PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

Especialización en Medicina Familiar y Comunitaria

COMPETENCIAS QUE SE ENCUENTRAN DESARROLLANDO LOS GRADUADOS DE LA PRIMERA COHORTE DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA DEL CONVENIO MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA – PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR DE LAS SEDES QUITO E IBARRA, EN SUS UNIDADES DE SALUD EN EL AÑO 2018-2019.

Disertación previa a la obtención del título de Especialista en

Medicina Familiar y Comunitaria

Md. Karina del Rocío Rivera Caicedo
Md. Gabriela Alexandra Ortiz Nevada

Autoras

Dr. Rodrigo Díaz Bolaños
Director metodológico

Quito- Ecuador

2019

DEDICATORIA

A Dios por no soltar mi mano y guiar mi andar pese a las adversidades
A mi hija Ariana por su amor infinito, su paciencia y ser mi fuente de motivación e inspiración.
A mis queridos padres Blanca y Ángel, mis hermanos Henry y Luis quienes han sabido apoyarme para cumplir una meta más.

Karina del Rocío Rivera Caicedo

A Dios por ser la luz incondicional que ha guiado mi camino en toda mi vida.
A mis padres Nelson e Irma por haberme brindado su ejemplo de superación y valentía ante todo obstáculo.
A mi esposo Cristian por ser mi compañero en todo sentido, mi fortaleza, y a mis hijos por entender mis ausencias y brindarme sus sonrisas, su amor infinito día a día.

Gabriela Alexandra Ortiz Naveda

AGRADECIMIENTOS

Al terminar nuestro Trabajo de Investigación queremos agradecer a todos nuestros maestros de la PUCE, quienes nos han guiado durante estos tres años en el desarrollo de nuestra especialidad.

A nuestros queridos tutores de investigación, Dr. Rodrigo Díaz, Dr. José Sola, Dra. Irene Rodas, Dra. Luisa Vaca por su infinita ayuda y paciencia.

Karina y Gabriela

TABLA DE CONTENIDO

DEDICATORIA 1

AGRADECIMIENTOS 2

LISTA DE TABLAS 7

LISTA DE GÁFICOS 8

ABREVIATURAS 10

INTRODUCCIÓN 13

JUSTIFICACIÓN 22

CAPITULO II 24

MARCO TEÓRICO 24

2.1 LA MÉDICINA FAMILIAR EN EL MUNDO, IBEROAMÉRICA Y ECUADOR. 24

2.2 COMPETENCIAS DEL MÉDICO FAMILIAR 38

2.2.1 COMPETENCIA PROFESIONAL 38

2.2.2 COMPETENCIAS DEL MÉDICO FAMILIAR 40

CAPÍTULO III 46

MÉTODOS 46

3.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 46

3.2 OBJETIVO GENERAL 46

3.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 46

3.4 HIPÓTESIS 47

3.5 DISEÑO DEL ESTUDIO 47

3.5.1 Metodología 47

3.5.2 Técnica de encuesta 47

3.5.3 Técnicas de análisis de la entrevista 49

3.5.4 Plan de Análisis de Datos 51

3.6 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN 52

3.7 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES 54

3.7.1 Matriz de Relación de Variables 54

3.7.2 Operacionalización de Variables 55

3.7.3 Tabla de Exposición de Categorías 64

3.8 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN 67

3.8.1 Criterios de inclusión: 67

3.8.2 Criterios de exclusión: 67

3.9 ASPECTOS BIOÉTICOS 68

3.9.1 Confidencialidad 68

3.9.2 Anonimización de los datos 68

3.9.3 Uso de exclusivo de la información 69

3.9.4 Consentimiento Informado 69

CAPITULO IV 71
RESULTADOS 71
4.1 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LOS PARTICIPANTES 71
4.2 CARACTERÍSTICAS ETNOGRÁFICAS EN DONDE SE ENCUENTRAN LOS PARTICIPANTES 71
4.3 DATOS GENERALES ENCUESTA: 73
4.3 DATOS GENERALES DE LA ENTREVISTA 79
4.3.1 CATEGORIAS DEL TEMA DE ESTUDIO 80
CAPITULO V 126
DISCUSIÓN 126
5.1 Género de los participantes 126
5.2 Competencias relativas a la comunicación y liderazgo 127
5.3 Competencias relativas a la docencia y aprendizaje 128
5.4 Competencias relativas a la capacidad de análisis y solución de problemas . 129
5.5 Competencias relativas a la calidad de atención y solución de problemas de salud 131
5.6 Competencias del Médico de Familia se ajustan a las características de las normativas de atención en promoción –prevención del MSP 132
CAPITULO VI 134
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 134
6.1 Conclusiones 134

6.2 Recomendaciones 136

BIBLIOGRAFÍA 138

ANEXOS 143

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Programa de formación en Medicina Familiar basado en competencias..... 18

Tabla 2 Selección de informante clave 50

Tabla 3 Cohorte de egreso..... 73

Tabla 4 Género de los encuestados 73

Tabla 5 Edad de los encuestados..... 74

Tabla 6 Tiempo de ejercicio profesional..... 74

Tabla 7 Tipo de Unidad Operativa sede Quito..... 75

Tabla 8 Tipo de Unidad Operativa sede Ibarra 75

Tabla 9 Tipo de cargo desempeñado..... 76

LISTA DE GÁFICOS

Gráfico 1 Valores, principios y elementos esenciales en un sistema de salud basado en la atención primaria de salud 29
Gráfico 2 Elementos de una competencia 38
Gráfico 3 Categorías que define a la disciplina en Medicina Familiar: 40
Gráfico 4 Características esenciales en el ejercicio de la Medicina Familiar 41
Gráfico 5 Elementos del perfil y área de desempeño profesional del Médico Familiar: 43
Gráfico 6 Competencias del Médico Familiar PUCE 45
Gráfico 7 Cuadro explicativo de información recolectada 53
Gráfico 8 Competencia No.1: Comunicación y liderazgo 76
Gráfico 9 Competencia No. 2: Actividades de docencia e investigación 77
Gráfico 10 Competencia No. 3: Capacidad de análisis y solución de problemas 78
Gráfico 11 Competencia No. 4: Calidad de atención y solución de problemas de salud 79
Gráfico 12 Análisis e interpretación del conocimiento y mención de las competencias del Médico Familiar, 2019 80
Gráfico 13 Análisis e interpretación de la importancia de las competencias del Médico Familiar, 2019. 84
Gráfico 14 Análisis e Interpretación de las competencias y su intervención para la resolución de problemas en primer nivel de atención, 2019. 88
Gráfico 15 Análisis e Interpretación de las competencias y como estas promueven una atención integral efectiva, 2019 91

Gráfico 16 Análisis e Interpretación de las competencias y como estas han aportado en la atención integral de los pacientes, 2019. 94
Gráfico 17 Análisis e Interpretación de las competencias y como estas se ajustan a las normativas del MSP, 2019..... 97
Gráfico 18 Análisis e Interpretación del conocimiento y mención de las competencias del Médico Familiar, 2019 101
Gráfico 19 Análisis e Interpretación de la importancia de las competencias del Médico Familiar, 2019. 105
Gráfico 20 Análisis e Interpretación de las competencias y su intervención para la resolución de problemas en primer nivel de atención, 2019. 109
Gráfico 21 Análisis e Interpretación de las competencias y como estas promueven una atención integral efectiva, 2019..... 113
Gráfico 22 Análisis e Interpretación de las competencias y como estas han aportado en la atención integral de los pacientes, 2019. 116
Gráfico 23 Análisis e Interpretación de las competencias y como estas se ajustan a las normativas del MSP, 2019..... 120

ABREVIATURAS

APS: Atención primaria de salud

CIM: Centro Internacional para la Medicina Familiar

DPC-AP: Desarrollo Profesional Continuo en Atención Primaria

EAIS: Equipos de Atención Integral de Salud

MAIS- FCI: Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural

MSP: Ministerio de Salud Pública

OMS: Organización Mundial de la Salud

PUCE: Pontificia Universidad Católica del Ecuador

SEMERGEN: Sociedad Española de médicos en Atención Primaria

SEMF: Sociedad Ecuatoriana de Medicina Familiar

TAPS: Técnicos de atención primaria

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

URSS: Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas.

WONCA: Organización Mundial de Médicos de Familia

RESUMEN

La atención primaria de salud es una estrategia globalmente aplicada para garantizar el acceso a salud de la población, y para este objetivo, la formación de especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria es eficaz en su consecución. Sin embargo, las competencias para los que son formados a nivel universitario difieren en gran medida a las ejecutadas en el contexto laboral, siendo la adaptación a los diversos sistemas de salud el principal motivo. **Propósito:** Evaluar las competencias desempeñadas por los graduados de la primera cohorte de Medicina Familiar y Comunitaria del convenio MSP – PUCE de Quito e Ibarra, en las unidades de salud asignadas. **Metodología:** Se realizó una investigación descriptiva con enfoque mixto cuanti- cualitativo, con la aplicación de una encuesta estructurada a todos los participantes y entrevistas semiestructuradas a persona clave hasta saturar la muestra, con el fin de identificar el cumplimiento o no de las competencias adquiridas durante el proceso de formación. **Resultados:** Los resultados apuntan que el perfil de competencias de los Médicos Familiares si se cumplen poniendo énfasis en la docencia, y cierta debilidad en la comunicación, datos que se contrastan con las entrevistas, dejando identificar una representación social consolidada y en formación. **Conclusiones:** Es importante que los Médicos Familiares desarrollen y refuercen todas las competencias con las que fueron formados, así como el conocimiento de las mismas por el personal con el que labora, para brindar una atención efectiva y poder resolver los problemas de salud.

Palabras claves: Competencia, competencia profesional, perfil competencia médicos de familia, Medicina Familiar y Comunitaria.

ABSTRACT

Primary health care is a globally applied strategy to guarantee access to health of the population, and for this purpose, the training of specialists in Family and Community is effective in achieving it. However, the competencies for those who are trained at university level differ greatly from those carried out in the work context, being the adaptation to the various health systems the main reason. **Purpose:** To evaluate the competences performed by the graduates of the first promotion of Family and Community Medicine of the MSP - PUCE agreement of Quito and Ibarra, in the assigned health units. **Methodology:** A descriptive investigation was carried out with a mixed quantity-qualitative approach, with the application of a structured survey to all participants and semi-structured interviews to the key people until saturating the sample, with the purpose of identifying the fulfillment or not of the competences acquired during the training process. **Results**: The results indicate that the competence profile of family doctors is fulfilled with an emphasis on teaching and some weakness in communication, data that are contrasted with interviews, allowing to identify a social representation consolidated and in training.**Conclusions**: It is important for family doctors to develop and reinforce all the competencies with which they were trained, as well as the knowledge of it by the staff with whom they work, to provide effective care and to solve health problems.

Keywords: Competence, professional competence, family medical competence profile, Family and Community Medicine.

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

En el siglo XIV la atención médica era dirigida para personas con mayores recursos económicos, el médico era un estudioso constante de la Medicina y además se destacaba por ser un investigador. Hacia el siglo XIX, las necesidades de salud de las personas de escasos recursos eran resueltas por personajes no médicos, y ocasionalmente los médicos brindaban dicha atención, y los profesionales más capacitados solo atendían a personas de recursos económicos mayores. Se conoce que las personas que pertenecían al estrato medio eran atendidas por médicos generales, era conocedor de la población, consejero de problemas educacionales y matrimoniales, líder en todos los sentidos, impulsaba cambios socioeconómicos, promovía trasformaciones comunitarias, epidemiólogo e investigador. Fue hasta 1970 en donde surge la Medicina Familiar como especialidad, preocupándose tanto del cuidado de la salud del individuo como de su familia y la sociedad. (Saldívar, 2016)

Desde entonces los enfoques en la formación y entrenamiento en los profesionales de la salud se ha modificado y diversificado ampliamente, identificando al Médico Familiar como el especialista que tiende al individuo en el contexto de la familia y a la familia en el contexto de la comunidad de la que forma parte, sin tener en cuenta la raza, religión, cultura o clase social. Reconocida como la vigésima especialidad en los Estados Unidos de América y en noviembre del año siguiente ya existían 50 escuelas y facultades de Medicina con programas de Medicina Familiar. (Carek et al., 2017)

El desarrollo de la Medicina Familiar en América Latina no tuvo oposición gracias al decreto de 1978 en España donde se propuso que el Médico de Familia constituya la

imagen principal del sistema sanitario y tenga como tarea efectuar una atención médica integrada a todos los miembros de la comunidad. Cada una de las familias tenía su propio médico de cabecera, lo que le permitía llevar la continuidad de la atención médica. En 1978 con la participación de 140 países, se conmemora la Conferencia de Alma Ata, que concluyó con la Declaración de Alma Ata en la que se aprueba la destreza de atención primaria como la pionera para alcanzar Salud para todos en el año 2000. En el año de 1981, se creó el Centro Internacional para la Medicina Familiar y en 1991, la Declaración de WONCA sustenta el papel del Médico Familiar en los sistemas de atención de salud, en 1994 se efectuó en Canadá, la Conferencia Conjunta OMS-WONCA. (Saldívar, 2016)

En diciembre de 2017, la Organización Panamericana de la Salud lanzó en Quito - Ecuador, un movimiento regional por la salud universal, integrado por miembros de los gobiernos, la sociedad civil y por expertos de treintena países y territorios de las Américas. Se integra el Foro Regional Salud Universal en el siglo XXI: 40 años de Alma-Ata buscó identificar obstáculos y generar alianzas las mismas que permitan alcanzar la meta de salud para todos en 2030, sin dejar a nadie atrás. (OMS, De Alma-Ata a Astaná 2018, 2018).

En Astaná, Kazajistán, el 25 de octubre de 2018 (OMS/OPS) – en donde países de todo el mundo firmaron la Declaración de Astaná, y prometieron fortalecer sus sistemas de atención primaria de salud como pionero para lograr la cobertura universal de salud. "Todos tenemos la solemne responsabilidad de garantizar que la declaración de hoy sobre atención primaria de salud permita a todas las personas, en todas partes,

ejercer su derecho fundamental a la salud." La Declaración de Astaná reafirma la Declaración de Alma-Ata, se define:

- Compromiso con el derecho fundamental de todo ser humano al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr sin distinciones de ningún tipo.
- Tomar decisiones políticas audaces en pro de la salud en todos los sectores.
- Establecer una atención primaria de la salud que sea sostenible.
- Fortalecimiento de la atención primaria de la salud es el enfoque más inclusivo, eficaz y efectivo para la mejora de la salud física y mental de las personas, así como su bienestar social, y que la atención primaria de la salud es la piedra angular de un sistema de salud sostenible para la cobertura sanitaria universal.
- Ya no podemos infravalorar durante más tiempo la importancia crucial de la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, ni tolerar una atención fragmentada, poco segura o de calidad deficiente. Debemos solucionar la escasez de trabajadores de la salud y su distribución desigual. (OMS, UNICEF, 2018)

Acorde con los objetivos de la atención integral de la comunidad se modifican o mejoran, también lo hacen los diversos programas de formación de Médicos Familiares, por lo cual, hay también variaciones en el perfil profesional final de esta rama de especialidad. (Abril-Collado, 2013):

Entre los pilares de la Medicina Familiar, y por tanto, los perfiles profesionales y de competencias que un especialista en esta rama debe contemplar son los siguientes (Abril-Collado, 2013):

- Continuidad: los Médicos Familiares brindan cuidado al individuo y sus familiares a lo largo de su ciclo vital.
- Integralidad: visión de la persona desde un concepto biopsicosocial, en el contexto de la familiar y comunidad.
- Coordinación del cuidado: provisión de servicios para el cuidado al paciente, y guía al mismo para el uso de los diversos niveles de complejidad de atención.
- Orientación a la familia: trabajo directo del profesional con la familia bajo un concepto de grupo social en el proceso salud-enfermedad.
- Prevención: reconocimiento de los factores de riesgo y su intervención efectiva mediante estrategias de promoción de la salud.

Los programas de formación - entrenamiento en Medicina Familiar y Comunitaria, enfocan sus estructuras curriculares encaminadas hacia la atención primaria de la salud, la misma que se estructura inicialmente en un correlativo clínico hospitalario tanto en pacientes clínicos de mediana y alta complejidad hasta entrenamiento en Medicina Comunitaria donde además se incluyen acorde a la Academia Americana de Médicos de Familia "American Academy of Family Physicians" habilidades relativas a la administración de instituciones de salud como parte de las competencias para la acreditación de profesionales en dicha especialidad (Carek et al., 2017).

La especialización en Medicina Familiar y Comunitaria, debe realizarse en función a competencias que permitan al profesional ejercer un liderazgo en atención primaria de la salud y ejercer funciones altamente efectivas en atención integral al individuo y la familia, por tanto, los centros universitarios deben diseñar los contenidos de

especialidad en base al perfil de competencias esperado en el médico egresado (Iglar, Whitehead, & Glover Takashi, 2013).

Un diseño multinivel de los programas de entrenamiento en Medicina Familiar, incluyen aspectos relativos a la atención integral del paciente en las siguientes categorías (Iglar et al., 2013):

- Captación y cuidado de pacientes en estado de gestación, recién nacidos y lactantes: cuidado perinatal
- Cuidado de niños, niñas y adolescentes
- Cuidado de adultos jóvenes, adultos mayores y cuidados al final de la vida
- Gestión efectiva de las urgencias y emergencias médicas
- Evaluación de tecnologías sanitarias, administración de recursos
- Análisis situacional y estrategias comunitarias de promoción de la salud

Acorde a los pilares descritos, el Médico Familiar tiene competencias relativas a la atención y cuidado del individuo y su familiar, análisis comunitario y de factores de riesgo y administrativo en relación a la provisión de servicios, que en consecuencia engloban a los objetivos de formación de los centros universitarios (Abril-Collado, 2013).

La construcción del perfil profesional del Médico Familiar se basa tanto en los pilares de la Medicina Familiar y Comunitaria, y las realidades idiosincráticas en cada una de las comunidades en la que el profesional desarrollará sus funciones como líder de un equipo de atención primaria (Gómez-Clavelina, Hernández-Torres, & Grijalva, 2015).

Según el grupo Training Program Competencies for Global Family Medicine Workshop de la American Academy of Family Medicine, ha propuesto un programa de 44 metas de competencias que permiten al estudiante acreditarse como Médico de Familia e incluso rendir exámenes de acreditación internacional en la especialidad. Los ejes del programa se explican en la Tabla 1 (Zink & Solberg, 2014).

Tabla 1 Programa de formación en Medicina Familiar basado en competencias

Competencia	***Definición***
Cuidado al paciente y la familiar	Los Médicos son competentes para la captación, cuidado, intervención y evaluación de determinantes de una comunidad, individuo en cualquier fase de su ciclo vital.
Conocimiento médico	Los Médicos demuestran conocimiento sobre aspectos clínicos, quirúrgicos, bases bioestadísticas y epidemiología, y conocimiento de los fenómenos comportamentales y sociales de individuo-familia. Además, demuestra capacidad para diseñar planes y estrategias para la interpretación de información y estrategias de promoción de la salud.
Aprendizaje y mejora en base a práctica	Los Médicos son capaces de autoevaluarse y ser valorados en relación a sus habilidades clínicas, administrativas, comunicacionales y estratégicas para el cuidado del individuo, familiar y comunidad.
Comunicación Interpersonal	Los Médicos demuestran comunicación efectiva en el abordaje al paciente y la familia, con intercambio de

	información efectiva y respeto por componentes culturales, religiosas y económicas.
Profesionalismo	Los Médicos deben demostrar actitudes para el reconocimiento de circunstancias que afecten la dignidad de las personas, promover el cuidado transcultural y transnacional. Habilidades de comunicación con otros profesionales de la salud con la finalidad de fortalecer el sistema de salud.

Zink, T., & Solberg, E. (2014). Development of a Global Health Curriculum for Family Medicine Based on ACGME Competencies. Teaching and Learning in Medicine: An International Journal, 26(2), 174–183

La evaluación del desempeño y consecuentemente de las competencias del profesional evaluado, estarán interrelacionados entre la tarea, el aprendizaje y el comportamiento, enmarcado en las siguientes competencias: profesionalidad, comunicación, cuidados del paciente, conocimientos, práctica basada en el sistema de salud, aprendizaje y mejora continua, manejo de la información, que en su conjunto permite una retroalimentación y definición de oportunidades de mejora (Morán-Barrios, 2016).

En el Ecuador, la formación de Médicos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria y su perfil profesional posterior al egreso, presentan variaciones y dificultades no distintas a las descritas internacionalmente. El perfil de competencia del profesional se centra en la atención primaria de la salud con enfoque familiar, generacional, comunitario, intercultural, para la cual se aplican métodos de enseñanza constructivista y sistémico complejo, que en consecuencia consigue el objetivo

planteado en la que el profesional pueda aplicar sus conocimientos bajo un enfoque integral, investigativo, docente en cualquier escenario (Naranjo Ferregut, Delgado Cruz, & Sánchez Pérez, 2015).

Se estableció que, en Ecuador para cumplir con la estrategia de Atención Primaria, un Médico Familiar debe:

- Ser la puerta de entrada al sistema de salud, velando por la accesibilidad geográfica, cultural y económica.
- Recibir a personas con cualquier problema de salud sin límite de edad, sexo, condición social y complejidad de su problema.
- Resolver los problemas de salud más frecuentes y coordinar con otras especialidades el seguimiento de aquellos que lo necesiten.
- Hacer uso eficiente de los recursos de APS.
- Abordar los problemas de salud del individuo y la familia en sus dimensiones física, psicológica, social, cultural y existencial, priorizando a lo comunitario como su campo de acción.
- Mantener una relación de continuidad en el tiempo con la persona y su familia utilizando herramientas de comunicación efectiva y toma de decisiones compartida.
- Realizar actividades de prevención, promoción, curación y rehabilitación de problemas agudos y crónicos.
- Promover la calidad de vida de las personas durante su ciclo vital individual y familiar.

- Mantener y coordinar la atención de las personas en la consulta servicio de urgencias, hospitalización según lo requiera.
- Formar equipos de atención multidisciplinarios que trabajen en redes.
- Manejar actividades docentes y de investigación en su ámbito de ejercicio. (Henríquez & Sánchez del Hierro, 2011)

JUSTIFICACIÓN

Las estrategias mundiales de promoción y el acceso universal a la salud han sido uno de los enfoques más ampliamente aceptados a nivel mundial para la organización de los servicios de salud. Desde 1978 con la Declaración de Alma Ata y reafirmada en octubre 2018 por la Organización Mundial de la Salud con la declaración de Astaná (Kazajstán) se refleja las obligaciones de los países, las personas, las comunidades, los sistemas de atención de salud para lograr una vida más saludable a través de la Atención Primaria de Salud, consignando a la Medicina Familiar y Comunitaria como una estrategia fundamental para alcanzar dichos objetivos.

En el Ecuador, el Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria (MAIS-FCI) y la creación de equipos básicos en salud (EBAS) como tácticas implementadas por el Ministerio de Salud Pública para satisfacer las demandas en salud de la población, donde actualmente los Médicos Familiares están llamados a liderar y guiar la aplicación de dichas estrategias y establecer un panorama favorable en cobertura e impacto en reducción de morbilidad.

En su plan de estudios para la formación en Medicina Familiar y Comunitaria, la Pontifica Universidad Católica del Ecuador establece un perfil de competencias (Anexo 1) del que se ha tomado como punto de partida para esta investigación.

No se han establecido actualmente métodos específicos para la valoración de las competencias profesionales en Médicos Familiares, pero sí, se han establecido estudios en las que se describen las dimensiones que son sugeridas para el análisis integral de las habilidades y competencias en este grupo de profesionales de la salud (Allen et al., 2011).

En este contexto, para el desarrollo de nuestra investigación, se tomó como referencia estudios realizados en diversos países Canadá, México, España, Brasil y Japón, en donde se estableció una valoración que engloban los aspectos de habilidades (habilidad profesional para la comunicación, investigación y determinación de problemas en el individuo-familia, razonamiento clínico, atención integral centrada en la comunidad, resolución de conflictos e investigación-docencia) y destrezas psicomotrices (comunicación, razonamiento clínico), competencias operacionales (selectividad, atención centrada en el paciente y familia, provisión de servicios). En uno de los mismos, además, se observó que los profesionales de la zona urbana tenían capacitación continua, desarrollaban procesos de investigación y docencia. (Barata, 2016). (Cantero Santamaria & Ramírez Puerta, 2010). (Mitsuyama & Son, 2018).

Acorde al contexto presentado, se puede suponer que los profesionales de la salud entrenados en Medicina Familiar y Comunitaria, tienen una amplia variabilidad en cuanto a las competencias ejecutadas en las diversas unidades de salud cuando se relacionan a la formación recibida en centros acreditados, siendo inicialmente las condiciones geográficas una de las determinantes que pueden afectar el perfil de competencias del profesional en cuestión, sin embargo, factores operativos e incluso formativos pueden influir en el perfil de habilidades y competencias (Fernandes, Nuno, Figueira, & Mendes Nunes, 2017).

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 LA MÉDICINA FAMILIAR EN EL MUNDO, IBEROAMÉRICA Y ECUADOR.

La Medicina Familiar y Comunitaria es una especialidad del ámbito clínico ambulatorio que se ocupa de la atención integral del paciente, su familia y su entorno, siendo el Médico Familiar un especialista capacitado para la realización de distintas intervenciones individuales y colectivas, en distintos grupos de edad, integrando varias especialidades para la resolución de problemas de salud más frecuentes. (Abril Ramiro, Cuba María, 2013)

El desarrollo conceptual y filosófico de la Medicina Familiar proviene directamente de la escuela de Cos (Hipócrates). El siglo XIX en América y Europa fue conocida como la era del médico general, profesional clave para personas, familias y comunidad. Cada familia tenía su médico particular, generalmente para todos los miembros de la familia, lo que permitía continuidad y abordajes familiares. Este era un médico general, personaje importante para las familias y la comunidad. Era un líder comunitario, consejero, epidemiólogo, promovía cambios sociales e incluso económicos, era un profesional que permanecía actualizado en conocimientos y además era un investigador (Casado, 2018).

A mediados del siglo XX, hubo un declive de la Medicina general en favor de las especialidades médicas, desviando el interés por la medicina general, la ausencia de formación posgraduada en medicina general contribuyó a crear una imagen intelectualmente menor con respecto a la de sus colegas hospitalarios. En la década

de los 70 se critica a la medicina hospitalaria porque no podían resolver los problemas de salud en su totalidad, sino que más bien aparentaba preocuparse más por los intereses económicos, entonces se propone un enfoque integral que evitó que muchos de los casos llegaran al hospital. Se inicia una propuesta de atención a los problemas de abandono, pobreza e insalubridad. Así nació la propuesta de la Atención Primaria de la Salud (APS) en 1978, en la Conferencia Mundial de Alma Ata, URSS - Kazajistán, del 6 al 12 de septiembre de 1978, en donde participaron 140 países, representantes de 67 organizaciones de las Naciones Unidas, organismos especializados y organizaciones no gubernamentales que mantienen relaciones oficiales con la OMS y el UNICEF, en donde se sostenía una estrategia de participación con enfoque intersectorial y "toma de conciencia" de la población en general que iba en búsqueda de equidad y la "Salud para todos en el año 2000" (Casado, 2018). (OMS, Atención Primaria de Salud Alma Ata 1978, 1978)

Se determina que, mientras se alcanza un óptimo estado de salud de la población, es más probable que la misma contribuya de mejor manera al desarrollo social y económico de su comunidad, facilitando la formación de nuevos recursos y energía social.

De igual manera se establece que la atención primaria de salud comprenda de actividades, tales como:

- Enseñanzas relativas a los problemas de salud más frecuentes de cada comunidad y de métodos para identificarlos, prevenirlos y combatirlos.
- La promoción de suministro de alimentos y de una apropiada nutrición, abastecimiento suficiente de agua potable y medidas de saneamiento básico.

- La asistencia materno-infantil, incluyendo la planificación familiar, programa de inmunización contra las principales enfermedades infecciosas.
- La prevención y curación de las enfermedades endémicas locales.
- El tratamiento apropiado de enfermedades y traumatismos comunes.
- Promoción de la salud mental.
- Y el suministro de medicamentos esenciales.

Menciona además que el personal de salud también forma parte de la comunidad y debe mantener un diálogo continuo y permanente para el conocimiento de opiniones y actividades referentes a la atención primaria de salud. De esta manera el personal de salud determinará pensamientos e inquietudes de la comunidad, el nivel de sus aspiraciones, tipo de organización. Por otro lado, la comunidad aprenderá, de igual manera, a identificar sus verdaderas necesidades sanitarias, acoplarse a las estrategias nacionales referente a la atención primaria de salud, a promover la acción colectiva en pro de la salud. Es así que gracias a éste feedback, la sociedad comprenderá que la salud no sólo es un derecho de todos, sino que además es responsabilidad de todos. (OMS, Atención Primaria de Salud Alma Ata 1978, 1978)

Se indica además la participación de la familia dentro del sistema de salud, como principal elemento se describe a la mujer, por su posición central, principalmente para la aplicación de medidas preventivas, es así que se fomenta la formación de organizaciones femeninas dentro de una misma comunidad para tratar problemas relativos a nutrición, puericultura, higiene del medio y planificación familiar. En el nivel intermedio se resuelve problemas más complejos, se presta una asistencia más especializada y experimentada, así como también apoyo logístico.

Se establece entonces que la planificación de la atención primaria de salud se debe realizar tanto en las comunidades como en todos los niveles de salud, y que el ministerio de salud debe formular las políticas sanitarias nacionales y gestionar la aprobación de estas por el gobierno, identificando prioridades, determinando métodos y técnicas para su ejecución. Asimismo, establece el tipo de formación que deben recibir los miembros del equipo de salud y su tiempo de duración, la incorporación del individuo y su familia para convertirse en colaboradores de su propio desarrollo sanitario. La finalidad de la atención primaria de salud es "aportar a la totalidad de la población la asistencia sanitaria fundamental". La cobertura de la población se ha expresado con frecuencia como la proporción que existe entre los servicios de asistencia sanitaria y el número de habitantes que han de ser atendidos. (Alma Ata, 1978, p. 68)

En 1997 surge la necesidad de renovar las estrategias de la APS, tras 30 años de la declaración Alma Ata, reitera que "debe ser parte integral del desarrollo de los sistemas de salud", pues faltaría la integración con los servicios hospitalarios. Surge la aparición de nuevos desafíos epidemiológicos que la APS debe ser capaz de afrontar; el desarrollo de conocimientos e instrumentos sobre mejores prácticas médicas que la APS debe capitalizar para ser más efectiva; el reconocimiento mantenido de la sociedad de que la APS es una estrategia que fortalece las capacidades para reducir las inequidades en salud. Por lo tanto, un enfoque renovado de APS es considerado como esencial para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio, centrándose sobre las principales causas de salud y codificando la salud como un derecho. (OPS/OMS, Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, 2005)

La APS debería establecerse de igual manera como puerta de entrada para unirse con los demás niveles del subsistema curativo, “garantizando el primer contacto con el usuario y tomando a las familias y comunidades como la base de la planificación”. La APS renovada garantiza “la cobertura y el acceso universal, promoviendo la equidad, la atención integral, con énfasis en la prevención y promoción”. (OPS/OMS, Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), 2007)

Se remodelan en especial cuatro aspectos, lo que se necesita para articular una respuesta eficaz a los presentes desafíos sanitarios de ese entonces, los valores de equidad, solidaridad y justicia social que guían el movimiento en pro de la APS, y las crecientes expectativas que tuvo la población en las sociedades en proceso de modernización:

- reformas en pro de la cobertura universal;
- reformas de la prestación de servicios;
- reformas de las políticas públicas;
- reformas del liderazgo. (OPS/OMS, 2007, p. 10)

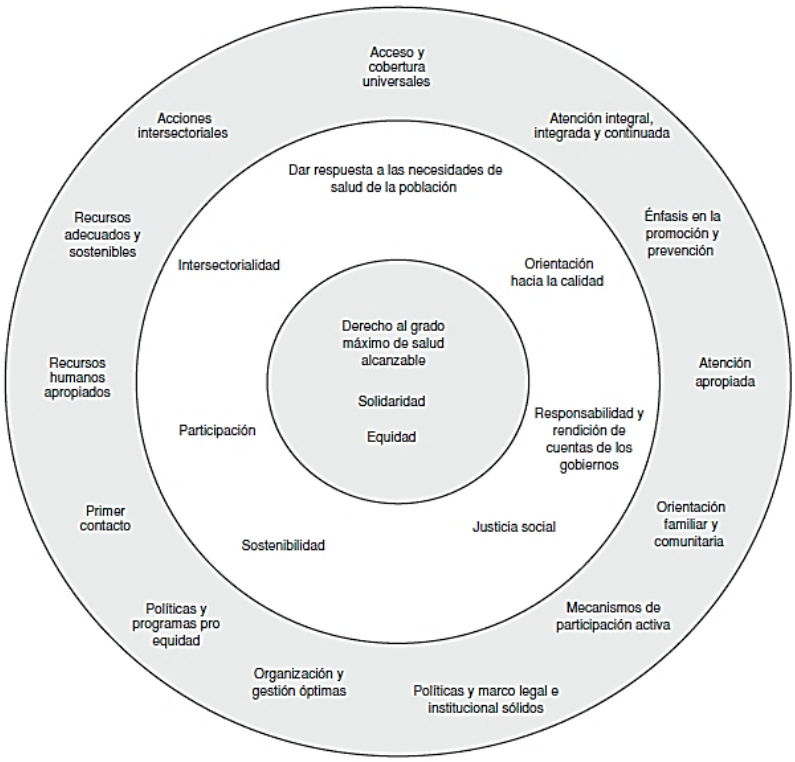
Para fortalecer el sistema de salud de las reformas se emplea líneas de acción, mismas que deberán ser establecidas:

- A nivel mundial (OPS apoyada por la OMS).
- A nivel regional (Región de las Américas): OPS, la OMS, la Organización de Estados Americanos y las oficinas regionales de las agencias de cooperación internacional.

- A nivel subregional (Región Andina, América Central, Región del Caribe Latino, Región del Caribe no Latino, América del Norte y América del Sur), bajo el liderazgo de la OPS/OMS
- A nivel nacional: representado por sus gobiernos.

El objetivo final de la renovación de la APS fue alcanzar, de forma sostenible, un buen estado de salud para todas y todos. Esta propuesta es llamada a ser visionaria. (James Macinko, Hernán Montenegro, Carme Nebot Adell, Carissa Etienne y Grupo de Trabajo de Atención Primaria de Salud de la OPS, 2007)

Gráfico 1 Valores, principios y elementos esenciales en un sistema de salud basado en la atención primaria de salud



(James Macinko, Hernán Montenegro, Carme Nebot Adell, Carissa Etienne y Grupo de Trabajo de Atención Primaria de Salud de la OPS, 2007).

En octubre del 2018, los miembros de las Naciones Unidas, juntamente con la OMS, se comprometieron a fortalecer los sistemas de atención de salud en cada país, como inicio para logar una cobertura sanitaria universal.

La Declaración de Astaná establece claros compromisos en cuatro esferas básicas:

1. Tomar decisiones políticas audaces en pro de la salud en todos los sectores.
2. Establecer una atención primaria de la salud que sea sostenible.
3. Empoderar a las personas y a las comunidades.
4. Alinear el apoyo de las partes interesadas con las políticas, estrategias y planes nacionales.

Al transcurrir 40 años de Alma-Ata, se buscó identificar obstáculos y generar alianzas que permitan a los países de la región alcanzar la meta de salud para todos en el año 2030, sin dejar a nadie atrás. Delegaciones de gobiernos, sociedad civil y academia de Argentina, Brasil, Canadá, Chile, Cuba, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos, Guatemala, Nicaragua, Paraguay, Perú, Surinam, y otro más de un centenar de países del mundo, asistieron esta Conferencia en Astaná. (OMS/UNICEF, 2018)

En 1978 se produjeron 2 acontecimientos relevantes, el primero de ámbito internacional, la conferencia de Alma Ata, y el segundo, en España, el reconocimiento de la Medicina de Familia y Comunitaria como especialidad médica, misma que se expande por los cinco continentes. (Casado, 2018)

Al mismo tiempo, en Estados Unidos, Canadá y la Gran Bretaña, se inicia la estructuración de esquemas de certificación de estos especialistas como una estrategia para garantizar, a largo plazo, la calidad de la práctica familiar. En Canadá, Estados

Unidos, el Reino Unido y Australia comienzan la reformulación de los procesos de formación de profesionales agregando a la Medicina de Familia como una de las disciplinas fundamentales en los sistemas de salud.

La variedad de iniciativas en creación de la Medicina Familiar por una gran mayoría de países, hicieron que se organizaran conferencias mundiales de Médicos de Familia/Generales y, en Chicago 1970, durante la IV Conferencia Mundial de Médicos Generales, se estableció la WONCA (Organización Mundial de Colegios Nacionales, Academias y Asociaciones Académicas de Médicos Generales/Médicos de Familia), cuyo abreviado es Organización Mundial de Médicos de Familia, que se instauró oficialmente en 1972 (Casado, 2018).

En 1977, el comité de ministros del consejo europeo formula una resolución mediante la cual se establece que la Medicina Familiar debe ser la piedra angular de los sistemas de salud, a partir de entonces la mayoría de los países de este continente inicia transformaciones internas en su sistema de salud. (Domínguez del Olmo , 2003)

En América Latina y el Caribe inicia la concientización para la implantación y desarrollo de programas de Medicina Familiar en las universidades médicas, y en 1970 se inició la formación de postgrado de Medicina Familiar en México, Brasil, Bolivia, Costa Rica, Argentina, Colombia, Ecuador y Venezuela, extendiéndose al resto de los países a partir de 1980. El Centro Internacional para la Medicina Familiar (CIMF) se fundó en Caracas en 1981, su primer director general y miembro fundador fue el profesor argentino Julio Ceitlin, junto con el venezolano Pedro Iturbe. En 1994, se conformó una federación de sociedades, colegios y asociaciones de Iberoamérica, y junto con el mexicano Javier Domínguez del Olmo, aportando al desarrollo de la

Medicina Familiar en el continente americano, inician la conformación de la VI Región de WONCA en el 2004 (Casado, 2018).

La Medicina Familiar tiene 32 años de desarrollo en Ecuador, inició en 1987 como un programa de posgrado en la Universidad Católica de Cuenca en convenio con el Hospital Vozandes Quito, concurso abierto, autofinanciado. En 1989, se instaura la Sociedad Ecuatoriana de Medicina Familiar, conformada por 12 Médicos Familiares extranjeros junto con los primeros residentes del programa académico en Quito, misma que es reconocida oficialmente como una sociedad científica y es miembro activo de la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (CIMF) y de la Organización Mundial de Médicos de Familia (WONCA). (Henríquez & Sánchez, 2011)

La especialización en Medicina Familiar en el país contaba con aproximadamente tres centenares de Médicos de Familias formados en el país y en el extranjero, lo que resultó insuficiente para afrontar los nuevos retos propuestos por el gobierno de turno en relación a la salud y, específicamente, con el desarrollo de la Atención Primaria de Salud. Todo conlleva a la firma de un acuerdo ministerial entre Cuba y Ecuador donde los profesionales cubanos junto con su experiencia participaron directamente en la preparación de especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria. (Naranjo, Delgado, & Sánchez, 2015).

En diciembre del 2012, se suscribieron los convenios específicos de Cooperación Interinstitucional entre el Ministerio de Salud Pública y ocho universidades del país (Universidad Central del Ecuador, Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Universidad Técnica de Ambato, Escuela Politécnica de Chimborazo, Universidad del Azuay, Universidad de Cuenca, Universidad Católica de Santiago de Guayaquil y

Universidad Nacional de Loja), en donde se programó realizar la formación en Medicina Familiar y Comunitaria a médicos generales, que estuvieron laborando en las unidades del Ministerio de Salud Pública (MSP), sin importar el tiempo de vinculación laboral, con el fin de implementar más de mil Médicos Familiares para fortalecer el primer nivel de atención, el reclutamiento se llevó a cabo en enero del 2013 por concurso de méritos y oposición, éste programa fue auspiciado por el MSP, en donde los estudiantes obtuvieron beca completa para el desarrollo de su formación. La meta de salud fue formar un contingente de 2856 médicos de familia hasta el año 2017. (Comercio, 2012)

Fueron formados 453 Médicos Familiares y comunitarios gracias a este programa de especialización, en la primera cohorte, pasaron a reforzar el Modelo de Atención Integral de Salud, prioridad para el Ministerio de Salud Pública en su propósito de alcanzar el objetivo del Buen Vivir. (MSP, El MSP reconoce a médicos graduados como especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria, 2017)

Actualmente, los Médicos Familiares graduados, se encuentran en proceso de devengación de la beca otorgada para su formación, la mayoría de ellos permanecen dentro de las mismas unidades operativas en donde estuvieron laborando antes de iniciar su proceso de especialización, como parte del convenio que ellos aceptaron, al término de su formación debían devengar seis años en unidades del MSP.

El Sistema Nacional de Salud tiene como finalidad mejorar el nivel de salud y vida de la población ecuatoriana, haciendo más efectivo el ejercicio del derecho a la salud. Está constituido por las instituciones públicas, privadas, autónomas y comunitarias del sector salud, que se articulan uniformemente sobre la base de principios, políticas,

objetivos y normas comunes. (MSP, Ley Orgánica del Sistema de Nacional de Salud, 2002).

En el Art. 4 de La ley orgánica del Sistema Nacional de Salud establece los siguientes principios.

- **Equidad. –** Garantiza acceso a servicios de salud a toda la población.
- **Calidad. -** Atención con calidez y la satisfacción de los usuarios.
- **Eficiencia. -** Optimizar los recursos disponibles.
- **Participación. -** Promover que la ciudadanía contribuya en la toma de decisiones, en el control social de las acciones y servicios de salud.
- **Pluralidad. -** Interrelación con una visión pluricultural.
- **Solidaridad. -** Cooperación de la sociedad en su conjunto.
- **Universalidad. -** Extender la cobertura de los beneficios de salud a todo el territorio nacional.
- **Descentralización. -** Cumplir los mandatos constitucionales del país.
- **Autonomía. -** Respetar a las autonomías de las instituciones que forman el Sistema.

Las fortalezas para alcanzar el desarrollo de la Medicina Familiar se expresan en el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), que se define como la puerta de entrada al primer nivel de atención. Se organizan Equipos de Atención Integral de Salud (EAIS) que son los responsables de un número concreto de población, liderados por médicos de familia, y conformados por enfermería, técnicos de atención primaria, obstetricia y odontología. (Carina Vance, 2015)

En nuestro país se considera a la Medicina Familiar como política pública desde la definición del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS). En el año 2012, se reconoce a la Medicina Familiar con los mismos derechos laborales que otras especialidades, y, por tanto, con la misma remuneración. Tras la implementación del MAIS se ha requerido una alta inversión económica para dotar de infraestructura, equipamiento, y contratación a un gran número de profesionales de la salud. Muestra de ello es el convenio que hubo para la especialización de Médicos Familiares y Técnicos de Atención Primaria (TAPS) que lideran la Atención Primaria. (Bedoya, Marchand, Maldonado, Mikesell, & ..., 2017).

El objetivo del MAIS fue integrar y consolidar la estrategia de la APS renovada en los tres niveles de atención, reorientando los servicios de salud hacia la promoción de salud y la prevención de enfermedades, fortaleciendo el proceso de recuperación, rehabilitación de la salud y cuidados paliativos con el fin de brindar una atención integral de calidad y respeto a las personas en su diversidad y entorno. (MSP, MAIS, 2012)

La Medicina Familiar, como disciplina, abarca un cuerpo de conocimientos que permite al médico resolver el 80% de los problemas de salud en primer nivel. La Medicina Familiar en las zonas rurales presenta matices diferentes y produce grandes satisfacciones: permite entrar en contacto con los pacientes incluso en la vida cotidiana, comparte durante sus fiestas, sus cosechas, sus problemas; resalta la importancia de una alimentación nutritiva, menos apego al consumo. (Bedoya, Marchand, Maldonado, Mikesell, & ..., 2017)

Por Acuerdo Ministerial 1203 realizada en junio 2012, la ministra de salud de turno acuerda constituir: "Tipología sustitutiva para homologar los establecimientos de salud por niveles de atención y servicios de apoyo del sistema nacional de salud", en donde se organiza los establecimientos de salud en función a su capacidad resolutiva, constituyendo así:

- Primer nivel de atención
- Segundo nivel de atención
- Tercer nivel de atención
- Cuarto nivel de atención
- Servicios de apoyo

El primer nivel de atención considerados los más cercanos a la población, prestan servicios de promoción de la salud, prevención de enfermedades, recuperación de la salud, rehabilitación y cuidados paliativos, también brindan atención de urgencia y emergencia de acuerdo con su capacidad resolutiva, garantizando una referencia, derivación, contrarreferencia y referencia inversa adecuada. El Primer Nivel de Atención es la puerta de entrada al Sistema Nacional de Salud. (Carina Vance, 2015)

Se organizan las unidades correspondientes a este nivel, como:

- **Puesto de salud:** ubicado en la zona rural, conformado por enfermera o TAPS, con accionar itinerante de los EAIS. Presta servicios de promoción de la salud, prevención de las enfermedades, recuperación de la salud, rehabilitación y cuidados paliativos por ciclos de vida.

- **Centro de salud tipo A:** ubicado tanto en zona rural como urbana, atienden a una población de hasta 10.000 habitantes, presta los mismos servicios que un puesto de salud con atención conformada por personal EAIS, Medicina Familiar/general, enfermería, odontología general y obstetricia. Cuentan con farmacia institucional.
- **Centro de salud tipo B:** ubicado en sector rural como urbano, atiende a una población de 10.001 a 50.000 habitantes. Presta mismos servicios como el puesto de salud y el tipo A, brindando atención en Medicina Familiar/general, enfermería, odontología general, psicología, nutrición, obstetricia, rehabilitación, puede disponer de unidad de trabajo de parto, parto y recuperación, además de odontopediatría, servicios de laboratorio y radiología, también dispone de farmacia institucional.
- **Centro de salud tipo C (Materno infantil y emergencia):** Ubicado en el sector urbano, capacidad de atención de 25.000 a 50.000 habitantes, brinda mismos servicios que los niveles anteriores con participación de Medicina y enfermería familiar/general, odontología, psicología, ginecoobstetricia, pediatría, obstetricia, nutrición, maternidad de corta estancia, emergencia, cuenta con farmacia institucional, medicina transfusional y laboratorio de análisis clínico. Además, puede contar con rehabilitación integral de servicios de apoyo diagnóstico de radiología e imagen de baja complejidad. (Carina Vance, 2015)

2.2 COMPETENCIAS DEL MÉDICO FAMILIAR

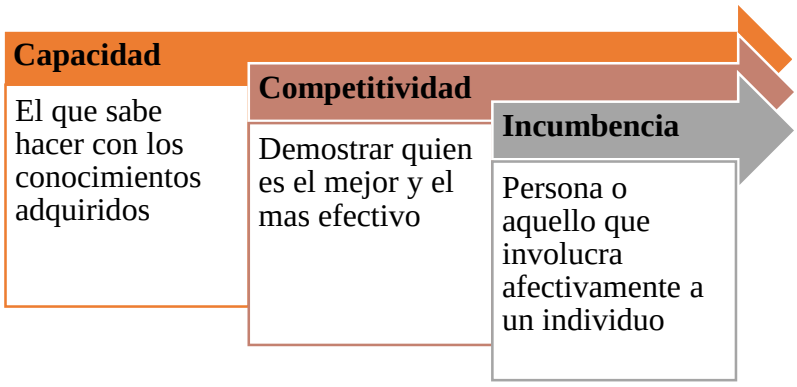
2.2.1 COMPETENCIA PROFESIONAL

Antes de iniciar con la descripción de las competencias del Médico de Familia, cabe definir previamente las competencias profesionales, de lo cual se ha escrito mucho sobre el tema y son varios los autores han aportado con definiciones. Así tenemos que, en el Reino Unido, Alemania y Holanda, se establece que las competencias surgen a una asociación de evaluación orientada al rendimiento profesional, emparentada a facultativos globales, similares a cualificaciones que hace referencia a títulos y certificaciones. (Gómez-Rojas, 2015, p. 49)

Kane en 1992 define la competencia profesional como "el grado de utilización de los conocimientos, las habilidades y el buen juicio asociado a la profesión en todas las situaciones que se pueden confrontar en el ejercicio de la práctica profesional". (Charria V.,Sarsosa K.,Uribe A.,López C.,Ortiz F., 2011)

Según Larios Mendoza, una competencia debe poseer tres elementos principalmente:

Gráfico 2 Elementos de una competencia



(Mendoza, 2008)

Se describe dos corrientes en la gestión de las competencias:

1. **Enfoque Anglosajón:** se centra en los contenidos del puesto de trabajo. Uno de sus representantes, Goleman en 1990, define “la inteligencia emocional, fortalece el componente emocional en razón a que también precisa el concepto de competencia aludiendo a la habilidad del individuo para actuar en un contexto mediante la identificación y autorregulación de las emociones, que lo hace más productivo”.
2. **Enfoque Francés:** considera las competencias como una mezcla indisoluble de conocimientos, aptitudes, rasgos personales y experiencias laborales. Su principal actor, Levy-Leboyer (1997), señala que "las competencias son una lista de comportamientos que ciertas personas poseen en mayor medida que otras y que las transforman en más eficaces para una situación dada. (Gómez-Rojas, 2015, p. 50) (Charria V.,Sarsosa K.,Uribe A.,López C.,Ortiz F., 2011).

De igual manera existen tipos de competencias:

- **Competencia técnica:** aquel que domina como experto las tareas y contenidos de su ámbito de trabajo y los conocimientos y destrezas necesarios para ello.
- **Competencia metodológica:** aquel que sabe reaccionar aplicando el procedimiento adecuado a las tareas encomendadas y a las irregularidades que se presenten, encuentra independientemente vías de solución y que traduce experiencias adquiridas en otros trabajos.
- **Competencia social:** aquel que sabe colaborar con otras personas de forma comunicativa y constructiva, muestra un comportamiento orientado al grupo y un entendimiento interpersonal.

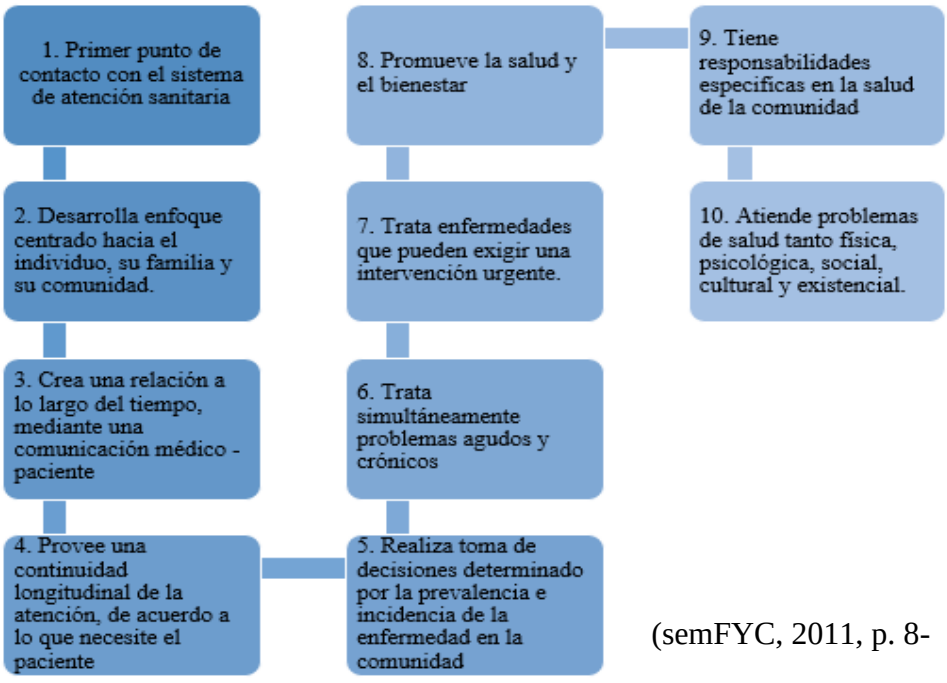
- **Competencia participativa:** sabe participar en la organización de su puesto de trabajo y también de su entorno de trabajo. Es capaz de organizar, decidir y está dispuesto a aceptar responsabilidades. (Gómez-Rojas, 2015, p. 51)

2.2.2 COMPETENCIAS DEL MÉDICO FAMILIAR

Conocemos que el Médico Familiar y comunitario es un especialista que brinda atención en salud integral al paciente, su familia y su comunidad, utilizando estrategias de Atención Primaria de la Salud, con enfoque holístico; con el propósito de promover salud, prevenir enfermedades, tratar y rehabilitar a las personas y familias, para mantener e incorporar a las mismas al buen vivir, relacionados a los valores e ideales de la sociedad y de los conocimientos profesionales.

La WONCA en el 2011 menciona que la disciplina de Medicina general / Medicina de familia y del médico especializado en ella debe llevarnos directamente a las competencias centrales del médico generalista/Médico de Familia.

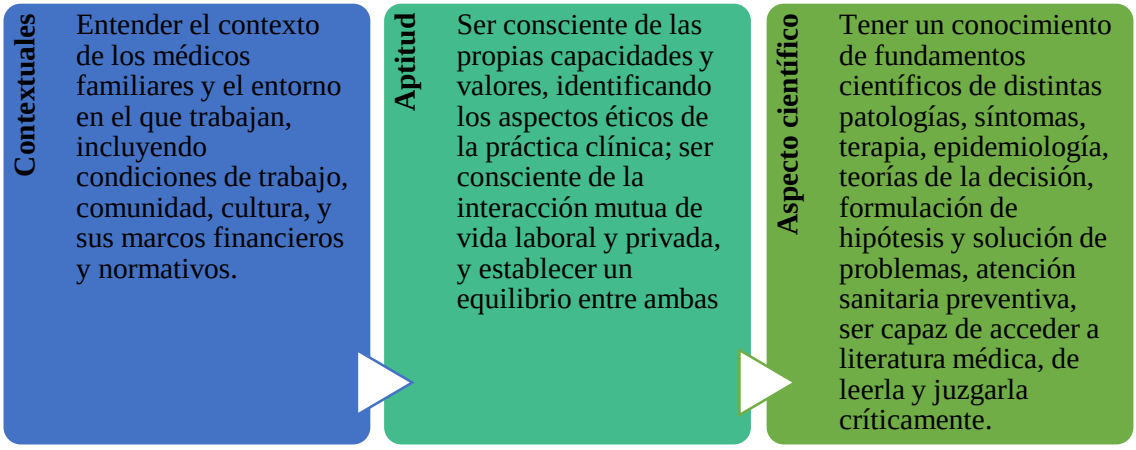
Gráfico 3 Categorías que define a la disciplina en Medicina Familiar:



(semFYC, 2011, p. 8-

En el desempeño de las competencias a la enseñanza, el aprendizaje y el ejercicio de la Medicina de Familia hay que considerar tres características esenciales:

Gráfico 4 Características esenciales en el ejercicio de la Medicina Familiar



(semFYC, 2011, p. 12-14)

Bajo este contexto, los programas de residencia en la Unión Europea, así como los de Norte América cumplen con ciertas características:

1. Flexibilidad
2. Pluripotencialidad
3. Eje Tutor-Residente
4. Se definen las áreas de competencias y, por cada área, se determinan los objetivos específicos y las actividades propias para la adquisición de estas competencias. (Armijos G., Vaca L., Aguilera L.,Casado V., Sánchez G.,Alvear S., 2016).

La Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía – España, desarrolló programas de acreditación en los que se encuentran las Competencias Profesionales del Médico de Familia en Atención Primaria, en los años 2005, 2010 y 2015, en éste último se menciona competencias encaminadas con el ciudadano, con la atención sanitaria

integral, con el mismo profesional, con el uso eficiente de los recursos y con la orientación a resultados en el desempeño profesional, así se describe en relación al profesional de Medicina Familiar (Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, 2015):

- Trabajo en equipo y las relaciones interprofesionales
- Actitud de progreso y desarrollo profesional
- Compromiso con la docencia
- Compromiso con la investigación

La Sociedad Española de médicos en Atención Primaria (SEMERGEN), en el año 2006, inicia el desarrollo de un programa de Desarrollo Profesional Continuo en Atención Primaria (DPC-AP) en donde en el 2008 se evalúa conocimientos, habilidades, aptitudes y desempeños de los Médicos Familiares. Dicha herramienta ha sido de gran valor ético y moral para que cada participante identifique fortalezas y debilidades, y a la vez mantenga su nivel de competencias y obliga al profesional a mantenerse actualizado, recomiendan el uso de esta evaluación cada 2 a 3 años. En el 2018 SEMERGEN se establece un nuevo mapa de competencias del Médico de Familia, misma que se compone de 44 competencias: 8 transversales a todas las especialidades médicas y 36 específicas de Medicina Familiar y Comunitaria**.** (SEMERGEN, 2018)

En Latinoamérica se describe competencias del Médico de Familia en países como: México, Cuba, Colombia y en Ecuador. La más actual, México en el 2017, establece que el perfil profesional debe entenderse como una realidad dinámica y, por consiguiente, móvil, en permanente cambio y ajuste en relación con el entorno y sus

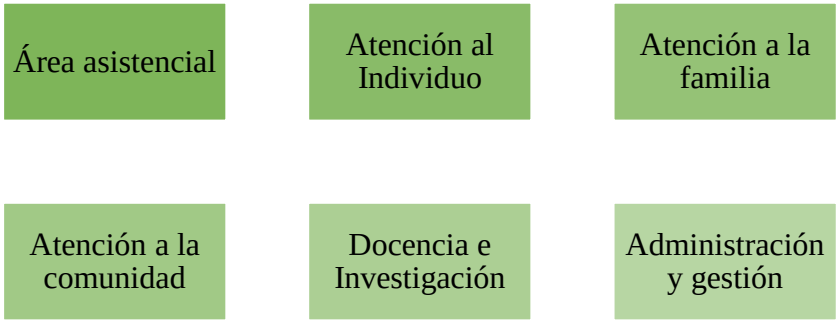
variaciones. Además, establece propuestas metodológicas para elaborar un perfil de competencias, mismas que abarcan:

- Conocimientos.
- Habilidades y destrezas.
- Actitudes y valores.
- Procedimientos de la disciplina.
- Áreas de trabajo en que labora el profesional.
- Población a la que otorga sus servicios.
- Entorno nacional e internacional del ejercicio profesional.
- Áreas o condiciones en las que realizará su profesión.

(Fulvio J.,Gómez C.,Leyva F, 2017)

Mediante un cuestionario electrónico, abarcando seis dimensiones o dominios previamente consensuados que conforman el perfil profesional del especialista en Medicina Familiar, se logró expresar las tareas para las cuales el Médico Familiar debe ser competente:

Gráfico 5 Elementos del perfil y área de desempeño profesional del Médico Familiar:



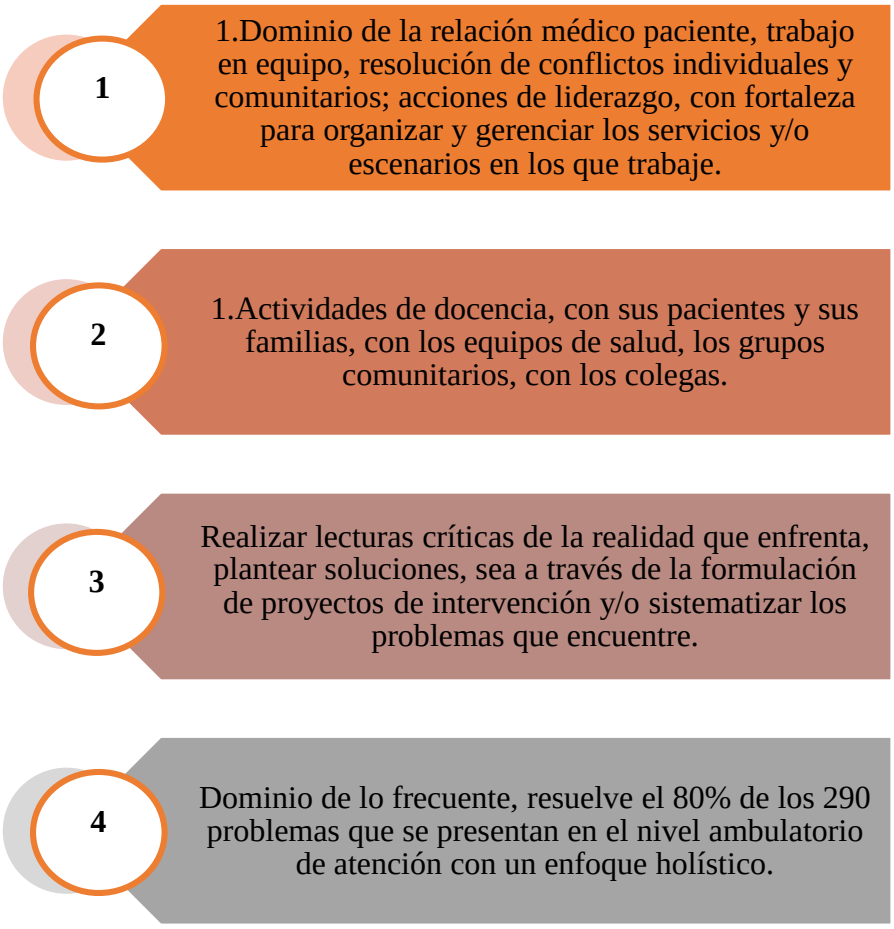
(MéxicoFrancisco Javier F. Gómez Clavelina, Félix Arturo Leyva González, 2017, p. 7)

En dicho estudio se identificaron tanto características profesionales del médico especialista en Medicina Familiar, como las principales áreas de su desempeño profesional, bajo la perspectiva de directores de las unidades de Medicina Familiar, jefes de enseñanza, de departamento clínico, profesores titulares y adjuntos de las sedes formadoras, así como de dirigentes gremiales. (Fulvio J.,Gómez C.,Leyva F, 2017)

En nuestro país, representantes de la Sociedad de Medicina Familiar, SEMF, en el 2011 establecen que, para cumplir con la estrategia en Atención Primaria, el Médico de Familia debe ser capaz de dar atención personalizada al paciente sin perder su rol de guardián de la salud comunitaria. Mantiene una formación científica y tecnológica amplia, y al mismo tiempo la humildad necesaria para mantener una relación médico – paciente en forma humanista. Es consciente de su responsabilidad ante los desafíos y restricciones que le impone la situación de la salud pública en el país y procura brindar un servicio de calidad optimizando los recursos disponibles. (Rodrigo Henríquez Trujillo, Galo Sánchez del Hierro, 2011)

La Pontificia Universidad Católica del Ecuador, en enero 2013, describe el perfil de egreso del Médico Familiar y Comunitario, que responde a estas cuatro competencias específicas de la especialidad.

Gráfico 6 Competencias del Médico Familiar PUCE



En consecuencia, para un buen desempeño del Médico Familiar y Comunitario, a nivel internacional y local, requiere de diferentes roles profesionales para el cumplimiento de sus competencias, tanto de la persona que solicita su ayuda, como en la familia y la comunidad, destacándose así los siguientes: comprensión humana, profesionalismo como médico y docente, valoración del perfil epidemiológico, activista en pro de la comunidad y la familia, coordinador del trabajo en equipo, ser especialista en personas.

CAPÍTULO III

MÉTODOS

3.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las competencias que se encuentran desarrollando los graduados de la primera cohorte de Medicina Familiar y Comunitaria del convenio Ministerio de Salud Pública – Pontificia Universidad Católica del Ecuador de las sedes Quito e Ibarra, en sus unidades de salud en el año 2018-2019?

3.2 OBJETIVO GENERAL

Establecer las competencias que se encuentran desarrollando los graduados de la primera cohorte de Medicina Familiar y Comunitaria del convenio Ministerio de Salud Pública – Pontificia Universidad Católica del Ecuador de las sedes Quito e Ibarra, en sus unidades de salud en el año 2018-2019

3.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar las competencias que los graduados en Medicina Familiar y Comunitaria de la PUCE, de las sedes Quito e Ibarra, pueden realizar de acuerdo al tipo de unidad operativa en la que ejercen su profesión en el proceso de devengación.
- Identificar si las competencias que están realizando los graduados se relacionan con las adquiridas durante su formación académica.

3.4 HIPÓTESIS

Los profesionales de la salud de Medicina Familiar y Comunitaria tienen una amplia diversidad de competencias adquiridas durante su formación académica y la continuidad de su aplicabilidad están orientadas de acuerdo a las exigencias del medio en donde desempeña sus funciones de atención de salud.

3.5 DISEÑO DEL ESTUDIO

3.5.1 Metodología

La presente investigación fue de tipo descriptivo, con enfoque mixto, se utilizó una metodología cuantitativa mediante un cuestionario estructurado, que se aplicó a todos los Médicos Familiares de la cohorte Quito- Ibarra convenio MSP-PUCE graduados en el año 2016.

También se utilizó una metodología cualitativa mediante una guía de entrevista semiestructurada que consta de 5 preguntas abiertas (Anexo 2), mismo que fue aplicado a personas clave, que tenga relación directa, o tengan conocimiento de las competencias del Médico de Familia, a continuación, se realizó un análisis de discurso

3.5.2 Técnica de encuesta

Acorde a los datos proporcionados por la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y los registros en la Sociedad Ecuatoriana de Medicina Familiar, se ha especificado que en la Sede Quito se graduaron 40 especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria, en tanto que en la sede Ibarra se graduaron 44.

Para la evaluación de las competencias generales y específicas relativas a la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, se diseñó un cuestionario de 21 preguntas, con el cual, se realizó un piloto de aplicación en 12 profesionales de la salud relacionados a Medicina Familiar y Comunitaria en unidades de primer nivel de atención en la ciudad de Quito.

Para la valoración del cuestionario estructurado, que fue aplicado vía online a través de Google drive (Anexo 3).

Instrumento que fue aplicado a todos los Médicos Familiares de la cohorte Quito-Ibarra convenio MSP-PUCE graduados en el año 2016, se lo dividió en cuatro bloques con varias preguntas en total 21, y para su análisis se utilizó la escala categórica de Likert, así, por ejemplo:

- Primera competencia: se dividió en 5 preguntas cuyos puntajes corresponden a:

19 a 25	Siempre
16 a 18	A menudo
10 a 15	A veces
5 a 9	Pocas veces - nunca

- Segunda competencia: se dividió en 2 preguntas cuyos puntajes corresponden a:

8 a 10	Siempre
6 a 7	A menudo
4 a 5	A veces
1 a 3	Pocas veces - nunca

- Tercera competencia: se dividió en 4 preguntas cuyos puntajes corresponden a:

16 a 20	Siempre
12 a 15	A menudo
8 a 11	A veces
4 a 7	Pocas veces - nunca

- Cuarta competencia: se dividió en 10 preguntas cuyos puntajes corresponden a:

40 a 50	Siempre
30 a 39	A menudo
20 a 29	A veces
10 a 19	Pocas veces - nunca

Para la valoración específica y general de las competencias de los médicos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria, no existe una herramienta determinada en el país que permita establecer los perfiles de competencias de los médicos especialistas y sus funciones en las unidades de salud, por lo cual, se ha diseñado formatos de encuesta estructurada y entrevista semiestructurada en base a los perfiles de competencias establecidos para Médicos de Familia según la publicación realizada por Henríquez-Trujillo & Sánchez del Hierro, 2011, y el perfil de competencias definido por la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

3.5.3 Técnicas de análisis de la entrevista

Acorde a Daniel Prieto Castillo (1986) en el manual de estrategias discursivas, se toma en cuenta aspectos para la descripción de las entrevistas, entre las cuales se menciona:

Idea núcleo: son las ideas latentes o frecuentes en una conversación, son recalcadas por los participantes.

Modo de prédica: se establece dos tipos y depende del relato del participante; si se lo realiza en primera persona, es de acción y, si se lo realiza en tercera persona, es de estado.

Grado de referencialidad: es equivalente a una referencia alta, baja o discordante relacionado con la experiencia - características del individuo. Es estima alta cuando el

discurso nos acerca lo más posible a las características del sujeto; se dice baja, cuando nos ofrece escasas características y distorsionadas.

Contenido ideológico: Manera de expresar la ideología de cada uno del informante clave. Aquí se apelarán los siguientes esquemas de análisis ideológico:

- La uniacentualidad significativa: deja en el preceptor una única interpretación.
- Las consignas de interpretación: lo que debe percibirse del mensaje.
- La apelación a experiencias decisivas: los mensajes van cargados de experiencias.
- La visión polarizada de la realidad: mensajes extremos sin matices.

Representación social: Modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos, esta puede estar en Formación, Crecimiento o Consolidada**.**

Para los informantes clave se tomó en cuenta a los Médicos Familiares devengantes y profesionales de la salud que se relaciona directamente con el trabajo de estos.

Tabla 2 Selección de informante clave

	Profesional	***Tipo de unidad operativa***
Administradores técnicos de la unidad	- Licenciadas - Médico General - Médico Rural	- Tipo A - Tipo B - Tipo C
Devengantes de la primera cohorte	- Médicos Familiares Operativos	- Tipo A - Tipo B - Tipo C

Fuente: Entrevistas semiestructuradas
Elaborado por: Las autoras, 2019

3.5.4 Plan de Análisis de Datos

Para el análisis de los datos obtenidos por cada variable de estudio se aplicó estadística descriptiva y se determinó agrupaciones de variables, las cuales se explican a continuación.

Se agrupó los puntajes de la variable edad de la siguiente manera:

- Menor a 32 años
- 32 a 35 años
- Mayor a 35 años

Se agrupó la variable tiempo de ejercicio profesional en:

- Menor de 10 años
- 10- 15 años
- Mayor a 15 años

Tanto para las variables cuantitativas discretas, tiempo de ejercicio profesional, edad y las variables cualitativas nominales, sexo, tipo de cargo, cohorte de egreso, tipo de unidad operativa, competencias relativas a la especialidad (categórico por subestación en escala Likert), se analizó con:

- Valores absolutos y porcentajes

Se expresan los resultados en tablas de contingencia personalizadas para caracterización de la muestra de estudio, la descripción por estaciones en cada una de las categorías de competencias analizadas, y perfil de competencias en escala numérica por cada una de las cohortes.

3.6 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

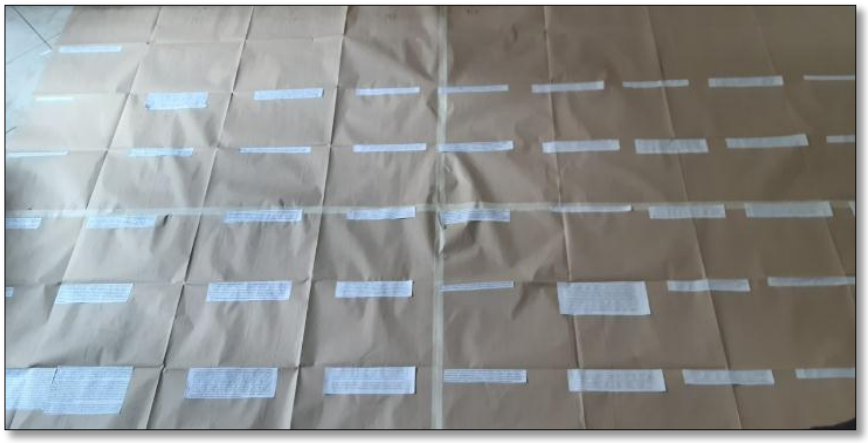
La información recolectada mediante el formato de encuesta estructurada se ingresó a una base de datos en Microsoft Excel 2010, en donde se operacionalizó cada una de las variables y secciones de la hoja de recolección de datos con la finalidad de extrapolar al software estadístico IBM SPSS Statistics 230, con lo cual se establece un análisis estadístico y generación de gráficas.

Para el análisis cualitativo a las personas clave se les realizó una entrevista individual dentro de las unidades operativas, para conservar un hilo conductor en la conversación y así obtener la mayor cantidad de información pertinente.

Las entrevistas se realizaron, hasta encontrar la saturación de la información, esto debido a que las entrevistas ya no aportaban con nuevos datos y la información era redundante. Acto seguido se procedió a separar en partes el discurso de cada uno de los participantes hasta reconocer la idea núcleo con la ayuda de la aplicación Wordle (Anexo 4) y se comparó entre los discursos de los diferentes profesionales para encontrar y reconocer la representación social de su trabajo y si estuvo presente en forma consolidada, en formación o crecimiento.

Esto se realizó mediante la técnica de reconocer la idea núcleo, recortarla y pegarla en un cuadro físico para posteriormente interpretar de acuerdo al grado de referencialidad y modo de predica del discurso de cada profesional.

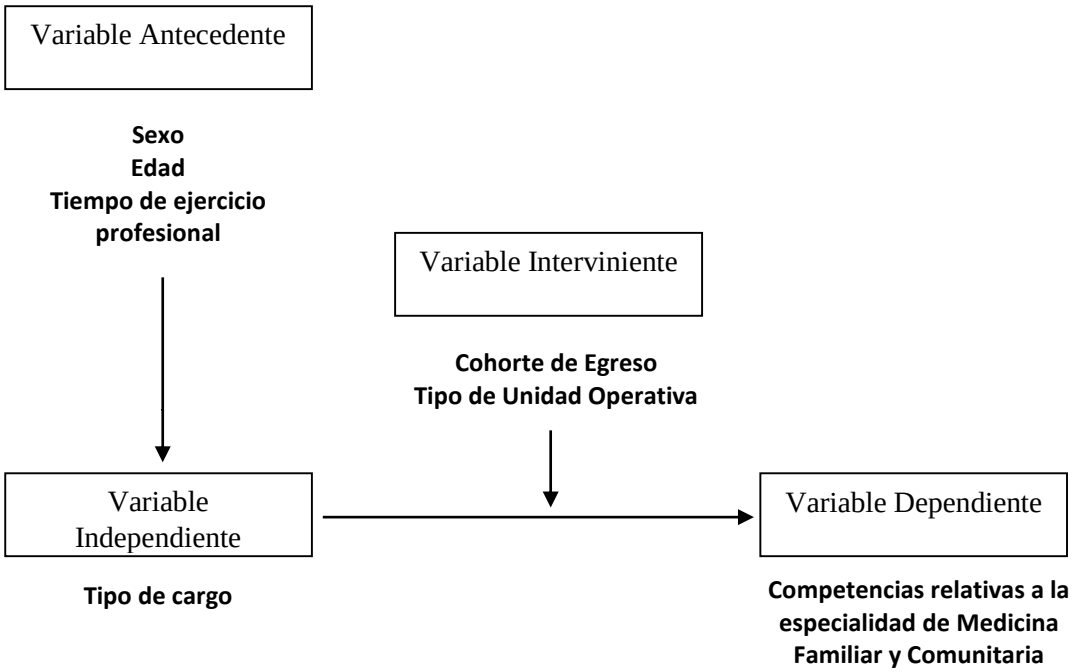
Gráfico 7 Cuadro explicativo de información recolectada



Fuente: Entrevistas semiestructuradas, 2019
Elaborado por: Las autoras

3.7 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

3.7.1 Matriz de Relación de Variables



3.7.2 Operacionalización de Variables

Variables	Definición	Tipo de Variable	Dimensión	Indicadores	Escala	Fuente
Sexo	Condición fenotípica que diferencia a seres humanos entre femenino y masculino	Cualitativa (Nominal)	Descripción del sexo biológico del participante	Porcentaje Hombres y Mujeres	Masculino Femenino	Formato de Encuesta Estructurada
Edad	Tiempo desde la fecha de nacimiento hasta la fecha de estudio	Cuantitativa(Ordinal)	Edad del participante	Promedio y media	Menor a 32 años 32 a 35 años Mayor a 35 años	Formato de Encuesta Estructurada
Tiempo de ejercicio profesional	Periodo transcurrido desde la fecha de graduación como Médico General hasta el momento del estudio	Cuantitativa (Discreta)	Tiempo transcurrido desde la fecha de graduación como Médico General	Promedio y media	Menor a 10 años 10 -15 años Mayor a 15 años	Formato de Encuesta Estructurada

Variables	Definición	Tipo de Variable	Dimensión	Indicadores	Escala	Fuente
Tipo de cargo	Clasificación del puesto de trabajo acorde a contrato y funciones	Cualitativa (Nominal)	Puesto de trabajo ocupado en la unidad de salud y el tipo de funciones ejecutadas	Para este estudio, al tipo de cargo se lo divide en dos: *Administrativo:* cargos donde el profesional tiene una relación directa con el individuo, familia o comunidad menor al 25% de su jornada, y sus funciones son relacionados a Dirección, Coordinación, Líder Administrativo, en oficina. *Operativos:* cargos donde el profesional tiene una relación directa con individuo, familia o comunidad mayor al 30% de su jornada de trabajo, y cuyas funciones	Administrativo Operativo	Formulario de recolección de datos

Variables	Definición	Tipo de Variable	Dimensión	Indicadores	Escala	Fuente
				administrativas no sean equivalentes a Dirección, Coordinación, Líder Administrativo, o no sean mayores al 20% de la jornada de trabajo		
Cohorte de Egreso	Promoción a la que el sujeto de estudio pertenece en relación a su egreso universitario de especialidad	Cualitativa (Nominal)	Cohorte o promoción que egresa de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador	Acorde a convenio entre la PUCE-MSP, se han definido cohortes en Quito e Ibarra, que este estudio evaluará	Quito Ibarra	Formato de Encuesta Estructurada
Tipo de Unidad Operativa	Clasificación de las unidades operativas en relación al Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y	Cualitativa (Nominal)	Tipo de unidad a la que el egresado fue asignado para	Unidades operativas en relación a la clasificación MAIS-FC	Puesto de Salud Centro de Salud Tipo A Centro de Salud Tipo B	Formato de Encuesta Estructurada

Variables	Definición	Tipo de Variable	Dimensión	Indicadores	Escala	Fuente
	Comunitaria (MAIS-FCI)		devengación		Centro de Salud Tipo C Hospital Básico	
Competencias relativas a la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria	Son las habilidades y destrezas que se adquieren en la formación y entrenamiento para especialista en Medicina Familiar y Comunitaria	Cualitativa (Nominal) transformada a Cuantitativa (Discreta)	Competencias del Médico Familiar en relación a la atención al individuo, atención a la familia y atención a la comunidad	Para la valoración de las competencias relativas a la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, se realizarán preguntas de situación y actitudes de opinión, con respuestas en escalas de Likert, donde 1=Nunca, 2=Pocas Veces, 3=A veces, 4= A menudo, 5= Siempre. Las competencias específicas de la especialidad a valoración con preguntas de situación y actitudes de opinión se realizaron	Preguntas de situación y actitudes de opinión en escala Likert (análisis descriptivo por estación de competencia) Competencias relativas a la	

Variables	Definición	Tipo de Variable	Dimensión	Indicadores	Escala	Fuente
				en base al perfil de competencias establecidos para esta especialidad por la PUCE, y son: a. Competencias relativas a la comunicación y liderazgo: planificación, integralidad, liderazgo, uso y relación con servicios de salud b. Competencias a la docencia y aprendizaje: actividades docentes, ejecución de proyectos de investigación, docencia acorde el nivel de acción en la comunidad	comunicación y liderazgo 20 a 25 puntos: 30% 15 a 18 puntos: 20% 10 a 17 puntos: 10% 5 a 9 puntos: 5% Competencias a la docencia y aprendizaje 8 a 10 puntos: 10% 6 a 7 puntos: 8%	

Variables	Definición	Tipo de Variable	Dimensión	Indicadores	Escala	Fuente
				c. Competencias relacionadas al análisis y solución de problemas: análisis situacional, planificación sobre determinantes de salud, seguimiento y evaluación de planes y objetivos. d. Competencias relacionadas a la calidad de atención y solución de problemas de salud: integralidad, solución de problemas y conflictos de salud del individuo, familia y comunidad, prevención y promoción de la salud, coordinación y activación de redes de salud, relación extramural con la comunidad, intervención en factores de riesgo,	4 a 5 puntos: 4% 1 a 3 puntos: 2% Competencias relacionadas al análisis y solución de problemas 16 a 20 puntos: 30% 12 a 15 puntos: 20% 8 a 11 puntos: 10% 4 a 7 puntos: 5% Competencias relacionadas a	

Variables	Definición	Tipo de Variable	Dimensión	Indicadores	Escala	Fuente
				cuidados paliativos y rehabilitación. Nota: A cada una de las subestaciones respecto a las competencias específicas se le asignará una ponderación del 30%, excepto a la subestación de docencia la cual tendrá una ponderación del 10%, es decir se transformará a variable cuantitativa discreta, en la evaluación final, en relación a los siguientes puntajes por escala de Likert	la calidad de atención y solución de problemas de salud 40 a 50 puntos: 30% 30 a 39 puntos: 20% 20 a 29 puntos: 10% 10 a 19 puntos: 5%	

Variables	Definición	Tipo de Variable	Dimensión	Indicadores	Escala	Fuente
				Competencias relativas a la comunicación y liderazgo 20 a 25 puntos: 30% 15 a 18 puntos: 20% 10 a 17 puntos: 10% 5 a 9 puntos: 5% Competencias a la docencia y aprendizaje 8 a 10 puntos: 10% 6 a 7 puntos: 8% 4 a 5 puntos: 4% 1 a 3 puntos: 2% Competencias relacionadas al análisis y solución de problemas 16 a 20 puntos: 30%		

Variables	Definición	Tipo de Variable	Dimensión	Indicadores	Escala	Fuente
				12 a 15 puntos: 20% 8 a 11 puntos: 10% 4 a 7 puntos: 5% Competencias relacionadas a la calidad de atención y solución de problemas de salud 40 a 50 puntos: 30% 30 a 39 puntos: 20% 20 a 29 puntos: 10% 10 a 19 puntos: 5%		

3.7.3 Tabla de Exposición de Categorías

CATEGORÍA	DESCRIPCIÓN	PREGUNTA MOTIVADORA
Perfil de competencias del Médico Familiar	El Médico de Familia es el profesional que, ante todo, es responsable de proporcionar atención integral y continuada a todo individuo que solicite asistencia médica y puede implicar para ello a otros profesionales de la salud, que prestarán sus servicios cuando sea necesario. Perfil de competencias: 1) Se comunica adecuadamente con dominio de la relación médico paciente, de la metodología del trabajo en equipo y resolución de conflictos individuales y comunitarios; que le permiten trabajar en roles de cuidado directo y de liderazgo, con fortaleza para organizar y gerencia los servicios y/o escenarios en los que trabaje. 2) Efectúa actividades docentes, en cada encuentro abre espacios de aprendizaje, con sus pacientes, con las familias, con los equipos de salud, con los grupos comunitarios, con los colegas. 3) Realiza lecturas críticas de la realidad que enfrenta, y tiene la capacidad de plantear soluciones, sea a través de formular proyectos de intervención y/o sistematizar los problemas que encuentra.	¿Porque cree usted que es importante el perfil del Médico de Familia?

	4) Realiza con calidad el cuidado directo y la solución de los problemas de salud, que implica el dominio de lo frecuente, resuelve el 80% de los 290 problemas que se presentan en el nivel ambulatorio de atención con un enfoque biopsicosocial. (Seco, 2015)	
Resolución de problemas de salud	Estrategia metodológica que vincula a los especialistas para la identificación, priorización y solución de problemas del servicio de salud.	¿Considera usted que las competencias del Médico de Familia intervienen para la resolución de los problemas de salud en su comunidad?
Intervención individuo-familia-comunidad	El Médico de Familia atiende al individuo en el contexto de la familia y a la familia en el contexto de la comunidad de la que forma parte, sin tener en cuenta la raza, religión, cultura o clase social. Es competente clínicamente para proporcionar la mayor parte de la atención que necesita el individuo, después de considerar su situación cultural, socioeconómica y psicológica. En definitiva, se responsabiliza personalmente de prestar una atención integral y continuada a sus pacientes. (Definición de Competencias Mínimas para el Especialista en Medicina Familiar, 2015)	¿Por qué el desarrollo de las competencias del Médico de Familia, promueven una atención integral efectiva?
Desempeño de la especialidad en Medicina Familiar	El Médico de Familia es un generalista en tanto que acepta a toda persona que solicita atención, al contrario que otros profesionales o especialistas, que limitan la accesibilidad de sus servicios en función de edad, sexo y/o diagnóstico de los pacientes. (Definición de Competencias Mínimas para el Especialista en Medicina Familiar, 2015)	¿En general, las competencias adquiridas en su formación como Médico de Familia, como ha aportado en la atención integral de los pacientes?

Normativas promoción – prevención del MSP	La Dirección Nacional de Secretaría General del Ministerio de Salud Pública proporcionó información actualizada de acuerdos ministeriales, normas técnicas, protocolos clínicos, reglamentos del sector de la salud en todas las áreas, emitidos y trabajados desde este Ministerio, a fin de ejercer la rectoría sobre el Sistema Nacional de Salud, garantizando la calidad y excelencia en los servicios asegurando la actualización, inclusión y socialización de la normativa entre los actores involucrados. (Ministerio de Salud Pública, 2012)	¿En qué medida las competencias del Médico de Familia se ajustan a las características de las normativas de atención en promoción –prevención del MSP?

3.8 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

3.8.1 Criterios de inclusión:

- Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria graduados de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador en la primera cohorte del programa de especialización en las sedes de Quito e Ibarra Zona 9(Distritos 17D02-17D09) Zona 2 (Distritos 17D010-17D012) y Zona 1 (Distrito 10D01-10D03).
- Profesionales de la salud que hayan consentido su ingreso al estudio

3.8.2 Criterios de exclusión:

- Especialistas de Medicina Familiar y Comunitaria que laboren en la Zona 9 (Distritos 17D02-17D09) Zona 2 (Distritos 17D010-17D012) y Zona 1 (Distrito 10D01-10D03), graduados de universidades distintas a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria que laboren bajo contrato provisional u ocasional en la Zona 9 (Distritos 17D02-17D09) Zona 2 (Distritos 17D010-17D012) y Zona 1 (Distrito 10D01-10D03).
- Profesionales graduados de la salud que no hayan consentido su ingreso al estudio.

3.9 ASPECTOS BIOÉTICOS

3.9.1 Confidencialidad

Se garantizó la confidencialidad de la información de los profesionales de la salud que se incluyeron en el presente estudio, así como la identidad de cada uno de ellos, por lo que, en la recolección de datos se omitió nombres, direcciones, contactos telefónicos, direcciones electrónicas en el formulario determinado para esta actividad.

Se explicó a los participantes que el estudio pretende determinar los perfiles de competencias de los especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria con el fin de establecer acciones de mejora y observaciones en relación a la variación en las funciones asignadas en las diversas unidades de atención primaria, mismo que fue descrito en el consentimiento informado, cuyos datos consignados se mantienen en sigilo y reserva absoluta por el equipo de investigación.

3.9.2 Anonimización de los datos

Durante la fase de recolección de datos y con la finalidad de proteger la identidad o identificación del profesional de la salud evaluado, no se registró la siguiente información del participante de estudio:

- Número de cédula
- Nombres y Apellidos del participante
- Números telefónicos
- Direcciones electrónicas o direcciones domiciliarias.
- Código de registro médico en el Ministerio de Salud Pública
- Códigos de registro de título en el Senescyt

3.9.3 Uso de exclusivo de la información

La información obtenida en la recolección y análisis estadístico de datos, solamente se utilizó para el presente proyecto de investigación, donde el investigador se abstiene de comercializar, compartir en nubes, gestores documentales, foros o similares, y/o entregar la base de datos a terceros que pueda generar el uso indiscriminado de la información contenida para otras finalidades fuera del presente estudio.

La información es custodiada por el equipo investigador y se tomaron las medidas de seguridad con la finalidad de evitar fuga de datos, hacking o robo de bases de datos, estas son:

- Acceso a la información con clave única en hojas de cálculo o bases de datos
- Respaldos externos de la información en disco
- Bloqueo de fórmulas y extrapolación de datos en gestor estadístico

3.9.4 Consentimiento Informado

Previo a la inclusión de un profesional de la salud al estudio, se procedió a la firma de un consentimiento informado por parte del sujeto de estudio

El Consentimiento Informado (Anexo 5), se explica por la o las investigadoras al participante hasta su entendimiento en pleno, describiendo el beneficio académico en educación médica continua que la actividad significa. Una vez comprendido la finalidad del mismo, se procedió a la firma del documento y entrega de una copia de respaldo al apoderado del sujeto de estudio.

La validez del consentimiento Informado fue desde la aprobación del documento por el Subcomité de Bioética de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador con la finalidad de cumplir con los requerimientos internacionales para dicho insumo.

CAPITULO IV

RESULTADOS

4.1 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LOS PARTICIPANTES

Los participantes fueron en su mayoría mujeres, distribuidos en administradores técnicos de la unidad y Médicos Familiares devengantes de la primera cohorte sede Quito e Ibarra. Como se ha señalado antes para el estudio fueron codificados los nombres de los participantes.

4.2 CARACTERÍSTICAS ETNOGRÁFICAS EN DONDE SE ENCUENTRAN LOS PARTICIPANTES

Dado que nuestros estudios se dieron en tres panoramas diferentes, a continuación, se describe estos escenarios:

4.2.1. Provincia de Pichincha

Es el mayor centro administrativo, económico, financiero y comercial del Ecuador, pues es sede de casi todos los organismos gubernamentales, su capital es Quito. (EcuRed Controbutors, 2019)

4.2.2 Distrito Metropolitano de Quito

Cantón ubicado en la provincia de Pichincha, a 2.850 m.s.n.m., con 2´640.633 habitantes, corresponde 1´346.723 mujeres y 1´293.910 de varones, es el más poblado del país, dividida en 9 administraciones zonales, en donde contienen a 32 parroquias urbanas y 33 parroquias rurales y suburbanas.

Se destaca la conservación de su centro colonial de estilo español construido En la ciudad se destaca tres zonas claramente definidas y que se caracterizan por sus

tonalidades arquitectónicos y culturales: el norte se ubica el Quito moderno, donde se instituyen grandes estructuras urbanas y comerciales. El centro histórico o Quito antiguo reúne el legado colonial-artístico y ofrece un ambiente cautivador, cuando se desarrollan procesiones religiosas y eventos culturales, según planeamiento urbanístico usado en aquella época, y en el sector sur se ubican núcleos de expresión juvenil, impulso de nuevas formas de cultura e interacción social. (Gestión de comunicación MA, 2017)

4.2.3 Provincia de Imbabura

Constituida por 6 cantones, con sus respectivas parroquias urbanas y rurales. Conocida como "la ciudad blanca", capital de la provincia de Imbabura, en el censo del 2019 contiene una población de 168.009 habitantes, lo que la convierte en la décimo cuarta ciudad más poblada del país.

La población de Imbabura varía en cuanto a costumbre, por ejemplo, con liberales y tradicionales personas en Otavalo, con conservadores y bohemios en Ibarra e introvertidos y calmados en Cotacachi.

El idioma de la población constituye el 98% de español, en Otavalo y sus alrededores hablan el quichua sólo el 1.2% de sus habitantes habla solo quichua. (Colaboradores de Wikipedia, 2019)

4.2.4 Provincia de Carchi

Su capital es Tulcán, situado al norte del país en donde habitan 164.524 personas, considerándose la menos poblada de la región interandina, está constituida por 6 cantones, con sus respectivas parroquias urbanas y rurales. su puerta de comercio y turismo es el Puente Rumichaca, que une a Colombia con Ecuador.

4.3 DATOS GENERALES ENCUESTA:

Tabla 3 Cohorte de egreso

	Frecuencia	*%*
Ibarra	38	51,35
Quito	36	48,65
Total	74	100,00%

Fuente: Encuesta, 2019
Elaborado por: Las autoras

El universo de los Médicos Familiares graduados en Medicina Familiar y Comunitaria de la PUCE, para este estudio, se estableció con 74 ya que 10 médicos decidieron no participar en el mismo. En la tabla 3 se demuestra que la mayoría fueron de la sede Ibarra y la minoría son de la sede Quito.

Tabla 4 Género de los encuestados

Cohorte de Egreso Quito			***Cohorte de Egreso Ibarra***		
	Frecuencia	%		Frecuencia	%
Femenino	25	69,44%	*Femenino*	24	63,16%
Masculino	11	30,56%	*Masculino*	14	36,84%
Total	36	100,00%	*Total*	38	100,00%

Fuente: Encuesta, 2019
Elaborado por: las autoras

En la tabla 4 representa que la mayoría de los participantes de las sedes Quito e Ibarra son de género femenino.

Tabla 5 Edad de los encuestados

Edad (años)	*Frecuencia*	*%*
Menos de 32	0	0
32 a 35	15	20,27
más de 35	59	79,73
TOTAL	74	100,00

Fuente: Encuesta, 2019
Elaborado por: las autoras

En la tabla 5 vemos que la edad predominante de los Médicos Familiares encuestados de las cohortes Quito e Ibarra son mayores de 35 años, con una media de 39 años.

Tabla 6 Tiempo de ejercicio profesional

	Frecuencia	*%*
Menos de 10 años	15	20,27
10 a 15 años	48	64,86
más de 15 años	11	14,86
TOTAL	74	100,00

Fuente: Encuesta, 2019
Elaborado por: las autoras

La tabla 6 representa que la mayoría de los Médicos Familiares encuestados tienen más de 15 años ejerciendo la profesión de Medicina.

Tabla 7 Tipo de Unidad Operativa sede Quito

	Frecuencia	*%*
Centro de Salud tipo A	15	41,67
Centro de Salud tipo B	14	8,89
Centro de Salud tipo C	6	6,67
Otro	1	2,78
Total	36	100,00

Fuente: Encuesta, 2019
Elaborado por: las autoras

La tabla 7 representa que la mayoría de los médicos de la sede Quito se encuentran devengando en unidades tipo A con un 42% de los participantes y una minoría lo hacen en unidades tipo B y C, una participante desempeña funciones en un Hospital de Cuidados Paliativos.

Tabla 8 Tipo de Unidad Operativa sede Ibarra

	Frecuencia	*%*
Centro de Salud tipo A	28	73,68
Centro de Salud tipo B	10	26,32
Total	38	100,00

Fuente: Encuesta, 2019
Elaborado por: las autoras

La tabla 8 representa que la mayoría de Médicos de Familia de la sede Ibarra se encuentran devengando en unidades tipo A con un 74%, y en menos porcentaje lo realizan en unidades tipo B en las unidades tipo C no hay médicos de familia devengantes.

Tabla 9 Tipo de cargo desempeñado

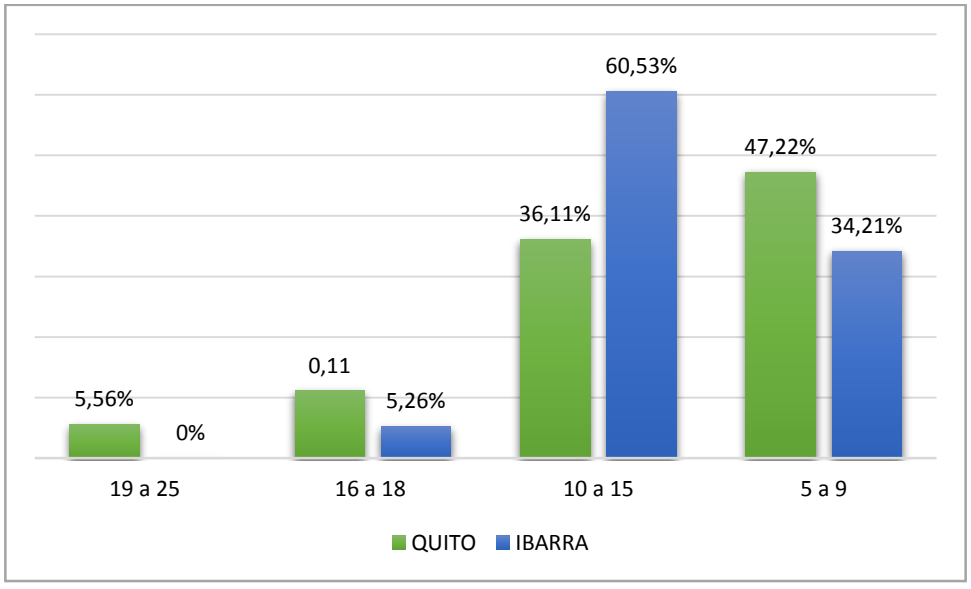
	Frecuencia	*%*
Administrativo	1	1,35%
Operativo	64	86,49%
Operativo/administrativo	9	12,16%
Total	74	100,00%

Fuente: Encuesta, 2019

Elaborado por: las autoras

La tabla 9 demuestra que el 86.49% de los Médicos Familiares de ambas sedes tiene un son operativos, y en un porcentaje mínimo cumplen funciones de administrativo/ operativo.

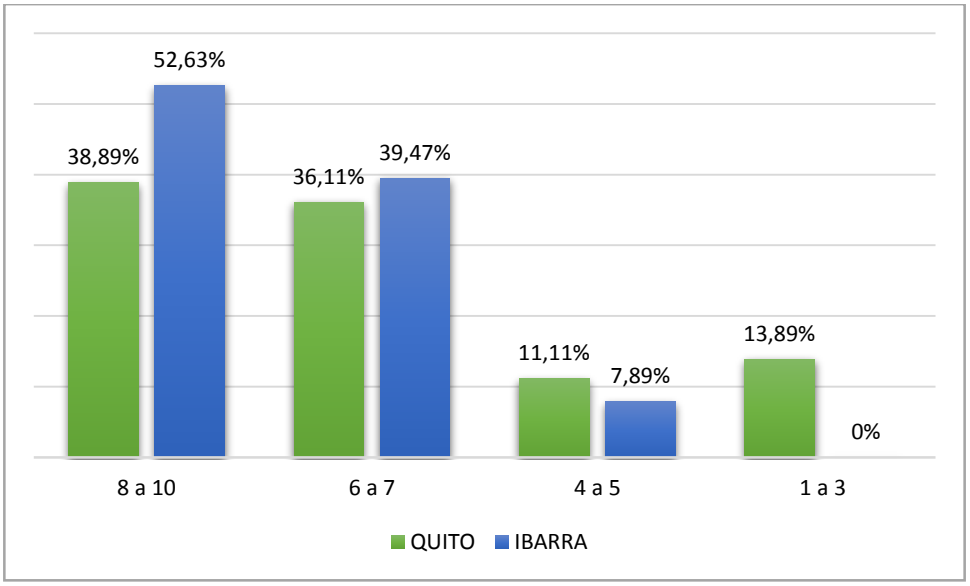
Gráfico 8 Competencia No.1: Comunicación y liderazgo



Fuente: Encuesta, 2019
Elaborado por: las autoras

En el gráfico 6 se demuestra que en su mayoría los Médicos Familiares de ambas sedes con un 60.53% ý 36,11% respectivamente con una puntuación A veces, cumplen funciones de liderazgo y comunicación, el resto lo realiza pocas veces o nunca.

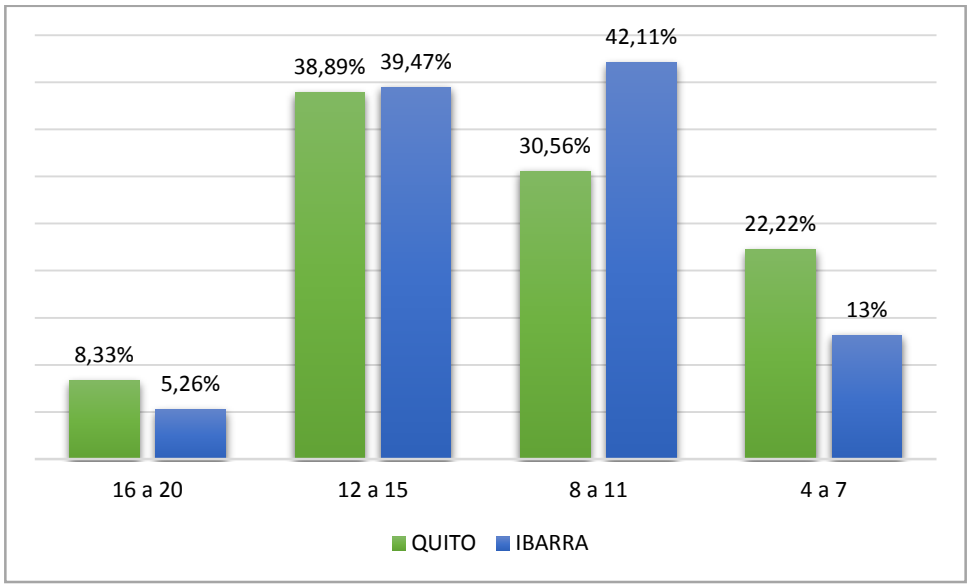
Gráfico 9 Competencia No. 2: Actividades de docencia e investigación



Fuente: Encuesta, 2019
Elaborado por: las autoras

En el gráfico 7 representa que en ambas sedes los médicos participantes siempre realizan las actividades de docencia, y nunca actividades de investigación.

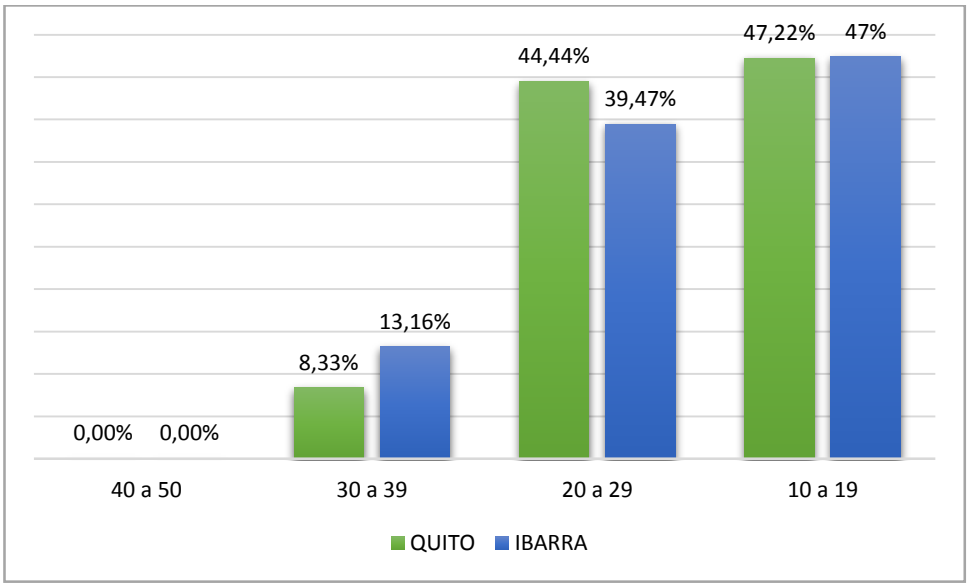
Gráfico 10 Competencia No. 3: Capacidad de análisis y solución de problemas



Fuente: Encuesta, 2019
Elaborado por: las autoras

En el grafico 8, en cuanto a la realización de proyectos de intervención mediante la elaboración de análisis situacional en cada una de sus comunidades, integración con líderes comunitarios y seguimiento de proyectos emprendidos para lograr cumplir con objetivos previamente planteados y priorizados, ambas sedes lo realizan a menudo.

Gráfico 11 Competencia No. 4: Calidad de atención y solución de problemas de salud



Fuente: Encuesta, 2019
Elaborado por: las autoras

En el gráfico 9 en relación a la competencia calidad de atención y resolución de problemas los médicos participantes de ambas sedes con una similitud porcentual pocas veces o nunca cumplen con esta actividad.

4.3 DATOS GENERALES DE LA ENTREVISTA

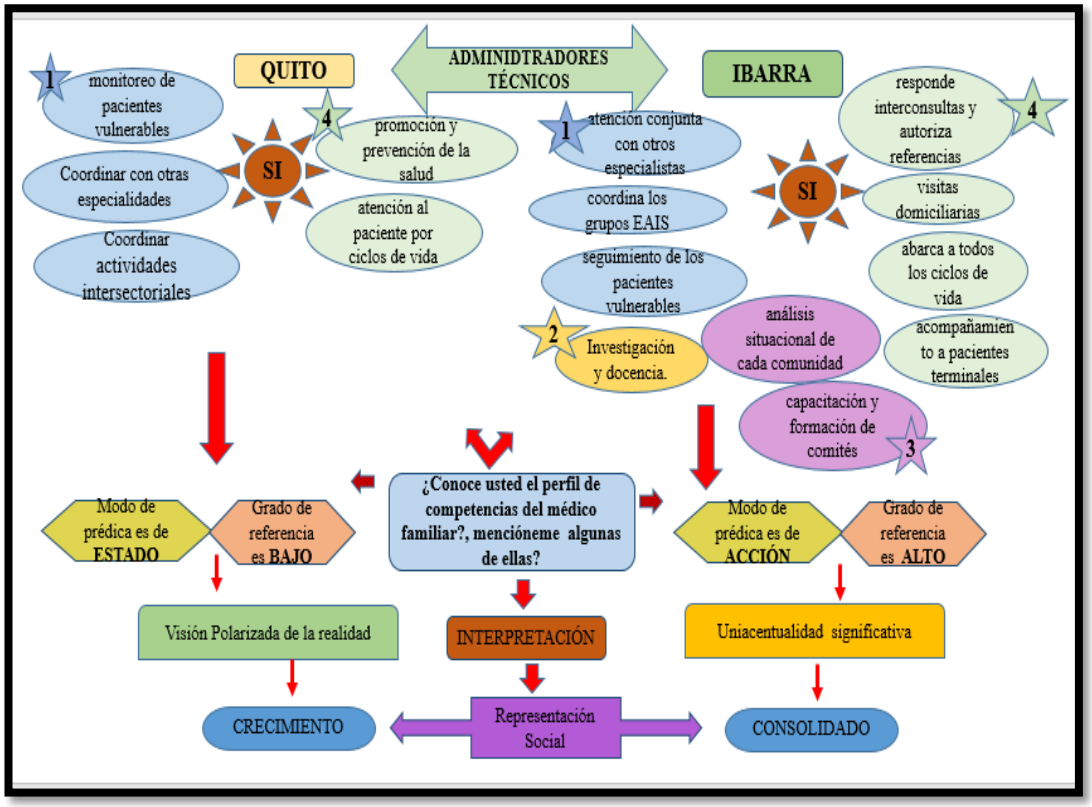
Los resultados obtenidos de la entrevista semiestructurada se analizan de acuerdo a categorías y subcategorías, sede Quito e Ibarra, administradores técnicos y Médicos Familiares las mismas que se presentan a continuación:

4.3.1 CATEGORIAS DEL TEMA DE ESTUDIO

4.3.1.1 Administradores Técnicos de la Sede Quito- Ibarra

Categoría 1: Subcategoria 1 y 2: ¿Conoce usted el perfil de competencias del Médico de Familia?,¿me puede mencionar algunas de estas competencias?

Gráfico 12 Análisis e interpretación del conocimiento y mención de las competencias del Médico Familiar, 2019



Fuente: Entrevista semiestructurada,2019
Elaborado por: Las autoras

Las respuestas de los entrevistados de la sede Quito sobre la pregunta uno subcategoría 1, a esta pregunta dicotómica en su gran mayoría supieron manifestar que sí tenían conocimiento sobre las competencias, sin embargo, en la subcategoría 2 donde se pide que mencionen algunas de estas competencias expresaron algunas ideas núcleo

tomando en cuenta que los entrevistados fueron administradores técnicos, en este grupo las principales ideas núcleo fueron: “monitoreo de pacientes vulnerables”, “coordinar con otras especialidades”, “coordinar actividades intersectoriales”, “promoción y prevención de la salud “, relacionadas con los logros de aprendizaje de la competencia 1 y 4, el modo de predica que se presentó fue de estado, con un bajo grado de referencia, en términos ideológicos se detecta que las expresiones se presentan sin matices, por lo que se puede afirmar, que estamos frente a una representación social en crecimiento.

Las respuestas de los entrevistados de la sede Ibarra sobre la pregunta 1 subcategoría 1, a esta pregunta dicotómica en su gran mayoría supieron manifestar que, sí tenían conocimiento sobre las competencias, sin embargo, en la subcategoría 2 donde se pide que mencionen algunas de estas competencias expresaron algunas ideas núcleo “atención conjunta con otros especialistas”, “coordina los grupos EAIS”,” investigación y docencia”, “capacitación y formación de comités “,”acompañamiento a pacientes terminales “, relacionadas con los logros de aprendizaje de la competencia 1 ,2,3 y 4, el modo de predica que se presentó fue de acción , con un bajo alto grado de referencia, en términos ideológicos se detecta que las expresiones se presentan de una forma repetitiva, por lo que se puede afirmar, que estamos frente a una representación social consolidada.

Esto se puede apreciar claramente en las siguientes citas.

MC11M ATQ refiere que:

"Dentro de las competencias que tiene él Médico Familiar de las cuales tengan conocimiento está tanto la línea asistencial que es una de las más amplias y otras de seguimiento y monitoreo dentro de la líneas asistenciales de acuerdo a su perfil de competencias está todo el tema de la atención paciente por ciclos de vida, dentro de todo el contexto clínico epidemiológico va representar en un contexto de atención preventiva, y de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y promoción de la salud, y ahí dentro del marco de las estrategias que establece en el Ministerio de salud está el seguimiento de los pacientes que, en este caso, a través de lineamientos institucionales está el seguimiento de los pacientes vulnerables, el monitoreo y el control de los diversos sectores de los médicos generales el tema de la organización monitoreo y verificación de las acciones que realizan los equipos de atención integral en salud, entre otras competencias sin deslindar su parte asistencial a una actividad plenamente administrativo sino más bien de monitoreo de vigilancia y verificación".

EY12M ATQ refiere que:

"Uno de las actividades dentro del perfil del Médico de Familia es coordinar actividades intersectoriales para la resolución de problemas de salud con la comunidad, coordinar con otras especialidades el seguimiento de aquellos pacientes que lo necesiten y formar grupos multidisciplinarios para que trabajen en la comunidad."

MC18F ATQ refiere que:

"Las competencias tienen mucho que ver con la atención integral, con atención en la comunidad, con la integración de nuestros pacientes para prevención y tratamiento de todos los padecimientos que puedan ocurrir, en tiempo real y la prevención."

KA13F ATI refiere que:

"Manejo de grupos vulnerables, llevar a cabo las visitas domiciliarias y tratar de que ésos grupos vayan modificando, y llegando a grupo prioritarios o mejor aún a su estado natural".

TY14F ATI refiere que:

"Coordina en conjunto con grupos sectoriales de la comunidad, elabora el análisis situacional de cada comunidad a la que está asignado, coordina atención conjunta con otros especialistas si el paciente lo amerita, realiza procesos de investigación y docencia. Además, la atención a la familia entera es el determinante principal de un Médico de Familia".

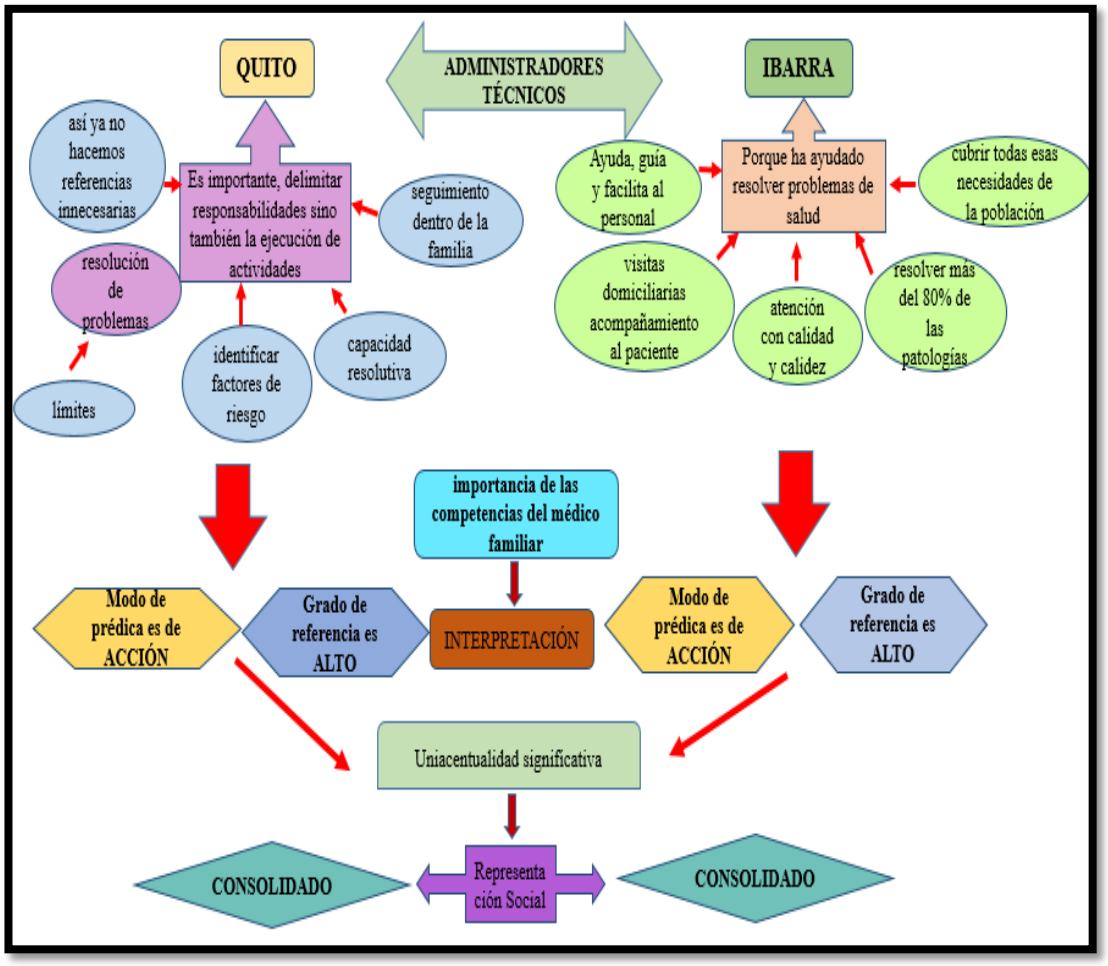
KU20F ATI refiere que

"*El médico realiza el seguimiento de grupos vulnerables, captación y vigilancia de los grupos prioritarios tanto adolescentes, embarazadas, pacientes con discapacidades, además están preparándose para la calificación de personas con discapacidad, dan seguimiento a pacientes crónicos con los que forman varios grupos sean estos de hipertensos, diabéticos. Además, están interviniendo en el club de*

adultos mayores dándoles charlas acerca de nutrición, cuidados en el hogar, acompañamiento a pacientes terminales, visitas domiciliarias. Realizan muchas labores en nuestra comunidad nuestros Médicos Familiares."

Subcategoría 3 ¿Por qué cree usted que es importante?

Gráfico 13 Análisis e interpretación de la importancia de las competencias del Médico Familiar, 2019.



Fuente: Entrevista semiestructurada,2019
Elaborado por: Las autoras

Los entrevistados de la sede Quito, hablaron sobre la importancia de las competencias del Médico de Familia de tal manera que permitió detectar 2 ideas núcleo "resolución de problemas" y "delimitar responsabilidades…, ejecución de actividades", con algunos sintagmas como "identificar factores de riesgo", "así ya no hacemos referencias innecesarias", el modo de prédica que se presentó fue de acción con un alto grado de referencia. En términos ideológicos se detecta que las expresiones son vertidas de una manera repetitiva, reincidente por lo que se puede afirmar, que estamos frente a una representación social consolidada. En relación a la sede Ibarra, hablaron sobre la importancia de las competencias con la siguiente idea núcleo "Porque ha ayudado resolver problemas de salud" con algunos sintagmas como "ayuda, guía y facilita al personal", "visitas domiciliarias acompañamiento al paciente" el modo de prédica que se presentó fue de acción con un alto grado de referencia. En términos ideológicos se detecta que las expresiones son vertidas de una manera repetitiva, reincidente por lo que se puede afirmar, que estamos frente a una representación social consolidada.

Esto se puede apreciar claramente en las siguientes citas.

EY12M ATI refiere que:

"Creo que es importante porque al conocer el perfil del Médico de Familia nos permitirá redireccionar sus actividades para el servicio de la comunidad, de igual manera nos permite conocer cuáles son sus límites en cuanto a resolución de problemas en el primer nivel".

MC11M ATQ refiere que:

"En mi caso y en el cargo que ejerzo es necesario conocer las competencias para poder no solamente delimitar responsabilidades sino también la ejecución de actividades…, es decir yo no puedo disponer ejecutar ciertas acciones tanto asistenciales como de vigilancia en la Salud si no están formados y no están capacitados"

MB16F ATQ refiere que:

"Es importante las competencias de Médico de Familia, y bueno de lo que se ha podido vivir la experiencia…, lo que hemos podido manejar en eso es aumentar la capacidad resolutiva, son los que lideran los objetivos de los grupos vulnerables…"

MC18F ATQ refiere que:

"Es importante porque si conoces el perfil tú vas a actuar en consecuencia, o sea el Médico de Familia está capacitado para solucionar todos los problemas de salud de la persona, de la familia y de la comunidad en general, en el primer nivel de atención…"

KA13F ATI refiere que:

"La estrategia como tal si es importante…, acompañamiento al paciente e incluso a los hospitales…, Si se ha logrado un cambio en gran porcentaje de ciertos pacientes"

TY14F ATI refiere que:

"Porque son una estrategia del ministerio de salud, una estrategia de ingreso al sistema de salud. Sus funciones dentro de las unidades operativas deben resolver más del 80% de las patologías más prevalentes y así evitamos el colapso de los sistemas superiores en los cuales se deben dedicar a la resolución de complejidades".

MA17 refiere que:

"Es importante un Médico Familiar hoy en día, porque ya la familia ya puede estar integrada con un solo médico y no con varios médicos, y es mejor el seguimiento…, El Médico de Familia puede abarcar una atención amplia y además de ello, establecer con la misma familia limites, roles, identificar factores de riesgo que puedan vulnerar a esa propia familia a problemas futuros".

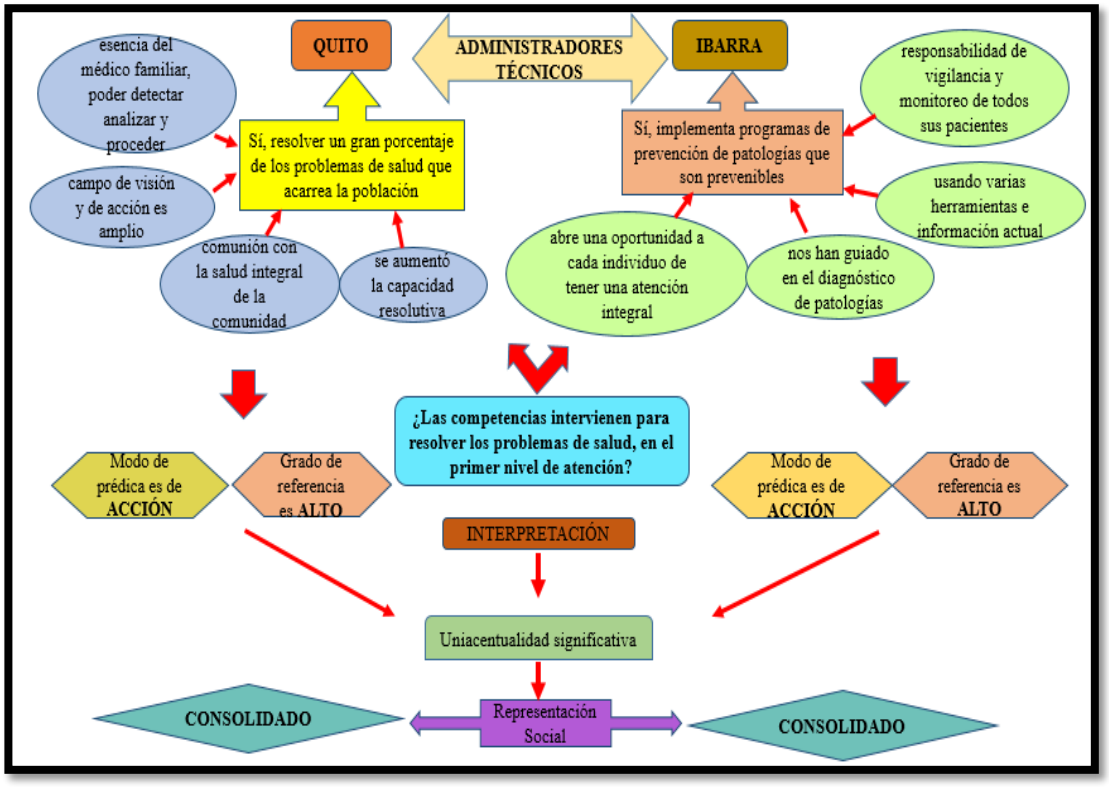
ZA19F ATI refiere que:

"Cuando ellos llegaron a la unidad llegaron con otro tipo de visión, el Médico Familiar es nuestro sostén en el primer nivel, y es importante porque el Médico de Familia ayuda guía y facilita al personal a resolver los problemas que se encuentra en la comunidad, ya que él se compromete hacer el seguimiento"

Las expresiones facilitan comprender que estamos frente a una representación social consolidada ya que se pone de manifiesto en todos los discursos antes mencionados y nos deja saber que las competencias del Médico Familiar intervienen para mejorar la atención en el primer nivel.

Categoría 2: ¿Considera usted que las competencias del Médico Familiar intervienen para resolver los problemas de salud, en el primer nivel de atención? ¿De qué manera?

Gráfico 14 Análisis e Interpretación de las competencias y su intervención para la resolución de problemas en primer nivel de atención, 2019.



Fuente: Entrevista semiestructurada,2019
Elaborado por: Las autoras

Los entrevistados de la sede Quito e Ibarra hablaron sobre las competencias y la intervención en la resolución de problemas de salud en el primer nivel, de tal manera que permitió detectar la idea núcleo respectivamente “resolver un gran porcentaje de los problemas de salud que acarrea la población” con algunos sintagmas “campo de visión y de acción es amplio”, se aumentó la capacidad resolutiva”, y “Sí, implementa programas de prevención de patologías que son prevenibles” con sus sintagmas “nos

han guiado en el diagnóstico de patologías", "usando varias herramientas e información actual", el modo de prédica en ambas sedes que se presentó fue de acción con un alto grado de referencia. En términos ideológicos se detecta que los argumentos fueron repetitivos, por lo que se puede afirmar, que estamos frente a una representación social consolidada. Esto se puede apreciar claramente en las siguientes citas.

EY12M ATQ refiere que:

"Si aplica, porque ha cambiado de una manera beneficiaria para la población ya que los Médicos Familiares están dando solución a un gran porcentaje de problemas de salud que acarrea la población que acude al establecimiento de salud, ya que antes de que los Médicos Familiares trabajen en nuestra institución muchos de los usuarios eran referidos a los establecimientos de segundo y tercer nivel para dar solución a los problemas de salud."

MC11M ATQ refiere que:

"Si considero que el Médico de Familia interviene en tres instancias la primera es detectar el problema de salud, analizar el problema de salud con sus posibles respuestas o de alguna manera productos, y finalmente la ejecución de estas, creo que ese es el principio la esencia del Médico Familiar poder detectar analizar y proceder, y el poder organizar y estructurar el equipo de atención dentro del establecimiento para los tres procesos."

MB16F ATQ refiere que:

"…, se aumentado la capacidad resolutiva en nuestras unidades y realmente ha tenido un verdadero impacto, …, va viendo que se puede resolver más tipos de patologías complejas, o se realiza un mejor abordaje de esas patologías, entonces hemos podido aumentar nuestra capacidad resolutiva".

KA13F ATI refiere que:

"Si es bastante la mejoría, …, de ciertos grupos que ingresaron como vulnerables, ahora mismo ya son prioritarios y se realiza el seguimiento. Se indica cómo hacer dichos seguimientos a los médicos rurales para cuando el especialista en Medicina Familiar no pueda"

TY14F ATI refiere que:

"Por supuesto que sí, o sea el Médico Familiar en nuestras unidades de salud tienen una gran fortaleza, abre la oportunidad a cada individuo de tener una atención integral que abarca funcionalidad individual y colectiva. De esta manera se implementa programas de prevención de patologías que son prevenibles".

KU20F ATI refiere que:

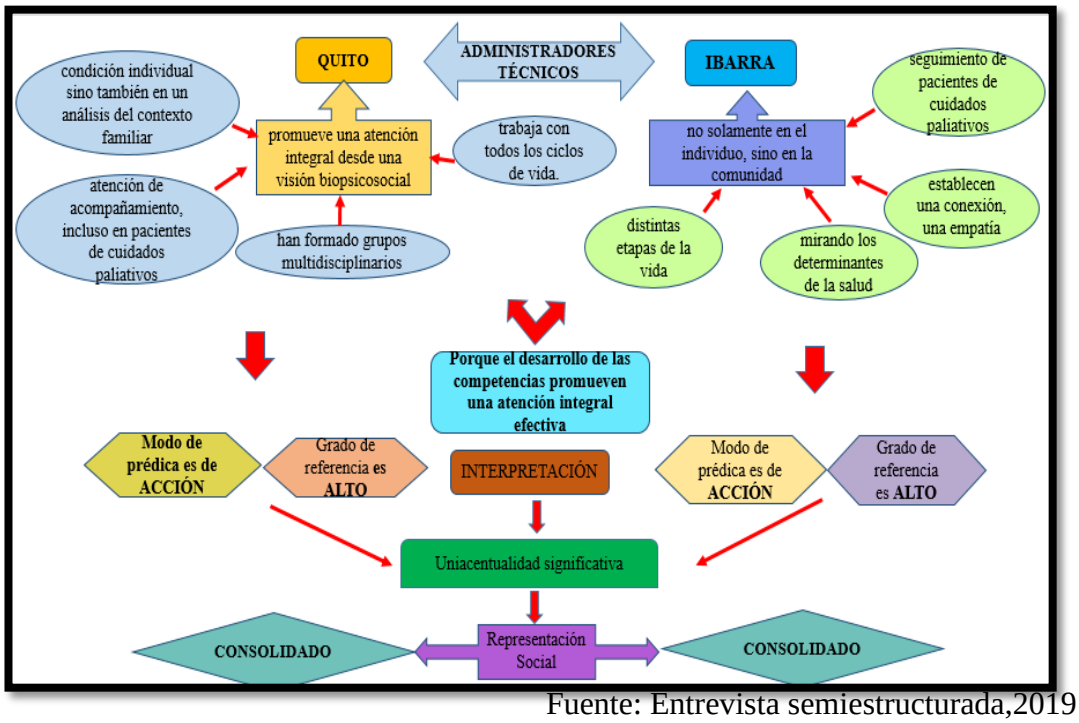
"Claro que sí, estamos hablando también de prevención porque, como les mencionaba, ahorramos tiempo no estar mandando al hospital a pacientes que tranquilamente pueden ser atendidos y controlados dentro de la unidad…, Recibimos ayuda por parte de los Médicos Familiares en varios aspectos, por su nivel de

formación nos han guiado en el diagnóstico de patologías, usando varias herramientas e información actual".

Las expresiones en ambas sedes por parte de los administradores técnicos facilitan comprender que estamos frente a una representación social consolidada ya que se pone de manifiesto en todos los discursos antes mencionados que el desarrollo de las competencias del Médico Familiar en el primer nivel de atención, ayudado en gran medida a resolver los problemas de salud.

Categoría 3: ¿Por qué el desarrollo de las competencias del Médico de Familia, promueven una atención integral efectiva?

Gráfico 15 Análisis e Interpretación de las competencias y como estas promueven una atención integral efectiva, 2019



Fuente: Entrevista semiestructurada,2019
Elaborado por: Las autoras

Los entrevistados de la sede Quito e Ibarra hablaron sobre como las competencias promueven una atención integral efectiva, de tal manera que permitió detectar la idea núcleo respectivamente "promueve una atención integral desde una visión biopsicosocial" con algunos sintagmas como "establecen una conexión, una empatía" "trabaja con todos los ciclos de vida" y "no solamente en el individuo, sino en la comunidad", con sus sintagmas", "establecen una conexión, una empatía", el modo de prédica en ambas sedes que se presentó fue de acción con un alto grado de referencia. En términos ideológicos se detecta que los argumentos fueron repetitivos, por lo que se puede afirmar, que estamos frente a una representación social consolidada.

Esto se puede apreciar claramente en las siguientes citas.

EY12M - ATQ refiere que:

"Las competencias adquiridas si las llevan a cabo para una atención integral efectiva, ya que los Médicos Familiares desde que llegaron a nuestra institución han formado grupos multidisciplinarios, con los cuales están viendo al usuario al paciente como un ser vivo biopsicosocial lo cual le permite trabaja con todos los ciclos de vida".

MC11M- ATQ refiere que:

"Los desarrollos de las competencias promueven una atención integral por qué el enfoque de su formación tiende a esa estructura, durante el proceso de formación tienden a adquirir habilidades y conocimientos precisamente que engloba al paciente no solamente en su condición individual, sino también en un análisis del contexto familiar el entorno social, económico y de alguna manera este tipo de formación nos

permite entender que el individuo tiene diversas situaciones o diversas circunstancia que pueden afectar el proceso salud enfermedad…".

MC18 F- ATQ refiere que:

"Efectiva porque se encarga de todas las atenciones de todo nivel, o sea una persona que está capacitado para atender en todos los niveles y las edades de los seres humanos, y da las soluciones respectivas, tanto cuanto es la persona como su familia, sus hijos, sus hermanos, su comunidad en general."

TY14F- ATI refiere que:

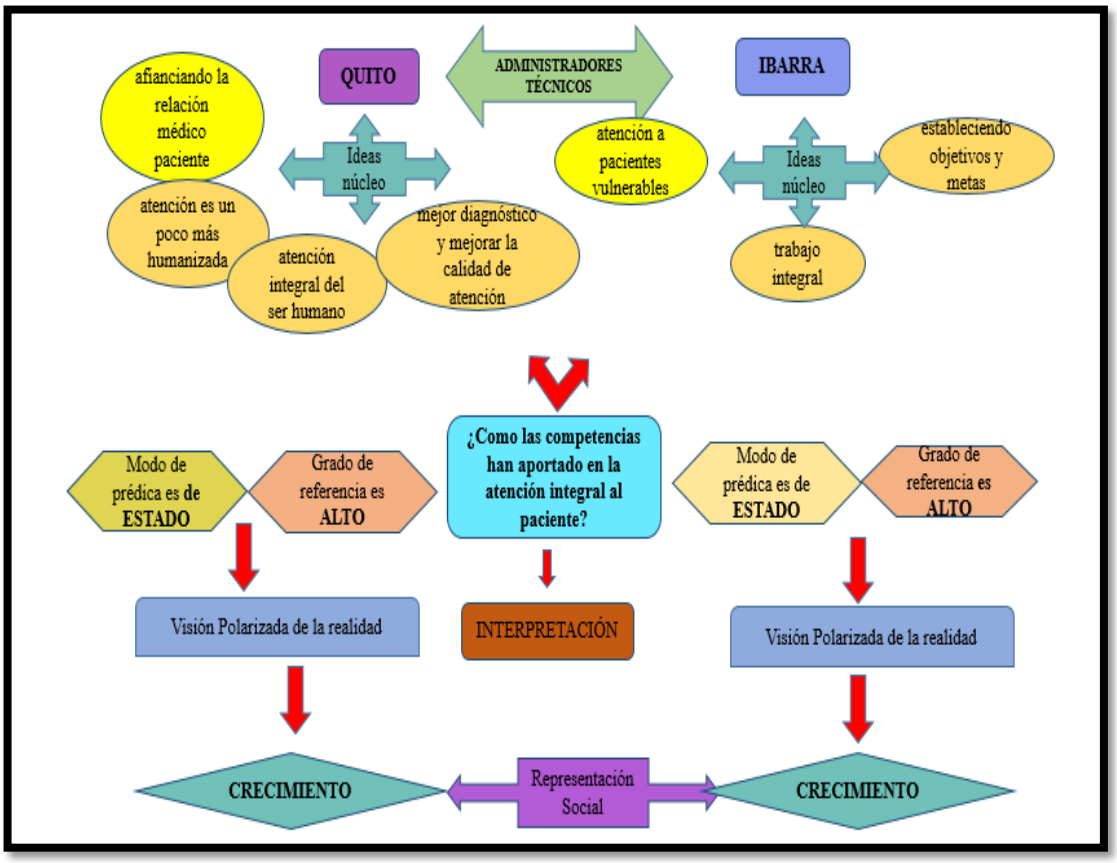
"Si, realmente puedo certificar que el trabajo y el enfoque que ellos realizan no solamente en el individuo, sino en la comunidad, en la consulta, o en el domicilio, lo realiza mirando los determinantes de la salud…, para poder dar solución a las problemáticas que aquejan al individuo la familia y la comunidad en general."

MA17-ATQ refiere que:

Ahora en la familia o sea ahora ya se puede hacer atender completamente todo no sólo una persona y los Médicos Familiares también acuden a los domicilios…, entonces además de ver al individuo, la familia, el entorno social, también ofrece atención de acompañamiento, incluso en pacientes de cuidados paliativos…,"

Categoría 4: ¿Considera usted que las competencias adquiridas en la formación del Médico de Familia, han aportado en la atención integral de los pacientes?

Gráfico 16 Análisis e Interpretación de las competencias y como estas han aportado en la atención integral de los pacientes, 2019.



Fuente: Entrevista semiestructurada,2019
Elaborado por: Las autoras

Los entrevistados de la sede Quito e Ibarra hablaron sobre como las competencias han aportado en la atención integral del paciente, de tal manera que permitió detectar algunas ideas núcleo como “atención a pacientes vulnerables” “mejor diagnóstico y

mejorar la calidad de atención", el modo de prédica en ambas sedes fue de estado con un alto grado de referencia. En términos ideológicos se detecta que los mensajes aparecen sin matices y están en los extremos, por lo que se puede afirmar, que estamos frente a una representación social en crecimiento.

Esto se puede apreciar claramente en las siguientes citas.

MC11M ATQ refiere que:

"De qué manera han aportado primero como un contexto de atención un poco más humanizada Ok entonces creo yo que la capacidad que tiene el Médico de Familia de poder entenderse no solamente dentro del establecimiento como estructura sino también fuera del mismo al conocer el domicilio del paciente…, si nos da esa garantía y esa facilidad de poder mejorar la atención entiendo que estas competencias han sido realmente para sumar especialmente en el primer nivel de atención, …, "

MC18F ATQ refiere que:

"Definitivamente porque, el aporte de ellos, del Médico Familiar es justamente a lo que está orientado, a la atención de la comunidad, a la atención integral del ser humano, a la atención por grupos de edad, a la atención y prevención de todos los problemas de salud que se susciten."

TY14F ATI refiere que:

"Si mira como los pacientes vulnerables, crónicos están siendo manejados, están controlados, ..., Ahí es donde se ve el trabajo integral, en conjunto con otros especialistas para resolver la patología central del individuo."

MA17F ATQ refiere que:

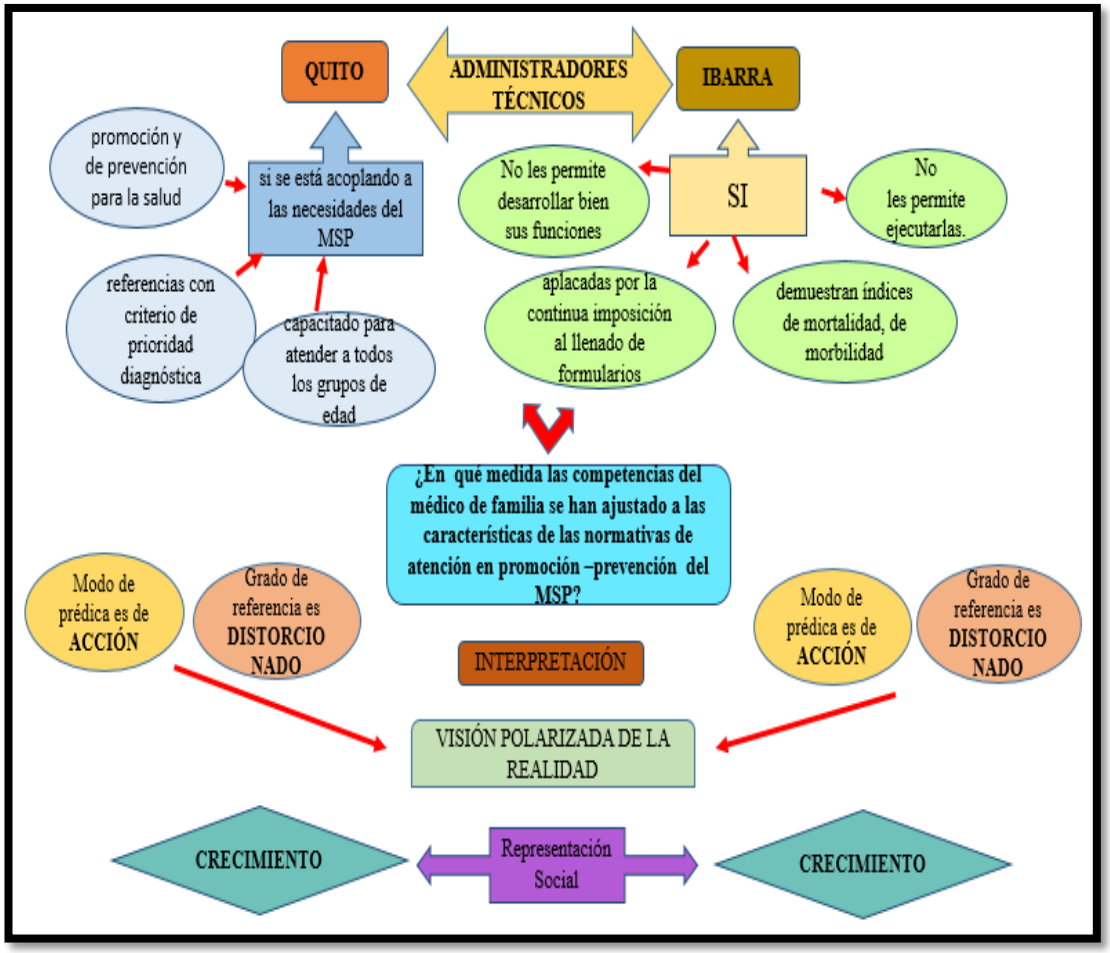
"Aportan en la medida en que los mismos pacientes los buscan para su atención, el hecho de apersonarse de los pacientes hace que esa relación médico paciente se incremente, establecen lazos de confianza, respeto e inclusive..., se exterioriza la atención, a una familia, a la familia vecina, a la comunidad en general y a la vez el médico conjuntamente con todos los miembros de la familia y comunidad establecen medidas a tomarse para evitar el desarrollo de nuevos problemas. Toman medidas preventivas en salud, aspectos psicológicos, socioeconómicos".

KU20F ATI refiere que:

"Claro que sí, he sido testigo que es una buena atención, los pacientes crónicos, por ejemplo, están controlados, no hemos tenido que enviarlos al hospital. Tienen una gran acogida y cada uno de ellos tiene sus propios pacientes, se apersonan de los pacientes y les dan seguimiento. Como tienen establecido días de trabajo extramural, ellos ya elaboran su plan de acción en esa visita, y en colaboración con toda la familia establecen objetivos y metas. Hacen un trabajo conjunto y no solamente el venir a agendar turno, atención y receta para retiro de medicación".

Categoría 5: ¿En qué medida las competencias del Médico de Familia se han ajustado a las características de las normativas de atención en promoción – prevención del MSP?

Gráfico 17 Análisis e Interpretación de las competencias y como estas se ajustan a las normativas del MSP, 2019



Fuente: Entrevista semiestructurada,2019
Elaborado por: Las autoras

Los entrevistados de la sede Quito hablaron sobre como las competencias se han ajustado a las características de las normativas del MSP, al que respondieron que si se ajusta, con los siguientes sintagmas, “promoción y de prevención para la salud”,

“referencias con criterio de prioridad diagnóstica”, “capacitado para atender a todos los grupos de edad”, el modo de prédica fue de acción con un grado de referencia distorsionado, En términos ideológicos se detecta que los mensajes aparecen sin matices y están en los extremos, por lo que se puede afirmar, que estamos frente a una representación social en crecimiento.

Los entrevistados de la sede Ibarra respondieron que, si se ajusta, sin embargo, se contrasta con las siguientes ideas “aplacadas por la continua imposición al llenado de formularios”, “no les permite ejecutarlas”, “No les permite desarrollar bien sus funciones”; el modo de prédica fue de acción con un grado de referencia distorsionado, En términos ideológicos se detecta que los mensajes aparecen sin matices y están en los extremos, por lo que se puede afirmar, que estamos frente a una representación social en crecimiento. Esto se puede apreciar claramente en las siguientes citas

EY12M ATQ

“Este creo que las competencias que están desarrollando los Médicos Familiares aquí en nuestra institución están basadas en lo que son las normas, guías y protocolos del Ministerio de salud pública entonces, si está basando lo escrito a la realidad teniendo en cuenta que nuestro sector es un poco fuera de lo habitual entonces ha tocado hacer algún tipo de adaptación, pero si se está aplicando”.

TY14F ATI

"Las competencias del Médico Familiar se ven un poco aplacadas por la continua imposición al llenado de formularios..., pudiera ocupar más tiempo en valorar al paciente que estar centrado en el computador, en las matrices…,pero la situación de que los pacientes vienen enfermos del cuerpo y también vienen enfermos del alma y realmente los 30 minutos que se le da al Médico Familiar no son suficientes, en cuanto a las referencias el Médico Familiar está en capacidad de resolverlas y no hay necesidad de enviar los especialistas. Pues en realidad existe un buen diagnóstico de parte de los médicos...,"

MA17F ATQ

"Hoy en día veo adelantos en esta estrategia de los Médicos Familiares, creo que la atención ha mejorado, la gente tiene más afinidad con los médicos de familia y no con varios médicos, incluso pueden indicar todo lo que sienten, no sólo de ellos como pacientes sino de toda la familia. Además, ha disminuido las referencias a hospital los Médicos Familiares están en la capacidad la mayoría de situaciones que se presenten en la misma unidad."

KU20F ATI

"Las normativas que nos impone el ministerio de salud, digámoslo así, deben ajustarse a las competencias del Médico de Familia, a las necesidades en sí de la población, no únicamente a implantar el llenado de matrices que simplemente

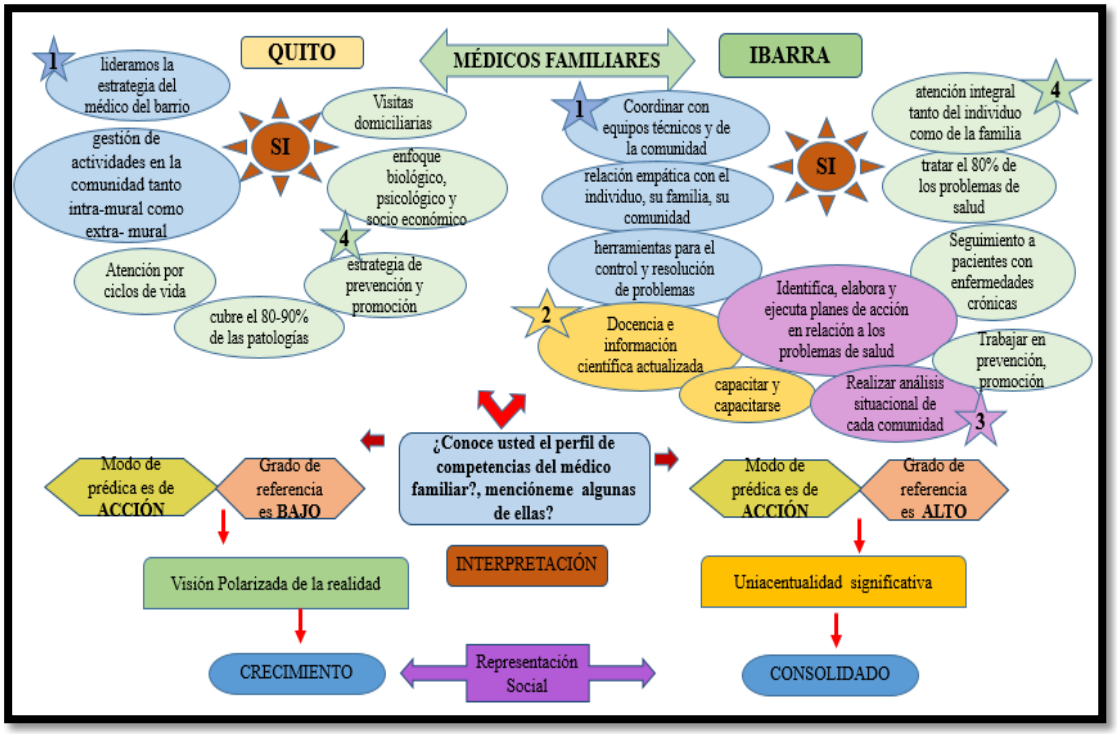
demuestran índices de mortalidad, de morbilidad, de problemas que tiene la sociedad, pero en si no hay una matriz que demuestre las mejorías en prevención, en el trabajo comunitario, en las mejoras que la población por autogestión ha logrado.

El ministerio de salud tiene definido las competencias del Médico Familiar, pero no les permite ejecutarlas en su totalidad. No se respeta esos lineamientos y cada vez impone nuevas estrategias, dejando de lado esa visión humanista, de prevenir el desarrollo de patologías que pueden ser limitadas. Qué lástima que, por falta de personal, sobre todo en las unidades de salud, ellos atienden la demanda que hay en el momento, y quién debería cubrir esas consultas es el médico general, en nuestra unidad yo cubro Call center, soy la administradora, pero también colaboro en la atención, y cuando por mis funciones administrativas no puedo brindar atención, ellos me colaboran, ellos son una parte importante pero el Ministerio aún no les permite desarrollar bien sus funciones".

4.3.1.2 Médicos Familiares devengantes de la Sede Quito- Ibarra

Categoría 1: Subcategoría 1 y 2: ¿Conoce usted el perfil de competencias del Médico de Familia?, me puede mencionar algunas de estas competencias?

Gráfico 18 Análisis e Interpretación del conocimiento y mención de las competencias del Médico Familiar, 2019



Fuente: Entrevista semiestructurada,2019
Elaborado por: Las autoras

Los entrevistados de la sede Quito hablaron sobre si tienen conocimiento de las competencias con los que fueron formados, y mencionaron alguna de ellas, a la que respondieron con los logros de aprendizaje únicamente refiriéndose a la competencia 1 y 2 con algunos sintagmas relacionados con cada uno así tenemos “lideramos la estrategia del médico del barrio”, “estrategia de prevención y promoción”, “cubre el 80-90% de las patologías”,etc, el modo de prédica fue de acción con un grado de

referencia bajo. En términos ideológicos se detecta que los mensajes aparecen sin matices y están en los extremos, por lo que se puede afirmar, que estamos frente a una representación social en crecimiento.

Los entrevistados de la sede Ibarra hablaron sobre si tienen conocimiento de las competencias con los que fueron formados, y mencionaron alguna de ellas, a la que respondieron con los logros de aprendizaje refiriéndose a las 4 competencias con los siguientes con algunos sintagmas como: "coordinar con equipos técnicos y de la comunidad", "docencia e información científica actualizada", "realizar análisis situacional de cada comunidad", "tratar el 80% de los problemas de salud", el modo de prédica fue de acción con un alto grado de referencia. En términos ideológicos se detecta que los argumentos fueron repetitivos, por lo que se puede afirmar, que estamos frente a una representación social consolidada. Esto se puede apreciar claramente en las siguientes citas

MJ09M MFI refiere que:

"Debe abordar al paciente como un individuo en particular y no como una patología debiendo abarcar desde un enfoque integral, es decir físico, psicológico, social, cultural e incluso existencial".

"Debe realizar actividades de prevención, promoción, curación y rehabilitación, promoviendo la calidad de vida de las personas".

"Por último, debe estar incluido en actividades docentes y de investigación".

VL02M MFI refiere que:

"Bueno es la promoción de la salud, prevención de enfermedades, estaba que tiene que ser el qué tiene que manejar información científica actualizada, tiene que capacitar y capacitarse, capacitar a la población en salud, ser el profesor, ser el artífice de tu comunidad, tu ser el responsable de la salud del sector donde tú has sido asignado, llevar todo lo que es una atención integral tanto del individuo como de la familia, desde que nace hasta los últimos días de su vida."

AC07F MFI refiere que:

"Trabajar en prevención, promoción, tratamiento, rehabilitación; tratar el 80% de los problemas de salud de los pacientes; mantener una relación empática con el individuo, su familia, su comunidad. Coordinar con otros especialistas en diferentes ramas de la Medicina cuando el caso así lo amerite. Realizar análisis situacional de cada comunidad, siempre trabajando con los líderes de la misma para que en conjunto se busquen herramientas para el control y resolución problemas que afecten a la comunidad."

GM05 MFQ refiere que:

"El manejo y la atención integral a los pacientes en cualquiera de los ciclos de vida, con enfoque biológico, psicológico y socio económico, o de otras determinantes sociales y de la salud también; otra es activar o fortalecer la participación ciudadana en la comunidad; actividades de promoción y prevención que debe ir como punto

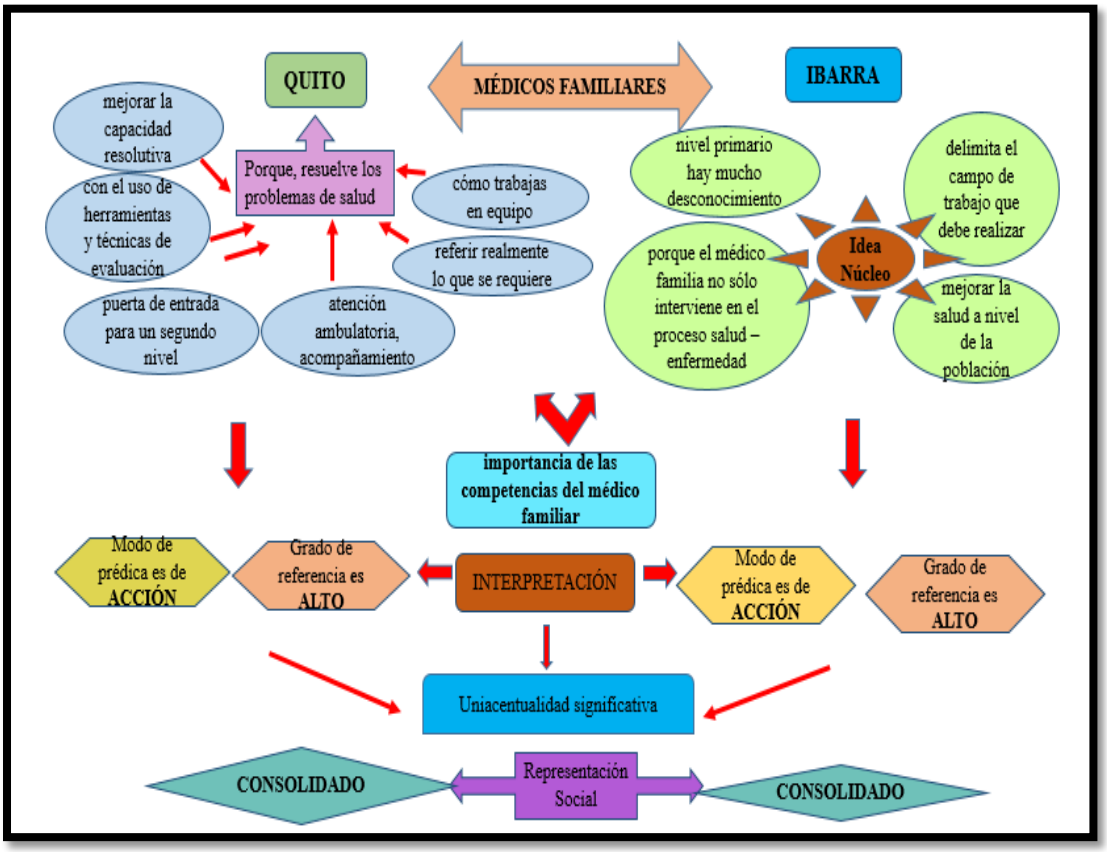
fundamental, tanto de manera intramural y extramural; mejorar la capacidad resolutiva de la unidad con tratamiento de patologías más complejas, prescripción de medicamentos por especialidad del primer nivel según el cuadro básico de medicamentos".

EG08F MFQ refiere que:

"Entre las principales tenemos liderar los principales programas del Ministerio de salud pública participar activamente en los programas, lideramos la estrategia del médico del barrio, aparte de eso tenemos pues la resolución de casi el 80% de los problemas médicos que requieran atención de segundo nivel"

Subcategoría 3 ¿Por qué cree usted que es importante?

Gráfico 19 Análisis e Interpretación de la importancia de las competencias del Médico Familiar, 2019.



Fuente: Entrevista semiestructurada,2019
Elaborado por: Las autoras

Los entrevistados de la sede Quito, hablaron sobre la importancia de las competencias del Médico de Familia de tal manera que permitió detectar 1 idea núcleo “porque, resuelve los problemas de salud”, con algunos sintagmas como “mejorar la capacidad resolutiva”, “puerta de entrada para un segundo nivel”, “referir realmente lo que se requiere” el modo de prédica que se presentó fue de acción con un alto grado de referencia. En términos ideológicos se detecta que las expresiones son vertidas de una

manera repetitiva, por lo que se puede afirmar, que estamos frente a una representación social consolidada.

En relación a la sede Ibarra, hablaron sobre la importancia de las competencias con la siguiente idea núcleo “nivel primario hay mucho desconocimiento”, “porque el médico familia no sólo interviene en el proceso salud – enfermedad”, “mejorar la salud a nivel de la población”, “delimita el campo de trabajo que debe realizar”, el modo de prédica que se presentó fue de acción con un alto grado de referencia. En términos ideológicos se detecta que las expresiones son vertidas de una manera repetitiva, reincidente por lo que se puede afirmar, que estamos frente a una representación social consolidada.

Esto se puede apreciar claramente en las siguientes citas.

JE01M MFQ refiere que:

“Porque es importante hacer este tipo de seguimiento y este tipo de intervenciones. Tenemos que darnos cuenta que el individuo no sólo es una enfermedad, el individuo como todo que se relaciona la comunidad y que hay determinantes de la salud que están involucrados en esto y que pueden afectar la salud del individuo de su familia y de la comunidad donde están inmiscuidos.”

VL02M MFI refiere que:

"El hecho que el mismo profesional no conozca lo que tiene que hacer ya es una limitante porque no sabe, entonces sería fácil de manipular o de llevar o de hacer otras competencias que no están dentro de su perfil."

JC03M MFI refiere que:

"Es importante saberlo y ponerlo en práctica, porque el médico familia no sólo interviene en el proceso salud - enfermedad, sino que también intervienen políticas, de gobierno que busca mejorar la salud a nivel de la población no sólo lo curativo sino en todas las esferas en la parte educativa, la parte social, en si generar y ser promotores de salud.

FJ04M MFI refiere que:

"Porque delimita el campo de trabajo que debe realizar el Médico Familiar nosotros estamos saliendo de un sistema en el cual predominantemente se daba prioridad al especialista hospitalario entonces a nivel primario hay mucho desconocimiento de cuál es el rol del Médico Familiar a nivel institucional y también en la comunidad en reposo"

GM05F MFQ refiere que:

"La presencia de los Médicos Familiares en el primer nivel lo que hace es mejorar la capacidad resolutiva de la unidad, con que genera que los problemas de salud se

puedan resolver en el nivel más cercano a la comunidad y puedas evitar colas, esperas innecesarias y referir realmente lo que requieres a otros especialistas de los otros niveles de atención entonces por eso es que es importante tener a los especialistas de primer nivel resolviendo los problemas de salud."

AC07F MFI refiere que:

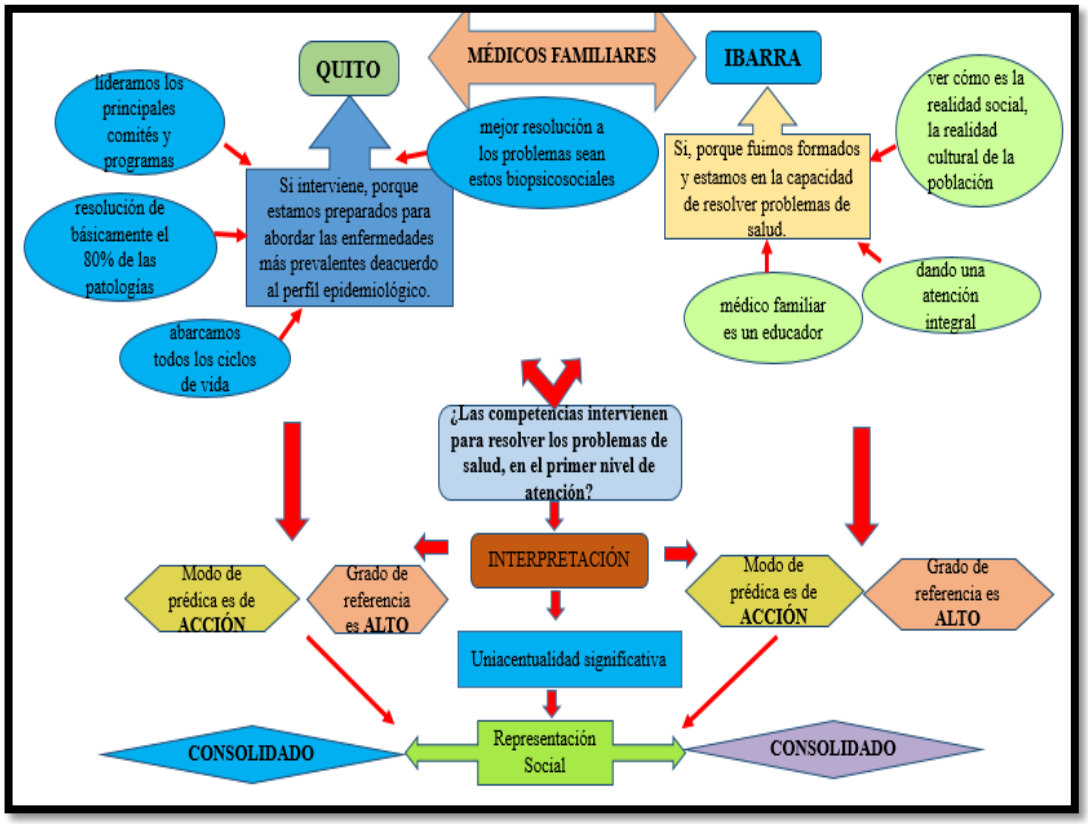
"Porque mediante estos lineamentos el Médico Familiar se delimita sus funciones y hace lo posible por cumplir a cabalidad, sino estaría laborando y desempeñando funciones que tal vez otro médico no especialista en la rama las pudiera realizar, entonces se vería como un especialista generalista, el Médico de Familia posee ciertas competencias y cualidades que, como médicos en si deberíamos aplicarlas, porque en ellas inclusive consta el humanismo…,".

EG08F MFQ refiere que:

"Bueno porque en muchas de las ocasiones se desconoce cuál es el perfil del Médico Familiar y nos delegan actividades que no nos competen, entonces lo más importante es tener claro que al ser especialistas de primer nivel de atención, nosotros debemos resolver problemas de alta complejidad no solamente realizar lo que son los controles básicos que realiza un médico general sino ya más bien enfocado todo en una puerta de entrada para un segundo nivel en cuanto a patologías".

Categoría 2: ¿Considera usted que las competencias del Médico Familiar intervienen para resolver los problemas de salud, en el primer nivel de atención? ¿De qué manera?

Gráfico 20 Análisis e Interpretación de las competencias y su intervención para la resolución de problemas en primer nivel de atención, 2019.



Fuente: Entrevista semiestructurada,2019
Elaborado por: Las autoras

Los entrevistados de la sede Quito hablaron sobre como las competencias promueven una atención integral efectiva, de tal manera que permitió detectar la idea núcleo "Si interviene, porque estamos preparados para abordar las enfermedades más prevalentes de acuerdo al perfil epidemiológico", con algunos sintagmas como "resolución de

básicamente el 80% de las patologías", "mejor resolución a los problemas sean estos biopsicosociales", el modo de prédica que se presentó fue de acción con un alto grado de referencia. En términos ideológicos se detecta que los argumentos fueron repetitivos, se puede afirmar, que estamos frente a una representación social consolidada. Esto se puede apreciar claramente en las siguientes citas.

VL02M MFI refiere que:

"Claro en teoría está ahí pues sí lo que dic todas las competencias inclusive lo que dice en nuestro manual de atención integral de salud, es lo que debemos hacer cada uno en nuestras comunidades, el problema es el aterrizar el modelo ya en la vida real no tratar de ponerla a funcionar, creo estamos intentando arrancar con los nuevos profesionales que hacemos, pero todavía somos muy pocos y el ministerio de salud aún es cuadrado en cuanto a sus programas, cuando tú intentas hacer o quieres empezar a hacer tu trabajo realmente tienes muchas barreras".

JC03M MFI refiere que:

"Si, efectivamente, porque como como dije anteriormente no sólo hay que ver el proceso de enfermedad sino hay que ver todo el contexto, el ver cómo es la realidad social, la realidad cultural de la población, cómo ellos consideran un proceso patológico. Si lo consideran o no patológico. Entonces sí es muy muy importante porque, a más de resolver problemas de salud, no solo enfermedad sino todo lo que

tiene que ver con problemas de salud, debemos ser líderes e impulsar, valga la redundancia, la promoción y prevención de salud".

FJ04M MFI refiere que.

"Sí porque bueno primero el Médico Familiar es un especialista que da atención a la familia a nivel comunitario ya que el médico especialista en Medicina Familiar debe resolver aproximadamente entre 85% de los problemas que se presentan, y se entiende que son pacientes que van a ser prioritarios. Entonces es un rol importante en otro lado el del Médico Familiar es un educador en la comunidad entonces un Médico Familiar es el pilar en atención preventiva entonces es un rol importante".

GM05F MFQ refiere que:

"Si por supuesto, porque si no tuvieses a los especialistas tendrías que referir básicamente muchos de las patologías que pueden ser resueltas y que además corresponden al perfil paremiológico de primer nivel".

MU06F MFQ refiere que:

"Si interviene, porque estás viendo a la persona, los factores de riesgo, los problemas desencadenantes, los factores contributivos. No vas atacar los factores contributivos, lo que hace un Médico de Familia es detectar qué es lo que está pasando y de qué forma podría cooperar siempre en el margen de la salud o sea no te puedes ir a otra competencia, pero sí puedes dar una alerta y decir pues tal situación o tal problema

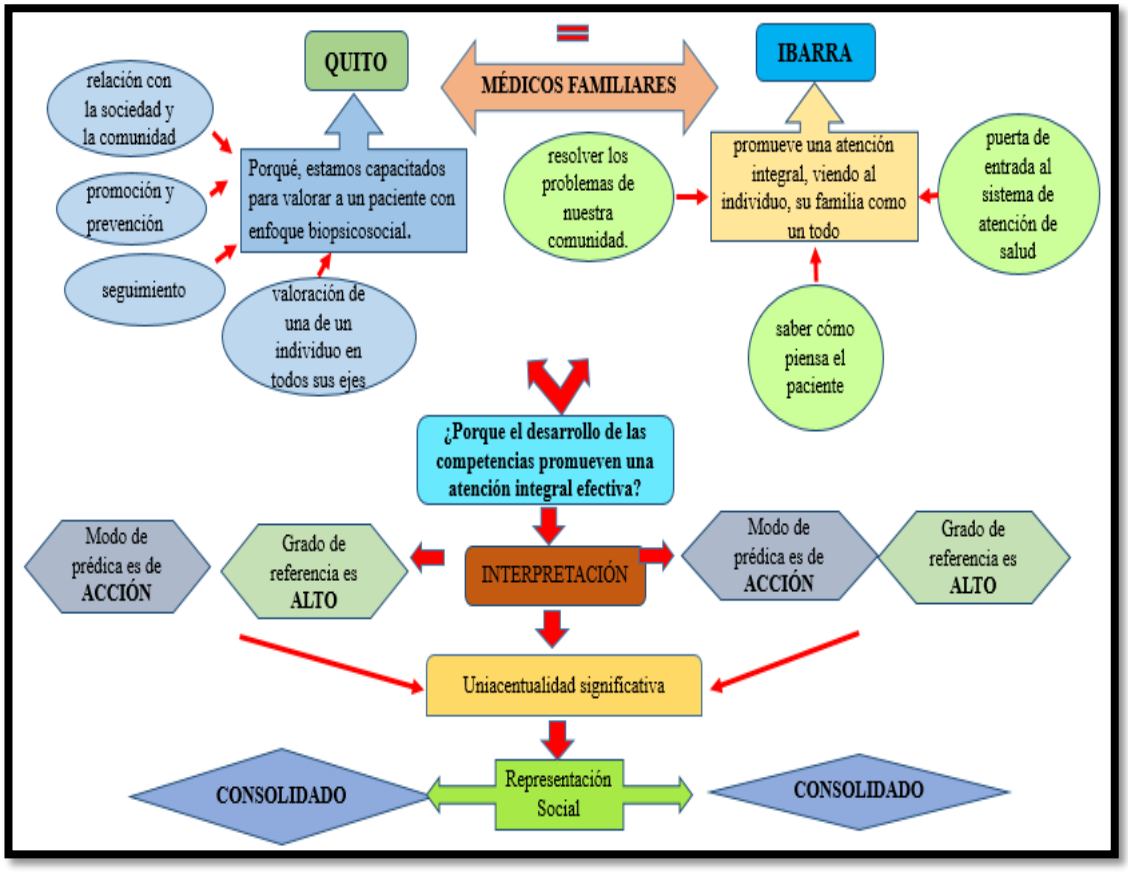
se está suscitando en algún colegio o en alguna comunidad, y poner tu punto de vista en términos de salud para poder buscar alianzas estratégicas con organizaciones, con otro tipo de departamentos de apoyo".

EG08F MFQ refiere que:

"Sí, yo creo que sí porque al estar liderando nosotros los principales programas como por ejemplo lideramos lo que son: comité de historias, lideramos los programas como tuberculosis en el centro de salud, lideramos también desnutrición, embarazo adolescente enfermedades crónicas, también lideramos los programas por ejemplo la estrategia del médico del barrio que es uno de los pilares fundamentales de la atención extramural, ahora al nosotros estar a la cabeza de estos programas lo que nosotros hacemos es la resolución de básicamente el 80% de las patologías".

Categoría 3: ¿Por qué el desarrollo de las competencias del Médico de Familia, promueven una atención integral efectiva?

Gráfico 21 Análisis e Interpretación de las competencias y como estas promueven una atención integral efectiva, 2019



Fuente: Entrevista semiestructurada,2019
Elaborado por: Las autoras

Los entrevistados de la sede Quito e Ibarra hablaron sobre como las competencias promueven una atención integral efectiva, de tal manera que permitió detectar la idea núcleo respectivamente "porqué, estamos capacitados para valorar a un paciente con enfoque biopsicosocial" y "promueve una atención integral, viendo al individuo, su familia como un todo", el modo de prédica en ambas sedes fue de acción con un alto

grado de referencia. En términos ideológicos se detecta que los argumentos fueron repetitivos, por lo que se puede afirmar, que estamos frente a una representación social consolidada. Esto se puede apreciar claramente en las siguientes citas.

JE01M MFQ refiere que:

"Porque nosotros como médicos de familia tenemos la facultad, de nos solo dedicarnos a la parte biológica de un individuo o de una comunidad, nosotros también vemos más allá la parte biopsicosocial el entorno de ese individuo y su relación con la sociedad y la comunidad y en base a eso se ve los problemas que estos pueden tener".

MU06F MFQ refiere que:

"Porque durante la formación se revisa un pensum que aborda varios ciclos desde la niñez, la adolescencia, la mujer, el adulto, el adulto mayor, las patologías de emergencia, ves las patologías más prevalentes, las más importantes. Puedes aprender la resolución de los mismos y de esa forma se puede en hacer una resolución y dar un tratamiento tú mismo. Y si se necesitas de apoyo complementario se tramita referencia al especialista competente en la patología".

EG08F MFQ refiere que:

"Bueno porque el Médico de Familia es una persona capacitada como para la valoración de una de un individuo en todos sus ejes no, en todos sus aspectos, en el aspecto biopsicosocial entonces nosotros al enfocar la atención biopsicosocial en el paciente no solamente nos dedicamos a la curación sino también a la prevención de las enfermedades y a la resolución de estas, por esa razón creo que sí estamos capacitados para la resolución".

JC03M MFI refiere que:

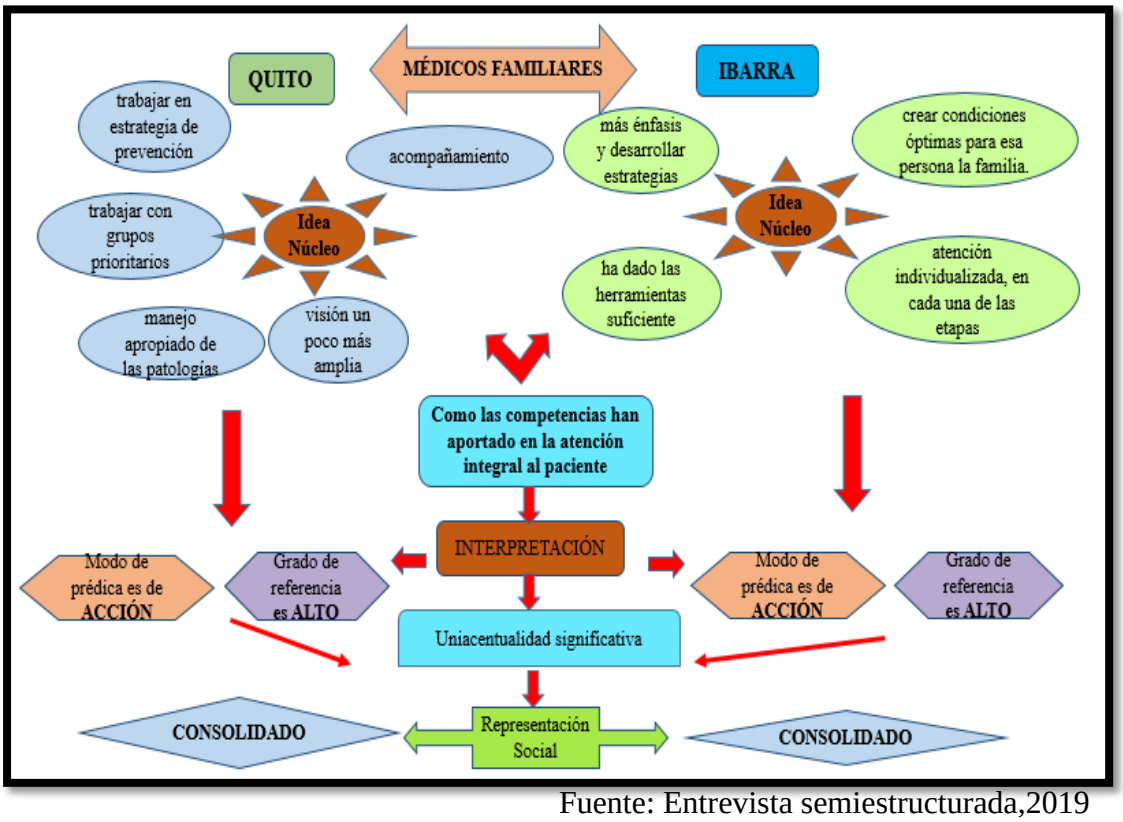
"Porque abarca todo en realidad, no es suficiente que el paciente llegue a la consulta y nosotros enviarle un medicamento y se finaliza todo, el Médico de Familia no ve al paciente como un como un solo ente o como una unidad, sino es que lo ve todo su entorno. Entonces no sólo ve el hecho de que tal vez está enfermo y necesita de medicación, necesita saber de cómo el paciente considera lo que le está ocurriendo, saber cómo está su familia, de cómo está reaccionando ante las condiciones del paciente, saber cómo piensa el paciente, sus creencias, cuáles son sus preocupaciones, y saber el impacto que provoca la posible patología en su relación familiar y con su comunidad. Todo esto hace que la adherencia un tratamiento o para mejorar las condiciones de salud de esa persona y su familia es importante".

AC07F MFI refiere que:

"Porque su atención es principalmente en el centrarse en la familia, tanto información Biopsicosocial, no vemos al paciente sólo en su parte biológica, si no tratamos de atender al paciente y a su familia, dentro de su entorno global, como como un todo. Entonces es importante el rol y también como puerta de entrada al sistema de atención de salud a nivel de nuestro país."

Categoría 4: ¿Considera usted que las competencias adquiridas en la formación del Médico de Familia han aportado en la atención integral de los pacientes?

Gráfico 22 Análisis e Interpretación de las competencias y como estas han aportado en la atención integral de los pacientes, 2019.



Fuente: Entrevista semiestructurada,2019
Elaborado por: Las autoras

Los entrevistados de la sede Quito, hablaron sobre como las competencias han aportado en la atención integral del paciente, de tal manera que permitió detectar algunas ideas núcleo como "trabajar en estrategia de prevención", "trabajar con grupos prioritarios", "visión un poco más amplia", con modo de prédica de acción, un alto grado de referencia. En términos ideológicos se detecta que los mensajes fueron repetitivos, por lo que se puede afirmar, que estamos frente a una representación social consolidada.

Los entrevistados de la sede Ibarra pudimos detectar algunas ideas núcleo como "más énfasis y desarrollar estrategias", "atención individualizada, en cada una de las etapas", "ha dado las herramientas suficientes", con modo de prédica de acción, un alto grado de referencia. En términos ideológicos se detecta que los mensajes fueron repetitivos, por lo que se puede afirmar, que estamos frente a una representación social consolidada. Esto se puede apreciar claramente en las siguientes citas.

JE01M MFQ refiere que:

"El hecho es que una de nuestras fortalezas creo que es la comunicación, nosotros la ser buenos comunicadores podemos hacer una mejor promoción y trabajar en estrategia de prevención con nuestros pacientes y nuestra comunidad y ellos se ven beneficiados de eso del trabajo que se hace con grupos prioritarios y haciendo énfasis sobre promoción y prevención".

MU06F MFQ refiere que:

"Yo creo que, una de las principales cosas fue el desarrollar la relación médico paciente, que ya no sea el médico el de la actividad paternalista en donde ponía solamente las prescripciones médicas, sino que aprendes a tener una relación médico paciente, a buscar estrategias por el paciente, a permitir que haga una catarsis cuando lo amerita, a identificar problemas, a hacerle acompañamiento. Todo eso te ayuda porque a veces un paciente puede venir por dolor lumbar y termina siendo otra patología, y esa patología desencadenó un problema familiar. Entonces también cambia la perspectiva de que ya no solamente curas patología, sino que ya le miras al paciente como es, donde vive, con quién está y es como una visión un poco más amplia".

JC03M MFI refiere que:

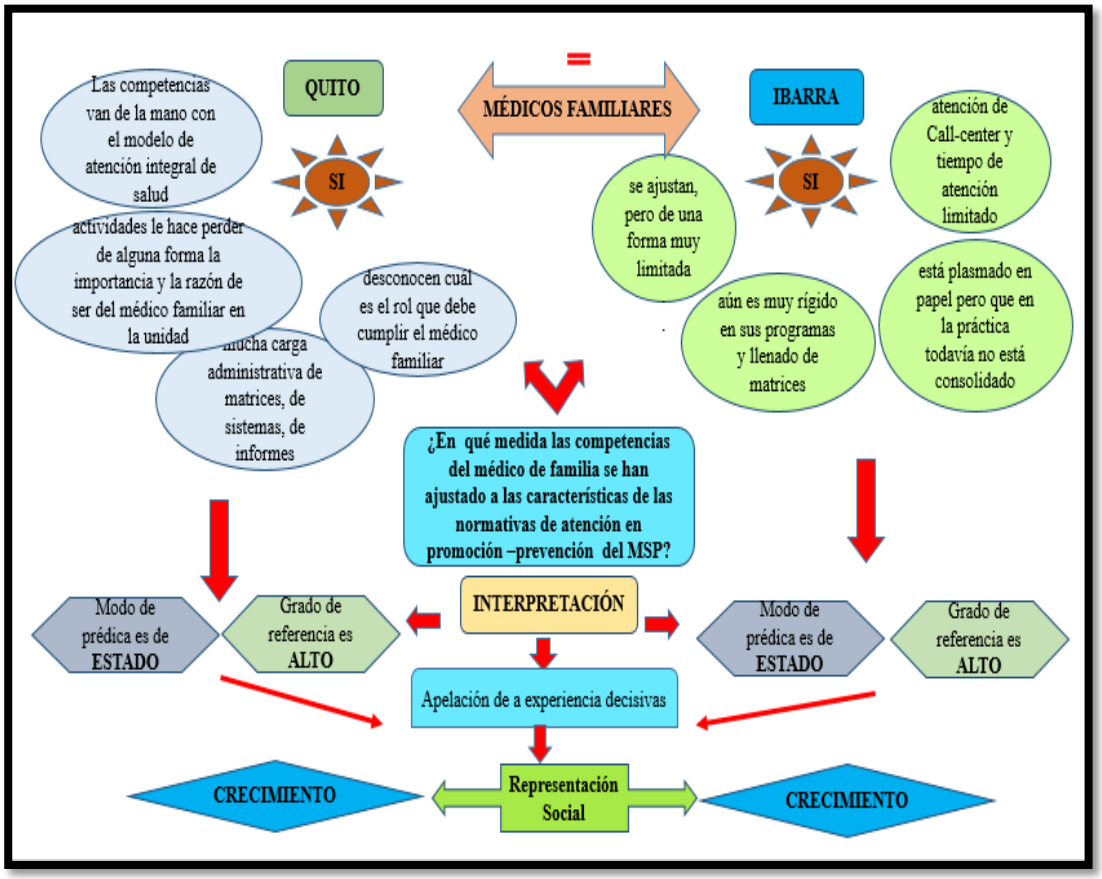
"Creo que bastante bien, bueno lamentablemente no hay ningún programa que sea 100% efectivo, siempre son perfectibles en realidad, lo que indica que siempre hay que mejorar, que siempre hay cuestiones a las cuales hay que dar más énfasis y desarrollar estrategias para que su desarrollo sea el ideal. Pero hasta el momento puedo considerarlo muy bueno, fue bastante importante en la formación, porque nos ha dado las herramientas suficientes para comprender todo el aspecto que involucra o en que se desenvuelve una persona, nos hace entender todo es aspecto integral…, herramienta para entenderlo de esa manera y ver que no estaba bien la forma tradicional en la cual atendíamos dábamos nuestras consultas cuando fuimos médicos generales, el saber que no es solo una persona o una enfermedad…,"

AC07F MFI refiere que:

"Pienso que, ha sido un proceso durante los tres años de formación, en los que nos hemos capacitado en cuanto a la atención individualizada, en cada una de las etapas por las que un individuo transcurre. Así mismo vemos a la familia del paciente. Durante el proceso de formación hasta la actualidad he podido ver al paciente y a la familia como una totalidad y no de manera individual".

Categoría 5: ¿En qué medida las competencias del Médico de Familia se han ajustado a las características de las normativas de atención en promoción – prevención del MSP?

Gráfico 23 Análisis e Interpretación de las competencias y como estas se ajustan a las normativas del MSP, 2019



Fuente: Entrevista semiestructurada,2019
Elaborado por: Las autoras

Los entrevistados de la sede Quito hablaron sobre como las competencias se han ajustado a las características de las normativas del MSP, al que respondieron que, si se ajusta, sin embargo, se contrasta con los siguientes ideas núcleo , "las competencias

van de la mano con el modelo de atención integral de salud", "actividades le hace perder de alguna forma la importancia y la razón de ser del Médico Familiar en la unidad", "mucha carga administrativa de matrices, de sistemas, de informes", "desconocen cuál es el rol que debe cumplir el Médico Familiar", el modo de prédica fue de estado con un grado de referencia alto. En términos ideológicos se detecta que los mensajes aparecen como experiencias vividas, por lo que se puede afirmar, que estamos frente a una representación social en crecimiento.

Los entrevistados de la sede Ibarra respondieron que, si se ajusta, sin embargo, se contrasta con las siguientes ideas núcleo "aún es muy rígido en sus programas y llenado de matrices"," está plasmado en papel pero que en la práctica todavía no está consolidado", "se ajustan, pero de una forma muy limitada", el modo de prédica fue de estado, con un grado de referencia alto. En términos ideológicos los mensajes aparecen como experiencias vividas, por lo que se puede afirmar, que estamos frente a una representación social en crecimiento. Esto se puede apreciar claramente en las siguientes citas:

JE01M MFQ

"Nosotros como Médicos Familiares muchas de nuestras competencias van de la mano con el modelo de atención integral de salud del ministerio, entonces si se adaptan fácilmente con lo que propone el ministerio, el hecho es la contraparte es que los ministerios no nos dan todos los insumos que nosotros requerimos para dar esa atención".

GM05F MFQ

"Bueno, eso está más complicado, porque yo digo a veces que todo lo que se pierde en algún lado le encajan al Médico Familiar, si es que las personas, los tomadores de decisiones y las autoridades de los mandos medios y superiores, desconocen cuál es el rol que debe cumplir el Médico Familiar, entonces todo lo que no tienen quien lo haga le encargan díganos el Médico Familiar y le haces perder de alguna forma la importancia y la razón de ser del Médico Familiar en la unidad, por otro lado también hay mucha carga administrativa de matrices, de sistemas, de informes y demás que tienen que manejarse digamos al nivel de otros profesionales que están contratados o deben realizar su rol administrativo y no recargar sobre el personal operativo, por otro lado también creo yo que como profesionales especialistas en el primer nivel también nos falta tener indicadores claros para poder cumplir las metas y cómo vamos a evaluar el impacto de nuestra presencia en las en los establecimientos de salud, ósea podemos decir de manera general que hemos reducido la cantidad de referencias innecesarias a los otros niveles, pero no puedes dar datos estadísticos mientras no hagamos una revisión de esa información, pero además también tienes varios especialistas en el primer nivel, capaz no todos tienen esas características o han adquirido las mismas competencias o han comprendido cual era el rol en nuestra comunidad".

MU06F MFQ

"Verás las competencias del Médico de Familia están bien delimitada y si las conoces, pero creo que no sea justa, puesto que no tenemos 30 minutos o 45 minutos para ver

a un paciente y su familia. No nos permite el sistema, el Prass, hay un montón de matrices que no nos permiten ver todo el contexto del paciente. Una paciente embarazada tú tienes que registrar 10 matrices, entre ellos el carnet y que tienes que hacer un montón de cosas más y aparte de eso más estamos enfocados en la computadora y no con la paciente..., Entonces la atención que deberías dar no se ajusta con las demandas que tienen Ministerio de salud".

EG08F MFQ

"Muchas de los temas en formación de la carrera que hicimos, si siempre lo enfocamos en los protocolos y normas de atención del Ministerio de salud pública pero bueno esto como usted sabe es muy dinámico hay que estar actualizando y hemos necesitado actualización efectivamente muchos de los programas. Pero pues sí tenemos un gran poder de resolución el hecho de que nos formamos en puestos del Ministerio de salud pública nos permite nosotros manejar protocolos normas y lo único que hacemos es actualizarnos".

VJ10F MFQ

"Es difícil cumplir una normativa porque hay barreras de accesibilidad para el paciente barreras con la atención de tiempos para los pacientes para que haya una armonización entre lo que son las guías y normas y lo que el médico debe cumplir."

VL02M MFI

"El ministerio de salud pública aún es muy cuadrado en sus programas entonces yo veo que todos los programas si tienen esa visión ese encaminamiento de prevención y promoción de la salud, pero se encuadran tanto en hacer o llenar matrices o hacer informes insulsos muchas veces inventados de cosas que tal vez cotidianamente si lo hagas y que no te das cuenta entonces cuando ya te piden la información, ya no te acuerdas y toca inventarse ciertas cosas. Entonces yo veo que el funcionario está más preocupado en el informe en lo que realmente hizo...,"

JC03M MFI

"Bueno, a veces nos sentimos que estamos atados de manos, en lo personal me siento así porque queremos hacer un poco más pero los tiempos y matrices que establece el ministerio para cada atención es muy rígido, a pesar de que está el MAIS, qué es el modelo atención integral de salud incluso con enfoque comunitario y familiar, pero lamentablemente ciertas autoridades les interesa más el número de pacientes atendidos que en realidad la calidad que se brinda al paciente y lo que se resolvió de manera real, alguna ocasión yo mencionaba que al ministerio le interesa más ver a cuantos paciente se han atendido y en realidad estamos indicando número de pacientes enfermos porque la mayoría son por morbilidades y no por temas preventivos. Entonces siempre se buscan un poco más de espacio y que el ministerio cambie ese enfoque que está plasmado en papel pero que en la práctica todavía no está consolidado".

FJ04M MFI

"Las competencias del Médico Familiar se ven un poco aplacadas por el ministerio de salud debido a la continua imposición de llenado de muchas matrices, sin embargo, con el modelo de atención si ha permitido al Médico Familiar compaginar alguna de estas, pero de forma muy limitada, es así el call-center es una limitante ya que no podemos dar la atención integral que requiere el paciente en un tiempo de 20 minutos que no son suficientes. En cuanto a las referencias el Médico Familiar está en capacidad de resolverlas y no hay necesidad de enviar los especialistas, pues en realidad existe un buen diagnóstico de parte de los médicos".

MJ09M MFI

"Lastimosamente en el MSP no se aprovecha la formación que tienen los Médicos Familiares ni sus competencias, en muchos lugares son considerados como un médico general más e incluso quieren usarlos para cubrir plazas de médicos rurales, se deberían realizar centros de Medicina Familiar donde se disponga de todo el equipamiento necesario y aquí deberían acudir en primera instancia los pacientes referidos de los centros de salud y desde estos centro de Medicina Familiar referir los pacientes que en realidad ameriten a segundo o tercer nivel".

CAPITULO V

DISCUSIÓN

Este estudio pone de manifiesto el desempeño de las cuatro competencias que se estableció durante el período de formación en la especialidad de Medicina Familiar. En el desarrollo del mismo se obtuvieron datos cuali-cuantitativos que señalan el desenvolvimiento de los Médicos Familiares en cada una de sus unidades operativas, con el fin de identificar si el desarrollo y conocimiento de estas competencias ha generado cambios en el sistema de salud.

5.1 Género de los participantes

Al identificarse que la mayoría de los participantes en el estudio fueron del género femenino, estos resultados guardan relación con lo que sostiene (Domínguez, Avila, & Harari, 2018) y (Bedoya R. , 2015) quienes señalan que en la educación médica inician más mujeres que hombres incrementando de un 6% a casi el 50% en los último 20 años, sin embargo en Ecuador en los últimos 5 años esta razón mujer/hombre ha disminuido ya que se enfrentan a problemáticas socioeconómicas culturales y personales. Estos autores expresan que la feminización de las especialidades médicas se debe principalmente a sus pacientes, ya que las médicas mujeres han desarrollado mejores y eficaces vías de comunicación lo cual hace que las instituciones con mujeres al mando mejoren sus relaciones y su eficiencia en relaciones públicas. Ello es acorde con lo que en este estudio se halla.

5.2 Competencias relativas a la comunicación y liderazgo

Siendo la comunicación una de las competencias que integra habilidades técnicas y ciertas actitudes frente al sufrimiento del paciente, respecto a su evaluación no hay uniformidad en los instrumentos ni estándares pese a que es una de las más evaluadas y más publicaciones hay de su estudio (Muñoz, 2015). En nuestro estudio se encontró que "a veces" se cumple con esta competencia, datos que no se correlacionan con los obtenidos en la entrevista, donde médicos familiares y administradores técnicos sí la cumplen o sí la tiene en claro, lo que ayudaría a comprender de una mejor manera el proceso de salud enfermedad, (Félix, Aguilera, Alonso, & Torrente, 2006) refiere que la comunicación en la práctica de la Medicina Familiar, está en relación entre los profesionales y las personas bajo su atención, y se da en diferentes contextos que la singularizan y la hacen más compleja que en cualquier otra especialidad médica. En cambio, (Hernández, Fernández, & Irigoyen, 2006) refiere que la comunicación no sólo debe servir para obtener información, sino que también debe emplearse para que el paciente se sienta escuchado, y comprender enteramente el significado de su enfermedad y así se sienta copartícipe de su atención. (Martrat, 2004) en su estudio competencias adquiridas en Medicina familiar y comunitaria al finalizar el posgrado, encontró que la comunicación entre otras es una de las habilidades más destacadas, pese al encontrar dificultades por disponer de poco tiempo en la consulta y por la dificultad de "generar cambios con sólo ofrecer consejos".

Entonces lo hallado en nuestro estudio no concuerda con los datos internacionales en donde la comunicación es una de las habilidades más representativa de los Médicos Familiares, datos que posiblemente son sesgados por el instrumento que se utilizó para realizar este estudio.

5.3 Competencias relativas a la docencia y aprendizaje

En lo que respecta a docencia, a partir de los hallazgos encontrados esta competencia se la desarrolla en la práctica diaria y es de conocimiento por parte de los administradores técnicos, cabe recalcar que no todos los participantes lo llevan a cabo en centros de educación superior, los datos obtenidos demuestra que lo realizan de diferentes maneras por ejemplo: en el desarrollo de la consulta con sus pacientes, acompañantes y familiares, con los estudiantes de medicina que acuden a las unidades operativas para el desarrollo de su formación tanto de pregrado como de posgrado, además dentro de la unidad operativa donde su participación con información actualizada y capacitaciones constantes con y para el personal con el que labora, esto ha ayudado a tener una mejor visión para reconocer y solucionar los problemas de salud más frecuentes dentro de su comunidad, lo contario dice (Martrat, 2004) en su estudio encontró que la docencia e investigación tienen menor puntuación, partiendo de las propias experiencias como estudiantes de posgrado, los residentes consideran que es una actividad motivadora pero difícil. Por el contrario, los participantes de este estudio no practican de manera continua la investigación, debido a no disponer de suficiente tiempo, además reconocen que el desinterés es un factor importante y esto repercutiría en su desarrollo como profesional médico y educador. Este dato concuerda con (Martrat, 2004), en su estudio, donde la investigación con una puntuación media es una de las peor valoradas, a esto se acompaña el desinterés por los médicos y tutores.

Salvador Tranche en el (Congreso Nacional de Medicina de Familia y Comunitaria, 2017), afirma que la Medicina Familiar en la Atención Primaria se encuentra en una involución, ya que los profesionales solo hacen asistencia, y siguen sin tiempo para desarrollar la docencia y la investigación.

En nuestro estudio siendo la docencia una de las habilidades más destacadas, los sitúa de una forma positiva en las unidades operativas donde se desempeñan, invitando a reproducir esquemas similares en todo el personal de salud.

5.4 Competencias relativas a la capacidad de análisis y solución de problemas

Con los datos obtenidos en nuestro estudio, señalamos que los Médicos Familiares de las unidades tipo A son los que con mayor frecuencia realiza análisis situacional de su comunidad, elabora planes de acción, proyectos de intervención y seguimiento de los mismos, debido a la disponibilidad de organizar sus horarios de trabajo, planifican sus días de visitas domiciliarias a pacientes vulnerables, además coordinan reuniones con líderes comunitarios en busca de estrategias que puedan mejorar las condiciones sanitarias de su entorno. Mientras que los médicos que permanecen en los centros tipo B y C no tienen la disponibilidad de planear sus jornadas laborales, debido a que por ser centros de mayor concurrencia de pacientes se ven designados a cubrir demandas de consulta externa e incluso cubrir horarios de emergencia lo que muchas de las veces conlleva al desplazamiento de actividades a otros especialistas, como son los médicos generales y/o rurales. Por ser los especialistas de atención primaria se "prioriza" sus funciones intramurales, delimitando su accionar dentro de consultorios, atendiendo a las agendas preestablecidas, respondiendo a interconsultas de médicos generales y coordinando las referencias de pacientes a distintas especialidades en segundo y tercer

nivel, cuando el caso así lo amerite. Con nuestro estudio se demuestra que los Médicos Familiares están sectorizados y a la vez limitados en el desempeño de sus funciones que son primordiales y se espera que se cumplan dentro del primer nivel de atención, sería oportuno optar métodos que ayuden a mejorar estos inconvenientes, es así que en Brasil siendo un país con 100 millones de habitantes y un único sistema de salud que es público, universal, integral y gratuito, cada equipo de salud realiza actividades programadas y de demanda, vigilancia sanitaria mediante la realización de visitas domiciliarias y acciones individuales – colectivas, el médico debe atender como mínimo 12 pacientes por turno, un turno de visita domiciliaria a la semana, un turno para realizar un grupo con los pacientes, un turno para reunión de equipo semanal, así como turnos para formación continuada. (Oliver, 2016)

Probablemente al implementarse un esquema similar en nuestro sistema de salud y con la consiguiente programación de atención en salud universal a nivel de país, se podría alcanzar la meta de abastecer las demandas de la población, y principalmente, el Médico de Familia pueda fortalecer sus habilidades en cuanto a ejecutar planes de acción para mejorar los determinantes de salud de cada comunidad a la que ha sido designado, promoviendo la prevención y promoción de salud, manteniéndose así a la cabeza en la organización de soluciones a distintas problemáticas sanitarias en el primer nivel de atención, en cada unidad operativa. Sería lamentable continuar en la pasividad, sabiendo que el desarrollo de nuestra competencia en la capacidad de análisis y solución a problemas es uno de los pilares fundamentales que caracterizan y destacan al Médico de Familia dentro del sistema de salud.

5.5 Competencias relativas a la calidad de atención y solución de problemas de salud.

De una forma equivalente en nuestro estudio los médicos analizan e investigan problemas específicos del individuo, familia y comunidad, hay poca intervención en los factores de riesgo pese al desarrollo de promoción de la salud – prevención de enfermedades, pocos profesionales pueden realizar acompañamiento, cuidados paliativos, rehabilitación "continuamos en la era curativa", ya que solo se maneja tasas de morbimortalidad. Por otro lado, sí se prioriza la intervención y resolución de los problemas de salud, aunque de forma limitada según se manifiesta en el estudio cualitativo, por lo tanto, se rigen a lo dispuesto, aunque sus competencias abarquen mucho más.

Siendo el primer nivel de atención donde se captan la mayoría de los pacientes que buscan la pronta resolución de los problemas de salud que los aqueja, la carga de trabajo dentro de estas unidades es alta y constante, situación que exige que los profesionales de la salud dediquen cantidades de tiempo reducidas a la consulta y seguimiento de pacientes.

Diana Doménech y Colaboradores en su estudio "Capacidad resolutiva del primer nivel de atención: experiencia de la Unidad Docente– Asistencial de Medicina Familiar y Comunitaria de Paysandú (2014), al igual que nuestro estudio concluye que la intervención de los Médicos Familiares en la resolución de los problemas de salud por parte de los Médicos Familiares es alta, y es posible mejorarla dotando de mayores recursos materiales al primer nivel de atención (por ejemplo, oftalmoscopio), así el número de referencias innecesarias a un segundo nivel de atención disminuiría.

Por lo tanto, los resultados obtenidos en este estudio si concuerda con los de otros estudios, recalcando que, con la presencia de los Médicos Familiares en el primer nivel de atención, la capacidad resolutiva ha aumentado favorablemente teniendo como único beneficiario al usuario, su familia y la comunidad.

5.6 Competencias del Médico de Familia se ajustan a las características de las normativas de atención en promoción –prevención del MSP

El perfil de competencias con los que fueron formados los Médicos de Familia de la primera cohorte, como puerta de entrada al Sistema Nacional de Salud y como eje de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), en este estudio demuestra que si se ajusta y si hay cambios positivos en el primer nivel de atención, sin embargo, la socialización o el desconocimiento de estas funciones dentro de este mismo sistema hace que la presencia de los Médicos de Familia sea subvalorada impidiendo su completo desarrollo, a esto se suma la falta de recursos materiales, logísticos y administrativos, sin embargo hay que tomar en cuenta que la muestra estudiada fue muy pequeña y posiblemente el discurso de los participantes en cuanto a esta aseveraciones puede ser no la correcta o sea únicamente su percepción.

(El Dr. Miguel A. Suárez Cuba en su editorial Miradas: Pasado, Presente y Futuro de la Medicina Familiar, 2018), en su estudio concluye que en el mundo la Medicina Familiar se encuentra en un punto de inflexión importante para introducir la especialidad como efectora de la Atención Primaria, considera que no se pueden conformar y dejar las cosas como están. “Las autoridades deben de pensar con seriedad y madurez, y hacer suyas las recomendaciones emanadas de las siete Cumbres

Iberoamericanas de Medicina Familiar donde además de la participación de Ministros de Salud, participan representantes de la OMS-OPS, autoridades universitarias y decisores de salud".

CAPITULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 Conclusiones

- Los Médicos Familiares dentro de sus competencias destacan el ser comunitarios, por ello en su mayoría son operativos, sin dejar a un lado que en su perfil pueden ser líderes de su unidad.
- La comunicación siendo una habilidad que no solo el Médico Familiar debe tener, aún falta por perfilar y reforzar, para una adecuada relación médico – paciente y tener mejores resultados en la promoción y prevención.
- Los Médicos Familiares están en capacidad de ejercer la docencia dentro de sus competencias, dejando de lado la investigación como lo afirman otros estudios, sin embargo, esto ha ayudado a fortalecer la capacidad resolutiva del primer nivel.
- De forma general se encontró que el conocimiento y desarrollo de cada una de las competencias por parte de los Médicos Familiares se ven reflejadas por la mención de éstas, mas no por el desarrollo y cumplimiento de las mismas en sus consultas.
- Pese a que el pilar fundamental de la Medicina familiar es el trabajo comunitario junto con el equipo de salud y los líderes comunitarios, algunos de nuestros médicos especialistas como lo demuestra nuestro estudio están incumpliendo con esta característica, debido a que tienen que regirse a las demandas del mismo sistema de salud.

- En este estudio cuali-cuantitativo se encontró que el conocimiento y desarrollo de las competencias de los Médicos Familiares devengantes de la primera cohorte de las sedes Quito –Ibarra aún tienen una representación social que se encuentra en crecimiento y formación.
- El desarrollo de las competencias a pesar de que se ajustan con las normativas del MSP, no permite que se cumplan a cabalidad, debido a que aún presenta muchas limitantes por el desconocimiento de los profesionales que conforman el equipo de salud dentro de las mismas unidades operativas, e incluso dentro del mismo sistema de salud.

6.2 Recomendaciones

- Fortalecer las competencias y habilidades comunicacionales y de investigación desde el proceso de formación de pregrado en Medicina.
- Recordar que la Medicina Familiar como pilar fundamental de la atención primaria debe ser vista y tratada con toda la importancia como cualquier otra especialidad y dejar que este especialista desarrolle su perfil de competencias para beneficio de los usuarios y otros profesionales.
- Se debe difundir tanto a nivel privado como público el perfil de competencias del Médico Familiar, destacando su enfoque biopsicosocial para mejorar la relación médico paciente y la calidad de atención.
- Incentivar y fomentar el desarrollo de nuevas investigaciones científicas en cada uno de los centros de formación y desarrollo de los Médicos Familiares, y que esto sea la base para fortalecer una actualización en atención primaria y cubrir las necesidades que estos profesionales requieren para poder desempeñar el perfil de competencias con los y para los que fueron formados.
- Dentro de las evaluaciones del perfil de cada profesional, se debería implementar herramientas de autoevaluación con el fin de identificar falencias y su correspondiente retroalimentación, para que los Médicos Familiares, a partir de su graduación en adelante, mantengan una continuidad en la actualización de sus conocimientos y de esta manera refuercen el desarrollo de sus competencias.
- Generar espacios para intercambio de ideas en donde confluyan los usuarios de los servicios de atención en Medicina Familia, tanto públicos como privados

para recoger sus opiniones, demandas y expectativas en cuanto a la atención médica y del sistema.

- Se recomienda continuar con este estudio, tomando como punto de partida estas conclusiones y en un futuro se pueda medir el impacto del desempeño de las competencias de los Médicos Familiares como parte primordial del modelo de atención integral de salud.

BIBLIOGRAFÍA

Abril Ramiro, Cuba María. (Marzo de 2013). Introducción a la Medicina Familiar. *Acta Médica Peruana*.

Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. (2015). *Manual de Competencias Profesionales: Médico/a de Familia de Atencón Primaria.* Andalucía: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

Armijos G., Vaca L., Aguilera L.,Casado V., Sánchez G.,Alvear S. (Enero-Marzo de 2016). Programas de formación en Medicina Familiar en Iberoamérica. *Revista Brasileira de Medicina Familiar e Comunidade*. Obtenido de https://www.puce.edu.ec/documentos/2016/1278-7835-1-PB.pdf

Bedoya, R. (2015). *Feminización de la profesión médica e inserción laboral pública en Ecuador.* España. Obtenido de https://ddd.uab.cat/pub/tesis/2015/hdl_10803_333057/rbv1de1.pdf

Bedoya, R., Marchand, B., Maldonado, X., Mikesell, C., & ... (2017). Medicina Familiar Reflexiones desde la practica. En R. Bedoya (Ed.). Quito, Ecuador.

Capacidad resolutiva del primer nivel de atención: experiencia de la Unidad Docente–Asistencial de Medicina Familiar. (Abril de 2016). *Revista Médica Uruguay*, 8.

Carina Vance, M. d. (2015). Tipologia para homologar establecimientos de Salud por niveles. *Lexis*.

Carmina Flores Domínguez, Diego Meraz Avila, Denise Niza Benardete Harari. (2018). Mujeres en la medicina del siglo XXI. *Elsevier*.

Casado, V. (3 de 2 de 2018). La Historia de la Medicina Familiar en los últimos 50 años. 26. Obtenido de http://amf-semfyc.com/web/downloader_articuloPDF.php?idart=2192&id=03_febrero_2018.pdf

Charria V.,Sarsosa K.,Uribe A.,López C.,Ortiz F. (2011). Definición y clasificación teórica de las competencias académicas, profesionales y laborales. Las competencias del psicólogo en Colombia. *Psicología desde el caribe*.

Comercio, E. (4 de Diciembre de 2012). Medicina Familiar tendrá 600 becas para posgrados. *El Comercio*.

contributors, E. (31 de Agosto de 2019). *EcuRed.* Obtenido de https://www.ecured.cu/index.php?title=Provincia_de_Pichincha_(Ecuador)&oldid=3536309

Definición de Competencias Mínimas para el Especialista en Medicina Familiar. (2015). *División de Atención Primaria Ministerio de Salud Chile*.

Doménech, D., Strozzi, D., & Antúnez , L. (Abril de 2016). Capacidad resolutiva del primer nivel de atención: experiencia de la Unidad Docente–Asistencial de Medicina Familiar y Comunitaria de Paysandú (2014). *Revista Médica Uruguay*, 8. Obtenido de http://www.scielo.edu.uy/pdf/rmu/v32n3/v32n3a02.pdf

Domínguez C.,Avila D., Benardete D. (2018). Mujeres en la medicina del siglo XXI. *Elsevier*.

Domínguez del Olmo , J. (2003). La Medicina Familiar en México y en el Mundo. *Archivos en Medicina Familiar*, 61-64. Obtenido de http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/compendio/Primero/I_MF_61-64.pdf

Domínguez, C., Avila, D., & Harari, D. (Marzo de 2018). La mujer en la medicina del siglo xxi. *Elsevier*. Obtenido de file:///C:/Users/Karina/Downloads/S1575181318301232.pdf

Dr. Suárez Cuba, M. (Enero- Junio de 2018). MIRADAS: PASADO, PRESENTE Y FUTURO DE LA MEDICINA. *Revista Medica La Paz, 1*. Obtenido de http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmlp/v24n1/v24n1_a01.pdf

EcuRed Controbutors. (31 de Agosto de 2019). *EcuRed.* Obtenido de https://www.ecured.cu/index.php?title=Provincia_de_Pichincha_(Ecuador)&oldid=3536309

Félix, S., Aguilera, M., Alonso, P., & Torrente, I. (Octubre de 2006). La comunicación en medicina familiar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252006000400015#autor

Fulvio J.,Gómez C.,Leyva F. (Junio de 2017). Construcción del perfil profesional del médico familiar en México. *Investigación en Educación Médica*. doi:10.1016/j.riem.2017.04.006

Gallo Vallejo, R. Altisent Trota, J. Díez Espino, C. Fernández Sánchez,G. Foz i Gil, MI. Granados Menéndez, F. Lago Deibe. (1999). Perfil profesional del médico de familia. *Elsevier*.

Gestión de comunicación MA. (29 de Agosto de 2017). *Pichincha Gobierno Provincial.* Obtenido de https://www.pichincha.gob.ec/cantones/distrito-metropolitano-de-quito

Gómez-Rojas, J. P. (2015). Las competencias profesionales. *Revista mexicana de Anestesiología*.

Gonzáles , C., Herrera, Y., & Bonilla, G. (28 de marzo de 2018). Modelo de atención integral de salud vs. calidad asistencial en el primer nivel, Riobamba 2014-

2017. *Elsevier España*, p.7. Obtenido de https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1575181318300214

Henríquez, R., & Sánchez, G. (Enero-Marzo de 2011). La definición del perfil profesional del médico familiar en Ecuador: una tarea en proceso. *Revista Médica Vozandes, 22*, 5-8. Obtenido de www.revistamedicavozandes.com

Hernández, I., Fernández, M., & Irigoyen, A. (Mayo - Agosto de 2006). Importancia de la comunicación médico-paciente en medicina familliar. *Archivos en Medicina Familiar , 8*. Obtenido de https://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2006/amf062k.pdf

Ippolito, G. A. (2010). La medicina social y las experiencias de atención primaria de salud (APS) en Latinoamérica: historia con igual raíz. *Revista de la Universidad Bolivariana*.

James Macinko, Hernán Montenegro, Carme Nebot Adell, Carissa Etienne y Grupo de Trabajo de Atención Primaria de Salud de la OPS. (2007). La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. *Revista Panamericana de Salud Pública*.

Martrat, E. R. (Octubre- Diciembre de 2004). Las competencias profesionales adquiridas en medicina familiar y comunitaria. Una mirada desde tutores y residentes. *Educación médica , 7*(4). Obtenido de http://scielo.isciii.es/pdf/edu/v7n4/original1.pdf

Mendoza, D. H. (2008). Competencia profesional y competencia clínica. *El Ejercicio Actual de la Medicina.* México.

Ministerio de Salud Pública. (2012). Manual de Atención Integral de Salud - MAIS. *Ministerio de Salud Pública*.

MSP. (2002). *Ley Orgánica del Sistema de Nacional de Salud.* Quito.

MSP. (2012). MAIS. Quito, Ecuador. Obtenido de http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf

MSP. (13 de 2 de 2017). *El MSP reconoce a médicos graduados como especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria*. Quito, Pichincha, Ecuador. Obtenido de https://www.salud.gob.ec/el-msp-reconoce-a-medicos-graduados-como-especialistas-en-medicina-familiar-y-comunitaria/

Muñoz, E. (2015). Evaluación de la competencia de los médico de familia en la práctica clínica en situación real. Barcelona, España.

Naranjo, J. A., Delgado, A., & Sánchez, P. Y. (Julio-Agosto de 2015). Programa de formación de especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria en Ecuador

con participación de profesores cubanos. *Revista de Ciencias Médicas*, 737-745. Obtenido de http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v19n4/rpr17415.pdf

Naranjo, J., & Cruz, A. (8 de Agosto de 2014). Consideraciones sobre el Modelo de Atención Integral de Salud del Ecuador. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 7. Obtenido de http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v30n3/mgi11314.pdf

Oliver, L. L. (2016). Ser médico de familia en... Brasil. *Actualización en Medicina de Familia*.

OMS. (1978). Atención Primaria de Salud Alma Ata 1978. *Atención Primaria de Salud*.

OMS. (2018). De Alma-Ata a Astaná 2018. *Organizacion Mundial de la Salud*.

OMS, UNICEF. (2018). Conferencia Mundial sobre Atención, desde Alma-Ata hacia la cobertura sanitaria universal. *Declaracion de Astaná*.

OMS/UNICEF. (2018). Desde Alma-Ata hacia la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. *Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud*.

OPS/OMS. (2005). *Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas.*

OPS/OMS. (2007). Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). *Renovacion de la Atención Primaria de la Salud en las Américas*.

OPS/OMS. (2007). Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). *La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas*.

Ortiz, G. F. (2004). La expresión medicina social surgió en 1848, reemergió en la tercera década del siglo XX. ¿Qué es la medicina social en el siglo XXI? *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*.

Pozo, D. J. (2018). "Historia de la Atención Primaria… (y de la Medicina Social)". *Salud Pública y otras dudas*, 1.

Rodrigo Henríquez Trujillo, Galo Sánchez del Hierro. (2011). La definición del perfil profesional del médico familiar en Ecuador: una tarea en proceso. *Revista Médica Vozandes*.

Saldívar, I. A. (2016). Evolución histórica de la medicina familiar. *Ameyali - Waynakay*.

Seco, E. M. (2015). Evaluaci{on de las cometencias de los médicos de familia en la practica clínica en su situacion real. *Universidad Autónoma de Barcelona*.

SEMERGEN. (2018). Competencias del médico de familia. *Redacción médica*.

semFYC. (2011). *La definición europea de Medicina General / Medicina de Familia.* Barcelona: semfyc editorial.

Zurro, A. M. (2018). Alma Ata y medicina de familia: 40 años de travesía del desierto. *Atención Primaria Elsevier*.

ANEXOS

1. PERFIL DE COMPETENCIAS DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA (PUCE)

Competencias	Resultados, Logros de Aprendizaje
1) Se comunica adecuadamente con dominio de la relación médico paciente, de la metodología del trabajo en equipo y resolución de conflictos individuales y comunitarios; que le permiten trabajar en roles de cuidado directo y de liderazgo, con fortaleza para organizar y gerencia los servicios y/o escenarios en los que trabaje	1. Coordinar actividades intersectoriales para la solución de problemas de salud de la comunidad. 2. Actuar como la puerta de entrada al sistema de salud, velando por la accesibilidad geográfica, cultural y económica. 3.Mantener una relación de continuidad en el tiempo con la persona y su familia utilizando herramientas de comunicación efectiva y toma de decisiones compartida 4.Coordinar con otras especialidades el seguimiento de aquellos pacientes que lo necesiten 5. Formar equipos de atención multidisciplinarios que trabajen en redes.
2) Efectúa actividades docentes, en cada encuentro abre espacios de aprendizaje, con sus pacientes, con las familias, con los equipos de salud, con los grupos comunitarios, con los colegas.	6.Manejar actividades docentes y de investigación en su ámbito 7. Aplicar en su actividad profesional los conocimientos docentes, investigativos y de dirección, que respondan a las necesidades de la comunidad, familia e individuo.
3) Realiza lecturas críticas de la realidad que enfrenta, y tiene la capacidad de plantear soluciones, sea a través de formular proyectos de intervención y/o sistematizar los problemas que encuentra.	8. Elaborar el análisis situacional de salud de la comunidad, identificación de los problemas de salud, priorización de los mismos, elabora y ejecuta el plan de acción. 9. Planificar y ejecutar proyectos de investigación e intervención para

	modificar la realidad de salud de la población. 10.Evaluar y realizar el seguimiento de los proyectos ejecutados 11. Integrar, colaborar de forma activa en la consecución de objetivos comunes con sus compañeros, las organizaciones y la comunidad.
4) Realiza con calidad el cuidado directo y la solución de los problemas de salud, que implica el dominio de lo frecuente, resuelve el 80% de los 290 problemas que se presentan en el nivel ambulatorio de atención con un enfoque biopsicosocial.	12. Brindar atención integral a las personas con enfoque biológico, psicológico y social durante todas las etapas de su ciclo vital individual y familiar. 13. Identificar, evaluar y tratar problemas de salud del individuo y su familia sin distinción de sexo, edad o problema de salud. 14. Realizar actividades de diagnóstico precoz, tamizaje, curación y seguimiento al individuo, familia y comunidad. 15. Ejecutar planes de promoción de la salud y prevención de enfermedades en el marco propuesto en el modelo de atención integral al individuo familia y comunidad. 16. Coordinar la atención del individuo, su familia y la comunidad, en la consulta, interconsulta, referencia y contra referencia, servicio de urgencias, hospitalización. 17. Aplicar competencias específicas para el desarrollo de acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. 18. Realizar visitas comunitarias, domiciliarias, cuidado y/o ingresos en

	el hogar e intrahospitalarias; urgencias y emergencias médicas. 19. Identificar, analizar e investigar problemas específicos de la salud del individuo, familia y la comunicad. 20. Implementar intervenciones sobre los factores de riesgo individual, familiar y comunitario basado en evidencias. 21. Ejecutar planes de acompañamiento, rehabilitación y/o cuidado paliativo al individuo y sus familias.

2. ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Competencias que se encuentran desarrollando los graduados de la primera cohorte de Medicina Familiar y Comunitaria del convenio Ministerio de Salud Pública – Pontificia Universidad Católica del Ecuador de las sedes Quito e Ibarra, en sus unidades de salud en el año 2018-2019

FORMATO DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Bloque A. Datos Generales				
Fecha de entrevista:				
Responsable de entrevista				
Código del participante				
Cohorte de la que egreso:	Quito		Ibarra	
Género	Masculino		Femenino	
Edad en años				
Tipo Unidad Operativa	Puesto de Salud		Centro de Salud Tipo A	
	Centro de Salud Tipo B		Centro de Salud Tipo C	
	Hospital Básico			
Cargo Desempeñado	*Indique el cargo que el participante desempeña*			
Tipo de Cargo	Administrativo		Operativo	

Bloque B. Introduccion
La presente entrevista tiene como fin, indagar sobre el conocimiento y ejecución de las competencias diseñadas para la primera cohorte de Médicos Familiares del convenio MSP- PUCE con el fin de identificar, caracterizar y analizar si se da cumplimiento, desde un enfoque holístico.

BLOQUE C. Preguntas	
1	*¿Conoce usted el perfil de competencias del Médico Familiar?, menciónemе algunas de ellas, y porque cree que son importantes?*
2	*¿Acorde al ejercicio de su especialidad, considera usted que las competencias del Médico Familiar intervienen para resolver los problemas de salud, en el primer nivel de atención?*

3	*¿En la intervención de individuo, familia y comunidad, usted ejecuta las competencias adquiridas durante su formación como Médico Familiar?*

4	*¿En el tiempo que lleva desempeñando la especialidad como Médico Familiar, usted pone en práctica cada una de las competencias con las que fue formado?*

5	*¿En el cargo que usted ejerce en su unidad de salud le ha permitido desarrollar las competencias del Médico de Familia, y con éstas ejecutar planes de promoción y prevención de la salud, ajustadas a las normativas vigentes del MSP?*

3. ENCUESTA ESTRUCTURADA

Competencias que se encuentran desarrollando los graduados de la primera cohorte de Medicina Familiar y Comunitaria del convenio Ministerio de Salud Pública – Pontificia Universidad Católica del Ecuador de las sedes Quito e Ibarra, en sus unidades de salud en el año 2018-2019.

FORMATO DE ENCUESTA ESTRUCTURADA

Bloque A. Datos Generales				
Fecha de encuesta:				
Responsable de encuesta				
Código del participante				
Cohorte de la que egreso:	Quito		Ibarra	
Sexo	Masculino		Femenino	
Edad en años				
Tiempo ejercicio profesional			**años**	
Tipo Unidad Operativa	Puesto de Salud		Centro de Salud Tipo A	
	Centro de Salud Tipo B		Centro de Salud Tipo C	
	Hospital Básico			
Cargo Desempeñado	*Indique el cargo que el participante desempeña*			
Tipo de Cargo	Administrativo		Operativo	

Bloque B. Competencias Relativas - Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria			
Pida al participante contestar las preguntas en función a las funciones diarias ejecutadas en la unidad operativa			
B1. Competencias relativas a la comunicación y liderazgo			
1	*Acorde a sus funciones, ¿Usted programa reuniones con diversos sectores en la comunidad y establece planes de trabajo documentados para la intervención en los problemas de salud críticos de la misma?*		
1 - Nunca		**2 - Pocas Veces**	
3 - A veces		**4 - A menudo**	
5 - Siempre			
2	*En su ejercicio diario, ¿Aplica y ejecuta planes continuados de captación de pacientes prioritarios, brigadas médicas, visitas domiciliarias, vinculación comunitaria en un marco de análisis socioeconómico y cultural de su comunidad, garantizando así el acceso a los servicios de salud?*		
1 - Nunca		**2 - Pocas Veces**	
3 - A veces		**4 - A menudo**	
5 - Siempre			

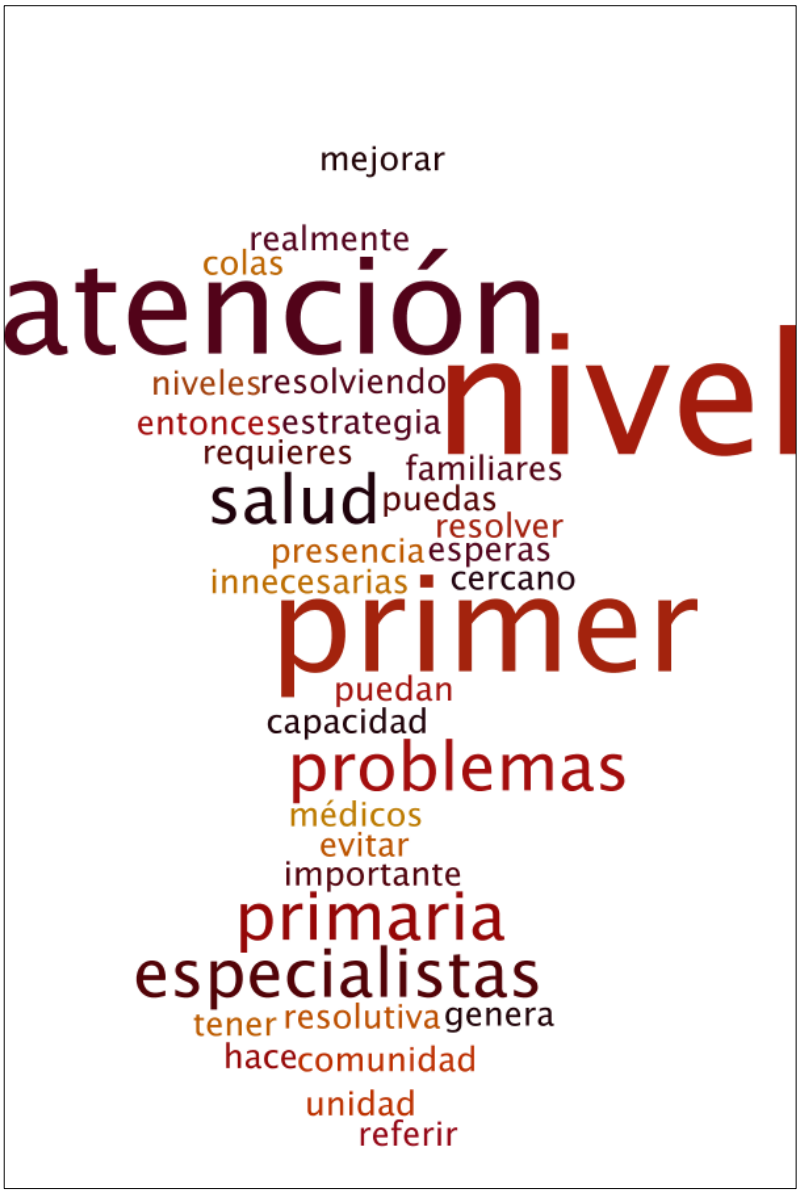
3	*Acorde a la atención diaria de pacientes y familia ¿Aplica estrategias de relación de continuidad (longitudinalidad) e integralidad (evaluación como sistema familiar) para la relación médico-paciente y médico-familia, garantizando así la comunicación efectiva en la evaluación y la toma de decisiones compartida en situaciones de conflicto, prevención y promoción de la salud?*			
1 - Nunca			**2 - Pocas Veces**	
3 - A veces			**4 - A menudo**	
5 - Siempre				
4	*En su gestión de pacientes, ¿Coordina la evaluación multidisciplinaria de los pacientes en seguimiento, utilizando los procesos de referencia en el Sistema Nacional de Salud, con la finalidad de permitir atención y resolución por especialidad en pacientes determinados?*			
1 - Nunca			**2 - Pocas Veces**	
3 - A veces			**4 - A menudo**	
5 - Siempre				
5	*En su proceder diario, ¿Ha ejecutado planes de atención multidisciplinario con los diversos niveles de atención relacionados a su Distrito y fuera del mismo, con la finalidad de establecer redes de atención y asistencia a pacientes y familiares de forma efectiva?*			
1 - Nunca			**2 - Pocas Veces**	
3 - A veces			**4 - A menudo**	
5 - Siempre				
B2. Competencias relativas a la docencia y aprendizaje				
6	*En el tiempo durante su ejercicio como especialista, ¿Desarrolla actividades docentes de forma continuada en centros de educación superior o ha publicado artículos científicos en revistas indexadas?*			
1 - Nunca			**2 - Pocas Veces**	
3 - A veces			**4 - A menudo**	
5 - Siempre				
7	*Acorde al ejercicio de su especialidad, ¿Aplica estrategias documentadas relacionadas a metodología de la investigación y procesos de enseñanza inclusiva e integral acorde los determinantes priorizados identificados en su comunidad y de las problemáticas frecuentes del proceso salud-enfermedad en las familias o el individuo?*			
1 - Nunca			**2 - Pocas Veces**	
3 - A veces			**4 - A menudo**	
5 - Siempre				
B3. Competencias relativas a la capacidad de análisis y solución de problemas				
8	*Para la gestión y acciones en la comunidad, ¿Usted ejecuta con frecuencia análisis situacionales y define los determinantes de salud, priorizando aquellos más críticos con la finalidad de plantear planes de acción e intervención sobre estos?*			
1 - Nunca			**2 - Pocas Veces**	
3 - A veces			**4 - A menudo**	
5 - Siempre				
9	*En su gestión diaria, ¿Usted planifica y ejecuta con frecuencia proyectos de investigación e intervención con la finalidad de modificar los determinantes de salud, que sean factibles para la mejora de la salud de su comunidad, mediante objetivos medibles e indicadores de eficacia?*			
1 - Nunca			**2 - Pocas Veces**	
3 - A veces			**4 - A menudo**	
5 - Siempre				
10	*En el seguimiento y verificación de su gestión, ¿Aplica herramientas de valoración y seguimiento de avance y ejecución de los proyectos de intervención y prevención planificados, estableciendo acciones de mejora y acciones correctivas de ser el caso, y los documenta?*			

1 - Nunca		**2 - Pocas Veces**	
3 - A veces		**4 - A menudo**	
5 - Siempre			
11	*Para establecer los objetivos de su gestión, ¿Integra a su equipo de trabajo, líderes comunitarios, organizaciones comunitarias, directivos distritales y/u otros organismos relacionados, al análisis de alcance de los objetivos de gestión de salud comunitaria planteados, estableciendo planes de mejora o replanteamiento de objetivos, para alcanzarlos en el corto y largo plazo?*		
1 - Nunca		**2 - Pocas Veces**	
3 - A veces		**4 - A menudo**	
5 - Siempre			
B4. Competencias relativas a la calidad de atención y solución de problemas de salud			
12	*Al momento de interaccionar con un paciente o una familia, ¿Aplica a su proceder, los conceptos de integralidad bajo un enfoque de atención biológico, psicológico y social acorde al ciclo vital individual y/o familiar, de forma sistemática y estructurada en la atención, utilizando herramientas para su ejecución?*		
1 - Nunca		**2 - Pocas Veces**	
3 - A veces		**4 - A menudo**	
5 - Siempre			
13	*En la ejecución de la atención a pacientes y familia, ¿Gestiona los problemas de salud encontrados en la familia o individuo, sin distinción de exclusión por sexo, edad, complejidad de problema de salud, garantizando su atención y resolución con redes y equipos de salud?*		
1 - Nunca		**2 - Pocas Veces**	
3 - A veces		**4 - A menudo**	
5 - Siempre			
14	*En su práctica diaria, ¿Documenta las actividades de diagnóstico precoz, tamizaje, curación y seguimiento al individuo, familia y/o comunidad, enmarcados en un plan de prevención y promoción de la salud sobre enfermedades prevalentes o potencialmente determinantes en la salud comunitaria?*		
1 - Nunca		**2 - Pocas Veces**	
3 - A veces		**4 - A menudo**	
5 - Siempre			
15	*En su gestión para con la comunidad, ¿Diseña, documenta y ejecuta planes de promoción de la salud y prevención de la salud, ajustado al marco propuesto en el Modelo de Atención Integral al Individuo, Familia y Comunidad, evaluando la eficacia de cada uno y valorando los indicadores de cobertura?*		
1 - Nunca		**2 - Pocas Veces**	
3 - A veces		**4 - A menudo**	
5 - Siempre			
16	*En sus funciones de atención al individuo y la familia, ¿Coordina cuando es necesario y acorde al nivel de actuación, la atención médica especializada en consulta externa, referencias para interconsulta a niveles de mayor resolución, deriva a servicios de urgencias/emergencias, y aplica contrareferencia cuando es pertinente, los documenta y los evalúa en eficacia?*		
1 - Nunca		**2 - Pocas Veces**	
3 - A veces		**4 - A menudo**	
5 - Siempre			

17	*Para las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, ¿Usted aplica estrategias para la ejecución de cada una de las actividades, estableciendo acciones para anticiparse a problemas potenciales y determinando sus limitaciones en habilidades y destrezas?*			
1 - Nunca			**2 - Pocas Veces**	
3 - A veces			**4 - A menudo**	
5 - Siempre				
18	*En su gestión extramural, ¿Ejecuta con frecuencia y de forma planificada, visitas a la comunidad, visitas domiciliarias, seguimientos de casos de pacientes hospitalizados sin facilidad de desplazamiento, y gestiona cuando es el caso urgencias y emergencias médicas en zonas remotas o de dificil acceso, las documenta y establece acciones de mejora?*			
1 - Nunca			**2 - Pocas Veces**	
3 - A veces			**4 - A menudo**	
5 - Siempre				
19	*En la gestión de verificación y seguimiento de planes de salud comunitaria, ¿Realiza análisis de causas raíz de los principales problemas en individuos, familias y comunidad, establece un marco referencial de acción y determina estrategias para su investigación con frecuencia y de forma documentada?*			
1 - Nunca			**2 - Pocas Veces**	
3 - A veces			**4 - A menudo**	
5 - Siempre				
20	*Para las acciones de intervención individuos, familias y comunidades, ¿Realiza con frecuencia análisis objetivos de los factores de riesgo de los problemas de salud más prevalentes y ejecuta estrategias de intervención aplicando Medicina basada en la evidencia, las documenta y evalúa con periodicidad?*			
1 - Nunca			**2 - Pocas Veces**	
3 - A veces			**4 - A menudo**	
5 - Siempre				
21	*En la gestión de pacientes con enfermedades discapacitantes o terminales, ¿Usted ejecuta con frecuencia y acorde sea el caso actividades de acompañamiento, rehabilitación o cuidados paliativos en los pacientes identificados, los documenta y evalúa su plan de trabajo?*			
1 - Nunca			**2 - Pocas Veces**	
3 - A veces			**4 - A menudo**	
5 - Siempre				

4. TEXTOS WORDLE

GM05F MFQ



VL02M MFI


salud
sector
capacitar
población
científica
información
individuo
promoción
días
integral
artífice
vida
manejar
capacitarse
ser
comunidad
responsable
Bueno
profesor
actualizada
últimos
prevención
enfermedades
familia
nace
llevar
atención
asignado

JE01M MFQ


prevalentes
seguimiento
venido
cumplir
enfermedades
adolescentes
niños
social
parte
implicaciones
disposiciones
igualmente
estrategias
vulnerables
primer
mayor
holística
familiar
salud
todas
tipo
competencias
ciclos
comunidad
embarazada
ayuden
forma
hacer
entran
abordar
verfértil
control
curación
jóvenes
basándonos
adulto
nivel
trabajar
capacitados
rehabilitación
ser
edad
entraríamos
adultos
creo
debemos
promoción
atención
además
después
Bio
psico
vida
realizando
postnatal
competentes
prevención
presentan
integral
ciclo
médico
prioritarios
grupos
mujer

JC03M MFI


pacientes
referencias
nivel
atención
realizadas
las
dar
seguimiento
contestación
un
crónicas
y
Está
enfermedades
vulnerables
segundo
también
generales
básicamente
el
transmisibles
médicos
no
está
prioritarios
primer
hacer
con
desde
interconsulta
por

5. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación: Competencias que se encuentran desarrollando los graduados de la primera cohorte de Medicina Familiar y Comunitaria del convenio Ministerio de Salud Pública – Pontificia Universidad Católica del Ecuador de Quito e Ibarra, en las unidades de salud asignadas en el período enero 2018 a diciembre 2019

Organización del investigador: Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Nombre del investigador principal: Karina del Rocío Rivera Caicedo, Gabriela Alexandra Ortiz Naveda.

Datos de localización del investigador principal: Karina Rivera (celular: 0995647434, e-mail: karitoroci@hotmail.com), Gabriela Ortiz (celular: 0962879196, e-mail: gabbichao@gmail.com)

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO
Introducción
Este formulario incluye un resumen del propósito de este estudio. Usted puede hacer todas las preguntas que quiera para entender claramente su participación y despejar sus dudas. Para participar puede tomarse el tiempo que necesite para decidir si desea participar o no del presente estudio. Usted ha sido invitado a participar en una investigación que busca determinar el perfil de competencias y su variación en relación a la formación recibida en médicos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria de la primera cohorte de las sedes de Quito e Ibarra.
Propósito del estudio
Este estudio busca determinar si hay variación en el perfil de competencias que los médicos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria muestran en las diversas unidades operativas en relación a la formación recibida a nivel de posgrado. En el estudio participarán 82 profesionales de la salud en un periodo de 6 meses, a quienes se les realizará una entrevista mediante un formato estructurado con los aspectos generales de su ejercicio profesional y de competencias relacionadas a su especialidad
Descripción de los procedimientos
El estudio tiene una duración de 6 meses, y su participación real en el presente será de 4 meses, que es el tiempo que se estima dure el proceso de selección de participantes, ubicación de los egresado y ejecución de entrevistas Para su conocimiento, detallaré a continuación los pasos a seguir en este estudio:

Paso 1: Aprobaciones de ley por parte de las Coordinaciones Zonales y Subcomité de Bioética (grupo de personas que aseguran la protección y seguridad de su participación en este estudio), con una duración promedio aproximadamente de 20 días.

Paso 2: Ejecución del estudio, donde en primer momento se determinarán las personas que participarán en este estudio, un proceso que está regulado por criterios de inclusión, y que tiene una duración de 15 a 20 días promedio.

Paso 3: Aplicación de entrevista estructurada: en esta fase su participación es crucial. Se le realizará una entrevista basada en preguntas de situación y de acción de opinión en relación al ejercicio de su especialidad en las diversas unidades de operativas. El tiempo estimado de la entrevista se proyecta entre 25 a 35 minutos

Paso 4: Análisis de datos y presentación de resultados: esta durará 1 mes, y aquí usted no participará de forma activa, sino que únicamente se ingresarán los resultados que resulten de la hoja para recoger los datos y las características generales para poder ser interpretados por el equipo de investigación.

Riesgos y beneficios
Los riesgos a los que usted se expone en este estudio son los siguientes: Confidencialidad de los resultados y datos personales: mismos que suponen una preocupación, de que su nombre o datos personales aparezcan en publicaciones o demás documentos, sin embargo, para eliminar este posible riesgo, su nombre será protegido, no se recolectarán datos como número de cédula, número de teléfono, direcciones, o cualquier posible identificativo, sino que se manejarán códigos asegurando así su confidencialidad. Todos los riesgos son de corto plazo, y estarán plenamente controlados por el equipo investigador Los beneficios de este estudio son los siguientes: Establecer planes de mejora en la formación de médicos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria, y establecer bases para el seguimiento, en relación de las competencias del graduado.
Confidencialidad de los datos
Para nosotros es muy importante mantener su privacidad, por lo cual aplicaremos las medidas necesarias para que nadie conozca su identidad, ni tenga acceso a sus datos personales. Estas medidas son:

1) La información que nos proporcione se identificará con un código que reemplazará su nombre y se guardará en un lugar seguro donde solo el equipo de investigación de este estudio tendrá acceso.

2) Su nombre u otros datos no serán mencionados en los reportes o publicaciones.

3) El Subcomité de Bioética de la PUCE podrá tener acceso a sus datos en caso de que surgieran problemas en cuando a la seguridad y confidencialidad de la información o de la ética en el estudio, asegurando así el respeto su privacidad.

Derechos y opciones del participante
Usted puede decidir no participar en este estudio y si decide no participar solo debe decírselo a la persona que le explique este documento. Además, aunque decida participar puede retirarse del estudio cuando lo desee, sin que ello afecte los beneficios de los que goza en este momento. Es importante recordarle que usted no recibirá ningún pago, ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

Consentimiento informado	
Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.	
Firma del participante	Fecha
Firma del testigo *(si aplica)*	Fecha
Nombre del investigador que obtiene el consentimiento informado	
Firma del investigador	Fecha