

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR**

**“ESTUDIO DE LA ATENCION MEDICA BASADO EN LA APLICACIÓN DE LOS  
PRINCIPIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR POR PARTE DE LOS RESIDENTES  
DEL POSTGRADO DE MEDICINA FAMILIAR EN LA CONSULTA LA Y”**

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

**AUTOR:**

**DRA. ALEJANDRA TERESA HIDALGO ASPEE**

**DIRECTOR:**

**DR. WILSON CHICAIZA**

**QUITO, 2014**

## **AGRADECIMIENTOS:**

A Dios por soportarme y apoyarme a terminar este y todos mis proyecto.  
A mis tutores y acompañantes en este proceso Dra. Alvear y Dr. Chicaiza  
A mi querida familia: mis padres, mi esposo, mis hijos  
A mis compañeros  
A mis pacientes  
A todo el equipo de trabajo de la clínica la “Y”

## **DEDICATORIA:**

A Dios y a su hijo por enseñarme a vivir para servir.  
A mis padres por apoyarme de manera incondicional y no dejarme vencer.  
A mis suegros por el apoyo global recibido.  
A mi amado esposo Iván, por apoyarme en cada decisión y hacer de padre y madre  
mientras no estuve y por aplazarse para ver como logro mis metas.  
A mis hijos Maia y Matías por esperarme con paciencia que regrese cada nuevo día,  
descuidando sus enfermedades y procesos de crecimiento (y a los que vengan...),  
esto es por Ustedes.  
A mis hermanos y a mis sobrinos.

## TABLA DE CONTENIDOS

	Pag.
AGRADECIMIENTO	ii
DEDICATORIA	iii
TABLA DE CONTENIDOS	iv
CAPITULO I	7
RESUMEN	7
ABSTRACT	9
CAPITULO II	10
INTRODUCCION	10
CAPITULO III	13
MARCO TEORICO	13
HISTORIA Y BASES DE LA MEDICINA FAMILIAR	13
EDUACION MEDICA DE POSTGRADO	20
CAPITULO IV	52
PROBLEMAS Y OBJETIVOS	52

HIPOTESIS	52
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	52
OBJETIVOS	53
JUSTIFICACION	54
CAPITULO V	55
METODOLOGIA	55
DISENO DEL ESTUDIO	55
SUJETOS DE ESTUDIO	55
MUESTRA	56
CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION	57
VARIABLES	57
OPERACIONALICACION DE VARIABLES	59
RECOLECCION DE DATOS	64
PLAN DE ANALISIS	64
CAPITULO VI	65
RESULTADOS	65

CARACTERISTICAS GENERALES DE LOS PACIENTES	65
CARACTERISTICAS DE LOS RESIDENTES	68
ATENCION INTEGRAL Y RESOLUCION DE PROBLEMAS DEL PACIENTE	68
APICACION DE LOS PRINCIPIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR	69
DESCRIPCION DE ESTRATOS	71
CAPITULO VII	84
DISCUSION	84
CAPITULO VIII	88
RECOMENDACIONES	88
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	91
ANEXOS	99

## **CAPITULO I**

### **RESUMEN**

La Medicina familiar es una especialidad derivada del generalismo sin ser una medicina general, ya que abarca conocimientos de cada especialidad, aplicada en todas las etapas de la vida, motivo por el cual, esta es una carrera de atención primaria capacitada para manejar y resolver el 90% de sus atenciones (el resto será derivado para manejo conjunto con otros especialistas).

Por lo tanto determina que en su formación, el médico familiar aplique los principios de la especialidad, que determinan la atención especial y particular que le caracteriza y de esta manera inicien un camino profesional seguro.

Para valorar esto, se decide determinar si los residentes del postgrado de medicina familiar aplican los principios básicos de la medicina familiar, por ello se realizó un estudio retrospectivo de tipo descriptivo que evaluó las historias clínicas manejadas por estos residentes en una clínica de atención primaria "Centro de Medicina Familiar la Y" (CMFy).

Se encontró que los residentes de este postgrado no aplican de manera completa la primera consulta (primer contacto), la continuidad, la longitudinalidad, y la orientación familiar, sin embargo el trabajo en equipo y el proceso del a transferencia lo realizan de manera moderada. La accesibilidad (7mo principio, no se midió).

## ABSTRACT

Family medicine is a specialty of generalism derived without being a general practitioner, covering knowledge of each specialty applied at all stages of life, which is why this is a primary care career trained to handle and solve the 90% of their attention (the rest will be derived for joint management with other specialists).

This therefore determines that in its formation, family medical practice the principles of the art, which determine the special and particular attention to features and thus initiate a secure career path, to assess this.

It is decided whether residents postgraduate family medicine apply the basic principles of family medicine, so a retrospective descriptive study that evaluated the medical records was performed for these managed residents in the primary care clinic called the "Y".

The residents of this graduate did not apply satisfactorily the first consultation, continuity, longitudinality and familiar counselling, however teamwork and process of a transfer is done in moderately.

## **CAPITULO II**

### **INTRODUCCION**

La Medicina Familiar es una especialidad que se basa en la atención de tipo general en el paciente en un contexto de longitudinalidad, es decir en todas las etapas de la vida y la integralidad (en todas las esferas del paciente) (1).

Renace en la década de los 50 en Canadá, tomando una alternativa a las múltiples especialidades que trataban sistemas y órganos específicos, desnaturalizando la antigua atención del médico general o de cabecera que permaneció hasta finales del siglo XIX (1 y 2).

Aparece de manera más lenta en Latinoamérica, y desde hace 30 años en el Ecuador (33).

A pesar de tener en sus filas a menos de 500 miembros (33), los médicos de familia en nuestro país, han venido luchando por lograr fortalecer y ser protagonista de la

atención primaria de salud, para este propósito se necesita de estos especialistas capaces de resolver los problemas de sus pacientes.

Es por este motivo que se decide investigar sobre si los residentes en formación del postgrado de Medicina Familiar del Hospital Vozandes de Quito en convenio con la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, y que atienden pacientes en la consulta del CMFY, basan la misma aplicando los siete principios básicos de la medicina familiar, para dar una atención de calidad.

El objetivo de este estudio es determinar si los residentes de este postgrado aplican los principios básicos de la medicina familiar es decir, si realizan el primer contacto con el paciente (actividad que nos diferencia de las otras especialidades) y lo que nos reafirma en la atención integral del paciente, adicionalmente la aplicación de la continuidad (es decir, la atención continuada que así lo requiera el paciente a propósito de un tipo de dolencia), la longitudinalidad, que se traduce en la atención del paciente durante sus distintos ciclos de vida (desde el embarazo, hasta la vejez y muerte), el trabajo en equipo, con los distintos entes del grupo de salud, la coordinación y elaboración de la interconsulta para otros especialistas, donde la contra-referencia es muy importante, y la orientación familiar.

El séptimo principio que es la accesibilidad, se decide no medirla ya que representa una dificultad, porque en la posición de un médico residente, este acápite no puede ser medido de manera objetiva, aunque se atiendan a muchos pacientes, siendo estos de distinto origen socio-cultural económico-religioso y geográfico.

## **CAPITULO III**

### **MARCO TEORICO**

#### **HISTORIA Y BASES DE LA MEDICINA FAMILIAR:**

La medicina familiar es una especialidad que nace de una derivación de la medicina general, inicialmente desplazada por las subespecialidades y posteriormente alimentada de ellas, no nace de los adelantos tecnológicos, sino de la necesidad de las naciones para controlar las enfermedades más prevalentes de la población que la solicita, en el marco de atención primaria de salud, encaminada a minimizar gastos y en un contexto de calidad sanitaria.

Es por eso que desde finales del siglo XIX e inicio del XX, el médico general que se transformaba en familiar iba tomando auge, controlando a todos los miembros de la familia (médico de cabecera), principalmente en Estados Unidos, este movimiento pierde fuerza y espacio en 1910 luego del Informe Flexner, donde se inicia el despunte de las otras especialidades (1 y 6).

Según la Academia Americana de Medicina Familiar (AAFP), la medicina familiar, es la evolución natural de la historia de la práctica médica, en el pasado reciente y la actualidad las nuevas generaciones de médicos se deciden por estudiar sobre una sola área médica, lo que despunta como las especialidades (especialmente luego de la segunda guerra mundial), la medicina general se fue fragmentando, esto duró aproximadamente dos décadas (26).

Basándose en la necesidad de crear atención de calidad y regresar a la atención médica de toda la familia como a finales del siglo IXX (médico de cabecera), en 1954 Canadá funda la primera escuela de medicina familiar; al evidenciar la popularidad y el impacto sobre la atención primaria de salud, seguida por EEUU, se crea en 1966, mismo que se fortalece en el año de 1969 (2) con la creación de la residencia en esta especialidad para el inicio de la preparación de estos especialistas.

En 1970 se forma el WONCA (Organización Mundial de Colegios, Academias y Asociaciones Generales de Médicos de familia); en América Latina y el Caribe se tiene conocimiento de inicios de la práctica en aproximadamente a finales de la década de los setenta bajo el nombre de Escuela de médicos generales/familiares de América Latina y el Caribe (1981), se debe recordar que el movimiento mundial

se fortalece luego de que en 1978 se realizara la Declaración de Alma Ata, donde se aprueban las estrategias básicas de atención primaria para el cuidado de los pueblos en un testimonio de atención de salud para todos (2 y 3).

En Ecuador, desde hace 29 años (1985) y con cooperación Americana (a través de la Misión Norteamericana Evangélica “Hoy Cristo Jesús Bendice” (HCJB) filial de la World Radio Missionary Fellowship (WRMF), parte de la Global Ministry Service Center en Colorado Springs (Colorado USA), y apoyada por la labor de los Dres. Roy Ringenberg, Dr. Calvin Wilson Y Dr. Heffron, todos ellos juntos en integración con médicos Ecuatorianos, se inician en Universidades de Quito y Cuenca postgrados de formación de médicos familiares, proponiendo la formación de médicos con atención de calidad e integralidad a los Ecuatorianos (33).

En 1991 se refuerza a nivel mundial la necesidad de formar médicos familiares en los países y su papel en el sistema de atención primaria, luego de la declaración WONCA y su ratificación en la OMS en 1994 (3).

Los procesos de la medicina familiar son únicos, porque parten de lo integral, lo preventivo y de promoción, de manera esencial, el énfasis de la primera consulta se considera como una acción muy importante y que le diferencia de las otras

especialidades, es decir, la medicina de familia, es por tradición generalista y de formación continua, es una “especialidad” dinámica, expansiva y evolutista (26).

El Médico familiar desde un punto de vista holístico es quién vigila y mantiene la salud en todos los ámbitos y aspectos, predomina como una especialidad de amplitud horizontal y de predominio clínico, integra conocimientos de otras especialidades y las aplica en el contorno de la atención primaria de salud combinándolo con conocimientos conductuales y sociales.

El médico familiar está entrenado para atender y resolver el 90% de los problemas de salud de la población basados en la continuidad de la atención al paciente y a toda su familia en todos los ciclos vitales, sin límite de género o enfermedad, todo esto empatado a la prevención.

En otras palabras, el médico familiar es “integral”, facilitando una atención de calidad enclavado en altos estándares de profesionalismo, investigación, académicos y que además es un opositor acérrimo de la mercantilización de la medicina (4 y 7).

Nuevos espacios se abren para el médico familiar en la asistencia sanitaria de alto mando, donde, como practicante en la gran visión general de la salud, el médico familiar está capacitado para actuar como defensor de las demandas de la población más necesitada, y puede ser un ente participante en los cambios de las políticas económicas y bases de la atención sanitaria general (7).

Encaminados en ir contra la despersonalización médico-paciente, la medicina familiar presenta principios y preceptos, atributos y bases encargados en dar calidad de atención hacia el paciente, estos son (5):

1.- Primer contacto (vamos a nombrarlo como valoración inicial): Desde un punto de vista integral, la primera atención no es más que la puerta de entrada donde el médico familiar define su conducta y prevención basándose en el contexto personal y fundamental de la persona o paciente (es decir en el ámbito, bio-socio-cultural), percepción completamente distinta a interpretarse a un especialista. Esto se conoce como “variabilidad por defecto”.

Una atención integral que es la que se compone en la medida de lo posible en un solo efector de las atenciones (es decir abarcar lo medicamente posible) y de las intervenciones, haciendo hincapié en la promoción de salud, prevención, curación, paliación, rehabilitación, apoyo físico, social y psicológico, todo esto en el ámbito o contexto personal y familiar.

2.- Accesibilidad: Se trata de la facilidad de poder obtener una atención médica, es un acto fundamental para la atención primaria de salud, ya que sin ella, se presenta el retraso en determinar un diagnóstico y tratamiento para una enfermedad y a su vez genera usuarios insatisfechos y la persistencia de la enfermedad. Existen dos tipos de accesibilidad, la socio-organizacional y la geográfica.

3.- Continuidad: Son las consultas médicas continuas a lo largo de la enfermedad, misma que aqueja al paciente (puede ser una o varias consultas), dependen de la complejidad de la patología.

4.- Longitudinalidad de la atención: Las consultas médicas a lo largo del tiempo, a todo el grupo familiar, en todos sus ciclos vitales, y en todo tipo de patología.

5.- Colaboración y trabajo en equipo: Es el trabajo compartido de varios miembros del equipo de salud (enfermería, trabajo social, psicología, odontología, etc.) sobre el mismo paciente, el médico familiar debe especializarse en el trabajo con otros entes del sistema de salud, así como con otros especialistas con la finalidad de dar cobertura integral al paciente.

6.- Coordinar la atención y procesos de interconsulta: Es la solicitud que se realiza a otros especialistas para el manejo del paciente (en el caso de enfermedades que sobrepasen la capacidad de la atención primaria de salud), es importante crear y controlar las interconsultas, ya que el médico familiar maneja interdisciplinariamente al paciente y por ello debe acostumbrarse a coordinar y esperar que el paciente sea manejado por otro especialista para luego recibirlo en la consulta de continuidad (contra-referencia).

7.- Orientación familiar y comunitaria: Es la guía que el médico de familia realiza no solo en el ámbito socio-personal, también familiar, como ayudadores en la resolución de problemas familiares o como prevención ante la posible aparición de ellos (crisis normativas y no normativas); también como entes comunitarios, en la lucha para la obtención al acceso a la salud y vigilancia del cumplimiento de otros derechos sociales en la población más vulnerable.

## **EDUCACION MÉDICA DE POSTGRADO:**

La formación en pregrado y postgrado encuadran en la educación para adultos, en la formación del pregrado puede predominar la transmisión de conocimientos, mientras que en el postgrado existe el asentamiento de dicho conocimiento, además de la adquisición de habilidades, todo esto encaminado a conseguir la resolución de problemas e incluso manejar la autoformación continua (27).

La docencia médica hasta el siglo XX, se basaba en los textos de Hipócrates basados en experiencias de ensayo-error, posteriormente los cambios se fueron produciendo luego de verificarse errores en la práctica, como en el informe Flexner (inicios del siglo pasado), en donde la práctica médica se fracciona en especialidades o disciplinas, donde el sistema formador de médicos decide incorporar modelos más sistemáticos (27).

Aunque en ese momento nacen las nuevas especialidades y en esa época se relegan las generales, se impone el modelo hospitalario, centrado en la enfermedad.

La formación se fue desarrollando intentando incorporar en el alumnado procesos de razonamiento clínico, el desarrollo del carácter y actitudes como la compasión y la integridad, es decir que la práctica inicial era netamente memorista donde de la información más interesante, se grababa en la memoria a corto plazo y si de eso se obtenía una práctica podía quedar de manera definitiva en la memoria a largo plazo (27).

Para ir descartando el modelo memorista (antes descrito) se determina que lo que se memoriza se aprende poco y que si al practicarlo, el contenido queda gravado en el pensamiento del estudiante (de aquí la importancia de la profesionalización de la práctica), entonces es esencial crear prácticas programadas y supervisadas encuadradas en el contexto de las actitudes y capacidades del alumno (residente), y el profesor (tutor), que sumados al contenido y la metodología, se consideran son claves en el proceso de formación (27).

Para que el proceso del conocimiento sea adecuado, se parte del punto como el tutor transmite por medio de metodología adecuada sus actitudes, habilidades en la práctica (de manera formal e informal), esto, sobre un colchón de conocimientos (que son la base de la teoría del constructivismo) que lleva el residente para reforzar y asegurar el mismo conocimiento, bajo la consigna de “learning by doing”

(aprendiendo haciendo) de William Halsted sacado del proverbio Confuciano: “escucho y olvido, veo y recuerdo, hago y entiendo”.

En la residencia el estudiante va madurando su juicio clínico, el controlar o atender a un paciente generara en él varias sospechas diagnósticas que confirmará o descartará según aplique la anamnesis, exploración y realice pruebas complementarias, en el caso de nuestra especialidad en un escenario completo que abarque lo biológico y psico-socio-cultural (27).

Esta formación se completa cuando el tutor, luego de haber acompañado (tutoría), el estudiante pueda realizar en un contexto de tranquilidad y flexibilidad el feedback (retroalimentación), de manera planificada y estructurada para profundizar la impregnación del conocimiento, ya que el tutor se convierte en un facilitador de este proceso (27).

Debemos comprender y de manera breve la existencia de varios tipos de aprendizaje, el aprendizaje de campo, el autoaprendizaje, el trabajo en equipo, clases, simulacros, y talleres encaminados en la enseñanza completa del residente, pero son en realidad 3 los reconocidos por la bibliografía, los mismos que afianzan de una u otra manera ganancia del conocimiento, el conocimiento superficial (que

se olvida luego de un espacio breve de tiempo), el conocimiento estratégico (el conocimiento que se busca para cumplir con las expectativas del educador) y el conocimiento profundo (el que persiste en el tiempo y puede ser evocado), siendo este último el objetivo final del aprendizaje (38).

Luego de comprender los tipos de aprendizaje debemos entender la necesidad de hablar de la evaluación, y que así como el estudiante, el tutor también debe ser evaluado, para que se selle este proceso del aprendizaje con calidad, destacando que existen dos tipos de evaluación, formativa y sumativa.

La evaluación es entonces, un hito innegociable en el proceso del aprendizaje, es un eje, el propósito, es decir sirve para valorar el grado de adquisición de los conocimientos y habilidades, consolidación de las competencias y el cumplimiento de los objetivos de un programa formativo, para de esta manera detectar problemas y poder trabajar sobre ello, promoviendo la reflexión.

Cuando la evaluación se centra únicamente en valorar el conocimiento de datos, la formación se orientará también solo hacia esa dirección u objetivo, de ello que deberá ser general e integral.

Alves de Lima, comenta que la evaluación inicia desde la identificación de los objetivos de aprendizaje y que además esta termina cuando los objetivos fueron alcanzados, para esto se debe escoger el instrumento adecuado para evaluar, conociendo siempre las limitaciones de dicho instrumento (35).

Michael Kane define que para evaluar se deben conocer las competencias clínicas del residente, siendo estas “el grado en que el individuo puede usar sus propios conocimientos, sus habilidades y el criterio asociado para llevar adelante eficientemente en diferentes escenarios los problemas de su práctica “(35).

Un tipo de evaluación es el feedback (retroalimentación), este está centrado en los intereses de aprendizaje u objetivos fijados en la malla curricular, donde se analizan un conjunto actuaciones del residente y se negocian las mejoras en el aprendizaje (incluyendo las necesidades de aprendizaje), lo que logra conseguir en cierta manera la auto-reflexión, de modo que se afianza el proceso de aprender (27).

Para aplicar lo antes descrito se pone sobre la mesa la necesidad de educar o formar médicos familiares de calidad, capacitados para poner en práctica dichos

principios y de esta manera organizar una agenda completa y estructurada en la atención de la comunidad.

Para continuar con un tema importante como es el feedback, debemos reconocer que es una actividad poco realizada a residentes y estudiantes en general, además que no se realiza de manera adecuada, como he descrito en el artículo anteriormente citado, donde determinan que incluso luego de una buena retroalimentación las habilidades del residente mejoran (29).

Para el proceso de la reflexión se necesitara entonces revisar la experiencia vivida, deducir un análisis crítico para consolidar el resultado reflectivo, esto se conseguirá solo en la experiencia.

Un estudio observacional en la Universidad de Washington DC a 145 estudiantes del postgrado de pediatría, junto con 79 preceptores u observadores (tutores) en la atención de pacientes, un 85% se le realizó una observación específica, de este el 41% fue adicionalmente una observación correctiva; luego de la implementación de este programa, los residentes reportaron que existieron mayor numero dirección y consejos por parte de sus tutores , además refieren haber estado de acuerdo con la intervención por ser un elemento valioso en el proceso formativo, además reportaron aumento en la participación de los residentes y en la sensación de

mejora de los mismos, por otra parte, los tutores observaron que el manejo del paciente mejoro de manera significativa y por ello se optimizo la calidad de atención (15).

Un artículo de la revista Academic Medicine habla sobre un estudio de observación e intervención y entrega de retroalimentación en la consulta externa de medicina interna se relaciona con la percepción del estudiante (residente) de mayor y mejor conocimiento, además que si el feedback (retroalimentación) se realiza sin una observación el conocimiento no es tan valioso, de esto rescato que el juntar la observación con un feedback se potencializan y que juntos son una herramienta clave y de valor para aplicar en el proceso de formación (19, 29).

La educación con calidad es un tema muy extenso, pero menester en su puntualización en este trabajo investigativo, ya que de este proceso podremos definir si los residentes del postgrado de medicina familiar que atienden pacientes en la consulta han sido bien formados y aplican adecuadamente sus conocimientos, no solo desde el punto de vista biológico, el cual indudablemente representa el pilar fundamental de la formación, sino específicamente en el área psicosocial, el segundo pilar de nuestra especialidad.

La calidad en la educación debe dar como resultado un individuo capacitado para el análisis, síntesis, evaluación, flexibilidad y creatividad; estas cualidades en el personal formado deberán partir inicialmente de un proceso formativo, el cual debe ser valorado de acuerdo a los objetivos y metas planteadas en cada profesión, derivados de un contexto socio-político necesario para plantear y planificar el modelo a seguir.

La calidad en la educación superior de cuarto nivel debe ser valorada de acuerdo a los criterios universitarios manejados en la actualidad como son: el acceso, la autonomía y auto sustento institucional y por enfoque evaluativos, este último será el más valorado para el análisis de la calidad formativa propiamente, ya que se traduce en la interacción del individuo y su unidad organizativa, donde por su puesto la tasación de la calidad jamás se debería de realizar de manera individual, sino de manera organizativa y grupal, para no entrar en reduccionismos y mejorar el punto de vista de contextualización de la misma (7).

La calidad en la formación universitaria ya sea en sus dimensiones intrínsecas o extrínsecas, parten del punto en que existe gran dificultad en encontrar un consenso a esta definición, ya que se trata de un término poco preciso porque presenta múltiples acepciones que vienen dadas de la calidad de acceso a la

educación, calidad del producto, en la consecución de metas, en las adecuaciones de las acciones a un fin, la eficiencia, etc., es por ello es muy complicado su medición porque es difícil documentarla, de modo tal que es suficiente tener una idea de la aplicabilidad de la misma(34).

El buscar elaborar un Curriculum viene de la ideación y definición del perfil del profesional de salud que un sistema desea crear, enfocándose en las aptitudes y actitudes del profesional de salud, mismas que estarán encaminadas a la prevención de salud, asistencia, el alivio de la enfermedad en un contexto de humanidad y ética (36).

Existen competencias básicas propuestas por el Instituto Internacional de Educación Médica De New York (2002) que define siete dominios básicos de un médico:

1. Valores profesionales, actitudes, comportamiento y ética.
2. Habilidades clínicas.
3. Fundamentos científicos.
4. Comunicación.

5. Salud pública, sistemas sanitarios (promotores de salud y gestor de recursos).
6. Manejo de la información.
7. Análisis crítico e investigación.

Existe el consenso de 1998 de la Asociación de Colegios Médicos Americanos, donde definen que las bases de la práctica médica en toda especialidad deben asentarse en el alivio del dolor, el altruismo y la humanidad.

De lo anterior se derivan dos términos que son necesarios citar.

- a. Profesionalismo, según Richard Harton (Director de Lancet 2005) “es la materia prima más valiosa de la medicina y no es más el trabajo fundamentado en el dominio de un conjunto de conocimientos y habilidades, es la vocación que se basa en la utilización del conocimiento, el aprendizaje y la práctica de la ciencia, misma que la fundamenta y la pone al servicio de los demás, siempre trabajando con criterios de moralidad, altruismo y promoción del bien público”; de esto se deriva finalmente la autonomía del ejercicio profesional, “aunque es muy importante que el

medico siempre rinda cuentas”, según el Royal College of Physicians de Londres.

- b. La educación por lo tanto es una oportunidad para la instrucción, la mejora (adquisición de más habilidades, conocimientos y competencias, y es parte ineludible del proceso formativo, sin olvidar los procesos evaluativos y que estos están encaminados a mejorar y facilitar el desarrollo del proceso llamado aprendizaje y debe intentar incluir por lo menos los siete dominios básicos para poder aplicarlos en treientos sesenta grados (11).

En resumen, la calidad educativa se deberá enfocar en la valoración de los objetivos y logros establecidos en consenso, es decir provenientes de un pensum de estudios, basados en un perfil profesional previamente definido, lo que se traduce finalmente en la valoración individual indirecta.

Para entender un poco más debemos reconocer los campos fundamentales de la calidad educativa: calidad por reputación, disponibilidad de recursos, a través de resultados, por valor añadido, y por el contenido (7).

La calidad por contenido parte de la existencia de las dimensiones intrínseca y extrínseca de la calidad, y estas están definidas por el acatamiento o respeto a las exigencias epistemológicas de la ciencia o disciplina (en este caso de la medicina familiar como especialidad) y la aplicación de lo ya aprendido, respectivamente (siendo la última la dimensión más difícil de valorar y la más controvertida).

Según Jesús Escanero, para que exista verdadera calidad en la formación de médicos, el sistema educativo debe empatar el sistema de currículo basado en competencias con ciencias básicas, principios clínicos al mismo tiempo en que se resuelven problemas asistenciales, se conoce como el sistema de integración curricular, conocido como la escalera de Harden, comprendido por 11 peldaños de ascensión evolutiva, los mismos que por fines culturales paso a enumerar (37):

- 1.- Aislamiento (fragmentación, anarquía): Organizar enseñanzas de cada asignatura de manera desde su propia perspectiva
- 2.- Conocimiento (concienciación): Se tiene conciencia de lo que se enseña.
- 3.- Armonización (conexión, contacto): los educadores de las distintas materias se comunican.

- 4.- Inclusión (anidamiento): el profesor apunta a enriquecer en su materia con las enseñanzas de las otras materias.
- 5.- Coordinación temporal (enseñanza paralela, enseñanza concurrente, cursos grapados): las distintas materias programan para ver temas relacionados.
- 6.- Compartición (enseñanza conjunta): Dos materias programan para clases del mismo tema.
- 7.- Correlación (programa concomitante, programa democrático): asignaturas que hacen acuerdos para trabajar concatenados (temas similares) la mayor parte del tiempo.
- 8.- Complementariedad (programas complementarios o mezclados): el sistema incluye evaluación recursos, etc.
- 9.- Multidisciplinar (contribuidor): aproximación interdisciplinar, es decir desde distintos puntos de vista.
- 10.- Interdisciplinar (monolítico): El uso de dos o más disciplinas académicas diferentes. Este se considera como el punto máximo de integración.
- 11.- Transdisciplinar (Fusión, inmersión autentica): el estudiante se enfrenta a situaciones muy parecidas a la realidad y aplica el conocimiento.

En conclusión la calidad educacional (en este caso universitaria del cuarto nivel) se valora de manera objetiva observando la aptitud para logro de objetivos, aplicando lo aprendido, solo este resultado puede incluso influenciar finalmente en los cambios de la calidad de innovación organizativa (7).

El currículo de formación de médicos residentes del postgrado de Medicina Familiar de la Pontificia Universidad Católica se basa en las competencias que debe tener un profesional que esté capacitado para detectar, prevenir y tratar en caso dado, enfermedades y problemas prevalentes en nuestro sistema sanitario, estando la formación basada en cinco pilares fundamentales los que son: (39)

- Investigación y gestión
- Desarrollo del pensamiento
- Ética
- Medicina familiar y comunitaria
- Salud familiar y comunitaria

La manera en que la enseñanza se desarrolla, es desarrollando el aprendizaje por casos basados en problemas (ABP), proceso que se desenvuelve basado el colchón de conocimientos que el residente trae de su pregrado, aplicando varias disciplinas

de la medicina (desde las más básicas, hasta las más complejas como el tratamiento), conocimientos que luego se ponen en práctica al atender a pacientes en la clínica de atención primaria, bajo la mirada atenta de tutores, los mismos que conducen luego el feedback basado en el currículo establecido.

En pro de la búsqueda de la mejora continua, los residentes del postgrado de medicina familiar de la Pontificia universidad del Ecuador, formados en el Hospital Vozandes de Quito, siguen un currículo basado en el aprendizaje de todas las especialidades, adquiriendo aptitudes y competencias, las mismas que se van afinando y fortaleciendo con el paso de los años de residencia, para reforzar dicho aprendizaje, el medico en formación atiende en la clínica de atención primaria de la “Y” pacientes, los cuales son presentados bajo un ambiente de vigilancia de parte de los tutores, quienes acompañan al residente en su proceso de decisión de la terapéutica y manejo de los mismos.

Los residentes disponen de un tiempo límite para la atención del paciente, los horarios son designados por la coordinación de residentes, dependiendo del área de rotación del residente y el año de residencia, entiéndase que los residentes mayores son los que tienen más horas a la semana para atender pacientes, por la

consideración de que el mismo se encuentra más capacitado y con mayor experiencia en el manejo.

El enfoque del problema en este estudio está basado en que el residente de medicina familiar, a pesar de su basta formación en áreas biológicas, y desarrollo de capacidades durante los años de postgrado, no aplica fielmente los preceptos o bases de la medicina familiar, es decir al momento de atender al paciente se realizan los procesos de diagnóstico (más biológicos) y tratamiento, pero la mayoría de veces no se toman en cuenta el ámbito socio-psico-cultural del mismo; al no aplicar esta herramienta, el residente pierde la oportunidad de valorar al paciente en todas sus dimensiones y por ello malgasta una atención de calidad, al no basarse en una atención integral de quien busca sus servicios para resolución de sus problemas.

Para evaluar al residente primero es necesario se cumplan algunas premisas como son primordialmente definir las “competencias finales” o predeterminar el perfil profesional del residente, partiendo de esto es preciso tener un programa de formación definido, donde además se hayan delineado tanto el papel del tutor y formadores del estudiante así como los recursos formativos, sus actividades, tareas, itinerarios, métodos de aprendizaje e instrumentos para evaluar (11).

Es importante que el desarrollo de un programa y la evaluación vayan parejo, por lo tanto será necesario que el evaluador sea un ente competente, es decir que el tutor también debe disponer de calidad en sus procesos formativos como docente, que además disponga de buena comunicación.

Aunque la bibliografía sustenta la necesidad de reforzar las competencias del evaluador con el uso de un instrumento evaluativo, con el objetivo de evaluar de una manera formativa, calificadora, de selección, de certificación, etc. (11).

En un contexto donde no todo se puede evaluar, existen sistemas educativos que proponen un aprendizaje basado en el contexto laboral como por ejemplo en el MIR de España, que desde los años sesenta, la evalúa y forma con éxito a residentes de distintas especialidades médicas.

La formación basada en el contexto laboral “profesionaliza” al residente porque se contribuye a la incorporación del conocimiento clínico, desarrollo de habilidades, actitudes y valores, por lo tanto apoya y favorece el aprendizaje en la atención del paciente, momento propicio para ser valorado y además corregido en tal contexto.

Para explicar lo anterior se debe conocer la configuración de la pirámide de Miller que define las diferentes etapas del conocimiento y su manera de evaluar.



Si la valoración del residente en un sistema no está planteado, se puede incurrir "incluso" en la desprofesionalización del mismo (11).

Está claro que por la presión del tiempo no es posible un amplio interactuar del residente con un tutor, siendo este un determinante de dificultad en la transmisión de los valores formativos y de organización, incluso de conocimientos, esto incrementa la mala calidad formativa, de parte del tutor como tal y al residente

como como profesional en entrenamiento o formación, de manera tal que se hace imperante la instauración de un sistema evaluativo, no persecutor, discriminatorio o acusador, sino formativo por encima de todo, en un ambiente de respeto y calidez (11).

Por otra parte y con respecto a la formación de residentes, la Pontificia Universidad Javeriana de Colombia propone evaluar las habilidades de sus residentes observando la interacción con el paciente y su familias, la aplicación de conocimientos, trabajo en equipo, habilidades clínicas, habilidades técnicas, todos estos dentro de un sistema no solo cuantitativo (notas) sino cualidades encontradas que pueden determinarse como indicador de aprendizaje, donde el residente es un ente activo en su formación (12).

Es importante recalcar que en México ya se intenta introducir la gestión de calidad en modelos de educación médica, definiendo calidad como el grado en el que un conjunto de características inherentes cumplen con los requisitos y la satisfacción del usuario, como la percepción que tiene este último sobre el grado que se han cumplido sus requisitos, donde se califica al residente como el cliente interno y donde se valora su satisfacción, y donde el resultado a veces puede diferir del profesor en el ámbito formativo (14).

El médico y más el residente tiene un gran trabajo al momento de aprender, y es que nuevas opciones en el tratamiento y conocimiento de las bases biológicas y el área psico-socio-cultural están en marcha, la bibliografía afirma que el feedback o retroalimentación lo refuerza, ya que un sistema sólido con la calidad dan de la mano con el conocimiento del médico y este siempre será un proceso continuo.

Para lo anterior se debe desarrollar inicialmente la capacidad para reflexionar sobre los mismos actos. Algunas universidades incorporan herramientas para desarrollar las habilidades para la reflexión, según Moon el aprendizaje está definido como “una función mental que se transforma en conocimiento y que genera un componente emocional que se traduce en una vivencia y una experiencia”, los objetivos de la reflexión serán entonces es lograr un conocimiento reflectivo (14).

Mawenderce y Schmidt comentan que el proceso de la reflexión tiene cinco componentes que a su vez son la secuencia de fijación del aprendizaje y son la inducción deliberada (la acción pensada), la deducción deliberada (la acción realizada), el examen mental (la comparación con la base de conocimientos), la síntesis, abertura a la reflexión (lo hice bien?) y el meta-razonamiento (donde se fija el conocimiento) (14).

No es fácil evaluar a un residente, como se hace posible la evaluación o se valorar el cumplimiento o adquisición de las competencias para poder ser considerado como aceptado y que además pueda aplicarse para la vida profesional, puede usarse un check list que contengan las actividades, competencias y capacidades del residente previamente descritas, aunque muchas veces estas no son objetivas, en el caso de detectarse un residente que no cumple con las aptitudes este se hace merecedor de una intervención específica (23).

Para el caso anterior se comenta que existen métodos de evaluación que complementen dicha acción, teniendo como meta conseguir el mínimo en la formación que garantice una práctica apropiada y que estimule al estudiante a una educación continua y mejora permanente (23).

Un libro recientemente publicado sobre la formación de médicos, hace un análisis sobre la formación actual de médicos para ganar en mejoría de la calidad de atención y la aumentar la pertenencia de la clase médica, y es que exponen como meta el acercamiento hacia la salud “integral e integrada” desde una perspectiva bio-psico social enfocados en lo conceptual y lo operativo pero intentando cambiar lo convencional; agregan además que la dificultad de la formación médica radica en que existe un problema de organización, orientación y metodología (24).

En un artículo español, de la residencia de medicina familiar de Málaga, se resume la experiencia de la aplicación de procesos de aprendizaje que va verificando desde la evaluación docente, currículo (incluso currículo oculto) que intentan mejorar y optimizar el aprendizaje.

En este artículo comentan que los R1 utilizan el aprendizaje basado en la resolución de problemas, lo que a su vez ayuda en el entrenamiento para buscar información útil y mejorar además la autonomía en el criterio clínico a partir de sus propias deficiencias cognitivas, esto se conoce como el trabajo clínico-epidemiológico (también en medicina basada en evidencias) del R1, esto se refuerza con clases y seminarios sobre procedimientos diagnósticos en medicina familiar, donde por su puesto aprovechan fortaleciendo el ámbito de la atención al paciente, es decir inician el paso por la atención primaria donde se encuentra un alto número de paciente (algunas veces sin patología) pero en el contexto de la longitudinalidad, lo que le permite un tipo especial de reflexión y un valor médico, que el residente empieza a valorar (21).

En la formación de los R2 y R3, se intenta introducirles al razonamiento clínico, reforzándose en un club de revistas, donde aprenden a confeccionar las preguntas PICOT, donde se pone en práctica “el tema valorado críticamente”, es decir la

lectura crítica, revisión de guías de práctica clínica mientras atienden a sus pacientes (21).

Es importante discutir y poner sobre la mesa la sobrecarga de trabajo asistencial en los programas formativos de residentes especialmente de medicina familiar partiendo por el hecho básico de ser longitudinales y generalistas, donde el aprendizaje es inmensamente superior que el de las otras especialidades, lo que da paso a una lógica sobrecarga por la demanda de atención.

Tomando en cuenta que la actividad asistencial también enriquece la incorporación de conocimiento, vale preguntar, es posible que los residentes de medicina familiar en Ecuador puedan con tal sobrecarga y además incorporan de manera que se espera los conocimientos y los aplican? (21).

Y es que la necesidad recae en que el mismo sistema sanitario debe formar a sus médicos, basando el aprendizaje en las necesidades de satisfacer los problemas de la población, estos son problemas variados y mezclados entre biológicos, psicosociales y culturales, será que nuestras autoridades sanitarias deben realizar también una reflexión madura continua? (22)

La bibliografía destaca la lucha del sistema sanitario por operativizar el aprendizaje informal, conociéndose este como el que se genera en el contexto del aprendizaje en el lugar de trabajo (22).

Si pensamos como médicos familiares debemos preguntarnos, el destino de la educación médica?, pues para conseguir ser integrados e integrales debemos educarnos en una base donde se maticen y mezclen la salud y la atención de calidad integrada, la curación, la prevención y la orientación, aceptando siempre y respetando la culturalidad del paciente, pues adquirimos este compromiso social al hacernos cargo de la atención primaria de salud, pues explica que siempre nos enfocamos en un modelo biologista porque estamos formados de eses modo, tenemos deficiencias serias en la promoción, reconociendo que el APS (atención primaria de salud) debe tener un enfoque no solo de práctica y de modelo generalista sino también eficientista (24).

Comenta que la falta de posicionamiento institucional, es decir la deficiencia en la reflexión crítica en el proceso formativo que general por lo general más confusiones que claridad al estudiante (24).

Un artículo de la Universidad de Tenerife comenta sobre la experiencia de un programa formativo de medicina familiar denominado "SPICA", que tiene como eje primordial el especializarse en personas, donde el residente aprende a trabajar en forma integral e interdisciplinar, el autor describe la triple tarea de ser médico familiar y comunitaria, que implica ser asistencial, docente e investigador (las tres características de un buen médico de familia), no solo en el área de consulta externa sino en la hospitalaria, y es que en este último, la medicina familiar puede demostrar destrezas que incluso otras especialidades descubren como fortaleza motivo por el cual esta especialidad es inter-consultado por la amplia visión en varias esferas para poder resolver problemas de los pacientes, incluso en continuar formándose en el ámbito biológico, (en el caso de casos difíciles y poco comunes de la atención primaria), y es que el médico familiar apoya a las otras especialidades y complementa sus prácticas porque ayudan en la adquisición de la continuidad y le proporciona vigilancia sus intervenciones (cirugías, terapias) en un contexto más general e integral (25).

Cuando el residente se encuentra inmerso en este clima, aprende sobre la práctica y de paso puede expresar sus temores y dificultades, de esta manera el residente y su tutor pueden trabajar en ellas, logrando así un salto de la pasividad a la responsabilidad compartida para llegar finalmente a la autonomía.

Se recalca siempre el ir más allá de una simple pregunta , el acercarse al paciente y a su historia, no olvidar siempre valorar la esfera afectiva (psico-social), abrir los canales necesarios para que el paciente pueda expresar lo que siente, sin temor, de este modo se completa el ciclo de aprendizaje y se incorpora en el residente la esencia misma de la medicina de familia, hace cita del pensamiento de Benjamín Franklin: “ dime y lo olvido, enséñame y lo recuerdo, involúcrame y aprendo” (25).

El concepto de la calidad de salud se enmarca en la calificación de las características de peculiaridad o singularidad de un producto o los servicios, y es que desde un punto de vista mercantilista o de producción, la calidad se refería a un buen producto, analizando varios parámetros o actores importantes como son la materia prima, el cliente, los clientes internos (32), la translocación de este concepto a los procesos de la atención medica pueden llevar a un análisis interesante que sin embargo no cambia mucho las bases utilizados desde la edad media, donde el cliente es el paciente o su familia, con el carácter universal de atención, en este caso del paciente (sano o enfermo), el cliente interno que es el prestador del servicio (equipo médico, entre estos el Doctor), y un producto que no solo es concebido como la atención de calidad y calidez del que acude a la consulta, sino además el cambio y mejora en su s estilo de vida, y en algunos casos extender o evitar la muerte, en un contexto humanista y social desarrollado en un sistema de procesos muy complejos adaptadas a cada paciente(32).

Existen tres conceptos que hoy en día se han venido manejando con frecuencia, que yo los comprendo cómo procesos concatenados pero secuenciales, que no debería desglosar, pero que sin embargo para la comprensión de esto deberé explicarlos brevemente, estos son: garantía de la calidad en salud, control de la calidad total y el mejoramiento continuo (32), la primera hace un énfasis desde el punto de vista de afuera de la ejecución, es decir una o un grupo de personas valora la atención prestada por un profesional o grupo de los mismos; el segundo está relacionado de manera directa con el tercero y es que a través de los procesos se pudieron modificar conceptos ya enraizados como el de acción y reacción, como consecuencia de una actuación única del prestador de salud, sino ahora de un grupo de prestadores (equipo de salud), al analizar esto, y retroalimentar, se consigue el proceso de mejora continua y por ello el conseguir la calidad total (en lo posible) (32).

Con respecto a la calidad en la atención a un paciente, debemos comprender que esta no solo ha sido creada para disminuir los costos, sino principalmente reducir el daño físico y psicológico en un paciente (sin desvalorizar que el médico hace una consulta manteniéndose a salvo), de modo tal que se mejoren procesos y por ello la misma gestión de atención al paciente (10).

Existe una visión sobre la calidad total de procesos:

- Hacia donde voy y como debo dirigir un proyecto.
- Que cambios debo hacer con respecto al pasado.
- Cuento con los recursos humanos y materiales?.
- Que esperan de mi los usuarios? (16).

Es posible aplicar lo inicialmente descrito en este trabajo de investigación para poder responder las preguntas antes citadas para mejorar la formación del residente y por esto entregar una atención elevada en calidad y empatía hacia el paciente?.

Comparando lo anterior, se deducen los criterios básicos de calidad en la atención en salud, encaminados a una atención de primera a nuestros pacientes:

- Puntualidad, presentación del personal, puntualidad de la atención, cortesía, amabilidad, respeto, trato humano, diligencia para utilizar medios de diagnóstico, agilidad para identificar el problema, destreza y habilidad para

la solución del problema, efectividad en los procedimientos, comunicación con el usuario y su familia, interpretación adecuada del estado de ánimo de los usuarios, aceptación de sugerencias, capacidad profesional, ética, equidad, presentación física de las instalaciones, presentación adecuada de los utensilios y elementos, educación continua a personal del servicio, educación continua de los usuarios (16).

-

Joseph M. Juren dice que la trilogía de la calidad comprende la planeación de la calidad, control de la calidad y el mejoramiento de la calidad, si incluyo la norma chilena ISO 100-13 (que asegura la garantía de la calidad de la atención en salud) que recomienda realizar un manual de calidad, un manual de gestión de calidad y un manual de aseguramiento de la calidad; el mejoramiento de la calidad se construye a base de motivación y esfuerzo constante de todo el equipo humano (17), de lo que deseo partir para poder implementar lo antes dicho, es necesario saber en qué punto se encuentran los residentes para cumplir con lo buscado, que es la calidad.

Para evaluar a un cuerpo o equipo de salud, primero se debe definir a quien se evalúa, el ambiente y los criterios a evaluar, adicionalmente es importante establecer las estrategias para evaluar y su intervención, de este se derivan varios

desafíos que conllevan determinar qué términos se tasarán, como son el proceso o procedimiento a evaluar, así como consolidar en preguntas la forma adecuada de evaluar, reunir la información, analizarla y aplicarla de manera que el proceso pueda cambiarse por el bien del usuario, que en este caso es el paciente.

Lo que se conoce como aprendizaje organizacional, el cual establece que se debe compartir las siguientes cualidades para ser provechosa al momento de la mejora de calidad, estableciendo la estrategia organizacional (como la construcción participativa de estrategias de cambio), la mirada interna (información interna, manejo de materiales e intercambio interno), estructuras (flexibilidad de estructuras), la mirada hacia afuera (procesos de recolección e integración de información externa, aprendizaje entre organizaciones), oportunidades de autoaprendizaje (clima de aprendizaje y oportunidades de auto información) (18).

Según Girand A. de Francia existen tres perspectivas de la evaluación médica desde un punto de vista de calidad, desde una concepción tradicional desprende tres posibilidades: la primera compuesta por la corrección y la mejoría, secundaria a una formación insuficiente destacada por estándares mínimos de requerimientos y sin iniciativa medica propia; la segunda caracterizada por inicio de las evaluaciones externas, se inicia criterios como el ahorro, medicina y prevención publica, con una visión más social; por último la tercera etapa que determina el uso de términos

como eficacia y eficiencia, el ejercicio de la medicina en condiciones difíciles, toma de decisiones y calidad de la atención médica (implementado en Francia desde 1996), este proceso pienso que en el Ecuador se ha implementado de manera perecida, claro que tiene todavía conserva algunos componentes, sin pasar completamente a la etapa tercera o final de la atención de calidad médica (19).

En Brasil sostienen que para alcanzar la calidad en salud es necesario desarrollar propuestas para cambiar los procesos de formación profesional estudiando e implementando nuevos presupuestos, nuevas prácticas, organizando los servicios y las prácticas sanitarias, organizando a la comunidad y al equipo de salud ( y poniéndolos en contacto), implementando políticas, solo de esta manera se puede transformar la atención de salud; de lo anterior una herramienta estratégica es la evaluación, por lo tanto permite el cambio y se trata de construir un modelo educativo, protección de la información, sistematización de la información, elaboración de escalas, realización de apreciaciones evaluativas, devolución de los resultados a los actores (20).

Según Gady Torres (auditoria Medica), la calidad en la atención al paciente está dada a través de la continuidad de la atención, la integralidad (desde el punto de vista biológico, mental, socioeconómico y cultural), la integración (promoción y prevención) y la racionalidad que se basa del sentido común, la permanencia,

polivalencia y accesibilidad; esto tiene relación y similitud con las bases de la atención de Medicina Familiar (13).

Un servicio sanitario de atención de calidad, se fundamenta en dos parámetros o dimensiones: el primero se basara en la aplicación de la ciencia para la solución de un problema (calidad científico-técnica), y la segunda, la calidad percibida por el usuario (paciente); de ello, el proporcionar información asistencial al paciente (prevención, acción, promoción, recuperación) es sumamente necesario para el desarrollo de la relación sanitario-paciente. La formación en estos dos acápites y la aplicación en la atención del paciente es fundamental para entregar un medico capacitado para el sistema sanitario para implementar un modelo de calidad en la atención primaria (28).

## **CAPITULO IV**

### **PROBLEMAS Y OBJETIVOS:**

#### **HIPOTESIS**

No Existe Hipótesis causal.

#### **Hipótesis descriptiva:**

- Los residentes del postgrado de Medicina Familiar aplican los principios de medicina familiar en la atención de pacientes en la clínica de atención primaria la "Y".
- La aplicación de los principios de la medicina familiar aumenta según los niveles de jerarquía del postgrado.

#### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:**

- Cuáles son los principios de la medicina familiar que los residentes del postgrado de medicina familiar aplican al atender pacientes en la clínica de atención primaria la "Y"?

## **OBJETIVOS:**

### **General:**

- Evaluar el nivel de aplicación de los principios de la medicina familiar en las historias clínicas manejadas por los residentes del postgrado de Medicina Familiar en el Centro de Medicina Familiar la “y”.

### **Específicos:**

- Identificar que principio de la medicina familiar es más aplicado por estos residentes en la atención de pacientes en la clínica la “Y”.
- Determinar qué grupo de residentes (por año de residencia) aplica de mejor manera las herramientas de medicina familiar al momento de atender pacientes.
- Establecer que sexo de residente aplica más los principios de la medicina familiar.
- Comprobar que tipo de enfermedades atienden los residentes de medicina familiar.

## **JUSTIFICACION**

Establecer si los residentes aplican los principios de la medicina familiar, al momento de atender a sus pacientes en la clínica la “Y”, ya que se reconoce que en la aplicación de los mismos se garantizan la atención global y longitudinal de esta especialidad, sin embargo existe una percepción de que estos preceptos no se aplican de manera esperada en esta consulta.

Determinar si existe integración de la formación en el postgrado con la práctica clínica, visualizada en la aplicación de los principios de la medicina familiar que los residentes usan en la atención de los pacientes.

## CAPITULO V

### METODOLOGIA

En la clínica de atención primaria la Y, entre enero del 2012 y octubre del 2013 (22 meses) se atendieron un total de 13.053 pacientes, de ellos 8.522 (65.2%) a cargo de los servicios de nutrición, psicología, odontología, y los tratantes de medicina familiar, mientras que 4531 (34.7%) fue atendido por los residentes de los 3 años del postgrado de medicina familiar. Cada año rotan por esta clínica de atención primaria un aproximado de 24 residentes (8 de cada año de residencia). Del total de pacientes atendidos, le corresponde un aproximado de 188 pacientes por residente (8).

a. **Diseño del estudio:** Este es un estudio descriptivo-observacional, tipo corte transversal y retrospectivo (cross sectional).

b. **Sujetos de estudio:**

Sujetos de estudio: Historias clínicas manejadas por los residentes de 1ro, 2do o 3er año del postgrado de medicina familiar de la Pontificia Universidad Católica en convenio con el Hospital Voz Andes Quito.

Fuentes de información: Las historias clínicas de la clínica de atención primaria la "Y", manejadas por residentes de los 3 años del postgrado de medicina familiar, desde el año 2010 en adelante.

Lugar: Clínica de atención primaria la "Y", que pertenece al hospital Vozandes Quito.

- c. **Muestra:** Cálculo de la muestra se realizó en base a las 87.000 historias clínicas existentes en estadística de la clínica de atención primaria la "Y", y de los aprox. 14.000 (16%) pacientes vistos en los últimos 18 meses:

$$n = \frac{t^2 \times p(1-p)}{m^2}$$

$$n = \frac{1.96^2 \times 0.50(1-0.16)}{0.06^2}$$

$$0.06^2$$

$$n = 251, \text{ le sumo el 10\% en caso de imprevistos } (8.6) = 276$$

El tipo de muestreo será al azar.

**d. Criterios de inclusión y exclusión:**

Inclusión: Historia clínica de cualquier paciente atendido en la clínica de atención primaria la “Y”, que haya sido manejadas por residentes de cualquier año del postgrado de medicina familiar.

Exclusión: Historia clínica de cualquier pacientes atendido por médico tratante o cualquier profesional que no sea residente del postgrado de medicina familiar.

**e. Variables descriptivas:**

- Bases de la medicina familiar:
  - Valoración inicial (primera consulta)
  - Accesibilidad: se decide no medirla por las dificultades que presenta
  - Continuidad
  - Longitudinalidad
  - Trabajo en equipo

- Coordinar para atención de interconsulta
- Orientación familiar y comunitaria
- Otros:
  - Resolución del problema del paciente
  - Atención integral
  - Sexo del paciente
  - Edad del paciente
  - Tipo de enfermedad
  - Tipo de diagnóstico
  - Sexo del residente
  - Año de residencia

## OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

TABLA 1. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES DEL ESTUDIO

VARIABLE	DIFINICION	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA	FUENTE
PRIMER CONTACTO (Primera consulta)	Se trata de la primera visita de paciente, atendida por un residente de medicina familiar , independiente si el diagnostico bio-psico-social donde se apliquen los principios de la medicina familiar	Primera visita. Diagnostico biológico. Diagnostico psico-social	Presencia o ausencia	si/no	HCL
CONTINUIDAD	Es la atención de más de una ocasión por el mismo u otro residente, en el contexto de la misma causa de la enfermedad (continuidad)	Número de consultas	Número de consultas	1 consulta, 2 consultas, 3 consultas, 4 consultas, 5 consultas, más de 5 consultas	HCL

LONGITUDINALIDAD	Es la atención del mismo paciente (por el mismo o cualquier residente) en el transcurso de todas las etapas de su vida, incluyendo otros tipos de enfermedad y la ausencia de ella.	Atenciones a lo largo de las etapas de la vida del paciente	Presencia o ausencia	Si/no	HCL
COLABORACION EN EQUIPO	Colaboración con otro ente del equipo médico (psicología, odontología, trabajador social, etc.)	Trabajo en equipo, con los otros miembros del equipo de salud	Presencia o ausencia	si/no	HCL
COORDINACION Y PROCESO DE INTERCONSULTA	Al coordinar el proceso de atención de interconsulta (transferencia) a otra especialidad, deberá como control poseer una contra referencia	Realiza referencia y recibe contra-referencia	Presencia o referencia	si/no	HCL

ORIENTACION FAMILIAR	Determinar la condición familiar para poder orientarla en la etapa que se encuentre	Guías anticipatorias (personal o familiar). Familiograma . Otras herramientas de la medicina familiar.	Presencia o ausencia	si/no	HCL
RESOLUCION DEL PROBLEMA DEL PACIENTE	Se resume en haber logrado satisfacer la necesidad que el paciente trae a la consulta o atención medica	Resolución del problema de paciente, motivo por el que fue a consultar al residente	Presencia o ausencia	si/no	HCL
ATENCION INTEGRAL	Una atención que haya incluido prevención, rehabilitación, apoyo físico, social, psicológico, llenado de hojas anexas y que haya sido aplicado al menos en una de las visitas del paciente.	Llenado de hojas anexas básicas para cada ciclo personal o familiar, calculo el IMC	Presencia o ausencia	si/no	HCL

SEXO DEL PACIENTE	El género del paciente que acude a la consulta	Tipo de paciente según su sexo	Sexo del paciente	Femenino, masculino	HCL
EDAD DEL PACIENTE	Edad del paciente clasificado por grupos de edad	Grupo etario del paciente: Niño (0 a 11 años), adolescente (de 12 a 19 años), adulto (de 20 a 64 años), tercera edad (más de 65 años)	Grupos de edad	Niño, adolescente, adulto, tercera edad	HCL
TIPO DE ENFERMEDAD	Tipo de enfermedad según su cronicidad	Tipo de enfermedad dependiendo del tiempo del diagnóstico	Cronicidad de la enfermedad	Agudo, crónico	HCL

TIPO DE DIAGNOSTICO	Tipo de diagnóstico según la esfera que comprometa	Tipo de diagnóstico que dependa de la esfera que está comprometida	Tipos de diagnósticos	Biológico, social, psicológico, mixto	HCL
SEXO DEL RESIDENTE	El género del paciente que acude a la consulta	Tipo de paciente según su sexo	Sexo del paciente	Femenino, masculino	HCL
AÑO DE RESIDENCIA	Año por el que cada residente del postgrado de medicina familiar cursa	Nivel de jerarquía en el postgrado de medicina familiar	Año de residencia de medicina familiar	1er año , 2do año, 3er año	HCL

**f. Recolección de datos:**

Luego de la aprobación del protocolo, se procedió a la recolección de la muestra en el lapso de un mes (entre enero y febrero del 2014), y luego el análisis de los datos y los resultados serán analizados en el mes siguiente (marzo 2014). Se usaron 280 historias clínicas de la clínica de atención primaria la “Y” manejadas por residentes del postgrado de Medicina Familiar de la PUCE, la selección de las mismas fue de manera aleatoria.

**g. Plan de análisis:**

La gestión de datos se realizará por medio del programa EPI info versión 7.

Se realizó un análisis descriptivo que comprende porcentajes de los números reales y un análisis bivariado.

## **CAPITULO VI**

### **RESULTADOS**

Se revisaron en total 280 historias clínicas de la consulta externa de la clínica de atención primaria la “Y”, manejada por los residentes del postgrado de medicina familiar de la pontificia Universidad católica del Ecuador en convenio con el Hospital Vozandes de Quito, todas ellas de pacientes atendidos por los residentes de este postgrado:

#### **1) Características generales de los pacientes:**

Se evidencia que de todos los pacientes la mayoría corresponde a mujeres, con respecto al grupo de edad el conjunto más grande está representado por adultos, seguido por niños; el mayor porcentaje de tipo de enfermedad está determinado por patología agudas, mientras que el mayor tipo de diagnósticos se caracterizó por los de tipo biológico (Tabla No1).

TABLA No 1

CARACTERISTICAS GENERALES DE LOS PACIENTES

		NUMERO	PORCENTAJE
<b>PACIENTES</b> <b>SEXO</b>	MASCULINO	114	51,40%
	FEMENINO	166	59,20%
<b>PACIENTES</b> <b>EDAD</b>	NINOS	65	23,20%
	ADOLESCENTES	40	14,20%
	ADULTOS	163	58,20%
	TERCER EDAD	12	4,20%
<b>TIPO</b> <b>ENFERMEDAD</b>	AGUDA	203	72,50%
	CRONICA	8	2,80%
	AGUDA/CRONICA	69	24,60%
<b>TIPO</b> <b>DIAGNOSTICO</b>	BIOLOGICO	261	93,20%
	PSICOLOGICO	1	0,30%
	BIOL/PSIC	18	6,40%

## 2) Características de los residentes:

Con respecto a los residentes del postgrado de medicina familiar que manejaron las historias clínicas en sus atenciones, la mayoría se trató de residentes mujeres, con respecto al nivel de jerarquía, los residentes del segundo AÑO fueron los que más manejaron estas carpetas; del total de las historias, más de dos tercios no tenía la firma del tutor en las mismas (Tabla No2).

TABLA No 2

### CARACTERISTICAS GENERALES DE LOS RESIDENTES

		NUMERO	PORCENTAJE
<b>RESIDENTES</b> <b>SEXO</b>	FEMENINO	241	86%
	MASCULINO	39	14%
<b>RESIDENTES</b> <b>AÑO</b>	1ER AÑO	46	16%
	2DO AÑO	123	44%
	3ER AÑO	111	40%
<b>FIRMA</b> <b>TUTOR</b>	SI	88	31%
	NO	192	69%

### 3) Atención integral y resolución del problema del paciente

El índice de masa corporal (IMC) y la resolución del problema como indicadores de atención integral, demuestran que a la mayoría de los pacientes atendidos se les resolvió el problema por el cual consultaron, adicionalmente, menos de dos tercios de las historias clínicas no tenía calculado el IMC (Tabla No 3).

TABLA No 3

#### ATENCIÓN INTEGRAL Y RESOLUCIÓN DEL PROBLEMA DEL PACIENTE

	SI	%	NO	%
<b>RESOLVIO PROBLEMA DEL PACIENTE</b>	238	85	42	15
<b>CALCULO DEL INDICE DE MASA CORPORAL</b>	109	38,9	171	61
<b>DIO GUIAS ANTICIPATORIAS POR EDAD</b>	38	13,5	242	86,4

#### 4) Aplicación de los principios de la medicina familiar:

En la aplicación de la primera consulta (primer contacto), casi el 84% no realiza este proceso, con lo que respecta a la continuidad el 80% no cumple este paso; el 94% de las historias clínicas no presentaba longitudinalidad; más de tres cuartos de los casos que así lo requerían trabajaron en equipo con otros miembros del equipo de salud; dos tercios elaboran y coordinan la interconsulta con otros especialistas (de los diagnósticos que así lo necesitaban); solo en 7 de las 280 historias clínicas se evidencia la orientación familiar (Tabla No 4).

TABLA No 4

#### APLICACIÓN DE LOS PRINCIPIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR

	SI	%	NO	%
<b>PRIMERA CONSULTA (PRIMER CONTACTO)</b>	45	16,07	235	83,6
<b>CONTINUIDAD</b>	82	29,2	198	70,7
<b>LOGITUDINALIDAD</b>	16	6	264	94
<b>COLABORACION EN EQUIPO</b>	31	79	8	21
<b>INTERCONSULTA</b>	21	63,6	12	36,3
<b>ORIENTACION FAMILIAR</b>	7	3	273	97

Con lo que concierne al número de consultas, 70,7% (198) corresponden a historias clínicas con una sola consulta, 10% (28) comprendían 2 consultas, 10,3% (29) tenían 3 consultas, 4,6% (13) poseían 4 consultas, 3,9% (11) tenían 5 consultas y el 0,3% (1) había recibido 6 consultas (Gráfico 6).

GRAFICO No 1

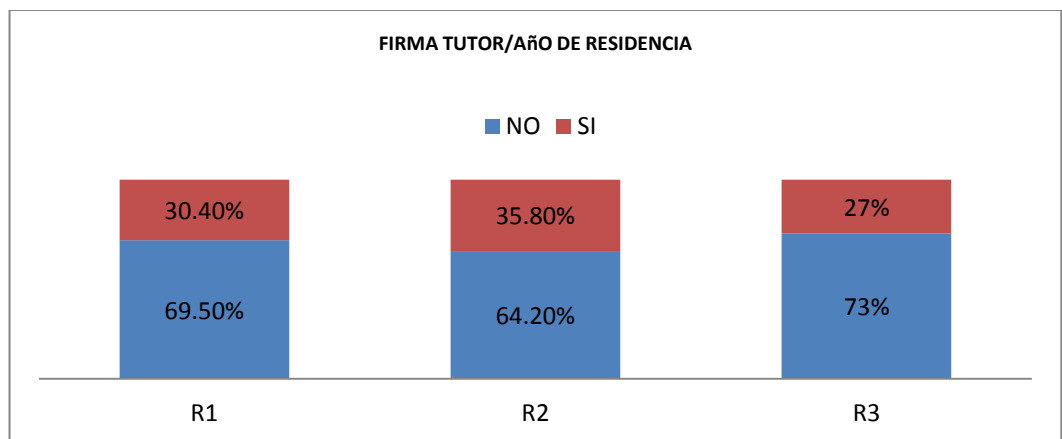
NUMERO DE CONSULTAS



5) **Descripción por estratos** (Relación entre aplicación de los principios de Medicina Familiar con años de residencia):

En la presencia de la firma del tutor en las historias clínicas, para los R1 el 69,5% no la presenta; para los R2, el 64,2% no la tiene; con respecto a los R3, el 73% no la poseía (Gráfico No 2).

GRAFICO No 2  
FIRMA DEL TUTOR VS AÑO DE RESIDENCIA

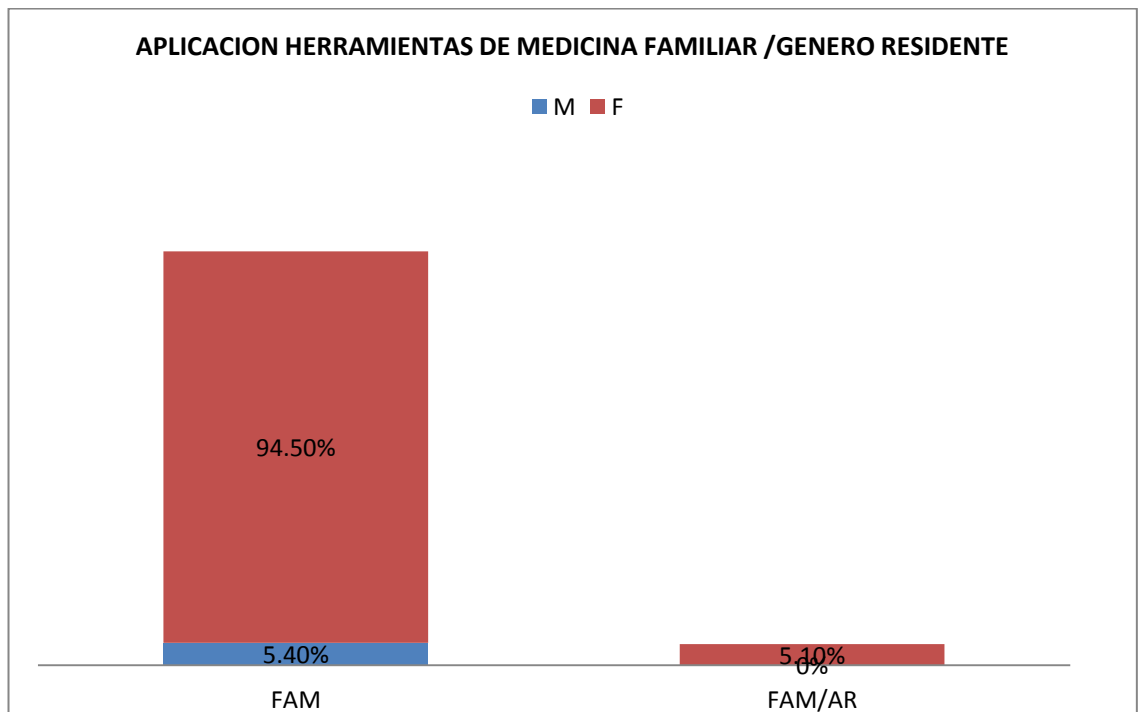


Se evidencian la frecuencia del uso de dos herramientas de medicina familiar como son el familiograma y familiograma junto con redes de apoyo por genero del residente, donde los residentes varones aplicaron el familiograma en un 5,4% en contraste con las mujeres residentes que lo usaron en un 94,5%, con respecto al uso combinado de familiograma y redes de apoyo ningún residente masculino valoró al

paciente con estas dos herramientas juntas (0%), en tanto que las mujeres residentes lo hicieron en un 5,1% (Gráfico No 3).

GRAFICO No 3

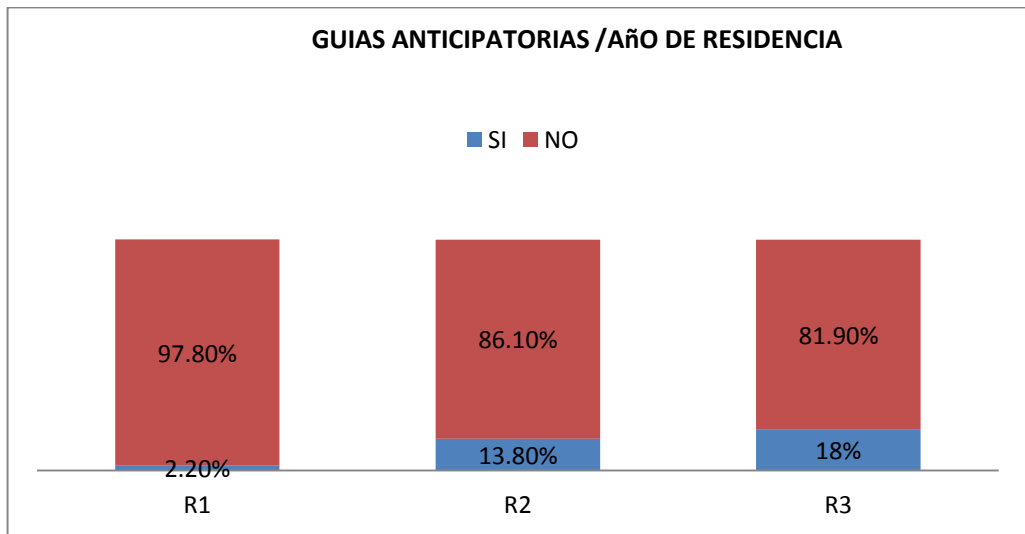
APLICACION DE HERRAMIENTAS DE MEDICINA FAMILIAR VS AÑO DE RESIDENCIA



En la aplicación de guías anticipatorias en relación con el año de residencia, se encontró que los residentes del primer año no lo hicieron en un 97,8%, mientras que los residentes del segundo no lo aplicaron en un 86,1%, por otra parte, los residentes del tercer año no lo hacen en un 81,9% (Gráfico No 4).

GRAFICO No 4

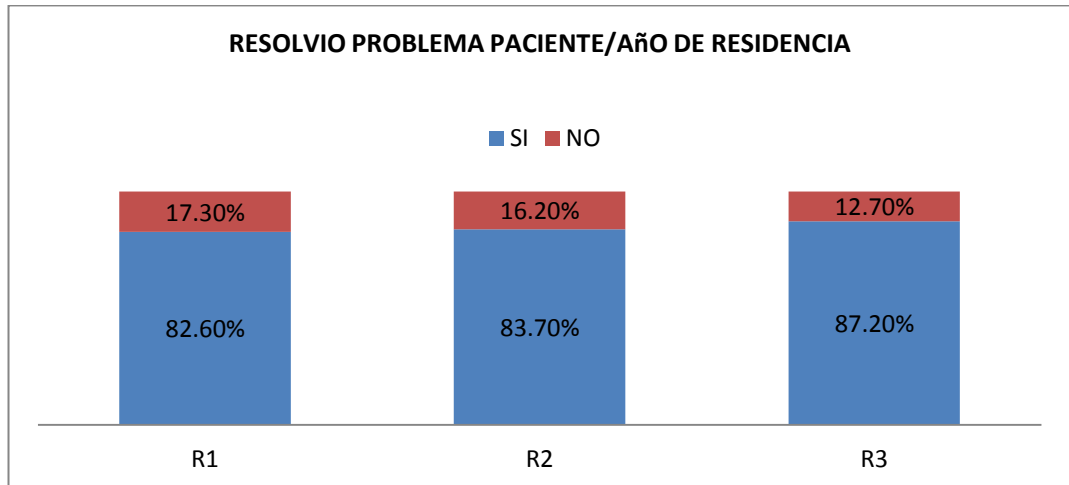
APLICACIÓN DE GUIAS ANTICIPATORIAS VS AÑO DE RESIDENCIA



En la razón de la resolución del problema del paciente por año de residencia, se halló que los residentes del primer año resuelven el problema del paciente en un 82,6% de las consultas; los residentes de segundo año resuelven los problemas del paciente en 83,7% de los casos, en tanto que los residentes del tercer año lo logran en el 87,2% de los casos (Gráfico No 5).

## GRAFICO No 5

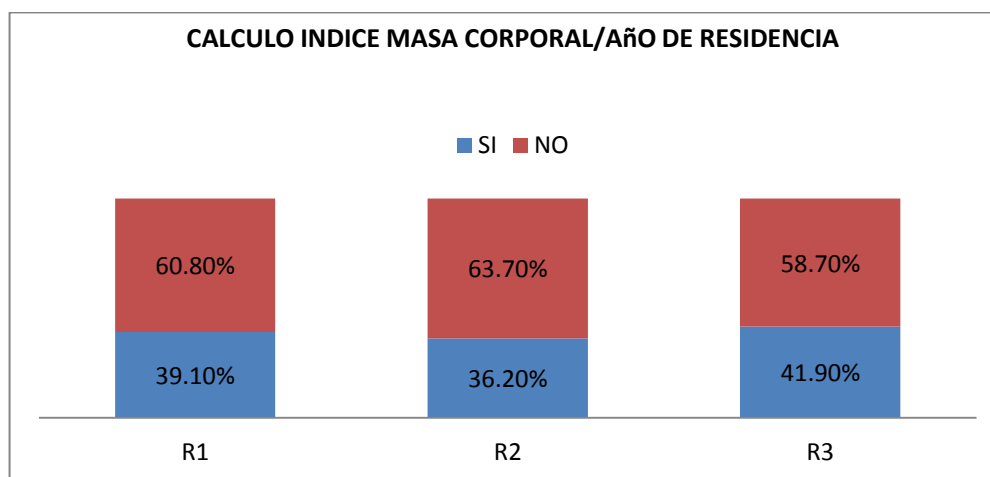
### RESOLVIO EL PROBLEMA DEL PACIENTE VS AÑO DE RESIDENCIA



En el cálculo del índice de masa corporal por año de residencia se determina que los residentes del primer año solo calculan este índice en un 39,1, los del segundo año lo realizan en un 36,2%, y los del tercer año lo calculan en el 41,9 (Gráfico 6).

## GRAFICO No 6

### CALCULO DEL INDICE DE MASA CORPORAL VS AÑO DE RESIDENCIA

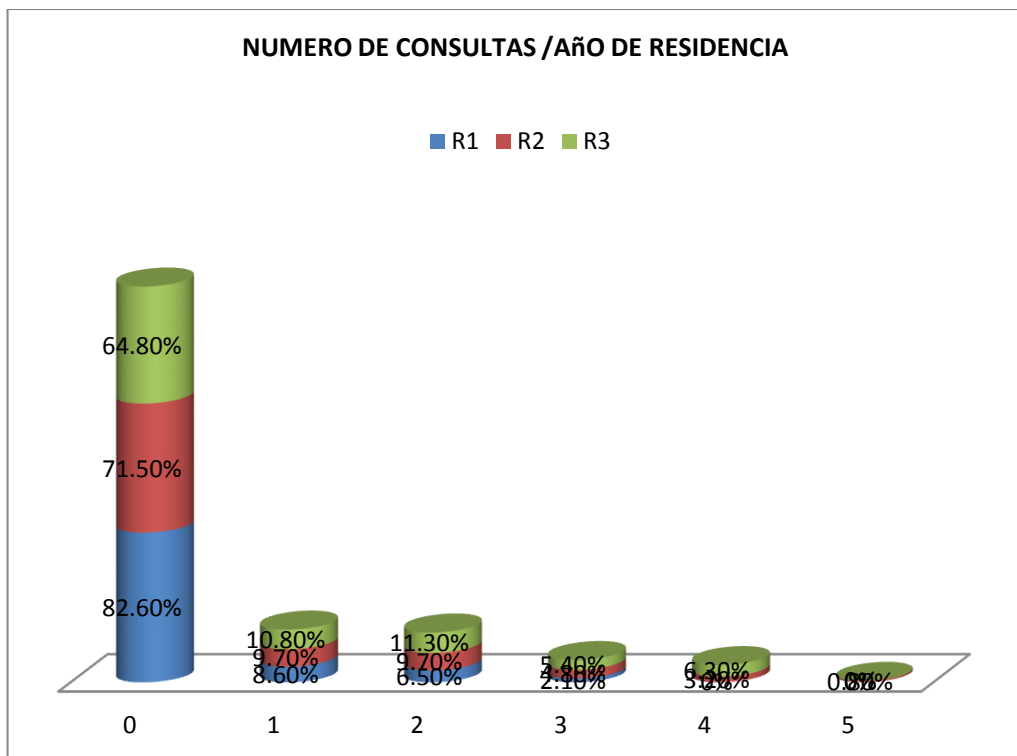


En el número de consultas por año de residencia, se determina que los residentes del primer año atienden a sus pacientes por primera vez y los cuales no regresan en un 82,6%, los pacientes que regresan por primera vez en un 8,6%, en un segundo regreso o consulta en un 6,5%, una tercera en un 2,1% y ya no atienden pacientes en su 4ta y 5ta visita o consulta; en los residentes del segundo año atienden a un paciente, el mismo que no regresa en un 71,5%, el paciente regresa por una vez en un 9,7%, regresa por segunda vez en un 9,7%, regresa por tercera vez en un 4,8%, acude por una cuarta vez o consulta en un 3,2% y en una quinta visita en un 0,8%; para los residentes del tercer año atienden a un paciente el cual no regresa a otra consulta en un 64,8%, este regresa por primera vez en un 10,8%, acude por segunda

vez en un 11,3%, regresa por una tercera vez en un 5,4%, acude por una cuarta vez en un 6,3% y no acudieron en un a 5ta consulta 0% (Gráfico No 7).

GRAFICO No 7

NUMERO DE CONSULTA VS AÑO DE RESIDENCIA

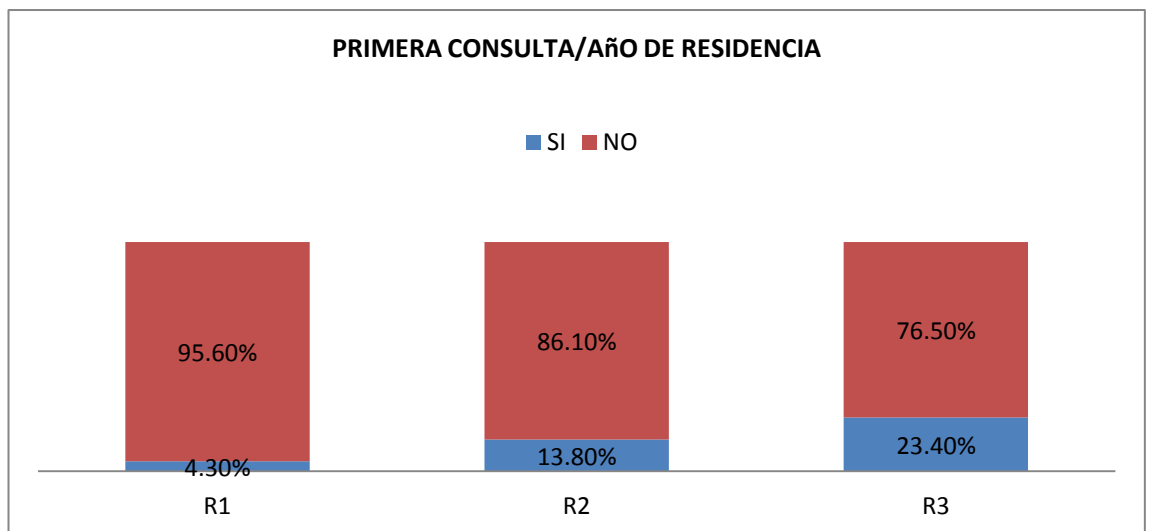


Para el proceso de la primera consulta (primer contacto) del paciente con el residente, los del primer año realizan dicho proceso en un 4,3% (PX2: <0,05, OR: 3,61 con respecto a los residentes del segundo año), los del segundo año lo

consiguen en un 13,8% (PX2: <0,05, OR: 1,90 con respecto a los residentes del tercer año), en tanto los del tercero lo logran en un 23,4 (Gráfico No 8).

GRAFICO No 8

REALIZA PRIMERA CONSULTA (PRIMER CONTACTO) VS AÑO DE RESIDENCIA

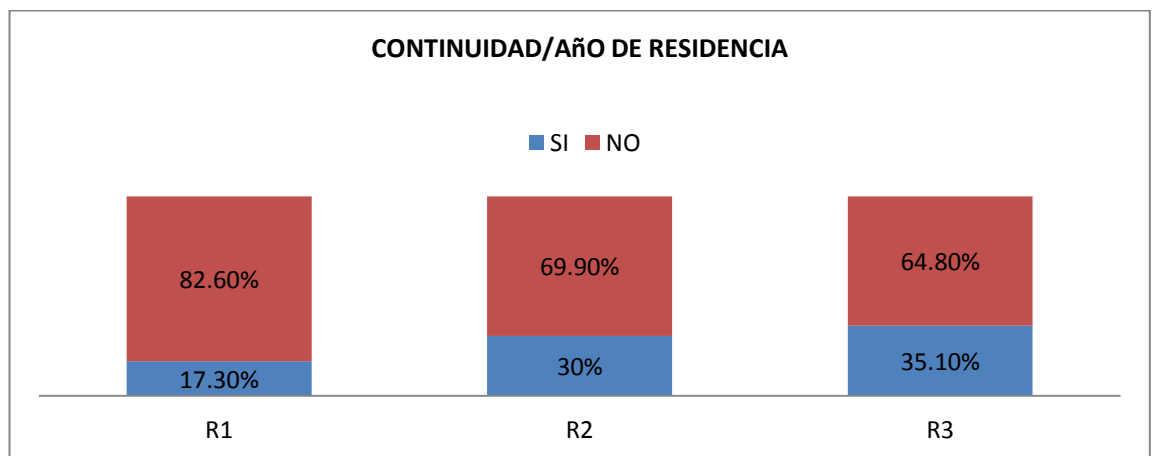


En relación con la continuidad y los tres años de residencia, se obtuvo que los residentes del primer año lo hacen en un 17,3% (PX2: <0.05, OR: 2,02 en relación a sus residentes del segundo año), los residentes del segundo año lo logran en un

30% (PX2: < 0,05, OR: 1,25 en relación a los residentes del 3er año), y los residentes del tercer año lo hacen en un 35,1% (Gráfico No 9).

GRAFICO No 9

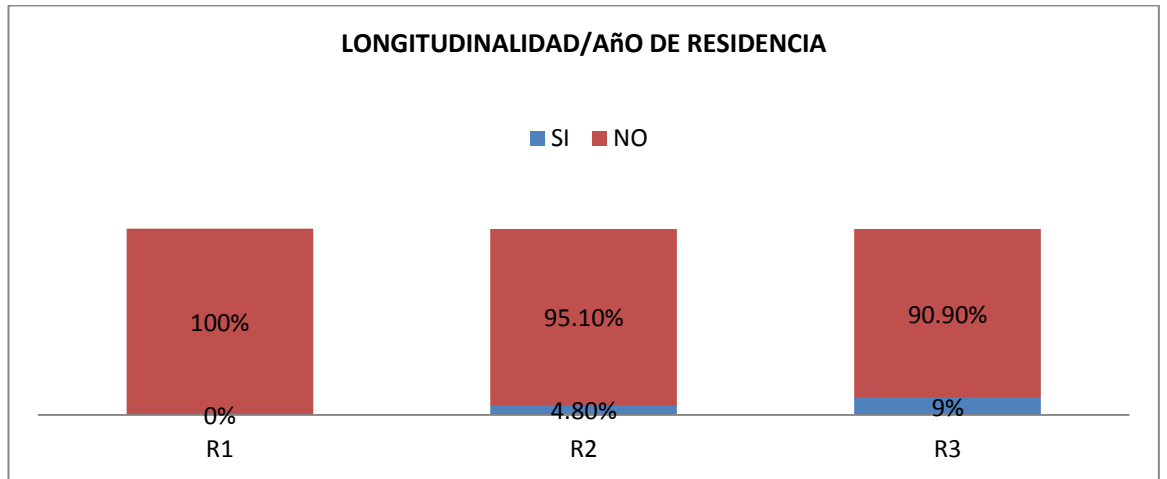
REALIZA CONTINUIDAD VS AÑO DE RESIDENCIA



Con lo que respecta a la longitudinalidad y los residentes de los tres años de residencia, se establece que los del primer año no presentan este seguimiento longitudinal del paciente en un 100% (PX2: <0,05, OR: 2,83 con respecto a los residentes del segundo año), los del segundo año si lo hacen en un 4,8% (PX2: < 0,05, OR: 2,01 con respecto a sus residentes del año mayor) y los del tercer año lo hacen en un 9% del total de sus consultas (Gráfico No 10).

GRAFICO No 10

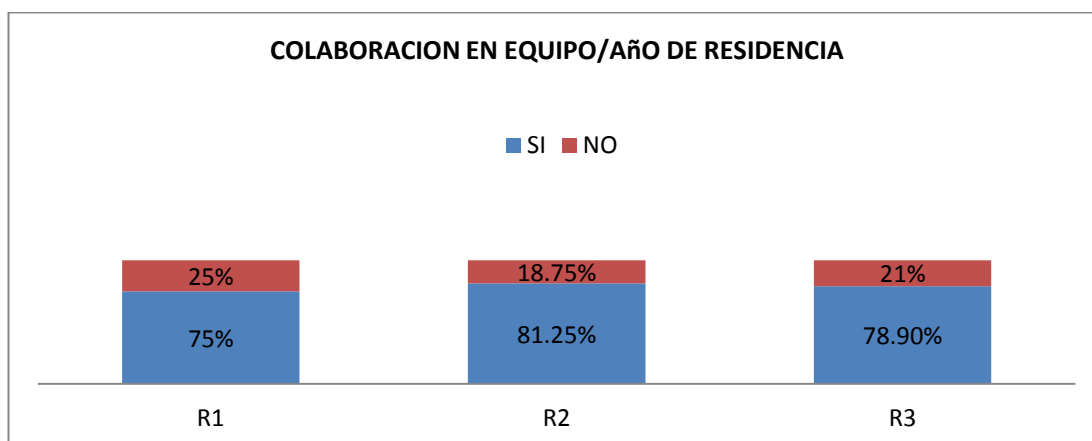
REALIZA LONGITUDINALIDAD VS AÑO DE RESIDENCIA



De los residentes de los tres años de residencia en relación con la colaboración con los otros miembros del equipo sanitario, se encuentra que de los casos que si ameritaban esta relación entre los distintos profesionales sanitarios, los del primer año lo hacían en un 75% (PX2: < 0,05, OR: 1,42 en relación a los residentes del segundo año), los residentes del segundo año lo hacen en un 81,25% (PX2: < 0,05, OR: 1,14 en relación a sus residentes mayores) , mientras que los del tercer año de residencia lo hacen en un 78,9% (Gráfico No 11).

GRAFICO No 11

COLABORACION EN EQUIPO VS AÑO DE RESIDENCIA



Con respecto a que los residentes del postgrado de medicina familiar planifican, coordinan y solicitan la interconsulta de sus pacientes que así lo requerían con otras especialidades médicas, los del primer año interconsultaron en un 33,3% (PX2: = 0,05, OR: 3,5 con respecto a los residentes del segundo año), los del segundo año de residencia solicitan la interconsulta 63,6% (PX2: < 0,05, OR: 1,71 en relación a los residentes del tercer año), en contraste con los del tercer año que piden la interconsulta en un 75% de los pacientes que si la requerían (Gráfico No 12); ningún paciente transferido regresó con contra referencia; Comparando a los residentes de cada año de residencia que no transfirió cuando debía al paciente visto que así lo requería, se evidencia que los médicos del primer año no transfirieron a sus

pacientes en el 9,5% de los casos que si ameritaban transferencia, de los segundo año no lo hicieron en el 6,03% y los del tercer año en un 4,7%. (Gráfico No 13).

GRAFICO No 12

COORDINA Y REALIZA INTERCONSULTA VS AÑO DE RESIDENCIA

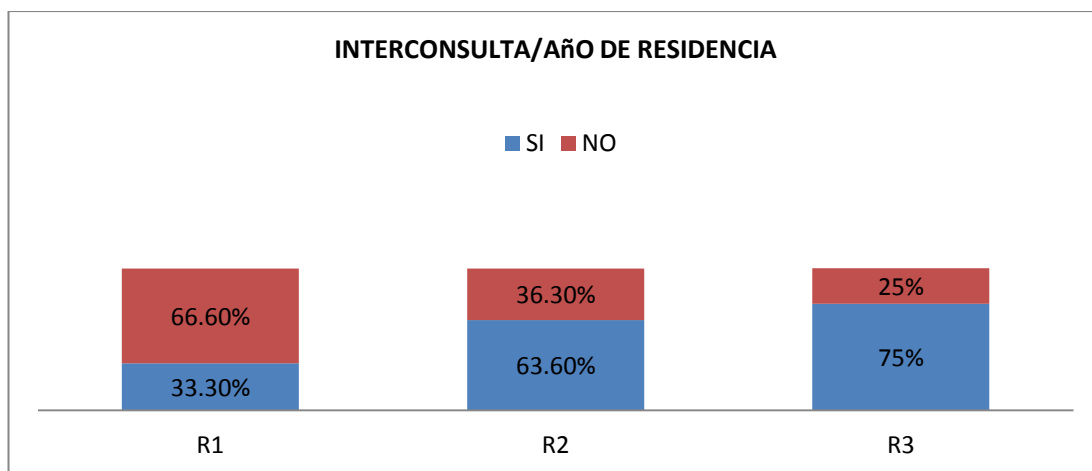
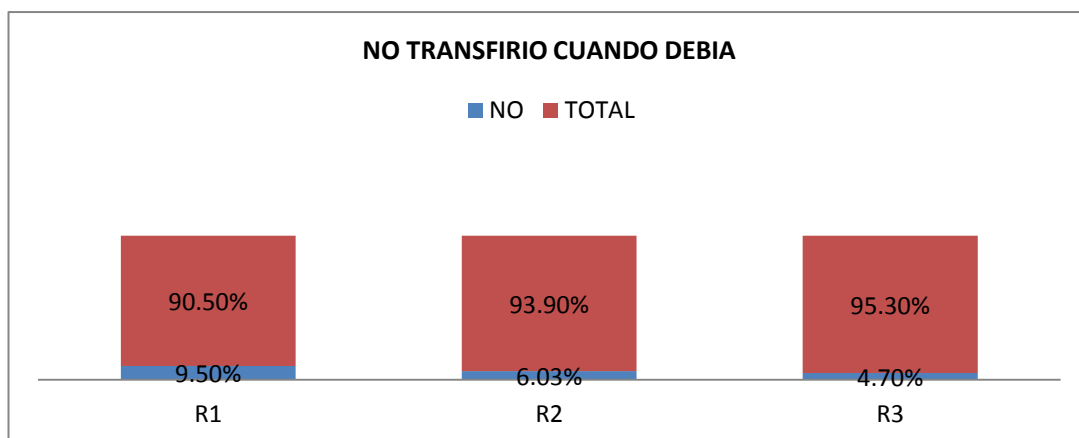


GRAFICO No 13

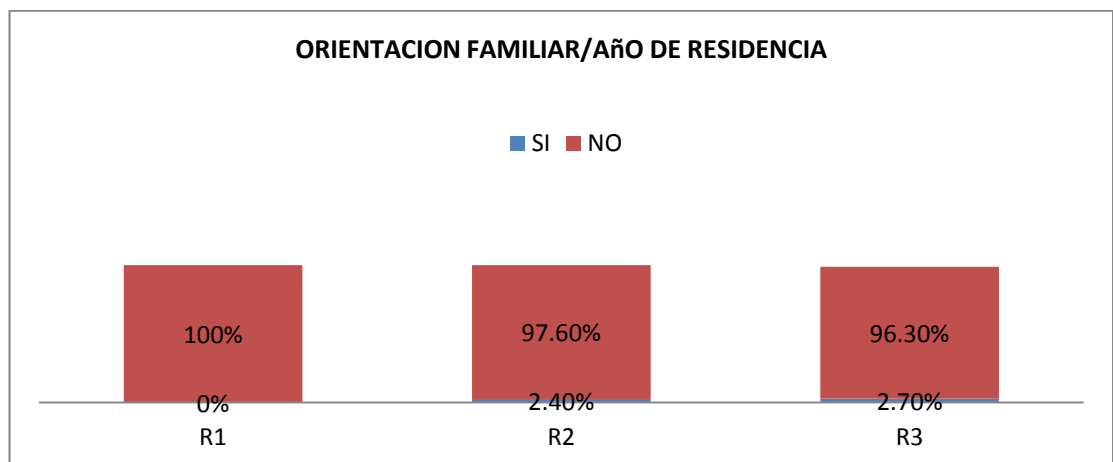
NO TRANSFIRIO CUANDO DEBIA VS AÑO DE RESIDENCIA



Con lo que concierne a la aplicación o uso de la orientación familiar en los pacientes por parte de los residentes de los tres años del postgrado de medicina familiar, los del primer año no lo hizo en el 100% de los casos que así lo requerían (PX2: < 0,05, OR: 1,53 en relación a los residentes del segundo año), los del segundo año lo hicieron en el 2,4% del total de los pacientes que la necesitaban (PX2: <0,05, OR: 1,14 con respecto a sus residentes mayores del tercer año) y los del tercer año lo realizaron en el 2,7% de los casos que si lo ameritaban (Gráfico No 14).

GRAFICO No 14

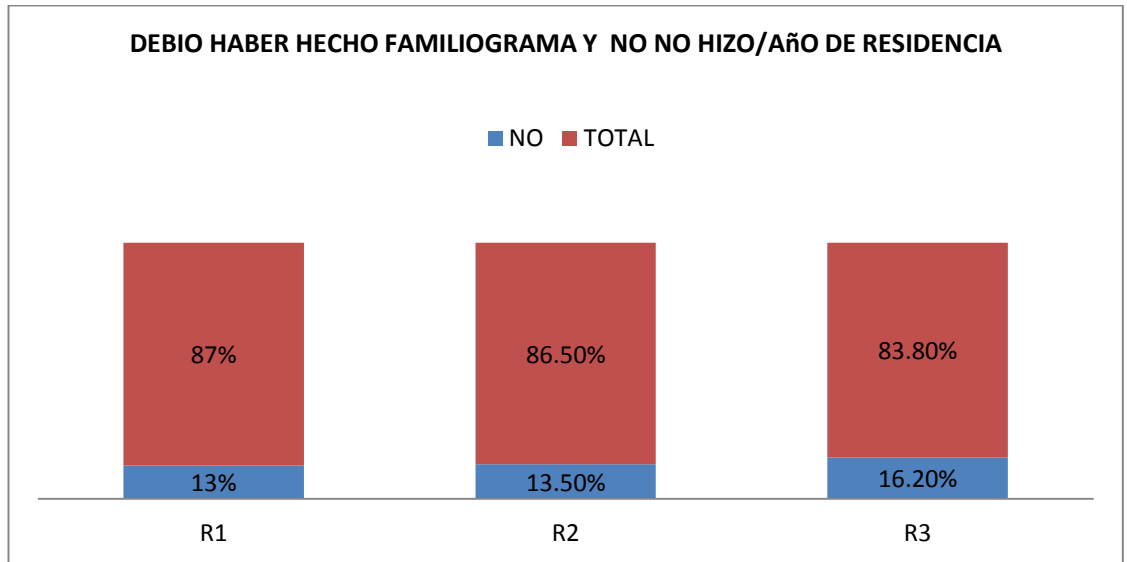
REALIZA ORIENTACION FAMILIAR VS AÑO DE RESIDENCIA



De los residentes que debían haber realizado un familiograma de su paciente y que no lo hicieron, se determinó que de los residentes del primer año lo pasaron por alto en el 13%, los del segundo en el 13,8% y los del tercero en un 16,2% (Gráfico No 15).

GRAFICO No 15

DEBIO HABER HECHO FAMILIOGRAMA NO LO HIZO VS AÑO DE RESIDENCIA



## **CAPITULO VII**

### **DISCUSION:**

Los resultados concuerdan con la hipótesis descriptiva de este estudio, es decir que a mayor es el año de residencia es más la aplicación de los principios de la medicina familiar, sin embargo se evidencia una inmadurez o falta de práctica de estos residentes en aplicar las mismas, ya que todavía se realiza de manera precaria y no a todos los casos que así lo ameritan; es verdad aseverar casi con certeza que los residentes del segundo año presentan la preparación de los del tercero, lo demuestran aplicando los principios casi en la misma medida que sus residentes mayores.

Es viable que la baja aplicación (o aplicación nula) de los principios de la medicina familiar por parte de los residentes en la atención de sus pacientes, se encuentre ligada con la falta de guía del tutor, y es además posible que el residente del tercer año ya no busque la guía del mismo con tanta frecuencia, a pesar de ser esta una regla.

No existen referencias bibliográficas que sustenten un número aceptable de aplicabilidad de los principios de la medicina familiar por parte de los residentes, sin embargo existe baja aplicabilidad de los principios de manera global por parte de los residentes de medicina familiar.

En la primera consulta es evidente que la mayoría no aplica dicho proceso, lo que no corresponde a la atención integral del paciente, actividad que se esperaba debían aplicar los residentes.

Para la continuidad es pequeño el seguimiento hacia los paciente, por obvias razones, los del primer año de residencia tienen poco tiempo en el postgrado para entregar de manera adecuada un seguimiento en la patología del paciente.

La longitudinalidad se va descubriendo de manera creciente en los años de residencia de este postgrado, sin embargo todavía se presenta en bajos porcentajes (especialmente en los residentes del tercer año)

La colaboración en equipo es un paso o proceso bien utilizado en los tres años de residencia, es decir que el residente trabaja de manera satisfactoria con los otros miembros del equipo de salud, se pone de manifiesto además que esta habilidad va en aumento conforme pasan los años de residencia.

En la coordinación y realización de la interconsulta a otros especialistas, los tres años de residencia lo realizan de manera precaria en los casos que así lo requerían,

por otra parte llama la atención que todos los pacientes que se fueron con interconsulta, ninguno regresó con contrareferencia.

Ningún año de residencia

Existe seguimiento documentado ineficiente de todos los casos que así lo ameritaban.

Más de tres cuartos de los residentes del Postgrado de Medicina Familiar resuelven el problema del paciente, por el cual solicito consulta, sin embargo no se pudieron detectar más diagnósticos no consultados en el paciente, ya que el 60% de los residentes no calcula el índice de masa corporal del paciente.

Un sexto de los residentes aplica herramientas básicas de medicina familiar, siendo los más usados el familiograma y las redes de apoyo familiar, y casi un 15% no aplicó estas herramientas a pesar de que el diagnóstico del paciente así lo requería.

No hay evidencia de registro de seguimiento de los pacientes con interconsulta, de eso se puede deducir la ausencia de contrareferencia de los mismos hacia el médico residente.

No se aplican guías anticipatorias en su gran mayoría, ni por grupo de edad, ni por patología, ni por clasificación de la etapa de vida del paciente.

Existe una ausencia unánime en la aplicación de las herramientas de medicina familiar por parte de los residentes.

En la gran mayoría de las atenciones, los residentes de los tres años resolvieron el problema del paciente por el cual consultaban, sin embargo al no implementar los procesos que contienen los principios de medicina familiar, a mi juicio no se completó una atención integral o completa al paciente, motivo por el cual podrían no completarse procesos como la continuidad, longitudinalidad.

## **CAPITULO VIII**

### **RECOMENDACIONES**

- 1.- Crear una hoja de historia clínica más completa que comprenda historial biológico, psicológico y social del pacientes, las misma, que en parte puede ser llenada en la sala de espera por el paciente o su familiar directo (así optimiza tiempo).
- 2.- Designar espacios para la aplicación de las herramientas básicas de la medicina familiar.
- 3.- Enseñar al residente el seguimiento telefónico en los casos que así lo ameriten y que de hacerlo se escriban en un pequeño acápite designado en la historia clínica nueva para esas anotaciones (y que en la consulta semanal se le dé al residente un tiempo prudente para que realice sus llamadas).
- 4.- Hacer una plantilla de guías anticipatorias para cada edad (o las más necesitadas: embarazo, lactancia, niñez, adolescencia, vejez) y para enfermedades comunes (infecciones respiratorias, diarreicas, hipertensión, diabetes y chequeos preventivos

y laborales, así como vacunas por edad) como la hoja azul que repartimos en ocasiones en infecciones respiratorias.

5.- Que se lleve una bitácora entre el residente y el tutor para que se anoten las observaciones y los feedback, las dificultades, las metas, y los progresos de los estudiantes.

6.- Que se coloquen el CIE 10 de las patologías en las historias clínicas, para ayudar en tiempo colocar el CIE 10 en las computadoras de los consultorios.

7.- Que el tratante que hace de tutor en la consulta firme las historias clínicas para dejar claro que hubo retroalimentación y en el caso de faltar, una nota del residente mayor y su firma para confirmar lo mismo.

8.- Confeccionar un diario de las necesidades de aprendizaje pendientes de los residentes para que los mismos luego devuelvan dichas necesidades resueltas.

9.- Que cada residente al ingresar al postgrado se le asigne un tutor que apoye a dicho residente mientras dure el postgrado.

10.- Que los principios de la medicina familiar sea una clase inicial del residente menor al ingreso del postgrado y que sea un motivo de seguimiento en su aplicación durante las consultas a pacientes (por parte del tutor o de sus residente mayores)

11.- Aplicar más tiempo de consulta a los residentes más pequeños.

12.- Los residentes menores al inicio deberían ingresar a las consultas con los residentes mayores.

## 2. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1.- Taylor, R. (1997). Conceptos Centrales de la medicina Familiar. Capítulo VI. Libros Virtuales IntraMed. [www.intramed.net](http://www.intramed.net)

2.- Amaro, M., Rivero, O. (2003). Antecedentes Históricos de la Medicina Familiar. Revista Cubana de Medicina General Integral, 19 (4).

3.- Magalon - Londoño , G. (2006). Garantía de la Calidad de Salud, Segunda edición, Editorial Internacional, Bogotá, Colombia 677.

4.- Mc. Whinney, I. (1981). An Introduction to Family Medicine, Oxford Edition, Oxford, Reino Unido 291.

5.- Rubinstein, A., Terrasa, S. (2006). Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria, Segunda Edición, Editorial Panamericana, Buenos Aires, Argentina.

6.- Taylor, R. (2005). Conceptos Centrales en Medicina Familiar. Capitulo IV. Libros Virtuales IntraMed. [www.intramed.net](http://www.intramed.net)

7.- Rodríguez, S. (2002). Calidad Educativa. Primera edición, Ediciones Aljibe, Universidad de Barcelona, Barcelona, España.

8.- Base de datos, Clínica la Y, 2010-2014

9.- Magalon - Londoño , G. (2006). Garantía de la Calidad de Salud, Segunda edición, Editorial Internacional, Bogotá, Colombia 677.

10.- Treg – Loan, L. (2003), Quality and Accreditation in Health Care Services: A Global Review Quality and Accreditation in Health Care. World Health Organization, Geneva, Switzerland.

11.- Roschke, M. (2006). Evaluación en Procesos de Educación Permanente y Capacitación en Salud, Organización Panamericana de Salud, Bogotá, Colombia.

12.- Giraud, A. (2000). La Nouvelle Evaluation Medicale Pour Une Method de la Practique Clinique, Médica Edition, Paris, France.

13.- Almeida, M., Feuerwerker, L. (1999). Educacion de los Profesionales de la Salud en Latinoamérica Teoría y Práctica de un Movimiento de Cambio. Tomos I y II, Editorial PROUNI, Buenos Aires, Argentina.

14.- Koole, S., Dornan, T., et Col., (2011). Factors Confunding the Assesment of Reflection : a Critical Review. BMC Medical Education, 11 (104), 10.1186/1472-6920-11-104.

15.- Cuzzi, S., Coddington, D., (2011). Observational of Resident Clinical Skills> Outcomes of a Program of Direct Observation in the Continuity Clinic Setting. Academic Pediatrics, 11 (394-404)

16.- Malagón-Londoño P., et Col. (2001). Garantía de Calidad de Salud, Editorial Medica Internacional, 1ra Edición, Bogotá, Colombia.

17.- Treg-Loan L., et Col. (2003). Quality and Accreditation in Health Care Services, a Global Review, World Health Organization, Geneva, Switzerland.

18.- Roschke, M. (2006). Evaluación en los Procesos de Educación Permanente y Capacitación en Salud, Experiencias y Lecciones, Organización Panamericana de la Salud, Washington DC, USA.

19.- Holtman, MC., Mazor, K., Shchukin Y., et Col., (2011 ), The Relationship Between Direct Observation, Knowledge, and Feedback: Results of a National Survey. Academic Medicine. 10 (63-68).

20.- Salemo, S., Jackson J., et Col., (2003), Interactive Faculty Development Seminars Improve the Quality of Written Feedback in Ambulatory Teaching, Journal of General Internal Medicine, 18 (10), 10.1046/j.1525-1497.2003.20739.x, PMCID: PMC1494931

21.- Leiva, F., Prados, D., (2011), Desarrollo de un Programa de Actividades Docentes Centrado en el Residente de la UD de Medicina Familiar de Málaga, España, Boletín Doctores, Formación Docentes y Tutores Clínicos, ISSN 2173-8262.

22.- Ruiz-Moral, R., (2011), Es Posible Aprender con Sobrecarga Asistencial?, Aportaciones de las teorías de Aprendizaje Social, España, Boletín Doctutor, Formación Docentes y Tutores Clínicos, ISSN 2173-8262.

23.- Loayssa, J., (2012), Evaluación de Residentes: Garantía de Práctica Profesional de Calidad, España, Boletín Doctutor, Formación Docentes y Tutores Clínicos, ISSN 2173-8262.

24.- Gross, M., Crespo, A., (2014), Repensando la Formación del Médico, generalista del Nivel Básico de Atención en Salud. Enfoque del Desarrollo de Competencias Culturales, Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito, Ecuador.

25.- Barreto-Cruz, S., (2012), Experiencias Docentes> “Desde los Semilleros de la Medicina de Familia”, España, Boletín Doctutor, Formación Docentes y Tutores Clínicos, ISSN 2173-8262.

26.- American Academy of Family Physicians, AAFP, (2011), Family Medicine, Scope and Philosophical Statement, AAFP, USA.

27.- Ricarte-Diez, J., Martinez-Carretero, JM., (2010), Formación del Residente Desde su Abordaje como Adulto, Institut d'Estudis de la Salut (IES), Generalitat de Catalunya, Barcelona, España.

28.- Garcia-Millan, A., (2009), La información al Paciente Como Pieza Clave de la Calidad Asistencial, Revista Clínica de Medicina Familiar, 2 (6), ISSN 1699-695X

29.- Llanos-Zavagala, F., (2000), Auditoria Medica en el Primer Nivel de Atención, Revista Médica Cayetano Heredia, 3 (107), Departamento de Administración y Economía. Facultad de Salud Pública y Administración, Lima, Perú.

30.- Alvarado, E., (1986), Auditoria Medica, Revista de la Asociación Hondureña de Pediatría, 10 (38), Tegucigalpa, Honduras.

31.- Llanos-Zavagala, F., et Col., (2006), Auditoria Medica de Historias Clínicas en Consulta Externa de Cuatro Hospitales Públicos Peruanos, Revista Médica Cayetano

Heredia, 17 (4), Departamento de Administración y Economía. Facultad de Salud Pública y Administración, Lima, Perú.

32.- Avalos, MI., (2010), La Evaluación de la Calidad en la Atención Primaria de la Salud. Consideraciones Teóricas y Metodológicas (Ensayo), Revista Horizonte Sanitario, 9 (9).

33.- Sociedad Ecuatoriana de Medicina Familiar, (2014) cita verbal de miembros de la directiva.

34.- Rodríguez S. (1991), Calidad Universitaria: Un Enfoque Institucional y Multidimensional, La Evaluación de las Instituciones Universitarias, Universidad de Barcelona, Consejo de Universidades, Secretaría General, Barcelona, España (39-72).

35.- Alves de Lima, A. (2005), Claves Para la Evaluación Efectiva del Residente, Instituto Cardiovascular de Buenos Aires, Revista Médica Hospital Italiano, Buenos Aires, Argentina.

36.- Sotelo, JM. (2001), Aportes Para un Cambio Curricular en Argentina, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires, Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, Buenos Aires, Argentina.

37.- Escanero, J. (2007), Integración Curricular, Departamento de Farmacología y Fisiología, Facultad de Medicina, Universidad de Zaragoza, Revista de Educación Médica, Zaragoza, España, 10 (4): 217-224.

38.- Newble DI, Et. Col. (1986), Learning Styles and Approches: Implications for Medical Education, Medical Education Journal, 20 (3): 162-175.

39.- Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Currículo del Perfil del Residente de Medicina Familiar.

### 3. ANEXOS

FECHA

No

HCL

TIPO	F	M	N	TE	E
RESIDENTE/ANO	1ER	2DO	3ER		
GENERO RESIDENTE	M	F			

TIPO DE ENFERMEDAD	AGUDA	CRON
DIAGNOSTICO	BIOLOG	PSICOL
PRIMERA CONSULTA?	SI	NO

Tiene	SI	NO
Fecha		
Hora		
APP		
APF		
ALERGIAS		
TIPO DE TRABAJO		
SUBJETIVO		
OBJETIVO		
ANALISIS		
OBJETIVOS		
MEDICACION GENERICA		
MEDICACION DOSIS Y DIAS PRESCRITOS		
DESCRIBE MEDIDAS GENERALES		
FIRMA RESIDENTE		
FIRMA TUTOR		
FAMILIOGRAMA		
HERRAMIENTAS MEDICINA FAMILIAR		
LETRA LEGIBLE		
LLENADO HOJAS ANEXAS		
CLASIFICACION ETAPAS DE LA VIDA		
GUIAS ANTICIPATORIAS (EDAD)		
SE RESOLVIO EL PROBLEMA INICIAL PLANTEADO X EL PCTE?		

	SI	NO	NOTA
Primer contacto			
Continuidad			
Longitudinalidad			
Colaboración en equipo			
Coordinación y proceso de interconsulta			
Orientación familiar			
Orientación comunitaria			