiento social, en la realidad del tiempo y el espacio (realidad no material) de dichos sujetos (realidad material). Hace conjuntamente una analogía de la importancia de este término asociándolo con la biología: “es la célula del tejido social”.

Esta realidad material entre los sujetos es el espacio objetivo de la relación y esta es dependiente en su totalidad de los implicados. La cercanía o lejanía entre los sujetos se concretan como resultado de la parte subjetiva de la interacción y depende de los términos y particularidades de la comunicación entre ellos. (34)

Cada relación social se desarrolla en un contexto diferente, este puede tener unas perspectivas conceptuales y contextuales diferentes, el observador/evaluador (paciente) y el observado/evaluado (médico).

Teniendo cada una posición social y realizando un papel social. Resultado de la relación hay una modificación de la conducta. En jerarquía sociológica, las relaciones sociales están más avanzadas que el comportamiento, acto social, comportamiento social, contacto social e interacción social. Las relaciones sociales forman la base de conceptos como organización, estructura, movimiento y sistema social (19).

Uno de los resultados de esta relación es la confianza en el profesional. Su definición se ha inscrito en términos de credibilidad, confiabilidad y lealtad. Lewis & Weigert (1985) lo describe como estados psicológicos asociados a la confianza con los que se fusiona su conceptualización. (35,36)

La relación médico paciente es un punto sensible y hasta desértico en los que ejercen la práctica médica en cualquier especialidad. Con el advenimiento de la Medicina Familiar, a la par se fortaleció un movimiento encaminado a dar atención en base a las preferencias del paciente, centrado en el mismo. El médico de familia se convierte en un referente de buenas prácticas en este tópico a nivel mundial. (37)

Se ha descrito que, al quebrantar la salud del paciente, este pasa a dos fases, en la primera como enfermo y en una segunda como paciente (11), se trata de un punto crítico porque depende de la capacidad para llegar al paciente que tenga el galeno, el encuentro puede ser relajador y fluir con tranquilidad o formar todo un conflicto, esta relación se dice forma un compromiso denominado “empático”.

La empatía, un parámetro “complejo y multidimensional” tiene varias implicaciones prácticas en su definición:

**Tabla 3: Habilidades y dimensiones de la empatía**

Habilidades	Dimensiones
Comprender al paciente	Situación
Comunicar dicha comprensión al paciente	Perspectiva
Comprobar que este mensaje fue entendido exactamente por el paciente	Sentimientos
Actuar positiva y útilmente con el paciente en ese sentido	Lo que estos significan para él

Elaborado por: Daniela Guevara/Felipe Moreno-Piedrahita, 2015. (38,39)

Teóricamente muchos factores pueden influir en una relación positiva con el paciente y estos indirectamente en un efecto satisfactorio en la salud del enfermo. (39)

**Tabla 4: Componentes de la empatía de Morse**

Componente	Definición
<b>Emotivo</b>	La capacidad de experimentar subjetivamente el estado psicológico o sentimientos intrínsecos de otra persona.
<b>Moral</b>	Una fuerza altruista interna que motiva la práctica de la empatía
<b>Cognitivo</b>	Capacidad intelectual de identificar y comprender los sentimientos de otra persona y la perspectiva de una postura objetiva
<b>Comportamiento</b>	Respuesta comunicativa de transmitir la comprensión de la perspectiva de otro. (Utilizar ese entendimiento para guiar las acciones).

Se ha establecido que hay tres premisas en las que se sustenta un compromiso empático y su vínculo con los resultados positivos en los pacientes: (38)

- Disminuir los límites en la relación para obtener un diagnóstico y que este sea más preciso, comprende las actividades que mejoran la dinámica interpersonal
- El médico como figura de confianza que ofrece seguridad en la enfermedad y su evolución.
- El médico percibido como proveedor de ayuda, de fuente de apoyo social.

El mejorar la empatía refleja cambios positivos en la atención continua, en la adherencia a los tratamientos, en la salud global de los pacientes y los médicos también. (38) Para lograr la empatía y forjar una base sólida en la atención, se debe visualizar al paciente holísticamente, esto se logra de mejor manera si el profesional tiene desarrolladas sus habilidades sociales y humanas. (39)

El resultado de una adecuada relación médico paciente es la satisfacción del mismo. Aunque implícita en su expresión no se ha definido con exactitud, ni los límites exactos de sus dimensiones. Sus patrones de medida son actualmente

---

<sup>1</sup> Morse J, Anderson G, Botter J, et al. Exploring empathy: a conceptual fit for nursing practice? Image J Nurs Sch 1992; 24: 273-280. Citado en: Mercer & Reynolds, 2002. (39)

considerados: efectividad, eficiencia, percepción por el paciente de autonomía, bienestar físico y mental y la satisfacción con el resultado alcanzado.

## **Competencias**

### **Definición competencia**

Resulta compleja su definición desde una sola perspectiva, sin embargo Letelier, explica claramente, que “las competencias son las capacidades individuales que permiten realizar tareas u obtener ciertos logros en forma eficiente y eficaz. Entre sus componentes están las destrezas, habilidades, conocimientos, actitudes, rasgos personales”. (40) y desde una visión holística e integral, “competencia es significado de unidad explicando cómo los elementos del conocimiento tienen sentido sólo en función del conjunto.”

Por lo que, una competencia consiste en convertir el saber en una acción, permitiendo que la persona realice con éxito una tarea, utilizando los conocimientos, habilidades, buen juicio y actitudes que posee, con la finalidad de desarrollarla de una manera eficaz. (5,41,42)

En el siguiente cuadro se combinan los saberes y las áreas específicas de acción y aprendizaje de las competencias en forma general. (41,43)

**Tabla 5: Componentes de las competencias**

ÁREA DE APRENDIZAJE	SABERES	ÁREAS DE ACCIÓN
Cognitiva	Saber (Saber)	Conocimiento
Psicomotora	Saber Hacer	Aptitudes/Habilidades
Afectiva	Saber Estar	Actitudes/Motivación
	Saber Ser	Valores/emociones

Elaborado por: Daniela Guevara/Felipe Moreno-Piedrahita, 2015.

### **Clasificación de las competencias**

Existen varias clasificaciones de las competencias, una importante para esta investigación es que existen competencias básicas, genéricas y específicas; (5,43) las básicas son las que adquiere en la educación primaria y secundaria junto con algunos valores, las genéricas las que se incorporan durante su obtención del título de médico general o su equivalente, por último las específicas serán las desarrolladas en el postgrado, como sería el caso de la especialidad de Medicina Familiar y comunitaria.

En base a la literatura que se revise, se puede encontrar múltiples clasificaciones de las competencias en dependiendo el autor, su concepción y necesidad; para motivos de esta investigación se utilizará la siguiente: (44)

***Intrapersonales, Interpersonales, Profesionales Y Disciplinarias***

**Tabla 6: Tipos de competencias**

Desempeño profesional	Por nivel	Por currículo	Por su existencia	Tuning(5)
Fundamentales	Básicas	Personales		Intrapersonales
Genéricas o comunes	Transversales o genéricas	Sociales y Culturales	Reales	Interpersonales /Instrumentales

Elaborado por: Daniela Guevara/Felipe Moreno-Piedrahita, 2015. (5,44,45)

Para el caso específico de la Medicina y la Medicina Familiar las competencias dependen de varios fundamentos para su correcto desarrollo: destrezas clínicas, conocimientos teóricos adquiridos durante la carrera universitaria y del estado ético de cada individuo (21,46). Podemos agrupar a las competencias de acuerdo a la función que desempeñan y hay que reconocer. (5,41)

## **Modelos de competencias en Medicina Familiar**

Existen varios esquemas de competencias a seguir en la formación de los médicos que se han venido perfeccionando y desarrollando, el Colegio Real de Médicos y Cirujanos de Canadá (Royal College of Physicians and Surgeons of Canadá) desarrolló modelos específicos para diferentes especialidades, entre ellos, el programa de formación de médicos especialistas en Medicina Familiar, este modelo se conoce como CanMEDS-FM. (47),(48)

Para el caso de estos últimos profesionales son varios los modelos que se han establecido en algunos países pero sin tanta acogida como CanMEDS a nivel

internacional, por ejemplo los citamos y comparamos brevemente.

(47,49)(50,51)

**Tabla 7: Diferentes modelos de competencias en Medicina General y Familiar de varios países**

SIGLAS	MODELO	PAÍS
CanMEDS 2005	Royal College of Physicians and Surgeons of Canada	Canadá
EURACT Tree	European Academy of Teachers in General Practice / Family Medicine	Europa
ACGME	The Accreditation Council for Graduate Medical Education	Estados Unidos
RACGP	The Royal Australian College of General Practitioners	Australia
Dundee Outcome Model	University of Dundee	Reino Unido
RCGP	Royal College of General Practitioners	Inglaterra
Cambridge	Modelo Cambridge	México
Tuning	Alfa Tuning América Latina	LatinoAmérica

Elaborado por: Daniela Guevara/Felipe Moreno-Piedrahita, 2015.

**Tabla 8: Comparación de diferentes modelos de competencias en Medicina Familiar**

CanMEDS-FM	WONCA	ACGME	RACGP	Dundee
<b>Expertos en Medicina Familiar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gestión de Atención Primaria</li> <li>Habilidades para resolver problemas específicos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atención del paciente</li> <li>Conocimiento Médico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aplicación de conocimientos y habilidades profesionales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Habilidad en toma de decisiones</li> <li>Razonamiento y Juicio clínico</li> <li>Principios básicos, sociales, ciencias clínicas</li> <li>Gestión de Pacientes</li> <li>Investigación de Pacientes</li> <li>Habilidades clínicas</li> <li>Procedimientos prácticos</li> </ul>
<b>Comunicador</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cuidado centrado en la persona</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Habilidades Interpersonales y de Comunicación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Habilidades de Comunicación y relación médico paciente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comunicación</li> </ul>
<b>Colaborador</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gestión de</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>El rol del médico en el</li> </ul>

	Atención Primaria			servicio de salud
<b>Director</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Orientación a la Comunidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Práctica basado en el sistema</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dimensión organizacional y legal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Informática médica</li> </ul>
<b>Defensor de la Salud</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Enfoque integral</li> <li>Gestión de Atención Primaria</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Salud de la Población y contexto de práctica general</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Promoción de salud y prevención de enfermedades</li> </ul>
<b>Investigador</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Aprendizaje basado en la práctica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rol Profesional y Ético</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Principios básicos, sociales, ciencias clínicas</li> </ul>
<b>Profesional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Enfoque holístico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Profesional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rol profesional y ético</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Actitudes, comprensión ética, responsabilidades legales</li> <li>Desarrollo personal</li> </ul>

Elaborado por: Daniela Guevara/Felipe Moreno-Piedrahita, 2015. (47,49)(50,51)

## **Modelo CanMEDS de roles y competencias profesionales**

El Colegio Real de Médicos y Cirujanos de Canadá (Royal College of Physicians and Surgeons of Canadá) ha desarrollado un esquema de competencias en la formación de un médico especialista, conocido como CanMEDS , el mismo que en la actualidad se considera, una base en los programas de formación de médicos especialistas.

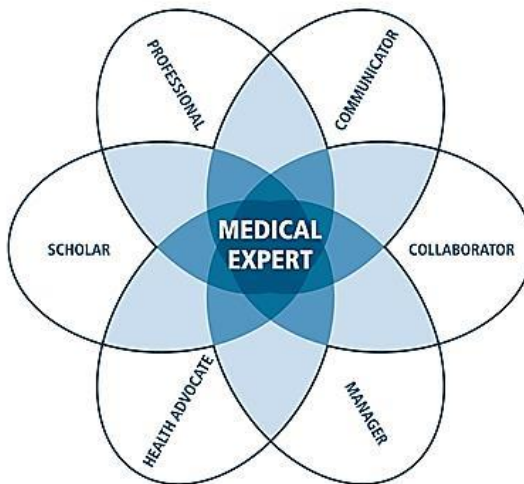
### **¿Cómo se desarrolló el Modelo CanMEDS ?**

En la última década, se han desarrollado diferentes herramientas que el médico puede utilizar para el mejor cuidado de su paciente. (52)

El proyecto CanMEDS , tuvo su comienzo a principios de los 90's, con el objetivo de reformar la educación médica, y asegurar que los médicos, se encuentren preparados para desenvolverse en el campo de los cuidados de la salud, empezando con la elaboración del marco de este trabajo en 1993. En 1996 se realizaron estudios piloto en los cuales se incorporó los roles en la educación médica, especialmente en la educación de postgrado. En 1997 inicia la fase de implementación con el cual se aseguró que el programa sea incorporado en todos los años de residencia. El 2002, se considera la fase de desarrollo, la cual satisfizo las necesidades de los educadores para un mayor apoyo. En el 2003, se crearon ocho grupos de trabajo de expertos voluntarios para reexaminar el marco CanMEDS asegurando de esta manera, una adecuada redacción, para su uso y validez. Posteriormente en el 2005, se realiza una nueva revisión, se elaboran recomendaciones y es aprobado en abril del mismo año y es en el 2009 que se realiza una adaptación del CanMEDS para la especialidad de Medicina Familiar conocido como CanMEDS-FM. Ya para el año 2012, el Colegio Real, inicia el proceso de actualización de las Competencias CanMEDS , publicando la cuarta serie de borrador en marzo de 2015, previo al lanzamiento que se realizará en octubre del presente año. (53,54)

## ¿Cuál es el objetivo del CanMEDS ?

Consiste en plantear un nuevo enfoque para los programas de formación de los médicos en el que su objetivo esté más dirigido a las necesidades de los pacientes y la sociedad, describiendo 7 roles fundamentales: experto, comunicador, colaborador, gestor, defensor de la salud, investigador y profesional, con el que sea factible desarrollar y optimizar habilidades de liderazgo y trabajo en equipo, además cada rol, posee competencias clave, las cuales son herramientas necesarias que le permiten al especialista responder a las necesidades de la población general en los diferentes escenarios, centrando su atención en el paciente. (47)



**Gráfico 2: Diagrama CanMEDS de los siete roles del médico y sus interacciones**  
tomado de: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. (54)

## **Modelo CanMEDS de Medicina Familiar (CanMEDS-FM)**

El CanMEDS-FM 2009, es una adaptación del CanMEDS 2005, con el cual lo que se pretende, es mejorar el cuidado y la atención de los pacientes, y asegurarse, que los programas de formación de postgrado de Medicina Familiar, respondan a las demandas del paciente y de la población. (47)

Permite realizar una descripción detallada de las funciones y responsabilidades de los médicos familiares en su trabajo diario con los pacientes, sus familiares, otros profesionales de la salud y la comunidad, tomando en cuenta no solo sus habilidades técnicas, sino sus habilidades clínicas también, las cuales le permiten involucrarse con la persona y su entorno, conocer sus emociones y sentimientos, para comprender lo que el paciente experimenta en el proceso de la enfermedad, con un enfoque biopsicosocial. (47,48)

Es por esto importante mencionar los cuatro principios que rigen a la Medicina Familiar, los cuales son un componente importante en el momento de comprender los roles del médico de familia. Un principio puede estar descrito no solo en un rol sino en múltiples. (47)

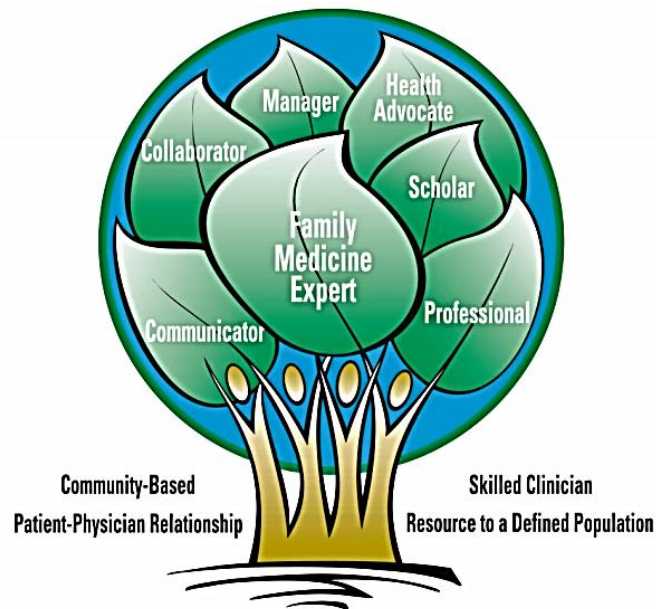
**Tabla 9: Relación de los cuatro principios de la Medicina de Familia con las siete competencias CanMEDS y definición del tipo de competencia.**

PRINCIPIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR	COMPETENCIAS CANMEDS	TIPO DE COMPETENCIA
El médico familiar es un médico experto con habilidades clínicas	<b>MÉDICO FAMILIAR EXPERTO</b>	Específica (Medicina Familiar)
La relación médico paciente es centrada en el rol de médico familiar	<b>COMUNICADOR</b>	Transversas (Médico General)
La Medicina Familiar es de base Comunitaria	<b>COLABORADOR</b>	
La Medicina Familiar es un recurso a una población práctica definida	<b>INVESTIGADOR</b>	
	<b>GESTOR</b>	
	<b>DEFENSOR DE LA SALUD</b>	
	<b>PROFESIONAL</b>	

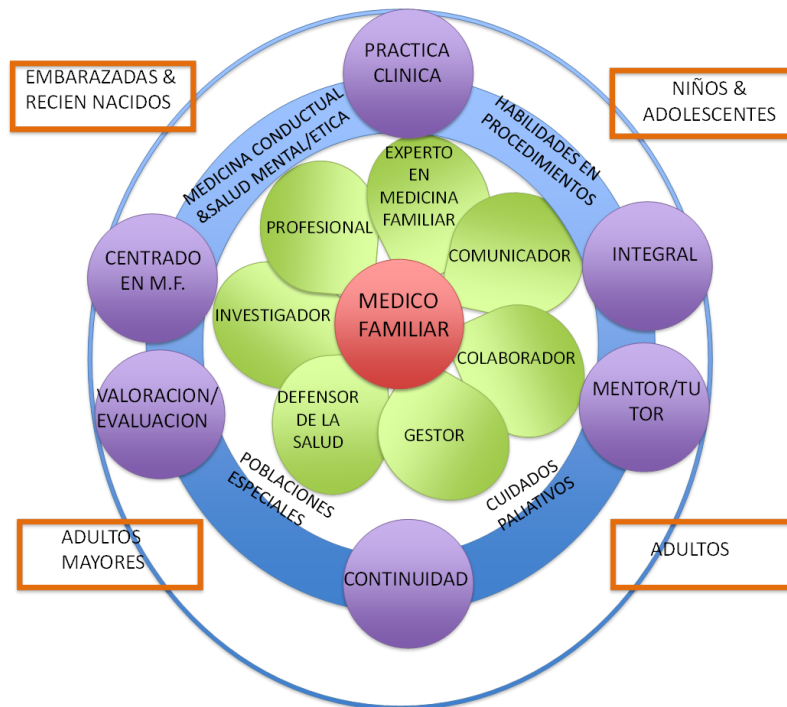
Elaborado por: Daniela Guevara/Felipe Moreno-Piedrahita, 2015.  
Adaptado de: Beaulieu et al. 2009 (55).

### **Descripción General de los Roles y Competencias del modelo CanMEDS-FM**

En el Modelo CanMEDS-FM, se realiza un pequeño cambio en relación al CanMEDS, reemplazando al “Médico Experto” con “Experto en Medicina Familiar”, en la cual se describen muchas de las competencias clave requeridas en la práctica diaria, con un enfoque sobre todo integral y continuo. (56)



**Gráfico 3: Diagrama CanMEDS de las competencias del Médico Familiar**  
 Tomado de: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, 2009. (56)



**Gráfico 4: Diagrama de competencias CanMEDS-FM asociado a los dominios del currículo Triple C de la Medicina Familiar**  
 Tomado y traducido de: Department of Family Medicine, University of Ottawa, 2015 (57)  
 Elaborado por: Daniela Guevara/Felipe Moreno-Piedrahita, 2015.

**Tabla 10: Definición de las competencias del CanMEDS Medicina Familiar relacionadas a la función y tipo de saber que tienen**

FUNCIÓN DE LA COMPETENCIA / <b>SABER</b>	DEFINICIÓN	COMPETENCIA CANMEDS-FM
<b>COGNITIVA</b>  Técnico	Facultad de un médico para adquirir el conocimiento, experiencia y otras habilidades y utilizarlas efectivamente en la resolución de problemas de la vida real.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Experto en Medicina Familiar</li> <li>• Investigador</li> </ul>
<b>RELACIONAL Y COMUNICACIONAL</b>  Metodológico	Proceso mediante el cual, el médico puede transmitir efectivamente información, alterando el estado de conocimiento y la relación con el paciente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunicador</li> <li>• Colaborador</li> </ul>
<b>INTEGRADORA</b>  Participativo	Proceso dinámico y multifactorial que posibilita a las personas participar de un nivel de bienestar óptimo gracias a aplicar los conocimientos biomédicos y psicosociales en el razonamiento clínico.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestor</li> <li>• Defensor de la salud y el paciente</li> </ul>
<b>AFECTIVO / ÉTICO / PERSONAL</b>  Personal	Estudios y aprendizajes que orientan las relaciones interpersonales y la conducta social con voluntad, paciencia y conciencia a funcionar dentro de una escala de valores, emociones y sentimientos, con habilidad, juicio y humanismo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Persona estudiosa de su profesión</li> </ul>

Elaborado por: Daniela Guevara/Felipe Moreno-Piedrahita, 2015.

## Los 7 roles y sus competencias

### 1. Experto en Medicina Familiar

El médico familiar está en la capacidad de resolver > 90% de consultas médicas, proveer cuidado médico con la mejor y última evidencia disponible, centrada en el paciente, su familia y el entorno.

**Definición.-** El especialista debe poseer no solo conocimientos médicos sino también integrar habilidades clínicas y actitudes profesionales, con un enfoque integral y continuo en la atención y cuidado de su paciente y familia dentro de una relación de confianza y buena comunicación, en el contexto de su comunidad, siendo responsable de la promoción de salud y prevención de enfermedades, diagnóstico, tratamiento, manejo de enfermedades crónicas, rehabilitación, cuidados de apoyo y cuidados paliativos. (56)

#### **Competencias (56,58)**

Demostrar y aplicar los conocimientos, destrezas adquiridas para obtener la información precisa mediante la elaboración de la historia clínica (historia personal, familiar, hábitos, estado socioeconómico, ocupación, alfabetización en salud, creencias, etc.) y la exploración física, conociendo no solo el problema que atraviesa el paciente sino también su experiencia ante la enfermedad, así como también habilidades diagnósticas y terapéuticas, utilizando el tiempo de manera efectiva, para resolver diversas situaciones clínicas dentro de los límites

de su especialidad, equilibrando riesgos, beneficios y costos, desarrollando la capacidad de reconocer sus límites y el momento en el que requiere la colaboración de otro profesional.

Incorporar en el cuidado del paciente, de manera apropiada a su familia y otros cuidadores de su salud, respetando las normas éticas de autonomía y consentimiento.

Integrar la mejor evidencia disponible después de haber realizado un análisis crítico de la información obtenida, con la práctica, la experiencia y la perspectiva del paciente, en la toma de decisiones clínicas acertadas.

Plantear hipótesis diagnósticas y manejar tanto situaciones agudas como crónicas, priorizando de acuerdo a la urgencia, contexto y participación del paciente. Explicando el curso natural y la evolución de la enfermedad.

Un médico de familia debe dominar el campo de la semiología; el examen físico adecuado provee datos útiles para la historia clínica, el paciente se siente más cómodo, así mismo fortalece la relación de confianza en el profesional. Se señala que el paciente anhela “ser examinado” (59), ya que el contacto físico es recibido por el paciente como un gesto de “conexión y esperanza”, no hacerlo supone una barrera en la atención y en la relación.

## 2. Comunicador

La comunicación tanto verbal como no verbal, es una habilidad esencial para establecer una relación médico familiar-paciente efectiva, y mantener una comunicación adecuada con otros profesionales de la salud. Se la desarrolla mediante el entrenamiento que se realiza durante los años de formación, donde se implementan técnicas como observar a los tutores, videograbaciones, juego de roles, trabajos grupales, con pacientes simulados y reales. (60)

**Definición.-** Con el objetivo de brindar una atención de calidad, y establecer una relación de confianza, el profesional desarrolla habilidades de comunicación para el intercambio de información entre el médico, el paciente, su familia, los cuidadores u otros profesionales de la salud, para obtener información sobre su enfermedad, expectativas, experiencias, sentimientos, preocupaciones, que el paciente presenta, permitiéndole empoderarse de su salud, establecer metas en el tratamiento e integrar a la familia en su cuidado, realizando todo esto no solo con un primer contacto, sino con consultas de seguimiento también, estableciendo una adecuada relación médico-paciente. (56)

### **Competencias (56,61)**

Desarrollar una buena relación y establecer relaciones terapéuticas con los pacientes y sus familias basadas en la comprensión, confianza, respeto,

empatía y honestidad, respetando la confidencialidad, privacidad y autonomía del paciente.

Ser un buen comunicador, escuchar efectivamente, desarrollar habilidades de comunicación intercultural, investigar las creencias, preocupaciones y expectativas del paciente sobre el origen, la naturaleza y el tratamiento de su enfermedad, mejoran el cumplimiento y los resultados clínicos, así como también fomentan la satisfacción tanto del paciente como del médico.

Discutir la información con el paciente, su familia, cuidadores y otros profesionales sanitarios, fomentando la discusión y su participación en la toma de decisiones concernientes a su salud, no solo de manera verbal sino escrita también, permitiendo además la utilización de diversos medios electrónicos como medio de comunicación. Conservar un registro completo y claro del historial del paciente.

Los pacientes valoran que el médico les brinde atención y emplee palabras adecuadas y entendibles. Jovell (62) sostiene que la mejor tecnología que podemos utilizar es la buena comunicación con nuestros pacientes y que esta se fortalece con el respeto y la comprensión que crean un ambiente de confianza mutua. Se pone de manifiesto la destreza de escuchar relacionada con la Medicina: Tan importante como, que el solo hecho de escuchar al paciente nos brinda el diagnóstico de una enfermedad como lo sostenía Sir William Osler. (63)

### 3. Colaborador

**Definición.-** Los especialistas trabajan conjuntamente con otros profesionales y colaboran como parte de un equipo de salud o como líderes en el cuidado de los pacientes donde la atención del mismo requiere ser compartida, creando un ambiente multidisciplinario donde desenvolverse. Además se involucran en el desarrollo de actividades docentes y de investigación. (56)

#### **Competencias (56)**

Participar con otros profesionales sanitarios, como líder o como miembro del equipo, en la atención de los pacientes, comprendiendo sus roles y responsabilidades, así como el de cada profesional involucrado, para proveer cuidado integral del individuo y grupos de pacientes, demostrando respeto hacia los colegas, negociando para resolver conflictos, respetando diferencias y limitaciones en uno mismo y en los otros profesionales.

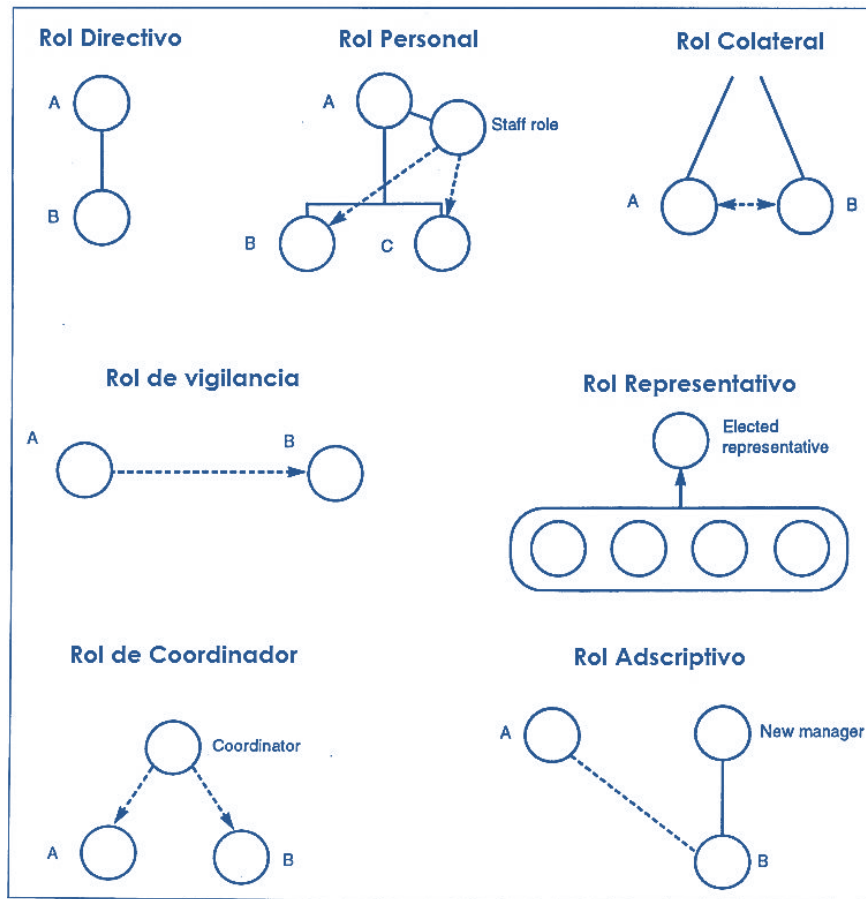
Involucrar a los pacientes y sus familias como participantes activos en el cuidado de la salud, permitiendo en conjunto identificar los problemas, prioridades, y objetivos del tratamiento para un cuidado integral (centrado en el paciente).

Basados en uno de los cuatro principios de la bioética descritos en 1979 en el informe Belmont, se menciona la autonomía de los pacientes para la toma de decisiones médicas, resaltando el actuar con conocimiento. (64,65)

Los médicos familiares se preocupan no solo en satisfacer las necesidades de los pacientes sino también todas las expectativas que tengan. Es ahora que el paciente adopta un papel protagónico en la toma de decisiones responsables en cuanto al manejo de su salud y enfermedad, centrado en él. Cada vez se procura más atención a las opiniones de los pacientes en las preferencias y perspectivas que tienen de la recepción de servicios, como es el caso de la atención médica. (39)

#### 4. Gestor

**Definición.-** Los médicos familiares son el primer contacto con el sistema de salud, y son parte central del equipo de atención primaria, y han ido cada vez asumiendo más responsabilidades relacionadas con el manejo de los recursos en el sistema de salud. Ejercen como gestores al tomar decisiones no solo con sus compañeros de trabajo, sino con los recursos disponibles y las tareas cotidianas, estableciendo prioridades en las tres áreas antes mencionadas, para lo cual deben desarrollar habilidades como “resolución de problemas, observación, análisis y el juicio ético”. (56,66)



**Gráfico 5: Tipos de roles asumidos por los médicos gestores**

. Tomado de: Leatt (1994) (66)

## Competencias (56)

Trabajar de manera colaboradora con otros profesionales de la salud y organizaciones comunitarias, comprendiendo sus roles y responsabilidades con el fin de poder trabajar en equipo eficazmente y poder desenvolverse dentro de otras áreas directivas.

Utilizar los medios tecnológicos disponibles, incluyendo los historiales médicos para mejorar la atención y el cuidado del paciente.

Reconocer la importancia del uso de los recursos sanitarios disponibles como la referencia a otros profesionales de la salud para una atención de calidad.

## 5. Defensor de la Salud

**Definición.-** Los médicos familiares actúan como defensores de la salud identificando actividades que promuevan la salud individual y colectiva, y desarrollan la habilidad para influir en diferentes prácticas o políticas del sistema de salud. (56)

### Competencias

Identificar las necesidades de salud individual y comunitaria mediante la implementación de políticas de promoción de salud y prevención de enfermedades, reconociendo las barreras, identificando poblaciones vulnerables y marginales para responder de acuerdo a las necesidades. (56)

## 6. Investigador

**Definición.-** Los especialistas deben actualizarse permanentemente, para ampliar sus conocimientos y poder responder a las necesidades en el cuidado de sus pacientes. Como docentes también facilitan la educación de los

estudiantes en formación, otros profesionales de salud y de sus propios pacientes. (56)

### **Competencias (56)**

Establecer necesidades personales de aprendizaje, formularse una pregunta de investigación y realizar una búsqueda adecuada, interpretando la evidencia más relevante de una manera adecuada para responder ante su necesidad, permitiendo integrar los nuevos conocimientos a la práctica diaria.

Permitir el aprendizaje y la retroalimentación del especialista y del resto de personas incluido los pacientes, médicos residentes y otros profesionales.

## **7. Profesional (Competencias personales)**

**Definición.-** Los médicos de familia mediante la adquisición y desarrollo de conocimientos, habilidades y actitudes se comprometen éticamente con el cuidado del paciente, la sociedad y su profesión, incorporando las competencias clínicas aprendidas, demostrando un comportamiento adecuado.  
(56)

### **Competencias (56)**

Demostrar valores personales de “honestidad, integridad, altruismo, confiabilidad, compasión, compromiso y respeto” no solo hacia el paciente sino también hacia otros profesionales y miembros del equipo de salud.

Además de tener comportamientos profesionales personales adecuados, debe conocer los códigos legales y éticos que rigen la práctica médica.

Dentro del rol profesional del médico familiar se han realizado estudios desde la perspectiva de los pacientes, donde se enfatiza la relación entre ellos. Para que se desarrolle una adecuada comunicación médico paciente, el lenguaje verbal y no verbal que surja durante la entrevista médica serán sumamente importantes.  
(67)

La mayoría de pacientes buscan tener una relación fuerte con su médico, la cual cobra mayor importancia en momentos de enfermedad, pero para que existe este tipo de relación, los profesionales deben desarrollar no solo habilidades técnicas sino también habilidades interpersonales que están descritas dentro de los roles, las mismas que deben estar basadas en la confianza. (68)

Los pacientes esperan que su médico sea sincero, los trate con respeto, muestre interés, sea compasivo, educado, el lenguaje que emplee sea claro y con palabras simples que le permitan al paciente comprender fácilmente evitando el uso de terminología médica compleja y que además se vista como

un profesional. Ellos perciben durante la consulta cómo se encuentra el médico, si está “cansado, preocupado, apurado o muestra desinterés”. (68)

Opiniones diversas de pacientes de U.S.A. se han recogido, en un estudio de la Clínica Mayo en cuanto las siete preferencias y cualidades más importantes que destacan el profesionalismo de sus médicos, se han expresado sus propias palabras: (68)

<b>1. Seguridad/ Confianza</b>	"La confianza del doctor me da confianza"
<b>2. Empatía</b>	"...entender lo que estoy sintiendo y experimentando..., me comunica que me comprende"
<b>3. Humanidad</b>	"...es cariñoso, compasivo y amable"
<b>4. Trato personal</b>	"...interesado en mí..., interactúa conmigo, y me trata como una persona"
<b>5. Franqueza</b>	"... Me dice lo que necesito saber en un lenguaje sencillo y de manera directa"
<b>6. Respeto</b>	"... toma mis problemas en serio y trabaja conmigo"
<b>7. Metódico</b>	"... es consciente y persistente"

En otro estudio realizado en pacientes, enfermeras y médicos, los signos que se consideraron muy importantes en el profesionalismo del médico familiar fueron: (69)

- Tener buena higiene
- Mantener la privacidad del paciente durante el examen
- Escuchar detenidamente

- Responder preguntas de los pacientes y familiares
- Mantener comportamiento adecuado con los pacientes y familiares
- Tiene un interés genuino en la salud del paciente
- Muestra respeto a los pacientes y familiares
- Se comunica clara y efectivamente
- Mantiene al paciente y/o familiares informados y actualizados
- Hace seguimiento para garantizar una atención adecuada
- Explora las necesidades y preocupaciones del paciente
- Está abierto a que el paciente tenga una segunda opinión
- Muestra compasión y cuidado
- Involucra al paciente y/o familia en el proceso de toma de decisiones
- Es accesible
- Presta atención a la limpieza y comodidad de los pacientes

### **Otras competencias personales, perspectivas desde la visión del paciente**

En una publicación antigua neerlandesa (70) los participantes apreciaban más la comunicación cercana con su médico, que no emitan juicios de valor sobre su comportamiento, que brinde toda la información necesaria y que los tratamientos sean flexibles teniendo en cuenta sus opiniones.

Los estilos diferentes de formas de trabajo o práctica que tiene cada médico es apreciado en diferente grado por los pacientes, se han descrito varios estilos:

(70)

<b>ESTILO INTEGRADO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Referencias al mínimo</li> <li>• Prescripción estrictamente necesaria</li> </ul>
<b>ESTILO INTERVENCIONISTA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Muchas actividades diagnósticas</li> <li>• Gran prescripción medicina no específica</li> <li>• Referencia con frecuencia</li> </ul>
<b>ESTILO DE MÍNIMO DIAGNÓSTICO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alta frecuencia de referencia</li> <li>• Gran prescripción medicamentos no específicos</li> </ul>

En general las calificaciones más altas se llevan los médicos con estilo integrado, tipo de atención que corresponde al perfil del médico de familia.

### **El mandil, uniforme y símbolo del médico.-**

La interacción médico-paciente lleva varios símbolos que expresan culturalmente la sanación, como ejemplo en el la antigüedad, los curanderos egipcios usaban vestimentas blancas en sus rituales ya que creían una conexión con otra vida y como sinónimo de pureza. El diccionario de la Real Academia de la Lengua expone dentro de las palabras que definen a símbolo: emblema, figura, representación sensorialmente perceptible de una realidad y convención socialmente aceptada (33), para algunos autores desde el punto de vista antropológico es una forma de comunicación de un mensaje social, refieren que un símbolo ratifica sistemas de creencias populares. (71)

Tristán, J. et al, (71) propone desde esta misma concepción que al médico se lo identifica mediante la bata blanca, y otras simbologías como el espejo en la cabeza, el maletín negro o el fonendoscopio; de estos el que siempre se asociará al galeno será el mandil blanco; también representa una carta de

presentación, muestra de respeto, seriedad, elitismo y resguardo. (12) Per se la prenda como uniforme, representa la bienvenida en la carrera, hace visible su aval de legitimidad de profesional, de individuo y este su objeto de presentación con su compromiso moral y humanista. (72)(73) El color blanco es sinónimo de vida, pureza, protección, es el color opuesto al negro que significa muerte (74). Numerosos estudios apoyan el uso del mandil como preferencia de vestimenta desde la perspectiva de los usuarios. (71,75,76)

En contraste, otros estudios han indicado que el mandil denota autoridad y hasta arrogancia, que este símbolo puede establecer una barrera en la relación con los pacientes y esto los incomoda. (71)

### **La vestimenta.-**

El vestirse con ropa nueva, elegante y sobria puede funcionar adicionalmente como otro símbolo que denota una actitud de formalidad, señala autoridad y respeto; las vestimentas informales son más asociadas para actividades relacionadas con el entretenimiento. (71) El atuendo es un indicador de la dinámica interna de una organización así como del influjo sociocultural del individuo que lo porte. (72)

### **Género del médico.-**

La preferencia de atención por el mismo género viene dada sobre todo cuando la desnudez está en juego en un examen físico, este factor lo hace potencialmente un acto rudo para la intimidad física y moral de una persona. De ahí que el acceso al cuerpo de un paciente postula ineludiblemente: respeto, intimidad y prudencia. En 1970 se iniciaron cambios en este aspecto, el examen de un médico a un hombre no representa problema, el uso del mandil blanco es un símbolo de cuidado y reciprocidad con la bata de una paciente mujer. (71)

En cuanto al género del profesional de la Medicina Familiar que desea que lo atienda, las preferencias de los pacientes dependían del motivo de consulta, la conducta y la forma de comunicación del médico, los estereotipos preconcebidos por los pacientes, la calidad de las experiencias previas y la edad de los pacientes. (77)

Las mujeres prefieren una profesional de su mismo sexo para el examen ginecológico de ser posible su elección. (77,78) Algunos estudios han destacado que los usuarios tenían igual percepción de satisfacción independiente del género del médico que los haya atendido. (28)

### **Otras características.-**

Entre algunas características profesionales que son valoradas por los pacientes se destacan: la apreciación de calidad del servicio y del profesional, la satisfacción y humanismo que el paciente perciba del profesional, control y continuidad en el servicio, facilidad de acceso y comodidad en costos de la consulta. Otras motivaciones que hacen a un paciente acudir a una cita médica son: la necesidad de curarse, la presión familiar, el percibir que el beneficio puede ser más grande que el costo que pueda tener la visita. (79)

Así mismo en varios estudios se recogen los motivos de descontento en la atención médica por parte de los pacientes: (79,80)

- Diagnóstico y tratamiento: Dificultades de diagnóstico y/o tratamiento, Efectos adversos de tratamiento, Insuficiente capacidad o competencia del médico, Demoras en atención y en exámenes diagnósticos, Percepción de estancamiento.
- Comunicación médico-paciente: Deficiente información entregada por el médico, Discrepancia de información entre varios profesionales, Atentar contra intimidad o la confidencialidad del paciente.
- Relación médico-paciente: Trato descortés, percepción de maltrato hacia el paciente.
- Accesibilidad y disponibilidad: Citas médicas demoradas, Cambios en la cita, Falta continuidad, Dificultades en el contacto con médico.

## Servicios de Medicina Familiar que participaron en el estudio

### Hospital del día “Eloy Alfaro”, IESS

#### **Marco institucional**

La Unidad Eloy Alfaro se encuentra en funcionamiento desde hace tres años.

**Marco legal.-** Se ampara en el marco legal que otorga la Ley de Seguridad Social para la realización de sus actividades de promoción, prevención, curación y rehabilitación de los usuarios que acuden para estos servicios.

**Misión.-** “Ser una Unidad de Atención Ambulatoria que brinde atención integral eficiente y oportuna a los clientes externos que demandan atención al servicio de salud en las diferentes especialidades de acuerdo a su nivel de complejidad y normativa que rigen a las Unidades de Atención Ambulatoria bajo los principios de solidaridad, obligatoriedad, universalidad, equidad, eficiencia y suficiencia. Se enfatiza actividades de promoción, prevención, curación y rehabilitación de los usuarios que acuden para estos servicios”

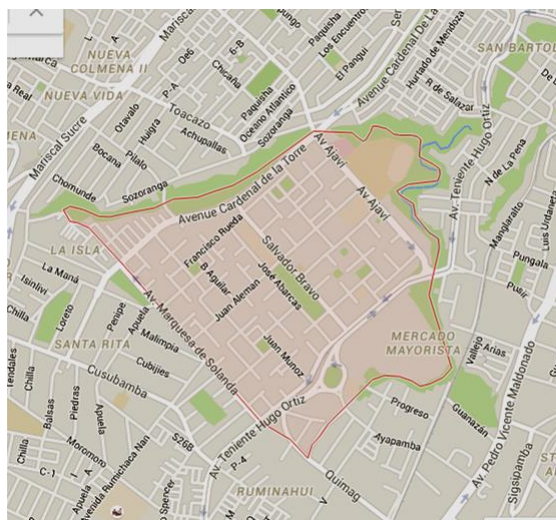
**Visión.-** “Ser una Unidad de Atención Ambulatoria con la capacidad de cubrir y atender la demanda de sus afiliados en forma oportuna y adecuada mediante la utilización de un personal incentivado, capacitado, motivado y eficiente; con infraestructura que permita mejorar la cartera de servicios y convierta a esta Unidad en un referente de atención.”

**Objetivo.-** “Brindar protección en las contingencias de la salud a las personas afiliadas al IESS. Se define a los UNIDADES DE PRIMER NIVEL, de la siguiente forma: “La atención integral con enfoque individual, familiar y en red plural, contiene tanto elementos de la medicina basada en la evidencia, como elementos de la salud pública, a través de planificar y ejecutar acciones de salud costo-efectivas y costo-beneficiosas con criterios de sostenibilidad del ámbito de gestión de servicios de salud”.(Salud, 2012)”; Según del modelo de atención propuesto por el ente rector, la puerta de entrada al sistema es el primer nivel de atención, capacitado para dar atención al 70 a 80% de las patologías de la población con un enfoque bio-psico-social.

### **Marco geográfico**

#### **Ubicación de la unidad operativa y su área de influencia**

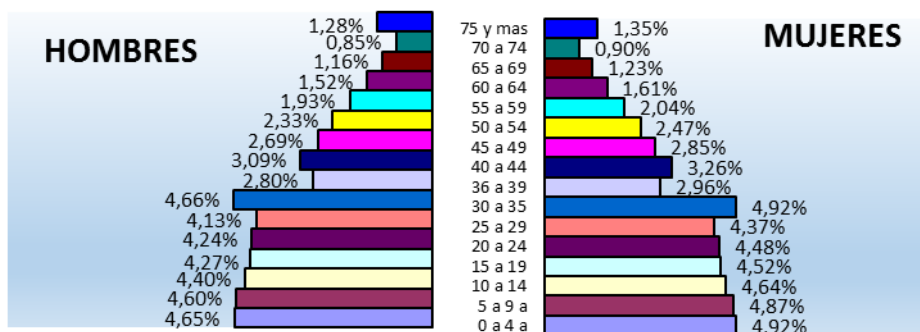
La Unidad Eloy Alfaro da cobertura a una población que habita en el área geográfica del sector Sur de la ciudad de Quito en el área de Solanda; incluyendo a las parroquias: La Mena, Solanda, La Argelia y San Bartolo.



**Gráfico 6: Mapa de ubicación del Hospital del día “Eloy Alfaro” del IESS**  
 Fuente: Google Maps satelital. Ubicación: Solanda (Septiembre 2015)

En su pirámide poblacional cuenta con el mayor porcentaje entre 30 a 35 años de edad tanto en hombres como en mujeres.

**Pirámide poblacional Solanda, Fuente: INEC 2010**



Dentro del sector de influencia de la Unidad Eloy Alfaro se identifica que existen poblaciones de riesgo con porcentajes de pobreza y pobreza extrema. Existe aún entre un 29% que no cuenta con todos los servicios básicos. Con un porcentaje de analfabetismo de un 5.8% en el sector de La Argelia seguido por la Mena con 4.2%, Solanda 3.37% y San Bartolo 2.9%.

A partir del año 2012 la unidad Eloy Alfaro brinda atención a 6223 usuarios, aumentando su producción hasta 23239 usuarios en el año 2014 con mayor atención a usuarios del sexo femenino, con aumento en la cobertura de usuarios partir en las edades comprendidas entre 20 a 39 años y los mayores de 65 años.

**Tabla 11: Diez primeras causas de atención por consulta externa, Hospital “Eloy Alfaro” IESS, año 2014**

<b>CIE10</b>	<b>Descripción</b>
Z014	Examen ginecológico (general) (de rutina)
Z34	Supervisión de embarazo normal
Z001	Control de salud de rutina del niño
M81	Osteoporosis sin fractura patológica
Z10	Control general de salud de rutina de subpoblaciones definidas
Z012	Examen odontológico
N760	Vaginitis aguda
K021	Caries de la dentina
J00	Rinofaringitis aguda [resfriado común]
B82	Parasitosis intestinales, sin otra especificación

Fuente: Sistema AS-400,  
Elaborado por: Dra. Karla Flores (Coordinadora Hospital “Eloy Alfaro”, Año 2015)

De acuerdo a las estadísticas del año 2014, las diez primeras causas de atención por consulta externa son los controles preventivos. En emergencia las diez primeras causas de atención constituyen las enfermedades respiratorias, gastrointestinales y urinarias.

### **CARTERA DE SERVICIOS**

- Emergencia
- Observación emergencia
- Consulta externa: Medicina Familiar, Ginecología, Pediatría
- Laboratorio clínico
- Rehabilitación
- Trabajo social
- Odontología
- Nutrición
- Psicología

## **Centro de Medicina Familiar “La Y” Vozandes**

### **Marco institucional**

*El Centro de Medicina Familiar “La Y” se encuentra en funcionamiento desde hace aproximadamente diez años.*

**Políticas.**- El Centro de Medicina Familiar es un centro privado con interés público, de atención primaria en salud, con alta calidad de resolución de los problemas ambulatorios de nuestros usuarios, accesible y equitativo. En caso de requerir atención de tercer nivel, el paciente puede ser remitido al Hospital Vozandes de Quito, donde le brindarán la atención requerida con un menor costo que al resto de pacientes, o a cualquier otra unidad de salud.

**Misión.**- *“Ser un centro de Atención Primaria de Salud de alta calidad científica y humana, que brinda servicios integrales de salud, bajo los principios de la Medicina Familiar, con alto nivel de resolución de los problemas de salud y de satisfacción de sus usuarios, con énfasis en la promoción y prevención de*

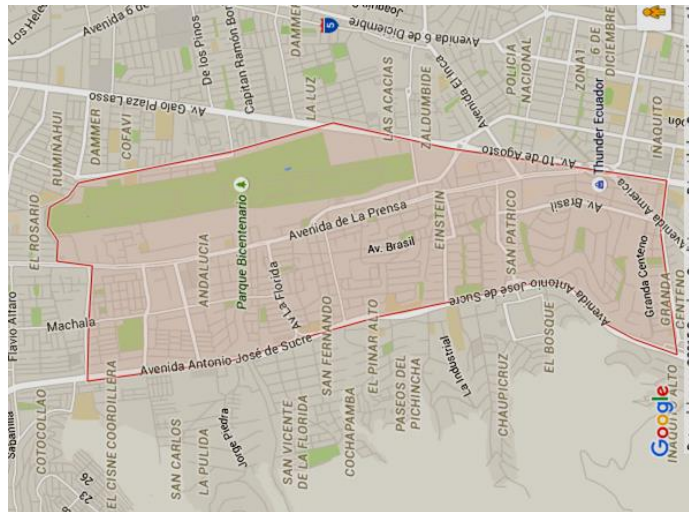
*salud, que forma parte de la Red de la División de Salud de HCJB/Reach Beyond.”*

**Visión.**- *“El Centro de Medicina Familiar “La Y” será un centro docente en Medicina Familiar, modelo en atención primaria de salud, con personal altamente calificado y especializado, equipado con tecnología moderna para los principales problemas de salud, que permita brindar atención integral, eficiente, eficaz y oportuna, a todos sus usuarios, participando al mismo tiempo los valores espirituales para el restablecimiento de la salud integral total”.*

**Objetivo.**- Busca desarrollar una atención integral de salud, en base de los principios de la Medicina Familiar, es decir de alta calidad de atención, holística, continua, que considera a cada persona dentro de su ciclo vital individual y familiar dentro de una comunidad, y que requiere ser satisfecha en su necesidad de salud.

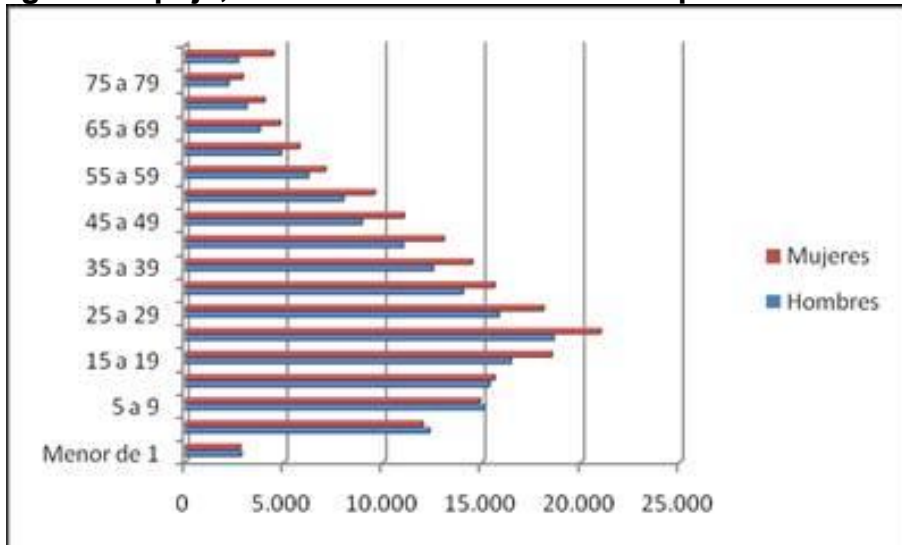
### **Marco geográfico**

Ubicación de la unidad operativa y su área de influencia.- El Centro de Medicina Familiar “La Y”, se encuentra ubicado geográficamente en el sector centro norte de la ciudad de Quito, en la parroquia Chaupicruz, que pertenece al Área de Salud N° 2, dentro de la Administración Eugenio Espejo de la Zona Norte del Distrito Metropolitano de Quito, en el barrio Iñaquito.



**Gráfico 7: Mapa de ubicación del Centro de Medicina Familiar Vozandes “La Y”**  
 Fuente: Google Maps satelital. Ubicación: Chaupicruz (Septiembre 2015)

### Características demográficas de la población de la Administración Eugenio Espejo, Zona Norte del Distrito Metropolitano de Quito



Fuente: Censo de Población y Vivienda 2001; INEC

#### Población de referencia.

Se identifica que aproximadamente el 2.2% de las personas de este sector son analfabetos, con un 2.8% en mujeres vs 1.6% en hombres. El analfabetismo funcional está determinado en un 7.0%, siendo también mayor en mujeres que

en hombres (hombres 5.6% y mujeres 8.1%). Han completado sus estudios primarios el 90.2% sin diferencia significativa entre los dos géneros, mientras el 58% han completado sus estudios secundarios con un 63.7% para los hombres, y 54.4% para las mujeres. La misma diferencia se percibe en los que tienen educación superior (50.6%), diferenciados en 58.3% para hombres y 44.1% para las mujeres.

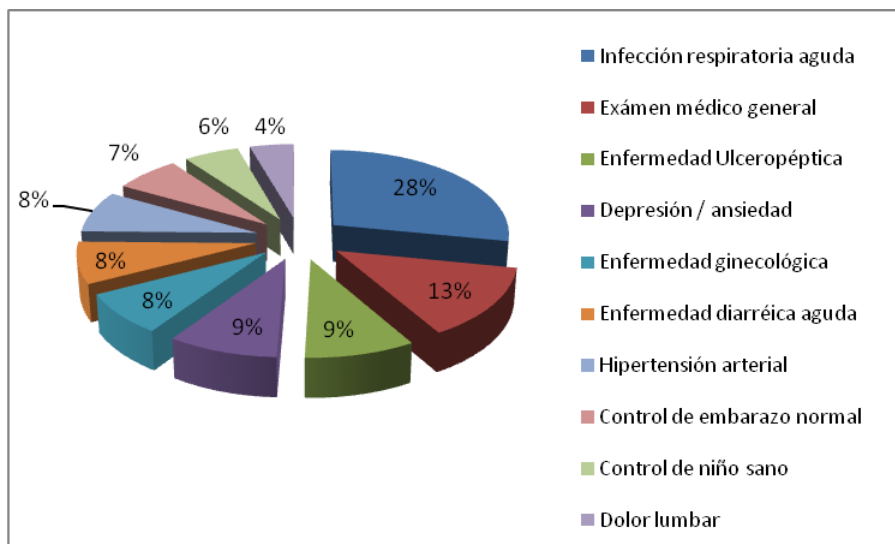
A nivel laboral, la tasa bruta general de participación laboral es del 46.6% con una marcada diferencia entre el género femenino (39%) y el masculino (55%). Si bien el área Eugenio Espejo está conformado por barrios residenciales modernos, existe aún un 16.6% de familias que presentan alguna falta en los servicios básicos, como falta de agua de la red pública, o inadecuada eliminación de excretas o falta de servicio eléctrico.

El Centro de Medicina Familiar Vozandes “La Y” forma parte del sistema de salud de HCJB/Reach Beyond, aplicando los principios de Medicina Familiar en el desarrollo de la APS. Su horario de atención es de lunes a viernes de 08h00 hasta las 19h00 y los días sábados de 07H30 hasta las 14h00, durante el cual se brinda atención en las siguientes áreas: Medicina Familiar (prevención y promoción de salud, diagnóstico y tratamiento de patologías agudas y crónicas), manejo psicosocial, odontología y ortodoncia, inmunizaciones, laboratorio clínico, nutrición, ecografía, electrocardiografía, densitometría y endoscopia digestiva alta.

El registro de pacientes se realiza a través la historia clínica familiar, donde se incluyen problemas familiares e individuales de salud, antecedentes completos y la información socioeconómica (instrucción, ocupación, dirección domiciliaria, familiograma).<sup>2</sup>

El centro de Medicina Familiar Vozandes “La Y” es un centro privado que no se enfoca en una población determinada de atención sino que atiende a personas de acuerdo a la demanda solicitada: 72.36% de los usuarios se encuentran domiciliados en la zona norte (La Gasca – Cotocollao), 9% residen en el sector sur (Napo – Chillogallo), 3% en la zona centro, 14% residen en sectores como Mitad del Mundo, Valle de los Chillos y Cumbayá, y existe un 1.64% que vienen desde provincias.

**Gráfico 8: Diez primeras causas de morbilidad en consulta externa, Centro de Medicina Familiar “La Y” Vozandes, año 2014**



<sup>2</sup> Descripción y análisis del Centro de Medicina Familiar La Y. Dra. Susana Alvear. ISP/PUCE

Los problemas que presenta esta unidad son: No tiene definida la población geográfica y que no existe participación activa comunitaria.

<b><u>SERVICIOS QUE PRESTA LA INSTITUCIÓN</u></b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Atención en Medicina Familiar de cualquier problema de salud</li><li>• Cirugía General</li><li>• Psicología clínica</li><li>• Terapia de Familia</li><li>• Laboratorio Clínico</li><li>• Odontología y ortodoncia</li><li>• Ecosonografía</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Endoscopía digestiva alta</li><li>• Inmunizaciones</li><li>• Optometría</li><li>• Audiometría</li><li>• Electrocardiografía</li><li>• Monitoreo ambulatorio de la presión arterial</li></ul>

## **CAPÍTULO III:**

### **MÉTODOS**

#### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.-**

Se trata de un estudio focalizado en la campo de la Medicina Familiar. Se tratan tópicos de índole académica, social y psicológica de los usuarios, búsqueda de conflictos y mejoras en la atención de salud y adaptarla integral y holísticamente a la realidad del medio donde se desarrolla en base a los participantes de sus implicados.

El estudio del profesional médico a través de sus competencias específicas se ha venido desarrollando en los últimos años, estos perfiles se han construido en base a diferentes factores sociales y en con la opinión en su gran mayoría de los mismos implicados y los prestadores educativos; estas competencias han significado una indudable mejoría en la calidad de atención en salud, existente y esperada.

Arrancamos desde la idea de que el médico define la forma, el estilo y su calidad de atención cuando inicia su práctica profesional, en el caso del sistema de salud ecuatoriano en el año de medicatura rural, pero este continúa con el acceso a un postgrado formal en el cual debe adquirir competencias teóricas específicas de su especialidad y desarrollar las habilidades que le permitan

cumplir con estas. Con todo esto anotado, sería útil abordar estas competencias tomando en cuenta las opiniones desde los receptores finales de todo este proceso previo, los pacientes, recalcando que hay escasas experiencias en el Ecuador de estudios similares.

A través de un estudio exploratorio cualitativo en dos instituciones de salud de que incorporan la Medicina Familiar en sus modelos de atención, se propone recabar información sobre las perspectivas de sus usuarios acerca de las competencias y las características que perciben del médico de familia, identificando además las más valoradas.

Con estos argumentos parte este trabajo pretendiendo investigar:

***¿Cuál es la percepción sobre las competencias personales y profesionales del médico familiar de los usuarios del Centro de Medicina Familiar Vozandes “La Y” y el Hospital del día “Eloy Alfaro” del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de la ciudad de Quito en el año 2015.***

## **OBJETIVO GENERAL:**

Identificar las competencias personales y profesionales que los usuarios de los servicios salud del Centro de Medicina Familiar Vozandes “La Y” y el Hospital del día “Eloy Alfaro” del I.E.S.S. perciben del médico familiar.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

Determinar las competencias personales y profesionales que los usuarios de los servicios de salud perciben del médico familiar.

Comparar estas competencias con las deseadas para el médico de familia frente a las que describen los pacientes.

Indicar las características de apariencia física y género del médico familiar que perciben los usuarios.

# DISEÑO Y MÉTODOS

## Diseño del estudio.-

Se realizó un estudio descriptivo de tipo exploratorio con enfoque metodológico cualitativo, utilizando métodos de orientación etnográfica, inscrito en el paradigma interpretativo, que pretendía aumentar nuestra comprensión e identificar las percepciones subjetivas que tienen los usuarios de dos casas de salud acerca de las competencias personales y profesionales del médico familiar.

Se tomaron como referencia siete competencias que fueron descritas por el Royal College of Physicians and Surgeons of Canada Working Group en el documento CanMEDS-FM(56). Las áreas de análisis de las competencias se plantearon en base a las funciones que cada una cumple, enmarcándolas como:

***Cognitiva, Comunicacional y relacional, Integradora y afectivo/ético-personal.***

Para cada una de ellas se delimitaron categorías y subcategorías como se indican y definen a continuación:

Tabla 12: Definición conceptual de las variables por categoría y subcategorías

COMPETENCIA	CATEGORÍA	DEFINICIÓN CATEGORÍA	Subcategoría	Definición subcategoría
<b>(Experto en Medicina Familiar + Investigador)</b>	<b>Historia clínica</b>	Documento que surge del contacto médico paciente donde se recoge información para la correcta atención de los pacientes.	<b>Anamnesis</b>	Reunión de datos subjetivos referidos por un paciente acerca de sus antecedentes personales, familiares así como detalles de su vida y relativos a los signos y síntomas que pueda presentar que pueden ayudar a diagnosticar una enfermedad que pueda estar padeciendo y a su atención médica.
			<b>Exploración física</b>	Conjunto de maniobras que realiza un médico para obtener información sobre el estado de salud de una persona.
			<b>Diagnóstico</b>	Procedimiento por el cual se identifica un estado de salud determinado
			<b>Tratamiento</b>	Conjunto de medios de cualquier clase cuya finalidad es la curación o el alivio de las enfermedades
	<b>Atención profesional</b>	Ocuparse de las necesidades de los pacientes, aplicando los conocimientos específicamente obtenidos.	<b>Integralidad y continuidad</b>	Capacidad de resolver la mayoría de los problemas psicobiológicos y socioculturales de salud de la población atendida y que esta atención sea percibida como coordinada y coherente a lo largo del tiempo.
			<b>Conocimiento, capacitación y actualización</b>	Información y comprensión adquirida mediante experiencia y educación que se hacen objetivos mediante la habilidad para hacer algo.  Adquirir conocimientos y habilidades necesarias para

				<p>desempeñar su labor.</p> <p>Poner al día, adaptar los conocimientos al momento presente.</p>
<b>Relacional y Comunicacional</b> <b>(Comunicador y colaborador)</b>	<b>Lenguaje, Comunicación con el paciente y su entorno</b>	<p>Comunicación por distintos medios en términos sencillos con un estilo simple y eficiente que permite entender y transmitir fácilmente la información, adecuadamente entendible al paciente y a sus familias o acompañantes para involucrarlas en el cuidado de la salud.</p>		
	<b>Uso de tecnología y herramientas para el cuidado del paciente</b>	<p>Empleo del conjunto de conocimientos técnicos, científicamente ordenados y otros instrumentos que permitan facilitar y brindar cuidados al paciente.</p>	<b>Comunicación telefónica y con medios electrónicos</b>	<p>Emplear un conjunto de instrumentos, recursos técnicos o procedimientos que faciliten la comunicación y atención de salud de una manera eficaz fuera de la consulta médica.</p>
			<b>Herramientas de apoyo en el cuidado del paciente</b>	<p>Uso de herramientas informáticas o no, que ayuden al médico en la toma de decisiones clínicas con fines de mejorar su atención y cuidados al paciente durante la consulta médica.</p>

<b>Integradora</b> (Gestor y Defensor de la salud y el paciente)	<b>Promoción y Prevención</b>	Medidas y técnicas anticipatorias que pueden evitar la aparición de una enfermedad e incrementar el control sobre su salud para mejorarla.		
	<b>Afectivo / Ético / Personal</b> (Persona estudiosa de su profesión)	<b>Conducta afectiva</b>	Manera de comportarse de una persona entorno a las relaciones humanas y que generan una respuesta anímica en su entorno.	<b>Comportamiento profesional y personal</b>
<b>Aspectos que generen confianza en el médico</b>				Seguridad o esperanza firme que se tiene de un individuo.
<b>Aspectos éticos</b>		Costumbres y normas que valoran el comportamiento humano en la comunidad.	<b>Valores humanos</b>	Conjunto de normas, cualidades y costumbres que son transmitidos por la sociedad al individuo y que representan la forma correcta de actuar.
<b>Identidad personal</b>		Conjunto de rasgos propios de una persona que lo caracterizan frente a los demás individuos.	<b>Preferencias de género</b>	Construcción social definida como masculino o femenino preferida para recibir atención profesional médica en distintos escenarios.
			<b>Uso de Mandil e identificación</b>	Empleo o no de una prenda de tipo delantal con fines profesionales médicos y en el que adicionalmente porte un nombre o un documento que permita reconocer su

				identidad.
			<b>Apariencia física y vestimenta personal</b>	Rasgos que son definidos por como los pacientes ven y perciben al médico y sus las prendas de vestir que usa en la consulta médica fuera del mandil.

### **Definición operacional de otros términos:**

Percepción de los usuarios.- Es el primer conocimiento acerca del médico familiar por medio de las impresiones obtenidas a través de sus sentidos.

### **Población del estudio.-**

Se incluyeron pacientes que son usuarios de dos unidades de salud de zonas urbanas de la ciudad de Quito. La selección de los centros fue intencional en base a los criterios de accesibilidad y apertura para los investigadores.

	<b>Conocimiento del escenario</b>	<b>Escenario abierto</b>	<b>Escenario accesible</b>
Centro de Medicina Familiar "La Y" Vozandes	<b>+++</b>	<b>+++</b>	<b>+++</b>
Hospital del día Eloy Alfaro del I.E.S.S.	<b>---</b>	<b>+++</b>	<b>+++</b>

Se tomó en cuenta como unidad de observación y análisis a cada uno de los pacientes. Ellos fueron convocados directamente por los investigadores mediante petición verbal y, seleccionados luego de una respuesta afirmativa a su participación voluntaria en el estudio luego de una llamada telefónica confirmatoria.

No se calculó un tamaño muestral previo. Se consideró una saturación de datos luego de realizar cuatro grupos focales con los usuarios, cada grupo se conformó con mujeres u hombres exclusivamente de cada centro, verificando previamente que cumplan con los criterios de inclusión y no los de exclusión:

### **Criterios de inclusión:**

- Ciudadanos de nacionalidad ecuatoriana de nacimiento
- Residentes definitivos en la ciudad de Quito urbana.
- Mayores de edad legalmente: mayor de 18 años
- Usuarios de los servicios de salud del Centro de Medicina Familiar Vozandes “La Y”, Hospital del día Eloy Alfaro del I.E.S.S. de la ciudad de Quito.
- Que hayan asistido en al menos una ocasión previa a recibir atención en el centro donde se lo eligió.
- Que expresen su aceptación mediante consentimiento informado escrito

### **Criterios de exclusión y eliminación:**

- Los ciudadanos que no sean ecuatorianos de nacimiento o que sean nacionalizados como tal posteriormente.
- No residentes definitivos de la ciudad de Quito

- Menores de edad
- Con capacidades mentales especiales
- Negativa para participar en el estudio

## Equipo de investigación.-

La totalidad del estudio se realizó por los investigadores, sin intervención alguna de personal de los centros.

## Técnicas de recogida de datos.-

Para la obtención de los datos se efectuaron entrevistas grupales (grupos focales), con guión semiestructurado y flexible (ver Anexo). Las preguntas guía se estructuraron en base a las categorías y subcategorías previamente definidas y se indican a continuación.

**Tabla 13: Preguntas abiertas y ocultas del guión para los grupos focales**

COMPETENCIA	CATEGORÍA ANALÍTICA	Subcategoría Analítica	Pregunta general	Pregunta específica oculta	
Cognitiva (Experto en Medicina Familiar + Investigador)	Historia clínica	Anamnesis	Qué entiende por un buen médico familiar?	Qué expectativas tiene usted del médico familiar en una consulta?	
		Exploración física			
		Diagnóstico			
		Tratamiento			
	Atención profesional	Integralidad y continuidad		Qué elementos	Cómo usted escoge a un médico familiar? Por qué decide usted continuar con un médico familiar?
		Conocimiento, capacitación y actualización			Cómo percibe usted que un médico familiar sabe y está actualizándose continuamente?

Relacional y Comunicacional (Comunicador y colaborador)	Lenguaje, Comunicación con el paciente y su entorno		hacen que una consulta médica sea exitosa?  Qué no espera que el médico familiar sea o haga en una consulta médica?	Cómo preferiría que su médico se comunique con usted? Qué esperaría usted de la relación de su médico con sus acompañantes, con su familia?
	Uso de tecnología y herramientas para el cuidado del paciente	Comunicación telefónica y con medios electrónicos		Qué opina usted acerca del uso de tecnología en la comunicación y en la atención del médico hacia usted?
Herramientas de apoyo en el cuidado del paciente				
Integradora (Gestor y Defensor de la salud y el paciente)	Promoción y Prevención			Con qué tipo de problemas desea usted que el médico familiar le ayude?
	Conducta afectiva	Comportamiento profesional y personal		Cuál cree usted que debe ser el comportamiento del médico familiar durante la consulta?
Aspectos éticos		Aspectos que generen confianza en el médico		Qué aspectos le generan más confianza del comportamiento y del médico familiar como persona?
	Afectivo / Ético / Personal (Persona estudiosa de su profesión)	Identidad personal	Valores humanos	Cómo preferiría que sea el trato de su médico familiar hacia usted?
Preferencias de género			Existe diferencias en la atención y la confianza que pueda tener entre un médico o una médica familiar?	
Uso de Mandil e identificación			Cuál es la apariencia profesional y personal debe tener su médico?	
Apariencia física y vestimenta personal				

Los investigadores cumplieron los roles de moderador y observador en cada grupo focal. Llegado el día de convocatoria se preparó una sala proporcionada por cada unidad de salud en un espacio tranquilo, privado y cómodo.

Los grupos focales duraron entre 60 y 90 minutos, cada uno fue conformado con 5 a 8 participantes. Inicialmente se solicitó la autorización escrita firmada en los consentimientos informados para la participación de cada usuario (ver Anexo). Se registró la totalidad de las entrevistas con una grabadora de voz y una filmadora. Los usuarios no recibieron ningún incentivo por su colaboración.

**Descripción de los grupos focales del Hospital del día “Eloy Alfaro” del IESS (EA).**- Los grupos se constituyeron solicitando verbalmente su participación, a los asistentes de la consulta externa de Medicina Familiar, a quienes posteriormente se les confirmó su asistencia por vía telefónica. Las sesiones se llevaron a cabo un día sábado y un día laborable, en una sala de reuniones proporcionada por el mismo hospital, en un espacio amplio y con buena iluminación. Las sesiones de los dos grupos en este centro se desarrollaron tranquilidad, y sin interrupciones.

**Descripción de los grupos focales del Centro de Medicina Familiar “La Y” Vozandes (CV).**- Los grupos focales se reunieron en un consultorio amplio, iluminado, adaptado con una mesa y sillas con distribución en forma de “U”, que fue proporcionado en el espacio físico del mismo centro. Se reunieron usuarias y usuarios en fechas separadas, en horas de la mañana de dos días laborables. Accedieron a participar voluntariamente luego de una llamada telefónica de invitación a cargo de los investigadores.

## **ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.-**

Las grabaciones de audio en formato mp3 de cada grupo focal fueron transcritas exactamente por los investigadores, y conservando toda la fidelidad del caso, se utilizó el software procesador de texto Microsoft Word 2010. El tipo de análisis del contenido de discurso fue narrativo con orientación socio lingüística. Las transcripciones se leyeron y analizaron de la siguiente forma:

Reducción de los datos.- Manualmente, se separaron unidades de contenido por criterios. Con lecturas repetidas se identificaron patrones de repetición.

Codificación de cada unidad identificándolas y segmentándolas conceptualmente. Se realizó mediante un proceso inductivo, agrupando los datos dentro de las categorías y subcategorías analíticas establecidas previamente, además se tuvieron en cuenta los conceptos que hasta ese momento no fueron cubiertos.

Los resultados se obtuvieron mediante descripción e interpretación, recuento, comparación y contextualización de los registros; se elaboraron resúmenes en cuadros con las características que sobresalieron de cada categoría.

Las conclusiones se consolidaron teóricamente y sintetizaron conjuntamente entre los investigadores.

Así mismo se clasificaron las citas textuales en base a su idea principal, modo de predicación y grado de referencialidad utilizando colores con motivos didácticos y empleando la herramienta online Wordle para la realización de nubes de palabras. **(Ver Anexo)**

La validez epistemológica y la calidad interpretativa de las conclusiones fueron garantizadas contemplando los criterios de credibilidad:

CRITERIO	ESTRATEGIAS EMPLEADAS
<b>CREDIBILIDAD</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intercambio de opiniones entre pares (los investigadores)</li> <li>• Recogida de material de adecuación referencial (videos, fotografías, grabaciones de audio y consentimientos informados)</li> </ul>
<b>APLICABILIDAD</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recogida total de la información</li> <li>• Descripción a profundidad del contexto</li> </ul>
<b>CONSISTENCIA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer pistas para revisión de los datos y del estudio.</li> </ul>
<b>CONFIRMABILIDAD</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Descripciones concretas y precisas, fidelidad de los datos, transcripción textual.</li> </ul>

## **CONSIDERACIONES BIOÉTICAS.-**

Tomando en cuenta que éste es un estudio observacional sin ninguna intervención diagnóstica ni farmacológica, por lo cual la vida de los pacientes que colaboraron con el estudio no corrió ningún riesgo.

Todo en cuanto a lo que la investigación debió contemplar se rigió a las normas de investigación de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y a las Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos. Se obtuvieron autorizaciones por escrito en cada uno de los centros de donde se seleccionaron los participantes en el estudio.

En una primera instancia los pacientes dieron su aceptación verbal a participar y se ratificó con la firma del consentimiento informado luego de ser informados sobre la finalidad del estudio antes de iniciar los grupos focales. La investigación respetará completamente la integridad y confidencialidad de los participantes, reservando sus datos completos manteniendo exclusivamente un nombre para su identificación en el procesamiento y presentación de los datos.

### RESULTADOS

Durante la presente investigación se describieron perfiles del médico familiar por parte de los pacientes que coinciden con los resultados de bibliografías semejantes. Existen algunos estudios sobre las opiniones de los pacientes pero no desde la perspectiva cualitativa que profundice acerca de cómo se percibe al médico familiar y sus competencias.

Se inicia con la descripción de las características generales de los participantes, los grupos focales y las condiciones en las cuales se desarrollaron.

**Nota:** En los anexos se presentan las ideas centrales, mapas de palabras y las citas textuales de las competencias clasificadas por categoría de análisis en base a lo que expresaron los participantes de los grupos focales.

#### **Características generales de los participantes**

Se realizaron cuatro grupos focales en los que intervinieron 27 usuarios de los servicios de Medicina Familiar de las unidades de salud, quienes asistieron voluntariamente y se distribuyeron de la siguiente forma:

**Tabla 14: Distribución de los participantes de los grupos focales de los participantes**

	Mujeres	Hombres	Total
<b>Centro de Medicina Familiar “La Y” Vozandes</b>	8	6	14
<b>Hospital del día Eloy Alfaro del I.E.S.S.</b>	7	6	13
<b>Total:</b>	15	12	27

Las edades estuvieron comprendidas entre 38 y 87 años; se encontraron como datos importantes de su instrucción y actividad actual:

**Tabla 15: Ocupación e instrucción de los participantes de los grupos focales**

Actividad		Instrucción	
<b>Quehaceres domésticos</b>	7	Primaria	4
<b>Otra actividad profesional</b>	15	Secundaria	11
<b>Jubilado (a)</b>	5	Superior	12

## **Descripción de los grupos focales del Hospital del día “Eloy Alfaro” del IESS (EA)**

**Mujeres (EA-M).**- Se realizó el estudio en seis mujeres, la sesión del grupo de se desarrolló durante 1 hora 30 minutos. Todas las participantes viven en el área de influencia de la unidad de salud, en barrios del sur de Quito. Las edades estaban comprendidas entre los 49 y 80 años, su escolaridad se dividió: primarios (1), secundarios (4) y superior (1), la actividad que desarrollaban era: una en actividades de oficina, el resto (2) en comercio y quehaceres domésticos (3). Expresaron las respuestas en sus palabras, usaron el lenguaje corporal y tono de voz para afianzar sus ideas. En este grupo destacaron las vivencias personales como parte de sus respuestas.

**Hombres (EA-H).**- con una duración de 1 hora 30 minutos; fueron siete usuarios, seis de los cuales eran hombres, y una mujer que acompañó a su esposo debido a su deficiencia auditiva leve. Las edades del grupo se comprendían entre los 55 y 87 años de edad, habiendo cursado la primaria (2), la secundaria (3) e instrucción superior (2), de los cuales cinco ya se encontraban jubilados, uno de ellos realizaba actividades como ingeniero informático y otro como comerciante. La señora tenía 76 años, se dedicaba a quehaceres domésticos y también tuvo participación en las contestaciones, para fines de análisis de esta investigación, sus respuestas se incluyeron en el grupo de mujeres del mismo hospital. Durante el desempeño del grupo focal hubo dificultad para extraer la información mediante las preguntas principales, por lo que se requirió el uso del guión oculto para buscar más información, pese a esto las respuestas continuaron siendo ideas limitadas.

### **Descripción de los grupos focales del Centro de Medicina Familiar “La Y” Vozandes (CV)**

**Mujeres (CV-M).**- El grupo femenino estuvo constituido por 8 mujeres que estaban comprendidas en las edades de 38 a 81 años. Solo una de las participantes tenía instrucción primaria, el resto secundaria (4) y superior (3). Todas residían en Quito en sectores del centro y norte. Cuatro de ellas se desempeñaban en alguna actividad económica parcial o a tiempo completo pero compartían los quehaceres domésticos entre todas como actividad primaria o secundaria. El grupo no tuvo inconvenientes en adaptarse a la

situación, las respuestas fueron abiertas y expresadas en lenguaje sencillo, claro, las ideas precisas. Durante el grupo focal se evidenció diferencias en las ideas. La reunión duró 1 hora 30 minutos. Vivencias personales y familiares en pocas ocasiones y varios ejemplos de médicos de familia del mismo centro fueron ocupadas por ellas para describir sus respuestas.

**Hombres (CV-H).**- Fue el grupo focal de mayor duración, 1 hora 40 minutos, constituido por 6 hombres, con edades entre 52 y 83 años, todos eran profesionales con educación superior, tres de ellos jubilados pero activos en diferentes actividades, los tres restantes en otras áreas. Todos residen en las áreas centro y norte de Quito, la participación fue homogénea. Sus ideas claras y bien definidas, se ejemplificaron escasamente las respuestas. Existió discrepancia en un par de ocasiones, el común denominador fue el empleo de un léxico avanzado, muy concretos en sus ideas.

## **Comparación de los grupos focales**

De todos los grupos se obtuvieron ideas claras. Durante todas las sesiones se entendieron las preguntas, se realizaron escasas aclaraciones por parte del moderador para que se comprenda el sentido de la pregunta.

En los grupos del HEAI predominó el lenguaje con una forma de transmisión con rasgos más emotivos, ideas subjetivas y predominantemente a través de sus experiencias; fue escaso el uso de la sintaxis, los enunciados no lograban el entendimiento exacto de su discurso, con una semántica y

sintética pobres. Esto se notó marcadamente en el grupo HE-H donde se tuvo más dificultad para obtener las respuestas y para explicar el objetivo de la pregunta del moderador.

En el grupo HE-M se constató que compartían aficiones y que las participantes se conocían por actividades lúdicas y educativas de la unidad; el lenguaje fue redundante. Se encuentran abundantes repeticiones de palabras, frases muy típicas del medio, con jerga muy popular, siempre prevalecieron sus vivencias para ejemplificar lo que deseaban expresar como respuesta. En este grupo los aspectos del lenguaje no verbal fueron manifiestos, como el tono de su voz, los gestos y movimientos corporales que ratificaron las ideas que querían transmitir.

En el grupo CV-M se encontró un punto intermedio donde se obtuvieron ideas claras con palabras sencillas y transmitieron objetivamente sus ideas sin llegar a concretar la totalidad de ellas.

La forma de transmisión del lenguaje en el CV-H fue claramente referencial, con ideas más concretas. Cabe destacar que existió uso de un mayor vocabulario que generó mayor fluidez, esto les permitió expresar de mejor manera sus ideas.

## Resultados generales de las ideas de los grupos focales<sup>3</sup>

### Área Cognitiva (Experto en Medicina Familiar e Investigador)

En cuanto a la categoría de **historia clínica**, los usuarios afirmaron que el médico familiar debe tener un adecuado conocimiento acerca de este documento, averiguar lo necesario acerca de la enfermedad actual y los antecedentes de la persona, pero que estas preguntas sean “pertinentes” y relacionadas al motivo de consulta y relacionaron las destrezas en la anamnesis para lograr conocer al paciente.

*“...estos médicos si tienen la costumbre de hacer una historia completa preguntándole desde los abuelitos”*

Una demanda muy frecuente e importante en la atención médica fue el **examen físico**. Los verbos con los que los pacientes se refirieron a este fueron: revisar, examinar, tocar, auscultar, chequear. En estas ideas existió la queja cuando el médico familiar se dedicaba al trabajo de oficina, a cumplir el papeleo y no se tomaba el tiempo de examinarlos, asociándolo a limitar la confianza y no acudir más donde ese profesional. Los equipos empleados en el examen físico para diagnosticar fueron mencionados como parte del profesionalismo médico.

---

<sup>3</sup> En los anexos se presentan las ideas centrales, mapas de palabras y las citas textuales de las competencias clasificadas por categoría de análisis en base a lo que expresaron los participantes de los grupos focales.

*‘...me voy a la farmacia sabe que me duele la cabeza, me dan algo, me tomo, pero si me voy a un médico es porque quiero que me revise por qué me duele la cabeza...’, ‘...antes era, el médico le acostaba en la camilla y le examinaba, a ver señora donde le duele...’*

La realización de exámenes con fines diagnósticos o de pesquisa forma parte importante de la atención, como lo describieron; acudían a un médico familiar para “buscar la razón” de sus dolencias y deseaban así mismo, que el profesional sea perseverante en encontrar un **diagnóstico**. Tanto la capacidad para encontrar este último y la habilidad para hacerlo rápidamente fueron una característica que tiene que superar el profesional para ser calificado como “bueno”.

*“...siempre pendiente de cómo avanza, cómo sigue, hagamos este análisis, hagamos el otro, busquemos otra solución.”, Para mí es importante que me diga verá este examen es así, duele, no duele, con anestesia, sin anestesia, invasivo, no invasivo, algo, el por qué, para qué...”.*

Con un diagnóstico establecido, deseaban un **tratamiento** rápido, oportuno y que se adapte a sus necesidades y preferencias, hacían referencia de que el médico de familia “siempre me da solución”, comprendían que no siempre podría existir una curación pero si esperaban: alivio, mejorar, lograr salir, pasar su malestar y si era posible reestablecerse, curarse o sanarse.

*“...eso le dije a la doctorita pero no me hizo caso y me dio las pastillas, me dio un montón de pastillas.”, “...el me curó, él me puso remedios fuertes...”.*

Para lograr esa “solvencia de **conocimientos**” que demandaban como pacientes, los usuarios comprendían que el médico familiar debía ser profesional y para esto requería: “ser dedicado”, “seguir estudiando” siempre, adquirir “gran experiencia”, tener una “actualización permanente” para “estar al día con la medicina”.

*“Me parece que el estudiar es muy importante, los médicos que nunca tienen que quedarse estancados sino seguir y seguir estudiando.”*

Un componente representativo del médico familiar, según los usuarios era la **integralidad** y la **continuidad**. La atención del “ser humano en forma total” para ellos, esto se relacionaba a si este profesional se enfocaba en “factores psicológicos, biológicos y factores sociales unidos”; en sus palabras: era “una guía” (consejero), le ayudaba con “aspectos emocionales”, conocía al paciente “conocer carácter” y atendía al paciente y su familia. El “seguimiento” (atención continua) es lo que lo catalogaba como “médico de cabecera”, ese acompañamiento del “día a día”, de “toda la vida”, hasta el “final de la vida” le daba el privilegio de “conocer al paciente” para que lo nombren “director de orquesta” y “tomar resoluciones” en sus tratamientos.

*“...entonces yo de ahí, a ella, le tengo de médico de cabecera porque es mi amiga, me ayuda hasta psicológicamente.”, ‘...recordemos lo que decía José Ortega y Gasset “Yo soy yo y mis circunstancias, que significa eso, primeramente herencia y segundo medio ambiente, es decir factores psicológicos, biológicos y factores sociales unidos.’*

“Curarle” a un paciente o ayudar a “mejorar” a un paciente constituyó un segundo parámetro que proveía al médico familiar un calificativo positivo y prácticamente una de las únicas formas como los usuarios podían percibir que los médicos familiares tenían un “conocimiento suficiente” de su profesión. Señalaron que el profesional que “sabe”: no evadía respuestas, no tenía dudas, presentaba certificados académicos nacionales o internacionales o tenía un postgrado, y que, de esto el paciente “se da cuenta”.

*“Buen médico es el que le da unos buenos medicamentos, entonces él le restablece a uno.”, “El que está enfermo se da cuenta cuando su médico está muy empapado.”*

### **Relacional y Comunicacional (Comunicador y Colaborador)**

Para el médico familiar el lograr establecer una buena relación con el paciente y su entorno fue importante para mantener una buena

**comunicación**, la base de este factor era el **lenguaje** que emplea. Los participantes indicaron que el médico familiar debía “conversar” “en buen tono”, con “palabras suaves”, “entendibles”, ya que “nadie prefiere palabras técnicas” para “llegar al sujeto” y tener la habilidad para determinar cuando un médico familiar puede llegar a ser “enérgico pero no grosero”. Destacaron en la comunicación que el profesional en Medicina de Familia puede lastimar con la “forma de decir” las cosas, refiriéndose no solo a las palabras sino también al lenguaje corporal “gestos que matan”, esto no dejaba de lado la “sinceridad”, recibir “noticias completas” y no querían “falsas esperanzas”.

*“...la parte de conocimiento, la parte humana en el manejar la información, el explicarnos, yo creo que todo este conjunto de cosas es lo que hace un buen médico, no creo que sea fácil, pero sí creo que es posible.”, “...si está enfadado el médico o está pues, no puede uno ni expresarse.”*

La comunicación con el profesional de Salud Familiar mediante **llamadas telefónicas**, mensajes de texto u otros medios electrónicos la señalaron como una oportunidad para “comunicarse con el médico familiar” para obtener una “explicación” de las indicaciones médicas y, un “apoyo secundario” en el “seguimiento” y “hacerle acuerdo” de la medicación o de las citas médicas. Además que el médico de familia “se tome la molestia de llamar a la casa” fortalecía la seguridad y la confianza que puedan tener la familia y el paciente en él.

*“...más importante me siento yo que el médico me llame, eso me hace tener más seguridad más confianza en esa persona.”*

Durante la consulta, recibir una llamada telefónica y más si no tiene fines profesionales o “de emergencia” fue interpretado como una “interrupción”, “falta de cultura” y respeto. En el lado contrario, no muy definido, el uso del celular u otras **fuentes de apoyo en el cuidado del paciente**, no solo dando una connotación de “más seguridad” sino también pudo ser percibido como “que no sabe” o que también tenía “inseguridad” en sus conocimientos.

*“...mientras más seguridad tenga en lo que está diciendo apoyado en los elementos técnicos o bibliográficos magnífico.”, “...coge cualquier medio, haber para el dolor de cabeza, una aspirina, entonces eso me demuestra que no sabe”.*

### **Integradora (Gestor y Defensor de la salud y el paciente)**

La **promoción** y la **prevención** de salud fueron las competencias menos percibidas por los usuarios. Las escasas ideas rescatadas estaban encaminadas a “ayudar a cuidar mi salud”, “indicar como comer bien”, “desaprender lo que aprendí mal”, “exámenes cada año”, “preocupado de su salud”, “cuídese mejor” y algunas prohibiciones en hábitos varios.

*“...me han hecho los exámenes cada año...”, “...me va a indicar como comer bien, a desaprender lo que aprendí mal...”*

### **Afectivo / Ético / Personal (Persona estudiosa de su profesión)**

En la dimensión del **comportamiento profesional y personal** es donde más se establecieron las ideas de los participantes. La idea que más fue descrita en los grupos focales estuvo relacionada con el “buen trato”; asociado directamente con la calidad humana del médico familiar, la gente buscó marcadamente que en la relación con su médico de familia existieran: “educación, cariño, amor, cordialidad, calidez, respeto, amabilidad, educación”, reprobaron al profesional “bravo, apurado, que critique, enfadado, molesto”, Entre cosas aisladas también se expresó como negativo “el fumar y al olor a tabaco” en la atención médica, así como el trato despersonalizado con los pacientes “cómo un número más”.

*“...que no le reste importancia , porque si yo me estoy quejando es porque me duele y porque realmente me interesa o me preocupa eso...”, “Si sería bueno que el médico se ponga en los zapatos del paciente, que sienta, que trate de sentir aquello, no que viva la enfermedad, pero que trate de sentir lo que el paciente o incluso sus familiares sienten.”*

Las actitudes se nombraron en un par de ocasiones, se registró como importante la actitud del médico familiar en todo momento y lugar, sobre todo en la consulta para mejorar la relación, pero reconocieron que debe ser mutua. En este aspecto los gestos fue tomado muy en cuenta por los pacientes. El brindar la importancia y tiempos necesarios al paciente, la humanidad y seguridad, el ser bueno como persona y percibirlo como amigo o “aliado” también fueron bien valorados.

En la parte **ética**, el médico familiar en su faceta humana fue lo más nombrado. Otros valores que apreciaron incluyeron: respeto, sinceridad, amabilidad, paciencia, confidencialidad y la puntualidad.

*“Para ser un buen médico hay que ser más humano que profesional”, “Tiene que ser en primero, en una solvencia de conocimientos, una solvencia moral, ética y de una gran calidad humana”.*

El aspecto que captó más la **confianza** de los pacientes fue la referencia personal de “que es bueno”, para los usuarios el acudir a cualquier médico involucraba una fe, la confianza de esperar siempre “que le toque el mejor”. Otras definiciones que generaron sensación de confianza en los pacientes se encontraron: la seguridad del médico familiar, la comunicación, la imagen personal, los exámenes y la continuidad. El **mandil** y la **identificación** tanto verbal como física del médico familiar fueron aspectos que no podían faltar para confiar en el profesional. En cuanto a la prenda debía usarse

adecuadamente, ya que formaba parte del médico en forma general y del médico de familia también, siendo su “símbolo”, lo que le “representa” y debería portarlo por “obligación, protección, limpieza” y hasta por “tradición”. La identificación era “Importante, no imprescindible” pero se esperaba conocer el nombre del médico y su especialidad leyéndolo de manera física en un documento portado o que el profesional lo dijese por respeto en su primer contacto. Los participantes en forma global no tuvieron predilección por un tipo de vestimenta que sea portada por el médico familiar, siempre que ésta sea: “profesional”, lo haga ver “limpio”, “presentable”. Se reconoció al jean y al “terno de hospital” como adecuados, la corbata no fue importante.

*“...uno se siente como cuando uno va a comprar un carro, qué espera del carro, que le toque el mejor”, “La presencia que estamos diciendo infunde una mayor confianza de parte del paciente”, “El mandil al médico le da una responsabilidad una obligación...”, “...el mandil es parte de la vestimenta del médico, como al militar su uniforme”.*

Para finalizar el hecho de ser atendido por un o una profesional del mismo **género** representó en el pensamiento de los pacientes más confianza y comprensión, reconocieron que existe “cohibición”, “recelo” y “prejuicios” para solicitar esta preferencia sobre todo cuando se trata de la evaluación de su zona genital, aunque reconocieron la capacidad y la igualdad entre

hombres y mujeres para el desarrollo de la profesión y que el “nivel de capacitación depende de cada persona”.

*“Una mujer, porque entre mujeres nos comprendemos, ya nos damos la razón, entonces nos comunicamos”, “Yo considero muy seriamente que no existe ninguna diferencia entre hombres y mujeres, el nivel de capacitación depende más bien de cada persona”.*

### DISCUSIÓN

Se ha realizado las entrevistas focales a los usuarios de dos instituciones de salud que, a pesar de tener ciertas diferencias, comparten varias características como es la de atención especializada en Medicina Familiar.

El objetivo de esta investigación no es formar mapas simbólicos o estereotipos del médico familiar, es tratar de describir las competencias que los pacientes entienden que tiene este profesional en forma global, para poder fortalecer las más percibidas y trabajar en el conocimiento de las que no se conocían.

El individuo-médico tiene una identidad (perfil profesional) y esta se adapta a una actividad relacional específica (especialidad médica) en un determinado contexto (ambiente y paciente).

Previamente se debe puntualizar que las competencias del CanMEDS-FM (56) involucran aspectos, casi en su totalidad, del ámbito profesional del MF. La profesión médica per se, es una actividad humanista en todos los aspectos, por lo que se ha considerado reafirmar (en este estudio), que no se deben separar las competencias sino fusionarlas: médico familiar como

persona + médico familiar como profesional; esto es posible en el área afectivo/ético/personal y se denomina en CanMEDS como competencia “Profesional”. En su definición involucra el incorporar elevados “estándares personales de comportamiento” así como el compromiso con el “bienestar del individuo”.

El término profesional estrictamente se refiere a lo “relativo a la profesión” (33), en esta definición solo se hace manifiesta la actividad profesional. En esta competencia se implican dos saberes fundamentales de las competencias (saber ser y saber estar) del área afectiva (81), por ello se vio conveniente el emplear como término para esta competencia: “Persona y Profesional” para hacer referencia a esos dos aspectos que según la literatura no se deben abandonar y son fundamentales en el médico (10,82).

Apegándose al análisis del contenido de las variables y las categorías en cuanto a las competencias profesionales y personales, se pueden destacar varias ideas.

### **Ideas previas**

Se debe tener en cuenta que el primer grupo focal de la investigación también fue el primero en la experiencia de los investigadores, para la cuarta ocasión fue más fácil el desempeño y manejo grupal.

Hay que recalcar que existen diferencias entre los grupos focales, diferencias del lenguaje, diferencias en cuanto a la perspectiva interna entre los participantes de los grupos focales de los dos centros y esto se puede justificar por las diferencias en la escolaridad y las condiciones socioeconómicas que existen aparentemente.

Las competencias menos percibidas del médico de familia en general por los usuarios fueron las relacionadas con el área integradora (Gestor y Defensor de la salud y el paciente).

En los usuarios del Centro de Medicina Familiar “la Y” Vozandes se evidenció perciben más número de competencias y estas van relacionadas con el área cognitiva, comunicacional y afectiva/ética; en general todas las competencias para este grupo se las entiende como una obligación, que tiene que ser parte de la atención médica.

En los grupos del Hospital del día “Eloy Alfaro” del IESS se pudo apreciar que percibían más las competencias del área cognitiva, apreciando las competencias de la parte afectiva como un valor añadido al médico.

## **Reconocimiento global de las competencias**

La totalidad de las competencias del CanMEDS-FM (56) son percibidas por los usuarios de esta investigación, la mayoría, los roles principales pero no todas sus competencias. Al parecer su valoración no es exclusivamente por

competencias como los modelos docentes (45), no en cuanto a actividades cumplidas, sino, a la valoración en cuanto a los resultados finales obtenidos de la consulta.

Las competencias del médico familiar pueden ser reconocidas por los pacientes desde sus vivencias personales previas o de experiencias de su entorno, hayan sido positivas o negativas. Este reconocimiento es más frecuente desde la perspectiva de las personas con menor escolaridad o nivel sociocultural. También pueden definirse mediante abstracciones de los mensajes de varios medios de comunicación.

Desde el plano académico, la competencia se puede entender como el ideal de lo que deben ser y hacer todos los profesionales en forma general, y eso presumirlo para el médico familiar. De forma general se puede apreciar en sus ideas, que tienen conocimientos previos con escasos rasgos de estas competencias como tal. Esto obliga a pensar en la falta de difusión acerca del concepto, las funciones, competencias y beneficios de la Medicina Familiar y en esta como especialidad. (9,83)

## **Tipos y áreas de las competencias**

En las competencias profesionales, en cuanto al conocimiento y ser un experto, los usuarios tienen una percepción en cuanto a resultados. Los resultados positivos (curar, sanar, hacer bien, lograr salir) son identificados como la validez del profesional y van directamente en relación con la

satisfacción del paciente, “les catalogamos de una forma como buenos o malos dependiendo si nos dan la medicación y nos logran curar”.

Se puede apreciar en los grupos focales dar más importancia a las competencias personales y sociales que a las profesionales del médico familiar a la hora de seleccionarlo o mantener la continuidad, como dicen otros estudios las destrezas en comunicación interpersonal y la empatía son imprescindibles (38,39,68), “...*para ser un buen médico hay que ser más humano que profesional*”. Esto se explica en sus propias ideas, al preguntarles acerca de “¿Cómo percibe usted que un médico familiar sabe y está actualizándose continuamente?”, presumen que el profesional tiene una actitud de mejoramiento continuo y es un estudioso por excelencia, sus respuestas revelan que existe una confianza en el médico familiar, que en cierto punto la nombran como “*fe*” en que esperan que siempre les “...*toque el mejor*”. Al parecer está sobreentendido que los estudios se asocian directamente con los conocimientos y las competencias en el ámbito académico y profesional.

Las competencias del área cognitiva del MF se ha descrito influyen en las expectativas acerca de las enfermedades y los tratamientos mientras que las competencias del área afectiva/ética/personal tienen que ver con la forma/estilo en que el profesional ofrece su consulta van relacionadas a brindar tranquilidad al paciente. (84)

## **Profesionalismo vs. Humanidad**

Todos los usuarios entienden que el médico familiar tiene “habilidades y sensibilidades” (85), profesional y humano, reconocen esas dos clases de competencias (profesionales y personales) (5) y las separan teóricamente, refieren difícil pero “no imposible” juntarlas, son parte fundamental del “buen médico” (68,85).

Las opiniones acerca de las competencias en el área afectiva en los grupos focales fueron casi en su totalidad, relacionadas con la humanidad, el buen trato, el respeto, la paciencia, forma de comunicación, presentación y otros aspectos éticos que a los pacientes les brinda confianza; reduce sus angustias y sus dudas en los resultados de una revisión sistemática (84). En otros estudios las competencias afectivas se asocian a menos síntomas y menos visitas al médico (70).

Dos palabras que se repiten constantemente hacen referencia al “buen trato”, y es percibido en el médico familiar en las competencias personales y sociales. En este se incluyen todas las interacciones comunicacionales: palabras emitidas, saber escuchar, la forma de mirar, el contacto físico, el lenguaje corporal y los gestos; en general se refiere a símbolos que marcan alejamiento o cercanía del médico familiar hacia el paciente. Epele, M. (2013) habla que a nivel de Latinoamérica existe una “mortificación” y un “sufrimiento social” que vienen junto a la historia de los pueblos. Por otra parte, el buen trato viene dado como una “donación simbólica” y esta autora asegura que, el trato “adecuado”, se percibe con los mismos símbolos y

comportamientos tradicionales que demuestran la importancia que da un sujeto a otro (86).

Este “sufrimiento social” (86) podría determinar una predisposición a tener pocas expectativas al recibir un servicio y que, los pacientes valoren la cordialidad (buen trato) de un médico familiar ya que tal vez sobrepasó sus expectativas.

Concordando con las ideas de Rosenow, 1999 (87), para los participantes de los grupos focales, las actitudes que demostraron: soberbia, altanería, desdén, arrogancia, insolencia, desprecio, desplantes, orgullo, petulancia, etc., generan desconfianza e ideas de duda en el profesional, rompen esa imagen de humanismo que anhelan percibir en el médico de familia.

Fuera de la imagen de ser bueno como persona (competencias personales), el “buen médico” familiar como profesional forma su imagen en el paciente demostrando sus conocimientos, curándolo, dando respuesta satisfactoria al motivo de consulta del usuario, manteniendo una mejor salud de sus pacientes y estos son los criterios que lo definen como buen profesional en este campo: “...si solo me trata bien y es muy dulzón y no sabe lo suficiente, no me sirve de mucho”. Consistentemente con las ideas de los grupos focales, en el metaanálisis de Di Blasi et al (2001) (84) se revela que las competencias del área cognitiva (Experto en Medicina Familiar e Investigador) van en relación con lo que piensan acerca del tratamiento y su enfermedad (sanar, curar, seguimiento, cuidado, buscar la razón), además entra el área comunicacional para lograr cumplir este entendimiento.

## **Integralidad y Continuidad sin olvidar la “integratividad”**

Las ideas con las que los participantes describen que la integralidad del tratamiento y la continuidad en la atención tienen relación con: ayudar en varias dimensiones de la salud, conocer al paciente, hacer seguimiento, acompañar durante la vida hasta su final y hasta ser un “director de orquesta”. Ellos y otras investigaciones implican este rol para mejorar la calidad de la atención y el cuidado del paciente; se ha visto un mejor impacto sobre todo en poblaciones con enfermedades crónicas (82,88).

En las ideas tomadas de pacientes que intervinieron en otros estudios se puede observar que entienden a la atención continuada como un “compromiso a largo plazo” (89), más este aspecto es menos percibido en los grupos focales, la continuidad si se percibe como un “seguimiento” pero de enfermedades aisladas, no aparentan tener un médico familiar en todos los casos y consideran que deben consultar con varios profesionales para el tratamiento de diferentes patologías, de la mano con estas ideas que la integralidad sea vista más como un sistema de ayuda con problemas emocionales; y, a pesar de que se nombra que el MF debe conocer a la “persona y a su familia” como “un todo en conjunto”, se aprecia al MF con rasgos netamente referenciales en su atención, de hecho es bien valorado en los usuarios del IESS el ayudar con la interconsulta y el facilitarles el turno con otro facultativo.

El ver al paciente como un ser que tiene varias dimensiones, desde una perspectiva holística (integral) se favorece la continuidad en la atención (38). En un estudio en los países bajos donde se definieron estilos de atención de los médicos, los pacientes aprobaron mayoritariamente el que el profesional tenga un estilo de atención integral, los pacientes opinaron subjetivamente sentirse más saludables, requerir un número menor de consultas médicas y tener menor sintomatología. (70) Al igual que los pacientes del presente estudio, se valora este estilo de médico por tener mayor resolutivez, brindar mayor tranquilidad en sus diagnósticos, prescribir los exámenes necesarios y en forma global generar en sus pacientes una sensación de salud completa.

En el caso de los pacientes atendidos en las unidades del Seguro Social, como el Hospital "Eloy Alfaro", los pacientes han tenido una espera prolongada, hablamos de meses entre que accede a una cita médica y pueda aliviar sus afecciones o esclarecer algún problema, una larga espera que hace que sus expectativas sean altas y, que el ideal del profesional en Medicina de Familia para este paciente sea un profesional que le brinde una buena atención, que lo satisfaga en todas las demandas que tenga o en la mayoría de ellas.

Las expectativas de los usuarios en cuanto a acceder a la atención médica van a superar a las posibilidades de cada contexto de salud, en un estudio realizado en Manchester (90) se observó que sus pacientes estaban dispuestos a aguardar un máximo de 48 horas para una cita médica, entre 6 y 10 minutos en una sala de espera y esperaban ser atendidos por el mismo

médico. En las ideas del presente estudio no se abordó estos tópicos a profundidad pero se hallan ideas de: puntualidad mutua, accesibilidad y disponibilidad del médico familiar (88).

### **Creencias, competencias culturales**

Congruentemente con la literatura, los usuarios de los grupos focales valoran que su médico de familia comparta sus creencias y formas de pensar en cuanto a tratamiento (ej. tratamientos no convencionales, medicina natural, preferencias medicación), comunicación y forma de trato. Esta convergencia de sus ideas se asocia a mejor valoración del médico independientemente de la satisfacción y confianza que se pueda generar en el profesional (89,91). Necesitan un profesional que les ayude a tomar sus decisiones tomando en cuenta todos estos factores.

Al parecer los pacientes sienten que sus médicos de familia necesitan saber acerca del contexto de su vida, de sus creencias, valores y entender su entorno, (89) hasta vivir en él (29).

Las ideas acerca del uso de la presentación personal, uso de mandil, género se pueden catalogar como “prejuicios”, de esa forma lo describen los participantes de los grupos focales.

Desde la psicología social, una idea prejuiciada es una opinión que involucra ideas que acompañan a nuestra vida social, ideas “inconvenientes” que se

han forjado en los individuos dependiendo de sus contextos de vida, historia y relaciones. El prejuicio está ligado directamente con la discriminación; involucra pensamientos, sentimientos y acciones hacia el otro (92). En base a estos componentes analizaremos la simbología del mandil en los grupos focales.

**Tabla 16: Análisis de la simbología del mandil en los grupos focales**

COMPONENTES	IDEAS DE LOS GRUPOS FOCALES
<p><b>PENSAMIENTOS / CREENCIAS</b></p> <p>(simbología, creencias acerca del mandil para el paciente)</p>	<p>Distintivo, Representación, Identificación, uniforme, parte de la vestimenta, imagen del médico</p> <p>Protección, Asepsia, limpieza, salubridad, barrera contaminación</p> <p>Bien puesto, Mandil blanco, Tradición, Parte integral</p> <p>Con nombre o identificación</p> <p>Elimina prejuicios de la vestimenta del médico</p>
<p><b>SENTIMIENTOS</b></p> <p>(paciente tiene acerca del mandil)</p>	<p>Primera impresión, Identificación</p> <p>Igualdad entre médicos e Igualdad médico-paciente</p> <p>Responsabilidad, obligación del médico</p> <p>Seguridad (Tranquilidad) en el profesional</p> <p>Formalidad, presencia física</p>
<p><b>INTENCIONES</b></p> <p>(Comportamiento que genera el uso de mandil hacia el MF)</p>	<p>Necesidad para identificar primeras veces</p> <p>Confianza, respeto</p> <p>Relación profesional directa</p> <p>No es necesario si se conoce al médico</p> <p>Elimina distancia psicológica y social</p>

Elaborado por: Daniela Guevara/Felipe Moreno-Piedrahita, 2015.

## **Aspectos personales del médico familiar**

La presentación personal del médico familiar en general fue un factor que asociaron a potenciar la confianza que pueden sentir por el médico familiar. En cuanto a la vestimenta las respuestas fueron consistentes con la literatura, el uso de mandil blanco con el nombre o la identificación donde se pueda distinguir el nombre del profesional y, este anula el impacto de la vestimenta que use el profesional.

La presentación personal que refieren los pacientes hace referencia a la imagen y esta se lleva en la representación visual del imaginario del paciente (33). Ideas de como conciben esta característica son: pulcritud, limpieza, higiene, asepsia.

En cuanto a estos resultados hay que rescatar al médico como una figura de autoridad, el paciente lo mira desde una perspectiva conservadora, la bata blanca o la ropa que lleva (76) y presumen es parte del “profesionalismo” del médico familiar.

Las consideraciones del género del médico o la médica familiar se refieren a construcciones sociales acerca del sexo del profesional (33,93). Se podría hablar de representaciones culturales forjadas por los usuarios en base a los prejuicios sociales, a su cultura y a su propia identidad en base a las que hacen distinciones en sus preferencias para recibir atención por una profesional mujer o un profesional hombre. En los grupos focales los participantes manifestaron ideas similares a la literatura (94), siendo más

frecuente en las mujeres, la idea general de una atención con exposición de sus áreas genitales provocó la preferencia por alguien de su mismo sexo, se justificaba bajo sentimientos de mayor confianza, empatía, intimidad, pudor, seguridad, cohibiciones, prejuicios y vergüenza.

Bajo otra circunstancia no hay preferencias, salvo una idea aislada<sup>4</sup> de que las médicas familiares pueden ser “más perceptivas” que sus pares masculinos, en este caso perceptivo se refiere a la capacidad de percepción de la persona y este concepto a la comprensión rápida mediante las primeras impresiones que comuniquen ciertos estímulos (33,95), se ha indicado que el sexo femenino puede afectarse por eventos vitales emocionales y tener más facilidad para la empatía y formar vínculos afectivos (95).

## **Tecnología ayuda o interrupción**

El celular se entendió como un aspecto ambivalente, positivo como medio de comunicación y acercamiento al MF, negativo como una interrupción en la consulta médica cuando no es un asunto profesional. Todos estos factores positivos de la consulta en sí, lo que facilite la accesibilidad al profesional y la confianza en él vuelven más real la figura de este como una fuente de apoyo social (70).

---

<sup>4</sup> Idea reconocida como un prejuicio personal por el mismo participante.

## **Confianza en el médico de familia, fortalecimiento de la relación empática**

En esta investigación se encontró que las competencias que se perciben más importantes para el médico de familia deben ser las del área afectiva, o sea el médico como personal y profesional, dentro de esta lo más demandado son los aspectos inherentes al buen trato. Este como un factor fundamental para establecer una relación de confianza, una relación empática (38).

Hay que reflexionar en que la relación médico de familia-paciente tiene componentes en los cuales interviene el conocimiento pero además otros que son actitudinales (creencias e intenciones), en los cuales los conocimientos académicos no pueden influir (19). Esta interacción tiene entre el usuario y el profesional una “realidad entre”<sup>5</sup> que tiene varios componentes y circunstancias, estos se forman gradualmente, por lo que cada cita es oportuna para que el paciente realice una evaluación subjetiva del profesional, así como el médico demuestre el arsenal de sus capacidades, retribuya y confirme esa confianza (fe) que ha sido depositada en sus manos.

Hablar de empatía es describir un concepto complejo, que abarca varias dimensiones como lo describen Mercer & Reynolds (39), esto observamos en las ideas de los participantes quienes perciben que el médico de familia debe tener una cálida forma de tratar al paciente y también integrar aspectos

---

<sup>5</sup> Hace relación a los términos de la relación entre los actores de la relación social. “<<realidad entre>>, hecha conjuntamente de elementos <<objetivos>> (independientes de los sujetos: propiedades del sistema de interacción como tal). (34)

como el conocimiento, habilidades y los valores que se describieron para lograr fortalecer la confianza en él.

Hablar de la empatía como generadora de confianza en el médico familiar, sin dudas, es imprescindible para el paciente, esta se crea sobre una base relativamente fuerte que está conformada por todas las ideas de los grupos focales que demuestren su integridad como persona y profesional (87). Según las ideas de los participantes en los grupos focales hay varios elementos en la atención del médico de familia y su forma de ser que generan y fortalecen esta confianza; en su concepto convienen varias definiciones y estas explican contextos múltiples en los que pueden ser analizados: (facetas)(36) (perspectivas) (38)

**Tabla 17: Ideas que generan confianza en el médico de familia y análisis desde las perspectivas y dimensiones que tiene el paciente**

Perspectiva	Dimensión	Ideas de los grupos focales
<b>Médica</b>  (Romper las barreras de la confianza y aumentar el flujo de información para un diagnóstico más adecuado)	<b>Cognitiva</b>  <b>Términos relacionados:</b> (Credibilidad – Seguridad)	Amabilidad, confianza, formas de comunicación y lenguaje, explicación clara, seguridad, tratamientos, comunicación y preocupación por familia, buen trato en comunicación y atención, presencia física, uso de mandil, presentación e identificación, referencias personales y profesionales, enviar exámenes y diagnósticos adecuados,
<b>Psicológica</b>	<b>Emocional</b>	Buen trato en comunicación, continuidad en la atención,

(El médico como figura de cuidado, conocimientos y protección)	<b>Términos relacionados:</b> (Emocional Familiaridad)	fe en el médico, considerar amigo al médico, autocontrol.
<b>Sociológica</b>  (El médico proveedor de apoyo en un sistema social)	<b>Conductual</b>  <b>Términos relacionados:</b> (Lealtad - Ética)	Seguridad, sentir apoyo del médico, familiarizarse con el médico, manejo del paciente y su familia

Elaborado por: Daniela Guevara/Felipe Moreno-Piedrahita, 2015.

Se puede apreciar como en el buen trato tanto la eliminación de barreras en la comunicación y en la atención, fomentan la perspectiva médica de este compromiso empático; mientras que el buen trato comunicacional per se reforzará además la parte psicológica de la confianza del paciente. Con las ideas de la perspectiva médica, el paciente discrimina y selecciona cognitivamente al profesional que es merecedor de su confianza. Se crea una vinculación emocional que será sostenida durante el tiempo mediante la percepción de control por parte del paciente, evidenciado en las ideas de la perspectiva sociológica.

La confianza en el profesional se genera con algunas de las competencias descritas en CanMEDS-FM y percibidas por los pacientes. Se trata de un elemento abstracto; este se entrega al médico de familia y este se la gana, también se puede categorizar las ideas que vienen implicadas en el paciente en la relación de confianza (39,96):

- Buena voluntad de abrir su mundo al profesional.
- Esperanza en el médico seleccionado o impuesto.
- Vulnerabilidad, por una alteración de su salud y, ante una relación de poder.
- Mantener expectativas en que las acciones del médico serán adecuadas y justas.
- Asumir los riesgos ante un tratamiento.

Otras medidas de calidad de la relación médico familiar-paciente que fueron advertidas y que inspiran confianza fueron: comunicación, atención interpersonal y conocimiento del paciente (97). También la continuidad en la atención aumenta la confianza en el profesional, esto siempre y cuando exista una comunicación adecuada en la relación con el MF, no se trata de un factor que depende únicamente del número de visitas (97), los usuarios de esta investigación manifiestan el poder cambiar de profesional en caso de incumplir algún aspecto relacionado con la comunicación, también pueden postergar la cita médica de seguimiento asignada si no es el médico que habitualmente los atiende.

Además las competencias del área afectivo/ético/personal también hacen mención a la “bondad”; Hipócrates (IV a.c.) ya consideraba que esa “amistad” funcionaba como un elemento de la terapéutica (98). Los pacientes hablan con relación al buen trato y a la relación adecuada con su profesional de la Medicina Familiar como “basta que nos reciba con calidez

para hacernos sentir mejor” y “...vamos a algún lugar donde nos tratan bien, creo que hasta las enfermedades se nos van”, hacen referencia también al “efecto placebo” que pueden generar las relaciones empáticas y la humanidad del profesional. “escuchar con el tercer oído y ver con el ojo de la mente” (38).

De las ideas que se repiten casi textualmente y con frecuencia está el médico en los zapatos del paciente, idea que viene desde los inicios de la vida moral del ser humano, el niño aprende a dirigir su conducta con la “regla de oro”: “no hagas a otros lo que no desees te hagan a ti”, atribuida a Confucio y al libro judío del Talmud. El profesional al incumplir con estas normas morales se gana la sanción subjetiva de la duda de sus competencias, conocimientos o capacidades y en una etapa final hasta de ser calificado como “mal médico” (96). Los médicos en forma general están llamados a tener un perfil humanístico, empleando una actitud de benevolencia en todo contacto con su paciente.

Existen competencias sociales y culturales que no fueron expuestas como tal, pero que fueron percibidas por los grupos focales y que el médico familiar debe tener; no se estudian, no se aprenden en la universidad, son rasgos multifactoriales y que vienen desde la infancia del individuo. Estas involucran la ética, los valores y fundamentalmente conocimiento de las normas sociales y legales del contexto sociocultural que se encuentre. (42,61,99)

## Análisis evaluativo

Los mejores resultados que evalúan el cuidado en salud se ven en los sistemas que involucran la atención primaria y al MF como actor activo (100), estos finalmente se pueden relacionar en tres ámbitos: impacto en la **salud**, **satisfacción** del usuario y la reducción de los **costos** (101), los participantes de los grupos focales percibieron las competencias y las asociaron a estos aspectos:

**Tabla 18: Análisis de las competencias e ideas de los grupos focales por los resultados en el cuidado en salud**

	Competencia CanMEDS-FM	Ideas grupos focales
Impacto en la <b>salud</b>	Experto en Medicina Familiar Investigador Persona y profesional Comunicador	Confianza en el médico familiar, preguntas pertinentes y examen físico al paciente, dar ánimos, buen trato, médico conozca al paciente, consejos de salud
<b>Satisfacción</b> del usuario	Experto en Medicina Familiar Comunicador Colaborador Persona y profesional	Obtener un diagnóstico, curarse o aliviarse, que soliciten exámenes, buen tratamiento, compartir criterios y respetar preferencias del paciente, buen trato, llamada telefónica por parte del médico familiar, seguimiento y disponibilidad para el paciente, darle importancia al paciente, explicar adecuadamente, preocupación por el paciente
Reducción de los <b>costos</b>	Experto en Medicina Familiar Gestor Defensor de la salud y el paciente	Consejos de salud, conocer al paciente, exámenes y medicinas necesarias

Elaborado por: Daniela Guevara/Felipe Moreno-Piedrahita, 2015.

# CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

## CONCLUSIONES

La Medicina Familiar es una especialidad social, que se centra en la persona como parte de una sociedad y que involucra el ámbito cultural y emocional, prioriza la atención del individuo, no de las patologías, así como los factores determinantes de su salud.

Los pacientes asumen que la formación universitaria y la especialización determinan que el médico familiar cumpla con las competencias profesionales necesarias pero consideran que las competencias del área afectiva son determinantes en la relación médico familiar-paciente.

El perfil académico del especialista no posee las competencias necesarias en el campo social, ético y personal que los pacientes perciban como adecuado.

El médico de familia debe capacitarse y desarrollar habilidades técnicas e interpersonales para llegar al paciente.

Los pacientes asocian las competencias que generan sentimientos de confianza, empatía y seguridad con mayor cumplimiento terapéutico, continuidad y a un mejor cuidado de su salud.

Una adecuada relación entre el médico de familia y el paciente depende del cumplimiento y el compromiso de las dos partes.

Los pacientes buscan como objetivo final en toda atención médica curarse o la ayuda con sus problemas de salud y utiliza esto como un parámetro para evaluar la calidad del profesional.

Los pacientes afianzan la necesidad del fortalecimiento del modelo de atención primaria, basados en que el eje principal del cuidado es la persona y que se asocia a efectividad, eficiencia y calidad.

El concepto del médico de familia y sus competencias no está socializado y entendido totalmente en nuestro medio, razón por la que está subutilizado y considerado únicamente como un profesional de referencia a otros especialistas y no de tratamiento integral.

De forma general se puede encontrar que las competencias que perciben los pacientes se apegan al perfil profesional que tiene el médico familiar en nuestro país.

El mandil es el símbolo de la profesión médica en todas las especialidades y es sinónimo de responsabilidad con el paciente, ellos esperan que sea bien utilizado.

Competencias sociales y culturales del médico de familia son frecuentemente percibidas como importantes por los pacientes, su adecuado desempeño no depende de conocimientos académicos sino de múltiples factores actitudinales y propios del individuo.

El mandil es una representación del médico, es un símbolo muy asociado indistintamente de la especialidad, su buen uso es una identificación y genera confianza en el paciente.

Los usuarios en general prefieren a un médico familiar de su mismo género para consultas que tengan que ver con sus áreas genitales, se hallan ideas que las asocian al pudor y a la confianza; los otros posibles escenarios no tienen preferencia, se reconoce las competencias profesionales indistintamente del sexo del profesional.

## RECOMENDACIONES

1. Dentro de la malla curricular, herramientas de evaluación y retroalimentación de pregrado y postgrado se deberían incluir las competencias interpersonales que tienen que ver con la humanidad del médico, así como la relación empática con el paciente.
2. Se debe difundir tanto a nivel privado como público el concepto de Medicina Familiar, sus funciones, competencias y beneficios con los usuarios y otros profesionales.
3. Se deben fortalecer las competencias y habilidades comunicacionales en los médicos familiares.
4. Se deben generar espacios de intercambio de ideas en donde confluyan los usuarios de los servicios de atención en Medicina Familiar tanto públicos como privados para recoger sus opiniones, demandas y expectativas en cuanto a la atención médica y del sistema.
5. Evitar la masificación de las facultades para que no se descuide la formación y vigilancia del médico familiar como profesional humano, con competencias sociales y culturales adecuadas.
6. Se debería estimular el desarrollo de nuevas investigaciones científicas en cada uno de los centros de formación para poder conocer las circunstancias de cada uno, que sean la base para

fortalecer la atención primaria y conocer las necesidades de la comunidad frente al médico de familia.

7. Evaluar desde la perspectiva de los profesionales en formación el conocimiento y la habilidad que poseen para desarrollar las competencias en el ámbito profesional.
8. Se necesitan más estudios en este ámbito tomando como punto de partida estas conclusiones que podrían ser válidas para estudios cuantitativos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Villalbí JR, Pasarín M, Montaner I, Cabezas C, Starfield B, Trabajo D, et al. Evaluación de la atención primaria de salud. Atención Primaria. 2003;
2. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. Milbank Q [Internet]. 2005 Sep;83(3):457–502. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x>
3. Román A O, Pineda R S, Señoret S M. Perfil y número de médicos generales que requiere el país. Rev Med Chil [Internet]. 2007 Sep;135(9):1209–15. Available from: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872008000900021&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872008000900021&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
4. Viceministerio de Gobernanza y Vigilancia de la Salud. Perfil profesional del médico general para el sistema nacional de salud. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. 2013.
5. Proyecto Tuning América Latina 2004 - 2007. Reflexiones y perspectivas de la educación superior en América Latina. Inf Final Tuning—América Lat [Internet]. 2007;1–432. Available from: [http://www.tuningal.org/es/publicaciones/doc\\_details/119-educacion-superior-en-america-latina-reflexiones-y-perspectivas-en-medicina-espanol](http://www.tuningal.org/es/publicaciones/doc_details/119-educacion-superior-en-america-latina-reflexiones-y-perspectivas-en-medicina-espanol)
6. Smith RC. The biopsychosocial revolution. J Gen Intern Med [Internet]. Springer; 2002 Apr 1 [cited 2015 Sep 5];17(4):309–10. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1495036/>
7. College of Family Physicians of Canada. Four principles of family medicine [Internet]. College of Family Physicians of Canada. 2006 [cited 2015 Jun 11]. Available from: <http://www.cfpc.ca/Principles/>
8. Rosser W. Sustaining the 4 principles of family medicine in Canada. Can Fam Physician [Internet]. 2006 Oct [cited 2015 Sep 5];52(10):1191–2, 1196–7. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1783599&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
9. Ledesma F, Flores O. Medicina Familiar : la auténtica especialidad en atención médica primaria. 2008;116(4):330–40.
10. Gérvas J, Starfield B, Minué S, Violan C, Innovación D, Primaria A. Algunas causas ( y soluciones ) de la pérdida de prestigio de la medicina general / de familia . Contra el descrédito del héroe. 2007;39(11):615–8.

11. Garza-Elizondo T, Ramirez-Aranda J. Proceso para llegar a ser enfermo y paciente : una perspectiva desde la Medicina Familiar. Arch en Med Fam. 2004;6(2):57–60.
12. Fernández-Juárez G. Salud e Interculturalidad en América Latina: Perspectivas Antropológicas. AB. 2004;176.
13. Fernández Juárez G. Salud e Interculturalidad en América Latina. Antropología de la Salud y Crítica Intercultural. 1era edici. ABYA YALA, editor. ABYA YALA. Quito: ABYA YALA; 2006. 450 p.
14. Ribé Buitrón JM. ¿Qué fue de los tradicionales grupos Balint? En defensa de la perspectiva Balint y una metodología adaptada en los espacios de coordinación con Atención Primaria. Norte salud Ment [Internet]. 2012;X(44):13–27. Available from: <http://antigua.ome-aen.org/norte/44/4 Grupos Balint.pdf>
15. Macinko J, Montenegro H, Nebot Adell C, Etienne C. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Rev Panam Salud Pública [Internet]. 2007 Mar;21(2-3):73–84. Available from: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892007000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892007000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
16. Royen P Van, Beyer M, Chevallier P, Eilat-Tsanani S, Lionis C, Peremans L, et al. The research agenda for general practice/family medicine and primary health care in Europe. Part 3. Results: Person centred care, comprehensive and holistic approach. Eur J Gen Pract [Internet]. 2010 Jun;16(2):113–9. Available from: <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/13814788.2010.481018>
17. Mira JJ, Aranaz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. Med Clin (Barc) [Internet]. 2000;114(Supl 3):26–33. Available from: [http://calite-revista.umh.es/indep/web/satisf\\_paciente.pdf](http://calite-revista.umh.es/indep/web/satisf_paciente.pdf)
18. Feletti G, Firman D, Sanson-Fisher R. Patient satisfaction with primary-care consultations. Journal of behavioral medicine. In: Mira, J La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria Medicina Clínica 2000;114 (Supl 3):26-33. 1986. p. 389–99.
19. Loayssa Lara JR, Ruiz Moral R, González García F. Teoría en la acción sobre la relación con el paciente. Una perspectiva diferente de representar y entender el comportamiento del médico de familia en la consulta. Atención Primaria [Internet]. 2015 May;47(5):279–86. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656714002662>

20. Rabanaque Mallén G, García Domingo C, Martínez Perpiñá S, Dolz Domingo A, Ordoño Domínguez F, Rubio Sanjaime P. ¿Qué opinión tienen los usuarios de la presencia de los médicos residentes en las consultas de atención primaria? *Atención Primaria*. 2005. p. 25–30.
21. Rey-Gamero A, Acosta-Ramírez C. El enfoque de competencias para los equipos de Atención Primaria en Salud. Una revisión de literatura. *Rev Gerenc Polit Salud [Internet]*. 2011;12(25):28–39. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/545/54529181003.pdf>
22. Casado Vicente V. [The Family and Community Medicine goes to University]. *Aten Primaria [Internet]*. Elsevier; 2015 Jan 1 [cited 2015 Aug 18];47(7):393–5. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-la-Medicina-Familiar-comunitaria-va-90435222>
23. Romero N, Díaz R, Tinoco E, Valle M. La medicina Familiar en Ecuador. *Atención Primaria [Internet]*. 2006 Nov;38(9):515–6. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0212656706705649>
24. OMS/UNICEF. DECLARACIÓN DE ALMA-ATA [Internet]. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. 1978. Available from: [http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS\\_Alma\\_Atad-Declaracion-1978.pdf?ua=1](http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS_Alma_Atad-Declaracion-1978.pdf?ua=1)
25. Ministerio de Salud Pública Ecuador. Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) [Internet]. Quito; 2012 [cited 2015 Sep 8]. Available from: [http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/M anual\\_MAIS-MSP12.12.12.pdf](http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/M anual_MAIS-MSP12.12.12.pdf)
26. WONCA Europe. La definición europea de Medicina General / Medicina de Familia. In: Características clave de la disciplina de Medicina General, el papel del médico generalista y una descripción de las competencias centrales del médico generalista / médico de familia. 2005.
27. Starfield B, Shi L. Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health Policy [Internet]*. 2002 Jun;60(3):201–18. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11965331>
28. Calderón Gómez C, Retolaza Balsategui A, Payo Gordon J, Bacigalupe De La Hera A, Zallo Atxutegi E, Mosquera Metcalfe I. Perspectivas de los pacientes diagnosticados de depresión y atendidos por médicos de familia y psiquiatras. *Atención Primaria [Internet]*. 2012 Oct;44(10):595–602. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0212656712001126>

29. McWhinney IR. Teaching the principles of family medicine. *Can Fam Physician* [Internet]. 1981 May [cited 2015 Sep 5];27:801–4. Available from:  
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2305997&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
30. College of Family Physicians of Canada. CFPC's Task Force on Curriculum report - The Four principles of family medicine. In: Perkin R, editor. *CFPC Milestones* [Internet]. Canada: Perkin, R.; 1985. Available from: <http://www.cfpc.ca/Milestones/>
31. Accreditation Council for Graduate Medical Education. Resident / Fellow Survey. *Med Educ* [Internet]. 2011;1–6. Available from: <http://www.acgme.org/acgmeweb/tabid/132/ProgramandInstitutionalAccreditation/MedicalSpecialties/FamilyMedicine.aspx>
32. Tannenbaum D, Kerr J, Konkin J, Organek A, Parsons E, Saucier D, et al. Triple C competency-based curriculum. Report of the Working Group on Postgraduate Curriculum Review – Part 1. *Coll Fam Physicians Canada*. 2011;
33. Real Academia Española. *Diccionario de la Lengua Española - Vigésima Segunda edición* [Internet]. versión electrónica - 22.<sup>a</sup> edición. 2012. Available from:  
<http://www.rae.es/RAE/Noticias.nsf/Home?ReadForm>
34. Herrera Gómez M. La relación social como categoría de las ciencias sociales. *Reis Rev española Investig sociológicas* [Internet]. 2000;(90):37–77. Available from:  
<http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/757639.pdf>
35. Yáñez Gallego R, Osorio Baeza J, Ibarretxe-Antuñano I. Conceptualización metafórica de la confianza interpersonal. *Univ Psychol* [Internet]. 2008;7(1):43–56. Available from:  
[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1657-92672008000100005&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1657-92672008000100005&script=sci_arttext)
36. Lewis JD, Weigert A. Trust as a Social Reality. *Soc Forces* [Internet]. 1985 Jun 1;63(4):967–85. Available from:  
<http://sf.oxfordjournals.org/cgi/doi/10.1093/sf/63.4.967>
37. Ceitlin J. *La Medicina de Familia en el Mundo*. 1997;
38. Mohammadreza H. Empatía en el cuidado del paciente. *MANUAL MODERNO*, editor. *MANUAL MODERNO*; 2012. 328 p.
39. Mercer SW, Reynolds WJ. Empathy and quality of care [Internet]. *British Journal of General Practice*. 2002. p. 9–12. Available from:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1316134/pdf/12389763.pdf>

40. Irigoin M, Tarnapol L, Faulkner D, Coe G. Mapa de competencias de la comunicación para el desarrollo y el cambio social: Conocimientos, habilidades y actitudes en acción. 2002;87. Available from: [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/infodir/mapa\\_competencias\\_comunicacion.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/infodir/mapa_competencias_comunicacion.pdf)
41. Epstein RM, Hundert EM. Defining and assessing professional competence. JAMA [Internet]. 2002;287(2):226–35. Available from: [http://medprof.bjmu.edu.cn/xsqy/30\\_JAMA\\_professional.competence.pdf](http://medprof.bjmu.edu.cn/xsqy/30_JAMA_professional.competence.pdf)
42. Osorio-Merchán, May. López A. Competencia cultural en salud: necesidad emergente en un mundo globalizado. Index Enferm [Internet]. 2008;17(4):266–70. Available from: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962008000400010&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000400010&lng=es)
43. Análida E. COMPETENCIAS EN EDUCACIÓN UNIVERSITARIA. Revista de la Asociación Colombiana para la Investigación en Educación en Ciencias y Tecnología EDUCyT. Colombia; 2010;2.
44. Del Solar M. EL CURRÍCULUM DE COMPETENCIAS EN LA EDUCACIÓN SUPERIOR: DESAFÍOS Y PROBLEMÁTICA. Rev Investig Educ Latinoam [Internet]. 2005;36(1):172–91. Available from: <http://pensamientoeducativo.uc.cl/index.php/pel/article/view/343/742>
45. Ros Martrat E. Las competencias profesionales adquiridas en medicina Familiar y comunitaria. Una mirada desde tutores y residentes. Educ Médica [Internet]. 2004;7(4):125–31. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/edu/v7n4/original1.pdf>
46. Harari R, Gherzi R, Comi N, Banguera M. Trabajo y salud en Ecuador: antecedentes, experiencias, perspectivas [Internet]. Quito; 2000. Available from: <http://repository.unm.edu/handle/1928/12943>
47. Frank JR, Frcpc M a E. The CanMEDS 2005 Physician Competency Framework. Framework. 2005. 1-40 p.
48. The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. CanMEDS 2015 Timeline [Internet]. Evolving the CanMEDS Framework. 2015 [cited 2015 Jul 2]. Available from: <http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/canmeds/canmeds2015/overview>
49. Verkerk MA, de Bree MJ, Mourits MJE. Reflective professionalism: interpreting CanMEDS' "professionalism". J Med Ethics [Internet]. 2007

Nov [cited 2015 Jan 28];33(11):663–6. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2598097&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

50. Tysinger J. USING THE ACGME CORE COMPETENCIES TO ASSESS FAMILY MEDICINE RESIDENTS. *Pan-American Fam Med Clin*. 2005;1:85–92.
51. Adam MI. *The Scottish Doctor*. Scottish Deans' Medical Education Group, editor. 2011. 1-20 p.
52. Whitehead C, Martin D, Fernandez N, Younker M, Kouz R, Frank J, et al. Integration of CanMEDS Expectations and Outcomes. Members FMEC PG Consort. 2011;
53. University of Toronto. CanMEDS [Internet]. Medicine, University of Toronto. [cited 2015 Aug 12]. Available from: <http://www.deptmedicine.utoronto.ca/canmeds.htm>
54. Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. CanMEDS: better standards, better physicians, better care [Internet]. 2014 [cited 2015 Aug 12]. Available from: <http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/resources/aboutcanmeds>
55. Beaulieu M-D, Samson L, Rocher G, Rioux M, Boucher L, Del Grande C. Investigating the barriers to teaching family physicians' and specialists' collaboration in the training environment: a qualitative study. *BMC Med Educ* [Internet]. 2009;9(1):31. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1472-6920/9/31>
56. Royal College of Physicians and Surgeons of Canada Working Group On Curriculum Review. CanMEDS - Family Medicine [Internet]. 2009. Available from: <http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/CanMeds FM Eng.pdf>
57. Department of Family Medicine U of O. Ottawa Family Medicine Residency Competency-based Curriculum [Internet]. 2015. p. 02 Sept 2015. Available from: <http://familymedicine.uottawa.ca/curriculum-framework/>
58. American Academy of Family Physicians. Health Promotion and Disease Prevention. Recomm Curric Guidel Fam Med Resid [Internet]. 2014; Available from: [http://www.aafp.org/dam/AAFP/documents/medical\\_education\\_residency/program\\_directors/Reprint267\\_Health.pdf](http://www.aafp.org/dam/AAFP/documents/medical_education_residency/program_directors/Reprint267_Health.pdf)
59. Loxterkamp D, Snider B. What doctors have in common with architects--part 1: A manual art. *BMJ* [Internet]. 2015;350(apr07

- 15):h1810–h1810. Available from:  
<http://www.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bmj.h1810>
60. Al Odhayani A, Ratnapalan S. Teaching communication skills. *Can Fam Physician* [Internet]. College of Family Physicians of Canada; 2011 Oct;57(10):1216–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3192093/>
  61. Saha S, Beach MC, Cooper LA. Patient centeredness, cultural competence and healthcare quality. *J Natl Med Assoc.* 2008;100(11):1275–85.
  62. Jovell AJ. Medicina basada en la afectividad. *Med Clin (Barc)* [Internet]. Elsevier; 1999 Jul 10 [cited 2015 Jul 15];113(5):173–5. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-medicina-basada-afectividad-2828>
  63. Mulley AG, Trimble C, Elwyn G. Stop the silent misdiagnosis: patients' preferences matter. *BMJ* [Internet]. 2012 Nov 8;345(nov07 6):e6572–e6572. Available from: <http://www.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bmj.e6572>
  64. Cervera VC. Ética Clínica, una nueva metodología de Jonsen, Siegler y Winslade. *Bioètica debat Trib abierta del Inst Borja Bioètica* [Internet]. 2011;17(64):17–9. Available from: [http://www.raco.cat/index.php/BioeticaDebat\\_es/article/view/257101](http://www.raco.cat/index.php/BioeticaDebat_es/article/view/257101)
  65. Thompson J. ética biomédica. *Sociedad Colombiana de Pediatría Programa educación continua en Pediatría, Año 5 Módulo 4* [Internet]. 2006;15–34. Available from: [http://www.scp.com.co/precop/precop\\_files/modulo\\_5\\_vin\\_4/15-34.pdf](http://www.scp.com.co/precop/precop_files/modulo_5_vin_4/15-34.pdf)
  66. Leatt P. Physicians in health care management: 1. Physicians as managers: roles and future challenges. *CMAJ.* 1994;150(2):171–6.
  67. Bakić-Mirić N, Bakić N. SUCCESSFUL DOCTOR-PATIENT COMMUNICATION AND RAPPORT BUILDING AS THE KEY SKILLS OF MEDICAL PRACTICE. *FACTA Univ* [Internet]. 2008;15(2):74–9. Available from: <http://facta.junis.ni.ac.rs/mab/mab200802/mab200802-08.pdf>
  68. Bendapudi NM, Berry LL, Frey K a, Parish JT, Rayburn WL. Patients' perspectives on ideal physician behaviors. *Mayo Clin Proc* [Internet]. 2006;81(3):338–44. Available from: [http://www.mayoclinicproceedings.org/article/S0025-6196\(11\)61463-8/pdf](http://www.mayoclinicproceedings.org/article/S0025-6196(11)61463-8/pdf)
  69. Green M, Zick A, Makoul G. Defining professionalism from the perspective of patients, physicians, and nurses. *Acad Med.* 2009;84(5):566–73.

70. Huygen FJA, Mokkink HGA, Smits AJA, Van Son JAJ, Meyboom WA, Van Eyk JTM. Relationship between the working styles of general practitioners and the health status of their patients. *Br J Gen Pract* [Internet]. 1992;42(357):141–4. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1371890/pdf/brjgenprac00057-0007.pdf>
71. Tristán J, Ruiz F, Villaverde C, Maroto R, Jiménez S, Tristán R. Symbolic content of the white medical coat. *Gaz Antropol* [Internet]. 2007;23(16):1–10. Available from: [http://www.gazeta-antropologia.es/wp-content/uploads/G23\\_16JuanMiguel\\_Tristan\\_y\\_otros.pdf](http://www.gazeta-antropologia.es/wp-content/uploads/G23_16JuanMiguel_Tristan_y_otros.pdf)
72. Muñoz-ronda F, Jiménez-rodríguez D. La imagen física de las enfermeras y su influencia en la dinámica de las instituciones sanitarias. *Tempus vitalis Rev Electrónica Int para el Cuid del paciente crítico* [Internet]. 2008;8(1):5–16. Available from: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3724968>
73. Medrano J. Reflexiones nerviosas: La importancia de la ropa: (I). Pacientes y médicos. *Rev la Asoc Española Neuropsiquiatría* [Internet]. 2010;30(3):132–41. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v31n1/10.pdf>
74. Fernández-Juárez G. Cirugía y pueblos amerindios: Un reto intercultural. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2010;27(1):102–13.
75. Gooden BR, Smith MJ, Tattersall SJN, Stockler MR. Hospitalised patients' views on doctors and white coats. *Med J Aust*. 2001;175(4):219–22.
76. Lill MM, Wilkinson TJ. Judging a book by its cover: descriptive survey of patients' preferences for doctors' appearance and mode of address. *BMJ*. 2005;331(7531):1524–7.
77. Ahmad F, Gupta H, Rawlins J, Stewart DE. Preferences for gender of family physician among Canadian European-descent and South-Asian immigrant women. *Fam Pract*. 2002;19(2):146–53.
78. Delgado A, Martínez-Cañavate T, García V, Frías J, Rueda T, Morata J. Patient preference and stereotype about the gender of the family physician [Internet]. *Atencion primaria / Sociedad Espanola de Medicina de Familia y Comunitaria*. 1999 [cited 2015 Mar 23]. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-preferencias-estereotipos-los-pacientes-sobre-14774>
79. Preston C, Cheater F, Baker R, Hearnshaw H. Left in limbo: patients' views on care across the primary/secondary interface. *Qual Saf Heal*

- Care [Internet]. 1999 Mar 1;8(1):16–21. Available from: <http://qualitysafety.bmj.com/lookup/doi/10.1136/qshc.8.1.16>
80. Pichert JW, Miller CS, Hollo AH, Gauld-Jaeger J, Federspiel CF, Hickson GB. What health professionals can do to identify and resolve patient dissatisfaction. *Jt Comm J Qual Improv* [Internet]. 1998;24(6):303–12. Available from: [https://www.researchgate.net/publication/13632573\\_What\\_health\\_professionals\\_can\\_do\\_to\\_identify\\_and\\_resolve\\_patient\\_dissatisfaction](https://www.researchgate.net/publication/13632573_What_health_professionals_can_do_to_identify_and_resolve_patient_dissatisfaction)
  81. Abreu L, Cid A, Herrera G, Lara J, Laviada R, Rodríguez C, et al. Perfil por Competencias del Médico General Mexicano [Internet]. Elsevier MDMS., editor. A.C. México; 2008. Available from: <http://www.amfem.edu.mx/intranet/descargas/competencias.pdf>
  82. Prieto Rodríguez MÁ, Danet Danet A, Escudero Carretero MJ, Ruiz Azarola A, Pérez Corral O, García Toyos N. Definición de competencia médica según pacientes crónicos del sistema sanitario público de Andalucía. *Gac Sanit* [Internet]. SESPAS; 2012 Sep;26(5):450–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.02.007>
  83. Gérvas J, Pérez Fernández M. ¿Tiene ud. médico de cabecera? [Internet]. *Primum non nocere*. 2015 [cited 2015 Aug 26]. Available from: <https://rafabravo.wordpress.com/2011/07/12/%C2%BF-tiene-ud-médico-de-cabecera/>
  84. Di Blasi Z, Harkness E, Ernst E, Georgiou A, Kleijnen J. Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. *Lancet* [Internet]. 2001;357(9258):757–62. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11253970>
  85. Hurwitz B, Vass A. What's a Good Doctor, and How Can You Make One? *Br Med J* [Internet]. 2002;325((7366)):667–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1124203/?report=reader>
  86. Epele M. El tratamiento como palimpsesto: Cuando la medicalización se convierte en crítica “políticamente correcta.” *Cuad Antropol Soc* [Internet]. 2013;38. Available from: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1850-275X2013000200001](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1850-275X2013000200001)
  87. Rosenow EC. The challenge of becoming a distinguished clinician. *Mayo Clin Proc* [Internet]. 1999;74(6):635–7. Available from: [http://www.mayoclinicproceedings.org/article/S0025-6196\(11\)64141-4/fulltext](http://www.mayoclinicproceedings.org/article/S0025-6196(11)64141-4/fulltext)
  88. Cabana MD, Jee SH. Does continuity of care improve patient outcomes? *J Fam Pract*. 2004;53(12):974–80.

89. Safran DG. Defining the future of primary care: What can we learn from patients? *Ann Intern Med.* 2003;138(3):248–55.
90. Bower P, Roland M, Campbell J, Mead N. Setting standards based on patients' views on access and continuity: secondary analysis of data from the general practice assessment survey. *BMJ.* 2003;326(7383):258.
91. Krupat E, Bell RA, Kravitz RL, Thom D, Azari R. When physicians and patients think alike: patient-centered beliefs and their impact on satisfaction and trust. *J Fam Pract.* 2001;50(12):1057–62.
92. Hogg MA, Graha MH, Vaughan GM, Morando MH. *Psicología social.* 5ta edició. Editorial Médica Panamericana S.A., editor. Madrid: Editorial Médica Panamericana S.A.; 2010. (765) p.
93. Jayme M, Sau V. La construcción psicosocial del sexo: el género. In: Icaria, editor. *Psicología diferencial del sexo y el género: fundamentos.* Icaria; 1996. p. 49–99 (344).
94. Makoul G, Zick A, Green M. An evidence-based perspective on greetings in medical encounters. *Arch Intern Med.* 2007;167(11):1172–6.
95. Clemente Carrion A, Córdoba A, Collado A. Diferencias en la percepción de influencia de los acontecimientos vitales en hombres y mujeres. *Rev Latinoam Psicol [Internet].* 2003;35(1). Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80535102>
96. Cruells J. Conceptos en bioética médica. In: *Conceptos de bioética y responsabilidad médica [Internet].* 3ra edició. México: Editorial El Manual Moderno; 2005. p. 5–12. Available from: <https://books.google.com.ec/books?id=P0THCQAAQBAJ>
97. Tarrant C, Stokes T, Baker R. Factors associated with patients' trust in their general practitioner: a cross-sectional survey. *Br J Gen Pract [Internet].* 2003 Oct [cited 2015 Sep 6];53(495):798–800. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1314714&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
98. Quezada F. *Cartas a un joven médico [Internet].* México: Penguin Random House Grupo Editorial; 2014. 224 p. Available from: <https://books.google.com.ec/books?id=xMbiAwAAQBAJ>
99. Sutton M. Cultural Competence. *Fam Pr Manag [Internet].* 2000;7(9):58–60. Available from: <http://www.aafp.org/fpm/2000/1000/p58.html>

100. Starfield B. Is primary care essential? Lancet [Internet]. 1994;344(8930):1129–33. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673694906343>
101. Burton T. Why process measures are often more important than outcome measures in healthcare. Heal Catal Qual Process Improv [Internet]. 2015; Available from: <https://www.healthcatalyst.com/process-vs-outcome-measures-healthcare>

## **ANEXOS**

**Anexo 1: Tabla consolidada de las ideas de los cuatro grupos focales según categorías de análisis**

COMPETENCIA	CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA	IDEAS EA-M	IDEAS CV-M	IDEAS EA-H	IDEAS CV-H
<b>Cognitiva</b> (Experto en Medicina Familiar + Investigador)	<b>Historia clínica</b>	<b>Anamnesis</b>	Conoce mis enfermedades Conoce mi medicina Preguntas pertinentes	Saber profundidad síntomas Averigüe bien	Me pregunta	Historia clínica completa Desde los abuelitos Preguntas correspondientes Historia familiar Conoce directamente paciente
		<b>Exploración física</b>	Que me revise Examinar Examen físico Me toca las piernas y ve los brazos Me ausculta Tener y usar equipos	Examine Ausculte Le chequeen Que me revise Examen físico	Examinar Examinar exhaustivamente Me revisaba	Te revisa
		<b>Diagnóstico</b>	Exámenes Agote recursos necesarios Exámenes cada año	Análisis Buscar razón Buscar el por qué? Saber causa Explicar exámenes	Detectar a tiempo Hacer todo necesario	Dar en el clavo Me dé un diagnóstico
		<b>Tratamiento</b>	Siempre me da solución Cuidarse Curarse Sentirse mejor Remedios que me da Terapia Rehabilitación No muchas pastillas No le esté remitiendo Me haga bien Remedios fuertes Indicaciones escritas Claro	Solución Sanar Interés en curar Sobrellevar enfermedad Seguimiento enfermedad Buen tratamiento Lograr salir Mejorar Encontrar mejoría Economía de paciente Medicamentos acertados Fe en tratamiento	Buenos medicamentos Restablece a uno Pasar malestares Me cure Da remedios Da medicación Pastillas que me manda Prohibió caminar cuesta Sanar Receta que cumple	Tomar resoluciones Resultados positivos Curar enfermedad física Curarle De calidad Curarse Recibir ayuda Chequeo

			Individual Preferencias paciente Negociar Compartir criterio de paciente		todo Medicina correcta Cantidad necesaria Negociar medicación Me haga bien Que me sane	
	Atención profesional	Integralidad y continuidad	Consejero Me ayuda psicológicamente Nos da solución Médico de cabecera Conoce mi carácter Atención a la familia Me conocía toda una vida Me cogió el turno Mantener en buen estado Haga seguimiento	Como avanza Como sigue Observar varios aspectos Analizar todo en conjunto Compartir mis emociones Manejo día a día Paso a paso Mucho tiempo Persona y familia Saber guiar Aconsejar Te vamos a dar todo Director de orquesta	Incluido con uno mismo Me cuida Llevar mi enfermedad Seguimiento Conocer a paciente Varios problemas que se tenga Le guía Puede explicarle todo	Llegar al espíritu Acompañar transcurso de la vida Acompañar final vida Aspecto emocional Tratar ser humano en forma total Ser una guía Multidisciplinario Atención a todo el ser humano No solo lo biológico Factores psicológicos, biológicos y sociales unidos Médico que te conoce Manejo emocional
		Conocimiento, capacitación y actualización	Siempre capacitándose Al día con la medicina Capacitarse medicina natural Conocimiento medicina occidental y natural	Conocimiento suficiente Estudiar todos los días Actualización permanente Acompañamiento Sabe lo que está pasando Fuente información Retroalimentarse No evadir respuesta No cantinflear Muy empapado	Me da buenos medicamentos Sabe lo que es Tener experiencia Me trate bien Conocer pronto enfermedad Estar perfectamente No me duele Me siento bien Dar con la medicina	Solvencia de conocimientos Especializarse Vivir actualizado Gran experiencia Conozca su materia Científico dentro del campo Continuamente investigando Conociendo cada vez

				<b>Paciente se da cuenta</b> <b>Nombres medicinas</b> <b>No quedarse estancado</b> <b>Seguir estudiando</b> <b>Tener experiencia</b> <b>Por el bien del paciente</b> <b>Investigar</b> <b>Responder preguntas</b> <b>No dudar</b> <b>A la par con la medicina</b> <b>Estar al día</b>	<b>Calidad de médico</b> <b>Acertar en la dolencia</b> <b>Diagnóstico más exacto</b> <b>Actualización</b> <b>Cursos</b> <b>Curriculum</b> <b>Experiencia</b> <b>Preparación profesional</b> <b>Título académico</b> <b>Certificados</b> <b>Revisar en internet</b> <b>Estudios internacionales</b> <b>Postgrado</b> <b>Esta al día</b> <b>Preparado</b> <b>Joven sin experiencia</b> <b>Viejo desactualizado</b> <b>Habilidad diagnostico</b>	<b>más</b> <b>Ser dedicado</b> <b>Conocimiento académico</b> <b>Conocer su materia</b> <b>No demasiada especialidad</b> <b>Conocimientos todo organismo</b> <b>Solvencia técnica</b> <b>Prepararse constantemente</b> <b>Autoeducación</b> <b>Constante aprendizaje</b> <b>Actualización conocimientos</b> <b>Aprendizaje empírico</b> <b>Práctica diaria</b> <b>Calidad profesional</b> <b>Experto profesional</b>
--	--	--	--	---	--	---

<b>Relacional y Comunicacional (Comunicador y colaborador)</b>	<b>Lenguaje, Comunicación con el paciente y su entorno</b>		<p>Explicarnos con habilidad No lastime con sus palabras Me explica Explica lo que tengo No Lenguaje poco amable Perceptivo Lenguaje corporal Forma como dice Explica directo al familiar Me sabe hablar Familia entienda enfermedad Que le escriban todo Ser discreto Asertividad Gestos que matan Hacer caso Conversaba como en confianza</p>	<p>Expresarse Abrirnos Buenas palabras Llama Sea didáctico No terminología medica Explicar con dibujos Se hace entender Información concreta Real Manejar la información No ocultar información Forma de decir las cosas</p>	<p>Conversar Charlar Explicar En buen tono Enérgico pero no grosero Palabras suaves Palabras entendibles No palabras técnicas</p>	<p>Llegar al sujeto Directo en diagnóstico No dorar la píldora Noticias completas No dar falsas esperanzas Decir cosas como son Relación directa Sinceridad Saber realidad Forma como decirlo Decir directamente Forma no brusca No grosero No déspota Experto en relaciones humanas Respeto información a parientes Tener tino Tener tacto extraordinario</p>
	<b>Uso de tecnología y herramientas para el cuidado del paciente</b>	<b>Comunicación telefónica y con medios electrónicos</b>	<p>Llamada telefónica Llama a casa Da seguridad Indica que está pendiente Me da confianza Tome molestia de llamar Recordar medicina Recordar cita</p>	<p>Teléfono da seguridad Interrupción consulta Medio comunicación Dar instrucciones medicas Interconsulta</p>	<p>Comunicarse con médico Interrupción no problema si emergencia Averiguar cómo sigue Llamar médico Recordar medicación Seguimiento pacientes Recordar cita médica</p>	<p>Teléfono: Apoyo secundario Explicación indicaciones Instrucciones</p>
		<b>Herramientas de apoyo en el cuidado del paciente</b>		<p>Inseguridad Recetar con polla Buscar opciones tratamiento Necesario</p>	<p>Joven utiliza tecnología Demuestra inseguridad Información importante Seguridad</p>	<p>Uso en consulta: Más seguridad Demuestra que no sabe</p>

Integradora (Gestor y Defensor de la salud y el paciente)	Promoción y Prevención		Ayudar cuidar mi salud Indicar como comer bien Desaprender lo que aprendí mal Comida me quito grasas Me prohibió café Exámenes cada año	Cúidese mejor Aconsejar que comer Tiene que cuidarse		Preocupado de su salud
Afectivo / Ético / Personal (Persona y profesional)	Conducta afectiva	Comportamiento profesional y personal	<p>Profesional Trato con educación Sonrisa Confidente Me recibe bien Lindo, Chévere Trato con cariño Trato con amor Trate bien Disponibilidad No ser duros Buen carácter Responder saludo Atender muy bien Preocupado por paciente No Ser bravo Calidez Entiende lo que uno tiene Trato bien con todos Pendiente del paciente Trato cortés</p> <p>No sea apurado No critique No confanzudo</p>	<p>Forma de tratar No estar enfadado Buen carácter Que no de miedo Muestra interés Demuestra preocupación Miembro de la familia Prestar interés Darle importancia Humano Dar ánimos para vivir Carisma Buen trato Respeto mutuo Persistente Buena persona Buen humor Presentarse Ordenado De seguridad Prudente Seguro, no vacilar No ser grosero Tomar tiempo atención No estar de apuro Cariño del médico Salude Conteste Educación Cultura</p>	<p>Da tranquilidad Ser minucioso Darse tiempo atención Sabe tratarme No ver a la ligera Buen amigo Buen humor Buena gente Aliado Ser consciente Profesionalismo Excelente como persona Atienda bonito No este molesto Tener deseo de atender Le ayuda Amabilidad Darle ánimos Ser educado No forma de ser grosera Actitud mutua Atiende tranquilo Presentarse Seguro Puntualidad paciente y médico Estar pendiente Está preocupado No fumar</p>	<p>Calidad humana Eficiente Observancia Lex artis Perfil determinado No ser comerciante Llevar bandera de medicina Dar confianza Fe (creencia) No hacer daño Forma de tratar Constancia Poner en zapatos de paciente y familia Humano No dudar Profesional Atiende a la hora Brindar amistad Irascible Tratar paciente de manera correcta Cordial Tener mística profesional No interrumpa cita No se canse de pacientes No maltrato No trate como un número más del grupo</p>

				No comercializar Cambie para mejorar Ser humano Mejor persona Tener vocación	No se moleste disponibilidad	Tenga autocontrol Dedicado a su paciente	
		Aspectos que generen confianza en el médico	Tomo confianza Confianza Amabilidad Iba confiada Seguridad Comunicación del médico Nos ve y nos curamos No genere miedo Sentirse seguro Converso cosas intimas Continuidad Explicación familia Tipo de medicina Mi familia también	Motiva a contar todo Confianza Apoyo Presencia Referencia de alguien Fe en médico	Amigo Referencia de alguien más Diagnóstico Buena atención Forma de expresar Llega a familiarizarse Identificación Presentación identificación	Recomendación de alguien Seguridad Enviar exámenes Preguntar de familia Uso de mandil Autocontrol	
	Identidad personal	Aspectos éticos	Valores humanos	Humano Más humano que profesional Amigo de paciente Amabilidad Pregunte con amabilidad Paciente Buen ser humano Respetuoso Puntualidad	Paciencia Confianza Amabilidad Empatía Desinterés económico Sinceridad Respetuoso Confidencia No dañar Puntualidad Servicio	Confidente Paciencia Respetuoso	Valores humanos Honestidad Solvencia moral Ética Responsabilidad Principios deontológicos Principios axiológicos Valores Nobleza Sacrificio Franqueza Confiabilidad Sinceridad Trabajador Tolerancia Disciplinado
			Preferencias de género	Más confianza con mujer	No importa si trata bien Sabén igual	Misma profesión los dos	Tanto hombres como mujeres

			<p>Conversa cosas íntimas</p>	<p>Han estudiado iguales Entre mujeres: comprendemos, razón, comunicación Más confianza con mujer Donde me sienta segura</p>	<p>Ambos preparados Confiar en experiencia Recelo mujer examine Muchos tienen vergüenza Cohibición Atención por igual</p>	<p>Más que sexo es personalidad Más confianza hombre No diferencia entre hombres y mujeres Nivel capacitación depende cada persona Prejuizar elección Mujeres más perceptivas Hombre tiene más tiempo de especializarse Mujer madre pierde tiempo</p>
		<p>Uso de Mandil e identificación</p>	<p>Delantal Distintivo del médico Representa como médico Identifica como médico</p>	<p>Identificación del médico Nombre y especialidad Mandil blanco bien puesto Delantal bien puesto Uniforme del médico Mandil primera impresión Llevar nombre Uniforme todos iguales Responsabilidad Obligación Sitio de médico</p>	<p>Identificación es mandil Si conozco médico no importa Presentación misma del médico Blanco sinónimo médico Uniforme Asepsia del médico Protección Evita contaminarse Seguridad quien atiende Identificación clara primera vez</p>	<p>Mandil: Elemento simbólico Parte de vestimenta del médico Uniforme médico Imagen Tradición Parte integral Sin mandil entra duda Da tranquilidad Nitidez Limpieza Salubridad Formalidad Relación profesional directa Mandil con nombre Identificación de médico</p> <p>Identificación: ,</p>
		<p>Apariencia física y vestimenta personal</p>	<p>Adecuado a ocasión Vestido como profesional</p>	<p>Presencia física No pelo de hippie Mal vestido no</p>	<p>Lleve Instrumental médico</p>	<p>No importa edad Vestimenta: Actual es informal</p>

			<b>No calentador</b> <b>Jean no pasa de moda</b> <b>Limpio</b> <b>Presentable</b>	<b>Limpios</b> <b>Cómodos</b> <b>Bañado</b> <b>Manos y uñas limpias</b> <b>Terno de hospital</b>		<b>Cómodos</b> <b>Seguros</b> <b>Corbata no es importante</b> <b>Uniforme hospital:</b> <b>De acuerdo al sitio</b> <b>Estar listo cada momento</b> <b>Equivalente mandil</b>
--	--	--	--	--	--	--

EA: Hospital del día "Eloy Alfaro" IESS; CV: Centro de Medicina Familiar "La Y" Vozandes; M: Mujer; H: Hombre

**Anexo 2: Tabla de citas textuales de las ideas de los grupos focales según categorías de las competencias**

COMPETENCIA	SUBCATEGORÍA	FRASES TEXTUALES
<b>Cognitiva</b> (Experto en Medicina Familiar + Investigador) <b>Historia clínica y atención profesional</b>	<b>Anamnesis</b>	"estamos en una consulta de medicina general, voy por un problema de alergia y que me pregunte tiene hijos?, no tiene hijos?, por qué?, a mí me pareció una pregunta impertinente porque no estaba en consulta de ginecología sino de una alergia que yo tuve", "el doctor tener mucha paciencia, de vestirse de mucha paciencia, para saber a profundidad los síntomas", "claro que hay que confiar en el paciente que le dice que es lo que le duele, pero ustedes son los que saben, entonces averigüen bien", "Me trata bien, me pregunta", "estos médicos si tienen la costumbre de hacer una historia completa preguntándole desde los abuelitos", "si ya vas al médico que te conoce, ya no debe preguntarte, sino que va directamente a ver qué es lo que te sucede, pero un médico nuevo si debe hacerte todas las preguntas que se necesitan"
	<b>Exploración física</b>	"le anota y le anota y no le revisa si quiera a uno", "A veces con un examen que le dan a uno sale contento", "Ella me recibe, me hace sentar, me toca las piernas, me ve los brazos, me está revisando, entonces una parece que sale con ese viento bueno que le revisó la doctora", "uno entra y le dice siéntese ahí, que es lo que tiene, ahora ya no le examinan. Antes le examinaban cuando uno decía que le duele la garganta", "que me examinen todo, porque si voy como dice la señora, la garganta, la garganta y ya ándate no más, entonces va uno y dice, que me vio como que no le importé o estaba de apuro, entonces tiene que ser todo examen físico", "que un médico le ausculte, porque a veces nosotros vamos, a decir me duele tal cosa, tal cosa, y de pronto no es esto sino es otro", "Es bueno que le chequeen hasta para saber, porque motivo me duele el estómago, y saber si tiene problema de vesícula o de esto", "me voy a la farmacia sabe que me duele la cabeza, me dan algo, me tomo, pero si me voy a un médico es porque quiero que me revise por qué me duele la cabeza", "antes era el médico, le acostaba en la camilla y le examinaba, a ver señora donde le duele", "a veces son muy rápidos y no se detienen o no le examinan exhaustivamente eso", entonces ahora ya tienes un médico que vas y te dice, te revisa"
	<b>Diagnóstico</b>	"ella está muy preocupada, me mandó a hacer otros exámenes entonces me trata muy bien", "siempre pendiente de cómo avanza, cómo sigue, hagamos este análisis, hagamos el otro, busquemos otra solución", "Buscan la razón del por qué, porque uno va con una dolencia y el médico le diagnostica, dice verá, usted tiene esto y le vamos a tratar esto", "para mí es importante que me diga verá este examen es así, duele, no duele, con anestesia, sin anestesia, invasivo, no invasivo, algo, el por qué, para qué", "el médico le dice a uno, esto le va a hacer bien y en tantos días ya, usted se va a sentir mejor, ..., pero si uno no mejora va y le dice doctor no he mejorado, entonces el médico dice -ah! hagamos un examen para ver, entonces va paso a paso hasta buscar la razón y el por qué?", "Un buen médico es cuando le mandan a hacer todo lo necesario", "Hay la posibilidad de que le conozca más pronto el mal que uno tiene", "voy donde el médico con ese dolor, y dice a ver esto, con esto se va a curar, me tomo, no me curo, voy donde otro médico porque no me curo él, o sea no dan en el clavo"
	<b>Tratamiento</b>	"el tratamiento que él me esté siguiendo me haga bien", "que le manden escribiendo todo, es importante", "eso le dije a la doctorita pero no me hizo caso y me dio las pastillas, me dio un montón de pastillas, me arde mucho, tomo una después del almuerzo, después de la merienda.", "Siempre me da solución", "siempre me ha dicho, es que usted para esto tiene que cuidarse de esta manera", "el me curó, él me puso remedios fuertes", "Yo creo que hay ocasiones en que los médicos piensan en la situación económica del paciente y hay medicina, con ciertos compuestos que en genérico tienen un precio o en diferente casa comercial tienen diferente precio", "yo confío en mi médico, voy donde mi médico y si en mi médico en el que creo, en el que confío, usa, yo entiendo que lo hace de buena fe y porque realmente le es necesario, porque salió una nueva medicina, o alguna cosa", "Le voy a dar tal remedio para que se cure", "me cuida, me da los remedios", "es un buen médico, me está curando", "me dice tú tienes esto, tomate esto, y listo, me tomo eso, maravilla de maravillas, me curó", "el rato que se topa con el médico, entonces, el momento esa avidez que tiene por curarse o por recibir ayuda por lo demás, se va a ver reflejada con el médico que le está atendiendo", "la experiencia es fundamental, para tomar resoluciones, porque está en juego la vida del ser humano", "si es que la enfermedad, que creo que hoy se está aceptando que un 90 o más o un 99% es emocional, es muy clave que el médico llegue a esa emoción, en que puede curarle"
	<b>Integralidad y continuidad</b>	"porque a veces uno tiene tristeza en casa y todo eso le cuenta a él y después nos da solución", "entonces yo de ahí, a ella, le tengo de médico de cabecera porque es mi amiga, me ayuda hasta psicológicamente", "mi mami tenía el médico, dice desde que, dice que desde yo he nacido, pero yo cuando ya me acuerdo ese médico me conocía tanto que cuando yo llegaba decía: que pasó, por qué lloraste?", "nació mi primer hijito, digo mamita: también a mi hijito allá donde el doctor", "esa médica también familiar que es, me atendió muy bien, me trató muy bien y ella me cogió el turno para la especialista de reumatología", "La amabilidad, los remedios que me da, me mandó a hacer la terapia, la rehabilitación", "que agote los recursos que sean necesarios para mantener en buen estado a su paciente y que no le esté remitiendo o sea botando la pelotita de médico en médico sino que el mismo médico le haga el seguimiento", "la doctorita me hizo bastantes exámenes y me mando ella misma con los turnos de ella, ella cogía los turnos", "hacer un seguimiento y para llegar al término de un buen tratamiento y de que el paciente se siente bien", "ella está siempre pendiente de cómo avanza, cómo sigue, hagamos este análisis, hagamos el otro, busquemos otra solución, aunque sea trata de buscar la solución al problema que uno se tiene, cosa que uno se siente respaldado por que a veces, con una enfermedad una se siente como perdida", "Pongámonos en tal enfermedad pero y lo otro que me duele?, es que me duele todo, ósea puede ser que yo vaya porque tengo jaqueca pero también tengo un problema de algún otro lado, le resta importancia no me hace"

		<p>los estudios, me curo de acá y de acá sigo empeorando, "Un buen médico debe empezar inclusive con la presencia física, luego después de vestirse de mucha paciencia para tratar a los pacientes, hacer un seguimiento de la enfermedad", "el buen médico debe observar varios aspectos, no es cierto. Porque si solo me trata bien y es muy dulzón y no sabe lo suficiente, no me sirve de mucho", "en verdad ha sabido sobrellevar la enfermedad de mi madre, nos ha dado ánimos no solamente a ella sino a nosotros también a los hijos que somos", "yo tengo mi médico familiar que es como mi director de orquesta", "estoy feliz porque sabe tratarme, sabe llevar mi enfermedad, me hacen un seguimiento", "para mí la medicina familiar me parece que es maravilloso, porque uno puede explicarle todo y el médico familiar le guía al especialista donde tiene que irse y hacen el favor inclusive a ver le voy ayudar", "ese médico si está incluido con uno mismo porque le da buenos medicamentos, y ya le va a uno pasando los malestares que uno tiene", "que le pregunte de otras cosas de varios problemas que se pueda tener", "que tenga la posibilidad de llegar al sujeto como ser humano, porque una cosa es curar a la enfermedad físicamente del sujeto, y otra cosa es poder llegar al espíritu de ese hombre o de esa mujer que está sufriendo, que está inclusive hasta muriendo y acompañarle en el transcurso de su vida, inclusive al final", "ahora veo que ha vuelto de alguna manera el médico familiar que ahora lo llaman, que es el famoso médico general, entonces ahora ya tienes un médico que vas y te dice, te revisa, si probablemente tienes que ir donde el cardiólogo o probablemente donde tal persona", "el famoso médico general, el que te va a guiar y te va ir viendo dependiendo de exámenes que te mande y todo eso, hacia donde puede estar tu problema", "el médico tiene que ser multidisciplinario", "si yo voy donde un médico, que me ha pasado, me pregunta sobre lo mismo y lo mismo de mi pierna que está rota y que ta ta ta ta, tal cosa, digo sabe mucho sobre el asunto pero no me va a curar, o sea ya viéndolo bien no me va a curar, pero si empieza a tener, o a sacar un perfil directo de todo lo que yo soy como ser humano, dejando de lado además todo lo que está físicamente funcionando mal, entonces ahí si voy a decir si efectivamente aquí es el camino preciso", "recordemos lo que decía José Ortega y Gasset "Yo soy yo y mis circunstancias", que significa eso, primeramente herencia y segundo medio ambiente, es decir factores psicológicos, biológicos y factores sociales unidos", "supongamos que todos nosotros tenemos dolor de cabeza, la aspirina nos va a quitar el dolor de cabeza, pero quizá cada uno de nosotros, la causa de ese dolor de cabeza es diferente, y hay que curar la causa, de aquel dolor de cabeza, a eso, tiene que ir dirigida las preguntas, no necesariamente la historia familiar, ..., la medicina oriental va a la causa, la medicina occidental va al efecto, no cierto, cura el dolor, o sea va al síntoma, cura los síntomas, la occidental; la oriental, va a la causa, comienza a chequear por qué tiene ese paciente esa molestia, el por qué, y generalmente o digamos dentro de la medicina oriental, la causa es emocional", "El médico también debe analizar el estado anímico en que el paciente llega a la consulta", "un médico debería tratarle al ser humano en forma total"</p>
	<p><b>Conocimiento, capacitación y actualización</b></p>	<p>"Estar siempre capacitándose para estar al día en la medicina", "me gustaría que el médico se capacite en otra clase de medicina como por ejemplo la natural", "un doctor debe estar en conocimiento tanto de la medicina occidental como de la medicina natural", "debe estudiar todos los días, porque se descubren nuevas enfermedades pero también nuevas medicinas, nuevos tratamientos, entonces su estudio es muy complejo, es de actualización permanente", "el médico que me está haciendo el acompañamiento en la enfermedad de mi familiar o en la mía es el que sabe realmente lo que está pasando", "cuando uno le hace ciertas preguntas uno siente cuando el médico evade la respuesta o cuando una le pide una mayor explicación comienza a cantinflear", "el que está enfermo se da cuenta cuando su médico está muy empapado", "todos nos damos cuenta cuando el médico sabe o no sabe.", "le digo doctor sabe que ya me tomé pero sigo igual, y dice haber hagamos la prueba con esto, ya me entra la duda, digo será que sabe o será que no sabe, porque me manda a tomar esto y esto y no encuentro mejoría", "... el médico si sabe, que esa medicina que antes nos daba, nos causaba a veces ardencia en el estómago por decirlo, pero ahora él me dice que esto ya no me va a causar, es porque el también está a la par con la medicina que va saliendo, con la nueva innovación que va teniendo la medicina", "me parece que el estudiar es muy importante, los médicos que nunca tienen que quedarse estancados sino seguir y seguir estudiando", "pienso que todo para estar al día, es mejor", "Esta sería la calidad del médico en conocernos, el diagnóstico más exacto y dándonos el tiempo requerido para conocer el mal", "ha llegado a cursos extraordinarios en el país o fuera, entonces ya yo no tengo referencia sino su currículum", "La actualización es más importante que la experiencia, porque día a día salen nuevas cosas", "Buen médico es el que le da unos buenos medicamentos, entonces él le restablece a uno", "a veces nosotros les catalogamos de una forma como buenos o malos dependiendo si nos dan la medicación y nos logra curar", "El médico tiene que especializarse, mejor dicho, vivir actualizado, no importa la edad", "yo conozco buenos y excelentes médicos de gran experiencia, la experiencia es fundamental, para tomar resoluciones", "una persona que conozca de su materia, que sea un científico dentro del campo, que esté continuamente investigando, conociendo cada vez más", yo conozco buenos y excelentes médicos de gran experiencia, la experiencia es fundamental, para tomar resoluciones", "ahora en cambio los médicos son mucho más dedicados", "un médico..., debería tener conocimientos fundamentales de todo el organismo, de todas las enfermedades y de ahí obtener o lograr una especialidad específica sobre un determinado tema", "la demasiada especialidad creo que perjudica a la calidad del tratamiento del paciente", "esa sería la solvencia técnica que yo me estoy manifestando, que el médico tiene que constantemente que estarse preparándose", "porque hay médicos también que constantemente se auto educan", "es necesario, el estar en constante, continuo aprendizaje, actualización de conocimientos", "cada día se descubre algo nuevo, efectivamente el aprendizaje empírico, esa práctica de todos los días, también le da a la persona mucho mayor conocimiento".</p>
<p><b>y com unic ació n</b></p>		<p>"explicarnos el tipo de enfermedad que tengamos pero con habilidad", "fuera de lo que estamos enfermos no nos lastime con sus palabras", "me duele esto, mira mi examen, me explica", "entro y el doctor le explicó a mi esposo y mi esposa fue a casa y les dijo a mis hijos por ejemplo: a la mamá por favor, tranquilidad a la mamá si ustedes quieren tenerle hasta los 100 años a su madre", "es la forma de decir la cosa, la otra doctora me dice no está gordita esta rellenita, ya vamos a hacer una dieta, esta coloradita muy guapa. Ahí cambia, es la forma y los gestos que matan", "es importante que le explique al familiar que le acompañe a uno y ya saben los hijos como hay que tratarle a una", "es bien importante que el médico sea muy didáctico, yo me he topado con algunos que le hablan en pura</p>

	<p>terminología médica y mientras más difícil le hable mejor son unos genios, pero si no le entienden”, “se toman la molestia de coger un papel, un lápiz y le dibuja literalmente yo tengo dibujos guardados del caso de mi hija cuando tuvo ese accidente, del caso de mi madre de hace un año y algo que haber dónde y me dibujaban aquí está la sangre y esto y lo que estoy queriendo decir es esto, entonces a uno le permite ir asimilando esa información y entender que es lo que pasa”, “uno tiene una información concreta real, entonces no necesitamos que nos mientan que nos den falsas esperanzas pero tampoco necesitamos que digan es que se va a morir”, “la parte de conocimiento, la parte humana en el manejar la información, el explicarnos, yo creo que todo este conjunto de cosas es lo que hace un buen médico, no creo que sea fácil, pero sí creo que es posible”, “si está enfadado el médico o está pues, no puede uno ni expresarse”, “Como le han tratado aquí a mi madre es lo que más me ha llamado la atención. Eso nos permitió abrimos.”, “Le da confianza que le dice con buenas palabras, que le dice que le pasa, en que le puedo servir, que le duele, cómo está, que ha hecho y así.”, “ya me aconsejó algo y yo no apliqué, entonces lógicamente el médico va a ser enérgico, entonces no confundir su expresión con la grosería” “usted tiene que hacer estas cosas que yo le estoy mandando, si usted no hace eso va a empeorar su sistema de vida y su salud entonces eso no es grosero, está alzando la voz y haciéndole ver lo que tiene que hacer”, “Palabras suaves, más entendibles. Nadie prefiere técnicas”, “quisiera que los médicos sean francos, directos en los diagnósticos, que no traten de darle la píldora cuando una persona tiene una enfermedad grave y decirles después lo que tuvo desde el principio y que no le dijeron, por quedar bien con el paciente, que le hacen más daño, eso de darle las noticias por gotas, que no sea directo, porque eso afecta bastante al paciente, cuando un médico estimo yo, le dice desde el principio, lo que él cree o sabe lo que tiene, debe decirle, por dura que sea la noticia para el paciente, porque peor es darle falsas esperanzas”, “hay médicos que pueden llegar a ser tan déspotas”, “yo a veces he sentido, que el médico no te dice la realidad, tal vez porque te conoce y el miedo a tu reacción, más bien le dice la realidad al acompañante, lo saca a un lado y le dice ven necesito hablar contigo, ahí es cuando a uno le entra mucho más duda”, “hay médicos que son un poco más enérgicos en su trato y hay médicos que pueden llegar a ser groseros”, “Con respecto a lo que es la información hacia los parientes, ..., habrá ocasiones en las cuales mejor será tener el contacto directo con el médico y el paciente para de mutuo acuerdo, en todo caso, si está de acuerdo el paciente y el médico también considera así, transmitir a los parientes la problemática que tiene el paciente, ..., hay que ser muy tinoso”</p>	
	<p><b>Comunicación telefónica y con medios electrónicos</b></p>	<p>“me parece importante esa comunicación del médico y más que todo a mi mami le da tanta seguridad que dice que el médico está pendiente de ella”, “Esa llamada le da mucha seguridad a mi mami y en cambio a nosotras como hijas también la seguridad de que mi mami está yendo a un lugar seguro a un médico seguro y de que está siendo bien atendida por que el hecho de que él se tome la molestia de llamar a la casa”, “más importante me siento yo que el médico me llame, eso me hace tener más seguridad más confianza en esa persona”, “no me molesta que mi médico interrumpa un momento por atender a alguien si le escucho que está dando instrucciones médicas, no cierto, obviamente como dice la señora, si se pone a planificar el juego de tennis de la tarde, voy a tener ganas de saltarle al cuello”, “es importante la comunicación”, “Se supone que es una emergencia que le necesitan al doctor y uno no puede estar ahí chuta, tiene que contestar no mas y si es de urgencia o no sé un minuto no creo que moleste a nadie”, “El respeto a las circunstancias”, “que usted pueda comunicarse con el médico que usted pueda llamar al médico y el médico se comunique a averiguar como usted sigue”, “la confianza de conversar, de charlar incluso hacer cualquier chiste y a veces eso es lo que a uno le incentiva y le ayuda”, “Como apoyo secundario si, como apoyo para que se yo, alguna una instrucción, una explicación o algo por el estilo”, “no debería ser utilizado, absolutamente, no debería haber ninguna interrupción”</p>
	<p><b>Herramientas de apoyo en el cuidado del paciente</b></p>	<p>“eso es lo que lo identifica a un médico, si no está colgado ahí (fonendoscopia) no sé qué es doctor”, “cuando tenga sus consultas tenga todo lo necesario que sea presentable, que tenga todos sus equipos para revisar al paciente, personalmente creo que es fundamental en un médico”, “entonces necesitan revisar algo y a la final yo creo que la tecnología se hizo para eso. Es que además yo confío en mi médico, voy donde mi médico y si en mi médico en el que creo, en el que confío, usa, yo entiendo que lo hace de buena fe y porque realmente le es necesario”, “mientras más seguridad tenga en lo que está diciendo apoyado en los elementos técnicos o bibliográficos magnifico”, “supongamos que voy con dolor de cabeza y el médico coge cualquier medio, haber para el dolor de cabeza, una aspirina, entonces eso me demuestra que no sabe”, “si el doctor no sabe o no está seguro de que tal medicina me puede o no me puede afectar y coge el vademécum o como se llame para ver los componentes a ver si alguno de ellos me va a afectar, si, porque quiere asegurarse, va en mi favor, pero si es que para curarme algo, haber dolor de cabeza, si, se va a tomar esto, ahí ya no”</p>
<p><b>Integradora</b> (Gestor y Defensor de la salud y el paciente)</p>	<p><b>Promoción y Prevención</b></p> <p>“..y en la comida me quitó muchas cosas de grasas”, “estaba bien porque me prohibió chocolate, café”, “me han hecho los exámenes cada año”, “me va a indicar como comer bien, a desaprender lo que aprendí mal”, “voy a conocer así especialistas que me van a ayudar a cuidar mi salud”, “Que aconsejen, yo estoy de acuerdo que aconsejen que tiene que comer, cuídese mejor, como un cura”</p>	
<p><b>n d u c t</b></p>	<p><b>Comportamiento</b></p> <p>“a parte de lo profesional tiene que ser humano, tiene que tratarnos con educación”, “esa situación psicológica en que un médico nos trate con cariño, con amor, es la parte que nosotros como seres humanos a veces carecemos de ese amor, de ese que nos traten bien, de que carecemos y de pronto vamos a algún lugar donde nos</p>	

	<p><b>profesional y personal</b></p>	<p>tratan bien, creo que hasta las enfermedades se nos van”, “me he topado con esa cruda realidad, de que, hay médicos bastante duros”, “su mal carácter o su forma de ser no me gustó mucho y yo no volvería donde ese médico”, “Les saludamos, nos contestan, cómo está hija, ... y me saluda, eso me gusta mucho”, “ella está muy preocupada”, “me trata muy bien, entonces en el año y medio que estoy tratándome con ella me he sentido mejor”, “basta que nos reciba con calidez para hacemos sentir mejor”, “un buen médico es cuando a uno le entienden lo que uno tiene”, “No sea mal genio y no sea apurado”, “no eran muy buenos así, eran muy bravos, una parece que se enferma más”, “yo creo que el médico no debe, como le digo, involucrarse con el paciente o sea entrar en confianza preguntándole cosas que no tienen nada que ver con la enfermedad”, “que tenga paciencia, igual que uno pueda confiar, que sea de un buen carácter. Porque si no da miedo hasta para que le toque”, “un buen médico es el que se pone en los zapatos de uno, se interesa por la salud de uno y está siempre preocupado”, “si ve que el médico le ha tratado bien es porque le tiene mucha confianza y mucha fe”, “a veces los doctores a uno le ponen muy mal apenas le ven ya se va a morir, yo creo que tienen que tener un poquito de carisma, de humor, si uno se va a morir imagínese que le digan mañana te vas a morir, duro para uno”, “se pone a conversar regresa a decir haber en que estábamos, sabe que le estaba contando esto y otra vez, como que es muy ocupado y no tienen ni tiempo para estar aquí ni acá para estar pendiente.”, “a veces uno va confiado en el médico y a veces le recibe pero, que no quiere ni que le saluden, ni contesta lo que se le dice, Doctor cómo está? Da miedo, sí porque dice ahora como va a haber estado enojado. La educación es muy importante”, “el carisma, la cultura, la educación”, “Que no se cambie con los años, cambie, para mejorar.”, “cuando nos morimos nos vamos con la carga interna, la plata se queda, la plata es importante, pero no lo más importante, entonces el servicio, por eso es tan importante la vocación.”, “que no le reste importancia porque si yo me estoy quejando no es porque me duele y porque realmente me interesa o me preocupa eso”, “ella me ha dado ánimos para poder vivir y estar tranquila en la vida”, “una médica de aquí xxxx llama, cómo sigue, cómo va, o sea es como que es miembro de nosotros, miembro de la familia, se interesa, no solamente por cobrar su honorario, darle la medicina y se acabó”, “hay otros médicos, que también son groseros, son groseros, dice, haber que tiene, que le duele, aaaaah, eso es, tome, a mí me pasó, el XXXX, entré, y el doctor se tomó dos minutos, exactamente dos minutos”, “hay médicos que no son malos sino tal vez le atienden a una persona de una forma muy rápida o no minuciosa”, “uno se tiene la confianza de conversar, de charlar, incluso de hacer cualquier chiste”, “al dar el tiempo necesario para conocer el problema del paciente ya está demostrando la calidad de médico”, “lo importante es que el médico tenga ese deseo de atenderle y la paciencia”, “no nos atienden si no llegamos puntuales, si es importante tanto el médico como el paciente”, “el especialista así sea el mejor médico, el doctor tiene que ser puntual”, “si saliera con alguna grosería que a uno le hiera, perdóneme pero por muy bueno que sea, yo, al menos no tengo geniecito para tolerar ese trato”, “Un buen médico es la persona que, fundamentalmente tiene valores humanos, y entre esos valores humanos, una gran calidad humana”, “he podido conocer algunos médicos que efectivamente son comerciantes, es un hecho real”, “el médico tiene que darte confianza, sí, yo creo que es básico, si vos confías en el médico vas a hacer lo que el médico te dice, si vos no confías en el médico, no vas a hacer lo que el médico te dice”, “si sería bueno que el médico se ponga en los zapatos del paciente, que sienta, que trate de sentir aquello, no que viva la enfermedad, pero que trate de sentir lo que el paciente o incluso sus familiares sienten”, “entonces si el médico también llega a esa parte emocional del paciente, da esa confianza, le cura”, “el médico debería ponerse en los zapatos del paciente, en los zapatos de los familiares, ser un poquito más humano en la cuestión”, “si le atienden a la hora, le reciben con tolerancia, le brindan amistad, entonces uno está dispuesto a conversar todo lo que está pasando”, “Que no se cansen de los pacientes, porque hay veces que se les nota al médico que esta por decir, otra vez aquí, se le nota clarito que uno está entrando y parece que dijera ffff..”, “que no me trate como un número más del grupo, sino que me trate como a mí, como a mí persona, como yo, diferente a los otros, no digo mejor, solo digo que no me ponga dentro del cajón.”, “El autocontrol justamente está en demostrar primeramente, que tiene que demostrarle al paciente que está tranquilo, que no está ofuscado, que tiene control en recetar lo adecuado, autocontrol en el sentido de condicionar aspectos demasiado fuertes de la enfermedad o del enfermo, etc, etc, es decir un autocontrol es importante para que le dé bastante confianza al paciente”, “si le veo un médico irascible, poco contrariado, cambio de médico, por más especializado que esté”, “en el plano profesional, no pueden influir ningún tipo de sentimientos, ni de sensaciones, ni de emociones, el médico tiene que tratar al paciente de la manera correcta, de la manera cordial y el paciente también ese mismo campo”, “también para decir que es un buen médico también depende de nuestras actitudes, de mi actitud”.</p>
	<p><b>Aspectos que generen confianza en el médico</b></p>	<p>“ya solo con que él me vea yo ya me sanaba”, “mi médica es una buena amiga mía, porque tomo confianza”, “mi nieta me acompañaba a las citas médicas de la doctora y ella mismo le explicaba, le decía y la doctora misma le explicaba, entonces ya llego a tener una confianza mi nieta también”, “es importante que el médico se comunique con el acompañante”, “ese médico es tan lindo, tan chévere, que solo nos ve y ya nos curamos”, “que tenga siempre su buen carácter y profesionalismo”, “ya conoce mis enfermedades, conoce mi medicina que tomo, conoce con decirle hasta mi carácter”, “La confianza y el interés que el médico presente, o sea que esté interesado en curarnos en sanarnos”, “y el médico a su vez debe dar valor a la fe que le ha puesto su paciente”, “él siempre me cura, él me da los medicamentos acertados, entonces mucho quiere decir la confianza del paciente al médico”, “Lo primero que hace el paciente es mirarle al doctor y mirar su nombre, ahí doctor tal y entonces viene la confianza”, “la presencia que estamos diciendo infunde una mayor confianza de parte del paciente”, “cuando uno se encuentra ese apoyo uno hasta se tiene confianza y se va avanzado poco a poco con la confianza que le da el médico”, “si mi médico me recomienda con alguien es porque también me conoce y sabe que voy a hacer química con este doctor, que ese es el que me va a explicar cómo me gusta, que me va a dar esos detallitos que a uno le hacen bien”, “la forma de tratar con las personas, le motiva a contar todo lo que a uno le pasa”, “el médico por ser médico su uniforme su mandil, sus guantecitos para cuando hace los exámenes, su baja lenguas, todo ordenado, uno se ve el consultorio todo limpiecito y hasta le da gusto”, “Le da confianza que le dice con buenas palabras, que le dice, que le pasa,</p>

		<p>en que le puedo servir, que le duele, cómo está, que ha hecho y así.”, “si le atienden bien es mejor, hasta para darle confianza”, “tal vez es por la forma de trato, que hay entre paciente y médico entonces uno llega a familiarizarse”, “el médico tiene que ser un experto en relaciones humanas, porque esa es la parte inicial, justamente para dar confianza al paciente”, “como me dieron muy buenas referencias, voy con los ojos cerrados”, “cómo nosotros podemos evaluar el conocimiento del médico? Si no somos médicos yo pienso que es imposible, esa cuestión , pero creo que nos podemos dar cuenta, si un médico, que tan bueno es, por esa confianza que va a dar el médico”, “pero si entra con mandil ya todo el mundo sabe que es el médico, entonces como que te da la tranquilidad”</p>
	<p><b>Valores humanos</b></p>	<p>“para ser un buen médico hay que ser más humano que profesional”, “yo tengo una médica que es mi amiga, entonces ella entro me trata con amabilidad, primero con su sonrisa, que cómo he estado, cómo ha pasado?”, “cualquier ser humano que nos trata bonito, que nos saluda, que linda esa persona”, “que tenga siempre su buen carácter y profesionalismo para que entre el paciente y el médico haya un respeto mutuo.”, “hay muchos casos, muchos médicos que en verdad les falta paciencia o por atender a muchos pacientes no saben cuál mismo es la enfermedad de una persona”, “más sería la humanidad del médico, ser humano e interesarse por el problema del pacientes”, “a veces dicen a las nueve, y el doctor viene a asomarse casi a las diez. Entonces uno pierde el tiempo y sigue con el dolorcito.”, “Yo creo que por respeto debería el médico decirle a la paciente, espéreme un ratito, porque tenía una cita a las once y van a ser las doce, señora sabe que se me complicó esto, quiere esperarme, voy a demorarme una media horita más, o sino véngase mañana, o sea yo digo, el respeto a la comunicación”, “mejor médico, mejor ser humano, mejor persona, porque creo que es allá donde debemos ir”, “es bien importante ser honestos porque de pronto surge una complicación inesperada y si le puede decir sabe que fui a reunirme con otros médicos compañeros para ver que se puede hacer, como lo podemos manejar”, “lo importante es que el médico tenga ese deseo de atenderle y la paciencia”, “la observancia de los principios deontológicos, los principios netamente axiológicos, los valores, es extraordinariamente importante, en segundo lugar, también la observancia de lo que es la Lex Artis”, “si no tiene honestidad, entonces la honestidad, tiene que ser en primero, en una solvencia de conocimientos, una solvencia moral, ética y de una gran calidad humana”, “uno se siente como cuando uno va a comprar un carro, qué espera del carro, que le toque el mejor”, “la confianza depende insisto de la sinceridad, si uno siente que el médico le está diciendo las cosas como son”</p>
	<p><b>Preferencias de género</b></p>	<p>“yo tengo más confianza con una mujer.”, “llegábamos en una confianza con la doctora, entonces yo le conversa las cosas bien íntimas” “no tengo preferencia, con que sea buen médico”, “antes veía a una médico mujer pero ahora me atiende un médico hombre, me da igual”, “me he visto siempre médico hombre y siempre me ha dado mucha confianza mucho carisma”, “para examen ginecológico: prefiero una mujer, y para examen emocional: prefiero un hombre”, “una mujer, porque entre mujeres nos comprendemos, ya nos damos la razón, entonces nos comunicamos”, “para la garganta prefiero un médico, doctor, para el ginecólogo, doctora, siempre desde que acudí al médico para ginecología, fue doctora y hasta la fecha, y emocional igual doctora”, “como que tengo más confianza con la mujer.”, “yo confío en la capacidad de las mujeres, en la inteligencia de las mujeres, entonces yo creo que sería hacer de menos a mi género, tener una preferencia”, “a mí me es indiferente el género, sea hombre o mujer, me atienda bien.”, “la tendencia a que los pacientes por lo general prefieren un médico hombre, yo no sé porque no hay tanta confianza con la mujer y aquí los dos saben”, “he tenido de todo, hombres que me han tratado bien y mujeres igual, me es indiferente mismo”, “ahora si el médico hombre es buen médico, yo me siento con confianza, o es mujer, iré donde me sienta segura.”, “ambos son preparados no importa”, “no tengo problema en cuanto a hombre o mujer”, “un hombre porque siempre da recelo la mujer”, “yo no tendría problema en escoger el sexo, que sea el mejor profesional no tendría problema; a veces muchos tienen vergüenza”, “yo prefiero que sea el hombre, porque hay más confianza”, “yo considero muy seriamente que no existe ninguna diferencia entre hombres y mujeres, el nivel de capacitación depende más bien de cada persona”, “yo si me considero prejuizado y prefiero ir donde mujeres, creo que son más perceptivas”, “el hombre el doctor, tiene más tiempo de especializarse capacitarse y tiene más conocimientos que la mujer, la mujer por su rol fundamental, natural que es de madre a veces en el hogar hace no solamente de madre sino de padre y otras situaciones, entonces pierde un montón de tiempo, que podría dedicarlo a investigar a profundizar conocimiento médico científico, entonces yo desde mi punto de vista, prefiero siempre más que me trate un médico hombre”</p>
	<p><b>Uso de Mandil e identificación</b></p>	<p>“el distintivo del médico es usar el delantal, eso es lo que le representa como médico”, “que le identifique que es médico, porque oh sorpresa yo entro al consultorio y le veo al médico sin mandil y yo digo: será o no será?”, “Es mejor la identificación, para saber a quién es la persona en quien uno se va a depositar la confianza”, “que se presente diga yo soy fulano de tal soy especialista en tal cosa”, “para saber el nombre del doctor pues, como vamos a saludarle al doctor, pero que se presente, yo soy, mi nombre es tal y ya se puede uno saber”, “en esto de la presentación, no deberíamos prejuiciarnos, es muy lindo que a uno le atienda un médico con su camisa bien puesta, una corbata sí, pero a veces no hay posibilidad o no es costumbre”, “creo que el mandil es importante no, se pone sobre su camiseta su camisa lo que sea, el mandil eso si el mandil blanco y bien puesto”, “porque muchos podrán tener el prejuicio pero con ese jean y esa camiseta no ha de ser médico, en cambio el otro con un terno finísimo ahí como que uno se achica y dice hay dios mío este está elegantísimo, no me va a parar ni bola, no va a tomar en cuenta mis preocupaciones, quizá el mandil o el terno este que usan como que les pone a todos así como en los colegios no es cierto hay chicos más pobres, hay chicos más adinerados y unos van con la ropa que heredaron de los hermanos y otras van con ropa de marca entonces al ponerse uniforme como que todos son iguales”, “A primera vista luego ya le podemos ver con otra ropa y todo pero cuando ya sabemos que es médico”, “El mandil al médico le da una responsabilidad una obligación”, “La identificación es esencialísima” “la presentación misma del médico es el mandil”, “el médico especialista él tiene que estar siempre como debe ser uniformado de blanco porque el blanco es el sinónimo de los médicos”, “Por la asepsia del médico”, “Yo pienso que la identificación en realidad a simple vista es el uniforme mandil”, “cuando es por primera vez que se va para un doctor es necesario tener la identificación clara y cuando ya ha sido ya no hay problema ya no importa nada porque ya le conozco a usted”, “es un elemento</p>

		<p>simbólico”, “el mandil es parte de la vestimenta del médico, como al militar su uniforme”, “por temas de imagen, de tradición, siempre has visto al médico con mandil”, “entra un señor con terno o lo que sea, pero sin mandil dice bueno muy bien vamos a chequear, lo que sea, pero sin mandil, y entra a chequearle a uno, hijo, usted es el doctor? Te entra la duda, pero si entra con mandil, a no, este es el médico”, “es algo simbólico, porque el mandil también le da una nitidez, limpieza y salubridad”, “desde un punto de vista de formalidad, yo como decía soy profesor, yo no voy a dar mis clases en blue jean y botas, es un hecho real, como tampoco en Europa, vas a ver tu a un juez que no esté con su toga, así de fácil, entonces si es un asunto de relación profesional directamente, tiene que haber esa formalidad”, “si yo voy a la cita médica, yo voy donde el médico, y espero tener un médico adelante”, “con mandil, pero también con el nombre, para poderle seguir juicio”, “La identificación es importante, no imprescindible”</p>
	<p><b>Apariencia física y vestimenta personal</b></p>	<p>“con calentador no, por algo es un profesional entonces tiene que estar vestido adecuadamente a la ocasión”, “El jean es adecuado porque no pasa de moda, si nos gusta, porque es una prenda que es casi utilizada en todo”, “pero si le vemos al jean sucio, bueno ahí si no vale”, “yo me enfermé fui al metropolitano y vino un, no sé si sería doctor o practicantes, que siempre cuando usted va a emergencia le atienden, pero este enfermero no tenía ni siquiera la el delantal de médico bien puesto, estaba como todo un hippie con el pelo así todo parado, entonces si es muy importante eso porque una vez huy Dios mío uno dice, si este es médico? o qué será entonces?”, “si el médico viene con un pantalón, con un jean con una mezcilla o una camisita o una camiseta limpios no es cierto, ya incluso con unos tenis porque hacen jornadas a veces de 2 días y necesitan estar cómodos también entonces si están cómodos pero que estén limpios yo creo que las manos son muy fundamentales, yo le veo las manos si tiene las uñas cortas, las uñas limpiecitas pero si tiene las uñas medio largas descuidadas que ni se me acerque porque eso demuestra ahí van poniendo las bacterias de todo el mundo y uno siente esa desconfianza le crea a uno esa resistencia”, “el médico cuando se presenta todo el limpiecito hasta uno se siente confianza”, “casi todos los médicos usan zapatos tennis, creo que se sienten más cómodos. y son más seguros”, “los médicos están listos cada momento, para emergencia, cirugía, tal cosa, entonces tienen que estar vestidos de acuerdo con respecto a ello”, “ahora creo que el saca corbata, no es tan importante como hace cinco, diez años atrás, hace cinco, diez años atrás el saca corbata, o sea veías una persona sin corbata y decías y este de dónde asoma, entonces también hay que ir viendo en el tiempo”, “yo siento que el mandil es una identificación de un médico, o de alguien que está en la parte médica” .</p> <p><b>Edad del médico:</b> “de unos 40, 45 porque están al día y ya son más preparados” “jóvenes llegan ya preparados, ahora 28 años ya hacen todo postgrado todo entonces el médico ya está titulado”, “yo preferiría un joven porque tal vez esté más actualizado”, “mayor él es un hombre de qué habla más suave al paciente, le explica”, “los médicos jóvenes por ejemplo, son personas que llevan la bandera en realidad de lo que es la medicina”</p>

## Anexo 3: Formato de consentimiento informado para los grupos focales

### Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

El propósito de este consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por los Drs. Daniela Guevara y Felipe Moreno-Piedrahita, del postgrado de Medicina Familiar de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. El objetivo de esta investigación es identificar las características y competencias que los usuarios de varios servicios de salud perciben del médico familiar en el año 2015.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista en grupo. Esto tomará aproximadamente 90 minutos de su tiempo. Lo que conversemos durante esta sesión se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir las ideas que usted haya expresado.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. La entrevista será codificada usando un número de identificación y por tanto serán anónimas. Una vez transcritas las entrevistas, las grabaciones se destruirán.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede contactarse con los investigadores mediante correo electrónico [danny\\_guevara@hotmail.com](mailto:danny_guevara@hotmail.com). Igualmente, puede negarse en participar del proyecto sin que eso lo perjudique en ninguna forma.

Desde ya le agradecemos su participación.

---

### **AUTORIZACIÓN.**

Acepto participar voluntariamente en esta investigación conducida por los Drs. Daniela Guevara y Felipe Moreno-Piedrahita del postgrado de Medicina Familiar de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. He sido informado que el objetivo de esta investigación es identificar las características y competencias que los usuarios de varios servicios de salud perciben del médico familiar en el año 2015.

Declaro que me han indicado que tendré que participar de la entrevista en grupo por un tiempo aproximado de 90 minutos, que la información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento; y una vez transcritas las entrevistas, las grabaciones se destruirán.

Reconozco que mi participación es estrictamente voluntaria y que puedo negarme a participar sin que eso me perjudique en ninguna forma. Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactarme con el investigador mediante el siguiente correo electrónico [danny\\_guevara@hotmail.com](mailto:danny_guevara@hotmail.com).

---

**Nombre del participante**

---

**Firma**

---

**Fecha**

## Anexo 4: Formato de guía para los grupos focales

### LISTA DE VERIFICACIÓN GRUPO FOCAL

DESCRIPCIÓN	✓
Convocatoria - Lugar de reunión	
Lista de registro de participantes	
Stickers	
Cámara de video y Grabadora	
Pizarrón	
Sala preparada en U	
Lugar adecuado	

### INVESTIGADOR - MODERADOR

#### **1. APERTURA**

1.1. Presentación del moderador y equipo: La presente investigación es conducida por el Dr. Felipe Moreno-Piedrahita y la Dra. Daniela Guevara del postgrado de Medicina Familiar de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. El equipo está conformado por los doctores antes mencionados.

1.2. Bienvenida y agradecimiento

1.3. Objetivo del estudio: El objetivo de esta investigación es identificar las características y competencias que los usuarios del Centro de Medicina Familiar "La Y" Vozandes Quito y el Hospital del día Eloy Alfaro del I.E.S.S. perciben del médico de familia en el año 2015.

- Importancia de su participación: Pacientes y/o usuarios de servicios de salud de atención primaria.

1.4. Reglas del grupo:

- RESPETO: Todas las opiniones cuentan y son respetables.
- PARTICIPACION: Todos queremos aprender unos de otros. Todas las respuestas son buenas respuestas.
- SERIEDAD: Trabajamos con adultos responsables de sus criterios.

1.5. Consentimiento informado para grabar (no decir cosas que no quisieran que se dijeran afuera del grupo)

Dinámica de presentación entre ellos: nombre, cuál es su hobby, a que se dedica.

(Colocarse stickers con el nombre en el pecho).

#### **2. MONITOREO**

Preguntas: 20 minutos x pregunta. Ver que la mayoría participe con su opinión. Se usa preguntas abiertas de lo más general a lo más específico. Se puede complementar con otras preguntas relacionadas si el grupo no las menciona. - Recordar: Antes usted dijo "A" y ahora usted dice "B"

COMPETENCIA	CATEGORÍA ANALÍTICA	Subcategoría Analítica	Pregunta general	Pregunta específica oculta
(Experto en Medicina Familiar + Investigador)	Historia clínica	Anamnesis		Qué expectativas tiene usted del médico familiar en una consulta?
		Exploración física		
		Diagnóstico		
		Tratamiento		
	Atención	Integralidad y		Cómo usted escoge a un

	profesional	continuidad	<b>Qué entiende por un buen médico familiar?</b>	médico familiar? Por qué decide usted continuar con un médico familiar?
		Conocimiento, capacitación y actualización		Cómo percibe usted que un médico familiar sabe y está actualizándose continuamente?
<b>Relacional y Comunicacional</b> (Comunicador y colaborador)	Lenguaje, Comunicación con el paciente y su entorno		<b>Qué elementos hacen que una consulta médica sea exitosa?</b>	Cómo preferiría que su médico se comunique con usted? Qué esperaría usted de la relación de su médico con sus acompañantes, con su familia?
	Uso de tecnología y herramientas para el cuidado del paciente	Comunicación telefónica y con medios electrónicos Herramientas de apoyo en el cuidado del paciente		Qué opina usted acerca del uso de tecnología en la comunicación y en la atención del médico hacia usted?
<b>Integradora</b> (Gestor y Defensor de la salud y el paciente)	Promoción y Prevención		<b>Qué no espera que el médico familiar sea o haga en una consulta médica?</b>	Con qué tipo de problemas desea usted que el médico familiar le ayude?
<b>Afectivo / Ético / Personal</b> (Persona estudiosa de su profesión)	Conducta afectiva	Comportamiento profesional y personal		Cuál cree usted que debe ser el comportamiento del médico familiar durante la consulta?
		Aspectos que generen confianza en el médico	Qué aspectos le generan más confianza del comportamiento y del médico familiar como persona?	
	Aspectos éticos	Valores humanos	Cómo preferiría que sea el trato de su médico familiar hacia usted?	
	Identidad personal	Preferencias de género	Existe diferencias en la atención y la confianza que pueda tener entre un médico o una médica familiar?	
Uso de Mandil e identificación		Cuál es la apariencia profesional y personal debe tener su médico?		
Apariencia física y vestimenta personal				

### 3. CIERRE

- Resumir las conclusiones del grupo para permitir a los participantes intercambiar y aclarar sus opiniones o agregar comentarios nuevos.
- Explicar que la reunión ha terminado y pedir a los participantes que piensen un momento sobre lo que han discutido y preguntarle a cada uno si tiene algún otro comentario.
- Agradecer a los participantes su colaboración y enfatizar que sus ideas han sido valiosas y van a servir para el programa.

## REUNIÓN CON OBSERVADORES

- Discutir impresiones del grupo.
- Cambio en la guía de discusión de ser necesario.
- Recolectar las observaciones de los observadores.

## **MODERADOR INVESTIGADOR**

- Indagar para iluminar las respuestas de los participantes. Las técnicas para indagar incluyen: quedarse callado, repetir en otras palabras los comentarios de los participantes y confrontar a las personas para clarificar su opinión, por ejemplo, "Antes usted dijo [A] y ahora dice [B]".
- Integrar información provista en distintos momentos de la discusión. Esto ayuda a hacer transiciones entre temas.
- Vincular comentarios ofrecidos por diferentes miembros del grupo.
- Ser flexible en incluir temas que sean relevantes a la investigación que no se hayan incluido en la guía.
- Facilitar a los miembros a hablar entre ellos, no necesariamente al moderador.
- Indagar sin inducir respuestas.
- Animar desacuerdo entre participantes, no insistir en consenso.

### **Recordar:**

- Un moderador NUNCA muestra acuerdo o desacuerdo con las opiniones de los participantes.
- Un moderador NO induce a los participantes a decir ciertas cosas.
- El grupo focal NO es como un texto - no existen respuestas correctas.
- El grupo focal NO es una oportunidad de orientar.
- El grupo focal NO es una oportunidad de persuadir.

### **Técnicas**

1. Clarificación: Después de que una pregunta haya sido contestada por un participante, se puede repetir dicha respuesta a fin de profundizar más en ella. (Ej. "me puedes explicar más sobre...?. O "¿a qué se refiere cuando dice que...?").
2. Sustitución: Es un cambio en la presentación de la pregunta, usando algunas palabras diferentes, pero sin variar el sentido original de la misma.
3. Reorientación: Esta técnica ayuda a animar la discusión entre todos los participantes. Una vez que una persona haya respondido a una pregunta, se puede aprovechar su intervención y rehacer la pregunta a otra persona. (Ej. "Antonio, me dijo que las ratas se comen el maíz que guarda en su troja, y usted Jorge, ha tenido problemas con las ratas?").

\*\*Esta técnica nos permite:

A. Buscar opiniones entre todos los participantes y no solamente de uno dos que hablan "por el grupo".

B. Cambiar la interacción del grupo de una relación facilitador-entrevistado a una interacción intra-grupal, ya que el grupo comenzará así a comunicarse entre sí y se olvidarán temporalmente del moderador.

4. El experto: Es preferible que personas "especializadas" tales como el promotor de salud, el representante agrícola o alguien con autoridad, como el alcalde, no asistan a las reuniones, a menos de que se trate de un grupo focal específicamente formado con el propósito de incluir su participación. Sin embargo, si estuvieren presentes, es conveniente que, antes de la reunión, se les explique la idea del grupo focal y que la mejor forma en que pueden colaborar es escuchando la discusión para que después puedan brindar sus opiniones y sugerencias al moderador.
5. Participante dominante: Cuando hay un participante que domina el grupo, el moderador debe tratar de solicitar comentarios de los demás. Dos opciones para el moderador son evadir el contacto visual con esta persona o cambiar el tema. Si no sirven estas técnicas el moderador puede pedir de una manera cordial al participante dominante que deje a los demás expresar sus opiniones.
6. El que no participa: Para animar a un participante tímido el moderador puede dirigir una pregunta directamente a esta persona y pedir su opinión. También puede animarlo con el contacto visual o pedir a tal persona que comente sobre la respuesta de otro participante o que resuma lo que el grupo haya expresado sobre un determinado tema.
7. Participante demasiado positivo: Siempre contesta en forma positiva. El o ella quiere complacer dar la respuesta que creen el moderador quiere. Recordarle de lo que dijo durante la presentación: que le interesa respuestas positivas y negativas. Ser el abogado diablo ("yo he escuchado que algunos dicen lo contrario"). Intentar poner las preguntas en tercera persona ("qué piensa usted de otras personas que conoce opinan acerca de...").
8. Participante negativo: Esta persona solo da respuestas negativas. Está aprovechando la entrevista para expresar años de frustración. Tener cuidado y evitar ser defensivo. Reconocer su negativismo ("parece estar muy enojado acerca de esto, está bien, porque quiero saber cómo se siente usted").
9. Participante distractor: El interfiere con la discusión -tal vez criticando las ideas de otros miembros del grupo o las preguntas del moderador. Pedir que los otros participantes comenten sobre lo que dijo. Presentar un punto de vista alternativa, "Qué interesante, pero he escuchado que...".
10. Participante preguntón: Esta persona sigue preguntando al moderador su opinión. El moderador puede decir que no tiene experiencia o conocimientos sobre el tema. Si esto no es apropiado, reconocer que: ("Como todos ustedes, yo tengo mi propia opinión pero nuestro propósito hoy es conocer las opiniones de ustedes"). Si es necesario, ofrecer dar sus opiniones después de la reunión.
11. Pérdida de control del grupo: Un moderador con experiencia y habilidad, rara vez pierde el control del grupo, sin embargo, un moderador sin mucha experiencia puede estar temeroso de que esto le pase y ese temor se puede manifestar durante la moderación del grupo focal mediante distintas formas. El moderador debe reconocer lo que está pasando y si no puede controlarlo puede pedir apoyo del observador o hacer una pausa dependiendo la delicadeza de la situación. Algunas de estas formas son:
  - a. Hacer preguntas que den la impresión de que el moderador ya conoce la respuesta.
  - b. Hacer dos o más preguntas sin darle a la persona la oportunidad de contestar la primera.
  - c. Interrumpir a los participantes cuando no es necesario.
  - d. Dar consejos a un participante.
  - e. Cambiar temas demasiado rápido, sin permitir a los participantes completar sus pensamientos acerca de un tema antes de pasar a otro.

**Otras técnicas para obtener mejor participación del grupo:**

- Fingir no saber algo para que el participante sea más explícito. Hacer a lo largo de la reunión alusiones a su inexperiencia personal en el tema y la necesidad que tiene de recoger las opiniones de todos para aprender más. Pocas veces falla esta postura si se sabe presentar adecuadamente; los participantes tenderán a ayudar al moderador y se sentirán complacidos de poder hacerlo y de que se les reconozca el valor de su experiencia.
- Se puede utilizar fotos o dibujos para estimular la discusión.
- Ser escéptico - pero no demasiado.
- Personalizar la pregunta

## **OBSERVADOR**

- Toma notas tanto de lo dicho, como del lenguaje no verbal utilizado por el grupo
- Analiza los relatos, actitudes y opiniones que aparecen reiteradamente o comentarios sorprendentes, conceptos o vocablos que generaron algunas reacciones positivas o negativas de los participantes
- Identificar el rol de cada uno de los participantes.
- Identificar los criterios que causen conflicto o más relevantes.

Debe anotar:

- La fecha de la reunión y la hora en que empezó y terminó.
- El nombre de la comunidad y una breve descripción de la misma en la cual se lleva a cabo la discusión.
- El lugar específico donde se desarrolla el grupo focal.
- El número de participantes y algunas características de los mismos como grupo étnico, idioma (habilidad para hablar español), sexo, edad y otra información importante para el estudio (en el caso de que se les diera un cuestionario primero, el punto puede ser ignorado).
- Una descripción general de la dinámica del grupo incluyendo todas las manifestaciones no verbales de los participantes, el nivel de participación, la existencia de participantes dominantes, el nivel de interés del grupo, etc.
- Las interrupciones o distracciones durante la reunión.
- El éxito o falta de éxito del moderador en animar al grupo. ¿Qué les hace reír y qué les hace callar?.
- Las opiniones de los participantes, haciendo notar el sentido del grupo, utilizando frases como éstas: "La mayoría del grupo opinó que...pero Juanito dijo que...el grupo se dividió en dos: unos opinaron que...pero otros dijeron que...". El observador debe escribir entre comillas las palabras textuales de los participantes. Sus opiniones y observaciones deben anotarse entre paréntesis. La grabación de la reunión le ayudará al observador a ampliar las notas tomadas durante la sesión.
- El vocabulario general de los participantes. El observador debe hacer un esfuerzo para registrar las mismas palabras de los participantes, ya que un propósito de los grupos focales es aprender todas las expresiones locales posibles.

Aunque es la responsabilidad del moderador dirigir la discusión, el redactor puede participar discretamente, especialmente en las siguientes situaciones:

- Si el observador escucha un comentario que no parece haber escuchado el moderador porque otra persona estaba hablando o por otra razón. En ese caso puede decir algo como: "Don Juan mencionó algo que talvez no escuchamos. ¿Podría repetirnos lo que dijo Usted?.
- Para sugerir un tema o una pregunta nueva relevante para el estudio.

- Si nota que al moderador se le olvidó una pregunta de la guía (tanto el moderador como el redactor deben tener una copia de la guía de las preguntas en discusión).
- Si nota que al moderador se le olvidó una pregunta de la guía (tanto el moderador como el redactor deben tener una copia de la guía de las preguntas en discusión).
- Si nota que el moderador ha perdido el control del grupo.
- Si se le ocurre una forma de profundizar más en la discusión.
- Puede ayudar al moderador a resolver un conflicto interno en el grupo.

**Anexo 5: FICHA DE LA UNIDAD: HOSPITAL DEL DÍA “ELOY ALFARO”**

**HOSPITAL DEL DÍA “ELOY ALFARO”**



**JEFATURA: HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARIN,  
(INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL)**

TIPO DE HOSPITAL: PRIMER NIVEL

PROVINCIA: PICHINCHA

CANTÓN: QUITO

PARROQUIA: SOLANDA

BARRIO: SOLANDA

DIRECCIÓN: Ave. Teniente Hugo Ortiz y Ayapamba Lote N. 2 Mercado Mayorista

LIMITES DE LA UNIDAD:

NORTE: AVENIDA AJAVI

SUR: AVENIDA SOLANDA Y QUIMIAG (Ciudadela Turubamba)

OESTE: AVENIDA MALDONADO

ESTE: AVENIDA TENIENTE HUGO ORTIZ

ZONA DE INFLUENCIA: AREA SUR DE LA CIUDAD DE QUITO

HORARIO DE ATENCIÓN: SERVICIO DE URGENCIAS Y EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA ATIENDE 12 HORAS DIARIAS EN DÍAS LABORABLES. 07:00 a 19:00

TELEFONO: (02) 2733 377

CORREO ELECTRONICO: [www.iess.gob.ec](http://www.iess.gob.ec)

**Anexo 6: FICHA DE LA UNIDAD: CENTRO DE MEDICINA FAMILIAR “LA Y” VOZANDES**

**CENTRO DE MEDICINA FAMILIAR “La Y” VOZANDES**



JEFATURA: REACH BEYOND  
TIPO DE UNIDAD: PRIMER NIVEL  
PROVINCIA: PICHINCHA  
CANTÓN: QUITO  
PARROQUIA: CHAUPICRUZ  
BARRIO: IÑAQUITO

DIRECCIÓN: San Francisco N39 -19 y Av. América

LIMITES DE LA UNIDAD:  
NORTE: CALLE CAICEDO  
SUR: AVENIDA BRASIL  
OESTE: AVENIDA BRASIL  
ESTE: AVENIDA AMERICA  
ZONA DE INFLUENCIA: AREA NORTE DE LA CIUDAD DE QUITO

HORARIO DE ATENCIÓN: SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA ATIENDE  
11 HORAS DIARIAS EN DÍAS LABORABLES. 08:30 a 19:00 Y DIAS  
SABADOS DE 07H30 A 14h00

TELEFONO: (02) 2276 404

CORREO ELECTRONICO: [g-clinic@hcjb.org](mailto:g-clinic@hcjb.org)

Anexo 7: Nubes de palabras con las ideas principales para cada categoría de las competencias percibidas por los pacientes de los grupos focales (Wordle)



Nube de palabras con las ideas de anamnesis



Nube de palabras con las ideas de examen físico



Nube de palabras con las ideas de diagnóstico



Nube de palabras con las ideas de tratamiento



Nube de palabras con las ideas de conocimiento, actualización y capacitación





Nube de palabras con las ideas de llamadas telefónicas



Nube de palabras con las ideas de uso celular y tecnología en consulta





Nube de palabras con las ideas de valores



Nube de palabras con las ideas que generan confianza en el paciente



Nube de palabras con las ideas de uso de mandil



Nube de palabras con las ideas de vestimenta



Nube de palabras con las ideas de género del médico