



***PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR***

***FACULTAD DE MEDICINA***

***POSTGRADO 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 PORTOVIEJO Y SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS, EN SUS  
UNIDADES DE SALUD EN EL AÑO 2018-2019.***

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

***AUTORES:***

***DRA. MOROCHO JIMÉNEZ TANYA PASTORA***

***DRA. QUELAL SUQUILANDA WENDY VANESSA***

***DIRECTOR***

***DR. DÍAZ BOLAÑOS CARLOS RODRIGO***

***QUITO, AGOSTO 2019***

## **DEDICATORIA**

*Para mi Dios que siempre me ilumina y guía cada uno de mis pasos.*

*Mi gratitud infinita a mis padres Manuel y Dolores y a mi hermano Mauricio por su apoyo incondicional. Gracias por su cariño y gran ejemplo.*

*Para mi esposo Schuberth por su comprensión, paciencia y amor. Días y noches acompañándome y siendo parte de mis decisiones.*

*Para mi hija Danna, mi inspiración infinita, la niña de mis ojos, por esa hermosa sonrisa que es mi motivación cada día.*

**Wendy Vanessa Quelal Suquilanda.**

*Parece que fue ayer cuando comencé a escalar esta cima y hoy solo falta un peldaño para culminar esta meta, que con gran esfuerzo y dedicación logro finalizar, aunque sé que no es el final, queda un largo camino por recorrer y muchos objetivos más que alcanzar.*

*Dedico este trabajo a Dios que siempre ha sido la luz que ha regido mi camino personal y profesional.*

*A mis padres Tita y Lauro que siempre estuvieron apoyándome a subir esta escalera y a pesar de que se encontraban lejos nunca permitieron que decaiga; ellos fueron mi inspiración para tomar impulso y continuar.*

**Tanya Pastora Morocho Jiménez**

## **AGRADECIMIENTOS**

*Las puertas quedan abiertas para escoger el pasaje que han de conducirnos a realizar nuestros sueños más preciados, de allí quedaron huellas profundas que nos inspiran a expresar nuestro más sincero sentimiento de gratitud:*

*A la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y a cada uno de sus docentes por la formación impartida durante estos años de nuestra carrera.*

*A nuestro director de tesis, Dr. Rodrigo Díaz, por su invaluable ayuda en el desarrollo de esta investigación.*

*A nuestra tutoras, Dra. Luisa Vaca y Dra. Irene Rodas, por su paciencia, apoyo y valiosos consejos durante los 3 años de residencia y en la elaboración de este proyecto. Gracias por ser siempre ejemplo de superación, humildad y sacrificio. Siempre las llevaremos en nuestro corazón.*

*A nuestras amigas Karina, Gabriela y Anita, sin duda días irremplazables de risas, gracias por su desinteresada ayuda en este camino que pronto termina pero la amistad jamás.*

*A los médicos familiares que formaron parte de nuestra investigación, que tan generosamente permitieron ser evaluados.*

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

**Wendy & Tanya**

## **INDICE**

<i>DEDICATORIA</i> .....	1
<i>AGRADECIMIENTOS</i> .....	2
<i>INDICE</i> .....	3
<i>INDICE DE ABREVIATURAS</i> .....	6
<i>LISTA DE TABLAS</i> .....	7
<i>LISTA DE GRÁFICOS</i> .....	8
<i>RESUMEN</i> .....	11
<i>ABSTRACT</i> .....	13
<i>1. CAPITULO I</i> .....	15
<i>1.1. INTRODUCCIÓN</i> .....	15
<i>1.2. JUSTIFICACIÓN</i> .....	19
<i>2. CAPITULO II: MARCO TEÓRICO</i> .....	21
<i>2.1. ATENCION PRIMARIA</i> .....	21
<i>2.1.1. Atención primaria en salud</i> .....	21
<i>2.1.2. Declaración de Alma Ata</i> .....	22
<i>2.1.3. Atención primaria en salud renovada</i> .....	23
<i>2.1.4. Declaración de Astana</i> .....	25
<i>2.2. SISTEMA DE SALUD</i> .....	27
<i>2.2.1. Taxonomía de los sistemas</i> .....	27
<i>2.2.2. Organización del sistema:</i> .....	28
<i>2.2.3. Sistema de referencia, contrarreferencia, derivación</i> .....	29
<i>2.2.4. Niveles de prevención</i> .....	30
<i>2.3. SISTEMA DE SALUD EN EL ECUADOR</i> .....	30
<i>2.3.1. RED DE SERVICIOS DE SALUD</i> .....	31
<i>2.3.2. MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD</i> .....	31
<i>2.3.2.1. Primer nivel de atención</i> .....	32
<i>2.3.2.2. Segundo nivel de atención</i> .....	33
<i>2.3.2.3. Tercer nivel de atención</i> .....	34
<i>2.3.2.4. Cuarto nivel de atención</i> .....	35
<i>2.4. HISTORIA DE LA MEDICINA FAMILIAR</i> .....	36
<i>2.4.1. MEDICINA FAMILIAREN EL MUNDO</i> .....	38

2.4.2.	<i>MEDICINA FAMILIAR EN ANGLOAMERICA</i> .....	39
2.4.3.	<i>MEDICINA FAMILIAR EN IBEROAMERICA</i> .....	40
2.4.4.	<i>LA MEDICINA FAMILIAR EN ECUADOR</i> .....	45
2.5.	<i>MÉDICO FAMILIAR</i> .....	47
2.5.1.	<i>DEFINICIÓN</i> .....	47
2.6.	<i>COMPETENCIAS</i> .....	47
2.6.1.	<i>Priorización de competencias</i> .....	49
2.6.2.	<i>Competencias del médico familiar</i> .....	50
2.6.3.	<i>PERFIL DEL MÉDICO FAMILIAR EN ECUADOR</i> .....	54
2.6.4.	<i>Competencias del médico familiar PUCE</i> .....	55
2.7.	<i>LA EVALUACIÓN DE LOS PROCESOS DE ESPECIALIZACIÓN</i> .....	57
3.	<i>CAPITULO III. METODOLOGÍA</i> .....	58
3.1.	<i>PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS</i> .....	58
3.1.1.	<i>Planteamiento del Problema</i> .....	58
3.1.3.	<i>Hipótesis</i> .....	60
3.2	<i>METODOLOGÍA</i> .....	61
3.2.	<i>1 Matriz de relación de variables</i> .....	61
3.3.	<i>Operacionalización de variables</i> .....	62
3.4.	<i>Criterios de selección</i> .....	68
3.4.1.	<i>Criterios de inclusión</i> .....	68
3.4.2.	<i>Criterios de exclusión expuestos</i> .....	68
3.5.	<i>Universo y muestra</i> .....	68
3.6.	<i>Tipo de estudio</i> .....	69
3.7.	<i>Procedimientos para recolección de la información</i> .....	69
3.7.1.	<i>Formato de encuesta estructurada</i> .....	69
3.8.	<i>Plan de análisis de datos</i> .....	69
3.8.1.	<i>Análisis de contenido</i> .....	70
3.9.	<i>Aspectos bioéticos</i> .....	71
4.	<i>CAPITULO IV: RESULTADOS</i> .....	73
4.1.	<i>DESCRIPCIÓN DEL LUGAR</i> .....	73
4.2.	<i>DATOS CUANTITATIVOS</i> .....	75
4.3.	<i>DATOS CUALITATIVOS</i> .....	87
4.3.1.	<i>Descripción de los resultados de los informantes clave</i> .....	87

5.	<i>CAPITULO V.....</i>	<i>116</i>
5.1.	<i>DISCUSIÓN .....</i>	<i>116</i>
5.2.	<i>LIMITACIONES .....</i>	<i>126</i>
6.	<i>CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....</i>	<i>128</i>
6.1.	<i>CONCLUSIONES.....</i>	<i>128</i>
6.2.	<i>RECOMENDACIONES.....</i>	<i>130</i>
7.	<i>BIBLIOGRAFIA.....</i>	<i>132</i>
8.	<i>ANEXOS.....</i>	<i>141</i>
8.1.	<i>Anexo 1. Formato de Encuesta Estructurada.....</i>	<i>141</i>
	<i>Anexo 2. Formato de entrevista semiestructurada.....</i>	<i>146</i>
8.2.	<i>Anexo 3. Perfil de Competencias de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria (PUCE) .....</i>	<i>148</i>
8.3.	<i>Anexo 4. Consentimiento Informado .....</i>	<i>152</i>
8.4.	<i>Anexo 5. Lista de médicos familiares de la primera cohorte convenio Ministerio de Salud Pública – Pontificia Universidad Católica del Ecuador de las sedes Santo Domingo y Portoviejo con sus respectivas plazas de devengación..</i>	<i>155</i>

## ***INDICE DE ABREVIATURAS***

***MSP:*** Ministerio de Salud Pública.

***PUCE:*** Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

***MAIS:*** Modelo De Atención Integral De Salud.

***OMS:*** Organización Mundial de Salud.

***OPS:*** Organización Panamericana de Salud.

***UNICEF:*** Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

***FCI:*** Salud Familiar Comunitario E Intercultural

***APOC:*** Atención Primaria Orientada A La Comunidad

## **LISTA DE TABLAS**

<b>TABLA 1: ENFOQUES DE LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD.....</b>	<b>26</b>
<b>TABLA 2: NIVELES DE ATENCIÓN .....</b>	<b>28</b>
<b>TABLA 3: NIVELES DE PREVENCIÓN.....</b>	<b>30</b>
<b>TABLA 4: ESTABLECIMIENTOS DEL PRIMER NIVEL .....</b>	<b>33</b>
<b>TABLA 5: ESTABLECIMIENTOS DEL SEGUNDO NIVEL.....</b>	<b>34</b>
<b>TABLA 6: ESTABLECIMIENTOS DEL TERCER NIVEL .....</b>	<b>35</b>
<b>TABLA 7: PROCESOS DE ESPECIALIZACIÓN .....</b>	<b>57</b>
<b>TABLA 8: GÉNERO DE ESPECIALISTAS DE LA SEDE SANTO DOMINGO Y PORTOVIEJO .....</b>	<b>76</b>
<b>TABLA 9: CARACTERÍSTICAS DE LOS INFORMANTES.....</b>	<b>87</b>
<b>TABLA 10: ANÁLISIS DE DATOS DE ADMINISTRADORES TÉCNICOS SEDE PORTOVIEJO .....</b>	<b>88</b>
<b>TABLA 11: ANÁLISIS DE DATOS DE ADMINISTRADORES TÉCNICOS SEDE SANTO DOMINGO .....</b>	<b>89</b>
<b>TABLA 12. ANÁLISIS DE DATOS MÉDICOS FAMILIARES SEDE PORTOVIEJO .....</b>	<b>90</b>
<b>TABLA 13: ANÁLISIS DE DATOS MÉDICOS FAMILIARES SEDE SANTO DOMINGO.....</b>	<b>91</b>

## **LISTA DE GRÁFICOS**

<b>GRÁFICO 1: MODELO ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD .....</b>	<b>32</b>
<b>GRÁFICO 2: ESCUELAS DE MEDICINA.....</b>	<b>36</b>
<b>GRÁFICO 3: MEDICINA FAMILIAREN EUROPA Y ANGLOAMERICA.....</b>	<b>39</b>
<b>GRÁFICO 4: MEDICINA FAMILIAR EN IBEROAMERICA.....</b>	<b>41</b>
<b>GRÁFICO 5: MEDICINA FAMILIAR EN IBEROAMERICA.....</b>	<b>43</b>
<b>GRÁFICO 6: COMPONENTES DE LA COMPETENCIA .....</b>	<b>48</b>
<b>GRÁFICO 7: PIRÁMIDE DE MILLER .....</b>	<b>49</b>
<b>GRÁFICO 8: PRIORIZACIÓN DE COMPETENCIAS.....</b>	<b>49</b>
<b>GRÁFICO 9: COMPETENCIAS ESPECÍFICAS DEL MÉDICO FAMILIAR PARA EL POSTGRADO DE MEDICINA FAMILIAR PUCE: .....</b>	<b>56</b>
<b>GRÁFICO 10: SITIOS DE DEVENGACIÓN SEDE PORTOVIEJO .....</b>	<b>73</b>
<b>GRÁFICO 11: SITIOS DE DEVENGACIÓN SEDE SANTO DOMINGO .....</b>	<b>74</b>
<b>GRÁFICO 12: ESPECIALISTAS GRADUADOS EN LA PRIMERA COHORTE EN LAS DIFERENTES SEDES. ....</b>	<b>75</b>
<b>GRÁFICO 13: EDAD DE ESPECIALISTAS DE MEDICINA FAMILIAR DE LA PRIMERA COHORTE.....</b>	<b>75</b>
<b>GRÁFICO 15: TIEMPO DE EJERCICIO PROFESIONAL DE GRADUADOS DE MEDICINA FAMILIAR AMBAS SEDES. ....</b>	<b>76</b>
<b>GRÁFICO 16: UNIDAD OPERATIVA DONDE REALIZAN DEVENGACIÓN LOS GRADUADOS. ....</b>	<b>77</b>
<b>GRÁFICO 17: TIPO DE CARGO QUE REALIZAN LOS MÉDICOS GRADUADOS EN AMBAS SEDES.....</b>	<b>78</b>
<b>GRÁFICO 18: COMPETENCIAS RELATIVAS DE COMUNICACIÓN Y LIDERAZGO. ....</b>	<b>79</b>
<b>GRÁFICO 19: COMPETENCIAS RELATIVAS A LA DOCENCIA Y APRENDIZAJE.....</b>	<b>80</b>
<b>GRÁFICO 20: COMPETENCIAS RELATIVAS A LA CAPACIDAD DE ANÁLISIS Y SOLUCIÓN DE PROBLEMAS .....</b>	<b>81</b>
<b>GRÁFICO 21: COMPETENCIAS RELATIVAS A LA CAPACIDAD DE ATENCIÓN Y SOLUCIÓN DE PROBLEMAS. ....</b>	<b>82</b>
<b>GRÁFICO 22: COMPARACIÓN ENTRE SEDES SANTO DOMINGO Y PORTOVIEJO EN COMPETENCIAS RELATIVAS A LA COMUNICACIÓN Y LIDERAZGO.....</b>	<b>83</b>
<b>GRÁFICO 23: COMPARACIÓN ENTRE SEDES SANTO DOMINGO Y PORTOVIEJO EN COMPETENCIAS RELATIVAS A LA DOCENCIA Y APRENDIZAJE.....</b>	<b>84</b>
<b>GRÁFICO 24: COMPARACIÓN ENTRE SEDES SANTO DOMINGO Y PORTOVIEJO EN COMPETENCIAS RELATIVAS A LA CAPACIDAD DE ANÁLISIS Y SOLUCIÓN DE PROBLEMAS. ....</b>	<b>85</b>

<b>GRÁFICO 25: COMPARACIÓN ENTRE SEDES SANTO DOMINGO Y PORTOVIEJO EN COMPETENCIAS RELATIVAS A LA CALIDAD DE ATENCIÓN Y SOLUCIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD .....</b>	<b>86</b>
<b>GRÁFICO 26: COMPETENCIAS QUE CONOCEN LOS ADMINISTRADORES TÉCNICOS SEDE PORTOVIEJO.....</b>	<b>92</b>
<b>GRÁFICO 27: COMPETENCIAS QUE CONOCEN LOS MÉDICOS FAMILIARES SEDE PORTOVIEJO.....</b>	<b>92</b>
<b>GRÁFICO 28: COMPETENCIAS QUE CONOCEN LOS ADMINISTRADORES TÉCNICOS SEDE SANTO DOMINGO .....</b>	<b>94</b>
<b>GRÁFICO 29: COMPETENCIAS QUE CONOCEN LOS MÉDICOS FAMILIARES SEDE SANTO DOMINGO.....</b>	<b>95</b>
<b>GRÁFICO 30: IMPORTANCIA DE LAS COMPETENCIAS EN ADMINISTRADORES TÉCNICOS SEDE PORTOVIEJO .....</b>	<b>96</b>
<b>GRÁFICO 31: IMPORTANCIA DE LAS COMPETENCIAS DE LOS MÉDICOS FAMILIARES SEDE PORTOVIEJO .....</b>	<b>97</b>
<b>GRÁFICO 32: IMPORTANCIA DE LAS COMPETENCIAS EN ADMINISTRADORES TÉCNICOS SEDE DE SANTO DOMINGO .....</b>	<b>98</b>
<b>GRÁFICO 33: IMPORTANCIA DE LAS COMPETENCIAS DE LOS MÉDICOS FAMILIARES SANTO DOMINGO .....</b>	<b>98</b>
<b>GRÁFICO 34: ADMINISTRADORES TÉCNICOS DE LA SEDE DE PORTOVIEJO.....</b>	<b>99</b>
<b>GRÁFICO 35: MÉDICOS FAMILIARES DE LA SEDE PORTOVIEJO .....</b>	<b>100</b>
<b>GRÁFICO 36: ADMINISTRADORES TÉCNICOS DE LA SEDE SANTO DOMINGO.....</b>	<b>101</b>
<b>GRÁFICO 37: MÉDICOS FAMILIARES DE LA SEDE SANTO DOMINGO .</b>	<b>102</b>
<b>GRÁFICO 38: MEDICINA FAMILIAR AYUDA A RESOLVER PROBLEMAS DE PRIMER NIVEL, ADMINISTRADORES TÉCNICOS DE SEDE PORTOVIEJO .....</b>	<b>103</b>
<b>GRÁFICO 39: MEDICINA FAMILIAR AYUDA A RESOLVER PROBLEMAS DE PRIMER NIVEL, MÉDICOS FAMILIARES DE SEDE PORTOVIEJO .....</b>	<b>103</b>
<b>GRÁFICO 40: MEDICINA FAMILIAR AYUDA A RESOLVER PROBLEMAS DE PRIMER NIVEL, ADMINISTRADORES TÉCNICOS DE SEDE SANTO DOMINGO.....</b>	<b>105</b>
<b>GRÁFICO 41: MEDICINA FAMILIAR AYUDA A RESOLVER PROBLEMAS DE PRIMER NIVEL, MÉDICOS DE FAMILIA DE SEDE SANTO DOMINGO.....</b>	<b>105</b>
<b>GRÁFICO 42: CAMBIOS QUE SE ENCONTRARON DESDE QUE SE INTEGRARON LOS MÉDICOS FAMILIARES SEDE PORTOVIEJO.....</b>	<b>106</b>
<b>GRÁFICO 43: CAMBIOS QUE SE ENCONTRARON DESDE QUE SE INTEGRARON LOS MÉDICOS FAMILIARES SEDE SANTO DOMINGO .....</b>	<b>107</b>

<b>GRÁFICO 44: EN LA INTERVENCIÓN DEL INDIVIDUO, FAMILIA Y COMUNIDAD QUE ACCIONES REALIZA POR LOS MÉDICOS FAMILIARES SEDE PORTOVIEJO .....</b>	<b>108</b>
<b>GRÁFICO 45: EN LA INTERVENCIÓN DEL INDIVIDUO, FAMILIA Y COMUNIDAD QUE ACCIONES REALIZA POR LOS MÉDICOS FAMILIARES SEDE SANTO DOMINGO.....</b>	<b>109</b>
<b>GRÁFICO 46: SISTEMA DE SALUD PERMITE LA REALIZACIÓN DE COMPETENCIAS ADMINISTRADORES TÉCNICOS SEDE PORTOVIEJO. ....</b>	<b>111</b>
<b>GRÁFICO 47: SISTEMA DE SALUD PERMITE LA REALIZACIÓN DE COMPETENCIAS MÉDICOS FAMILIARES SEDE PORTOVIEJO .....</b>	<b>111</b>
<b>GRÁFICO 48: SISTEMA DE SALUD PERMITE LA REALIZACIÓN DE COMPETENCIAS ADMINISTRADORES TÉCNICOS SEDE SANTO DOMINGO.....</b>	<b>113</b>
<b>GRÁFICO 49: SISTEMA DE SALUD PERMITE LA REALIZACIÓN DE COMPETENCIAS MÉDICOS FAMILIARES SEDE SANTO DOMINGO</b>	<b>113</b>

## **RESUMEN**

*En los últimos años se ha tratado de realizar diseños de evaluación de profesionales basados en competencias demandadas por cada especialidad. La presente investigación permitió obtener información trascendental y ayudó a la comprensión más profunda del papel que están desempeñando los Médicos de Familia graduados de la primera cohorte (convenio MSP-PUCE) en base a las competencias con las que fueron formados. Se realizó un estudio cuali-cuantitativo, descriptivo y transversal, con un universo de 81 graduados de la primera promoción de Postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria Portoviejo y Santo Domingo convenio MSP-PUCE. Para la valoración específica y general de las competencias de los médicos especialistas se utilizó un formato de encuesta estructurada basado en 21 preguntas y una entrevista semiestructurada para complementar este estudio, con el propósito de realizar el análisis del discurso se tomaron en cuenta algunos parámetros como: idea núcleo, modo de predica, grado de referencialidad y representación social.*

*El estudio se basó en las 4 competencias del perfil de graduados del médico familiar de la PUCE, encontramos que en las competencias de comunicación - liderazgo, atención - solución de problemas de salud, al igual que en el análisis y solución de problemas son realizadas por la mayoría de médicos graduados de ambas sedes. Pero se encontró debilidades en la competencia de docencia e investigación, sobre todo por el hecho que no han realizado publicaciones hasta el momento.*

*Por otro lado se apreció diferencias significativas en la manera de acceder a la atención de Medicina Familiar en las sedes, la mayoría de devengantes de la Sede Santo Domingo cumplen rol de Médico de Barrio y trabaja mediante la modalidad de*

*Call Center lo que dificulta el seguimiento de pacientes prioritarios, a diferencia de los devengantes de la sede Portoviejo, quienes realizan autoagendamiento y son interconsultados por otros servicios.*

***Palabras clave:*** *Medicina Familiar y Comunitaria, Rol Profesional, Competencia Profesional, Programas de Formación, Atención Primaria de Salud.*

## **ABSTRACT**

*In recent years, designs based on professional competences demanded by each medical specialty have been tried to make. This research provided useful information and helped to a deeper understanding of the role that the first promotion of Family Physicians are playing, based on the competencies with which they were trained. A qualitative-quantitative, descriptive and cross-sectional study was carried out, with a sample of 81 graduates of the first postgraduate promotion of Family and Community Medicine of Portoviejo and Santo Domingo, MSP-PUCE agreement. For the specific and general assessment of the medical specialists' competencies, the study used a structured survey format based on 21 questions and a complementary semi-structured interview. In order to analyze the interview speech, some parameters were taken into account such as: core idea, mode of preaching, degree of referentiality and social representation.*

*Taking as reference the 4 competences that the PUCE's family doctor profile should have, this study has found that competences like communication and leadership skill, quality of care and solution of health problems, as well as the ability to analyze and Troubleshooting are done by the majority of graduated doctors of both locations, however it has found deficiencies in the teaching and research competence, especially due to the fact that family doctors have not published researches so far.*

*Additionally, significant differences were appreciated in the way in which the population accesses to family medicine at the headquarters of Santo Domingo and Portoviejo. In the Santo Domingo headquarters, the graduated doctors fulfill the role of being neighborhood doctors and in turn work with patients of the Call Center*

*system, which makes it difficult to monitor priority patients. On the other hand, the graduated doctors of the Portoviejo headquarters work attending self-scheduled patients, or in the statistic area attending inter-consultations of other services.*

***Keywords:*** *Family and Community Medicine, Professional Role, Professional Competence, Training Programs, Primary Health Care.*

## **1. CAPITULO I**

### **1.1. INTRODUCCIÓN**

*El pensamiento científico médico se organiza alrededor de la enfermedad desde finales del siglo XV hasta el siglo XVII. Ya en el siglo XVIII, la medicina se caracterizaba por ser individual, sin prácticas hospitalarias durante su formación .(Parafita, 2000)*

*El surgimiento de la Salud Pública y epidemiología aparecieron a mediados y finales del siglo XIX. Además aparece la medicina científica como una corriente de conocimientos con el desarrollo de antibióticos y principios de la vacunación. En el siglo XX se apoya el modelo salud- enfermedad expresada en factores biológicos, psicológicos y sociales. (Parafita, 2000)*

*La Medicina Familiar ha sido reconocida como especialidad médica a nivel internacional alrededor de 1969, desde entonces los enfoques en la formación y entrenamiento en los profesionales de la salud se ha modificado y diversificado ampliamente. (Carek et al., 2017)*

*El desarrollo de la Medicina Familiar en América Latina se estableció por primera vez en México, donde para 1971 se empezó a formar especialistas con el aval de la Universidad Autónoma de México, siguiendo su ejemplo continuaron Bolivia y Panamá. Para 1990 habían 18 países Iberoamericanos donde se desarrollaba esta disciplina (Ceitlin, 2006). (Irigoyen-Coria, Morales-López, Hamui-Sutton, & Ponce-Rosas, 2006)*

*En Ecuador como parte del “Plan de Desarrollo del Buen Vivir “ se implementa una estrategia denominada Atención Primaria de Salud (APS), como*

*base del sistema nacional de salud, realizando acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación; para satisfacer las demandas de la población. (Naranjo Ferregut, J. A., Delgado Cruz, A., & Sánchez Pérez, 2015)(Naranjo Ferregut, J. A., Delgado Cruz, A., & Sánchez Pérez, 2015)*

*Las características del APS son: atención integral enfocada al individuo, seguimientos de acorde a patologías y participación activa de los pacientes, las familias y comunidades: siendo sus valores el derecho a la mejor salud para todos y justicia social.(Armijos Ruilova et al., 2016)*

*Para un buen desempeño en la Atención Primaria de Salud (APS) y de la docencia médica en general es imprescindible la formación de los recursos humanos idóneos tanto en cantidad, pero sobretudo en calidad, para este propósito es necesario la formación de especialistas en Medicina Familiar, la misma que se encarga del estudio de individuo, familia y comunidad, que tiene como base el método clínico, epidemiológico y social, integrando las ciencias biológicas y clínicas. (Placeres et al., 2016)*

*El Ministerio de Salud Pública logró incorporar el Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) cuyo objetivo deriva en formar equipos de atención integral e impulsar la formación de especialistas de Medicina Familiar, para mejorar la calidad de salud de las personas con eficiencia y efectividad .(Naranjo Ferregut, J. A., Delgado Cruz, A., & Sánchez Pérez, 2015)*

*La formación de especialistas de Medicina Familiar en nuestro país inicia en 1987, cuya sede fue el Hospital de Vozandes con el aval de la Universidad de Cuenca, un año después se fundó la Sociedad Ecuatoriana de Medicina Familiar, una*

*institución sin fines de lucro que realiza actividades científicas que aportan a la capacitación continua de estos especialistas. (Naranjo Ferregut, J. A., Delgado Cruz, A., & Sánchez Pérez, 2015).*

*Durante el periodo formativo de estos especialistas se integran habilidades y competencias, las mismas que deben seguir bajo la actualización permanente.*

*Se define a la competencia profesional como el grado en que la persona puede utilizar sus conocimientos, aptitudes, actitudes y buen juicio asociados a su profesión, para poder desempeñarla de manera eficaz en todas las situaciones que corresponden al campo de su práctica, en el caso de médicos se incorpora aspectos clínicos, docentes, de investigación y gestión, y no se reduce a características personales, sino que abarca un proceso continuo de formación y experiencia. (Prieto Rodríguez et al., 2012)(Durante Montiel, M., Martínez González, A., Morales López, S., Lozano Sánchez, J. R., & Sánchez Mendiola, 2011).*

*Para la evaluación de competencias se exponen una serie de instrumentos técnicos y procesos. El Consejo Mexicano para la Acreditación de la Educación Médica (COMAEM) recomienda realizar seguimiento a los egresados de Medicina Familiar con un mínimo de 5 años a partir de su titulación, basándose en dos funciones fundamentales: a) identificar el grado de cumplimiento de sus programas a lo largo de la carrera de medicina y b) investigar acerca de la ubicación de los ex alumnos en el mercado de trabajo, así como la congruencia entre la formación proporcionada en la institución educativa y el grado de satisfacción laboral por parte de sus empleadores.(Fernández-Ortega et al., 2015)*

*Estos programas permitieron el desarrollo de habilidades y competencias que favorecen la resolución de problemas de salud comunitaria, docencia e investigación y la administración en salud, sin embargo; estas aptitudes pueden no ser aplicadas en su totalidad o se adaptaron a la situación de cada uno de las comunidades asignadas a los profesionales de la salud.(Ceitlin, 2006)*

*El perfil profesional es dinámico, ya que está en permanente cambio. Las competencias de un médico familiar incluyen: (Arias-Castillo, 2008)*

*Competencia clínica, siendo creador de decisiones que permitan usar tecnologías adecuadas para el manejo de cada paciente.*

- *Comunicador eficiente, capaz de promover estilos de vida saludables y mejorar la salud de su comunidad.*
- *Miembro de un equipo, pudiendo trabajar armoniosamente con otros especialistas o servicios.*
- *Gestor de recursos sanitarios, remitiendo a quienes realmente lo necesitan, sin afectar la calidad de sus servicios.*
- *Líder de la comunidad, ya que investiga los requerimientos de su población en base a los determinantes de la salud y realiza planes de acción que resuelven problemas socio sanitarios.*
- *Docencia e investigación.*

*El presente estudio identifica las competencias que encuentran desempeñando los médicos graduados de la primera cohorte de Medicina Familiar en convenio con el Ministerio de Salud, teniendo en cuenta el perfil de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador con el que fueron formados.*

## **1.2. JUSTIFICACIÓN**

*En el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), aprobado en el Ministerio de Salud en el 2011, se expresan las fortalezas del médico familiar, identificando los principios básicos de esta especialidad y poniendo como principal objetivo lograr la continuidad de la atención, en todas sus etapas del ciclo vital. Además se plasman las competencias de un médico familiar como: la atención clínica, comunicación, trabajo en equipo, gestor de recursos sanitarios, docencia e investigación. (Bonal Pitz & Casado Vicente, 2004)*

*Los estudios de egresados y seguimiento de los mismos constituyen una manera de medir el éxito de las universidades, basados principalmente en la situación de sus estudiantes con respecto a su inserción laboral y su compromiso social, permiten dar una visión objetiva de los logros y fallas en la formación médica, convirtiéndose en herramientas básicas para la realimentación y el rediseño de programas. (Guevara-Cotrina, Saucedo-Chinchay, Díaz-Vélez, & Soto-Cáceres, 2016)*

*La mayor experiencia en la evaluación de la competencia clínica de profesionales en el ejercicio corresponde al Institut d'Estudis de la Salut (IES) que trabajan en la metodología (ECO) Evaluación Clínica Objetiva Estructurada, en España desde hace 20 años, siendo un instrumento que evalúa de forma estandarizada el desarrollo de competencias y profesionalismo de los médicos, cuyo objetivo, no es solo ser un instrumento de evaluación sumativo, sino también su uso en la evaluación formativa. (Romero, 2002)*

*Los estudios de seguimiento de graduados en el Ecuador son muy escasos lo que motivó a la realización de esta investigación la misma que permitirá obtener información valiosa del papel que están desempeñando los Médicos de Familia graduados de la primera cohorte sede Portoviejo y Santo Domingo de los Tsáchilas, en base a las competencias con las que fueron formados y si el actual Sistema de salud impidió de alguna manera desarrollar en su totalidad las competencias del perfil del Médico Familiar, en las unidades operativas en las que hayan sido asignados.*

*Además el agendamiento de pacientes se encuentra en manos externas, impidiendo que la atención sea continua e integral. Según Bedoya “Todos los médicos especialistas del primer nivel de atención deben ser asignados a la atención directa, para lo cual deberán ser retirados del agendamiento por “Call center” y de cualquier actividad o responsabilidad operativa de gestión administrativa.”*

## **2. CAPITULO II: MARCO TEÓRICO**

### **2.1. ATENCION PRIMARIA.**

#### **2.1.1. Atención primaria en salud**

*La evolución de la atención primaria va ligada al progreso histórico de la medicina, la misma que ha seguido diferentes cursos a través del tiempo y de las heterogéneas culturas, empieza con las transiciones sociales donde se documentan los primeros vestigios relacionados con la curación, líderes espirituales y conocedores de los ciclos de la naturaleza, relacionan efectos en las cosechas y las enfermedades. Históricamente en la medicina China empieza la utilización de semillas como efecto saludable, posteriormente con Hipócrates y Galeno se da inicio al estudio científico de la medicina y se sientan las bases de la medicina tradicional.(Dedeu, Lapena, Martí, Monguet, & Picas, 2011)*

*En la época clásica, Hipócrates recalcó la estrecha dependencia entre las condiciones higiénicas (vivienda, alimentación, vestido) y la aparición de la enfermedad y es Galeno quien investiga explícitamente la influencia del ambiente físico y social sobre la salud de los pacientes. (Lopez, 1847)*

*En Europa, el conocimiento de la anatomía del cuerpo humano, de las enfermedades infecciosas y de las plantas con sus propiedades curativas, coincide también con el nacimiento de los primeros hospitales establecidos por algunas órdenes religiosas; aquí se diferencian tres tipos de médicos: los generalistas, los barberos-cirujanos y los apotecarios. Este hecho podría ser considerado como el punto de partida de la diferenciación de los niveles asistenciales y con ello de la aparición del concepto de atención primaria. (Dedeu et al., 2011)*

*Es así que a partir de la segunda Guerra Mundial en el año 70 surge el término de Atención Primaria en Salud propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019) que indican que es la asistencia sanitaria fundamental accesible a todos los individuos y familias de la comunidad.*

*También en esta misma época se produjeron dos acontecimientos relevantes: el primero de ámbito internacional la conferencia de Alma Ata, y el segundo en España, donde reconocieron a la medicina de familia como especialidad médica (Martín, 2018)*

### **2.1.2. Declaración de Alma Ata**

*El 12 de septiembre de 1978, en la ciudad de Alma-Ata (Kazajistán) se realizó la conferencia sobre Atención Primaria de la Salud (APS), organizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), liderada por un eminente sanitarista Haldfan Mähler y representantes oficiales de todos los países miembros de ambas dependencias, donde se comprometieron a alcanzar para el año 2000 una salud para todos. (Casas Patiño, Rodríguez Torres, & Casas Patiño, 2013)*

*La Conferencia de Alma-Ata definió la APS fundamentada en métodos y tecnologías expertamente fundados y socialmente aprobados, al alcance de las personas y de la colectividad, a un precio que el estado logre sobrellevar en todas y cada una de los períodos de su crecimiento. (Julio, Vacarezza, Alvarez, & Sosa, 2011)*

*En Alma Ata se reemplazó el viejo concepto de salud como "ausencia de enfermedad" y se impuso una nueva definición de salud como "Bienestar físico, psicológico y Social" con lo cual se involucran los ideales de todo ser humano, a la*

*vez que se comprometía el esfuerzo de los diferentes jerarquías del gobierno, y se involucra directamente a la colectividad en las acciones dirigidas a su autocuidado. (Malagón Londoño, 2017)*

*Implica una concesión racional de los recursos que permita a todos acceder a los servicios de promoción, protección, curación y rehabilitación, es decir, accesibilidad a la atención de la salud oportuna, igualitaria e integral, lograda a través de una mayor eficiencia en el uso y distribución de los recursos. (Ase & Burijovich, 2009)*

*La APS de Alma-Ata promovió dentro de sus principios la integralidad, universalidad, equidad y solidaridad, y su desarrollo en todos los niveles (Angulo et al., 2012). Además incluye por lo menos ocho elementos básicos: educación para la salud, control de las enfermedades endémicas locales, programa expandido de inmunizaciones, atención materno infantil que incluye planificación familiar, disponibilidad de medicamentos básicos, promoción de la nutrición (vigilancia nutricional), tratamiento de enfermedades comunes, y saneamiento ambiental, principalmente suministro de agua potable. (Rodríguez, 1988)*

### **2.1.3. Atención primaria en salud renovada**

*A partir del año 2003, y como producto del análisis y lecciones aprendidas durante tres décadas, dentro de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) se viene promoviendo un proceso para la renovación del compromiso con la APS, por lo que se propone la renovación para la región de las Américas. (Unión Europea, 2013)*

*El propósito de la renovación de la APS es revitalizar la capacidad de todos los países de constituir una diplomacia coordinada, efectiva y sostenible que acceda a solucionar los problemas de salud existentes, enfrentar los nuevos desafíos en salud y mejorar la equidad, logrando mejoras sostenibles en salud para toda la población.(OPS, 2007)*

*Las razones para que se ayude con un enfoque renovado son las siguientes: visión de nuevos retos epidemiológicos; la necesidad de transformar las debilidades; el progreso de conocimientos y herramientas nuevas; el análisis para abordar los determinantes sociales de la mala salud y la desigualdad.(OMS & OPS, 2005)*

*Un aspecto valioso de la renovación de la APS consiste en su posicionamiento claro para recuperar el derecho a la salud como objetivo central. Los Estados tienen el compromiso de respetar el derecho de salud para todos sus ciudadanos; presenta además ciertas características:*

- **Disponibilidad:** corresponderá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de programas.*
- **Accesibilidad:** deben ser viables a todas las personas, sin discriminación alguna, presenta cuatro dimensiones superpuestas: no discriminación; accesibilidad física; económica; acceso a la información.*
- **Aceptabilidad:** convendrán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados.*
- **Calidad:** deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad.(Unión Europea, 2013)*

*Las transformaciones al sistema de salud componen la renovación de la APS esbozada en el 2008 en 4 ejes:*

- *Cobertura universal que respondan la equidad sanitaria, la justicia y la protección social en salud.*
- *Prestación de servicios que restablezcan los servicios de salud en función de las necesidades y expectativas de la población.*
- *Políticas públicas que renueven la salud de las comunidades mediante la unificación de las intervenciones de salud pública y la atención primaria.*
- *Liderazgo: ser integrador, participativo y dialogante capaz de afrontar la complejidad de los actuales sistemas de salud. (Armijos Ruilova et al., 2016)*

#### **2.1.4. Declaración de Astana**

*En el aniversario 40 de la Declaración de Alma-Ata, representantes gubernamentales de todo el mundo se reunieron en la ciudad de Astaná (Kazajistán) durante los días 25 y 26 de octubre 2018 para participar en la Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud y reafirmar los compromisos de “Salud para Todos”. (Vargas-Palacios, 2018)*

*El fortalecimiento de la APS es el enfoque más inclusivo y eficaz para optimizar la salud física y mental de los individuos, constituye la piedra angular de un sistema de salud sostenible para la cobertura sanitaria universal (CSU) y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. (Vargas-Palacios, 2018)*

*Además estimularon a no relacionar la APS con el primer nivel de atención, o con servicios básicos, subrayaron la importancia del rol y responsabilidad de los estados, la necesidad de ahondar la participación social en salud e integrar la visión de género en el manejo de la salud.(Pirela, 2019)*

*Esta Declaración de Astaná reitera el compromiso mundial de los sistemas sanitarios para cuidar de las personas mediante una APS renovada y sostenible orientada a alcanzar la cobertura universal de salud con el apoyo de la OMS, la OPS y el UNICEF. (Torres, 2018)*

**TABLA 1: ENFOQUES DE LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD**

<b>ENFOQUE</b>	<b>DEFINICIÓN</b>	<b>ENFÁSIS</b>
<b>APS Selectiva</b>	<i>Hay servicios de alto impacto limitados. Se indica a un número limitado de servicios de alto impacto, sin contribuir al fortalecimiento del sistema de salud.</i>	<i>Conjunto de actividades para los menos favorecidos.</i>
<b>Atención Primaria</b>	<i>Constituye la puerta de entrada al sistema de salud, depende de la presencia de médicos familiares o médicos generales.</i>	<i>Nivel de atención de un sistema de salud</i>
<b>Alma Ata APS Ampliada</b>	<i>La declaración de Alma Ata tiene como principios la equidad, integralidad, universalidad y solidaridad. Involucra a la participación comunitaria y coordinación intersectorial.</i>	<i>Estrategia para promover salud para todos</i>
<b>APS Renovada</b>	<i>Rumbo a las metas de los Objetivos del Desarrollo del Milenio, logrando mejoras en la salud de la población y abordando determinantes sociales. Además fomenta el trabajo intersectorial</i>	<i>El estado tiene la obligación de proteger y respetar el derecho a la salud de todos.</i>
<b>Declaración de Astana</b>	<i>Su compromiso es establecer una Atención Primaria sostenible, empoderando a los individuos y comunidades</i>	<i>Cuida de la salud de las personas mediante una APS renovada y sostenible.</i>
<b>Enfoque de Salud y Derechos Humanos</b>	<i>Forja la salud como un derecho humano y recalca la necesidad de reconocer y tener mayor énfasis a los determinantes sociales y políticos de la Declaración de Alma Ata.</i>	<i>Filosofía que atraviesa la salud y los sectores sociales</i>

*Elaborado por: Tanya Morocho /Wendy Quelal.  
Fuente: (Unión Europea, 2013)*

## **2.2. SISTEMA DE SALUD**

*Es una estructura social que está formada por un grupo de personas y acciones consignadas a mantener y mejorar la salud realizando actividades de promoción, protección, prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción. (Seghí-Gómez, Toledo, & Jimenez, 2014)*

*Debería caracterizarse por: “Ser universal, integra, equitativo, eficiente, flexible y participativo.” (Seghí-Gómez et al., 2014)*

### **2.2.1. Taxonomía de los sistemas**

- **Modelo universalista:** *se distingue por poseer financiación pública con recursos originarios de impuestos y acceso universal a los productos que son abastecidos por proveedores gubernamentales. (Tobar, 2017)*
- **Modelo del seguro social:** *se caracteriza por un mínimo protagonismo estatal, gestión descentralizada. La financiación es por aportes y contribuciones de los empresarios y de los trabajadores de manera obligatorio y gestionan los propios interesados. (Tobar, 2017)*
- **Modelo de seguros privados:** *hay separación del sector público, limita la acción del Estado a una escasa regulación, tanto en los cargos de financiador como de prestador, organización dividida, descentralizada. (Tobar, 2017)*
- **Modelo asistencialista:** *se centra en el proyecto liberal que plantea a la salud como cuestión individual. No corresponde al Estado asumir funciones relativas a la prestación, financiamiento y regulación sectorial. (Tobar, 2017)*

### 2.2.2. Organización del sistema:

**Niveles de atención:** forma metódica y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de salud de la población. (Julio et al., 2011)

**Nivel de complejidad:** Se entiende como complejidad el número de tareas diferenciadas o procedimiento complejos que comprenden la actividad de una unidad asistencial y el grado de desarrollo alcanzado por ella. (Julio et al., 2011)

Clásicamente se distinguen tres niveles de atención:

TABLA 2: NIVELES DE ATENCIÓN

<b>NIVEL DE ATENCIÓN</b>	<b>CARACTERÍSTICAS</b>	<b>ENTIDADES</b>	<b>RESOLUCIÓN</b>
<b>Primer nivel de atención y complejidad</b>	Es la puerta de entrada al sistema de salud. Realiza acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación.	Establecimiento de baja complejidad	El 85% de patologías más frecuentes.
<b>Segundo nivel de atención y complejidad</b>	Recibe referencias del primer nivel de atención. Incluye servicios de hospitalización y urgencias, donde funcionan 4 especialidad básicas como: cirugía general, medicina interna, pediatría y gineco-obstetricia.	Hospitales generales	15% de problemas de salud
<b>Tercer nivel de atención y complejidad</b>	Generalmente son centros de mayor complejidad y de alta tecnología, que atiende problemas de salud muy complejos que requieren resolución por especialidad.	Centros de alta complejidad.	5% de los problemas de salud

Elaborado por: Tanya Morocho /Wendy Quelal.

Fuente: (Julio et al., 2011)

### **2.2.3. Sistema de referencia, contrarreferencia, derivación.**

**Referencia:** proceso por el cual los prestadores de salud envían a los beneficiarios de un establecimiento de salud de menor a mayor complejidad. (Ministerio de Salud Pública, 2014)

**Contrarreferencia:** conducta administrativo- asistencial mediante el cual el establecimiento de salud de referencia, una vez resuelto el problema de salud, devuelve la obligación del cuidado de salud de un paciente o el resultado de una prueba diagnóstica, para su control y seguimiento. (Julio et al., 2011)

**Derivación:** proceso por el cual los prestadores de salud dirigen a los usuarios de cualquier nivel de atención a un prestador externo público (Red Pública Integral de Salud) o privado (Complementario) del mismo o mayor nivel de atención y/o de complejidad. (Yangua & Miño, 2019)

#### 2.2.4. Niveles de prevención

TABLA 3: NIVELES DE PREVENCIÓN

<b>NIVELES DE PREVENCIÓN</b>	<b>CARACTERÍSTICAS</b>
<b>Prevención primaria</b>	<i>Se fundamenta en evitar la aparición o disminuir la probabilidad e incidencia de padecer una determinada enfermedad. Realiza actividades de promoción y prevención de salud, actuando sobre factores de riesgo.</i>
<b>Prevención secundaria</b>	<i>Se ocupa del diagnóstico y tratamiento temprano de la enfermedad. Pone en marcha las medidas necesarias como programas de cribado (o screening) para impedir su progresión y disminuir la prevalencia de la enfermedad.</i>
<b>Prevención Terciaria</b>	<i>Actúa cuando ya se ha establecido la enfermedad, intentando retrasar su curso, limitar las incapacidades y mejorar la calidad de vida. Lo hace mediante la atención médica y las medidas de rehabilitación física, psíquica y ocupacional. El objetivo es la reducción de las complicaciones.</i>
<b>Prevención Cuaternaria</b>	<i>Identificar a un paciente en riesgo de sufrir intervenciones sanitarias poco éticas, innecesarias o excesivamente invasivas, para protegerlos de una nueva invasión médica.</i>

Elaborado por: Tanya Morocho /Wendy Quelal.

Fuente:(Monreal Hajar, García Ruiz, & Forés Catalá, 2011)(Cuba Fuentes & Morera González, 2016)

### 2.3. SISTEMA DE SALUD EN EL ECUADOR

*Está ordenado por un marco legal que va a partir de la Constitución de la República en los que se instaura su creación, principios, componentes, características y garantías que debe efectuar para garantizar el derecho a la salud de toda la población. Organiza también las particularidades del Modelo Integral de Salud y la estructuración de la Red Pública de Salud.(Coro, 2017)*

*El Código Orgánico de Planificación y Ordenamiento Territorial (2015) instituye las competencias de infraestructura, equipamiento y faculta la rectoría en políticas nacionales de salud para el prosperidad de las personas.(Coro, 2017)*

*La Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (2013) normaliza las acciones que admitan efectivizar el derecho universal a la salud consagrado en la Constitución Política de la República y la ley. (Coro, 2017)*

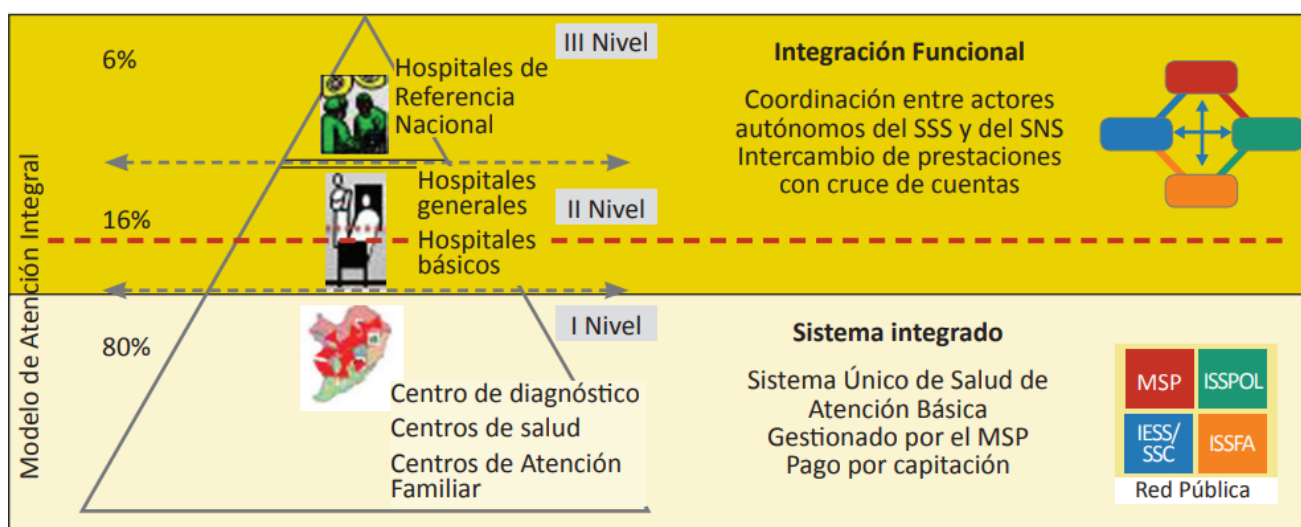
### **2.3.1. RED DE SERVICIOS DE SALUD**

*La Red Nacional de Salud está conformada por la Red Pública y la Red Privada de atención en Salud, y estos a su vez presenten niveles de atención de acuerdo a su complejidad determinada mediante acuerdo Ministerial 5212 de fecha 24 de diciembre del 2014.(Coro, 2017).*

### **2.3.2. MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD**

*Se define al Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) como la aglomeración de estrategias, normas, procedimientos, herramientas y recursos que al complementarse, organiza el Sistema Nacional de Salud para examinar las necesidades de salud de las personas, las familias y la comunidad, admitiendo la integralidad en los niveles de atención en la red. (MSP, 2012)*

GRÁFICO 1: MODELO ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD



Fuente: (ISAGS, 2012)

Los establecimientos de Sistema Nacional de Salud se clasifican por Niveles de Atención y según su capacidad resolutive, conforme se detalla a continuación:

### 2.3.2.1. Primer nivel de atención

Son los más contiguos a la población, proporcionan y regularizan el flujo del usuario dentro del Sistema, facilitan productos de promoción de la salud, prevención de enfermedades, recuperación de la salud, rehabilitación y cuidados paliativos.

(Ministerio de Salud Pública, 2014)

Los establecimientos que conforman el primer nivel de atención, de acuerdo a los niveles de complejidad se clasifican en los siguientes tipos:

**TABLA 4: ESTABLECIMIENTOS DEL PRIMER NIVEL**

<b>ESTABLECIMIENTOS</b>	<b>CARACTERÍSTICAS</b>
<b><i>Puesto de Salud</i></b>	<i>Tienen una población asignada de menos de 2000 personas, donde se realiza actividades de promoción y prevención, generalmente están ubicados en zona rural.</i>
<b><i>Consultorio General</i></b>	<i>Consta de servicios de odontología, psicología, medicina familiar o general y obstetricia.</i>
<b><i>Centro de Salud A</i></b>	<i>Tiene una población asignada de menos de 10 000 habitantes, donde se realiza actividades de promoción, prevención y recuperación de la salud, realizando atención a través de Equipos de Atención Integral en Salud.</i>
<b><i>Centro de Salud B</i></b>	<i>Atiende a una población de 10.001 a 50.000 habitantes, proporciona servicios de promoción de la salud, prevención de enfermedades, recuperación de la salud y cuidados paliativos por ciclos de vida. En su cartera de servicios además de los servicios básicos tiene nutrición y rehabilitación.</i>
<b><i>Centro de Salud C Materno Infantil y Emergencia</i></b>	<i>Establecimiento establecido en el sector urbano; atiende a una población de 25.000 a 50.000 habitantes. Puede contar con rehabilitación integral, diagnóstico de radiología e imagen de baja complejidad.</i>

*Elaborado por: Tanya Morocho /Wendy Quelal.*

*Fuente:(MSP, 2013) (Blacio, 2017)*

### **2.3.2.2. Segundo nivel de atención**

*De acuerdo a lo establecido en el Acuerdo Ministerial No. 5212 del año 2014, corresponde a los establecimientos que prestan servicios de Atención ambulatoria especializada y aquellas que requieran hospitalización. Constituye el escalón de referencia inmediata del Primer Nivel de Atención los mismos que se detalla a continuación: (Coro, 2017)*

TABLA 5: ESTABLECIMIENTOS DEL SEGUNDO NIVEL

<b>ESTABLECIMIENTO</b>	<b>CARACTERÍSTICAS</b>
<b>AMBULATORIO</b>	
<b>Consultorio de Especialidad (es) Clínico – quirúrgico</b>	Asistencia por un profesional con formación académica de cuarto nivel, en las diferentes especialidades clínico-quirúrgicas. (Ministerio de Salud Pública, 2014)
<b>Centro de Especialidades</b>	Atención de consulta externa y cuenta con dos o más de las especialidades clínicas y/o quirúrgicas. (Ministerio de Salud Pública, 2014)
<b>Centro clínico-quirúrgico ambulatorio (Hospital del Día):</b>	Servicios de consulta externa, farmacia, brinda atención de salud clínica, quirúrgica o clínico-quirúrgica ambulatoria y programada, de forma continua, con cuidados de enfermería y un lapso de internación menor a veinte y cuatro horas. (Ministerio de Salud Pública, 2014)
<b>HOSPITALARIO</b>	
<b>Hospital Básico</b>	Presenta los servicios de consulta externa, emergencia e internación y con las especialidades clínicas y/o quirúrgicas básicas de medicina interna, medicina familiar, ginecología y obstetricia, pediatría, cirugía general y odontología. Puede contar con el servicio de docencia e investigación. Constituye el escalón de referencia inmediata del Primer Nivel de Atención y direcciona la contrarreferencia. (Coro, 2017)
<b>Hospital General</b>	Cuenta con consulta externa, emergencia e internación y con las especialidades clínicas y/o quirúrgicas. Además puede contar con servicio de diálisis, servicio de atención básica de quemados, rehabilitación integral y banco de leche humana.(Coro, 2017)

Elaborado por: Tanya Morocho /Wendy Quelal.

Fuente: (Ministerio de Salud Pública, 2014) (Coro, 2017)

### 2.3.2.3. Tercer nivel de atención

Corresponde a los establecimientos que prestan servicios ambulatorios y hospitalarios de especialidad y especializados, son de referencia nacional, resuelven los problemas de salud de alta complejidad y pueden realizar, incluso, trasplantes. Tienen recursos de tecnología de punta y cuentan con especialidades y

subespecialidades clínico-quirúrgicas reconocidas por la ley, los mismos que se detalla a continuación: (Coro, 2017)

**TABLA 6: ESTABLECIMIENTOS DEL TERCER NIVEL**

<b>ESTABLECIMIENTOS</b>	<b>CARACTERISTICAS</b>
<b>AMBULATORIO</b>	
<b>Centro especializado</b>	<i>Presta servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico, recuperación y/o rehabilitación en una especialidad específica clínica, quirúrgica o clínico-quirúrgica, con o sin internación y que puede contar con el servicio de docencia e investigación. Atiende a la población del país a través del subsistema de referencia y contrarreferencia. (Ministerio de Salud Pública, 2014)</i>
<b>HOSPITALARIO</b>	
<b>Hospital Especializado</b>	<i>Establecimiento de alta complejidad, que provee atención ambulatoria en consulta externa, emergencia y hospitalaria de una determinada especialidad y/o subespecialidad. Esta atención médica especializada demanda de tecnología de punta, recursos humanos, materiales y equipos especializados. (MSP, 2013)</i>

*Elaborado por: Tanya Morocho /Wendy Quelal.*

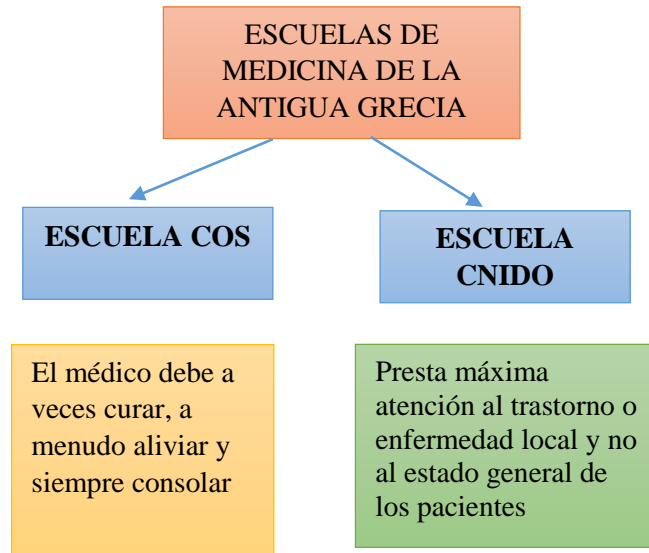
*Fuente: (MSP, 2013)(Ministerio de Salud Pública, 2014)*

#### **2.3.2.4. Cuarto nivel de atención**

*Está conformado por aquellos establecimientos que prestan servicios especializados. Su finalidad es concentrar la experimentación clínica en salud, cuya evidencia no es suficiente para poder implementarla en la población en general. Sus características principales son: mínima cobertura y máxima complejidad.(Coro, 2017)*

## 2.4. HISTORIA DE LA MEDICINA FAMILIAR

GRÁFICO 2: ESCUELAS DE MEDICINA



Elaborado por: Tanya Morocho /Wendy Quelal.  
Fuente:(Casado, 2018)

*En el Siglo XIX y a principios del siglo XX en América y Europa, la medicina general tuvo su auge, cada familia contaba con un médico que conocía de medicina, cirugía y obstetricia permitiendo la continuidad de la atención. En el periodo de la revolución Francesa y la Revolución Industrial apareció el término de «médico de cabecera» ocupando un lugar especial en la sociedad, estableciéndose como un líder comunitario, epidemiólogo e investigador, que enfrentaba problemas de la dinámica familiar y su entorno, promoviendo múltiples cambios sociales. (Casado, 2018) (Cruz et al., 2017)*

### ***Primera mitad del siglo XX***

*En los primeros años de este siglo, comenzaron a emerger las especialidades y subespecialidades producto de la explosión tecnológica y descubrimientos científicos, que Ian McWhinney denominó las «especialidades mayores» a las que podían acceder los médicos generales a través de postgrado estas son : medicina interna, cirugía, pediatría, obstetricia y psiquiatría. Durante los primeros 50 años del siglo xx en Europa la relación médicos generales / especialistas es de 20/80. (Casado, 2018)*

*Se pueden ya identificar en esta época tres grandes influencias para la medicina general, que son: la medicina social - humanista, la medicina científica - académica y la Atención Primaria como ámbito propio de actuación. Las tres influyeron en la creación de la Medicina Familiar en la década de 1940 y generó la Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC) en muchos países entre ellos España. Para 1947, se fundó la American Academy of General Practice, primera sociedad científica de médicos de familia. (Casado, 2018)*

### ***Segunda mitad del siglo XX***

*A partir de 1950 se tomó conciencia que el médico que egresaba de las Universidades no estaba preparado para atender los problemas de la población, por lo que se necesitaba de un profesional que atendiera a las personas de una manera más integral y en toda su complejidad y no una atención fragmentada, basado a solo órganos, aparatos y sistemas.*

*Y es en 1960 cuando nace la Medicina Familiar como especialidad y ya para 1970 se extendió a los cinco continentes, creando colegios y academias, dedicados al desarrollo académico de la disciplina (Casado, 2018)*

#### **2.4.1. MEDICINA FAMILIAR EN EL MUNDO**

##### ***Asia y Pacífico***

*La Medicina Familiar es reconocida como especialidad en Corea del Sur, Malasia, Singapur, Hong Kong, Taiwán, Filipinas, Australia y Nueva Zelanda, Israel, Japón, Rusia, la India, China, Ucrania, Vietnam, Suráfrica, Egipto y Nigeria. Un comité árabe supervisa la formación especializada en Arabia Saudí, Omán, Kuwait y Jordania.*

##### ***Europa***

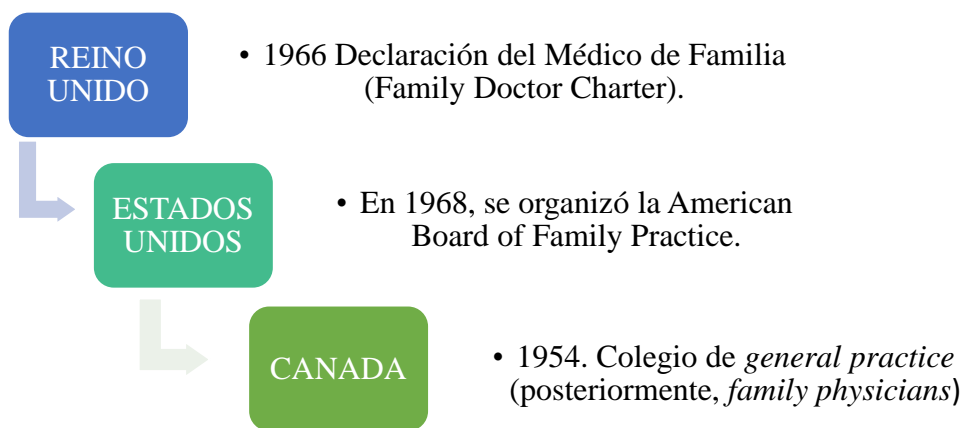
*La especialidad en Europa es obligatoria para todos los países de la Unión Europea y para los países adscritos a la European Academy of Teachers in General Practice (EURACT) se considera especialidad. En un 60% la denominan Medicina de Familia y para el resto medicina general con periodo de formación para la especialidad que va desde es de 2 a 6 años.*

##### ***Reino Unido***

*En 1966 fue la Declaración del Médico de Familia (Family Doctor Charter) que logró la independencia ideológica del Royal Collage of General Practitioners (RCGP), quien elaboro su primer informe donde acentuaba que «un servicio de medicina general solo puede sobrevivir si quienes trabajan en él tienen una formación rigurosa, condiciones satisfactorias de trabajo y buenas oportunidades, similares a*

los que trabajan en un servicio especializado». Para 1986 todas las facultades de medicina tenían departamento de General Practice, favoreciendo el reconocimiento y afianzamiento de la especialidad. (Casado, 2018)

### GRÁFICO 3: MEDICINA FAMILIAREN EUROPA Y ANGLOAMERICA



Elaborado por: Tanya Morocho /Wendy Quelal.  
Fuente: (Casado, 2018)

#### 2.4.2. MEDICINA FAMILIAR EN ANGLOAMERICA

##### **Estados Unidos**

Como consecuencia a una disminución de acceso a la asistencia sanitaria debido a la fragmentación de la medicina por la tendencia a la especialización, dio lugar a que los planificadores buscaran nuevas formas para cubrir esta deficiencia de médicos en Atención Primaria. El informe de la Comisión Millis realizado en 1966, recomendó el entrenamiento específico de postgrado para todos los médicos de

*Atención Primaria; y gracias a lo cual se crearon departamentos de medicina general o Medicina Familiar en las escuelas de medicina. (Dávila & Garza, 2013)*

*En 1968, se organizó la American Board of Family Practice quien legalizó la especialidad de Medicina Familiar, constituida formalmente en 1969. En ese mismo año, se autorizaron los primeros quince programas de residencia en Estados Unidos, y sus primeros especialistas egresaron en 1971. Para 1990, la totalidad de las facultades medicina de Estados Unidos contaban con la especialidad de Medicina Familiar. (Casado, 2018)*

### **Canadá**

*Para 1954 en Canadá, se fundó el colegio de general Practice (posteriormente, Family Physicians) donde se da lugar la formación de postgrado de los médicos familiares. En 1966 Ian McWhinney (Británico), fue el primer profesor de Medicina Familiar en Canadá, en la Universidad de Western Ontario y alegaba que la Medicina Familiar era un movimiento conservador, ya que busca recuperar los modos de pensamiento y valores ya perdidos de la medicina. (Casado, 2018)*

## **2.4.3. MEDICINA FAMILIAR EN IBEROAMERICA**

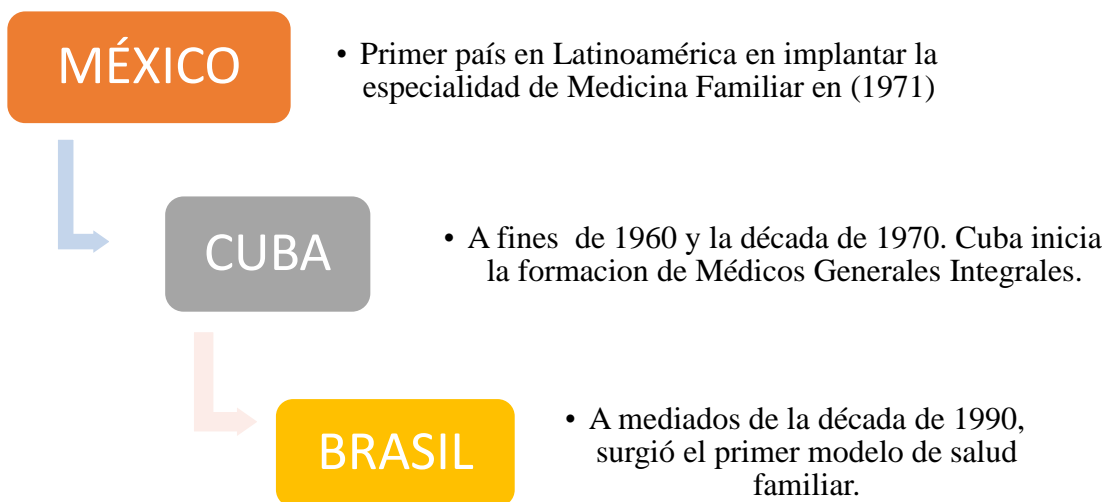
### **España**

*La especialidad de Medicina Familiar apareció en 1978 e impulsó el desarrollo de Equipos de Atención Primaria (EAP). Ya en 1984 fue creada la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), cuyo objetivo es promover la investigación favoreciendo el desarrollo de conocimientos de esta especialidad. (Caballero, 2008)*

*En 1970 se inició la formación de postgrado de la Medicina Familiar en México, Brasil, Bolivia, Costa Rica, Argentina, Colombia, Ecuador y Venezuela, extendiéndose al resto de los países en la década de 1980.*

*En 1981 se fundó en la Caracas el Centro Internacional para la Medicina Familiar (CIMF). Para 1994, se convirtió en una federación de sociedades, colegios y asociaciones de Iberoamérica. (Casado, 2018)*

#### GRÁFICO 4: MEDICINA FAMILIAR EN IBEROAMERICA



*Elaborado por: Tanya Morocho /Wendy Quelal.  
Fuente: (Casado, 2018)*

#### **México**

*México fue el primer país de Latinoamérica en implantar la especialidad de Medicina Familiar en (1971); para lograr la formación de profesionales se realizó por dos vías: una por medio de residencia médica con aval universitario sobretodo de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y otra vía fue a través de la*

*formación de médicos que ya laboraban en unidades de Atención Primaria. (Dávila & Garza, 2013)*

*En México, en el primer nivel de atención, existen unidades de Medicina Familiar que cuentan con una infraestructura adecuada incluso expediente electrónico; además cada profesional de salud atiende un promedio de 2000 a 3000 personas. (Dávila & Garza, 2013)*

*En el Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS), aproximadamente el 90% de los pacientes son adscritos a consultorios de medicina familiar, de los cuales las dos terceras partes son atendidos por médicos especialistas. (Dávila & Garza, 2013)*

### **Cuba**

*El modelo cubano ha sido ejemplo en cuanto a organización y logros. En el periodo de la posrevolución —a fines de 1960 y la década de 1970—, con el objetivo de compensar la carencia de médicos, Cuba inició la formación masiva de médicos con base comunitaria, originándose así la especialidad de Medicina General Integral (MGI). (Dávila & Garza, 2013)*

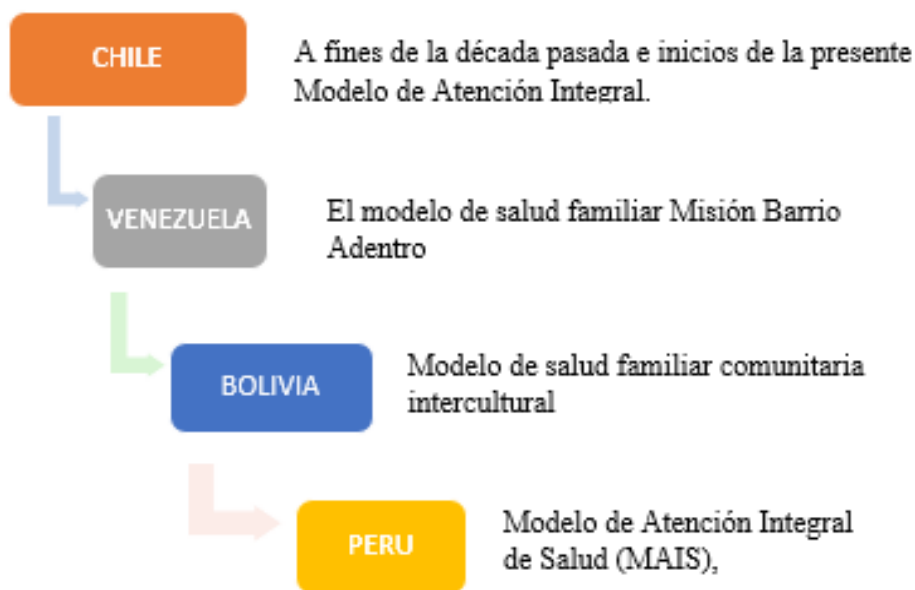
*El Centro de acción y núcleo lo constituyen los equipos básicos de salud, formados por médico y enfermera de familia, quienes trabajan en un consultorio vivienda, localizado en un sector específico atendiendo aproximadamente entre 150 a 300 familias. Este equipo se encarga de realizar actividades de promoción, prevención y seguimiento a los problemas de salud del individuo, familia y comunidad. (Dávila & Garza, 2013)*

*En el Modelo Cubano, se implementaron también Policlínicos, donde existe un grupo básico de trabajo multidisciplinario, que cumple actividades asistenciales y docentes, integrado por especialistas en medicina interna, ginecoobstetricia y pediatría, médico general integral, psicología y trabajo social. (Dávila & Garza, 2013)*

### **Brasil**

*En Brasil a mediados de la década de 1990, surgió el primer modelo de salud familiar, que consta de un equipo básico de salud, formado por el médico general, un enfermero, un auxiliar de enfermería y de cuatro a seis promotores comunitarios. Cada equipo abarca la atención de alrededor de 800 familias, través de visitas domiciliarias y labor con organizaciones comunitarias. (Dávila & Garza, 2013)*

**GRÁFICO 5: MEDICINA FAMILIAR EN IBEROAMERICA**



*Elaborado por: Tanya Morocho /Wendy Quelal.  
Fuente: (Casado, 2018)*

## **Chile**

*Chile contaba con programas universitarios para formar médicos familiares desde la década de 1990 desarrollados en la Pontificia Universidad Católica de Chile y en la Universidad de Concepción.*

*A fines de la década pasada e inicios de la presente, surge el Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario, similar al que presentan Cuba y Brasil, es decir trabajan en centros de salud familiar, financiados originalmente a través de impuestos, con un equipo de salud que tiene población asignada, realizando actividades de promoción y prevención. (Dávila & Garza, 2013)*

## **Venezuela**

*El modelo de salud familiar de Venezuela llamada Misión Barrio Adentro, fue desarrollada gracias a una inversión social y cooperación binacional de Cuba y su principal objetivo fue garantizar la calidad e integralidad de los servicios de salud en los lugares más excluidos.(Dávila & Garza, 2013)*

*En esta Misión participaron miles de Médicos Generales Integrales de Cuba, quienes aumentaron la oferta de servicios para el primer nivel de atención de Venezuela, así como, se encargaron de la formación de profesionales para nutrir este modelo. (Dávila & Garza, 2013)*

## **Bolivia**

*Bolivia presenta un Modelo de salud familiar comunitaria intercultural, similar al de Venezuela, con recursos humanos provenientes de Cuba, que contiene un contingente amplio de equipos básicos de salud. (Dávila & Garza, 2013)*

## **Perú**

*Perú no tiene experiencias pilotos en la formación de médicos especialistas en medicina Familiar. Sin embargo, la aprobación del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), fue un punto de partida importante fue donde la persona se constituye en el centro, siendo reconocida en su cómo ser biopsicosocial. (Dávila & Garza, 2013)*

### **2.4.4. LA MEDICINA FAMILIAR EN ECUADOR**

*En Ecuador se establece que la estrategia de la Atención Primaria de la Salud debe ser la base para el buen funcionamiento de la Red Pública y del Sistema Nacional de Salud; por lo tanto el modelo de atención debería estar orientado a implementar nuevas estrategias para fortalecer la promoción y prevención, permitiendo el acceso continuo a los servicios integrales de salud. (Naranjo Ferregut, J. A., Delgado Cruz, A., & Sánchez Pérez, 2015)*

*En MSP con el fin de satisfacer estas demandas de salud de la población, se implementa un Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) y la creación de equipos de atención integral de salud. Para lograr cumplir con calidad los objetivos de este nuevo modelo de atención se promueve la formación de especialistas en Medicina Familiar. (Naranjo Ferregut, J. A., Delgado Cruz, A., & Sánchez Pérez, 2015)*

*En el año de 1987, se inició en Ecuador un programa de postgrado en convenio con el Hospital Vozandes Quito y la Universidad Católica de Cuenca. En el año 2005 aparecen programas formales para la formación de especialistas en Medicina Familiar con una duración de 3 años, bajo la modalidad de residencia*

*médica, dos en Quito, uno en Esmeraldas y uno en Loja. Con una malla curricular y metodología que tiene 2 enfoques: un sistema complejo y el constructivista. (Naranjo Ferregut, J. A., Delgado Cruz, A., & Sánchez Pérez, 2015)*

*La Sociedad Ecuatoriana de Medicina Familiar formó en el año 1988, y es miembro activo de la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar(CIMF) y de la Organización Mundial de Médicos de Familia (WONCA). Se trata de una sociedad científica, sin fines lucrativos, cuya misión es permitir la formación médica continua de los médicos familiares promoviendo el trabajo en equipo, la diversidad y respeto mutuo. (Romero, N., Díaz, R., Tinoco, E., & Valle, 2006) (Naranjo Ferregut, J. A., Delgado Cruz, A., & Sánchez Pérez, 2015)*

*Se calcula que el número ideal de médicos de familia es de alrededor de uno por cada 2000 habitantes. Para el caso ecuatoriano se necesitarían alrededor de 6000 médicos de familia.(Naranjo Ferregut, J. A., Delgado Cruz, A., & Sánchez Pérez, 2015)*

## **2.5. MÉDICO FAMILIAR**

### **2.5.1. DEFINICIÓN**

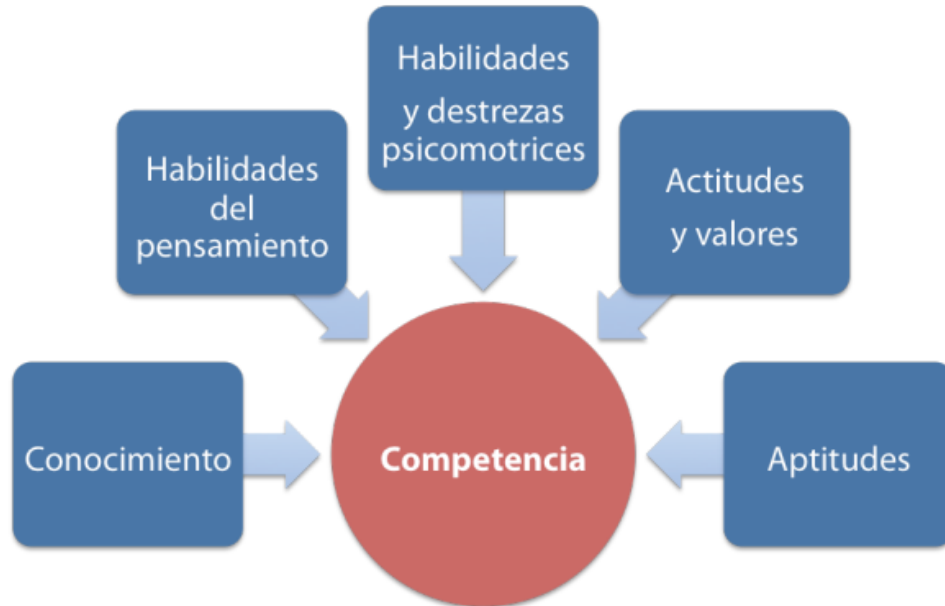
*La Academia Americana de Médicos de Familia, define como la especialidad que ofrece cuidado médico continua e integral para el individuo y la familia, comprende todas las edades, ambos sexos, implica las ciencias biológicas, clínicas y del comportamiento. El elemento clave es proporcionar continuidad en la atención.*

*Es un profesional que constituye la puerta de entrada al sistema sanitario y que tiene la habilidad de manejar adecuadamente los recursos de salud, teniendo en cuenta tanto las necesidades de su población, como los recursos disponibles en la comunidad. (Abril & Cuba, 2013)*

## **2.6. COMPETENCIAS**

*El termino competencia se remonta a la década de los 60, definida como el conjunto de habilidades, conocimientos y la actitud que tiene la persona para desempeñar una función productiva en diferentes contextos de trabajo, que se encuentran en continuo perfeccionamiento. (Peinado Herreros, 2005)*

GRÁFICO 6: COMPONENTES DE LA COMPETENCIA



Fuente: (Durante Montiel, M., Martínez González, A., Morales López, S., Lozano Sánchez, J. R., & Sánchez Mendiola, 2011)

*La norma de la competencia es establecer lo que una persona debe saber, saber hacer y saber ser, en una situación de trabajo definida en forma repetible. Una característica del concepto de competencia es el énfasis en la habilidad en sus tres expresiones: física o manual, intelectual o mental y social o interpersonal.*

*Para que el profesional desarrolle las buenas prácticas es necesaria la presencia conjunta de cuatro componentes, siendo el esquema más utilizado y difundido el esquema de Miller (gráfico7): saber (conocimientos abstractos), saber cómo (habilidades de toma de decisiones y razonamiento clínico), demostrar cómo (habilidades), hacer (demostración de la competencia en situaciones reales). (Peinado Herreros, 2005)*

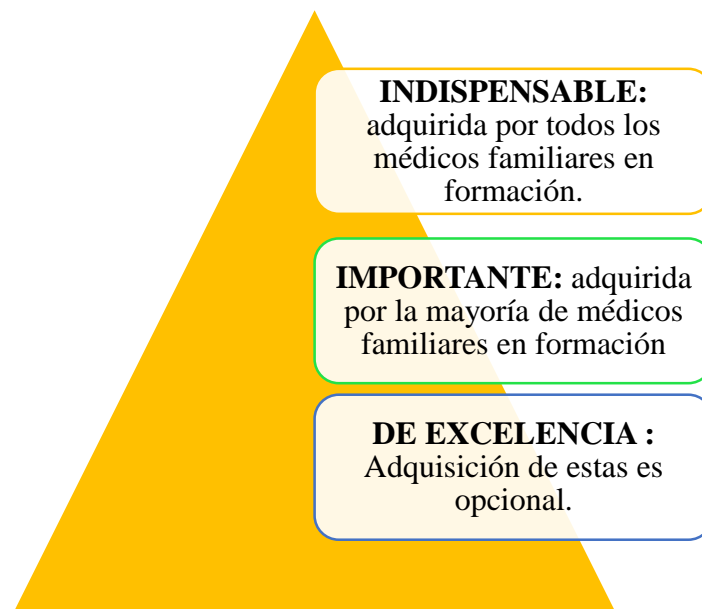
GRÁFICO 7: PIRÁMIDE DE MILLER



Fuente:(Durante Montiel, M., Martínez González, A., Morales López, S., Lozano Sánchez, J. R., & Sánchez Mendiola, 2011)

### 2.6.1. Priorización de competencias

GRÁFICO 8: PRIORIZACIÓN DE COMPETENCIAS.



Elaborado por: Tanya Morocho /Wendy Quelal.  
Fuente: (Henríquez R., Sánchez, 2011)

### **2.6.2. Competencias del médico familiar**

*En la práctica profesional en médico de familia valora cinco áreas:*

- **Área de atención al individuo**

*El médico de familia tiene bajo su responsabilidad prestar una atención efectiva centrada en actividades de promoción, prevención, curación y rehabilitación. Para ello deben poseer las habilidades clínicas suficientes para encontrar el diagnóstico correcto de una patología aguda o el seguimiento de la crónica, proporcionar un buen tratamiento que permita lograr su curación si es posible o el control de la enfermedad.*

*Ante problemas que requieren seguimiento o son más graves el médico de familia coordinará consultas a domicilio y programará oportunamente la valoración de otros especialistas. (Gallo et al., 1999)*

*La sociedad demanda un médico que además de poseer todas las habilidades científico- técnicas, tenga cualidades humanas que brinden confianza al paciente para llevar a cabo una adecuada relación médico paciente. Esta relación es muy importante ya que permite: la comunicación de malas noticias, acompañamiento en momentos estresantes de la vida y una adecuada recolección de información durante la entrevista. (Gallo et al., 1999)*

*El médico familiar atiende a pacientes que se encuentran en cualquier ciclo vital, y pueden presentar problemas de salud relacionados con factores físicos, psicológicos y sociales, es por eso que la atención del individuo debe ser biopsicosocial, tomando en cuenta redes de apoyo familiar y social. (Gallo et al., 1999)*

*La práctica del médico de familia se fundamenta en el respeto a la vida, sin discriminación por sexo, edad, religión, etc., o cualquier otra circunstancia personal o social; siempre buscando su beneficio, respetando su autonomía en la toma de decisiones. (Gallo et al., 1999)*

### ***Área de atención a la familia***

*La familia, en su ciclo vital siempre se encuentra sometida a crisis familiares que pueden ser: normativas que son parte de su desarrollo normal y las no normativas. De la manera como la familia resuelve estos problemas dependerá su estabilidad. (Gallo et al., 1999)*

*El triángulo formado por el individuo, familia y el médico es la base de la medicina familiar, de allí que la familia cumple un papel importante en el desarrollo de la enfermedad, ya que puede ser perpetuadora de síntomas, hábitos de vida inadecuados y conductas de salud erróneas. Por otro lado constituye la red de apoyo que el paciente necesita cuando su salud decae. (Gallo et al., 1999)*

*Los médicos de familia realizan genograma donde se recoge la estructura y composición familiar, resaltando antecedentes patológicos familiares y las relaciones que se establecen entre los miembros; valorando la existencia de disfunciones familiares. Además se identificará y apoyará a «cuidadores principales» teniendo que en cuenta que son ellos los principales recursos que tienen la familia en caso de una crisis. (Gallo et al., 1999)*

### ***Área de atención a la comunidad***

*Es necesario conocer los problemas de salud de la comunidad, así como de los recursos de la misma, tanto sanitarios como de otros sectores, para dar respuesta a los problemas locales de mayor importancia.*

*La Organización Mundial de la Salud había afirmado que «la atención primaria forma parte tanto del sistema de atención a la salud, del que constituye su función central y su núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad». (Mahler, 2009)*

*Para el desarrollo de la atención orientada a la comunidad, es necesario tener conocimientos acerca de epidemiología, que permitirá describir, identificar los problemas mediante el reconocimiento de los determinantes de salud y evaluar la efectividad de sus acciones. También será necesario conocer de estadística y sociología para lograr una adecuada planificación sanitaria. (Gallo et al., 1999)*

*Para el desarrollo del área de atención a la comunidad, el médico de familia deberá presentar los datos disponibles sobre su comunidad, a través del Análisis Situacional de la Población, donde se plasma los problemas y necesidades de la misma, luego se elaborará con detalle las intervenciones que se llevará a cabo, priorizando aquellas que son más importantes para la comunidad. (Gallo et al., 1999)*

*A nivel comunitario también se llevará a cabo actividades de promoción y prevención de salud, de esa manera se logra la implicación de la población en la resolución de sus problemas más emergentes, haciendo de esto un proceso dinámico donde el médico de familia propone actividades de salud y es la población quien pone en marcha su ejecución. (Gallo et al., 1999)*

### ***Área de docencia e investigación***

*El médico de familia una vez finalizado su periodo de formación debe realizar actividades de formación continua para lograr cada día una mejor formación garantizando así el desarrollo correcto del ejercicio profesional. (Gallo et al., 1999)*

*Las actividades docentes del médico de familia pueden ser:*

*1. Autoformación*

*2. Formación continuada dentro del equipo de atención primaria, realizando actividades de las necesidades individuales como las del colectivo.*

*3. Docencia a otros profesionales, esta nos permite considerar determinados temas y realizar investigación de acuerdo a objetivos y metodología propia del nivel donde se está impartiendo el aprendizaje.*

*Investigar siempre supone un esfuerzo personal y motivación para realizar actividades, además de tiempo y disposición para realizar proyectos de investigación. Es evidente que entre los médicos de familia hay cada vez más una mayor conciencia investigadora, así como una mejor preparación técnica para llevarla a cabo.*

*Investigar en el primer nivel de atención nos ayuda a entender los diferentes padecimientos de la población, para luego generar actividades de promoción y prevención de salud que permita mejorar la salud de nuestros pacientes. Generalmente las publicaciones en Medicina Familiar sirven de guía para la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas. (López-Ortiz, 2017)*

- **Área de apoyo**

*En esta área incluye competencias que son importantes porque permiten el desarrollo de resto como son: trabajo en equipo, administración sanitaria, garantía de calidad.*

*Es importante señalar que las competencias se refuerzan cuando se ponen en práctica; es decir, las competencias consolidadas son aquellas en las que los profesionales invierten gran parte de sus actividades diarias, mientras que, las competencias de las que disponen de conocimientos teóricos, pero con una experiencia mínima no serán sólidas. (Ros Martrat, 2004)*

### **2.6.3. PERFIL DEL MÉDICO FAMILIAR EN ECUADOR**

*El perfil profesional es un conjunto de competencias que identifica a una persona. Se estableció que en Ecuador para cumplir con la estrategia de Atención Primaria, un médico familiar debe: (Henríquez R., Sánchez, 2011)*

- 1. Ser la puerta de entrada al sistema de salud, velando por la accesibilidad geográfica, cultural y económica.*
- 2. Recibir a personas con cualquier problema de salud sin límite de edad, sexo, condición social y complejidad de su problema.*
- 3. Resolver los problemas de salud más frecuentes y coordinar con otras especialidades el seguimiento de aquellos que lo necesiten.*
- 4. Hacer uso eficiente de los recursos de APS.*

5. *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.*
6. *Mantener una relación de continuidad en el tiempo con la persona y su familia utilizando herramientas de comunicación efectiva y toma de decisiones compartida.*
7. *Realizar actividades de prevención, promoción, curación y rehabilitación de problemas agudos y crónicos.*
8. *Promover la calidad de vida de las personas durante su ciclo vital individual y familiar.*
9. *Mantener y coordinar la atención de las personas en la consulta, servicio de urgencias, hospitalización según lo requiera.*
10. *Formar equipos de atención multidisciplinarios que trabajen en redes.*
11. *Manejar actividades docentes y de investigación en su ámbito de ejercicio.*

#### **2.6.4. Competencias del médico familiar PUCE**

*Para 1987 comenzó la formación de especialistas de Medicina Familiar, siendo el postgrado de la PUCE, la principal fuente de médicos familiares. El diseño del perfil de competencias vigente para la malla curricular del postgrado de Medicina Familiar de la (PUCE), fue realizado luego de una minuciosa revisión de documentos de la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar(CIMF), y la Asociación Mundial de Medios Familiares (WONCA) fue además aceptado para el Sistema Nacional de Salud y el Ministerio de Relaciones Laborales, además toma en cuenta los acuerdos de la Sociedad Ecuatoriana de Medicina Familiar(SEMF), el mismo que*

*se basa en cuatro competencias específicas del Médico Familiar para el Ecuador.*

*(Henríquez R., Sánchez, 2011)*

**GRÁFICO 9: COMPETENCIAS ESPECÍFICAS DEL MÉDICO FAMILIAR PARA EL POSTGRADO DE MEDICINA FAMILIAR PUCE:**



*Elaborado por: Tanya Morocho /Wendy Quelal.*

*Fuente: Competencias de Medicina Familiar PUCE*

## 2.7. LA EVALUACIÓN DE LOS PROCESOS DE ESPECIALIZACIÓN

TABLA 7: PROCESOS DE ESPECIALIZACIÓN

<b>PAÍS</b>	<b>LA EVALUACIÓN DE LOS PROCESOS DE ESPECIALIZACIÓN</b>	<b>RECERTIFICACIÓN</b>
<b>REINO UNIDO</b>	<i>Joint Committee on Postgraduate Training for General Practice (JCPTGP)</i>	<i>Recertificación periódica cada 5 años.</i>
<b>ESTADOS UNIDOS</b>	<i>American Board of Family Practice (ABFP). Consejo de Acreditación Médica para graduados (ACGME)</i>	<i>El médico de familia debe renovar cada 7 años</i>
<b>CÁNADÁ</b>	<i>Colegio Canadiense de Médicos de Familia.</i>	<i>la Recertificación es válida para 5 años</i>
<b>AUSTRALIA</b>	<i>Royal Australian College of general practitioners con la evaluación clínica objetiva y estructurada (ECOE).</i>	<i>No existe recertificación.</i>
<b>HOLANDA</b>	<i>Centro Nacional para la Evaluación de los Médicos Generales</i>	<i>No recertificación</i>
<b>ESPAÑA</b>	<i>Consejo Nacional de Especialidades Médicas. Con el ACOE</i>	<i>No recertificación periódica.</i>
<b>MÉXICO</b>	<i>El Consejo Mexicano para la Acreditación de la Educación Médica (COMAEM)</i>	<i>Cada 5 años.</i>

*Elaborado por: Tanya Morocho /Wendy Quelal.*

*Fuente: (Zurro, 2002)*

### **3. CAPITULO III. METODOLOGÍA**

#### **3.1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS**

##### **3.1.1. Planteamiento del Problema**

*Los nuevos retos que enfrenta el Sistema de salud del Ecuador que devienen de los cambios en el perfil demográfico y epidemiológico, y la necesidad de superar las brechas en el acceso a los servicios integrales de salud, la consolidación de la articulación de la red pública y complementaria, así como el fortalecimiento de la capacidad resolutive de los diferentes niveles de atención, hacen necesario el fortalecimiento del Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) que ha incorporado la estrategia de la Atención Primaria de Salud renovada, la misma que para ser efectiva necesita de la Medicina Familiar.*

*La Medicina Familiar como estrategia de la atención primaria de salud está siendo tomada en cuenta cada vez con mayor importancia, por lo cual, necesitan de programas de formación y entrenamiento determinados para el alcance de competencias y habilidades en los profesionales de la salud, que garanticen la correcta ejecución de las estrategias para el cuidado del paciente, familia y comunidad, siendo necesario además un sistema de seguimiento y evaluación continua.*

*El perfil profesional y de competencias ha sido redefinido varias veces desde su inicio en 1987 hasta el consenso actual que data del 2011, aún sigue siendo un desafío al tener que adaptarse a los lineamientos de la autoridad sanitaria*

*En Ecuador, se han realizado estudios sobre la percepción que tienen los usuarios acerca de la atención del Médico de Familia, pero no se ha encontrado publicaciones de seguimiento a graduados en relación a competencias profesionales adquiridas durante su proceso de formación, por lo que actualmente no se disponen de datos relativos a la variabilidad de las competencias en Medicina Familiar y Comunitaria en el ejercicio profesional.*

*Con estos argumentos inicia este trabajo pretendiendo investigar:*

***¿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 Portoviejo y Santo Domingo de los Tsáchilas, en las unidades de salud asignadas en el año 2018-2019?***

### **3.1.2. Objetivos**

#### **Objetivo general**

- *Describir las competencias desempeñadas por los graduados de la primera cohorte de Medicina Familiar y Comunitaria del convenio Ministerio de Salud Pública – Pontificia Universidad Católica del Ecuador de Portoviejo y Santo Domingo de los Tsáchilas, en las unidades de salud asignadas en el año 2018-2019.*

### ***Objetivos específicos***

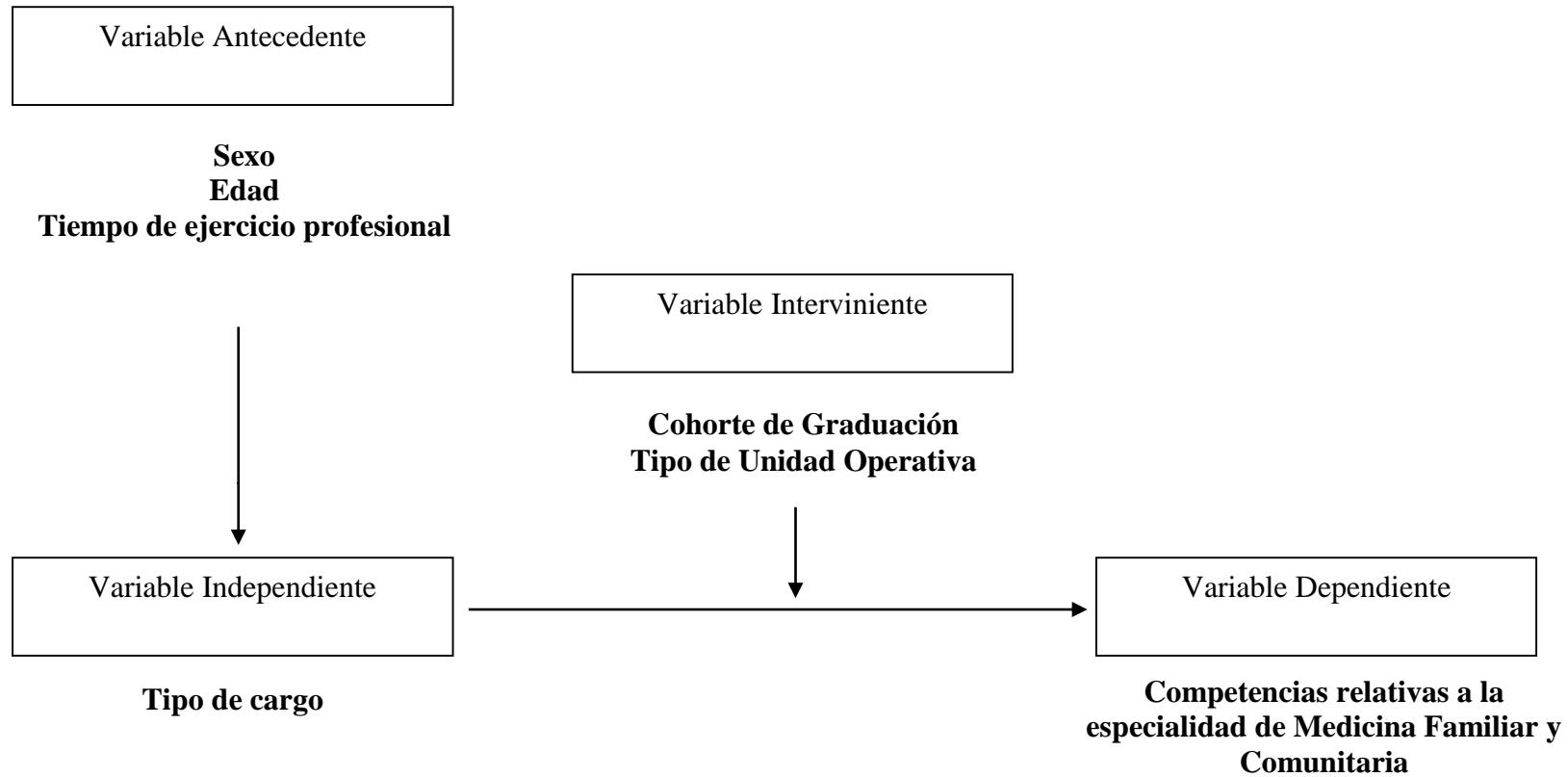
- *Determinar las características sociodemográficas y operativas de las diversas unidades de salud en las que se encuentran devengando los graduados de las cohortes de Portoviejo y Santo Domingo de los Tsáchilas.*
- *Analizar las diferencias entre las competencias diseñadas de la malla curricular de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y las competencias que están realizando los médicos graduados en las diferentes unidades de salud.*
- *Establecer las variaciones en relación a las competencias valoradas mediante una encuesta estructurada entre las cohortes de estudio en relación a las funciones desempeñadas en sus respectivas unidades operativas.*

#### ***3.1.3. Hipótesis***

*H1: Los médicos familiares de las cohortes de Portoviejo y Santo Domingo de los Tsáchilas, están desarrollando las competencias para las cuales fueron formados en sus áreas de devengación debido a la heterogeneidad de sus funciones con tendencia a la gestión administrativa.*

### 3. 2 METODOLOGÍA

#### 3.2. 1 Matriz de relación de variables



### 3.3. Operacionalización de variables

<i>Variables</i>	<i>Definición</i>	<i>Tipo de Variable</i>	<i>Dimensión</i>	<i>Indicadores</i>	<i>Escala</i>	<i>Fuente</i>
<b>Sexo</b>	Condición fenotípica que diferencia a seres humanos entre femenino y masculino	Cualitativa (Nominal)	Descripción del sexo biológico del participante	Sexo del participante	Masculino Femenino	Formato de Encuesta Estructurada
<b>Edad</b>	Tiempo desde la fecha de nacimiento hasta la fecha de estudio	Cuantitativa (Discreta)	Edad del participante	Edad en años	Edad en años	Formato de Encuesta Estructurada
<b>Tiempo de ejercicio profesional</b>	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	Tiempo en años	Tiempo en años	Formato de Encuesta Estructurada
<b>Tipo de cargo</b>	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: <b>Administrativo:</b> 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. <b>Operativos:</b> cargos donde el profesional tiene una	Administrativo Operativo	Formulario recolección de datos

					<i>relación directa con individuo, familia o comunidad mayor al 30% de su jornada de trabajo, y cuyas funciones administrativas no sean equivalentes a Dirección, Coordinación, Líder Administrativo, o no sean mayores al 20% de la jornada de trabajo</i>	
<b>Cohorte de Graduación</b>	<i>Promoción a la que el sujeto de estudio pertenece en relación a su graduación universitario de especialidad</i>	<i>Cualitativa (Nominal)</i>	<i>Cohorte o promoción que egresa de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador</i>	<i>Acorde a convenio entre la PUCE-MSP, se han definido cohortes en Costa (Portoviejo) y Sierra (Santo Domingo de los Tsáchilas), que este estudio evaluará</i>	<i>Santo Domingo de los Tsáchilas Portoviejo</i>	<i>Formato de Encuesta Estructurada</i>
<b>Tipo de Unidad Operativa</b>	<i>Clasificación de las unidades operativas en relación al Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria (MAIS-FC)</i>	<i>Cualitativa (Nominal)</i>	<i>Tipo de unidad a la que el graduado fue asignado para la devengación</i>	<i>Unidades operativas en relación a la clasificación MAIS-FC</i>	<i>Puesto de Salud Centro de Salud Tipo A Centro de Salud Tipo B Centro de Salud Tipo C</i>	<i>Formato de Encuesta Estructurada</i>
<b>Competencias relativas a la especialidad</b>	<i>Son las habilidades y destrezas que se adquieren en la formación y</i>	<i>Cualitativa (Nominal) transformada</i>	<i>Competencias del médico familiar en relación a la atención al</i>	<i>Para la valoración de las competencias relativas a la especialidad de Medicina Familiar y</i>	<i>Preguntas de situación y actitudes de opinión en</i>	

<b>de Medicina Familiar y Comunitaria</b>	entrenamiento para especialista en Medicina Familiar y Comunitaria	Cuantitativa (Discreta)	individuo, atención a la familia y atención a la comunidad	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.	escala Likert (análisis descriptivo por estación de competencia)
				Las competencias específicas de la especialidad a valoración con preguntas de situación y actitudes de opinión se realizaron en base al perfil de competencias establecidos para esta especialidad por la PUCE, y son:	<b>Competencias relativas a la comunicación y liderazgo</b> 19 a 25 puntos: 30% 16 a 18 puntos: 20% 10 a 15 puntos: 10% 5 a 9 puntos: 5%
				a. <b>Competencias relativas a la comunicación y liderazgo:</b> planificación, integralidad, liderazgo, uso y relación con servicios de salud b. <b>Competencias a la docencia y aprendizaje:</b>	<b>Competencias a la docencia y aprendizaje</b> 8 a 10 puntos: 10% 6 a 7 puntos: 8%

<p>actividades docentes, ejecución de proyectos de investigación, docencia acorde el nivel de acción en la comunidad</p> <p>c. <b>Competencias relacionadas al análisis y solución de problemas:</b> análisis situacional, planificación sobre determinantes de salud, seguimiento y evaluación de planes y objetivos.</p> <p>d. <b>Competencias relacionadas a la calidad de atención y solución de problemas de salud:</b> 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, cuidados paliativos y rehabilitación.</p>	<p>4 a 5 puntos: 4%</p> <p>1 a 3 puntos: 2%</p> <p><b>Competencias relacionadas al análisis y solución de problemas</b> 16 a 20 puntos: 30%</p> <p>12 a 15 puntos: 20%</p> <p>8 a 11 puntos: 10%</p> <p>4 a 7 puntos: 5%</p> <p><b>Competencias relacionadas a la calidad de atención y solución de problemas de salud</b> 40 a 50 puntos: 30%</p> <p>30 a 39 puntos: 20%</p>
---	---

***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*

*20 a 29 puntos: 10%  
10 a 19 puntos: 5%*

***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%**  
**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%**

### **3.4. Criterios de selección**

#### **3.4.1. 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 Santo Domingo de los Tsáchilas y Portoviejo.*
- *Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria graduados de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador en la primera cohorte que laboren en los distritos 13D01-12 (Portoviejo) y 23D01-03 (Santo Domingo de los Tsáchilas).*
- *Profesionales de la salud que hayan consentido su ingreso al estudio.*

#### **3.4.2. Criterios de exclusión expuestos**

- *Especialistas de Medicina Familiar y Comunitaria que laboren en los distritos 13D01-12 y 23D01-03, graduados de universidades distintas a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.*
- *Profesionales de la salud que no hayan consentido su ingreso al estudio.*

### **3.5. Universo y muestra**

*Acorde a los datos proporcionados por la Coordinación Académica de Postgrados de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, se ha especificado que la primera cohorte de graduados en la sede Portoviejo son 38 profesionales y Santo Domingo de los Tsáchilas por 43 profesionales.*

*Para la ejecución del estudio, se tomó el universo absoluto 81 médicos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria.*

### **3.6. Tipo de estudio**

*Cuali- cuantitativo. Estudio descriptivo, transversal.*

### **3.7. Procedimientos para recolección de la información**

*Se creó una lista de todos los médicos familiares graduados en sedes de Santo Domingo de los Tsáchilas y Portoviejo y se obtuvo una base de datos con correos electrónicos y números telefónicos que nos permitió ubicarlos en sus diferentes unidades operativas donde están realizando su devengación. (Anexo 5).*

#### **3.7.1. Formato de encuesta estructurada**

*La información de las competencias de los médicos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria, se recolectó por medio de encuesta basada en las competencias generales basadas en el perfil de competencias definido por la Pontificia Universidad Católica del Ecuador (Anexo 3).*

*La encuesta consta de 21 preguntas, y fue aplicado directamente a todos en cada una de las unidades de salud donde se encuentran devengando los graduados de las Sedes de Santo Domingo de los Tsáchilas y Portoviejo apoyándonos en la herramienta GEOSALUD que nos permitió visualizar datos generales y la dirección exacta de cada establecimiento donde fueron asignados los profesionales de salud.*

### **3.8. Plan de análisis de datos**

*Para la recolección de datos se utilizó la encuesta estructurada (Anexo 1) en donde se estableció los parámetros a las variables determinadas en la operacionalización y a las preguntas relacionadas a la evaluación de competencias. La aplicación del formato de encuesta estructurada se realizó de forma directa con*

*cada uno de los participantes en las diversas unidades operativas, previa la firma del consentimiento.*

*La información recolectada con la encuesta estructurada, se ingresó a una base de datos en Microsoft Excel 2010, en donde se realizó la operacionalización de cada una de las variables y secciones de la hoja de recolección de datos y luego se extrapolo al software estadístico IBM SPSS Statistics 23.0 para su análisis y generación de gráficas.*

*Las hojas de cálculo en Microsoft Excel se las protegió para el ocultamiento de la información e impidiendo cualquier manipulación de los datos obtenidos. A las bases de datos de SPSS se le asignó un casillero encriptado para impedir fuga de información.*

*Por motivos de estudio de campo y darle más fuerza a nuestro estudio se realizó además una entrevista semiestructurada a 23 participantes, cuyo análisis de datos se llevó a cabo a partir del análisis del discurso o “análisis interpretativo del uso del lenguaje” en el cual se entiende al lenguaje como expresión del fenómeno social objeto del estudio. (López N., 2002)*

*Como primer paso se realizó la transcripción literal de las entrevistas individuales y se agrupó la información en una matriz de ideas núcleo, modo de predica, grado de referencialidad y la representación del discurso de cada entrevistado.*

### **3.8.1. Análisis de contenido**

*La idea núcleo: son las ideas latentes o más frecuentes en una conversación; los sintagmas son palabras muy similares a las ideas núcleo que son recalcados por las participantes dentro del discurso. Se obtuvo con el programa **Wordle** un código*

*formado por las palabras más representativas, a partir del cual se elaboraron categorías. Estas fueron agrupadas para crear un marco explicativo de los fenómenos.*

**Modo de prédica:** *constituye al sujeto en cuestión y lo hace mucho más allá de lo que ese sujeto es o fue fuera del discurso. Ejemplo: Prédica de estado (Bolívar fue el Libertador de América), Prédica de acción (Bolívar libertó América). (Curipallo & Yáñez, 2016)*

**Grado de referencialidad:** *Puede ser alta, baja o distorsionante. Se cuantifica si en el ámbito del discurso la predicación constituye al sujeto. (Curipallo & Yáñez, 2016)*

**Representaciones Sociales:** *en ella podemos encontrar en formación donde encontramos varias ideas núcleos, bajo grado de referencialidad y modo de predica pasivo. También está la representación en crecimiento, y la consolidada cuyas características es que tienen alto grado de referencialidad, una sola idea núcleo y un modo de predica activo.*

*A través de la triangulación con la encuesta y otros estudios se redactó un informe final de los resultados, el mismo que se realizó en formato científico estándar, con enfoque analítico. Se incluyeron citas textuales de los entrevistados que ejemplifiquen los resultados y faciliten la comprensión de cada competencia.*

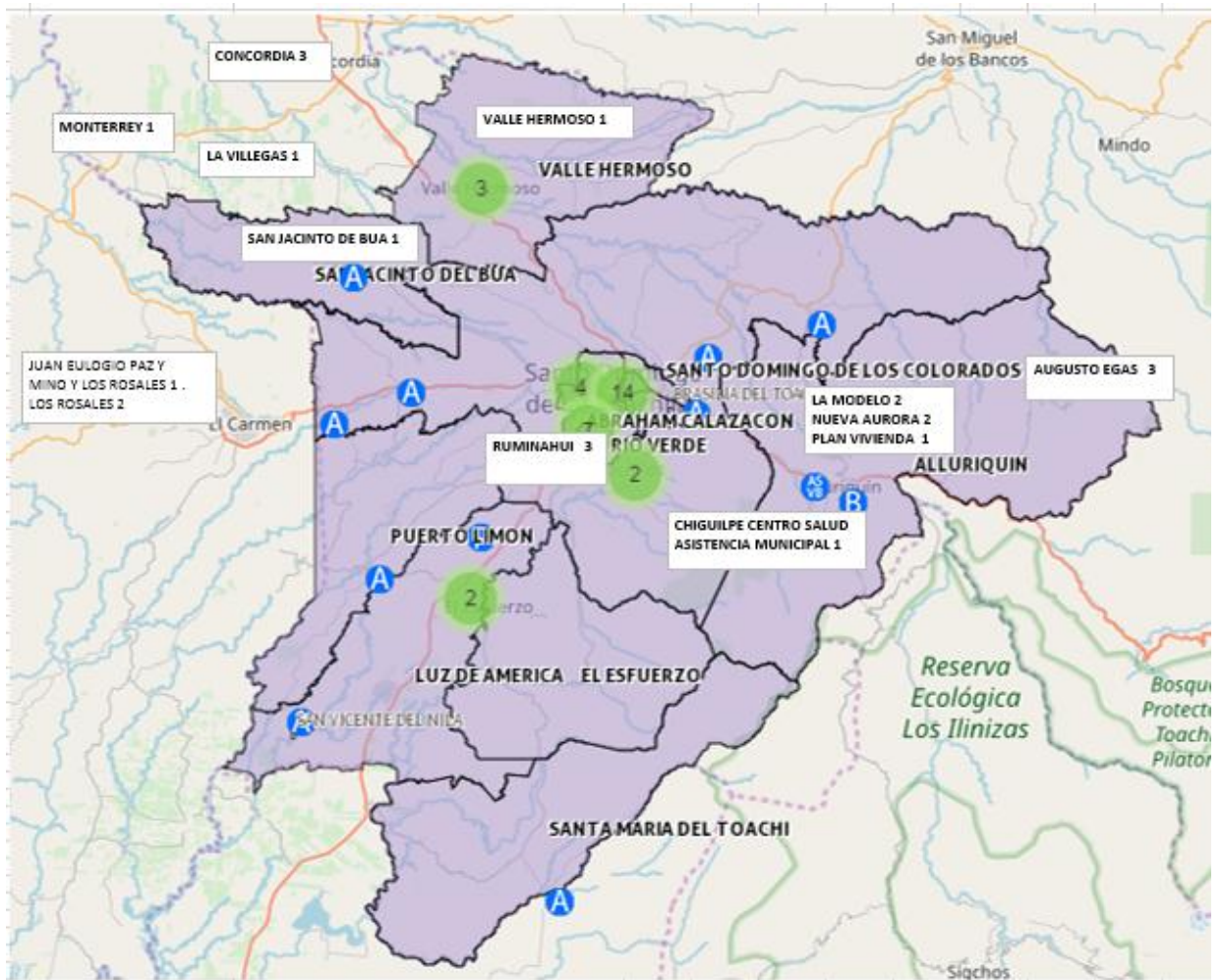
### **3.9. Aspectos bioéticos**

*Previamente a la encuesta y entrevista, se le informó al participante acerca del estudio y los objetivos del mismo, su participación en el estudio fue confirmada mediante la aceptación del consentimiento informado el cual fue enviado previa realización de la encuesta por correo electrónico (anexo 4). Durante la fase de*

*recolección de datos y con la finalidad de proteger la identidad o identificación del profesional de la salud evaluado se omitieron nombres y cédulas de identidad.*



GRÁFICO 11: SITIOS DE DEVENGACIÓN SEDE SANTO DOMINGO



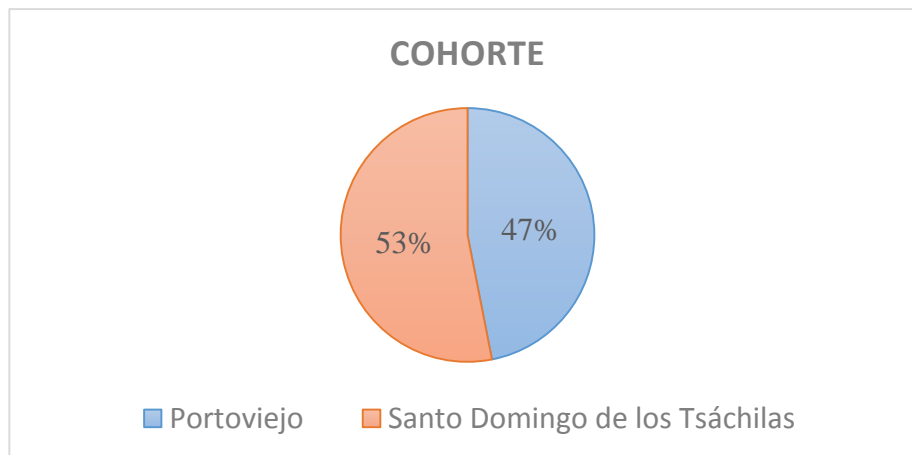
Elaborado por: Tanya Morocho /Wendy Quelal.

Fuente: GEOSALUD.

#### 4.2. DATOS CUANTITATIVOS

A continuación los datos cuantitativos obtenidos en nuestra investigación.

**GRÁFICO 12: Especialistas graduados en la primera cohorte en las diferentes sedes.**

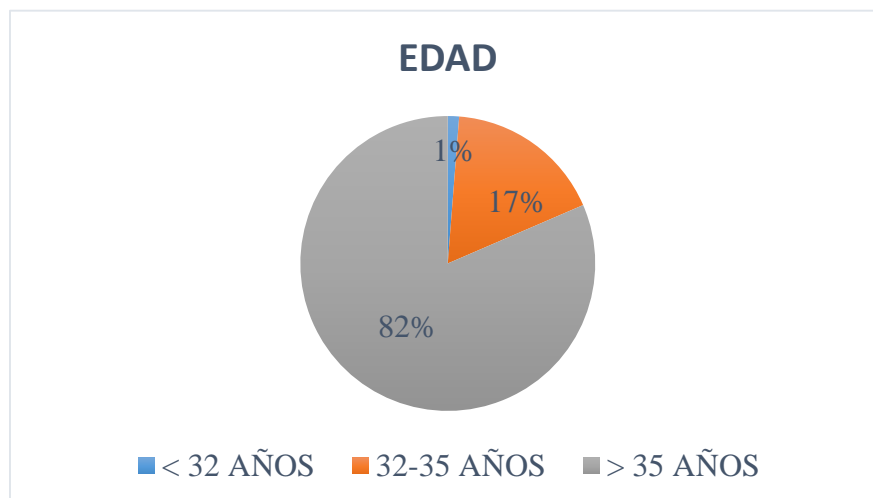


Elaborado por: Tanya Morocho /Wendy Quelal.

Fuente: Encuesta, 2019.

En el gráfico de un universo de 81 graduados, la mayoría son de sede de Santo Domingo de los Tsáchilas siendo 43 graduados y 38 son de la sede Portoviejo.

**GRÁFICO 13: Edad de especialistas de Medicina Familiar de la primera cohorte.**



Elaborado por: Tanya Morocho /Wendy Quelal.

Fuente: Encuesta, 2019

En el gráfico la edad de predominio es de mayores de 35 años, mientras que los menores de 32 años son menor proporción.

**Tabla 8: Género de especialistas de la Sede Santo Domingo y Portoviejo**

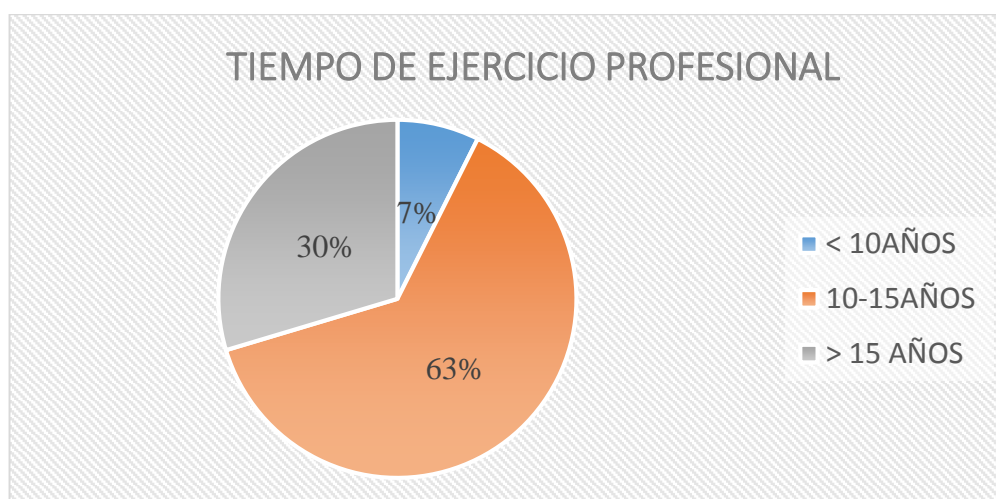
SANTO DOMINGO			PORTOVIEJO	
Género	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	25	58,14%	22	57,89%
Masculino	18	41,86%	16	42,11%
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>100,00%</b>	<b>38</b>	<b>100,00%</b>

Elaborado por: Tanya Morocho /Wendy Quelal.

Fuente: Encuesta, 2019

En la sede de Santo Domingo de los Tsáchilas se graduaron 25 mujeres y 18 hombres, mientras que en sede Portoviejo fueron 22 mujeres y 16 hombres. En ambas sedes predomina el sexo femenino.

**GRÁFICO 14: Tiempo de ejercicio profesional de graduados de Medicina Familiar ambas sedes.**

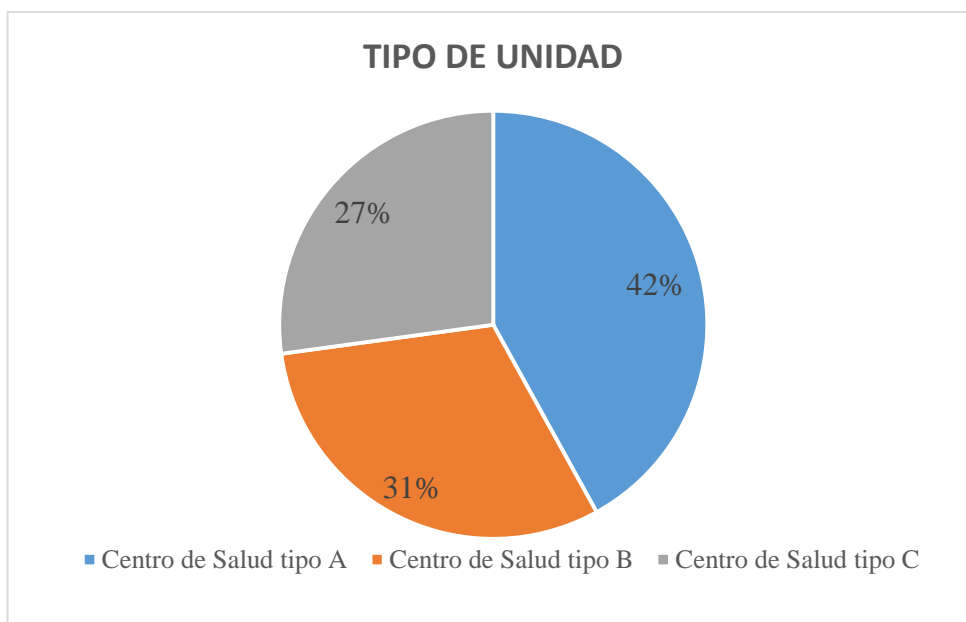


Elaborado por: Tanya Morocho /Wendy Quelal.

Fuente: Encuesta, 2019

En el gráfico se evidencia que la mayoría de médicos graduados de Medicina Familiar y Comunitaria de la sede Santo Domingo de los Tsáchilas y Portoviejo tienen 10 a 15 años de ejercicio profesional, solo un mínimo porcentaje 10 años. Todos tienen 2 años 4 meses devengando en sus respectivas unidades operativas.

**GRÁFICO 15: Unidad operativa donde realizan devengación los graduados.**

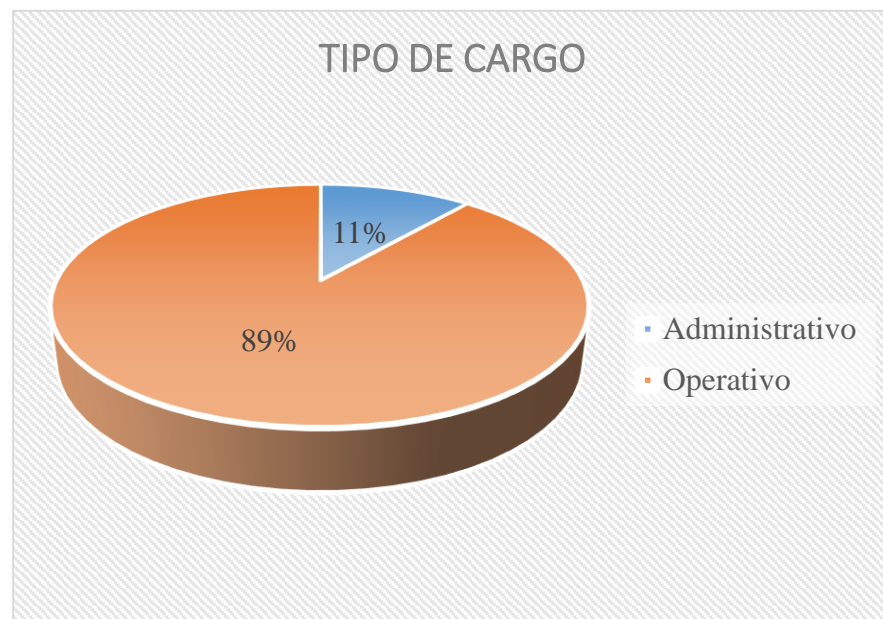


Elaborado por: Tanya Morocho /Wendy Quelal.

Fuente: Encuesta, 2019

En la gráfica la colectividad se encuentra devengando en unidades de salud tipo A, seguidos por el centro de salud tipo B y en último lugar en los centro de salud tipo C.

**GRÁFICO 16: Tipo de cargo que realizan los médicos graduados en ambas sedes.**



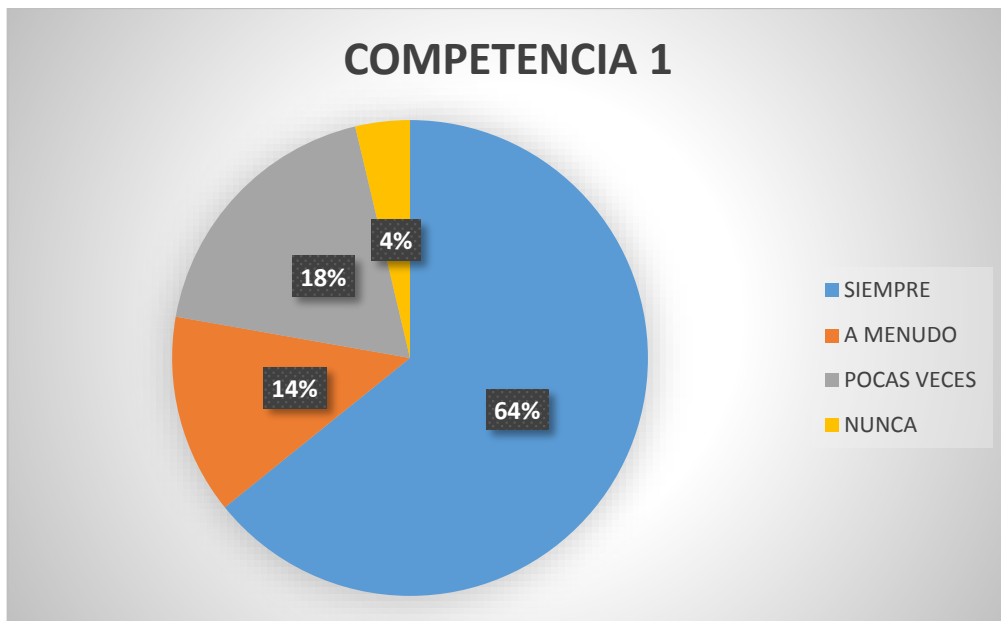
*Elaborado por: Tanya Morocho /Wendy Quelal.*

*Fuente: Encuesta, 2019*

*En el gráfico se evidencia que un mayor porcentaje tiene cargo operativo en las unidades de salud que están devengando.*

**COMPETENCIAS DE MEDICINA FAMILIAR COMUNITARIA EN LAS SEDES PORTOVIEJO Y SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS.**

**GRÁFICO 17: Competencias relativas de comunicación y liderazgo.**

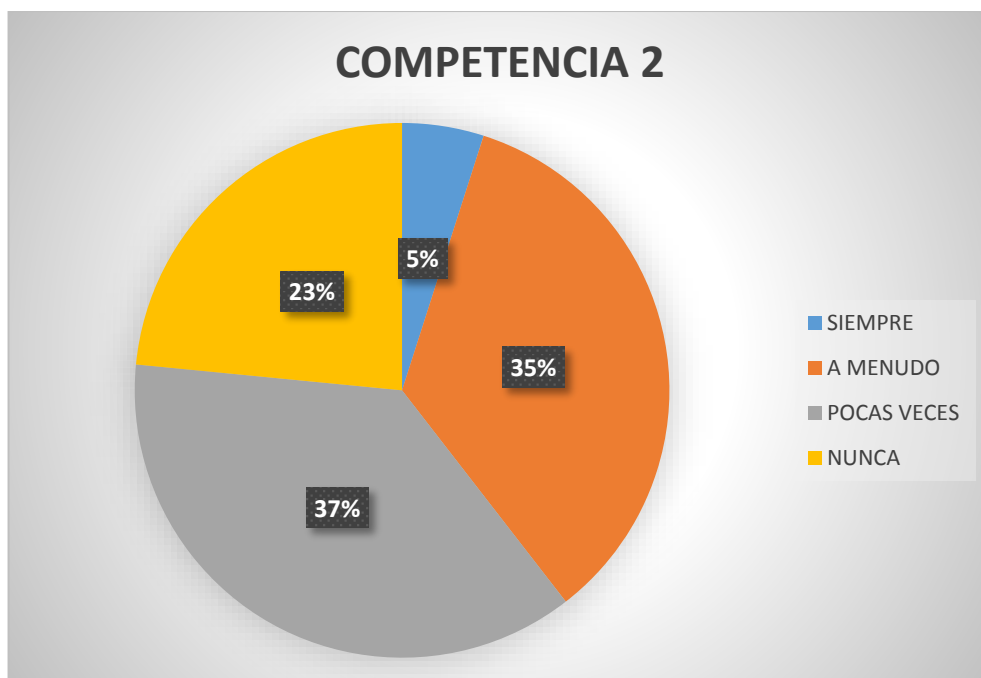


*Elaborado por: Tanya Morocho /Wendy Quelal.*

*Fuente: Encuesta, 2019*

*En gráfico las competencias relacionadas con comunicación y liderazgo representan el 30 % del total, en las cuales encontramos que los graduados de ambas sedes presenta un puntaje mayor de 19 puntos constituyendo que la mayor parte de las personas del estudio en su práctica profesional si cumple con esta competencia aprendida durante su periodo de formación.*

**GRÁFICO 18: Competencias relativas a la docencia y aprendizaje**

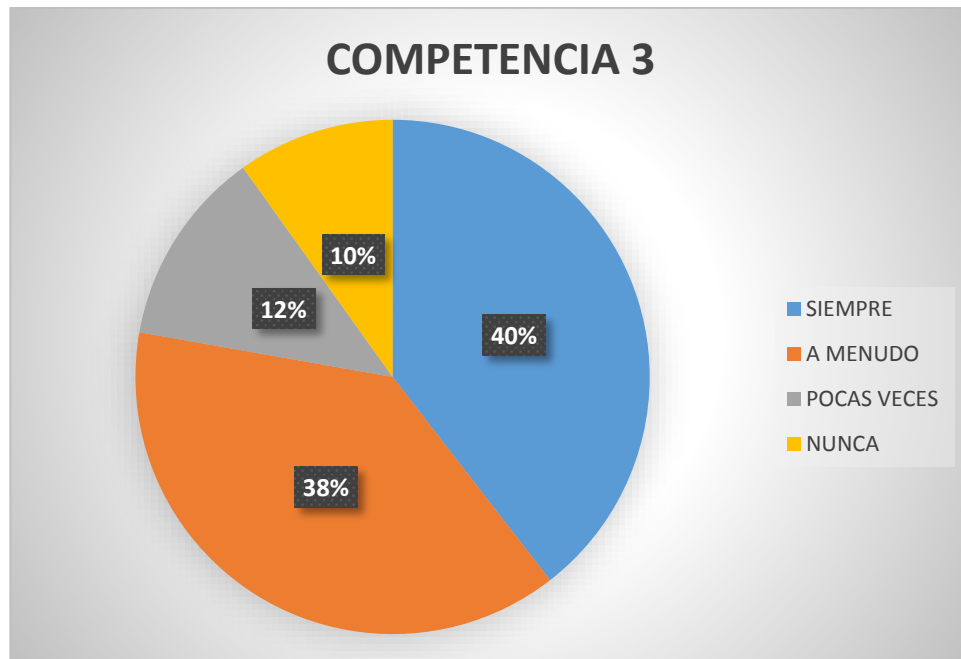


*Elaborado por: Tanya Morocho /Wendy Quelal.*

*Fuente: Encuesta, 2019*

*En gráfico las competencias relativas a la docencia y aprendizaje representadas por el 10 % del total, encontramos que en los titulados de las sedes se cumple parcialmente, presenta un puntaje de 4 a 7 puntos, es decir que pocas veces o a menudo realizan esta actividad, estos porcentajes están dados ya que proyectos de investigación usualmente no se realizan.*

**GRÁFICO 19: Competencias relativas a la capacidad de análisis y solución de problemas**

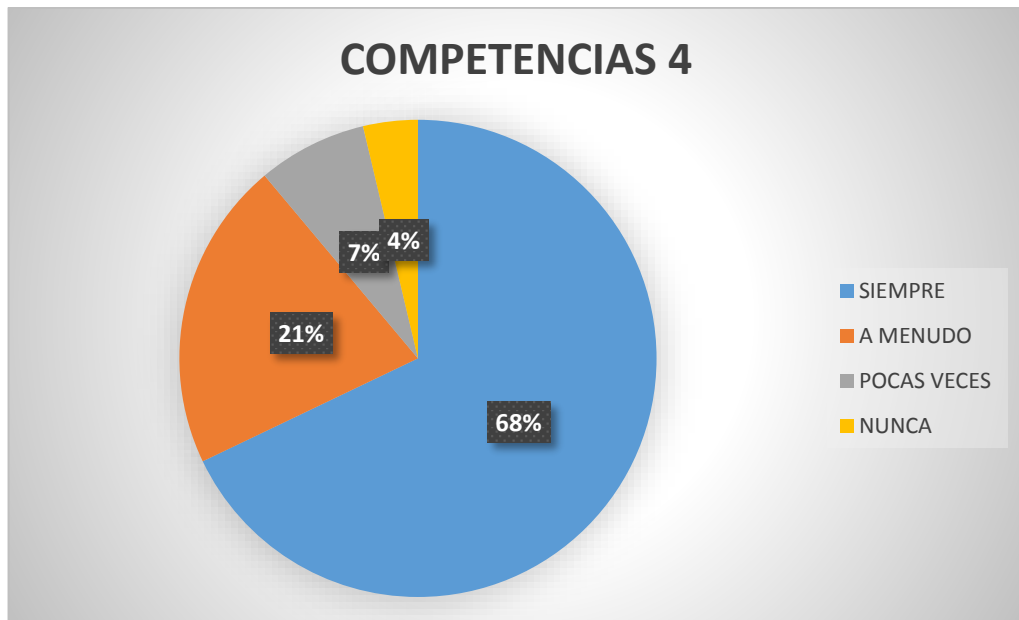


*Elaborado por: Tanya Morocho /Wendy Quelal.*

*Fuente: Encuesta, 2019*

*En gráfico las competencias relativas a la capacidad de análisis y solución de problemas representan el 30%, y la mayoría de los profesionales de las sedes las cumplen con puntajes de 12 a 20 puntos; es decir lo realizan a menudo y siempre y solo un mínimo porcentaje nunca la ejecutan.*

**GRÁFICO 20: Competencias relativas a la capacidad de atención y solución de problemas.**



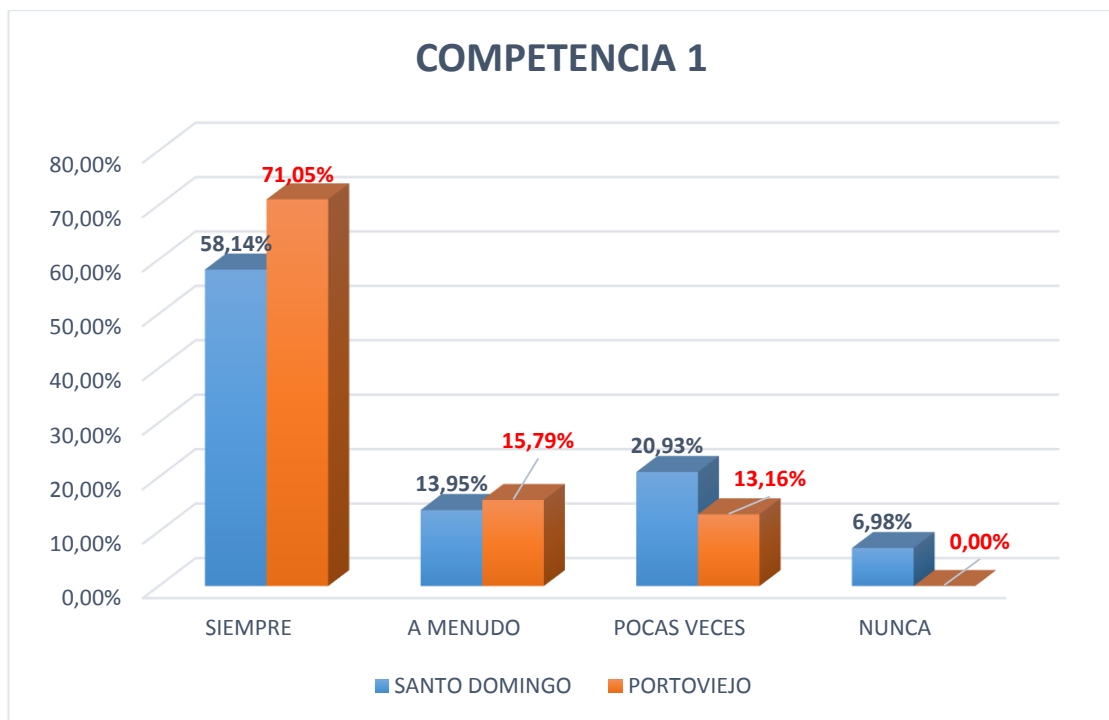
*Elaborado por: Tanya Morocho /Wendy Quelal.*

*Fuente: Encuesta, 2019*

*En la gráfica las competencias relativas a la capacidad de atención y solución de problemas de salud representan el 30%, de las cuales encontramos que los profesionales de las sedes cumplen con esta competencia ya que la mayor parte de participantes presenta un puntaje de 40 a 50 puntos.*

**COMPARACIÓN DE LAS COMPETENCIAS DE MEDICINA FAMILIAR  
ENTRE LAS SEDES DE PORTOVIEJO Y SANTO DOMINGO.**

**GRÁFICO 21: Comparación entre sedes Santo Domingo y Portoviejo en competencias relativas a la comunicación y liderazgo**

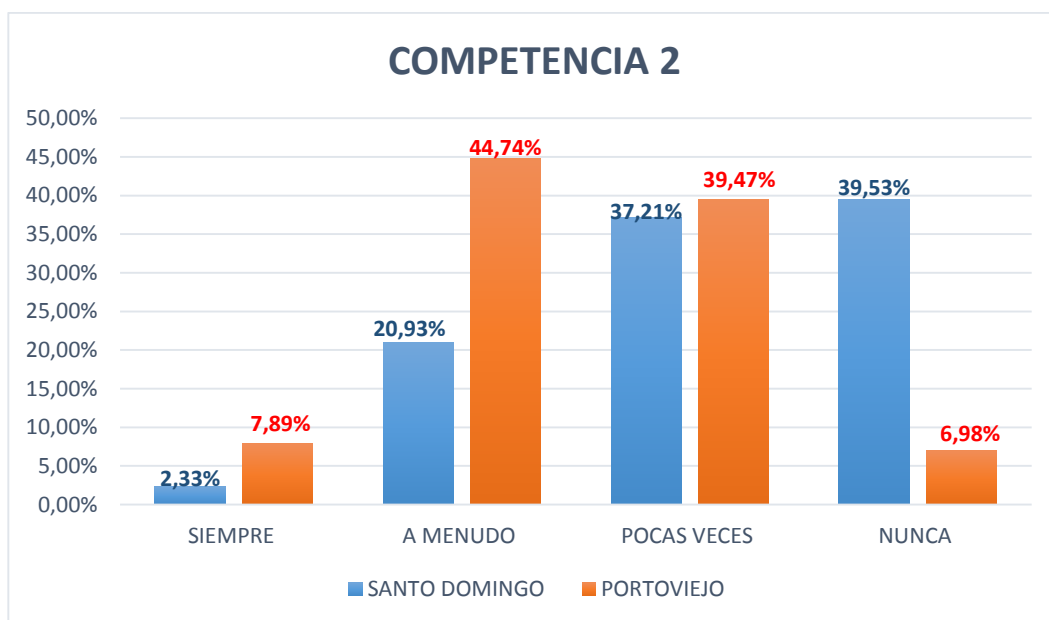


*Elaborado por: Tanya Morocho /Wendy Quelal.*

*Fuente: Encuesta, 2019*

*En el gráfico se representa la primera competencia relacionada con la comunicación y liderazgo donde se aprecia que en la cohorte de Portoviejo y Santo Domingo de los Tsáchilas la totalidad siempre realizan estas competencias.*

**GRÁFICO 22: Comparación entre sedes Santo Domingo y Portoviejo en competencias relativas a la docencia y aprendizaje.**

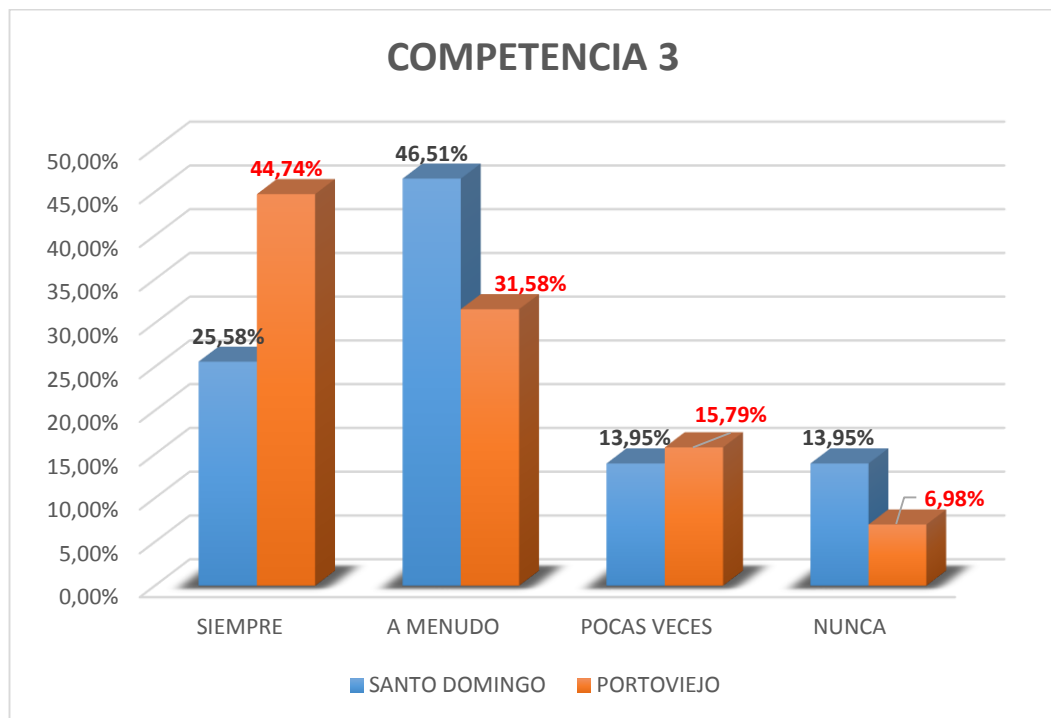


*Elaborado por: Tanya Morocho /Wendy Quelal.*

*Fuente: Encuesta, 2019.*

*En el gráfico con respecto a la competencia de docencia y aprendizaje en la sede de Portoviejo indican que estas actividades se realizan a menudo; en cambio, los graduados de la sede Santo Domingo de los Tsáchilas ejecutan pocas veces o nunca este tipo de tareas.*

**GRÁFICO 23: Comparación entre sedes Santo Domingo y Portoviejo en competencias relativas a la capacidad de análisis y solución de problemas.**

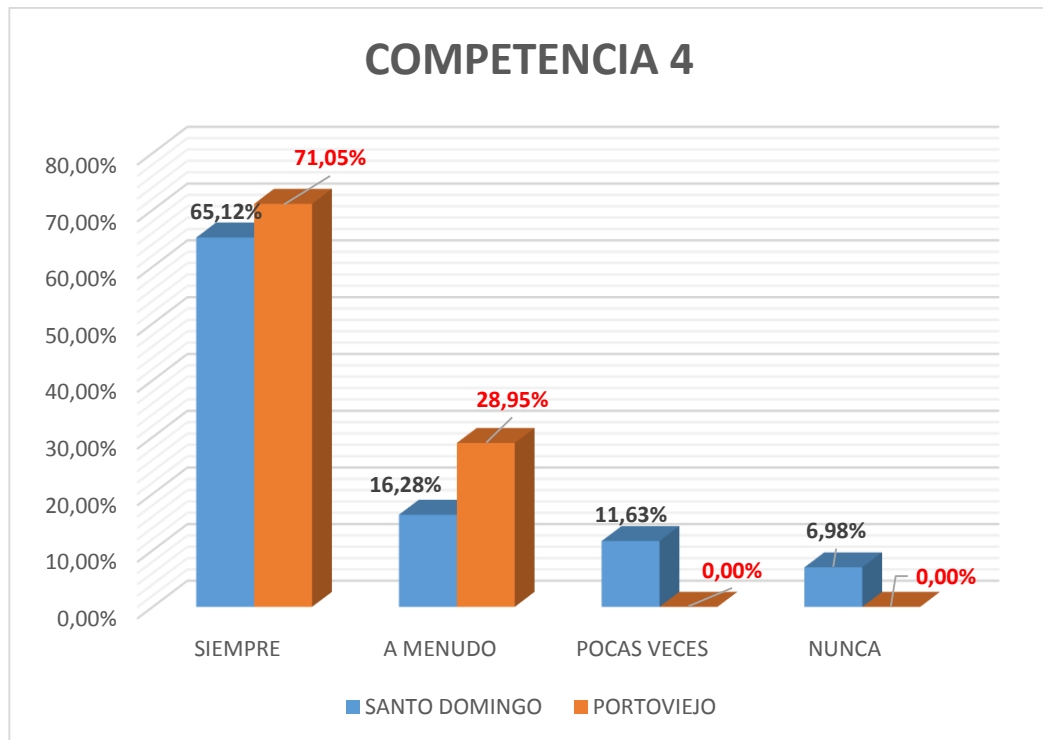


*Elaborado por: Tanya Morocho /Wendy Quelal.*

*Fuente: Encuesta, 2019.*

*En el gráfico relacionadas con la competencias de capacidad de análisis y solución de problemas encontramos que en la sede Portoviejo la mayoría siempre realizan Análisis de Situación de Salud y actividades de gestión; mientras que la sede de Santo Domingo de los Tsáchilas ejecutan a menudo estas acciones.*

**GRÁFICO 24: Comparación entre sedes Santo Domingo y Portoviejo en competencias relativas a la calidad de atención y solución de problemas de salud**



*Elaborado por: Tanya Morocho /Wendy Quelal.*

*Fuente: Encuesta, 2019.*

*En gráfico en relación a la competencia de calidad de atención y solución de problemas de salud en ambas sedes siempre se realizan este tipo de actividades con excelencia.*

### 4.3. DATOS CUALITATIVOS

#### 4.3.1. Descripción de los resultados de los informantes clave

Después de brindar la información pertinente a los entrevistados, explicando los propósitos de nuestro estudio y obtener el consentimiento informado. Se realizaron entrevistas semiestructuradas, en una muestra de 23 participantes ya que se realizó hasta saturar el discurso.

La entrevista constó de 6 preguntas relacionadas con las competencias conocidas, las realizadas, como influyen estas competencias para resolver los problemas de primer nivel, la importancia de las mismas y si el sistema de salud influye en la realización de las actividades del médico familiar.

A continuación se describe ciertas características de los informantes:

**Tabla 9: Características de los informantes**

SEDE PORTOVIEJO	NÚMERO	GÉNERO	
		MASCULINO	FEMENINO
<i>Administradores técnicos</i>	5	1	4
<i>Médicos familiares</i>	9	5	4
SEDE SANTO DOMINGO			
<i>Administradores técnicos</i>	2	2	
<i>Médicos familiares</i>	7	3	4

Elaborado por: Tanya Morocho /Wendy Quelal.

Fuente: Entrevistas 2019

**TABLA 10: ANÁLISIS DE DATOS DE ADMINISTRADORES TÉCNICOS SEDE PORTOVIEJO**

<b>Pregunta</b>	<b>Idea núcleo</b>	<b>Modo de predica</b>	<b>Referencialidad</b>	<b>Representación social</b>
<b>Mencione las competencias que considere más importantes</b>	<i>Atención a grupos vulnerables. Vigilancia epidemiológica y promoción de salud.</i>	<i>Pasivo</i>	<i>Distorsionada</i>	<i>Crecimiento</i>
<b>Por qué son importantes</b>	<i>Ayuda a la solución de problemas básicos</i>	<i>Pasivo</i>	<i>Alta</i>	<i>Consolidada</i>
<b>Diferencia entre la Medicina Familiar y otras especialidades</b>	<i>Atención biopsicosocial profundizando en el origen de la enfermedad.</i>	<i>Pasivo</i>	<i>Distorsionada</i>	<i>Crecimiento</i>
<b>Interviene para resolver los problemas de salud, en el primer nivel de atención.</b>	<i>Permitieron la adherencia al tratamiento, disminuyendo el número de referencias y descongestionando el segundo nivel.</i>	<i>Pasivo</i>	<i>Alta</i>	<i>Consolidada</i>
<b>Que cambios ha visto desde que se incorporaron los médicos familiares</b>	<i>Se logró captación de grupos prioritarios, fortaleciendo la atención preventiva.</i>	<i>Pasivo</i>	<i>Distorsionada</i>	<i>Crecimiento</i>
<b>El call center y el tiempo de 20 minutos le permite el desarrollo de las competencias.</b>	<i>Call Center, limita el desarrollo profesional. Pero los médicos familiares tienen un tiempo de 30 minutos, reciben interconsulta y son agendados por admisión.</i>	<i>Pasivo</i>	<i>Alta</i>	<i>Consolidado</i>

*Elaboración: Tanya Morocho/ Wendy Quelal*

*Fuente: Entrevista 2019*

**TABLA 11: ANÁLISIS DE DATOS DE ADMINISTRADORES TÉCNICOS SEDE SANTO DOMINGO**

<b>Pregunta</b>	<b>Idea núcleo</b>	<b>Modo de predica</b>	<b>Grado de referencialidad</b>	<b>Representación social</b>
<b>Mencione las competencias que considere más importantes</b>	<i>Descongestionar el segundo nivel Apoyo en la Estrategia Médico del Barrio.</i>	<i>Pasivo</i>	<i>Distorsionado</i>	<i>Crecimiento</i>
<b>Por qué son importantes</b>	<i>Autoformación Descongestiona el segundo nivel</i>	<i>Pasivo</i>	<i>Distorsionado</i>	<i>Crecimiento</i>
<b>Diferencia entre la Medicina Familiar y otras especialidades</b>	<i>Realizan una atención de mayor complejidad</i>	<i>Pasivo</i>	<i>Distorsionado</i>	<i>Crecimiento</i>
<b>El médico familiar interviene para resolver los problemas de salud, en el primer nivel de atención.</b>	<i>Resolución del 70 a 80% de las patologías</i>	<i>Pasivo</i>	<i>Alta</i>	<i>Consolidada</i>
<b>Que cambios ha visto desde que se incorporaron los médicos familiares</b>	<i>Se ha visto mayor adherencia a los tratamientos Mayor afluencia</i>	<i>Pasivo</i>	<i>Alta</i>	<i>Crecimiento</i>
<b>El call center y el tiempo de 20 minutos le permite el desarrollo de las competencias.</b>	<i>Lucha entre call center y los paradigmas del sistema de salud</i>	<i>Pasivo</i>	<i>Alta</i>	<i>Consolidado</i>

*Elaboración: Tanya Morocho/ Wendy Quelal*

*Fuente: Entrevista 2019.*

TABLA 12. ANÁLISIS DE DATOS MÉDICOS FAMILIARES SEDE PORTOVIEJO

<b>Pregunta</b>	<b>Idea núcleo</b>	<b>Modo de predica</b>	<b>Grado de referencialidad</b>	<b>Representación social</b>
<b>Mencione las competencias que considere más importantes</b>	<i>Atención integral y de calidad al paciente vulnerable. Realizando actividades de promoción y prevención de la salud.</i>	<i>Activa</i>	<i>Alta</i>	<i>Consolidada</i>
<b>Por qué son importantes</b>	<i>Resolución de problemas de primer nivel</i>	<i>Activo</i>	<i>Alta</i>	<i>Consolidada</i>
<b>Diferencia entre la Medicina Familiar y otras especialidades</b>	<i>Atención biopsicosocial paciente y familia.</i>	<i>Activo</i>	<i>Alto</i>	<i>Consolidada</i>
<b>Médico familiar resolver los problemas de salud, en el primer nivel de atención.</b>	<i>80% de problemas de atención primaria, logrando adherencia del paciente al tratamiento.</i>	<i>Activo</i>	<i>Alta</i>	<i>Consolidada</i>
<b>En la intervención de individuo, familia y comunidad, qué tipo de acciones realiza.</b>	<i>Atención a grupos prioritarios, realizando cuidados paliativos, forma clubes, docencia y visitas familiares</i>	<i>Activo</i>	<i>Alta</i>	<i>Consolidada</i>
<b>El call center y el tiempo de 20 minutos le permite el desarrollo de las competencias</b>	<i>Sistema de salud absorbente, con un tiempo corto, evita la secuencia de atención.</i>	<i>Activo</i>	<i>Distorsionada</i>	<i>Consolidado</i>

*Elaboración: Tanya Morocho/ Wendy Quelal*

*Fuente: Entrevista 2019*

Tabla 13: ANÁLISIS DE DATOS MÉDICOS FAMILIARES SEDE SANTO DOMINGO

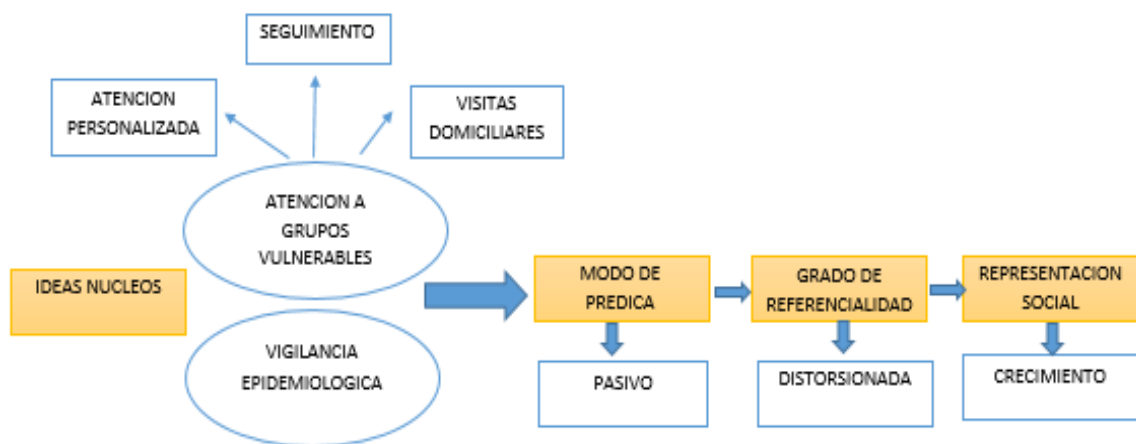
<b>Pregunta</b>	<b>Idea núcleo</b>	<b>Modo de predica</b>	<b>Grado de referencia lidad</b>	<b>Representación social</b>
<b>Mencione las competencias que considere más importantes</b>	<i>Resolución de más del 80% de patologías biopsicosocial Nexo entre el primer, segundo y tercer nivel</i>	<i>Activa</i>	<i>Alta</i>	<i>Consolidada</i>
<b>Porque son importantes</b>	<i>Garantiza que este paciente tenga un seguimiento y que , nos ayude al mantenimiento del tratamiento o evolución de la enfermedad</i>	<i>Activo</i>	<i>Alta</i>	<i>Consolidada</i>
<b>Diferencia entre la Medicina Familiar y otras especialidades</b>	<i>Atención biopsicosocial con atención integral y continua</i>	<i>Activa</i>	<i>Alto</i>	<i>Consolidada</i>
<b>Médico familiar resolver los problemas de salud, en el primer nivel de atención.</b>	<i>Objetivo de descongestionar el segundo nivel Tratamiento, seguimiento y prevención de patologías</i>	<i>Activo</i>	<i>Alta</i>	<i>Consolidada</i>
<b>En la intervención de individuo, familia y comunidad, qué tipo de acciones realiza.</b>	<i>Estrategia del Médico del Barrio como parte del sistema de salud.</i>	<i>Activo</i>	<i>Alta</i>	<i>Consolidada</i>
<b>El call center y el tiempo de 20 minutos le permite el desarrollo de las competencias</b>	<i>Ministerio de salud con sus políticas es muy absorbente, les interesa más la cantidad que la calidad.</i>	<i>Activa</i>	<i>Distorsionada</i>	<i>Consolidado</i>

*Elaboración: Tanya Morocho/ Wendy Quelal*

*Fuente: Entrevista 2019*

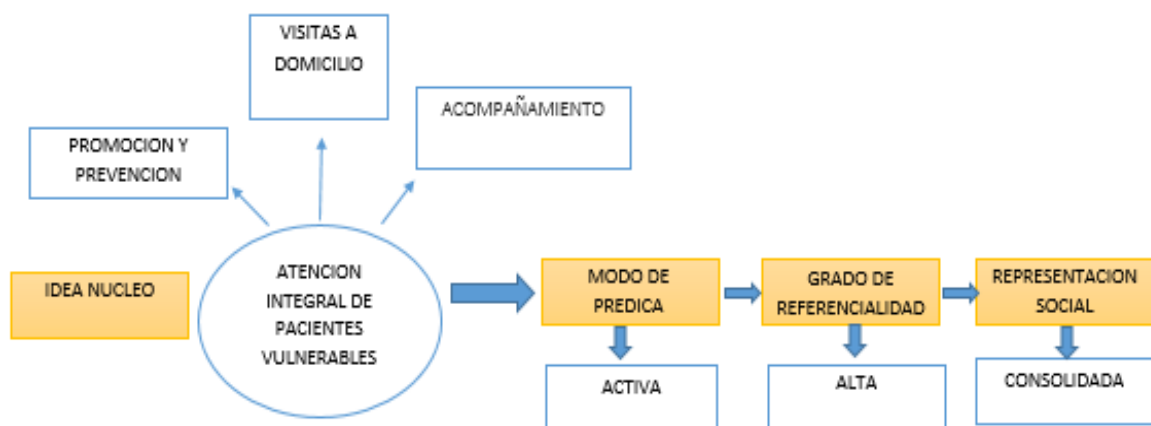
**CATEGORIA I: SEGÚN EL PERFIL DE GRADUADO DE MEDICINA FAMILIAR MENCIONE LAS COMPETENCIAS QUE CONSIDERE MÁS IMPORTANTES**

**GRÁFICO 25: Competencias que conocen los administradores técnicos sede Portoviejo**



Autoras: Tanya Morocho / Wendy Quelal  
Fuente: Entrevistas semiestructuradas, 2019

**GRÁFICO 26: Competencias que conocen los médicos familiares sede Portoviejo.**



Autoras: Tanya Morocho / Wendy Quelal  
Fuente: Entrevistas semiestructuradas, 2019

*En las entrevistas realizadas en sede Portoviejo la idea núcleo de las competencias del médico familiar son similares, tanto para quienes desempeñan funciones de administración como para los médicos familiares en funciones operativas. Encontrándose que la atención a pacientes vulnerables es quizás la actividad más conocida; la misma que se lleva a cabo mediante una atención personalizada con seguimientos, acompañamiento, visitas familiares, actividades de promoción y prevención. Como se evidenció en las siguientes entrevistas.*

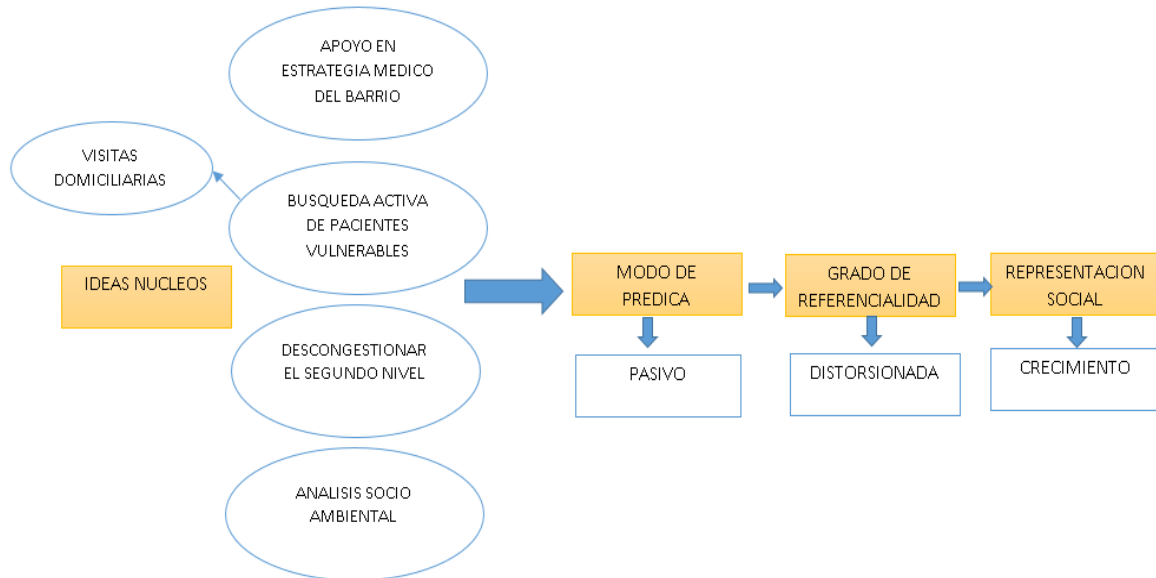
***A1P: “Bueno el centro cuenta con ocho médicos familiares entonces dentro de las competencias de ellos dentro del establecimiento de salud, primero es dar la atención médica de su especialidad a los pacientes de los grupos prioritarios y vulnerables, que ellos ya tienen conocimiento de esto. Paciente con embarazo de alto riesgo obstétrico, personas con enfermedades crónicas descompensadas, niños con desnutrición, pacientes con discapacidad, personas para cuidados paliativos personas con enfermedades raras que pueden ser manejadas en el primer nivel”***

***A2ST: “Búsqueda activa de los pacientes vulnerables, prioritarios, también lo que tiene que ver la visita domiciliaria, otro lo que tiene que estar en las partes de análisis socio ambientales me parece que son de los médicos familiares”***

*En los entrevistados que cumplen funciones administrativas también se encontró otra idea núcleo que se refiere a la vigilancia epidemiológica y análisis socio ambiental. Así lo evidencia el siguiente informante.*

***A2P:”Al menos en lo que es el primer nivel de atención las competencias del médico de familia que van de la mano en lo que es vigilancia epidemiológica la promoción de la salud las visitas domiciliarias y promoción de la salud pública”.***

**GRÁFICO 27: Competencias que conocen los administradores técnicos sede Santo Domingo**



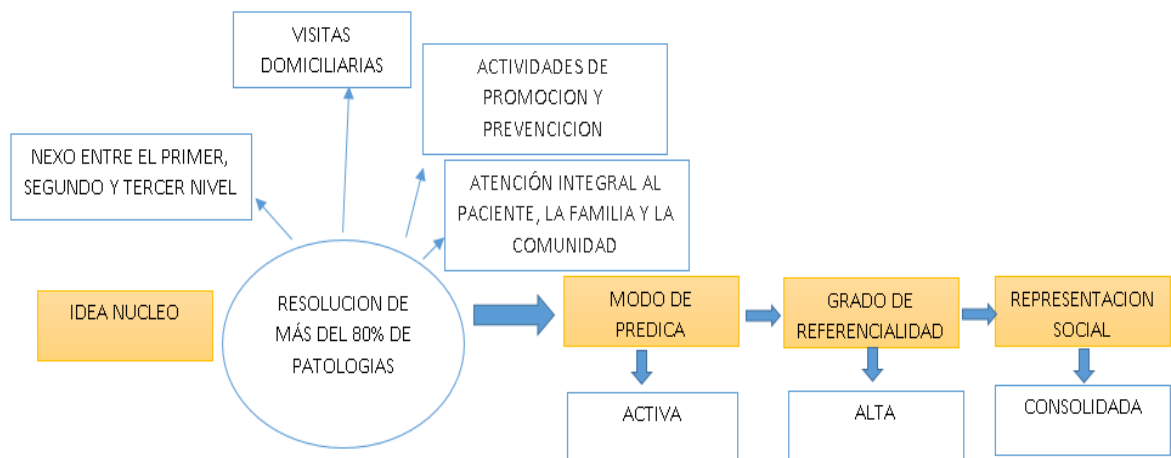
*Autoras: Tanya Morocho / Wendy Quelal*  
*Fuente: Entrevistas semiestructuradas, 2019*

*En la sede Santo Domingo su principal competencia es descongestionar el segundo nivel mediante la atención médica por medio de la Estrategia Médico del Barrio para la búsqueda activa de pacientes vulnerables. Así se aprecia en la siguiente entrevista.*

***AIST: “Aquí en la unidad hay 4 médicos familiares en la cual ellos realizan algunas actividades una de las actividades y sobre todo la cartelera de servicio que ofrecen ahorita ellos son descongestionar el segundo nivel, es decir que están como especialistas del primer nivel se encargan de ver todos los pacientes: mujeres embarazadas de alto riesgo, niños con desnutrición, pacientes en cuidados paliativos, entonces ellos acaparan todos esos pacientes para ser tratados, y dejan un seguimiento más de cerca, también se encargan de enfermedades crónicas no transmisibles, pacientes descompensados todo eso básicamente como ahorita está la estrategia del médico del barrio ellos están a la par de eso es decir se le da seguimiento a todos los pacientes, claro primero es la visita por el grupo EAIS...”***

*En cuanto al modo de predica para las personas entrevistadas que cumple funciones administrativas es pasiva, grado de referencialidad distorsionada y su representación social está en crecimiento. Esto nos indica que hay que hacer énfasis en la divulgación de las competencias del médico familiar para que logre ser un conocimiento consolidado tanto para las sedes de Portoviejo y Santo Domingo.*

**GRÁFICO 28: Competencias que conocen los médicos familiares sede Santo Domingo**



*Autoras: Tanya Morocho / Wendy Quelal  
Fuente: Entrevistas semiestructuradas, 2019*

*En cuanto a los médicos familiares entrevistados en sede Santo Domingo tienen como idea núcleo la resolución de más del 80 % de las patologías, realizando atención integral al paciente, familia y comunidad, cumplían una predica activa, con alto grado de referencialidad y una representación social consolidada. Lo que se pone de manifiesto en los siguientes discursos:*

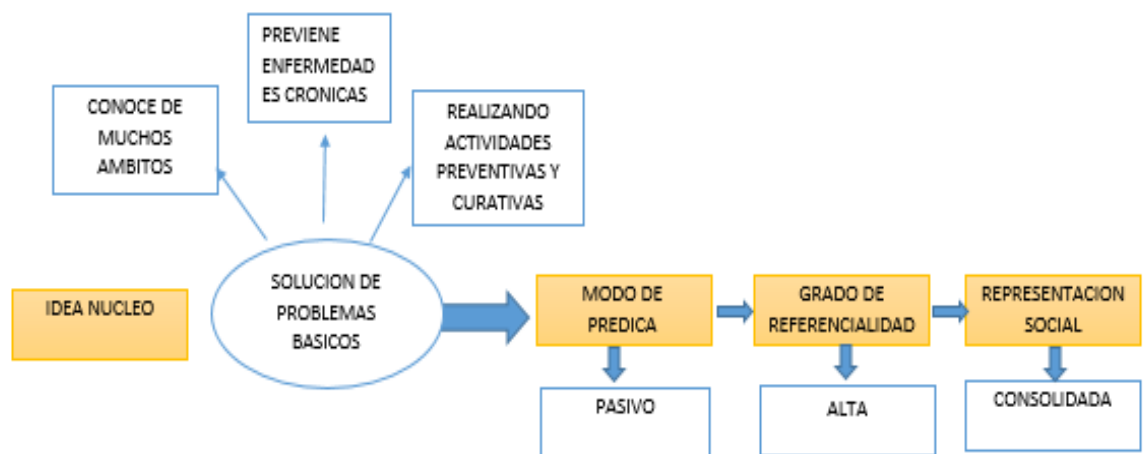
**M8P:** *“Una de la principales es a grupos prioritarios, que incluye generalmente pacientes con enfermedades crónicas, pacientes con discapacidad , embarazadas de riesgo y niños con problemas de desnutrición otra competencias*

*también es la capacidad investigativa y docente, ya que generalmente nosotros tratamos de capacitar inclusive a todo el personal con actualizaciones de guías tanto nacionales como internacionales, otra competencia que es importante son las visitas domiciliarias programadas a grupos prioritarios cuando sea pertinente realizarlas y lo que es la investigación continua que también la realizamos”.*

*MI ST: “Primero la resolución del más del 80% de las enfermedades y de los problemas que tienen todos los pacientes que acude a la consulta porque sabemos que no solo son los problemas biológicos, sino también biopsicosocial, segundo hacer es el nexo adecuado entre el PRIMERO, segundo y tercer nivel, las competencias también aplicaría a la resolución en el segundo y tercer nivel pero aquí en esta situación no se da, valoración de la epidemiología, cuadros de investigación que realmente estas dos últimas competencias lastimosamente no se dan.”*

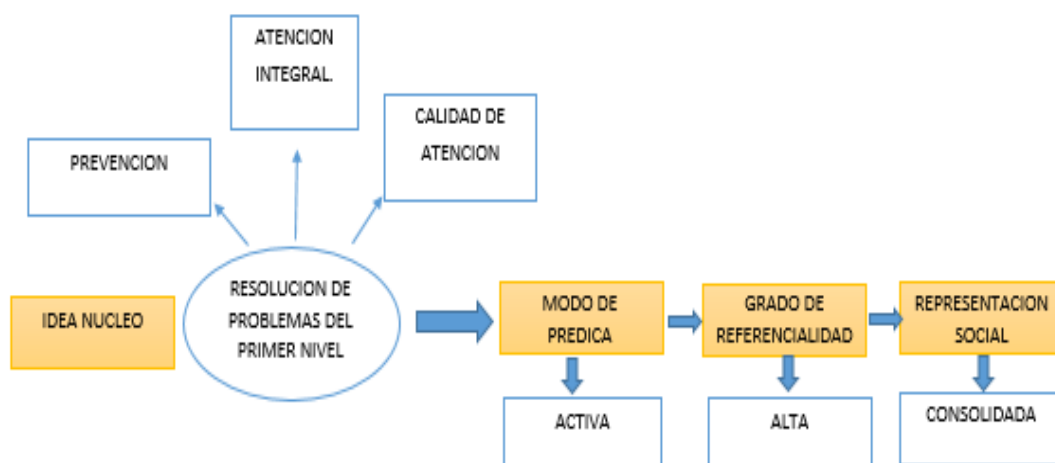
**CATEGORIA I I: POR QUÉ SE CONSIDERAN IMPORTANTES ESTAS COMPETENCIAS**

**GRÁFICO 29: Importancia de las competencias en administradores técnicos sede Portoviejo**



*Autoras: Tanya Morocho / Wendy Quelal  
Fuente: Entrevistas semiestructuradas, 2019*

**GRÁFICO 30: Importancia de las competencias de los médicos familiares sede Portoviejo**

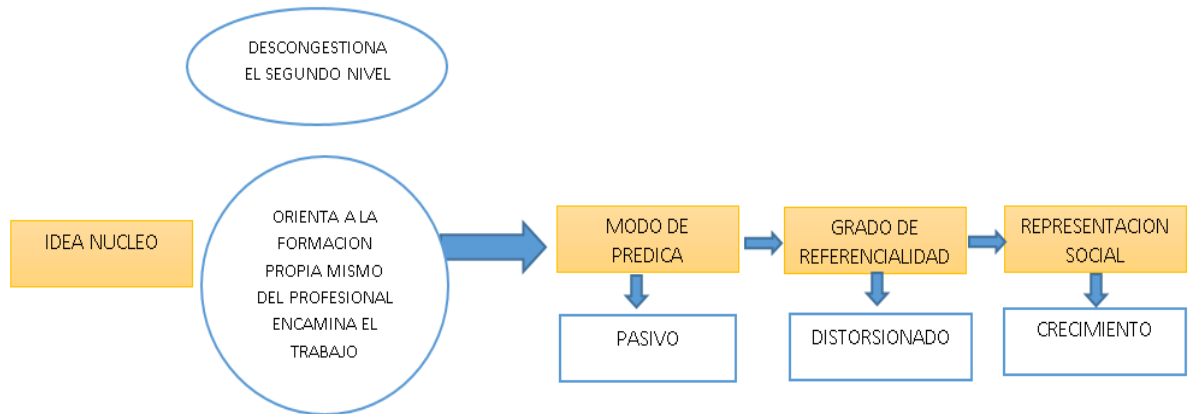


*Autoras: Tanya Morocho / Wendy Quelal  
Fuente: Entrevistas semiestructuradas, 2019*

*La idea núcleo sobre la importancia de las competencias con relación a la sede Portoviejo existe una concordancia entre los entrevistados con funciones administrativas y los operativos, ya que ambos están de acuerdo que las competencias intervienen en la resolución de problemas básicos de primer nivel realizando actividades de prevención y curativas. En lo que difieren es el modo de predica de los administrativos es pasiva y el de los operativos es activa. El grado de referencialidad es alto y es una representación social ya consolidada para ambos. Así se señala en el diálogo del informante A3P.*

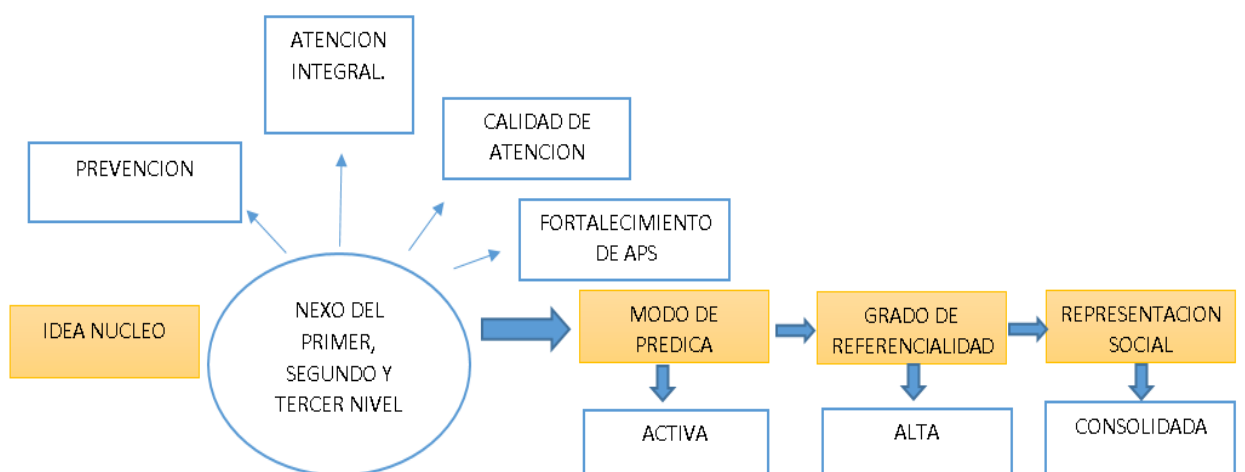
***A3P: “Para una valoración especializada en el primer nivel es importante por qué nos ayuda a solucionar los problemas de especialidad básicos para disminuir la alta incidencia de pacientes en el Rodríguez Zambrano”.***

**GRÁFICO 31: Importancia de las competencias en administradores técnicos sede de Santo Domingo**



*Autoras: Tanya Morocho / Wendy Quelal*  
*Fuente: Entrevistas semiestructuradas, 2019.*

**GRÁFICO 32: Importancia de las competencias de los médicos familiares Santo Domingo**



*Autoras: Tanya Morocho / Wendy Quelal*  
*Fuente: Entrevistas semiestructuradas, 2019*

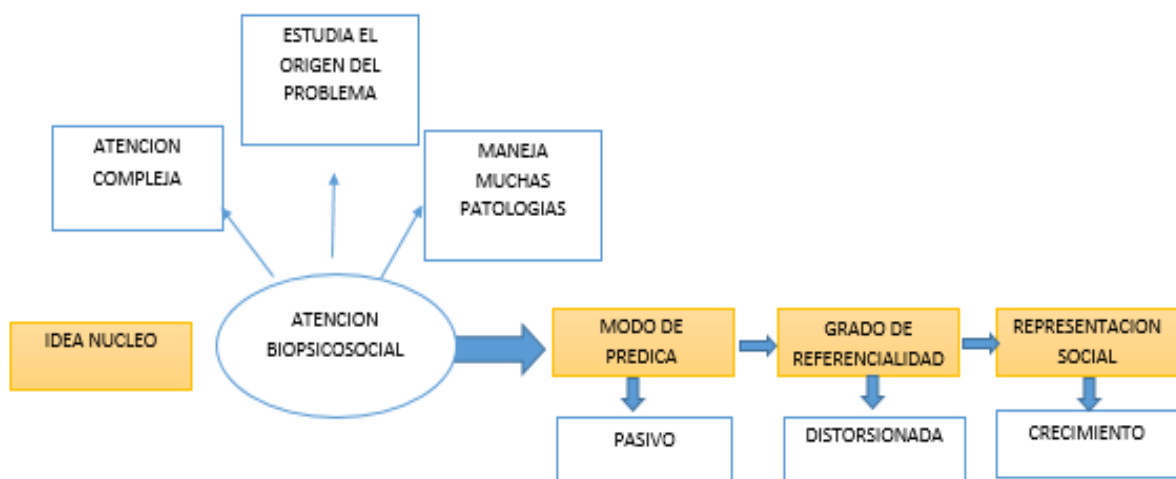
Con relación a la sede Santo Domingo la idea núcleo es que las competencias intervienen descongestionando el segundo nivel de atención mediante: atención integral y de calidad, realizando acciones de prevención y fortaleciendo la APS hecho que se pone en evidencia en la siguiente epístola.

**A2ST:** “Si. Son muy importantes porque como quiera en el primer nivel es una ventaja que tenemos porque son especialistas y nos ayudan a descongestionar, incluso las referencia porque al principio había que referir a ciertos usuarios a un segundo y tercer nivel y el tiempo se demoraba con la intervención de los médicos familiares en el primer nivel nos ayudan a descongestionar full referencias muchos pacientes que se los puede resolver tranquilamente en primer nivel”

**A5 MST:** “Son importantes porque fortalecemos directamente el APS en territorio en relación a que años atrás no se hacía este tipo de trabajo o se hacía pero no en forma coordinada ni organizada”

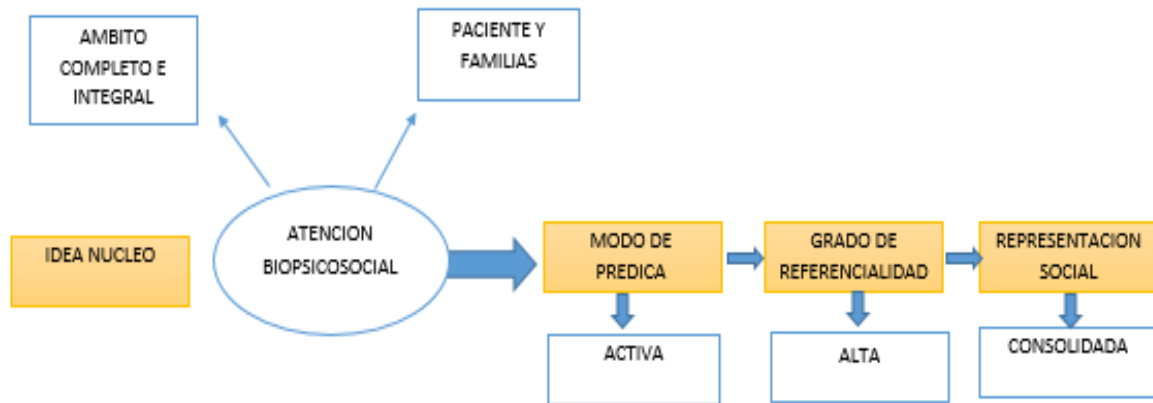
## CATEGORIA II: DIFERENCIA ENTRE LA MEDICINA FAMILIAR Y OTRAS ESPECIALIDADES EN LA PRÁCTICA MÉDICA

**GRÁFICO 33:** Administradores técnicos de la sede de Portoviejo.



Autoras: Tanya Morocho / Wendy Quelal  
Fuente: Entrevistas semiestructuradas, 2019

**GRÁFICO 34: Médicos familiares de la sede Portoviejo**



*Autoras: Tanya Morocho / Wendy Quelal*  
*Fuente: Entrevistas semiestructuradas, 2019*

*En la sede de Portoviejo los consultados tanto los administradores como los médicos familiares concuerdan que la diferencia entre el médico familiar y el resto de especialistas es la atención biopsicosocial, dirigida al individuo familia y comunidad, de manera integral y estudiando el origen del problema, tal como lo expresa el siguiente informante:*

**A4: “Se adentra mucho más al problema de salud y da una atención biopsicosocial porque en realidad el médico general viene el paciente le receta le dice es esto y pare de contar, en cambio el médico familiar se enfrasca, se profundiza más en buscar este los orígenes de porqué de las enfermedades.”**

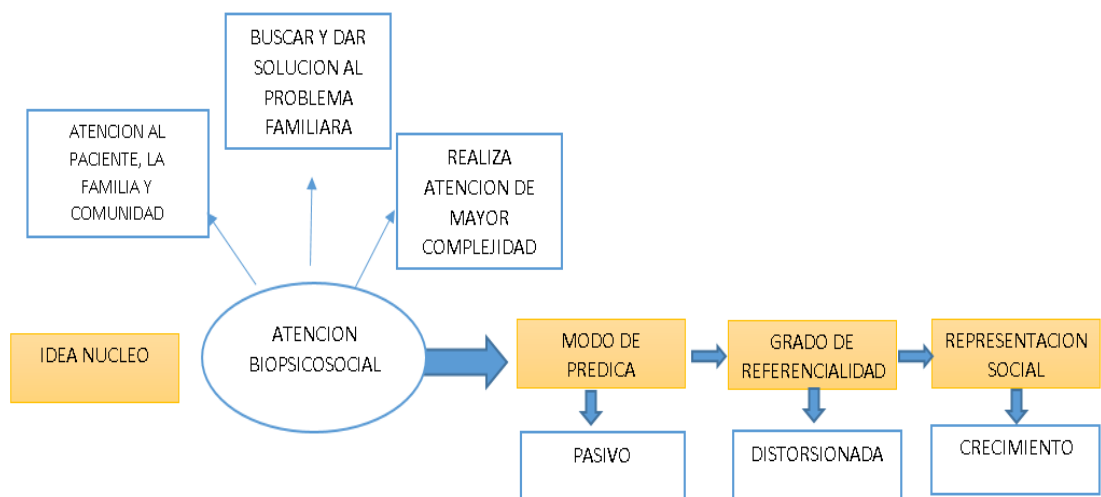
*Para los entrevistados que cumplen funciones administrativas el modo de predica es pasivo, grado de referencialidad distorsionada ya que en su mayoría la diferencian de la atención de los médicos generales por lo tanto su representación social está en crecimiento.*

Los médicos familiares entrevistados consideran que el médico especialista es un experto en un órgano específico, mientras que el médico familiar valora al paciente de forma integral, presentando un modo de predica activo, referencialidad alta por lo tanto una representación social ya consolidada. Así se evidencia en las siguientes conferencias.

**M6P:** " Nosotros manejamos el paciente de manera integral, biopsicosocial, entonces el paciente no solo como paciente sino como familia...."

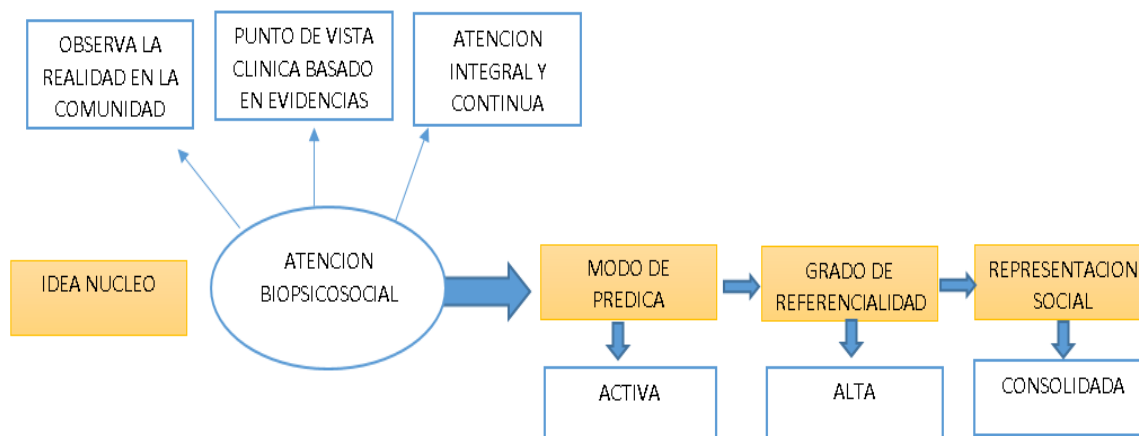
**M8P:** " ..... el especialista yo considero no es un especialista, es un experto en un órgano del cuerpo, por ejemplo el cardiólogo es experto muy bueno en el corazón, el reumatólogo es muy bueno en reumatología, pero lamentablemente tratan de solucionar su problema y no ven más allá...."

**GRÁFICO 35: Administradores técnicos de la sede Santo Domingo.**



Autoras: Tanya Morocho / Wendy Quelal  
Fuente: Entrevistas semiestructuradas, 2019

**GRÁFICO 36: Médicos Familiares de la sede Santo Domingo**



*Autoras: Tanya Morocho / Wendy Quelal  
Fuente: Entrevistas semiestructuradas, 2019*

*En lo que concierne a la sede Santo Domingo tanto los administradores técnicos como los médicos familiares coinciden que se diferencian con otras especialidades es la atención biopsicosocial con un punto de vista basado en evidencia observando la realidad de la comunidad, siendo el modo de predica pasivo, grado de referencialidad distorsionada y representación social en crecimiento para los administradores mientras que en el caso de los médicos familiares es un modo de predica activa, grado de referencialidad alta, y representación social consolidada, es lo que se puede demostrar en las siguientes reflexiones:*

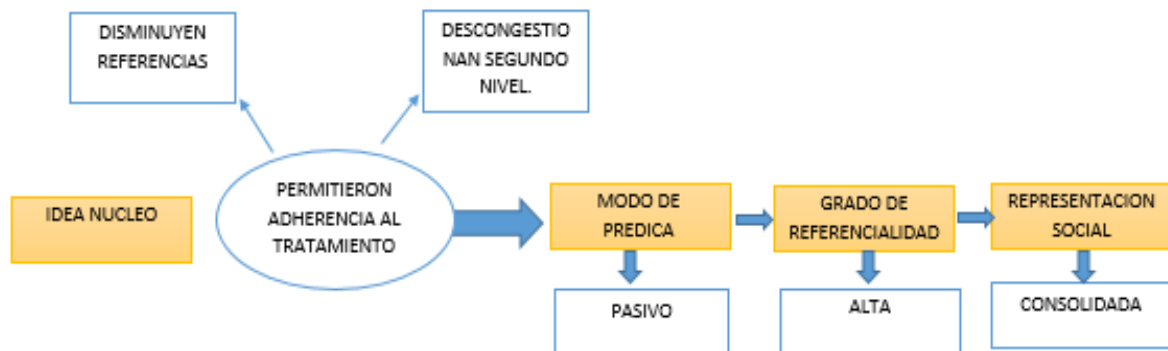
***A1ST: “Diferencias bueno que un médico general atiende de manera general al paciente, en cambio lo que es Medicina Familiar hay un poco más de apego hacia el paciente, a la familia a la comunidad, tratando de buscar dar solución al problema familiar para que este no se desencadene en mayores patologías”***

***M2ST: “Bueno los médicos familiares somos mucho más integrales tenemos un punto de vista mucho más clínico basado en evidencia y el desarrollo de las competencias durante la formación son buenas “***

***M3ST: “Que ellos no van a la comunidad se enfrasan en un hospital, ven al paciente como un numero nomás no como una persona”***

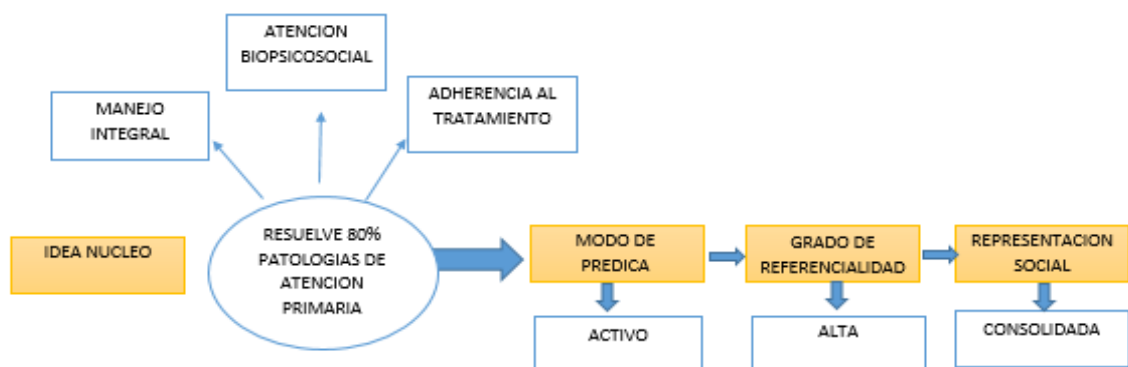
**CATEGORIA IV: CONSIDERA QUE LAS COMPETENCIAS DEL MÉDICO FAMILIAR INTERVIENEN PARA RESOLVER LOS PROBLEMAS DE SALUD, EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.**

**GRÁFICO 37: Medicina Familiar ayuda a resolver problemas de primer nivel, administradores técnicos de sede Portoviejo**



*Autoras: Tanya Morocho / Wendy Quelal*  
*Fuente: Entrevistas semiestructuradas, 2019*

**GRÁFICO 38: Medicina Familiar ayuda a resolver problemas de primer nivel, médicos familiares de sede Portoviejo**



*Autoras: Tanya Morocho / Wendy Quelal*  
*Fuente: Entrevistas semiestructuradas, 2019*

*En la categoría de resolución de problemas en el primer nivel en la sede Portoviejo tiene como idea núcleo es mejorar la adherencia de los pacientes al*

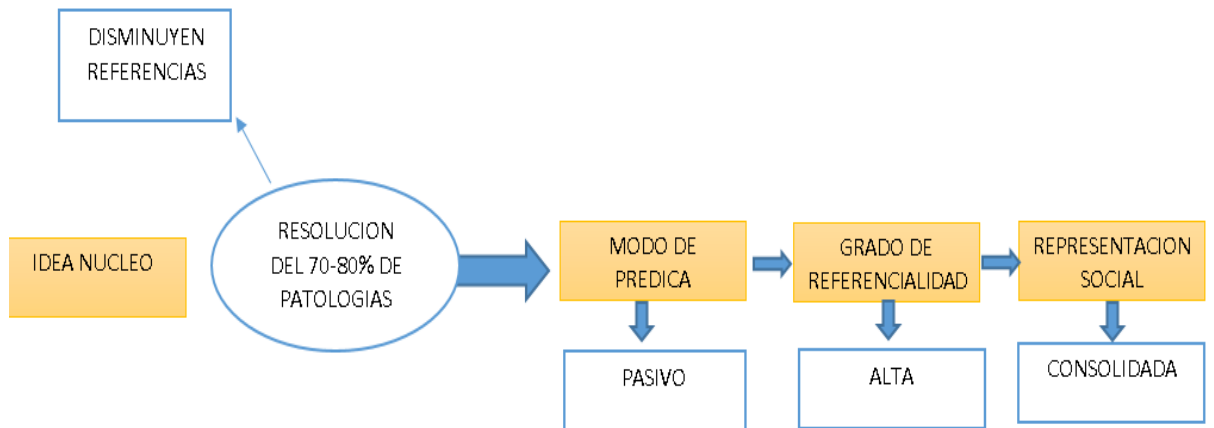
*tratamiento, disminuyendo así el número de referencias y descongestionando el segundo nivel: sin lugar a dudas la formación de clubes que están manejados por médicos familiares han facilitado este propósito, y permite además el seguimiento de pacientes pertenecientes a grupos vulnerables. El modo de predica es pasivo, referencialidad alta y representación social consolidada. Así lo manifiesta el informante AIP.*

***AIP: “SI, consideró que sus intervenciones han logrado mejoría en lo que es el primer nivel de atención; primero sobre lo que es la adherencia de los pacientes, médicos familiares han logrado lo digo o no al menos este centro de salud, ellos están a cargo de varios clubes por ejemplo una de ellas está cargo de adultos mayores, otra esta cargo del club de adolescentes, otro está a cargo del club de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, otro apoyan el tema de la docencia , otro está cargo de lo que es medicina transfusional, otro a cargo del club LGBTI ,apoyan en el tema lo que control prenatal con riesgo, entonces eso hace que este los pacientes hayan logrado una gran adherencia al tratamiento y el seguimiento; de hecho ellos son muy solicitados muy demandados. La demanda de los médicos familiares es full aquí”.***

*Sin embargo la idea núcleo de los médicos familiares entrevistados tienen claro que ayudamos a resolver el 80 % de las patologías básicas que se ven en primer nivel de atención, llevando a cabo un manejo integral y biopsicosocial que mejora sin duda la mayor adherencia al tratamiento. El modo de predica es activo, referencialidad alta y representación social consolidada, así lo expresa el siguiente entrevistado.*

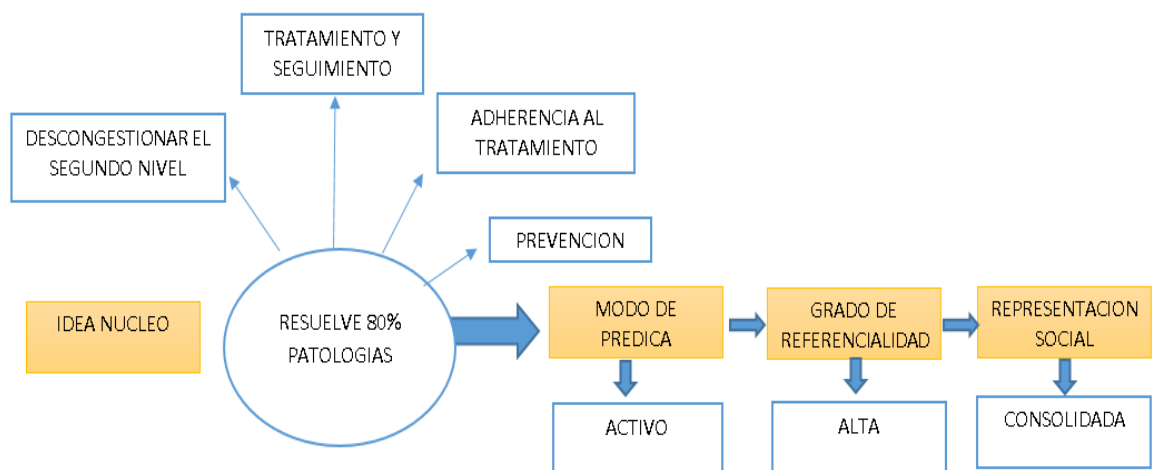
***M8P: “Por supuesto que si el objetivo de nosotros aquí es generalmente eso tratar de resolver yo diría incluso más del 80% de los problemas en atención primaria”.***

**GRÁFICO 39: Medicina Familiar ayuda a resolver problemas de primer nivel, administradores técnicos de sede Santo Domingo**



Autoras: Tanya Morocho / Wendy Quelal  
 Fuente: Entrevistas semiestructuradas, 2019

**GRÁFICO 40: Medicina Familiar ayuda a resolver problemas de primer nivel, médicos de familia de sede Santo Domingo**



Autoras: Tanya Morocho / Wendy Quelal  
 Fuente: Entrevistas semiestructuradas, 2019

En la sede de Santo Domingo tanto los administradores técnicos y médicos familiares tienen la misma idea núcleo la resolución del 80% de las patologías realizando prevención, tratamiento y seguimiento, con lo que disminuyen las

referencias al segundo nivel, su modo de predica pasivo, con grado de referencialidad alto y representación social consolidada; es lo que manifiestan las siguientes disertaciones.

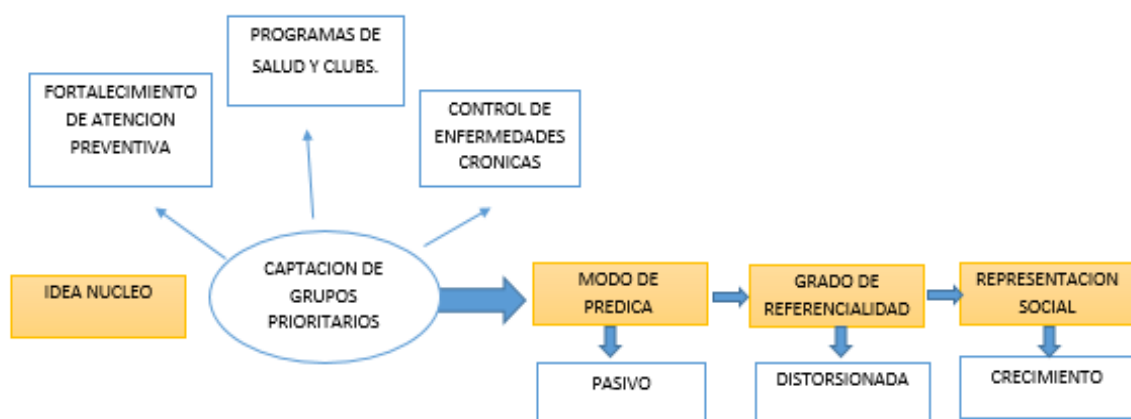
**A2ST:** “De las patologías se resuelve de 70 al 80%, si se reduce bastante las referencias a un segundo nivel incluso hasta por el costo la ventaja que tenemos ahorita en tener un médico familiar en cada centro de salud en un primer nivel incluso ayuda a las población que tienen bajos recursos a salir a otros lugares ahí mismo lo pueden resolver en un primer nivel o en su casa”

**M5ST:** “Me parece que el médico familiar es el pilar fundamental para la atención en el primer nivel ya que el médico familiar está preparado para llegar a la familia al paciente y hacer el seguimiento, la prevención y el tratamiento adecuado cuando eso lo requiera”

**M9ST:** “Se empleó esta estrategia con el objetivo de descongestionar el segundo nivel”

#### **CATEGORIA IV: QUE CAMBIOS HA VISTO DESDE QUE SE INTEGRARON LOS MÉDICOS FAMILIARES**

**GRÁFICO 41: Cambios que se encontraron desde que se integraron los médicos familiares sede Portoviejo**

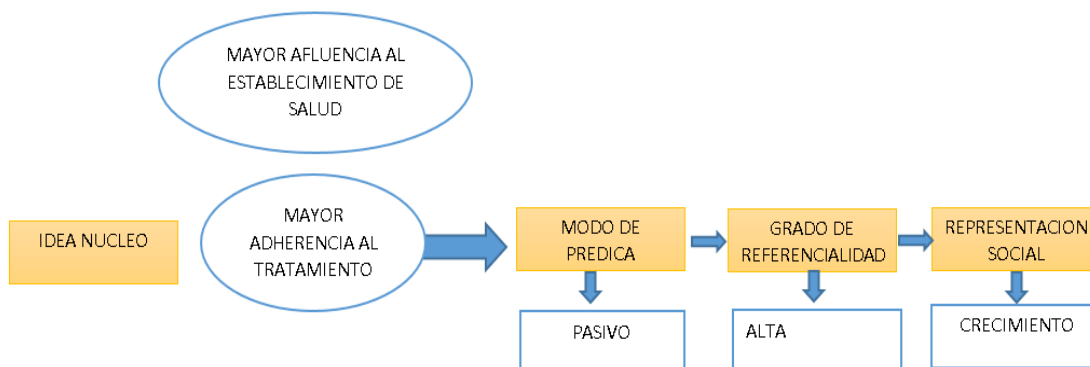


Autoras: Tanya Morocho / Wendy Quelal  
Fuente: Entrevistas semiestructuradas, 2019

Son varios los cambios que se han visto en las unidades operativas donde se encuentran devengando los médicos graduados de la primera cohorte, esta pregunta fue dirigida especialmente a los entrevistados que cumplen actividades administrativas teniendo como idea núcleo la mayor captación de grupos prioritarios, a través de la formación de clubs como: adulto mayor, embarazadas, crónicos, donde se hace énfasis a la atención preventiva y el control de enfermedades crónicas no trasmisibles. El modo de predica es pasivo, con un grado de referencialidad distorsionada y la representación social está en crecimiento. Se evidencia en la información dada por el entrevistado A3P.

**A3P:” Bueno de inicio en el apoyo para nosotros los médicos generales en un cien por ciento porque nos sentimos respaldados por los médicos familiares y a nivel de la comunidad también porque en los programas específicos de especialidad la maneja muy bien, no tenemos ningún inconveniente por ejemplo una de los médicos el Doctor Macías maneja el club de diabéticos e hipertensos, nos ayuda con las capacitaciones todos los viernes de diez a doce de diferentes temas y revisamos las guías clínicas y lo hacemos en forma taller, exposición o en forma práctica, la Doctora Vita maneja muy bien el club de embarazadas y con todo lo que conlleva la muerte materna y también el postparto y lactancia materna ....”**

**GRÁFICO 42: Cambios que se encontraron desde que se integraron los médicos familiares sede Santo Domingo**



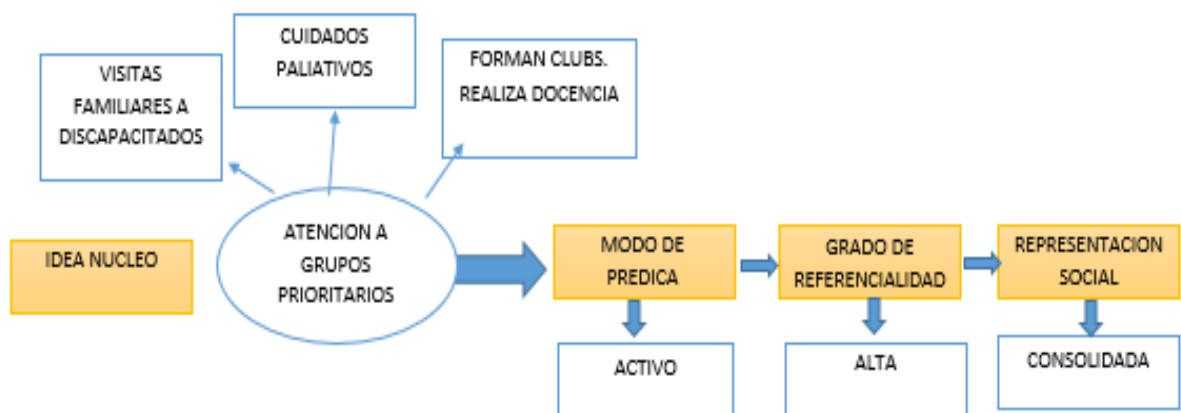
Autoras: Tanya Morocho / Wendy Quelal  
 Fuente: Entrevistas semiestructuradas, 2019

Los cambios que se han evidenciado en los administradores técnicos son la mayor adherencia al tratamiento y mayor afluencia de pacientes al establecimiento con modo de predica pasivo y grado de referencialidad distorsionada y representación social en crecimiento, que se evidencia en la presente narración.

**A2ST:** “Incluso se ha visto mayor adherencia a los tratamientos y mayor afluencia y la medicina ya no hay lo mismo de siempre como están los especialistas de primer nivel ya hay otra clase de medicina que tranquilamente se puede utilizar”

**CATEGORIA V: EN LA INTERVENCIÓN DE INDIVIDUO, FAMILIA Y COMUNIDAD, QUÉ TIPO DE ACCIONES REALIZA.**

**GRÁFICO 43:** En la intervención del individuo, familia y comunidad que acciones realiza por los médicos familiares sede Portoviejo



Autoras: Tanya Morocho / Wendy Quelal  
Fuente: Entrevistas semiestructuradas, 2019

Acerca de la pregunta a los médicos graduados sobre si están realizando las competencias por las que fueron formados, los entrevistados tienen

como idea núcleo atención a grupos prioritarios; forman clubes donde realizan actividades de docencia, cuidados paliativos y visitas familiares a discapacitados.

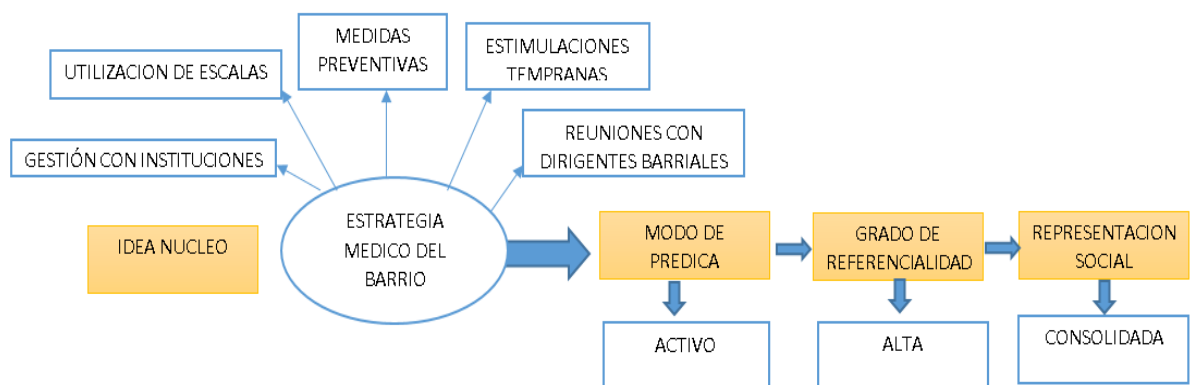
En relación a la docencia queda claro que la mayoría si bien no realiza actividades docentes universitarias, lo hacen con el paciente eso se evidencia en el siguiente testimonio.

**M7P.** “Si de ley, ayer yo conversaba con una postgradista que me decía a mí no me gusta la docencia y yo le decía ¿qué haces con el paciente cuando le das medidas no farmacológicas? Haces docencia a un nivel no tan alto pero sigues haciendo docencia enseñas al paciente lo que tiene que hacer a nivel farmacológico y no farmacológico. ...”

Además se realiza el seguimiento a pacientes que pertenecen a grupos prioritarios esto tiene un modo de predica activo, referencialidad alta y una representación social ya consolidada, así se muestra en el siguiente testimonio.

**M2P:**” realizamos visitas domiciliars a pacientes discapacitados o a pacientes crónicos que necesitan seguimiento y no pueden venir a la consulta....”

**GRÁFICO 44:** En la intervención del individuo, familia y comunidad que acciones realiza por los médicos familiares sede Santo Domingo.



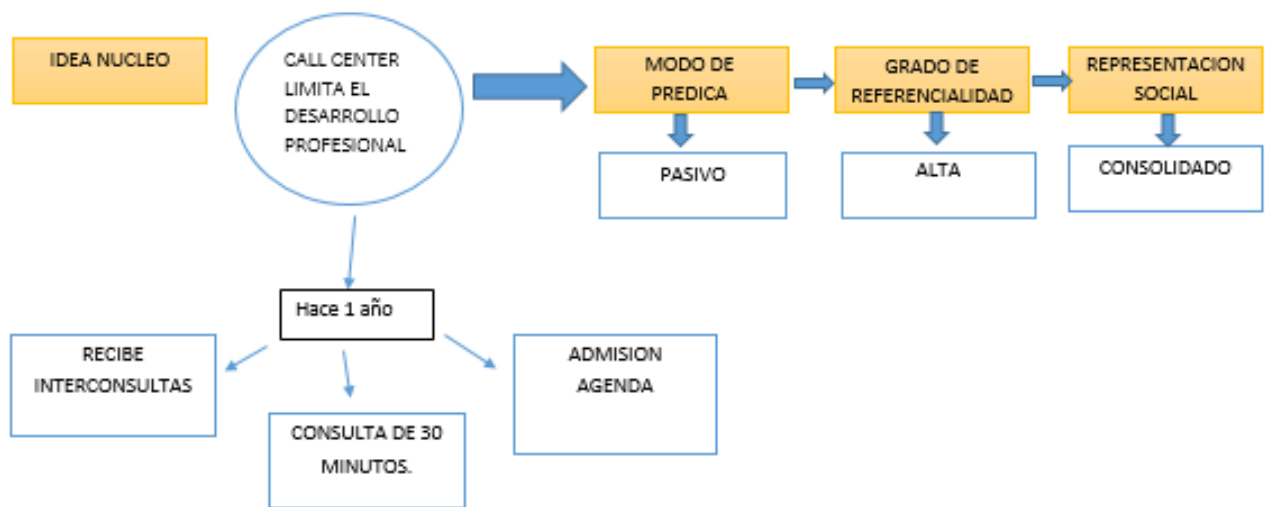
Autoras: Tanya Morocho / Wendy Quelal  
Fuente: Entrevistas semiestructuradas, 2019

*En Santo domingo la mayor parte de interrogados revela que por disposición del Ministerio de Salud Pública, forman parte de la estrategia médico del barrio, para lo cual deben ejecutar reuniones con los dirigentes barriales para la ayuda de la captación de pacientes vulnerables y realizan gestión con otras instituciones para ayudas técnicas, modo de predica activo, grado de referencialidad alto y representación social consolidada, esto se evidencia en el siguiente discurso.*

***M2ST: “Estamos trabajando con la estrategia el médico del barrio en esa estrategia el médico familiar es el que comanda prácticamente los equipos integrales de salud entonces por ese medio llegamos a las familias de mayor vulnerabilidad como le explico en la parte biológico sobre todo y en la parte psicológica porque lo social es difícil para nosotros poderla solucionar más aun sin embargo se establece una serie de estrategias con otras entidades como por ejemplo el MIES, ahora tenemos reuniones sobre todo con personal de estas instituciones el MIES la BRIGADA MANUELA , entonces se trata de gestionar con ellos si hay algún paciente que necesitan recalificación en la parte social que es el abordaje de ellos o en el caso nuestro recalificación de discapacidades, entonces por ese medio podemos ayudar a los paciente en el medio social no es tanto de nuestra competencia siempre y cuando estemos relacionados. Aquí han estado rotando los médicos postgradista R3 con ello hemos estado trabajando en docencia. También el Ministerio formo a todos los médicos familiares como formador de formadores se nos dio el curso de docencia somos calificados todos nuestros médicos familiares somos calificados para dar docencia. Yo llevo soy encargada de todas las unidades operativas de mantener esta estrategia soy quien se encarga de consolidar los datos”***

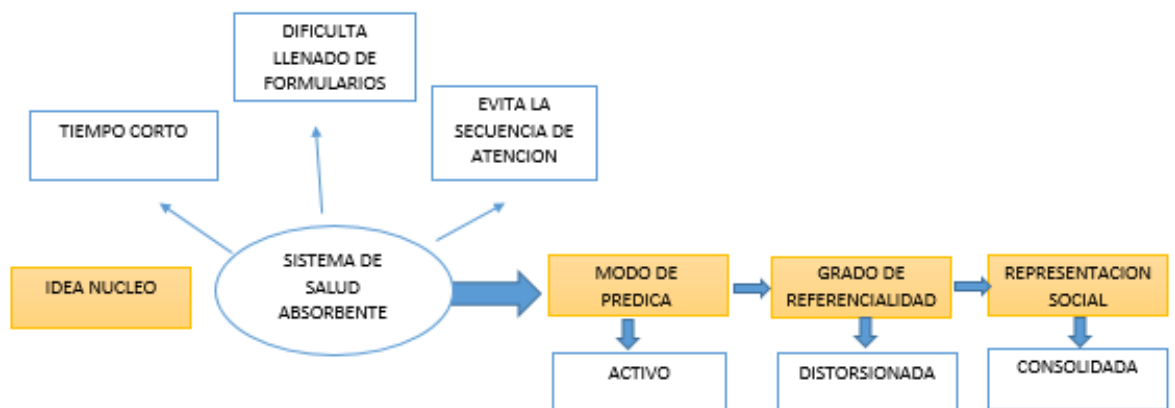
**CATEGORIA VI: EL CALL CENTER Y EL TIEMPO DE 20 MINUTOS LE PERMITE EL DESARROLLO DE LAS COMPETENCIAS APRENDIDAS EN SU FORMACIÓN ACADÉMICA**

**GRÁFICO 45: Sistema de salud permite la realización de competencias administradores técnicos sede Portoviejo.**



*Autoras: Tanya Morocho / Wendy Quelal  
Fuente: Entrevistas semiestructuradas, 2019*

**GRÁFICO 46: Sistema de salud permite la realización de competencias médicos familiares sede Portoviejo**



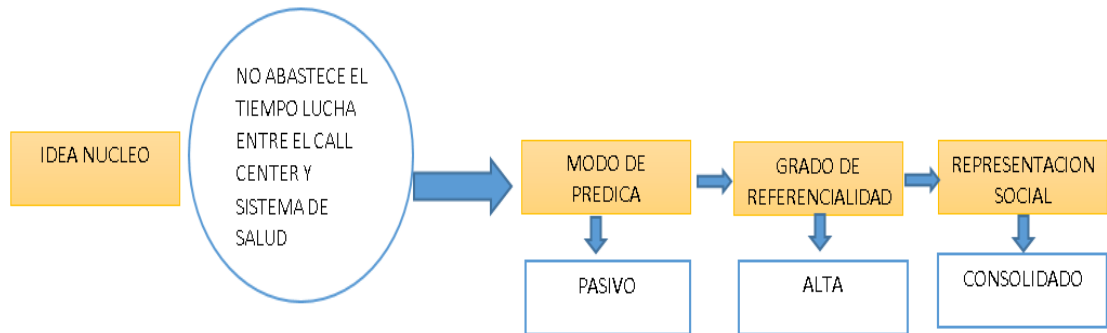
*Autoras: Tanya Morocho / Wendy Quelal  
Fuente: Entrevistas semiestructuradas, 2019*

*En cuanto al ítem de si los 20 minutos del call center favorecen el desarrollo de las competencias del médico familiar tienen como ideas núcleos que el sistema es absorbente y limita el desarrollo profesional, ya que al ser un tiempo corto limita las atenciones subsecuentes por la cantidad de formularios que deben ser llenados, sin embargo hace 1 año esta situación cambio y se logró que los médicos especialistas de Medicina Familiar tengan una atención de 30 minutos, y reciben interconsultas de otros servicios, cuyo agendamiento está a cargo del personal de estadística de las unidades de salud y no del sistema call center. Esto se hace evidente en el siguiente testimonio.*

***AIP: “No, no además eso está en contra de muchas normas por ejemplo el tema de control prenatal que dice que para primer control son 40 minutos, además la anamnesis, examen físico, el tiempo de llenado al sistema PRASS, además es insuficiente tanto para Medicina Familiar como para general; ellos tienen treinta minutos por cada paciente, eso es lo que está establecido tanto en el agendamiento interno como a través del sistema contac center. En el contac center no atienden consulta por primera vez, ahora el sistema permite agendar las citas subsecuentes que ellos de manera generan. La manera para acceder a una cita por Medicina Familiares a través de la interconsulta por medicina general o de los otros servicios o de referencia de otros centros de salud que refieran acá también.....”.***

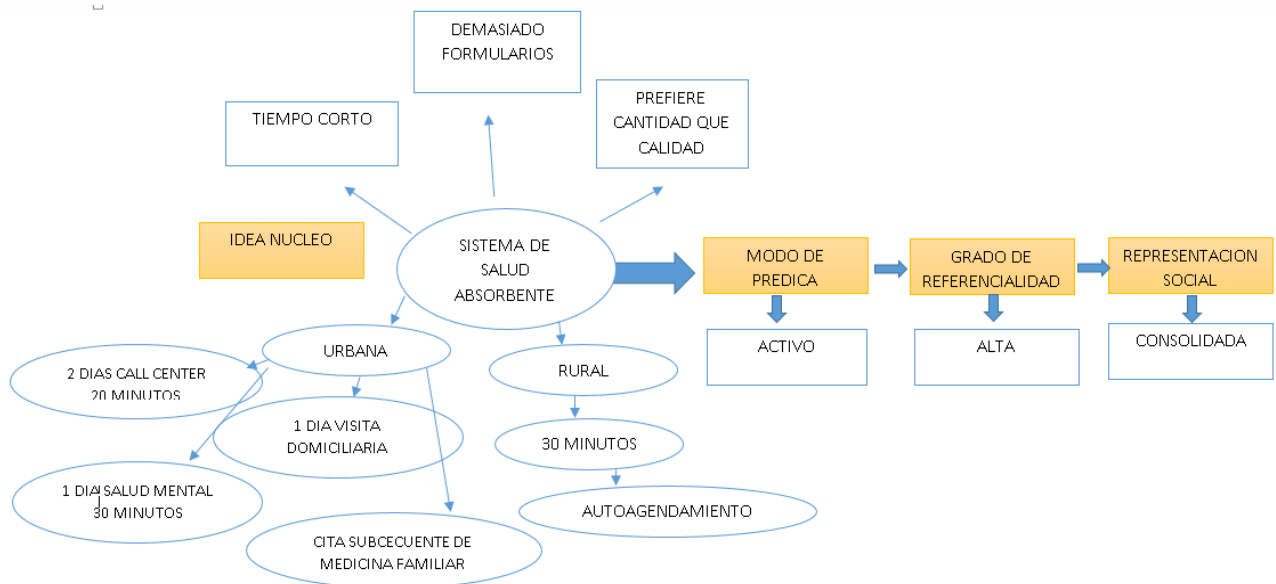
*El modo de predica para los entrevistados que cumplen funciones administrativas es pasiva, referencialidad alta y representación social consolidado; mientras que para los médicos familiares la predica es activa porque forman parte de este sistema, su referencialidad fue distorsionada ya que ellos actualmente tienen 30 minutos para la atención médica, con una representación social consolidada.*

**GRÁFICO 47: Sistema de salud permite la realización de competencias administradores técnicos sede Santo Domingo**



*Autoras: Tanya Morocho / Wendy Quelal*  
*Fuente: Entrevistas semiestructuradas, 2019*

**GRÁFICO 48: Sistema de salud permite la realización de competencias médicos familiares sede Santo Domingo**



*Autoras: Tanya Morocho / Wendy Quelal*  
*Fuente: Entrevistas semiestructuradas, 2019*

*Con respecto a los 20 minutos administradores técnicos y los médicos familiares de la sede Santo Domingo concuerdan que es un sistema de salud absorbente y que prefiere la cantidad a la calidad, modo de predica pasivo para administradores y activo para médicos, grado de referencialidad alta, representación social consolidada, los mismos que se pueden evidenciar en las siguientes entrevistas*

***A1ST: “No. Porque se entiende que voy a ver a la familia al núcleo familiar y no abastece el tiempo esta es una lucha entre call center y una lucha entre los paradigmas mismo de ustedes que lo ponen en su formación académica bien complicadito, para el 2018, en mayo se incrementa aquí en Santo Domingo el Médico Familiar entonces todo el 2018 incluso un poquito del 2019 hasta febrero se hacía de agendar los médicos familiares en un cuaderno nosotros llevábamos el agendamiento de ellos, a partir de Abril se crea el propio Prass ya la agenda del médico familiar, con tiempo de atención de 30 minutos”***

*Según los médicos indican que 2 días atienden el sistema de call center con un tiempo de 20 minutos, 1 día salud mental con atención de 30 minutos, 1 día visita familiar y un día de cita subsecuente.*

***M3ST: “No más le interesa son números que la atención del paciente no se puede hacer todos en 20 minutos. Tenemos 2 días a la semana call center eso es cada 20 minutos, tenemos 1 día de visita domiciliaria eso es ir donde los pacientes considerados vulnerables, otro día para salud mental si tenemos 30 minutos, tenemos lo de referencia para ver que podemos resolver aquí y los otros que si tenemos que enviar, un día a la semana para cita subsecuente”***

***M4ST: “Chuta es difícil yo me he puesto a tomar el tiempo de todo los que nos toca llenar y he llegado a la conclusión que entre llenar la historia clínica física y electrónica solo estamos atendiendo 7 minutos al paciente”***

*Esto difiere en la parte Rural como en el centro de salud El Carmen ya que se realiza autoagendamiento y el tiempo por consulta es de 30 minutos, los mismos se pueden evidenciar en las siguientes argumentaciones.*

*A2ST: “Aquí ahorita como estamos en plan de contingencia estamos con autoagendamiento por demanda espontanea se prioriza pacientes que están con fiebre niños con vómitos diarreas se prioriza y se da la atención inmediatamente o sino se agenda en 15 días o en un mes si el médico general valora y el obstetra valora a la embarazada y ve que es una paciente de alto riesgo inmediatamente le hace la referencia”*

*M4ST: “No son suficientes pero ventajosamente aquí tenemos nuestra propia agenda, nunca nos han colocado al call center, pacientes agendados por medio de la estrategia médico del barrio”*

## **5. CAPITULO V**

### **5.1. DISCUSIÓN**

*En Ecuador estudios previos sobre la evaluación de las competencias de médicos familiares no existen. La Medicina Familiar es una especialidad que tiene 32 años en el país, y es reconocida como especialidad hace apenas 8 años, siendo promocionada por 8 Universidades mediante convenio interinstitucional con el Ministerio de Salud Pública.*

*En nuestro país tiene un tiempo de formación académica de 3 años bajo el régimen de residencia. La primera cohorte de médicos familiares que se graduaron de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador con el convenio MSP, egresó hace 2 años 4 meses y en nuestro trabajo de investigación realizamos una valoración de las competencias aprendidas que las están ejecutando en sus lugares de devengación.*

***Hay predominio del género femenino** en ambas sedes; quizás relacionada según Bedoya (2017) “(...) a que las mujeres que planifican ser madres o ya son madres, escogen la especialidad priorizando aquella que le permitirá a futuro conciliar mejor la vida personal con la vida profesional”. Además menciona que la medicina familiar, dermatología y pediatría son las especialidades que permiten la integración entre los logros profesionales y personales. (Aulestia et al., 2017)*

***En cuanto a la edad** se encontró que el 81% de los graduados de ambas sedes tenían edades por encima de los 35 años, con un tiempo de ejercicio profesional entre 10 a 15 años.*

*Un estudio del Ministerio de Sanidad en España, permite conocer la media de edad de los residentes en su primer año en la formación sanitaria especializada, donde los residentes más jóvenes con un promedio de 26 años, se inclinan por Pediatría y Neurología, mientras que los residentes más “veteranos” siguen Medicina Preventiva o Salud Pública. Mientras que Medicina familiar tienen un promedio de 29 años. (Platania, 2017)*

*La mayoría de médicos generales que se acogieron a este programa de especialización como ya se mencionó eran mayores de 35 años formaron parte de un proyecto que buscaba reforzar el primer nivel de atención y por lo tanto la convocatoria fue para profesionales que se encuentran laborando en el MSP, sin importar el tiempo de contrato profesional. (MSP, 2013)*

*En nuestro estudio la mayoría de los **médicos laboran en centros de salud tipo A como operativos**, realizando actividades de promoción, prevención, curación y rehabilitación al individuo en su ciclo de vida y la familia a la cual pertenece; además realizan actividades de gestión para el mejoramiento de la calidad de vida de las personas de la comunidad. (Acuerdo Ministerial, 2015)*

*Una investigación de los graduados de la University of Washington Family Medicine Residency Network que practicaban en zonas rurales y urbanas llegaron a la conclusión que el 30% de los graduados rurales reportaron que tenían más probabilidades de desarrollar las competencias para las que fueron formados ya que pasaron más tiempo en el cuidado del paciente, su familia y la comunidad, sin embargo, los profesionales que desempeñan sus actividades en áreas urbanas no tenían la misma oportunidad debido a las características demográficas, organización del sistema de salud y alcance de los servicios.(Baldwin et al., 1995)*

*Un estudio canadiense, realizó un seguimiento de 3 cortes de graduados en un periodo de 10 años entre 1993 a 2003, el objetivo de este estudio fue determinar el impacto de la política de salud y las competencias en los diferentes lugares a las que fueron asignados. El estudio reveló que los profesionales graduados en Medicina Familiar, no alcanzan las competencias profesionales para las que fueron entrenados, en relación a sus funciones en diversos centros de atención médica. (Jaakkimainen, Schultz, Glazier, Abrahams, & Verma, 2012)*

*Estudios previos de Evaluación de las competencias de los médicos familiares se encuentran en países como España, México, Canadá y Estados Unidos en los que se realizaron investigaciones de seguimiento de egresados y evaluación de competencias acorde al perfil del médico familiar.*

*En un artículo realizado en México para construir el perfil profesional del médico familiar, realizaron una investigación de tipo cuanti-cualitativo, los resultados que obtuvieron permitió identificar cuatro áreas de desempeño profesional, las mismas que son similares a las del perfil del egresado de la PUCE, en el informe se organizaron de la siguiente manera:*

- *Área asistencial: de atención al individuo y de la familia.*
- *Área de atención a la comunidad.*
- *Área de docencia e investigación.*
- *Área de administración y gestión. (Gómez Clavelina & Leyva González, 2017)*

## ***LAS COMPETENCIAS DE COMUNICACIÓN Y LIDERAZGO***

*Son realizadas por los médicos graduados de ambas sedes con un total del 64%; la comunicación es considerada una de las competencias básicas muy compleja e importante que nos ayudará a reforzar una buena relación médico paciente, usar lenguaje adecuado, dar información coherente acerca de su diagnóstico y tratamiento, permitirá mejorar la adherencia.(Moore, P., Gómez, G., & Kurtz, 2012)*

*En las entrevistas semiestructuradas se identifica que la comunicación y liderazgo se cumple, ya que los administradores técnicos y médicos familiares nos explican que se encuentran como líderes de programas, clubs además realizan actividades de promoción y prevención en grupos vulnerables, logrando en los pacientes mayor adherencia al tratamiento tal como se expresa a continuación.*

***AIP:** “ (...) Sus intervenciones han logrado mejoría en lo que es el primer nivel de atención; primero sobre lo que es la **adherencia de los pacientes**, médicos familiares han logrado lo digo o no al menos este centro de salud, **ellos están a cargo de varios clubs** por ejemplo una de ellas está cargo de adultos mayores, otra esta cargo del club de **adolescentes**, otro está a cargo del club de pacientes con **enfermedades crónicas no transmisibles**, otro apoyan el tema de la **docencia** , otro está cargo de lo que es **medicina transfusional**, otro a cargo del club **LGBTI** ,apoyan en el tema lo que control prenatal con riesgo, entonces eso hace que este los pacientes hayan logrado una gran adherencia al tratamiento y el seguimiento; de hecho ellos son muy solicitados.. **La demanda de los médicos familiares es full aquí.** “*

***AIST:** “Se puede decir que ayuda a resolución de problemas de salud ya que si me enfoco en la familia en un núcleo familiar significa que yo voy a **solucionar** ese*

*problema, voy a **orientar, educar** a esa familia en **hábitos de alimentación** o en algún tipo de disciplina”*

*Aunque son pocos, existen estudios, incluyendo ensayos randomizados, que muestran que mejorando la comunicación en aspectos específicos también mejoran los resultados fisiológicos como por ejemplo demostraron una mejoría en las glicemias de pacientes diabéticos cuando sus médicos aprendieron habilidades comunicacionales.(Moore, Gómez, Kurtz, & Vargas, 2010)*

*La eficacia de la comunicación entre el médico y los pacientes se manifiesta por medio de resultados positivos, en la relación médico paciente, adherencia al tratamiento, disminución de factores de riesgo y promoción de salud; esta aptitud interviene desde la fase de obtención de datos para la historia clínica, el plan de manejo diagnóstico, terapéutico, educacional y de seguimiento.*

### ***LAS COMPETENCIAS DE DOCENCIA Y APRENDIZAJE***

*Son las actividades menos realizadas por los médicos de ambas sedes, sobre todo relacionadas con la investigación. Las actividades de investigación en medicina de familia generalmente son de acción, ya que son basadas en el diagnóstico de salud de la comunidad, influyen de manera positiva en el entorno biológico, psicológico y social de los individuos; además nos proporcionan conocimientos relacionados con otras disciplinas mejorando así el prestigio profesional, perfeccionando las capacidades y por lo tanto la calidad de atención.(Ponce Rosas et al., 2003)*

*Entrevistados de la sede Portoviejo nos dieron a conocer que docencia no es solo compartir conocimientos con estudiantes, sino también a pacientes; ya que*

*proporcionamos medidas farmacológicas y no farmacológicas, aquí tenemos un testimonio acerca de ese tema.*

***M7P:** (...) ¿yo le decía que haces con el paciente cuando le das medidas no farmacológicas? Haces docencia a un nivel no tan alto pero sigues haciendo docencia enseñas al paciente lo que tiene que hacer a nivel farmacológico y no farmacológico..*

*En Santo domingo en cambio demuestran que el sistema de salud no deja fortalecer la investigación el mismo que se evidencia en el siguiente discurso:*

***MIST:** (...) esto en lo que sería ideal, hacer **cercos epidemiológicos o estudios epidemiológicos**, tratar en donde está el foco principal eso es lo que deberíamos hacer pero lamentablemente no se está haciendo.”*

*Un estudio en México en el 2017 (Instituto de Seguridad Social) concluyó que los médicos familiares realizan solo un 3% de investigaciones descriptivas que producen poco impacto en la disciplina médica, relacionadas con múltiples causas que van desde déficit de formación hasta falta de apoyo institucional. (López-Ortiz, 2017)*

*En las entrevistas se identifica que la docencia no solo se refiere a una clase magistral con estudiantes, sino el hecho de compartir conocimientos con el paciente, ya sea educando para lograr la disminución de factores de riesgo desencadenantes de patologías prevenibles e indicaciones terapéuticas; además se evidencia que publicaciones en revistas anexadas son en mínima cantidad limitadas por el sistema de salud, según los informantes.*

## ***LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS A LA CAPACIDAD DE ANÁLISIS Y SOLUCIÓN DE PROBLEMAS***

*Donde se elabora análisis situacional, planificación sobre determinantes de salud, seguimiento y evaluación de planes son realizados siempre y a menudo.*

*Según investigaciones que se han realizado en el aspecto de gestión administrativa que forma parte de esta competencia, en la revista cubana de Medicina Familiar llegan a la conclusión de que “la causa fundamental de la baja calidad de algunos servicios no debe atribuirse solamente a la falta de recursos materiales, a estructuras insuficientes y esquemáticas, o a investigaciones inadecuadas; sino que en el análisis causal deberá tenerse muy en cuenta la capacidad o no del gerente para ejercer como líder de la institución que dirige”. (Amaro, 2003)*

*Durante las entrevistas se evidenció que los médicos familiares devengantes trabajan a base de los determinantes de salud de la población asignada, realizan visitas familiares donde además de enfocarse en lo biológico, buscan riesgos sociales y medioambientales, para poder realizar acciones de mejora de salud en el individuo, familia y comunidad. Lo que se demuestra en algunas entrevistas. .*

***M5P:(.....) Nosotros con más tiempo podemos valorar según los determinantes de salud...***

***A5P:*** *“Las visitas domiciliarias que ellos realizan no solamente como le dije van al paciente sino al entorno que es causa y no solamente que la tiene el sino que viene como un desencadenamiento del entorno de la familia, es eso en lo que ellos se enfocan.”*

*AIST: “Búsqueda activa de los pacientes vulnerables, prioritarios, también lo que tiene que ver la visita domiciliaria, otro lo que tiene que estar en las partes de análisis socio ambientales me parece que son de los médicos familiares”*

*M2ST: “Estamos trabajando con la **estrategia** el médico del barrio el médico familiar es el que comanda prácticamente los equipos integrales de salud entonces por ese medio llegamos a las familias de mayor vulnerabilidad se establece una serie de **tácticas** con otras instituciones como por ejemplo el MIES, y BRIGADA MANUELA”*

*En los diversos programas y estrategias que son líderes se puede realizar gestión administrativa buscando los recursos necesarios para llevar a cabo actividades de promoción y prevención de salud y al mismo tiempo mejorar la calidad de vida con ayudas técnicas, mediante el apoyo de otras instituciones gubernamentales.*

### **LAS COMPETENCIAS RELACIONADAS CON LA CAPACIDAD DE ATENCIÓN Y SOLUCIÓN DE PROBLEMAS**

*Se podría revelar que es la percepción apreciada por los administradores técnicos y los devengantes, según los resultados obtenidos de encuestas y entrevistas realizadas, son elaborados de manera satisfactoria por los graduados de ambas sedes.*

*Según se cita a continuación: **M2P:” Primero que se debe atender al paciente cubriendo todo el factor integral, hacer un acompañamiento del paciente, trabajar en la comunidad. Dentro de las actividades dentro del Centro de Salud a crear programas y actividades.”***

*Según los administradores técnicos de Santo Domingo se han visto mejora en el ámbito institucional como más afluencia de usuarios al establecimiento de salud y descongestionamiento del segundo nivel, es lo que se puede identificar en las declaraciones a continuación.*

***A2ST:** “Se ha visto mayor **adherencia** a los tratamientos y mayor **afluencia**”*

***MIST:** “Nexo adecuado entre el primero, segundo y tercer nivel, objetivo de **descongestionar** el segundo nivel”*

*Un estudio descriptivo, observacional, de corte transversal, realizado sobre la calidad de atención médica en Asunción, de un total de 54 pacientes que fueron encuestados en la Cátedra de Medicina Familiar, la mayoría de usuarios respondieron que la atención siempre es adecuada; el 77% indicaron que siempre el médico que le atiende le explica todo sobre su estado de salud; el 90% respondieron que siempre quedan satisfechos con la atención. (Szwako & Vera, 2017)*

*En un artículo en el que se investigó el grado de satisfacción de los usuarios, acerca de la atención del Médico de Familia demostró que el 92% de los indagados recomendó este programa de especialización, lo cual es probable que sea debido a que todas las áreas exploradas resultaron altamente satisfactorias, sobresaliendo el hecho de que los indicadores de eficacia y eficiencia de la atención médica se incrementaron de forma notable.(Fernández-Ortega et al., 2015)*

*Según las encuestas y entrevistas la calidad de atención evidencia el nexo adecuado entre el primer y segundo nivel de atención, además la percepción de la calidad se podrá evidenciar en los estudios cualitativos realizados a pacientes*

*atendidos por los médicos familiares graduados de la primera cohorte convenio MSP-PUCE*

*Si bien en nuestro trabajo no tuvo como objetivo evaluar el sistema de salud mediante las entrevistas realizadas tanto administradores técnicos como médicos familiares de ambas sedes concuerdan que es absorbente por la siguiente barrera:*

- *Objetiva: relacionada con la estructura del sistema lo que nos hace referencia al tiempo de atención de 20 minutos y lapso en la demora de llenado de historia clínica física, digital y matrices.*

*Según Bedoya “Todos los médicos especialistas del primer nivel de atención deben ser asignados a la atención directa, para lo cual deberán ser retirados del agendamiento por “Call center” y de cualquier actividad o responsabilidad operativa de gestión administrativa.” (Ministerio de Salud Pública, 2018)*

*En la sede Portoviejo desde hace 1 año han logrado empoderarse de este sistema ya que aquí realizan atención de 30 minutos, más interconsultas de otros servicios, además se encuentran formando parte prioritaria de programas los cuales han sido fortalecidos por los profesionales, en cambio los graduados de la sede Santo Domingo de los Tsáchilas por ordenanza del Ministerio de Salud forman parte de la Estrategia Médico del Barrio.*

*En México en un artículo realizado a los usuarios que acuden a consulta externa en instituciones de salud de Hidalgo se aplicó un diseño transversal, comparativo y analítico en 15 hospitales públicos con una muestra compuesta por 936 encuestados, llegaron a la conclusión que los tiempos de consulta de 5 a 15*

*minutos, estaba relacionada con una atención de mala calidad. (Ortiz Espinosa, Muñoz Juárez, Martín del Campo, & Torres Carreño, 2003)*

*En bibliografías en Europa propone destinar 60 min para la primera consulta de clínica médica lo que mejora notablemente la promoción de la salud y 20 min en las siguientes consultas; en cambio en Latinoamérica (Perú) se evidencia tiempo de 12 minutos está relacionado con estrés y el síndrome profesional de burnout .(Outomuro & Actis, 2013)*

*En nuestra tesis cabe resaltar que la atención de call center es a menudo primera consulta y no hay la posibilidad de tener cita subsecuente; además se ha evidenciado que las personas que presentan enfermedades crónicas no transmisibles no presentan continuidad con sus seguimientos ya que son atendidos por diferentes profesionales.*

*El propósito fundamental de nuestro estudio es retroalimentar el proceso educativo, a fin de establecer mejoras en dicho proceso. Además nos permitió identificar fortalezas y debilidades para posteriormente lograr implementar métodos de mejora y diseñar planes en conjunto con instituciones que permitan alcanzar la totalidad de las competencias.*

## **5.2. LIMITACIONES**

*Al realizarse la presente investigación presentamos algunas limitaciones ya que tuvimos que viajar a otras provincias para poder recolectar la totalidad de las encuestas estructuradas; ya que a pesar de que se obtuvieron la mayoría de las*

*direcciones a través del sistema GEOSALUD algunas eran erróneas ya que varias unidades estaban en repotencialización y se habían cambiado de lugar.*

*Para la aprobación del trabajo de investigación se solicitó el consentimiento de los distritos donde se encontraban los devengantes laborando, sin embargo debido a que el número de los mismos era amplio procedimos a conversaciones y se logró la aceptación por parte de la Zona 4 que le corresponde la provincia de Santo Domingo y Portoviejo.*

## **6. CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **6.1. CONCLUSIONES**

*En Ecuador son escasos los estudios de competencias de médicos familiares luego de su proceso de formación.*

*Las competencias de comunicación han permitido a los médicos lograr en sus pacientes una mayor adherencia a los tratamientos; además su espíritu de liderazgo logró que formen parte de programas como adulto mayor, embarazadas, crónicos y cuidados paliativos.*

*En cuanto a docencia, los médicos familiares realizan actividades de capacitación con los líderes de la comunidad y en los programas a los que pertenecen para desarrollar acciones de promoción y prevención de salud, pero pocas veces participan o ejecutan actividades docentes con los estudiantes de pregrado o postgrado.*

*Las actividades de investigación son importantes, ya que están estrechamente relacionadas con una docencia de calidad. Un estudio en México (Instituto de Seguridad Social) concluyó que los médicos familiares realizan solo un 3% de investigaciones descriptivas que producen poco impacto en la disciplina médica, relacionadas con múltiples causas que van desde déficit de formación hasta falta de apoyo institucional (López-Ortiz, 2017). Lo que coincide con nuestra investigación donde esta competencia alcanzó porcentajes bajos generalmente relacionados con limitaciones en el sistema de salud.*

*Los graduados ejecutan análisis de situación de salud de la comunidad basándose en los determinantes de la salud, para luego ejecutar planes de acción, muchos de los cuales necesitan gestión con otras instituciones gubernamentales.*

*La calidad de atención y solución de problemas de salud se realizan satisfactoriamente, observándose una mayor afluencia de pacientes a los establecimientos de salud y una reducción en el número de referencias, que ha logrado descongestionar los hospitales de referencia que pertenecen al segundo nivel.*

*Los médicos familiares que están bajo la Estrategia de Médico del Barrio (sede Santo Domingo) han tenido menos oportunidades de fortalecer las competencias por las que fueron formados; ya que el sistema de call center en la gran mayoría realiza agendamiento de sus pacientes; una realidad diferente observamos en los graduados de la sede de Portoviejo quienes en este último año han logrado empoderarse siendo dirigentes de programas, accediendo a una consulta de 30 minutos, realizando citas subsecuentes; además los servicios añadidos les realizan interconsultas logrando así mejorar la calidad de atención.*

## **6.2. RECOMENDACIONES**

*Se debe incentivar a través de reconocimientos académicos o científicos, a todos los médicos egresados para continuar realizando actividades de docencia e investigación que enriquezcan su saber clínico y que permitan el perfeccionamiento de habilidades y/o competencias, manteniéndose de esta manera actualizados, y así mejorar la calidad de atención a sus pacientes y ayudar a generaciones futuras en su formación académica.*

*Se recomienda evaluar nuevamente las competencias de los médicos familiares de la primera cohorte a 10 años de su egreso, para evidenciar logros en su progreso profesional.*

*Continuar estudios de competencias de Medicina Familiar a futuras cohortes, de esta manera tendremos una visión general de aquellas competencias no desarrolladas, ya sea, por limitaciones presentes en el Sistema de salud o aquellas que no fueron adquiridas durante el proceso de formación.*

*En el momento de realizar la encuestas en base del documento del perfil del egresado del Postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria nos percatamos que hay varias actividades que se repiten en los 4 competencias por lo que recomendamos su revisión y utilizar la información del presente informe para realizar mejoras en la malla curricular o programas de estudio.*

*Los tutores deberían difundir sobre cada una de las competencias de Medicina Familiar al inicio del postgrado, para que se haga énfasis en el desarrollo de cada*

*una durante la formación, así como ayudar a sus residentes a aprender a investigar lo que se traducirá en “Investigar con ellos”.*

## 7. BIBLIOGRAFIA

1. Abril, R., & Cuba, M. (2013). *Introducción a la Medicina Familiar*. *Acta Médica Peru*, 30(1), 31–36. <https://doi.org/10.1073/pnas.1319590110/-/DCSupplemental.www.pnas.org/cgi/doi/10.1073/pnas.1319590110>
2. Acuerdo Ministerial. (2015). *Tipología para homologar establecimientos de salud por niveles*. pp. 1–18.
3. Amaro, M. del C. (2003). *Gestión administrativa en medicina familiar*. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 19(4), 1–6.
4. Arias-Castillo, L. (2008). *FUNDAMENTOS DE LA SALUD FAMILIAR*
5. Armijos Ruilova, G., Vaca Caspi, L., Aguilera García, L., Casado Vicente, V., Sánchez del Hierro, G., & Alvear Durán, S. (2016). *Programas de formación en medicina familiar en iberoamerica*. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 11(Suppl 1), 47. [https://doi.org/10.5712/rbmfc11\(0\)1278](https://doi.org/10.5712/rbmfc11(0)1278)
6. Ase, I., & Burijovich, J. (2009). *La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿Progresividad o regresividad en el derecho a la salud?* *Salud Colectiva*, 5(1), 27–47.
7. Aulestia, A., Marchand, B., Mikesell, C., Durán, C., Troya, C., Herrera, D., ... Maldonado, X. (2017). *Medicina Familiar, Reflexiones desde la práctica*. In R. Bedoya (Ed.), *Medicina Familiar Reflexiones desde la práctica*. Retrieved from [http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=696-medicina-familiar-reflexiones-desde-la-](http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_docman&view=download&alias=696-medicina-familiar-reflexiones-desde-la-)

*practica&category\_slug=comunicacion-social&Itemid=1019*

8. Baldwin, L. M., Hart, L. G., West, P. A., Norris, T. E., Gore, E., & Schneeweiss, R. (1995). *Two decades of experience in the University of Washington Family Medicine Residency Network: Practice differences between graduates in rural and urban locations. Journal of Rural Health, 11(1), 60–72.* <https://doi.org/10.1111/j.1748-0361.1995.tb00397.x>
9. Blacio, S. (2017). *Diseño arquitectónico en un centro de Salud tipo C, en la parroquia urbana Samborondón, provincia del Guayas, 2017. Universidad de Guayaquil.*
10. Bonal Pitz, P., & Casado Vicente, V. (2004). *La medicina de familia como disciplina académica y la atención primaria como entorno de aprendizaje. Atencion Primaria, 34(8), 433–436.* <https://doi.org/10.1157/13068221>
11. Caballero, J. D. D. G. (2008). *El desarrollo de la medicina de familia en España The Development of Family Medicine in Spain. Archivos En Medicina Familiar, 10(3), 77–79.*
12. Carek, P. J., Anim, T., Conry, C., Cullison, S., Kozakowski, S., Ostergaard, D., ... Pugno, P. A. (2017). *Residency Training in Family Medicine : A History of Innovation and Program Support. Family Medicine, 49(4), 275–281.*
13. Casado, V. (2018). *La historia de la Medicina Familiar en los últimos 50 años Perspectiva mundial y europea. AMF, 14(2), 79–86.*
14. Casas Patiño, D., Rodríguez Torres, A., & Casas Patiño, I. (2013). *Primary health care, concept or utopia. Medwave, 13(04), 5667–5667.* <https://doi.org/10.5867/medwave.2013.04.5667>
15. Ceitlin, J. (2006). *La medicina familiar en América Latina. Presentación.*

*Atencion Primaria*, 38(9), 511–514. <https://doi.org/10.1157/13095056>

16. Coro, D. (2017). *Propuesta de zonificación según su tipología para los establecimientos de salud en el cantón Quito direccion Distrital de salud 17D08 Conocoto a la Merced. Pontificia Universidad Católica del Ecuador.*
17. Cruz, L., Libreros, L., Cruz, Á., Solarte, Y., Castro, H., Badiel, M., ... Bolaños, J. (2017). *Propuesta para la formación en Medicina Familiar y Comunitaria, desde la percepción, conceptualización y experiencia práctica de los enfoques de Salud Familiar. Entramado, 13(2), 230–247. https://doi.org/10.18041/entramado.2017v13n2.26220*
18. Cuba Fuentes, M. S., & Morera González, L. (2016). *Reformando la salud desde la prevención cuaternaria TT - Enhancement of health quaternary prevention. Acta Méd. Peru, 33(1), 65–69. Retrieved from http://repebis.upch.edu.pe/articulos/acta.med.per/v33n1/a10.pdf*
19. Curipallo, E., & Yáñez, D. (2016). *REPRESENTACIONES SOCIALES DE FEMINIDAD EN MUJERES HISTERECTOMIZADAS DEL HOSPITAL GENERAL DOCENTE DE CALDERON EN EL PERIODO OCTUBRE-NOVIEMBRE 2016 (Vol. 23). Pontificia Universidad Católica del Ecuador.*
20. Dávila, J., & Garza, M. (2013). *Medicina Familiar (J. Paiz, Ed.).*
21. Dedeu, A., Lapena, C., Martí, T., Monguet, J. M., & Picas, J. M. (2011). *Reflexiones sobre la atención primaria de salud.*
22. Durante Montiel, M., Martínez González, A., Morales López, S., Lozano Sánchez, J. R., & Sánchez Mendiola, M. (2011). *Educación por competencias : de estudiante a médico. Revista de La Facultad de Medicina de La UNAM, 42–50.*
23. Fernández-Ortega, M. Á., Quiroz-Pérez, J. R., Hernandez- Torres, I., García-

- Pedroza, F., Arellano-López, J., & Ávalos-Carranza, M. T. (2015). Seguimiento de egresados de la especialidad en Medicina Familiar y el grado de satisfacción de sus empleadores. Revista Cubana de Medicina General Integral, 31(3), 308–316. Retrieved from <http://scielo.sld.cu>*
24. Gallo, F., Altisent, R., Díez, J., Fernández, C., Foz, G., Granado, M., & Lago, F. (1999). *Perfil profesional del médico.*
  25. Gómez Clavelina, F. J. F., & Leyva González, F. A. (2017). *Construcción del perfil profesional del médico familiar en México. Investigación En Educación Médica. <https://doi.org/10.1016/j.riem.2017.04.006>*
  26. Guevara-Cotrino, Y., Saucedo-Chinchay, J. L., Díaz-Vélez, C., & Soto-Cáceres, V. (2016). *Perfil y situación laboral del médico joven egresado de una facultad de medicina de Lambayeque, 2013. Acta Médica Peruana, 33(2), 111–118. Retrieved from [/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1728-59172016000200004&lang=pt](http://scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172016000200004&lang=pt)*
  27. Henríquez R., Sánchez, G. (2011). *La definición del perfil profesional del médico familiar en Ecuador: una tarea en proceso . Revista Médica Vozandes, (January), 22(1):5-8.*
  28. Irigoyen-Coria, A., Morales-López, H., Hamui-Sutton, A., & Ponce-Rosas, R. (2006). *La Medicina Familiar en Iberoamérica: una reflexión histórica. Bol Mex His Fil Med, 9(2), 48–51.*
  29. ISAGS. (2012). *Sistema de Salud en Ecuador - ISAGS. Retrieved from Isags website: <http://isags-unasur.org/es/sistema-de-salud-en-ecuador/>*
  30. Jaakkimainen, R. L., Schultz, S. E., Glazier, R. H., Abrahams, C., & Verma, S. (2012). *Tracking family medicine graduates. Where do they go, what services do*

- they provide and whom do they see? BMC Family Practice, 13, 1–11.*  
<https://doi.org/10.1186/1471-2296-13-26>
31. Julio, V., Vacarezza, M., Alvarez, C., & Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Arch Med Interna, 33, 11–14.*  
<https://doi.org/10.1016/j.surg.2012.11.023>
  32. López-Ortiz, G. (2017). *Investigar y publicar en Medicina Familiar. Atención Familiar, 1–2.*
  33. López N., F. (2002). *El análisis de contenido como método de investigación. XXI Revista de Educación, 4(2002), 167–179*
  34. Lopez, S. (1847). *Atención Primaria De Salud. Public Health and Property, 329–374.*
  35. Mahler, H. (2009). *El sentido de la salud para todos en el año 2000. Revista Cubana de Salud Pública, 35(4), 3–28.*
  36. Malagón Londoño, G. (2017). *Atención primaria en salud: una estrategia para mejorar la cobertura y la calidad. Revista Colombiana de Rehabilitación, 7(1), 5.* <https://doi.org/10.30788/revcolreh.v7.n1.2008.134>
  37. Martín, A. (2018). *Alma Ata y medicina de familia: 40 años de travesía del desierto. ELSEVIER Aten Primaria, 50(4), 203–204.*
  38. *Ministerio de Salud Pública. (2014). Tipología para homologar Establecimientos de Salud por niveles. 18.*
  39. *Ministerio de Salud Pública. (2018). Estrategia de abordaje Médico del barrio y su equipo de atención integral (Primera; 2017 Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención en Salud, Ed.).*
  40. Monreal Hajar, A., García Ruiz, M. T., & Forés Catalá, M. D. (2011). *Promoción*

*de la salud y prevención de la enfermedad. conceptos esenciales. In Atención familiar y salud comunitaria (First Edit). <https://doi.org/10.1016/B978-84-8086-728-3/00004-1>*

41. Moore, P., Gómez, G., & Kurtz, S. (2012). *Comunicación médico-paciente: una de las competencias básicas pero diferente. Atención Primaria, 44(6), 358-365.*
42. Moore, P., Gómez, G., Kurtz, S., & Vargas, A. (2010). *La comunicación médico-paciente: ¿Cuáles son las habilidades efectivas? Revista Medica de Chile, 138(8), 1047–1054.*
43. MSP. (2012). *MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.*
44. MSP. (2013). □ (<https://www.salud.gob.ec/>) □.
45. Naranjo Ferregut, J. A., Delgado Cruz, A., & Sánchez Pérez, Y. (2015). *Programa de formación de especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria en Ecuador con participación de profesores cubanos Program of specialist training in Family and Community Medicine in Ecuador , with participation of Cuban professors. Rev. Ciencias Médicas., 19(4), 2–9.*
46. OMS. (2019). *Atención primaria de salud. Retrieved from [https://www.who.int/topics/primary\\_health\\_care/es/](https://www.who.int/topics/primary_health_care/es/)*
47. OMS, & OPS. (2005). *Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas.*
48. OPS. (2007). *La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas.*
49. Ortiz Espinosa, R. M., Muñoz Juárez, S., Martín del Campo, D. L., & Torres Carreño, E. (2003). *Consulta externa en instituciones de salud de Hidalgo, México, según la opinión de los usuarios. Revista Panamericana de Salud*

*Publica/Pan American Journal of Public Health*, 13(4), 229–238.

50. Outomuro, D., & Actis, A. M. (2013). Analysis of ambulatory consultation length in medical clinics. *Revista Medica de Chile*, 141(3), 361–366. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872013000300012>
51. Parafita, D. (2000). Recorrido histórico sobre las concepciones de salud y enfermedad. *Curso De Niveles De Atencion En Salud*, 1–10. Retrieved from [https://psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/nas\\_ficharecorridohistoricodelasconcepcionesdeSE1.pdf](https://psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/nas_ficharecorridohistoricodelasconcepcionesdeSE1.pdf)
52. Peinado Herreros, J. M. (2005). Competencias Médicas. *Educación Médica*, 4–6.
53. Pirela, L. V. (2019). EN SALUD PÚBLICA Y GERENCIA HOSPITALARIA.
54. Retrieved from <http://maiquiflores.over-blog.es/2018/11/conferencia-de-astana-autoridades-de-todo-el-mundo-acuerdan-un-nuevo-rumbo-para-la-atencion-primaria-de-salud-kazajistan-25-26-octub>
55. Placeres, J., Vigo, R., Fernández, L., Duarez, P., Yera, I., & Cambero, Y. (2016). Curso de inducción para profesores de Medicina Familiar y Comunitaria en Guayas, Ecuador. *Scielo*, 8(3), 1–7. Retrieved from [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2077-28742016000300003](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742016000300003)
56. Platania, G. (2017). Dime qué edad tienes y te diré qué especialidad estudiarás en el #2MIR18. *Iberoeconomía*, pp. 1–5. Retrieved from <https://iberoeconomia.es/mir/dime-que-edad-tienes-y-te-dire-que-especialidad-estudiaras-en-el-2mir18/>
57. Ponce Rosas, E. R., Landgrave Ibáñez, S., Hernández Torres, I., Urrutia Aguilar,

- M. E., Palomino Garibay, L., & García Sahagùn, M. C. (2003). *La tutoría en investigación en la medicina de familia de México. Atención Primaria*, 32(1), 48–54. <https://doi.org/10.1157/13048851>
58. Prieto Rodríguez, M. ángeles, Danet Danet, A., Escudero Carretero, M. J., Ruiz Azarola, A., Pérez Corral, O., & García Toyos, N. (2012). *Definición de competencia médica según pacientes crónicos del sistema sanitario público de Andalucía. Gaceta Sanitaria*, 26(5), 450–456. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.02.007>
59. Rodríguez, A. L. (1988). *El planteamiento ideológico de Alma-Atá. Revista Cubana de Salud Pública*, 31(2), 1–9. Retrieved from <http://www.redalyc.org/html/214/21420137008/>
60. Romero, N., Díaz, R., Tinoco, E., & Valle, M. (2006). *Atención Primaria La medicina familiar en Ecuador. Elsevier. Atención Primaria.*, 515-516. <https://doi.org/10.1157/13095057>
61. Romero, D. S. (2002). *ECOPE: Evaluación Clínica Objetiva Estructurada. Medicina de Familia*, 3(2), 127–132.
62. Ros Martrat, E. (2004). *Las competencias profesionales adquiridas en medicina familiar y comunitaria . Una mirada desde tutores y residentes . Educación Médica*, 7(4), 125–131.
63. Seghí-Gómez, M., Toledo, E. A., & Jimenez, J. J. (2014). *Sistemas de salud. Modelos. In Cuadernos del pensamiento crítico latinoamericano (First Edit)*. <https://doi.org/10.1016/B978-84-8086-904-1/00057-1>
64. Szwako, A., & Vera, F. (2017). *Percepción de la calidad de atención médica en consultorios de la Cátedra de Medicina Familiar del Hospital de Clínicas,*

Asunción- Paraguay 2013. *Rev. Salud Pública Parag.*, 7(2), 26–30.

65. Tobar, F. (2017). *Sistema de salud*. Retrieved from <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GC/FI/sistema-salud-colombia-2016.pdf>
66. Torres, M. (2018). *La Atención Primaria de Salud de Alma - Ata*. *Enfermería Universitaria*, 15(4), 329–331.
67. Unión Europea. (2013). *Claves para la transformación de los sistemas de salud en América Latina*.
68. Vargas-Palacios, E. (2018). *El rol fundamental de la Atención Primaria en Salud en la lucha contra la Tuberculosis : a propósito de los 40 años de Alma Ata y la Declaración de Astana* *The fundamental role of Primary Health Care in the fight against Tuberculosis : 40 years of Alma Ata*. *Rec Hisp Cienc Salud*, 4(2), 57–58.
69. Yangua, C., & Miño, M. (2019). *Mejoramiento del proceso de referencia y contrareferencia en el distrito de Salud 17D01 del MSP, en el periodo Enero-Diciembre 2019*. *Universidad San Francisco de Quito*.
70. Zurro, A. M. (2002). *Evaluación de la formación posgraduada , certificación y recertificación profesional de los médicos de familia en diferentes países ( Reino Unido , Estados Unidos , Canadá , Holanda , Australia y España )*. *Atencion Primaria*, 30 (1): 46-56 |.

## 8. ANEXOS

### 8.1. Anexo 1. Formato de Encuesta Estructurada



**Competencias desempeñadas por los graduados de la primera cohorte de Medicina Familiar y Comunitaria del convenio Ministerio de Salud Pública – Pontificia Universidad Católica del Ecuador de Portoviejo y Santo Domingo de los Tsáchilas, en las unidades de salud asignadas en el periodo 2018 - 2019**

#### FORMATO DE ENCUESTA ESTRUCTURADA

##### Bloque A. Datos Generales

<b>Fecha de entrevista:</b>				
<b>Responsable de entrevista:</b>				
<b>Código del participante</b>				
<b>Cohorte de la que egreso:</b>	Portoviejo		Santo Domingo de los Tsáchilas	
<b>Género</b>	Masculino		Femenino	
<b>Edad en años</b>				
<b>Tiempo desde el egreso</b>				<b>meses</b>
<b>Tiempo ejercicio profesional</b>				<b>años</b>
<b>Tipo Unidad Operativa</b>	Puesto de Salud		Centro de Salud Tipo C	
	Centro de Salud Tipo A		Hospital Basico	
	Centro de Salud Tipo B			
<b>Cargo Desempeñado</b>	<i>Indique el cargo que el participante desempeña</i>			
<b>Tipo de Cargo</b>	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

<b>1</b>	Acorde a sus funciones, ¿Usted <b>programa reuniones</b> con diversos sectores en la comunidad?
1 - Nunca	2 - Pocas Veces
3 - A veces	4 - A menudo
5 - Siempre	
<b>2</b>	En su ejercicio diario, ¿ <b>Aplica y ejecuta planes continuados de captación</b> 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	
<b>3</b>	Acorde a la atención diaria de pacientes y familia ¿ <b>Aplica estrategias de relación de continuidad</b> (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	

<b>4</b>	En su gestión de pacientes, ¿ <b>Coordina la evaluación multidisciplinaria</b> 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	
<b>5</b>	Acorde a sus funciones, ¿ <b>Realiza planes de trabajo documentados</b> para la intervención en los problemas de salud, acorde al perfil epidemiológico de su unidad operativa?
1 - Nunca	2 - Pocas Veces
3 - A veces	4 - A menudo
5 - Siempre	
<b>B2. Competencias relativas a la docencia y aprendizaje</b>	
<b>6</b>	En el tiempo durante su ejercicio como especialista, ¿ <b>Desarrolla actividades docentes</b> de forma continuada en centros de educación superior o en su unidad operativa?
1 - Nunca	2 - Pocas Veces
3 - A veces	4 - A menudo
5 - Siempre	

7	Acorde al ejercicio de su especialidad, ¿ <b>Ha publicado</b> artículos científicos en revistas indexadas o ha participado como ponente en congresos médicos?				
	1 - Nunca			2 - Pocas Veces	
	3 - A veces			4 - A menudo	
	5 - Siempre				
<b>B3. Competencias relativas a la capacidad de análisis y solución de problemas</b>					
8	Para la gestión y acciones en la comunidad, ¿ <b>Usted elabora con frecuencia análisis situacionales</b> 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, ¿ <b>Usted ejecuta planes de acción</b> con la finalidad de modificar los determinantes de salud, 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, ¿ <b>Realiza seguimiento</b> a los proyectos de intervención y prevención planificados y los <b>documenta</b> ?				
	1 - Nunca			2 - Pocas Veces	
	3 - A veces			4 - A menudo	
	5 - Siempre				
11	Para establecer los objetivos de su gestión, ¿ <b>Integra a su equipo de trabajo</b> , líderes comunitarios, organizaciones comunitarias, directivos distritales y/u otros organismos relacionados, al análisis de alcance de los objetivos de gestión de salud comunitaria?				
	1 - Nunca			2 - Pocas Veces	
	3 - A veces			4 - A menudo	
	5 - Siempre				
<b>B4. Competencias relativas a la calidad de atención y solución de problemas de salud</b>					
12	Al momento de interaccionar con un paciente o una familia, ¿ <b>Aplica</b> a su proceder, los conceptos de integralidad bajo un enfoque de atención biológico, psicológico y social acorde al ciclo vital individual y/o familiar, 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, ¿ <b>Gestiona</b> los problemas de salud encontrados en la familia o individuo, 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, ¿ <b>Documenta</b> 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	Acorde a la atención diaria de pacientes, ¿Usted ha experimentado dificultades para los procesos de referencia a unidades operativas del sistema de salud por cualquier causa?,	1 - Nunca		2 - Pocas Veces	
		3 - A veces		4 - A menudo	
		5 - Siempre			
16	En sus funciones de atención al individuo y la familia, ¿ <b>Coordina</b> 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 los documenta?	1 - Nunca		2 - Pocas Veces	
		3 - A veces		4 - A menudo	
		5 - Siempre			
17	Para las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, ¿ <b>Usted identifica</b> crisis familiares mediante herramientas multidimensionales, escalas y demás recursos para valorar la estructura y funcionalidad de los sistemas familiares?	1 - Nunca		2 - Pocas Veces	
		3 - A veces		4 - A menudo	
		5 - Siempre			
18	En su gestión extramural, ¿ <b>Ejecuta</b> 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 difícil 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, ¿ <b>Realiza análisis de causas</b> raíz de los principales problemas en individuos, familias y comunidad?	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			

<b>21</b>	<i>En la gestión de pacientes con enfermedades discapacitantes o terminales, ¿ <b>Usted ejecuta</b> 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?</i>		
	<b>1 - Nunca</b>		<b>2 - Pocas Veces</b>
	<b>3 - A veces</b>		<b>4 - A menudo</b>
	<b>5 - Siempre</b>		

**Anexo 2. Formato de 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 Santo Domingo Tsáchilas y Portoviejo, en sus unidades de salud en el año 2018-2019**

**FORMATO DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA**

**Bloque A. Datos Generales**

<b>Fecha de entrevista:</b>				
<b>Responsable de entrevista</b>				
<b>Código del participante</b>				
<b>Cohorte de la que egreso:</b>	Santo Domingo de los Tsáchilas		Portoviejo	
<b>Género</b>	Masculino		Femenino	
<b>Edad en años</b>				
<b>Tipo Unidad Operativa</b>	Puesto de Salud		Centro de Salud Tipo A	
	Centro de Salud Tipo B		Centro de Salud Tipo C	
	Hospital Básico			
<b>Cargo Desempeñado</b>	Indique el cargo que el participante desempeña			
<b>Tipo de Cargo</b>	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**

<b>1</b>	
----------	--

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>¿Según el perfil de graduado del médico familiar existen algunas competencias de las cuales usted me podría mencionar 4 competencias que considere más importantes?</i></li> <li>2. <i>¿Porque cree que son importantes?</i></li> <li>3. <i>¿Qué diferencia encuentra usted entre la Medicina Familiar y otras especialidades en la práctica médica?</i></li> </ol>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. <i>¿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?</i></li> <li>5. <i>¿Usted como médico familiar desde su ejercicio profesional en esta comunidad ha logrado resolver algún tipo de problema?</i></li> </ol>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>6. <i>¿En la intervención de individuo, familia y comunidad, usted ejecuta las competencias adquiridas durante su formación como médico familiar?</i></li> <li>7. <i>Y qué tipo de acciones realiza mencione 3?</i></li> </ol>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>8. <i>¿En el cargo que usted ejerce en su unidad de salud le ha permitido desarrollar las competencias del médico de familia adquiridas en su formación académica?</i></li> <li>9. <i>¿Cree usted que el sistema de agendamiento del Ministerio de salud mediante call center y el tiempo de 20 minutos le permite el desarrollo de las competencias aprendidas en su formación académica?</i></li> <li>10. <i>Usted realiza planes de promoción y prevención de la salud, ajustadas a las normativas vigentes del MSP?</i></li> </ol>

**8.2. Anexo 3. Perfil de Competencias de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria (PUCE)**

<b>Competencias</b>	<b>Resultados, Logros de Aprendizaje</b>
<p>1) <i>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</i></p>	<p>1. <i>Coordinar actividades intersectoriales para la solución de problemas de salud de la comunidad.</i></p> <p>2. <i>Actuar como la puerta de entrada al sistema de salud , velando por la accesibilidad geográfica, cultural y económica.</i></p> <p>3. <i>Mantener una relación de continuidad en el tiempo con la persona y su familia utilizando herramientas de comunicación efectiva y toma de decisiones compartida</i></p> <p>4. <i>Coordinar con otras especialidades el seguimiento de aquellos pacientes que lo necesiten</i></p> <p>5. <i>Formar equipos de atención multidisciplinarios que trabajen en redes.</i></p>
<p>2) <i>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.</i></p>	<p>6. <i>Manejar actividades docentes y de investigación en su ámbito</i></p> <p>7. <i>Aplicar en su actividad profesional los conocimientos docentes, investigativos y de dirección, que respondan a las necesidades de la comunidad, familia e individuo.</i></p>

<p>3) <i>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.</i></p>	<p>8. <i>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.</i></p> <p>9. <i>Planificar y ejecutar proyectos de investigación e intervención para modificar la realidad de salud de la población.</i></p> <p>10. <i>10.Evaluar y realizar el seguimiento de los proyectos ejecutados</i></p> <p>11. <i>Integrar, colaborar de forma activa en la consecución de objetivos comunes con sus compañeros, las organizaciones y la comunidad.</i></p>
---	---

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.*

	<p>20. <i>Implementar intervenciones sobre los factores de riesgo individual, familiar y comunitario basado en evidencias.</i></p> <p>21. <i>Ejecutar planes de acompañamiento, rehabilitación y/o cuidado paliativo al individuo y sus familias.</i></p>
--	---

### 8.3. Anexo 4. Consentimiento Informado

#### Consentimiento Informado

**Título de la investigación:** Competencias desempeñadas por los graduados de la primera cohorte de Medicina Familiar y Comunitaria del convenio Ministerio de Salud Pública – Pontificia Universidad Católica del Ecuador de Portoviejo y Santo Domingo de los Tsáchilas, en sus unidades de salud en el año 2018 - 2019

**Organización del investigador:** Pontificia Universidad Católica del Ecuador

**Nombre del investigador principal:** Tanya Morocho, Wendy Quelal

**Datos de localización del investigador principal:** Tanya Morocho (celular: 099-468-8036, e-mail: tpmorocho@gmail.com), Wendy Quelal (celular: 098-441-7344, e-mail: wendy\_2487@hotmail.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 Portoviejo y Santo Domingo de los Tsáchilas*

##### **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 postgrado. En el estudio participarán 81 profesionales de la salud en un periodo de 6 meses, a quienes se les realizará una entrevista mediante un formato estructurado con las 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 ubicación de los graduados 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 respectivas unidades operativas 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 determinara la localización de los graduados de la primera cohorte convenio Ministerio de Salud Pública- Pontificia Universidad Católica, 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:*

- 1. 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.*
- 2. Todos los riesgos son de corto plazo, y estarán plenamente controlados por el equipo investigador*

*Los beneficios de este estudio son los siguientes:*

- 1. 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***

**8.4. Anexo 5. Lista de médicos familiares de la primera cohorte convenio  
Ministerio de Salud Pública – Pontificia Universidad Católica del Ecuador de  
las sedes Santo Domingo y Portoviejo con sus respectivas plazas de  
devengación**

**COHORTE SANTO DOMINGO**

<b>Nro.</b>	<b>Nro. Cedula</b>	<b>Nombres</b>	<b>Plaza De Devengación</b>
1	0801254335	Arriola Meneses Carmen Emilia	Concordia
2	1309568473	Arteaga Taipe Leonardo Fabián	Chone
3	1715534911	Barraqueta Córdova Roxana Alejandra	Asistencia Municipal
4	1311349557	Bazurto Palma María Belén	Área De Salud N 22 "Los Rosales"
5	1310508435	Briones Mero María Elizabeth	Unidad Anidada El Carmen
6	1103640452	Bustamante Neira Paola Del Cisne	Juan Eulogio Paz Y Miño
7	1309554341	Caballero Demera Marcelo Enrique	Jama
8	0703703850	Caicedo Vivero Marena Graciela	Nueva Aurora
9	1308754827	Chica Vega Cristian Isacio	Unidad Anidada Hospital Básico de El Carmen
10	1715293138	Cunalata Guerrero Diego Fernando	Augusto Egas
11	0604289678	Duchi Ushca Glenda Maribel	San Jacinto Del Búa
12	1307684538	García Hidrovo Willians Vicente	Pedernales-24h
13	1717339194	García Molina Evelyng Magdalena	Concordia
14	1309057139	Gilces Briones Walter Roberto	Calderón
15	1715287296	Jara Riera Carlos Lenin	Rumiñahui
16	1307628584	Loor Plazarte Juan Carlos	Unidad Anidada El Carmen
17	0802477562	Lujano Rezabala Lisette Virginia	La Propicia I
18	1309179263	Macías Pico Máximo Pascual	Jama
19	1310081086	Mantilla Cepeda Ana Cecilia	Calderón
20	1714846548	Mayorga Villacres Ivette Paulina	Nueva Aurora
21	1309546263	Molina Vera Elina Alexi	Montecristi
22	1204336554	Montenegro Valencia Maritza Magdalena	Lucha Obrera
23	1712304862	Morales Patiño Dunia Geovanna	Plan De Vivienda
24	1306855576	Moreira Mendoza Elba Angelina	Monterrey
25	1308622487	Moreira Sánchez María Goretti	Chone
26	1712750544	Muñoz Llerena Katya Marcela	Área De Salud N 22 "Los Rosales"
27	0910685015	Navarrete Suarez Tomasa Marisol	Valle Hermoso

28	1103008841	Ordoñez Torres Darwin Lenin	Augusto Egas
29	1103492680	Orozco Calderón Ober Antonio	La Modelo
30	1801391085	Quinto Punguil Fausto Eduardo	La Villegas
31	1719977900	Reinoso Jara Julia Trinidad	Augusto Egas
32	1711386431	Silva Rosero Miguel Ángel	La Modelo
33	1723937551	Sotelo Araujo Claudia Janeth	
34	0911778728	Tapia Garzón María Eudocia	Rumiñahui
35	1712980638	Tayo Naranjo Elsa Lucia	Puerto Quito
36	1714856083	Tirado Pacheco Marcia Liliana	Concordia
37	1712695418	Torres Quelal Diego Mauricio	Puerto Quito
38	1713023081	Trujillo Guerrero Alex Santiago	
39	1308905098	Vélez Arteaga Herlinda Guadalupe	San Camilo
40	1308016540	Vera Vivas Viviana	Chone
41	1311757155	Zambrano Alcivar Diego Armando	Unidad Anidada De El Carmen
42	0603114505	Zambrano Gualiche Pablo Fausto	La Abundancia
43	1309127296	Zambrano Saltos Luis Adolfo	Jama

### COHORTE PORTOVIEJO

<b>NRO.</b>	<b>NRO. CEDULA</b>	<b>NOMBRES</b>	<b>PLAZA DE DEVENGACIÓN</b>
1	1304805862	Acuña Espinoza Marcos Agustín	Santa Marianita
2	1309346292	Aguayo Macías Sandra Marilyn	Pascuales
3	1308282621	Álvarez Mendoza Ángel Gustavo	América
4	1310712698	Alvia Macías Karla Paola	Montecristi
5	1308043726	Anchundia Chávez Melissa Samantha	Calderón
6	1308887130	Andrade Farfán Marcelo Eduardo	Manta
7	1309783353	Andrade Hernández Vanessa	Santa Clara
8	1309650461	Andrade Moreira Flerida Eliana	Unidad Básico De Rocafuerte
9	1310029564	Anzulez Lino Pedro Luis	Jipijapa
	1309816724	Bravo Cobeña Yandry Rafael	
10	1308207768	Briones Zambrano Mariuxi Katherine	Los Ángeles De Colon
11	1308625969	Castro Arteaga Karol Xiomara	Mejía
12	0952814291	Castro Fuentes Karen Leonor	Portoviejo
13	1307190916	Cedeño Campuzano Ingrid Briceida	Manta
14	1311613986	Chinga Basurto Vicente Orlando	San Pablo
15	1308688181	Chiquito Pisco Manuel Medardo	Jipijapa
16	1309657656	Coellar Zambrano Roberto Marcelo	Jama
17	1309583142	Delgado Campuzano Ronald Marcelo	Cárcel
18	1306951037	Delgado Cedeño Edie José	Jaramijo
19	1311250219	Fienco Bacusoy Judith Viviana	Jipijapa

20	1309959920	<i>Franco García Vita Danitza</i>	<i>Los Esteros</i>
21	1308597200	<i>Giler Zambrano Marcela Castulina</i>	<i>Primero De Mayo</i>
22	1308093903	<i>Loor Cevallos Miguel Ángel</i>	<i>Manta</i>
23	1306693647	<i>Loor Zambrano María De Los Ángeles</i>	<i>Portoviejo</i>
24	1310345507	<i>Macías Vincés Richard Isauro</i>	<i>Los Esteros</i>
25	1310251895	<i>Merchancano Saltos Martha Ruvieira</i>	<i>María Auxiliadora</i>
26	0920538824	<i>Mero Gómez Carmen Elizabeth</i>	<i>Unidad Anidada Paján</i>
27	1312298084	<i>Moreira Mendoza Karina Lastenia</i>	<i>Pinonada</i>
28	1305965947	<i>Rodríguez Mejía Elisa Monserrate</i>	<i>Portoviejo</i>
29	1305270363	<i>Salazar Vélez Luis Gonzalo</i>	<i>Charapoto</i>
30	1305270355	<i>Salazar Vélez Paola Rosalyn</i>	<i>Charapoto</i>
31	1306324722	<i>Valencia Pachay Yesenia Katerine</i>	<i>Portoviejo</i>
32	1308175791	<i>Vélez García Erika Alexandra</i>	<i>Monseñor Leónidas Proaño</i>
33	1308206406	<i>Vélez Quiroz Virginia Maribel</i>	<i>Miraflores</i>
34	1307265601	<i>Vera Briones Derek Antonio</i>	<i>Montecristi</i>
35	1310089188	<i>Zambrano Alcivar Alberto José</i>	<i>Santa Rita</i>
36	1309749289	<i>Zambrano Anchundia Ginger Nelly</i>	<i>María Auxiliadora</i>
37	1308499902	<i>Zambrano Moreira Neri Fernando</i>	<i>Jipijapa</i>