PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TEMA:

"PERCEPCIÓN DE LA ATENCIÓN INTEGRAL RECIBIDA DE LOS PACIENTES ATENDIDOS POR LOS MÉDICOS FAMILIARES Y COMUNITARIOS GRADUADOS DE LA PRIMERA CORTE MSP-PUCE DEVENGANDO EN EL DISTRITO 17D09"

LUGAR:

CENTROS DE SALUD DE PIFO, PUEMBO Y YARUQUÍ

POSGRADISTA:

JOSÉ ANDRÉ CEDEÑO OREJUELA

DIRECTOR:

DR. CARLOS RODRIGO DIAZ BOLAÑOS

QUITO, 2019

AGRADECIMIENTOS

A la Pontificia Universidad Católica del Ecuador – Quito, por sembrar la semilla del conocimiento de este mundo maravilloso de la Medicina Familiar. Si tendría que escoger nuevamente un programa de posgrado, sin titubear, sería Medicina Familiar.

A sus autoridades y docentes, en especial a la Dra. Luisa Vaca y Carmen Cabezas que han sido guías, oídos e incluso pañuelos en momentos difíciles; siempre con frontalidad y sinceridad en todos los aspectos, siempre estarán en mis pensamientos y mi corazón.

A mis compañeros por soportar mis locuras y ocurrencias, en especial: Wendy, Karina, Gabriela, Tanya, Andrés, Paola e Ingrid. Un acápite diferencial a una gran persona que me brindó su amistad de manera sincera y desinteresada, Ada (amiga Hen) quien me apoyó en momentos difíciles y estuvo ahí para extenderme una mano o preguntar "¿Cómo estás?" "¿Estás bien?" que por más simple que suene, llena el alma.

DEDICATORIA

Al ser más importante en mi vida, JOSÉ JOAQUÍN, que ha demostrado a su corta edad ser un luchador, un guerrero, un ganador; que me ha enseñado lo hermoso de la vida de ser padre y percibir de su dulce voz la más tierna melodía que me llena el alma, estremeciéndome la fibra más íntima al escuchar que me dice…PAPÁ.

A mi familia, puntal importante para seguir, los que siempre están, los que no juzgan, los que te esperan con los brazos abiertos y el corazón lleno de amor.

A mi MADRE, que me ha apoyado en todo momento, que ha disfrutado cada triunfo y ha sufrido con cada momento difícil junto a mí. Ella que con orgullo grita en silencio en su corazón cada logro y cada victoria. Ella que apostó a mis sueños, sacrificando o dejando a un lado los suyos por los míos, sacrificando comodidades para brindármelas a mí. Ella siempre presente en mis pensamientos, a seis horas de distancia por trece años.

TABLA DE CONTENIDOS

AGRADECIMIENTOS 2
DEDICATORIA 3
TABLA DE CONTENIDOS 4
RESUMEN 6
ABSTRACT 8
CAPÍTULO I 10
1.1 INTRODUCCIÓN 10
1.2 JUSTIFICACIÓN 11
1.3 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN 13
1.3.1 TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN 15
1.3.2 LUGAR 15
1.3.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN 15
1.3.4 OBJETIVO GENERAL 16
1.3.5 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 16
1.4 ASPECTOS BIOÉTICOS 16
1.5 LIMITACIONES DEL ESTUDIO 17
CAPÍTULO II 18
MARCO TEÓRICO 18
2.1 SALUD 18
2.2 ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (APS) 19
2.2.1 APS-RENOVADA 21
2.3 MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR, CULTURAL E INTERCULTURAL (MAIS-FCI) 23
2.4 MEDICINA FAMILIAR 24
2.4.1 PERFIL DE EGRESO DEL MÉDICO FAMILIAR 27
2.4.2 MODELO DE COMPETENCIAS CanMEDS-FM DEL MÉDICO FAMILIAR 28
2.4.3 OTROS MODELOS DE COMPETENCIAS PARA LA FORMACIÓN DE MÉDICOS FAMILIARES 30
2.4.4 COMPETENCIAS DEL MÉDICO FAMILIAR EN EL ECUADOR 31
2.5 PERCEPCIÓN 34

CAPÍTULO III 35
3.1 METODOLOGÍA 35
CAPÍTULO IV 43
4.1 RESULTADOS 43
4.1.1 CENTRO DE SALUD DE YARUQUÍ 43
4.1.2 CENTRO DE SALUD DE PUEMBO 49
4.1.3 CENTRO DE SALUD DE PIFO 54
CAPÍTULO V 60
5.1 DISCUSIÓN 60
CAPÍTULO VI 64
6.1 CONCLUSIONES 64
6.2 RECOMENDACIONES 65
BIBLIOGRAFÍA 67
LISTA DE ANEXOS 74
ANEXO 1: Guion de trabajo de campo para inmersión inicial 74
ANEXO 2: Guion de trabajo de campo para entrevista a profundidad 75
ANEXO 3: Guion de trabajo de campo para grupos focales 76
ANEXO 4: Modelo de consentimiento informado 77

RESUMEN

Introducción: con la necesidad de dar respuestas eficaces para los usuarios del nuevo modelo de atención, instaurado en el Sistema de Salud ecuatoriano, denominado Modelo de Atención Integral de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS FCI), la academia ha iniciado un proceso de formación de profesionales especialistas médicos, que utilizando la estrategia de APS renovada tengan una concepción clara del proceso salud-enfermedad desde los determinantes de salud y que puedan abordar el fenómeno desde la perspectiva integral de lo comunitario, familiar e individual, en un ambiente seguro, con atención centrada en el paciente, proveyendo servicios efectivos, eficientes, equitativos y a tiempo.

Objetivo y metodología: para evaluar la percepción que estos especialistas han logrado en la salud de las personas y las comunidades, los cuales han sido asignados a través de los Centros de Salud de Pifo, Puembo y Yaruquí, se planteó una investigación de diseño cualitativo, que recogió la percepción de los usuarios en la atención integral en cuanto a los cambios generados en su salud y estilos de vida, producidos por la intervención de dichos especialistas. La técnica de selección de los participantes se realizó por muestreo intencional y heterogéneo y la técnica de recolección de la información fue por entrevista a profundidad y grupos focales.

El análisis de los datos cualitativos se realizó en un enfoque temático y análisis del discurso, utilizando la siguiente secuencia de pasos: lectura – codificación – presentación – reducción – interpretación. Las transcripciones de las entrevistas y discusiones fueron codificadas. A través de la codificación se buscó categorías, determinadas por su frecuencia y su potencial significado.

Esta investigación observó todas las normas y técnicas estipuladas en los tratados internacionales sobre investigación científica en individuos y se sometió a revisión y aprobación por el Comité de Ética de la Investigación en Seres Humanos de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, así como de la Autoridad Sanitaria

Nacional. Los participantes firmaron el consentimiento escrito previa su lectura e información detallada.

Resultados: la percepción de los usuarios muestra una aceptación del Médico Familiar y Comunitario formado en la PUCE, ya que a través de las categorías y códigos definidos se pudo constatar el cumplimiento del perfil profesional establecido.

Conclusión: se evidenció la existencia de un apego y mejor adhesión a las recomendaciones proporcionadas por el Médico Familiar y Comunitario por su comunicación, trato, competencia académica-científica y su preocupación por la persona, su entorno y su familia.

Palabras clave: Medicina Familiar y Comunitaria, Percepción, Atención Primaria de Salud.

ABSTRACT

Introduction: with the need to provide effective responses for users of the new care model, established in the Ecuadorian Health System, called the Community and Intercultural Family Health Integral Care Model (MAIS FCI), the academy has begun a training process of professional medical specialists, who using the renewed PHC strategy have a clear conception of the health-disease process from the health determinants and who can address the phenomenon from the integral perspective of the community, family and individual, in a safe environment, with patient-centered care, providing effective, efficient, equitable and timely services.

Objective and methodology: to evaluate the perception that these specialists have achieved in the health of people and communities, which have been assigned through the Health Centers of Pifo, Puembo and Yaruquí, a qualitative design research was proposed, which collected the perception of users in comprehensive care regarding the changes generated in their health and lifestyles, produced by the intervention of these specialists. The participant selection technique was performed by intentional and heterogeneous sampling and the information collection technique was by in-depth interview and focus groups.

The qualitative data analysis will be carried out in a thematic approach and discourse analysis, using the following sequence of steps: reading - coding - presentation - reduction - interpretation. Transcripts of interviews and discussions will be coded. Categories will be searched through coding, determined by their frequency and their potential meaning.

This research observed all the norms and techniques stipulated in the international treaties on scientific research in individuals and was submitted for review and approval by the Ethics Committee of Research in Human Beings of the Pontifical Catholic University of Ecuador, as well as the Health Authority National. The participants signed the written consent prior to their reading and detailed information.

Result: The perception of the users shows an acceptance of the Family and Community Physician trained in the PUCE, since through the defined categories and codes the fulfillment of the established professional profile could be verified.

Conclusion: There was evidence of the existence of an attachment and better adherence to the recommendations provided by the Family and Community Physician for their communication, treatment, academic-scientific competence and their concern for the person, their environment and their family.

Keywords: Family and Community Medicine, Perception, Primary Health Care

CAPÍTULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

Hace más de cuatro décadas, en Alma Ata, para ese entonces capital de la República Socialista Soviética de Kazakhastán, hoy llamada Almaty, se dio lugar la Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud organizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) a la cual asistieron los representantes oficiales de todos los países, delegados de las agencias internacionales y de organizaciones no gubernamentales(Tejada de Rivero, 2013).

A inicios de los años 70 y ante la situación precaria de salud existente sobre todo en los países subdesarrollados, la OMS se propuso rescatar modelos de salud exitosos en el mundo para trasladarlos hacia aquellas regiones en donde eran requeridos, utilizando creativas formas de intervención sanitaria. Surge entonces la frase Primary Health Care, que para los participantes de la conferencia tenía la connotación de esencial, nuclear, fundamental, sustantivo y prioritario, promoviéndose la consecución de "*un nivel aceptable de salud para todo el mundo en el año 2000, mediante una utilización mejor y más completa de los recursos mundiales*…". La Conferencia reafirma que *"la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad; que es un derecho humano fundamental y que la consecución del nivel de salud más alto posible es un objetivo social prioritario en todo el mundo*…" (OPS & OMS, 1978).

A partir de esta declaración, los países y sus gobiernos inician la implementación de esta estrategia dentro de sus sistemas de salud, realizando acciones para incorporar la promoción, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación, tomando en cuenta a otros sectores no sanitarios e incluyendo la participación de personas, comunidad y

organizaciones sociales locales en la planificación y ejecución de actividades alrededor del fomento y protección sanitaria (Tejada de Rivero, 2003).

En esta vía, en el Ecuador, entre 1997 y 1998 el Ministerio de Salud Pública (MSP) y el Consejo Nacional de Salud (CONASA) proponen a la Asamblea Constituyente un articulado mediante el cual se responsabiliza al Estado para organizar un Sistema Nacional de Salud que se integrará con las entidades públicas, autónomas, privadas y comunitarias del sector, el mismo que funcionará de manera descentralizada, desconcentrada y participativa, siendo este mandato constitucional el que dará origen a la Ley Orgánica de Sistema Nacional de Salud, la cual establece el Plan Integral de Salud que enfatiza un modelo de atención basado en la Atención Primaria y la promoción de la salud, para ser desarrollado en los ambientes familiar, laboral y comunitario (MSP & CONASA, 2006).

En este contexto se desarrolla un modelo de atención que privilegia al ser humano como parte de una compleja red de interrelaciones con otros y otras en un hábitat muy particular, caracterizado por una construcción social-cultural-económica propia que determina su estado de salud-enfermedad, vida-muerte; y es en el cual, el mismo Estado a través de sus instancias correspondientes, debe dar respuestas efectivas para enfrentar procesos de morbilidad y muerte con la dotación de recursos humanos altamente capacitados y formados por la academia, por una parte, y por otra, poniendo a disposición de la población toda la infraestructura necesaria para el efecto.

1.2 JUSTIFICACIÓN

La percepción de la enfermedad desde un enfoque exclusivamente biomédico limita la capacidad del profesional de involucrar dentro del análisis del proceso de salud-enfermedad otras variables del entorno, que de hecho influyen sobre él. El abordaje del individuo, su familia y comunidad desde la perspectiva de determinantes en salud permite ir más allá del diagnóstico biológico, característico del modelo médico

hegemónico (Bedoya et al., 2017), y afrontar la salud y enfermedad desde la definición establecida por la OMS/OPS como el estado de completo bienestar y no solo la ausencia de enfermedad, nos permite pensar dicho concepto desde la positividad, por lo que los prestadores de servicios de salud no solo deben dedicarse a curar enfermedades sino a promover y prevenir la enfermedad.

La formación de profesionales médicos especialistas en Medicina Familiar debe estar orientada hacia la solución de los problemas sanitarios, centrados en la atención integral al individuo, la familia y a comunidad, conformando equipos de atención integral en salud, identificando factores de riesgo mediante la elaboración de la ficha familiar, planificando actividades intra y extramurales, realizando constantes visitas domiciliarias, analizando la situación de salud individual, familiar y colectiva (ASIS), informando sobre enfermedades de notificación obligatoria, registrando la información local y coordinando el sistema de referencia-contrareferencia de pacientes (Gafas González, Roque Herrera, & Bonilla Pulgar, 2018).

Es necesario conocer la percepción, en la salud y el bienestar en general, de la atención integral por parte de los usuarios del programa de formación de especialistas devengantes en Medicina Familiar y Comunitaria en los Centros de Salud de Pifo, Puembo y Yaruquí.

Según el INEC (INEC, n.d.) en el censo del 2010 la Parroquia de Pifo tenía una población de 16.645 habitantes, 50,5% mujeres y 49,5% hombres. El Centro de Salud está encasillado como Tipo A según el MSP cuenta con 1 especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, devengante, el cual atiende un promedio de 12 pacientes al día. En este servicio de salud se han organizado los clubes de adolescentes, adulto mayor, embarazadas y crónicos. La Parroquia de Puembo contaba con una población de 13.593 habitantes, 49,9% mujeres y 50,1% hombres. En la actualidad, el Centro de Salud clasificado como Tipo B según el MSP cuenta con 1 médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, devengante, el cual atiende un promedio de 12 pacientes al día. En este servicio de salud se han organizado los clubes de adolescentes, adulto mayor, embarazadas y salud mental. Yaruquí tenía una población de 17.854 habitantes, 50,3% mujeres y 49,7% hombres. Al momento, el Centro de Salud

catalogado como Tipo B según el MSP cuenta con 1 médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, devengante, el cual atiende un promedio de 12 pacientes al día. En este servicio de salud se han organizado los clubes de embarazadas, diabéticos, adulto mayor, embarazadas y adolescentes.

Por tanto, la respuesta de la academia es muy importante tanto en la formación del talento humano en este caso del médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, así como en la retroalimentación permanente a través de la evaluación del programa y aquí es donde se inscribe esta propuesta de investigación.

1.3 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Para alcanzar la calidad en los servicios de salud es pertinente otorgar los mayores beneficios posibles de la atención médica, con los menores riesgos para el paciente, teniendo resultados en la mejoría de la salud por la atención sanitaria brindada (Donabedian, 1980). Por otra parte, la satisfacción del usuario está determinada por la experiencia del usuario con el servicio, catalogando a esta como un factor multidimensional (Feigenbaum, 2007).

En este contexto, juega un papel muy importante el concepto de percepción en salud ya que se encuentra íntimamente ligado a la atención que el paciente recibe por parte de los agentes de salud, y que se trata de un constructo individual mediado por el estado mental y orgánico, la edad, el sexo; el nivel cultural, de instrucción, laboral y su interrelación con el ambiente, transformándose en un constructo colectivo. La forma en que es tratado el individuo de acuerdo a estas variables establece su percepción de satisfacción y calidad (Azpiazu Garrido et al., 2002; García-Viniegras & González Benítez, 2000; Vivaldi & Barra, 2012).

Uno de los aspectos más importantes relacionados con la calidad y la satisfacción del usuario en salud es el servicio proporcionado por el profesional encargado de la

atención, en este caso particular el especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, cuyo perfil de egreso se orienta a la formación de un especialista que brinde atención de salud integral al individuo, familia y comunidad, utilizando la estrategia de APS, con enfoque familiar, comunitario, intercultural, generacional, de género y de derechos, con el fin de promover salud, prevenir enfermedades, tratar y rehabilitar a las personas y familias, para mantener e incorporar a las mismas al buen vivir, en congruencia con los valores e ideales de la sociedad y de los conocimientos profesionales. Este perfil responde a los requerimientos de especialista en Medicina Familiar, 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), la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (CIMF), y la Asociación Mundial de Médicos Familiares (WONCA). Tiene cuatro grandes competencias específicas con veintiún resultados/logros de aprendizaje del perfil (Diaz-Bolaños, 2012):

1. Se comunica adecuadamente con dominio de la relación médico paciente, de la metodología del trabajo en equipo y resolución de conflictos individuales y comunitarios; que le permiten trabajar en roles de cuidado directo y de liderazgo, con fortaleza para organizar y gerenciar los servicios y/o escenarios en los que trabaje.

2. Efectúa actividades docentes, en cada encuentro abre espacios de aprendizaje, con sus pacientes, con las familias, con los equipos de salud, con los grupos comunitarios, con los colegas.

3. Realiza lecturas críticas de la realidad que enfrenta, y tiene la capacidad de plantear soluciones, sea a través de formular proyectos de intervención y/o sistematizar los problemas que encuentra.

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.

Existe muy poca información sobre el nivel de resolutividad en el sistema que el especialista recién formado esté dando según su perfil profesional a los usuarios y el nivel de satisfacción que este tenga de la atención recibida.

1.3.1 TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN

Percepción de la atención integral recibida de los pacientes atendidos por los Médicos Familiares y Comunitarios graduados de la primera corte MSP-PUCE devengando en el distrito 17D09”

1.3.2 LUGAR

Centros de Salud de Pifo, Puembo y Yaruquí

1.3.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la percepción en la atención integral de salud que perciben los pacientes que acuden a los servicios de salud de Puembo, Pifo y Yaruquí, proporcionada por los Médicos Familiares y Comunitarios de la primera corte de la PUCE?

1.3.4 OBJETIVO GENERAL

Analizar la percepción en la atención integral de salud que perciben los pacientes que acuden a los servicios de salud de Puembo, Pifo y Yaruquí, proporcionada por los Médicos Familiares y Comunitarios de la primera corte de la PUCE.

1.3.5 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer el nivel de influencia de las creencias, vivencias y expectativas de los usuarios de la medicina familiar y comunitaria de los Centros de Salud de Puembo, Pifo y Yaruquí, en la percepción de atención.
- Identificar los aspectos positivos y negativos de la intervención de los Médicos Familiares y Comunitarios en la salud y bienestar de los usuarios de los Centros de Salud de Puembo, Pifo y Yaruquí.
- Determinar la importancia de la interacción del Médico Familiar y Comunitario en el desarrollo de promoción de la salud en los usuarios de los Centros de Salud de Puembo, Pifo y Yaruquí.

1.4 ASPECTOS BIOÉTICOS

El presente estudio observó todas las normas y técnicas estipuladas en los tratados internacionales sobre investigación científica en individuos y se sometió a revisión y aprobación por el Comité de Ética de la Investigación en Seres Humanos de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, así como de la Autoridad Sanitaria Nacional. Los 108 participantes firmaron el consentimiento escrito previa su lectura e información detallada del proceso de investigación. En el caso de los menores de 18 años, fueron sus representantes quienes firmaron dicho consentimiento. Hubo

confidencialidad y anonimidad, además, en el documento de consentimiento estuvieron claramente explicitados los beneficios y riesgos para los participantes (Anexo 4).

1.5 LIMITACIONES DEL ESTUDIO

La principal limitación de estudios como este, de diseño cualitativo con el uso de entrevistas a profundidad y de grupos focales es que no generan resultados generalizables a toda la población, aunque sí representativos para los perfiles seleccionados.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 SALUD

La definición de salud posee un perspectiva multidimensional que tuvo y tiene diferentes enfoques acorde a momentos históricos, culturales, sociales y teóricos que han conllevado a definiciones modificadas a lo largo del tiempo (Herrero, 2016).

En épocas primitivas, el concepto de salud se relacionaba con la supervivencia o de estar vivo. Posteriormente, con el auge religioso Judeo-Cristiano, la salud era considerada desde una figura divina, dada por la ausencia de pecado (Hernández-Conesa, 1995; Pikaza & Aya, 2010).

El concepto de salud en 1790, en la Revolución Francesa, se le otorga un concepto de derecho, (Hernán, 2004); modificándose en los siguientes años a la capacidad de trabajar, momento histórico conocido como la Revolución Industrial (Libreros, 2012; Alfonso & Álvarez-Dardet Díaz, 1992).

La OMS define a la salud, desde 1946, bajo el enfoque del modelo holístico manifestando que "*la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad"* (OMS, 2006); añadiendo que *"el goce máximo de Salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano"* (OMS, 2015).

Este concepto dado por la OMS, holístico, que es el más aceptado y nace enfocado desde la Declaración de los Derechos Humanos posterior a la Segunda Guerra Mundial (Herrero, 2016).

Este modelo de conceptualización se complementa con los determinantes de salud descritos por Lalonde en 1974, estos son: aspectos biológicos, ambiente, estilos de vida y sistemas sanitarios (Herrero, 2016). La OMS adiciona los determinantes

sociales de la salud que son las circunstancias en que las personas se desarrollan y se desenvuelven, siendo el resultado de la distribución de dinero, poder y recursos (OMS, 2008).

En este contexto, la salud es entendida en una doble esfera, la primera como resultado de las condiciones favorables biológicas-sociales y a la vez (segunda esfera) como productora de entornos prósperos que permiten el desarrollo individual y colectivo de manera integral sustentado en la estrategia de Atención Primaria de Salud, bajo los determinantes de la salud: sociales, políticos, económicos, culturales y ambientales (MSP. 2012).

2.2 ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (APS)

La Atención Primaria de Salud (APS) fue creada, en Alma Ata-1978, como una estrategia política para superar el modelo biomédico-positivista con enfoque curativo de elevado costo y de poco acceso (inequitativo); por lo contario, buscaba fortalecer el modelo holístico basado en la curación, rehabilitación promoción de la salud y prevención de enfermedades accesible a toda la población con equidad y justicia, con enfoque en los determinantes sociales de la salud que conlleva a una participación activa de todos los sectores (Tejada de Rivero, 2013; Julio, Vacarezza, Alvarez & Sosa, 2011). La APS es definida como:

> La asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. (Julio et al, 2011, p.13)

El objetivo era lograr una atención para todos, sin ningún tipo de distinción, buscando "Salud Para Todos en el 2000" y teniendo como líneas de acción (Julio et al, 2011, p.13):

- Reorientación del personal de salud.
- Participación de la comunidad.
- Coordinación intersectorial e interinstitucional.
- Centralización normativa.
- Descentralización ejecutiva.
- Enfoque de riesgo.
- Coordinación docente asistencial.
- Cooperación internacional.

En la práctica esta estrategia presentó distorsiones e interpretaciones equivocadas, empezando por la traducción de Primary Health Care, donde se subestima la palabra "atención" a un servicio médico entre un acto de proveedor y receptor, siendo la traducción correcta "cuidado". La palabra "primaria" se le ha dado un enfoque de elemental, empírico, de poca categoría. Es decir un servicio paralelo, visto desde el modelo Flexneriano, pero barato para los pobres y con énfasis al primer nivel de atención (Tejada de Rivero, 2013).

La dificultad para concretar la puesta en marcha del modelo de atención propuesto por la OMS/OPS evidenciada en estudios realizados en diversos países, principalmente de América Latina, indican que para lograr consolidar los sistemas de salud con un modelo de atención basado en la APS, se debe superar algunos problemas crónicos del sector como:

- La división de lo público y lo privado.

- Falta de sostenibilidad financiera del sistema.
- Carga de la pobreza y la desigualdad de accesos a los servicios de salud.
- Visión fragmentada de los conceptos de salud y desarrollo.
- Falta de participación y organización comunitaria.
- Discontinuidad en las políticas públicas sanitarias.

A todo esto, más un débil liderazgo y rectoría de la Autoridad Sanitaria, recursos humanos insuficientes en número y capacitación, limitada capacidad resolutiva de los servicios y la ausencia de evaluación de los procesos y resultados, entre otros son los que dificulta la afianzamiento de la APS (Giraldo Osorio & Vélez Álvarez, 2013; OPS & OMS, 2007).

El impacto ha sido parcialmente favorable, con reducción global de la mortalidad en un 25%, muerte neonatal en un 35% y un aumento de la esperanza de vida en seis años. Pero aún persisten materias pendientes como enfermedades infectocontagiosas de suma importancia local y mundial, aumento de enfermedades no transmisibles, infecciones emergentes, consumo de sustancias como alcohol y drogas, violencia, entre otros; considerando los cambios sociales, culturales, climáticos y económicos que ha experimentado la sociedad y que influyen como determinantes de la salud. Ante esta nueva realidad y desafíos pendientes nace la APS-Renovada (OPS & OMS, 2007).

2.2.1 APS-RENOVADA

Esta renovación obedece a los nuevos desafíos epidemiológicos, para modificar las debilidades de la APS incorporando nuevos conocimientos e instrumentos para potenciar la estrategia y reducir las inequidades en temas de salud. Por esta razón, la

renovación es un puntal importante para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio (OPS & OMS, 2007).

El documento de posición de la OPS/OMS publicado en el 2007, como parte de la evaluación de la APS, plantea a los países miembros la propuesta de la renovación de la APS para las Américas y que contiene fundamentalmente 4 desafíos sanitarios: reformas para la cobertura universal de salud; reformas para la prestación de servicios; reformas para el liderazgo y rectoría de la Autoridad Sanitaria; reformas para la construcción y aplicación de políticas públicas en materia de salud (Franco-Giraldo, 2012; Haggerty, Yavich, & Bascolo, 2009; OPS & OMS, 2007).

En armonía con los nuevos postulados de APS, en la coyuntura de una Asamblea Constituyente, en el año 2008 en Ecuador se aprueba una nueva Constitución en la cual, se define a la salud como un derecho garantista y determinado por variables económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales, además de las biológicas propias del individuo, de su familia y entorno, y el acceso a los servicios de promoción, atención integral de salud y salud sexual y reproductiva (Asamblea Constituyente, 2008).

Este articulado permitió que en el Plan Nacional de Desarrollo denominado Plan Nacional del Buen Vivir 2009-2013 y 2013-2017, en el Objetivo 3: mejorar la calidad de vida de la población, se haya colocado una sección de políticas y estrategias específicas para salud, que recoge en lo sustancial los postulados de la APS renovada (SENPLADES, 2009). Cabe destacar tres lineamientos políticos y estratégicos: la implementación de mecanismos integrales de promoción de la salud en base a los determinantes sociales de salud; la implementación del nuevo modelo integral de salud con pertinencia cultural, geográfica, de género e intergeneracional y con enfoque en derechos humanos; y, el impulso hacia la formación de profesionales especialistas y técnicos que vayan a dar el soporte al nuevo modelo de atención (SENPLADES, 2013).

En este marco general de planificación, la Autoridad Sanitaria desarrolló un nuevo modelo de atención que incorpora los elementos de APS Renovada y le imprime un

sello característico familiar-comunitario-intercultural (MAIS-FCI), cuyo énfasis es incidir sobre los determinantes en salud bajo el enfoque de riesgo: ambiental, biológico, social, conductual y de los servicios de salud (Denver, 1991).

2.3 MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR, CULTURAL E INTERCULTURAL (MAIS-FCI)

El MAIS-FCI se define como el conjunto de estrategias, normas, procedimientos, herramientas y recursos que, al complementarse, organiza el Sistema Nacional de Salud para responder a las necesidades de salud de las personas, las familias y la comunidad-entorno, permitiendo la integralidad en los niveles de atención en la red de salud. La integralidad mencionada se refiere a la atención individual y familiar, al nivel territorial, a la atención de la población, a las acciones intersectoriales, a la participación comunitaria, a la gestión institucional. El mayor objetivo del modelo es reorientar el enfoque curativo hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad utilizando la estrategia de la Atención Primaria de Salud Renovada (MSP, 2012).

En este escenario las Instituciones de Educación Superior (IES) realizan sus mayores esfuerzos académicos para formar recursos humanos que puedan insertarse al sistema y dar las respuestas necesarias para los usuarios del nuevo modelo de atención. Todo apuntó hacia la formación de médicos que utilizando la estrategia de APS Renovada tengan una concepción clara del proceso salud-enfermedad desde los determinantes de salud y que puedan abordar el fenómeno desde la perspectiva integral de lo comunitario, familiar e individual, en un ambiente seguro, con atención centrada en el paciente, proveyendo servicios efectivos, eficientes, equitativos y a tiempo (Martin et al., 2004).

Varios estudios revelan que las acciones de los médicos que utilizan la estrategia de la APS son más efectivas y se asocian con el mejoramiento de las condiciones de la salud

de las personas, familia y comunidad, independientemente de la época del año, nivel de análisis o tipo de estudio (Starfield, Shi, & Macinko, 2005). Un estudio de revisión sistemática de 1985 al 2005, realizado en Estados Unidos de Norteamérica, sobre la efectividad de la atención proporcionada por médicos de APS, estableció que el aumento de un médico de Atención Primaria, es decir de un Médico Familiar y comunitario por 10.000 habitantes podría tener un impacto de hasta un 5,31% de reducción de todas las causas de mortalidad, con la correspondiente disminución de su tasa (Macinko, Starfield, & Shi, 2007).

Sistema de Salud que utiliza la APS ha demostrado ser más eficiente y los usuarios del sistema con comorbilidades prefieren el cuidado de un solo profesional en lugar de múltiples especialistas y esperan que este profesional sea experto clínico, académico, científico, evaluador de nuevos conocimientos médicos, entrevistador experto, defensor de la salud, alumno adaptable, colaborador, buen administrador de recursos y sobre todo que sea efectivo al momento de curar. La Medicina Familiar en Canadá, tomando en cuenta estas cualidades-roles demandados por los pacientes, ha elaborado 4 principios que guían la formación del Médico Familiar: la relación médico-paciente constituye el eje central del Médico Familiar; el profesional es un clínico experto; el Médico Familiar es un recurso para la comunidad definida; la Medicina Familiar se basa en la comunidad (Freeman, 2016; Rosser, 2006).

2.4 MEDICINA FAMILIAR

La historia de la Medicina Familiar a nivel mundial está marcado desde la antigua Grecia con la escuela de Hipócrates (escuela de Cos), donde se manifiesta que no existía enfermedades, sino enfermos, enfocándose en el ser humano, basado en lo que se conoce en la actualidad como modelo holístico/biopsicosocial; oponiéndose a la escuela Cnido que se encaminaba al trastorno local enfocado en la ciencia. Es decir, son escuelas (COS y Cnido) que dieron origen al modelo biopsicosocial (enfoque de

la Medicina Familiar) y al modelo biológico respectivamente (Casado, Planes, Thoma &, Vázquez, 2012).

A finales del siglo XIX, el Médico General recopilaba casi por completo el conocimiento de la profesión y cada familia era asistida de manera continua; este profesional era una figura importante para la familia, influyente, líder comunitario y promotor de cambios sociales. A mediados del siglo XX surge la era de la especialización con el modelo Flexneriano, con énfasis en la fragmentación del conocimiento en órganos, aparatos y sistemas. En la segunda mitad del siglo XX, el aparecimiento de la medicina social, humanista, académica y la APS influyen para el nacimiento de la Medicina Familiar apoyada por las deficiencias, inequidades y quejas del modelo bilógico fraccionado en las especialidades (McWhinney I, 1994; Casado, 2018).

La Medicina Familiar nace en Reino Unido en 1966 con la Declaración del Médico de Familia, permitiendo la creación del Royal College of General Practitioners y no fue hasta 1974 que se da la consolidación dentro de la academia (Casado, 2018).

En América Latina la Universidad Nacional Autónoma de México fue la pionera en crear un departamento de Medicina Familiar en 1975 para acreditar un programa de Medicina Familiar que nació en el seno del Instituto Mexicano de los Seguros Sociales, posteriormente se crean servicios de Medicina Familiar en Panamá y en Bolivia. En 1981 se crea el Centro Internacional para la Medicina Familiar (CIMF), para luego convertirse en la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (Ceitlin, 2006; CIMF, n.d.).

La Universidad Católica de Cuenca, Ecuador, inició un proceso de formación de posgrado en Medicina Familiar en convenio con el Hospital Vozandes de Quito en 1987 y al siguiente año se funda la Sociedad Ecuatoriana de Medicina Familiar (SEMF) (Henriquez-Trujillo & Sanchez, 2011); en 1996 en Buenos Aires se llevó a cabo la conferencia regional sobre: La Medicina Familiar en la reforma de los servicios de salud, con el auspicio de la OPS, el CIMF y la Organización Mundial de Médicos de la Familia (WONCA) cuyas principales recomendaciones se orientan hacia la

incorporación de la Medicina Familiar dentro de los planes curriculares de pregrado; y a desarrollar modelos integrales de atención en salud con la práctica de la Medicina Familiar como puerta de entrada a los servicios de salud (Ceitlin, 2006).

En el país, un grupo de especialistas en el año 2010 definió al Médico de la Familia como:

> *"un profesional sanitario especializado en proporcionar atención de salud integral, continuada y de calidad a todo individuo en el contexto de su familia y a las familias en el contexto de su comunidad y los determinantes de salud, utilizando el enfoque de atención primaria en salud con el fin de promover, mantener e incrementar el bienestar de las personas en congruencia con los valores e ideales de la sociedad y de los conocimientos profesionales actuales"* (Henriquez-Trujillo & Sanchez, 2011).

En este sentido, la Universidad ecuatoriana asumió el reto de formar Médicos Familiares, especialidad actualmente reconocida, que dura 3 años y que luego de algunos años de gestión actualmente se encuentra en plena marcha en un esfuerzo conjunto entre la academia y el MSP para la formación de alrededor de 500 Médicos Familiares becarios en todo el territorio nacional, que estén en la capacidad técnica y humana de desarrollar el Sistema Nacional de Salud en base al Modelo de Atención integral de Salud con enfoque Familiar, Comunitario e Integral (Macas & Fierro, 2014), con lo cual se dará resolución al 85% de los motivos de consulta médica en el primer nivel de atención, evitando hospitalizaciones innecesarias por causas que pueden ser resueltas en la puerta de entrada al sistema de salud, el primer nivel de atención (Bedoya et al., 2017).

2.4.1 PERFIL DE EGRESO DEL MÉDICO FAMILIAR

El perfil de egreso hace referencia al producto de una experiencia, en este caso educativa, como a las características (rasgos y capacidades) que posee una persona; siendo las que se requieren de un profesional para dar soluciones a realidades sociales. Estas características deben ser certificadas por un órgano competente, en este caso la academia. (Gomez & Leyva, 2017; Arnaz 1981).

Existen varias descripciones para definir el perfil del Médico Familiar, pero la gran mayoría con características similares que pueden diferenciarse acorde al momento histórico que atraviese la sociedad (Gallo Vallejo et al, 1999).

En el país, el perfil de egreso del Médico Familiar, es 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), la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (CIMF), y la Asociación Mundial de Médicos Familiares (WONCA); y se direcciona a la formación de un especialista que brinde atención de salud integral al individuo, familia y comunidad, utilizando la estrategia de APS, con enfoque familiar, comunitario, intercultural, generacional, de género y de derechos, con el fin de promover salud, prevenir enfermedades, tratar y rehabilitar a las personas y familias. (Díaz-Bolaños, 2012).

El Médico Familiar en su proceso de formación, como parte de la profesión médica, se enfoca en el desarrollo de habilidades y adquisición de competencias. En este proceso intervienen dos factores: la persona y el contexto en que se desenvuelve, en otras palabras, no solo depende del individuo, sino de entorno organizativo en que pueda experimentar y adquirir dichas habilidades o competencias (Ros Matrat, 2004).

2.4.2 MODELO DE COMPETENCIAS CanMEDS-FM DEL MÉDICO FAMILIAR

Al igual que existen varias definiciones para el perfil del Médico Familiar, existen varios axiomas referente a las competencias (Moreno-Piedrahita & Guevara, 2015). La Medicina Familiar en Canadá, ha elaborado 4 principios que guían la formación del Médico Familiar (Freeman, 2016; Rosser, 2006):

- La relación médico-paciente constituye el eje central del Médico Familiar.
- Es un clínico experto.
- Es un recurso para la comunidad definida.
- La Medicina Familiar se basa en la comunidad.

Estos 4 principios sirvieron para que el Colegio Real de Médicos y Cirujanos de Canadá (Royal College of Physicians and Surgeons of Canadá) desarrolle un modelo de competencias para la formación de médicos especialistas, llamado CanMEDS, el cual determinó la base en los programas de formación de médicos especialistas y al cual se adhirió posteriormente la Medicina Familiar como CanMEDS-FM, estableciendo 7 roles con sus respectivas competencias. Los roles son los siguientes (Whitehead et al., 2011; (Moreno-Piedrahita & Guevara, 2015):

- Experto en medicina familiar.
- Comunicador.
- Colaborador.
- Gestionador.
- Defensor de la salud.

- Académico.
- Profesional.

Cuadro 1: Relación entre los principios de la Medicina Familiar y los roles CanMEDS-FM.

PRINCIPIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR	ROLES CanMEDS-FM
La relación médico-paciente es el rol central del Médico Familiar	• Comunicador • Colaborador • Profesional
El Médico Familiar es un experto clínico	• Experto en medicina familiar • Comunicador • Académico
La Medicina Familiar es de base comunitaria	• Colaborador • Gestionador • Defensor de la salud
El Médico Familiar es un recurso para una práctica definida	• Colaborador • Gestionador • Defensor de la salud • Académico

FUENTE: *Tomado de Tennebaum et al., 2010*

ELABORACIÓN: *Cedeño. A.*

El modelo de competencias CanMEDS-MF tiene su enfoque en la mejora y cuidado de los pacientes, ya que su rol principal es la relación médico-paciente, lo que concuerda plenamente con Modelo de Atención Integral de Salud – MAIS (MSP,

2012), y por características se profundiza en el estudio minucioso de las funciones y corresponsabilidades de los Médicos Familiares en su trabajo diario con los pacientes y sus familias, con otros profesionales de la salud y con la comunidad en general, recuperando de esta forma su enfoque biopsicosocial (Tannenbaum et al., 2010).

2.4.3 OTROS MODELOS DE COMPETENCIAS PARA LA FORMACIÓN DE MÉDICOS FAMILIARES

Existen otros modelos de competencias en Estados Unidos y Europa que sirven principalmente para acreditar programas médicos, que han servido de base también para la estructuración curricular de los cursos de posgrado y definir sus competencias. En Estados Unidos se encuentra el ACGME que corresponde a un consejo autónomo que establece estándares de calidad de carácter educativo y de cuidado a pacientes. Estas iniciativas estratégicas son: preparar al profesional para satisfacer las necesidades de la población; ir en pos del desarrollo de la educación médica; homologar la educación médica continuada; mejorar el trabajo en equipo interprofesional; compromiso creciente con la población; flexibilidad y adaptabilidad, manteniendo la confianza pública y ética profesional de la medicina (ACGME 2014 Strategic Plan Summary, 2015).

En toda la región europea se practica la Medicina Familiar y la educación médica se rige por la Directiva de la UE 93/16, cuyo objetivo principal es promover la libre circulación de los médicos. La Sociedad Europea de Medicina Familiar juntamente con la Organización Mundial de Médicos de Familia WONCA lideran la representación académica y científica para la Medicina Familiar en todo el continente, cuya función principal es promover y desarrollar la especialidad para lograr y mantener estándares de calidad en la educación, la capacitación, la investigación y la práctica clínica en beneficio de pacientes, familias y comunidades. La medicina familiar es una disciplina académica y científica, con su propio contenido educativo, investigación, base de evidencia y actividad clínica orientada a la atención primaria. Las competencias definidas para el Médico Familiar son (Allen et al., 2005):

- Primer punto contacto médico dentro del sistema de atención médica.

- Brindar acceso abierto e ilimitado a sus usuarios.
- Uso eficiente de los recursos de atención médica mediante la coordinación de la atención con otros profesionales en el entorno de atención primaria y gestionando la continuidad del tratamiento con otras especialidades.
- Enfoque centrado en la persona, su familia y su comunidad.
- Proceso de consulta único, que establece una relación en el tiempo, a través de una comunicación efectiva médico-paciente
- Atención continuada al paciente.
- Manejo de un proceso de toma de decisiones específico determinado por la prevalencia e incidencia de enfermedades en la comunidad.
- Responsabilidad específica por la salud de la comunidad.
- Atención en forma integral al paciente con enfoque biopsicosocial.

2.4.4 COMPETENCIAS DEL MÉDICO FAMILIAR EN EL ECUADOR

En el Ecuador, el Médico Familiar tiene cuatro grandes competencias específicas con veintiún resultados/logros de aprendizaje del perfil (Díaz-Bolaños, 2012):

1. Se comunica adecuadamente con dominio de la relación médico paciente, de la metodología del trabajo en equipo y resolución de conflictos individuales y comunitarios; que le permiten trabajar en roles de cuidado directo y de liderazgo, con fortaleza para organizar y gerenciar los servicios y/o escenarios en los que trabaje.

1.1. Coordinar actividades intersectoriales para la solución de problemas de salud de la comunidad.

1.2. Actuar como la puerta de entrada al sistema de salud, velando por la accesibilidad geográfica, cultural y económica.

1.3. Mantener una relación de continuidad en el tiempo con la persona y su familia utilizando herramientas de comunicación efectiva y toma de decisiones compartida.

1.4. Coordinar con otras especialidades el seguimiento de aquellos pacientes que lo necesiten.

1.5. Formar equipos de atención multidisciplinarios que trabajen en redes.

2. Efectúa actividades docentes, en cada encuentro abre espacios de aprendizaje, con sus pacientes, con las familias, con los equipos de salud, con los grupos comunitarios, con los colegas.

2.1. Manejar actividades docentes y de investigación en su ámbito.

2.2. Aplicar en su actividad profesional los conocimientos docentes, investigativos y de dirección, que respondan a las necesidades de la comunidad, familia e individuo.

3. Realiza lecturas críticas de la realidad que enfrenta, y tiene la capacidad de plantear soluciones, sea a través de formular proyectos de intervención y/o sistematizar los problemas que encuentra.

3.1. 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.

3.2. Planificar y ejecutar proyectos de investigación e intervención para modificar la realidad de salud de población.

3.3. Evaluar y realizar el seguimiento de los proyectos ejecutados.

3.4. Integrar, colaborar de forma activa en la consecución de objetivos comunes con sus compañeros, las organizaciones y la comunidad.

4. Realiza con calidad el cuidado directo y la solución de los problemas de salud, que implica el dominio de lo frecuente, resuelve el 85% de los 290 problemas que se presentan en el nivel ambulatorio de atención con un enfoque biopsicosocial.

4.1. Brindar atención integral a las personas con enfoque biológico, psicológico y social durante todas las etapas de su ciclo vital individual y familiar.

4.2. Identificar, evaluar y tratar problemas de salud del individuo y su familia sin distinción de sexo, edad o problema de salud.

4.3. Realizar actividades de diagnóstico precoz, tamizaje, curación y seguimiento al individuo, familia y comunidad.

4.4. Ejecutar planes de promoción de la salud y prevención de enfermedades en el marco propuesto en el modelo de atención integral individuo familia y comunidad.

4.5. Coordinar la atención del individuo, su familia y la comunidad, en la consulta, interconsulta, referencia y contra referencia, servicio de urgencias, hospitalización.

4.6. Aplicar competencias específicas para el desarrollo de acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

4.7. Realizar visitas comunitarias, domiciliarias, cuidado y/o ingresos en el hogar e intrahospitalarias; urgencias y emergencias médicas.

4.8. Identificar, analizar e investigar problemas específicos de la salud del individuo, familia y la comunidad.

4.9. Implementar intervenciones sobre los factores de riesgo individual, familiar y comunitario basado en evidencias.

4.10. Ejecutar planes de acompañamiento, rehabilitación y/o cuidado paliativo al individuo y sus familias.

Existe muy poca información relacionada con el nivel de resolutividad que el especialista en formación o recién formado esté brindando según su perfil profesional a los usuarios del sistema y el nivel.

2.5 PERCEPCIÓN

La percepción es el reflejo y resultado de la acción directa de las cualidades, objetos y fenómenos de la realidad que actúan sobre nuestros sentidos, siendo un proceso cognitivo de reconocimiento de representaciones en conjunto de cualidades aisladas como una "imagen complicada del objeto". La percepción se modifica, se completa y/o se perfecciona acorde a los conocimientos y experiencias anteriores dadas por el entorno individual y sociocultural; no se puede reconocer o percibir una realidad sin la experiencia previa (Smirnov, 1978; Vargas, 1994).

Todo esto es el resultado de una actividad compleja analítica-sintética del cerebro, siendo las conexiones nerviosas temporales que se basan en reflejos condicionados a varios estímulos y relacionarlos entre sí (Smirnov, 1978).

La percepción en salud, por parte de los usuarios, se encuentra íntimamente ligado a la atención que el paciente recibe y se trata de un constructo individual mediado por el estado mental y orgánico, la edad, el sexo, el nivel cultural, instrucción, laboral y su interrelación con el ambiente, transformándose en un constructo colectivo, por ende la percepción de satisfacción y calidad se establece de la forma en que es tratado el individuo de acuerdo a estas variables (Azpiazu Garrido et al., 2002; García-Viniegras & González Benítez, 2000; Vivaldi & Barra, 2012).

CAPÍTULO III

3.1 METODOLOGÍA

El diseño de la investigación es cualitativo. Este tipo de diseño permitió conocer la percepción real y las opiniones de los usuarios de los servicios de salud intervenidos para el estudio, respecto al modelo de perfil definido (atención integral) para los especialistas formados en el posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y el cumplimiento de sus competencias/resultados, logros de aprendizaje.

En este tipo de diseño se utilizaron dos herramientas fundamentales para el desarrollo de la investigación: entrevistas a profundidad y grupos de discusión/focales, que fueron llevadas a cabo en el trabajo de campo en dos momentos, según recomienda la técnica de investigación cualitativa (Hernández Sampieri, Fernández-Collado, & Baptista Lucio, 2006).

Para comprender el funcionamiento de los Centros de Salud y el rol de los diferentes actores en el proceso de interrelación: centro de salud-profesional-usuario/a del servicio, se realizó una primera aproximación que se la denominó: inmersión inicial, en la cual se constató el ambiente físico y el entorno, la distribución de los espacios para recepción, sala de espera, consultorios, baños; estructura organizacional; ambiente social, los clubes en funcionamiento, identificación de líderes, costumbres, hospitalidad, servicio al usuario; interacción entre usuario-paciente y Médico Familiar Comunitario, además sirvió para seleccionar a los usuarios del servicio que formarían parte de la investigación (Anexo 1).

La técnica de selección fue por muestreo intencional y heterogéneo en el que participaron tanto el personal del departamento de estadística, así como los profesionales de la salud de las unidades, quienes proporcionaron las bases de datos

de los usuarios de atención prioritaria para medicina familiar, en cada uno de los Centros de Salud.

Se obtuvo un total de 213 usuarios que utilizaron los servicios de Medicina Familiar y Comunitaria en los últimos 6 meses, de 16 a 78 años de edad, de los cuales 108 de ellos cumplieron con los criterios de inclusión. Teniendo presente que el diseño de este estudio no requiere de un tamaño muestral, sin embargo se tuvo la precaución de incluir diversidad de participantes. Este tipo de muestreo permitió obtener información de diversas fuentes y por tanto proporcionó perspectivas diferentes sobre la atención percibida por el usuario del servicio (Ulin, Robinson, & Tolley, 2006). Su distribución puede verse en la tabla 1.

Tabla 1: Distribución muestral de los usuarios en la investigación "Percepción de los pacientes de la atención integral de los Médicos Familiares y Comunitarios de la primera corte MSP-PUCE", en los Centros de Salud de Yaruquí, Puembo y Pifo, 2019.

CENTRO DE SALUD	**№ total de Usuarios según base de datos**		**№ de Usuarios que cumplieron con los criterios de inclusión y firmaron el consentimiento informado**		**№ de Usuarios para grupos de discusión**		**№ de Usuarios para entrevistas a profundidad**	
	H	**M**	**H**	**M**	**H**	**M**	**H**	**M**
YARUQUÍ	9	64	2	25	1	22	1	3
PUEMBO	14	61	6	40	6	37	0	3
PIFO	6	59	3	32	3	29	0	3

TOTAL	29	184	11	97	10	88	1	9

H: hombres; **M**: mujeres

FUENTE: *Departamento de Estadística de los Centros de Salud*

ELABORACIÓN: *Cedeño, A.*

Los criterios de inclusión definidos en esta investigación observaron los siguientes parámetros: personas de ambos sexos, mayores de 16 años y menores de 80 años, ecuatorianos o extranjeros, que pudieron desplazarse hasta el servicio de salud por sus propios medios, que cursen o hayan cursado por lo menos hasta el 5to año de básica, que fueron usuarios permanentes del servicio (comprobado con al menos 3 atenciones consecutivas), y que firmaron el documento de consentimiento informado (Anexo 4).

En consecuencia, los criterios de exclusión fueron: personas menores de 16 años y mayores de 80 años, que tuvieron impedimento mental o físico para poder desplazarse al servicio de salud, que tuvieron menos del 5to año de básica y que no fueron usuarios permanentes del servicio.

En la segunda inmersión, se convocó a los participantes seleccionados mediante llamada telefónica a reuniones para el trabajo en los grupos de discusión y entrevistas a profundidad, en las siguientes fechas: para el Centro de Salud de Yaruquí el 29 de julio del 2019; para el Centro de Salud de Puembo el 30 de julio del 2019; para el Centro de Salud de Pifo el 31 de julio del 2019.

En el Centro de Salud de Yaruquí se realizaron 4 grupos de discusión en el Salón Rosa (que se utiliza habitualmente para dar charlas de psicoprofilaxis del parto a las mujeres embarazadas), de 09:00 a 16:00 (con una duración promedio de una hora y media por grupo), moderada por la persona experta en trabajo de grupos de discusión (focales) del equipo de investigación, a la pauta de la guía de discusión correspondiente (Anexo 2). Durante este periodo de tiempo otro miembro del equipo de investigación realizó las entrevistas a profundidad siguiendo el guion establecido para el efecto (Anexo 3).

En el Centro de Salud de Puembo se realizaron 4 grupos de discusión en la casa de la Junta Parroquial (ubicada al frente del Centro de Salud), de 09:00 a 16:00 (con una duración promedio de una hora y media por grupo), moderada por la persona experta en trabajo de grupos de discusión (focales) del equipo de investigación, a la pauta de la guía de discusión correspondiente (Anexo 2). Durante este periodo de tiempo otro miembro del equipo de investigación realizó las entrevistas a profundidad siguiendo el guion establecido para el efecto (Anexo 3).

En el Centro de Salud de Pifo se realizaron 4 grupos de discusión en la Sala de Reuniones del GAD (ubicada a un lado del Centro de Salud), de 09:00 a 16:00 (con una duración promedio de una hora y media por grupo), moderada por la persona experta en trabajo de grupos de discusión (focales) del equipo de investigación, a la pauta de la guía de discusión correspondiente (Anexo 2). Durante este periodo de tiempo otro miembro del equipo de investigación realizó las entrevistas a profundidad siguiendo el guion establecido para el efecto (Anexo 3).

La formulación de los temas y preguntas de las guías para el trabajo de los grupos de discusión y de entrevistas a profundidad obedecieron a los elementos establecidos de las competencias y los resultados/logros del aprendizaje del perfil definido para el médico posgradista Familiar y Comunitario de la PUCE, por lo que se asignaron códigos a las respuestas de los participantes que se empataron con los resultados/logros de aprendizaje y se categorizaron las competencias, de acuerdo al método de codificación estructural (MacQueen, McLellan-Lemal, Bartholow, & Milstein, 2008; Namey, Guest, Thairu, & Johnson, 2008), logrando establecer un orden sistemático y la agrupación de los datos (las transcripciones con las percepciones y opiniones de los participantes), los mismos que proporcionaron significados y explicaciones sobre la percepción de la atención integral en salud que tuvieron los usuarios de los Centros de Salud de Yaruquí, Puembo y Pifo, sobre los Médicos Familiares y Comunitarios de la primera corte MSP-PUCE (Saldaña, 2009). La categorización y codificación se muestra en el cuadro 2.

Cuadro 2: Categorización y codificación de los datos cualitativos en la investigación "Percepción de los pacientes de la atención integral de los Médicos Familiares y Comunitarios de la primera corte MSP-PUCE", en los Centros de Salud de Yaruquí, Puembo y Pifo, 2019.

Categoría	Códigos	Dimensión
Comunicación	Coordinación	Organiza actividades conjuntas de bienestar y salud para la familia y comunidad en asociación con otras instituciones.
	Entrada al sistema	Facilita a los usuarios el ingreso al sistema de salud
	Continuidad en la atención	Utiliza todos los medios a su alcance en infraestructura y organización del sistema de salud para recuperar la salud de los usuarios.
	Trabajo en redes	Integra todas las instancias sanitarias o no para mejorar las condiciones de salud individual, familiar y colectiva
Docencia	Educación e investigación	Educa y capacita a los usuarios del sistema para

		cambiar estilos de vida perjudiciales para su salud
	Competencia	Se actualiza permanente en conocimientos, procedimientos y habilidades para mejorar la atención de los usuarios
Intervención	Análisis de la situación de salud	Identificación e interpretación de la realidad sanitaria local
	Planes de acción	Diseña y ejecuta de planes estratégicos para solucionar problemas sanitarios individuales, familiares y colectivos
Solución de problemas de salud	Atención integral	Diagnostica, tamiza, trata rehabilita, promociona y previene la salud individual, familiar y colectiva
	Trato igualitario	Atiende a todos los usuarios sin discriminación de ninguna naturaleza

	Seguimiento	Asegura las atenciones que en todos los ámbitos debe recibir el usuario
	Visita domiciliaria	Identifica los problemas de salud en el entorno domiciliario de los usuarios

FUENTE: *Perfil de egreso del especialista en Medicina Familiar y Comunitaria*

ELABORACIÓN: *Cedeño, A.*

Las entrevistas a profundidad y los grupos de discusión fueron grabados con la aplicación Voice Memos de IOS y transcritas textualmente en procesador de texto MS Word para Windows 7.

Las transcripciones se procesaron utilizando la siguiente secuencia de pasos: lectura – codificación – presentación – reducción – interpretación (Ulin et al., 2006).

Se utilizó para ello el diseño fenomenológico ya que se orientó a conocer la experiencia, percepciones, significantes y significados de la atención recibida por los usuarios de parte de los profesionales Médicos Familiares y comunitarios en los centros de salud respectivos (Hernández Sampieri et al., 2006; Ulin et al., 2006).

Este diseño tuvo como base cuatro elementos fundamentales que se aplicaron en el presente estudio (Mertens, 2010):

1. Descripción y entendimiento de los fenómenos desde la perspectiva de los usuarios de manera individual y colectiva.
2. Contextualización de las experiencias en términos de temporalidad, espacio, corporalidad y contexto relacional.
3. Los grupos de discusión y entrevistas a profundidad se enfocan en encontrar temas sobre experiencias cotidianas y excepcionales.

4. La experiencia de los usuarios sobre el fenómeno observado es fundamental para la validez del estudio.

El proceso de recolección y procesamiento de la información fue realizado por el autor con el acompañamiento de un grupo de expertos en obtención de información en investigación cualitativa, debidamente entrenados para efectos del presente estudio, quienes obtuvieron datos por separado con lo cual se realizó la triangulación de investigadores con lo cual se validó la información (Carter, Bryant-Lukosius, DiCenso, Blythe, & Neville, 2014). Además se aplicaron los siguientes criterios (Moral Santaella, 2006):

- Validez y confiabilidad: justicia e imparcialidad, respetando que todos los puntos de vista de los participantes sean evidentes.
- Inteligencia crítica, estimulando la capacidad crítica de los participantes.
- Acción y práctica: permitiendo que se autoconcienticen de la problemática de salud individual y colectiva en el sector.
- Apertura y publicidad: clarificando y detallando abierta y públicamente el proceso desarrollado, en todas sus fases.

CAPÍTULO IV

4.1 RESULTADOS

A partir de las transcripciones de las entrevistas y grupos de discusión se obtuvieron los siguientes resultados:

4.1.1 CENTRO DE SALUD DE YARUQUÍ

4.1.1.1 Comunicación

Coordinación

La coordinación de programas o proyectos del centro de salud junto a otras instituciones es un pilar fundamental para el bienestar de la comunidad. Sin embargo, los usuarios desconocen de dichas actividades que realiza el médico con la junta parroquial, la curia o las unidades educativas ya que afirman que no han visto aquel trabajo en conjunto, ni se les ha informado de aquello.

"No, nunca me ha comentado de esos proyectos ni he visto que trabaja…" (Participante 20. Yaruquí, 2019).

Entrada al sistema de salud

El médico familiar y comunitario es la puerta de entrada al sistema de salud de los pacientes, por lo tanto, es de suma importancia la atención que reciben por su parte. En este caso, el médico agilita los procesos para que los pacientes sean atendidos tanto en la primera consulta como en las siguientes, lo que causa satisfacción y agradecimiento por parte de los usuarios. Así mismo, está pendiente de las futuras

consultas, realizando llamadas telefónicas para que estos puedan asistir. De esta manera, el ingreso al sistema se hace "más llevadero".

"… es chévere el doctor. Cuando no me pasan rápido la historia me sabe dar viendo. La doctora de obstetricia también es chévere. Son bien amables y atentos. Al menos el doctor cuando ya me toca la cita sabe llamar por el teléfono que me toca la cita a tal hora, que por qué no he venido." (Participante 13. Yaruquí, 2019). "Nos pregunta qué estamos esperando, qué necesitamos. Lo más bonito de él es que saluda…" (Participante 21. Yaruquí, 2019).

De esta manera, los pacientes confían y sienten seguridad al ser atendidos por el médico, comentándoles con total sinceridad todos sus hábitos y malestares desde la primera consulta.

"… uno tiene la confianza de comentarles a los médicos qué le pasa, qué tienen." (Participante 2. Yaruquí, 2019).

El cuidado del paciente se caracteriza por el tiempo invertido en los mismos. "… sí todas son muy buena gente. ¡Uy! Son calidad o al menos cuando entran dice pase, cómo les va, cuéntenme cómo les puedo ayudar." (Participante 18. Yaruquí, 2019).

Continuidad en la atención

El Médico Familiar y Comunitario está pendiente de que los pacientes reciban la atención necesaria en distintas áreas tanto para su salud física como mental. "… el doctor me manifestó y apoyó con un psicólogo y a partir de eso se involucró toda mi familia". (Participante 7. Yaruquí, 2019).

Trabajo en redes

El trabajo en redes implica que exista un trabajo en equipo de todas las instancias del centro de salud. A pesar de existir una excelente disposición del Médico Familiar y

Comunitario por ayudar a que todo se desenvuelva de la manera correcta en el centro de salud. No ha logrado transmitir dicho espíritu de colaboración a todo el equipo de trabajo, lo que muchas veces causa malestar en los usuarios del servicio, al no ser atendidos con prontitud.

"Sí por ejemplo la anterior semana se había enfermado la persona de estadística, entonces el doctor tomó la batuta y mire que es doctor, tuvo la paciencia de salir de su consultorio, ir a estadística, buscar mi historia porque no había. Vino, nos hizo seguir él mismo ingresó los datos en la computadora de enfermería mientras me tomaban los signos vitales. Fue un trabajo conjunto de él. Estaba como hormiguita para que todo salga bien." (Participante 21. Yaruquí, 2019).

"Yo he visto que no hay, por ejemplo si acá está una sola acá están dos, y tiene que estar en dos partes a la misma vez entonces se le va y se le pide ayuda a las dos y no ayudan. Todo es no, no puedo y la persona tiene que estar en dos manos." (Participante 18. Yaruquí, 2019).

4.1.1.2 Docencia

Educación e investigación

La mayor parte de los pacientes desconoce la existencia de los espacios de aprendizaje, como por ejemplo las charlas organizadas por el Centro de Salud. Sin embargo, se puede destacar que aquellas personas que asistieron a las charlas aún recuerdan las recomendaciones e información que allí se les proporcionó. "Sí en las charlas del embarazo. La nutricionista nos explicó cómo hay que alimentarnos, el estado de mi familia porque nos explicaba que todos nos embarazábamos porque éramos uno solo." (Participante 5. Yaruquí, 2019).

Así mismo, el médico recomienda a sus pacientes que realicen cambios en su estilo de vida para mejor su salud y prevenir posibles enfermedades. "Me mandaron a bajar de

peso, porque yo tengo la presión alta y me ha mandado a caminar." (Participante 12. Yaruquí, 2019).

Competencia

El médico está actualizado e investiga los problemas de salud de sus pacientes. Los pacientes valoran el conocimiento del médico sobre temas de actualidad referentes a la salud, pues a su vez lo comparan con la información que reciben a través de los medios de comunicación y el internet. "Él sí sabe del tema, porque hay cosas que uno sí se entera a través de los medios de comunicación y el doctor también sí conversa y está actualizado." (Participante 10. Yaruquí, 2019). De esta manera, creen y confían en su capacidad para solucionar sus problemas de salud y los de su comunidad.

Para poder diagnosticar, "nos pregunta cuál es el problema, hace cuántos días, cuántas veces ha sucedido. Él sí indaga más afondo el problema para podernos dar el resultado y la solución." (Participante 10. Yaruquí, 2019). Así mismo, busca solucionar cada una de sus dolencias "… todas mis dudas él me aclara, nunca deja algo suelto, siempre resuelve todo aparte es una persona bien chévere." (Participante 21. Yaruquí, 2019) "… él es un excelente médico, él busca qué puede ser, investiga hasta que llega…" (Participante 23. Yaruquí, 2019)

4.1.1.3 Intervención

Análisis de la situación de salud

Los pacientes desconocen si la comunidad está enfrentando un problema de salud, si su médico lo conoce y está interviniendo para resolverlo. Pues los usuarios "no han visto, ni escuchado nada." (Entrevistado 4. Yaruquí, 2019).

Planes de acción

La mayor parte de los pacientes desconocen sobre las formas de intervención en la comunidad como las visitas domiciliarias. La única actividad que destacan son las campañas de vacunación regulares que se realizan en los barrios. “Por ejemplo eso que vienen esas campañas para hacer las vacunaciones. El barrio es privilegiado porque siempre están atentos en el barrio. Nos vienen a vacunar a las mujeres embarazadas o a los guaguas cuando le falta la vacuna. Se dan ellos el tiempo y vienen y nos vacunan.” (Participante 7. Yaruquí, 2019).

4.1.1.4 Solución de problemas de salud

Atención integral

El especialista de Medicina Familiar y Comunitaria debe brindar una atención integral con un enfoque biológico, psicológico y social durante todas las etapas de un individuo. En este caso, el médico ha buscado que sus pacientes sean atendidos por áreas específicas, que sin duda alguna necesita que sean cubiertas por otro especialista como por ejemplo, el tratamiento psicológico en el caso de un embarazo producto de una violación.

“… atravesé muy crítico mi embarazo, pero aquí me ayudaron con el psicólogo que me sirvió de mucho porque mi embarazo no era tan fácil de asimilar.” (Participante 7. Yaruquí, 2019).

Cuando los pacientes acuden a las consultas, el médico únicamente les pregunta sobre su salud, no indaga sobre la condición de sus familiares cercanos. A pesar de lo mencionado, existen excepciones en las cuales el médico sí está pendiente de las familias en su totalidad. “Sí es muy buena la relación más que todo el médico que nos atiende se preocupa por el bienestar de los tres. Somos tres en mi hogar, entonces nos trata muy bien.” (Entrevistado 4. Yaruquí, 2019).

Trato igualitario

El Médico Familiar y Comunitario es atento, cordial y amable con todos, por lo que no ha existido discriminación alguna por parte de él hacia los pacientes. "… Yo soy colombiano y él me ha tratado igual a los demás pacientes que tiene y he recibido la misma atención." (Participante 3. Yaruquí, 2019). Así mismo, los pacientes perciben que existe igualdad en el trato que reciben "a mí nunca me ha discriminado. Me trata por igual." (Entrevistado 1. Yaruquí, 2019).

Seguimiento

El Médico Familiar y Comunitario invierte el tiempo necesario en cada consulta y el seguimiento posterior de los pacientes. "Él sí se da tiempo para el paciente." (Participante 20. Yaruquí, 2019). "… en mi caso el doctor está muy pendiente de mandarme a hacer exámenes, si hago la dieta. Está pendiente de todo." (Participante 3. Yaruquí, 2019). "Esto permite que los pacientes sientan que el médico ya los conociera en su totalidad para realizar su diagnóstico" (Participante 21. Yaruquí, 2019).

Visitas domiciliarias

El médico busca estar en contacto directo con el paciente a pesar de su situación, por lo que en algunas ocasiones realiza visitas domiciliarias para conocer su estado y, a su vez, planificar su próximo control en el centro de salud. "El doctor un domingo, le fue a visitar a mi hija que recién había dado a luz y le dio un turnito para el centro de salud. A los 8 días vino a hacerse a atender." (Participante 11. Yaruquí, 2019).

4.1.2 CENTRO DE SALUD DE PUEMBO

4.1.2.1 Comunicación

Coordinación

Los usuarios reconocen el trabajo que realiza el Médico Familiar y Comunitario con otras instituciones, como por ejemplo campañas en los colegios y escuelas "… lo único que sabía es que ella va a los colegios a hablar de la sexualidad y todas esas cosas." (Entrevistado 3. Puembo, 2019).

"Yo les he visto que van al colegio, que van a la escuela, en equipo ella indica, especifica, se van a Mangaguanta están también por allá. La doctora se encarga y le gusta. Van a hacerles vacunar, de acuerdo a los grados, van preguntándoles, mandan a los padres de familia las órdenes." (Participante 24. Puembo, 2019).

Entrada al sistema

Los pacientes coinciden que existe calidad y calidez en la atención que reciben del Médico Familiar y Comunitario por su personalidad, pues esta relación en la mayoría de los casos se ha convertido en una amistad lo que permite que las enfermedades o problemas sean más llevaderas.

"Tal vez he tenido suerte que he llegado en la buena hora de la doctora porque a mí me ha tratado de maravilla, con sus bromas, muy agradable la doctora. Ella de cualquier manera me saca lo que tengo que decirle. Ve la manera. Siempre me ha atendido muy bien. Yo que no soy tan amigable con los médicos en verdad sí me gusta venir con la doctora porque me ha tratado bien." (Participante 26. Puembo, 2019).

La amabilidad del médico ha permitido que haya plena confianza para que los pacientes expresen todas sus dolencias o síntomas sin temor ni vergüenza.

"… las doctoritas que he tratado son muy buenas inspiran confianza y tranquilidad porque son muy amables, bien sociables, en tratar. Yo he tenido muy buena atención. Hay una confianza grande en hablar cualquier intimidad de uno. He hablado y ellas me han ayudado." (Entrevistado 1. Puembo, 2019).

El médico dedica el tiempo necesario en las consultas de sus pacientes para revisar exámenes, chequearles, preguntarles y escucharles. "Sí, ella trabaja bastante en cada uno y por eso es la demora." (Participante 18. Puembo, 2019).

Continuidad en la atención

Los pacientes son atendidos por las áreas correspondientes para su salud integral. "A partir de los cuatro meses se me hizo una barriga grandisisísima, entonces por eso vine a ver qué era lo que pasaba. Ahí la doctora me mandó a hacer otros exámenes, enseguida la ginecóloga me pasó a medicina familiar." (Entrevistado 3. Puembo, 2019).

Trabajo en redes

El Médico Familiar y Comunitario tiene capacidad de liderazgo, mismo que es reconocido por los pacientes. "La forma de guiarles y coordinarles es excelente." (Participante 5. Puembo, 2019). Esta capacidad es evidente tanto en su presencia como su ausencia. "Aunque sea por teléfono ella les está coordinando a las que están acá cuando ella tiene que salir. (Participante 7. Puembo, 2019).

El médico soluciona los problemas de los pacientes a través de los tratamientos y medicamentos correctos, pues ellos han visto los resultados favorables. "Yo por ejemplo tenía dolor de la cadera, me dio tres frascos de vitaminas y me ha aliviado bastante. Ella se preocupa, ella ve lo que beneficioso para nosotros." (Participante 19. Puembo, 2019).

4.1.2.2 Docencia

Educación e investigación

Los espacios de aprendizaje se realizan de manera grupal como individual, dentro y fuera del centro de salud. Dentro de este, el médico ha organizado brigadas de capacitaciones con los practicantes quienes se acercan a los individuos mientras esperan su turno. “Los practicantes están ahorita y nos dicen lo que debemos hacer, lo que debemos comer y lo que no y la actividad que podemos tener. Caminar, hacer ejercicio, tomar agua.” (Participante 7. Puembo, 2019).

Adicionalmente, está pendiente del estilo de vida de sus pacientes para mejorarlo.

“A mí me dijo que estaba un poquito con sobrepeso me dijo que cómo me estaba alimentando. Le conté que yo juego bastante fútbol y de ahí me dice, pero usted tiene que tratar de mantener su peso adecuado entonces de ahí me dijo tiene que alimentarse de esta manera.” (Participante 42. Puembo, 2019).

Competencia

De igual manera, está actualizada y preparada para enfrentar posibles enfermedades que puedan presentar sus pacientes a futuro. “Cuando a mí me detectaron diabetes gestacional ella entró al internet y dijo que el problema es que puedes quedarte con la diabetes. Me explicó. Me explicaba qué debía de comer.” (Entrevistado 3. Puembo, 2019).

“Una vez había faltado y dijo que ha estado en un curso ahí vino y dijo que tuvo un curso para la mejora de aquí mismo y dije bueno doctorita porque sí necesitamos más atención porque a veces no entendemos o no comprendemos.” (Entrevistado 1. Puembo, 2019).

4.1.2.3 Intervención

Análisis de la situación de salud

Se desconoce el trabajo en la intervención sanitaria local por parte del especialista y del equipo de salud, pero afirman que trabaja para que toda la población esté bien de salud.

“Por la comunidad sí, porque hay algunas escuelas y sí se ha preocupado. La preocupación alimenticia, yo llevo 10 años trabajando en la escuela Fe y Alegría y decían que es tan difícil separarles a los niños de la comida chatarra. Nosotros sí pudimos con la ayuda de la doctora tenemos un menú de comida, suspendimos la salchipapas. Logramos el menú de comidas a los niños.” (Participante 32. Puembo, 2019).

Planes de acción

Una de las enfermedades detectada por los pacientes son las gripes, pero afirman que el médico trabaja en aquello, puesto que está pendiente de que todos posean sus vacunas.

“Igual que iban donde nosotros a visitarnos en las casas para ver cómo estábamos a ver si teníamos todas las vacunas porque ahora hacen ese seguimiento que todos los niños tengan las vacunas, los controles, llaman a dar y todos eso. Y cuando no vienen a vacunarse, ellos van allá a ver qué es lo que ha pasado.” (Entrevistado 3. Puembo, 2019).

4.1.2.4 Solución de problemas de salud

Atención integral

La solución de los problemas de salud se da gracias a los diagnósticos acertados y a tiempo que el médico ha realizado. “Sí nos sentimos apoyadas porque hace tres años me fui a medir la presión y me dice que tengo presión alta. Todo el mundo antes me decía que estaba bien. Me mandó exámenes y medicamentos, estoy encaminada gracias a ella.” (Participante 5. Puembo, 2019).

A pesar de la preocupación del médico por cada uno de sus pacientes, en la mayoría de los casos no existe la misma preocupación por sus familiares. “No, por mi familia no. Por mí sí me ha preguntado todo, qué me duele, si ya estoy bien. Pero de ellos no.” (Entrevistado 2. Puembo, 2019).

Este fenómeno tiene sus excepciones, pues en algunos casos sí hay preocupación por los miembros de la familia, tanto en el ámbito de salud como de sus relaciones. “Cuando me hice la primera consulta, cómo es el hogar, cómo es la relación, me preguntó por mis hijos, si mis hijos me comprenden, no me comprenden.” (Entrevistado 1. Puembo, 2019).

Trato igualitario

Los pacientes del Médico Familiar y Comunitario no reciben discriminación de ningún tipo, todos son tratados por igual. “Ella no le tiene repugnancia a la gente con discapacidad, porque antes había un médico que les tenía como repugnancia a los niños con discapacidad, no los revisaba. Solo los miraba. Ella los toca. En mi caso le hace sacar su pantaloncito, lo revisa, lo chequea todito.” (Participante 2. Puembo, 2019).

Seguimiento

Hay seguimiento y cuidado de la condición de cada uno de sus pacientes. “Siempre ha estado pendiente, siempre me ha estado midiendo mi presión, la glucosa, viendo mi peso, viendo cómo sigo. Siempre me ha estado haciendo el seguimiento.” (Entrevistado 3. Puembo, 2019).

Visita domiciliaria

Los pacientes han detectado y valoran el trabajo que el médico, junto a su equipo, realiza dentro del centro de salud como fuera de él en cuanto a visitas domiciliarias y los programas regulares de vacunación. “… he escuchado que se va a las casas de los enfermitos que ya no llegan al centro de salud” (Entrevistado 2. Puembo, 2019).

4.1.3 CENTRO DE SALUD DE PIFO

4.1.3.1 Comunicación

Coordinación

Los usuarios del servicio reconocen el trabajo realizado con la Junta Parroquial. De esta manera, afirman que se trabaja con el grupo del adulto mayor.

“Saben salir los días jueves y viernes a las comunas a vacunar a ver a los adultos mayores que ya no pueden caminar yo digo por mi suegro. Las doctoritas iban a verle a chequearle la presión porque ya no podía caminar. Ellos sí salen a las comunas.” (Participante 9. Pifo, 2019).

Entrada al sistema

Los pacientes disfrutan de una buena relación con el Médico Familiar y Comunitario, pues es una persona amable, comprensible, atenta, cordial y sobre todo profesional. “Son muy buenas las doctoritas que nos atienden con buena atención… Nos da preferencia a nosotros que somos de la tercera edad.” (Participante 13. Pifo, 2019).

El médico solventa las dudas de los pacientes pacientemente. “A mí me atendió una doctora muy amable y pues me llena las dudas que tengo porque estoy embarazada por primera vez. Las dudas que tengo le pregunto y ella me ayuda con eso. Muy linda muy chévere.” (Participante 5. Pifo, 2019).

La relación médico paciente está basada en el respeto. “Yo también me he hecho atender aquí, me han tratado con respeto con cariño. Para qué también me voy a quejar yo. (Participante 25. Pifo, 2019).

Continuidad en la atención

El médico está pendiente de la salud de su paciente, presto a realizar la conexión con otras áreas pensando en el bienestar futuro de sus pacientes.

“Cuando estaba embarazada del bebé, ella me hacía los controles y me decía que ya me haga la ligadura. Que ya no tenga más niños porque la situación está dura. Sí me ha dado algunos consejos de cosas sanas que debemos comer o consumir yo estaba con problemas de sobre peso.” (Entrevistado 2. Pifo, 2019).

Trabajo en redes

Los pacientes reconocen el trabajo en equipo del médico cuando realiza campañas, especialmente de vacunación, en la comunidad. “Sí, igual han llegado a las viviendas una vez llegaron a mi casa. Esa vez fueron a visitar por una fiebre amarilla algo así andaban y luego sobre la influenza.” (Entrevistado 3. Pifo, 2019).

4.1.3.2 Docencia

Educación e investigación

Por un lado, en el club de las mujeres embarazadas se realizan charlas en las que se abordan temas del cuidado del recién nacido, sin embargo, la mayoría de pacientes no han asistido. “Charlas que saben dar los miércoles a las diez y media. De cómo cuidar al bebé y todo eso, cómo llevar el embarazo.” (Participante 8. Pifo, 2019).

Por otro lado, los adultos mayores reciben charlas sobre el estilo de vida que deben llevar. “Hace un mes nos dio la charla de cómo debemos comer, alimentación, vitaminas. Que no nos pongamos mucho al sol que el sol nos hace daño en la mañana.” (Participante 30. Pifo, 2019).

Sin embargo, los pacientes que no pertenecen al club de adultos mayores, afirman que no hay calidad en el cuidado de su salud puesto que no se dedica a explicarles cosas esenciales como el estilo de vida que deben llevar.

“Yo creo que en media hora que se tardan con cada paciente es un tiempo suficiente para explicarle todas las cosas a uno. Y no se da eso, a veces se tardan en otras cosas que uno está sentado ahí en la silla sin hacer nada.” (Participante 3. Pifo, 2019).

Competencia

La mayor parte de pacientes afirman desconocer la preparación y actualización de su médico. Sin embargo, existen excepciones en las que sí han constatado su experticia “se le nota los días que da la charla los miércoles. De cómo cuidar a los bebés, si les da gripes y todo eso.” (Participante 8. Pifo, 2019).

4.1.3.3 Intervención

Análisis de la situación de salud

Se desconocen los problemas de salud que está enfrentando la comunidad de Pifo, pues el médico no los ha mencionado a sus pacientes.

"No sé no le sabría decir, no nos ha comentado algo así." (Entrevistado 1. Pifo, 2019).

Planes de acción

Los pacientes no conocen la labor comunitaria que coordina o realiza su médico como por ejemplo los médicos del barrio, son pocos los que tienen cierta información de aquella actividad, pero no por completo. "Los médicos del barrio que saben ir. Conjuntamente los delegados que salen a las comunidades. Me imagino que van y visitan a las personas de la tercera edad que no pueden llegar acá al sub centro." (Participante 6. Pifo, 2019).

La intervención que mayormente reconocen es la colocación de vacunas. "Saben salir los días jueves y viernes a las comunas a vacunar a ver a los adultos mayores que ya no pueden caminar yo digo por mi suegro..." (Participante 9. Pifo, 2019).

4.1.3.4 Solución de problemas

Atención integral

La calidad es muy buena en el cuidado directo principalmente de los adultos mayores del centro de salud, pues les escuchan y atienden pacientemente.

"Sí todo nos escucha, tiene paciencia. Tienen que tenernos paciencia porque ya somos del adulto mayor. Es muy buena. Pregunta y nosotros le contestamos. Yo tenía

problemas con las pastillas que me dieron entonces tuvieron que cambiarnos de pastillas y ahora ando mejor." (Participante 13. Pifo, 2019).

Los adultos mayores pertenecientes al club reciben una atención más personalizada los días que asisten al club más que en el Centro de Salud.

"Bueno, yo me he sentido bien la atención aquí del centro de salud desde que vine a vivir aquí. Hay buenos doctores. Todos los que vienen son muy amables nos atienden muy bien y nos sentimos bien los de la tercera edad. Yo soy muy agradecida en todo y más que todos los miércoles que nos dan la terapia, el baile y que nos ven la glucosa, nos ven la presión. Estamos muy contentos y agradecidos." (Participante 24. Pifo, 2019).

Adicionalmente, el médico está al tanto de la condición de sus pacientes y busca ayudarle en diferentes áreas.

"Todos están pendientes a mí también se ayudaron para mi vista que no veo me ayudaron para el Pablo Arturo Suárez pero no me pudieron operar por mi presión. Nos ayudan a seguir adelante. Por eso nos da la cita directa cada mes." (Participante 24. Pifo, 2019).

El médico únicamente se preocupa por la salud de sus pacientes directos, no por sus familiares esto se debe al tiempo reducido de las consultas. "… el tiempo no les da, incluso ayer la doctorita se quejaba que estaba a ful que le dolían los dedos de tanto escribir de tantos pacientes." (Participante 29. Pifo, 2019).

Son pocos los casos en los que el médico pregunta sobre los otros miembros de la familia. "Sí preguntan, a mí de mi esposo porque él sufre de las piernas me preguntan cómo sigue. Si está mejorcito o está peor." (Participante 24. Pifo, 2019).

Trato igualitario

No existe discriminación en el trato con los pacientes, de hecho afirman que el médico "a todos nos atienden a todos nos tratan bien". (Participante 13. Pifo, 2019).

Seguimiento

Los pacientes han tenido mejoría a partir del tratamiento y el medicamento que han recibido por parte del médico, son casos aislados los que afirman que no han sentido ninguna mejoría. "… Me he lastimado el pie. He venido, me han ayudado. Le digo doctorita no tengo pastillas ya se acabó. Para qué dando gracias a Dios me atienden. No he tenido ningún problema." (Participante 29. Pifo, 2019).

El médico procura solucionar inmediatamente el inconveniente presentado en el paciente en cuanto a su salud. "A mí también me dieron medicamentos cuando tenía una infección en el estómago y me mandaron el tratamiento completo y me ha caído muy bien." (Participante 30. Pifo, 2019).

Visita domiciliaria

Si un adulto mayor no puede asistir al club, los médicos son los encargados de brindarle asistencia en su hogar. "A mi mamacita que falleció le visitaron cada mes o dos meses. Ya no podía salir. Solo estaba en la cama entonces pedimos auxilio que nos venga a visitar porque no podíamos sacarle. Le cuidaban, venían al mes." (Participante 28. Pifo, 2019).

CAPÍTULO V

5.1 DISCUSIÓN

Es clara la evidencia que los sistemas basados en la APS, con operadores de salud suficientemente capacitados para manejar adecuadamente dicha estrategia, son más eficientes, equitativos y rentables (Starfield et al., 2005). La Medicina Familiar ha logrado sintonizarse con dicha estrategia y cada vez más, los sistemas sanitarios del mundo utilizan estos recursos, por su perfil de formación y sus competencias.

Justamente son los resultados obtenidos en la presente investigación, una fuente muy apreciable para comprender la importancia de una atención integral en salud basada en la APS proporcionada por los Médicos Familiares y Comunitarios formados como especialistas en la PUCE.

La metodología cualitativa con enfoque fenomenológico empleada, permitió al autor y a su equipo de investigación conocer de cerca y a profundidad aquellos aspectos íntimos y espontáneos de la expresión humana de los pacientes y la búsqueda del significado de su discurso en cuanto a las percepciones, preocupaciones y emociones respecto a su salud y bienestar experimentados en el Centro de Salud y el Médico Familiar y Comunitario. En un estudio similar realizado sobre: la Percepción sobre las competencias personales y profesionales del Médico Familiar de los usuarios del Centro de Medicina Familiar Vozandes “La Y” y el Hospital del día “Eloy Alfaro” del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de la ciudad de Quito, su énfasis metodológico fue realizado con enfoque etnográfico en el paradigma interpretativo (Moreno-Piedrahita & Guevara, 2015), más orientado hacia la descripción de ideas, creencias, conocimientos y prácticas de grupos, culturas y comunidades (Patton, 2014).

La comunicación es una herramienta vital para el Médico Familiar, tanto para establecer una buena relación médico-paciente como para coordinar actividades con otros miembros del equipo de salud y con otros profesionales que directa o

indirectamente tienen que ver con el cuidado de la salud. La mayor parte de los participantes en la investigación manifiestan que el Médico Familiar tiene una buena comunicación-empatía con ellos, sin embargo la comunicación para la coordinación de actividades de salud con otros actores de la localidad aún es limitada puesto que los usuarios reconocen que el Médico Familiar trabaja con los profesores en las escuelas y colegios, pero aún no han visto desenvolverse con los miembros de la junta parroquial, la curia, los clubes deportivos y otras instituciones del estado que tienen influencia en las localidades. La expectativa en la comunicación generada por los pacientes del presente estudio coincide con un estudio realizado en pacientes crónicos del Sistema Sanitario Público Andaluz (Danet Danet, Escudero Carretero, Prieto, & March Cerdá, 2012).

Uno de los problemas que causa mayor incertidumbre en los pacientes es su primer contacto con el sistema de salud, puesto que tienen muchas inquietudes respecto a lo que va a suceder con ellos en cuanto haya un diagnóstico, sin embargo, en este estudio, la actitud positiva de los Médicos Familiares principalmente generó una gran confianza sobre el futuro en su salud, el trato amable y amigable ha permitido que la incertidumbre y estrés disminuyan o desaparezca; lo anterior es corroborado en un estudio realizado por Girón et al., (2002) el Médico de Familia resultó mejor valorado que el médico tradicional por su calidad humana y porque demostró mayor interés por el estado de salud de los pacientes (Girón, Beviá, Medina, & Talero, 2002).

La integralidad y continuidad en la atención con un trato igualitario sin ningún tipo de discriminación son pilares fundamentales del trabajo del Médico Familiar y para ello busca organizar redes con otras especialidades y con establecimientos de salud de complejidad creciente. Los pacientes han reconocido esta labor del Médico Familiar, sin embargo, la referencia y contrareferencia de pacientes en los casos absolutamente necesarios es una de las deficiencias del sistema de salud ecuatoriano. Los pacientes con enfermedades crónicas tienen una mayor representación positiva del Médico Familiar, por su interés en el seguimiento que realiza de su problema de enfermedad. En el estudio realizado por Moreno-Piedrahita & Guevara encontraron que el enfoque integral favorece la continuidad y seguimiento en la atención de los pacientes, lo cual

permite una mayor capacidad de resolución, mayor seguridad en el diagnóstico, mejor exactitud en la prescripción de exámenes (Moreno-Piedrahita & Guevara, 2015).

En una revisión sistemática de la literatura sobre las dimensiones centrales del alcance de la atención primaria, se encontró que el acceso a servicios integrales de salud puede reducir las disparidades socioeconómicas y raciales en la salud además se encontraron asociaciones positivas entre la accesibilidad a la atención y la salud de la población (Kringos, Boerma, Hutchinson, Van Der Zee, & Groenewegen, 2010)

Para Starfield una de las funciones principales de la Atención Primaria es reducir o eliminar la dificultad de acceso a los servicios de salud necesarios, en uno de sus estudios encontró que una vez que tienen acceso a servicios de APS adecuados, los grupos menos favorecidos a menudo informan mejores experiencias con su atención que el resto de la población (Starfield et al., 2005).

La visita domiciliaria tiene un considerable valor para los pacientes y su familia, y quizá el mejor recuerdo que ellos tiene es cuando el médico visitó su casa ya sea para cuidado de un miembro de la familia, para salud preventiva a través de la vacunación o para preguntar sobre las condiciones en las que se encuentran los miembros de las familias; un estudio realizado en Estados Unidos encontró una asociación positiva entre el cuidado domiciliario en Atención Primaria y la calidad referente al tiempo de recuperación del paciente (Kern, Edwards, & Kaushal, 2014).

Debe quedar explícito que luego de la formación académica-científica y humana de los Médicos Familiares y Comunitarios de la PUCE, dos son los principales indicadores de su gestión: la adhesión del paciente y su familia hacia el modelo de atención proporcionado por este; y, la eficacia y efectividad del tratamiento frente al problema de salud que demanda el paciente y su familia.

Es indispensable comprender que la confianza generada en los dos aspectos antes mencionados permitirá que el Médico Familiar y Comunitario pueda ingresar más íntimamente al seno familiar del paciente, para desde allí, recomendar cambios necesarios en los estilos de vida de las personas en su propio entorno, promoviendo acciones de salud individuales y colectivas. Con la intervención del Médico Familiar

y la APS, hay evidencia de mejores resultados en la salud de la población y a menor costo, incluyendo la mortalidad por todas las causas, mortalidad cardiovascular, mortalidad neonatal, infantil y por bajo peso al nacer; así como la detección oportuna de varios tipos de cáncer, incluido el cáncer cervical, colorrectal, de mama y melanoma (Starfield et al., 2005).

El Médico Familiar debe resolver el 85% de los problemas de salud que aquejan a la población asignada, el 15% corresponde a la atención hospitalaria, situación que no ocurre al momento. Para identificar y medir este fenómeno, se desarrolló en los Estados Unidos un indicador agregado de causas de hospitalización evitables por acciones de la puerta de entrada del sistema o primer nivel de atención de salud utilizado por el paciente, denominadas Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC), o Condiciones Sensibles a la Atención Primaria (CSAP). El equipo de investigadores de Bedoya pudo determinar que para el 2010 el CSAP en Ecuador era del 19% (Bedoya et al., 2017).

CAPÍTULO VI

6.1 CONCLUSIONES

La metodología seleccionada para este modelo de investigación en todo su contexto dio el resultado esperado ya que permitió el entendimiento de la problemática desde el punto de vista de cada usuario y del conjunto consultado en base a la experiencia obtenida en su rutina de atención médica en los centros de salud.

Se evidenció la existencia de un apego y mejor adhesión a las recomendaciones proporcionadas por el Médico Familiar y Comunitario por su comunicación, trato, competencia académica-científica y su preocupación por la persona, su entorno y su familia.

Uno de los limitantes es el tiempo limitado asignado para la atención de los usuarios, para las visitas comunitarias y para las visitas a instituciones educativas. De igual manera, se demostró una deficiencia parcial en indagar el estado de salud de los familiares en la consulta, pero que se contrasta con la atención domiciliaria recibida a miembros de la familia.

Otro punto en que se ve desfavorecido la atención integral en correlación con las competencias adquiridas, es el análisis de la situación de salud y en menor medida los planes de acción y espacios de aprendizaje, más que por falta de intervención es dado por falta de comunicación con la comunidad o el usuario.

Vale destacar la preferencia que tienen los usuarios para la atención con el médico familiar y comunitario.

6.2 RECOMENDACIONES

- **A la academia:**

    - Reforzar las competencias del perfil profesional con actividades que le permitan al estudiante de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria comprometerse y compartir mayor tiempo con las familias y su comunidad.

    - Implementar instrumentos de evaluación y control durante el posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria para reforzar aspectos débiles en la formación académica y potencializar los aspectos favorables que se evidenciaron en este estudio.

- **Al profesional:**

    - Fortalecer acciones específicas de promoción y prevención en aspectos de mayor prevalencia en la comunidad correspondiente, mejorando el enfoque familiar y comunitario.

    - Promocionar el trabajo realizado a la comunidad y demás actores sociales para que tengan una visión clara del rol que cumple el Médico Familiar y Comunitario en la salud de la población y no solamente en su papel curativo.

- **A la comunidad**:

    - Concebir a la salud como responsabilidad individual y comunitaria para así comprometerse a trabajar con todos los actores e incidir positivamente en los determinantes de salud, es decir, empoderándose de la salud desde lo personal y ser entes promotores de condiciones saluables.

- **Al sistema:**

    - Realizar estudios mixtos para evaluar la intervención del Médico Familiar y Comunitario en la resolución de problemas de salud de su competencia utilizando diseños cualitativos y cuantitativos para optimizar el trabajo del especialista en diferentes escenarios y acciones acorde a su perfil y competencia.

    - Impulsar la formación constante, en articulación de la academia junto con el MSP, para la formación de nuevos Médicos Familiares y Comunitarios y su constante capacitación.

    - Precautelar y fortalecer al sistema enfocado en la APS, porque si bien el Médico Familiar y Comunitario cumple su papel articulando con los diferentes niveles de atención y cumpliendo con la mayoría de sus competencias, se corre el riesgo de regresar al paradigma hospitalocéntrico resolutivo, donde se pierde la lógica de la integralidad favoreciendo el individualismo, marginando a la mayoría de la población.

BIBLIOGRAFÍA

ACGME 2014 Strategic Plan Summary. (2015). Accreditation Council for Graduate Medical Education ACGME 2014 Strategic Plan Summary. Retrieved from https://www.acgme.org/Portals/0/PFAssets/PublicationsPapers/Strategic Plan Summary.pdf?ver=2015-11-06-120707-670

Alfonso Roca, M. T., & Álvarez-Dardet Díaz, C. (1992). Enfermería Comunitaria I. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas, S.A.

Allen, J., Gay, B., Crebolder, H., Heyrman, J., Svab, I., & Ram, P. (2005). The European Definition of General Practice/Family Medicine. European Academy of Teachers in General Practice. https://doi.org/10.1016/S0895-4356(00)00274-2

Arnaz, JA. (1981). Guía para la elaboración de un perfil del egresado. Revista de Educación Superior. 10:1---7

Asamblea Constituyente. (2008). Constitución Política del Ecuador 2008. Registro Oficial № 449.

Azpiazu Garrido, M., Cruz Jentoft, A., Villagrasa Ferrer, J. R., Abanades Herranz, J. C., García Marín, N., & Valero De Bernabé, F. A. (2002). Factores asociados a mal estado de salud percibido o a mala calidad de vida en personas mayores de 65 años. Rev Esp Salud Publica, (76), 683–699.

Bedoya, R., Aulestia, A., Benoit, M., Mikesell, C., Durán, C., Troya, C., … Bedoya-Vaca, R. (2017). Medicina Familiar: Reflexiones desde la práctica. (R. Bedoya-Vaca, Ed.). Quito-Ecuador: MSP/OPS. Retrieved from 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

Carter, N., Bryant-Lukosius, D., DiCenso, A., Blythe, J., & Neville, A. J. (2014). The use of triangulation in qualitative research. Oncology Nursing Forum, 41(5), 545–547. https://doi.org/10.1188/14.ONF.545-547

Casado, V. (2018). La historia de la Medicina Familiar en los últimos 50 años. Perspectiva mundial y europea. AMF, 14(2): 79-86.

Casado, V., Planes, A., Thomas, V., & Vázquez, JR. (2012) La Medicina de Familia y Comunitaria. Valores profesionales y perfil profesional del médico de familia. Tratado de Medicina de Familia y Comunitaria. Vol 1. 2.ª ed. Barcelona: semFYC ediciones; 3-29.

Ceitlin, J. (2006). Family medicine in Latin America. Introduction. Atencion Primaria, 38(9), 511–514. https://doi.org/10.1157/13095056

CIMF. (n.d.). Historia de la CIMF. Retrieved from http://cimfwonca.org/acerca-de-cimf/breve-resena-historica/

Danet Danet, A., Escudero Carretero, M., Prieto, M., & March Cerdá, J. (2012). Comunicación paciente-médico y toma de decisiones en salud en Andalucía: Expectativas de pacientes crónicos del Sistema Sanitario Público Andaluz. Revista de Comunicación y Salud: RCyS.

Denver, A. (1991). Epidemiología y Administración de Servicios de Salud. Aspen Publishers, Inc.

Diaz-Bolaños, C. (2012). Postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria. Quito-Ecuador.

Donabedian, A. (1980). Explorations in Quality Assessment and Monitoring: The definition of quality and approaches to its assessment. Washington, D.C.: Health Administration Press.

Doval, H. (2004). El nacimiento del concepto de "salud" como un derecho. Revista argentina de cardiología, 72(4), 324-327.

Feigenbaum, A. (2007). Control Total de la Calidad (3rd ed.). Mexico DF.: Grupo Editorial Patria.

Franco-Giraldo, Á. (2012). Atención Primaria en Salud (APS). ¿De regreso al pasado? Rev Fac Nac Salud Pública, 30(1), 83–94. Retrieved from http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v30n1/v30n1a10

Freeman, T. R. (2016). McWhinney's Textbook of Family Medicine. McWhinney's Textbook of Family Medicine. https://doi.org/10.1093/med/9780199370689.001.0001

Gafas González, C., Roque Herrera, Y., & Bonilla Pulgar, G. E. (2018). Modelo de atención integral de salud vs. calidad asistencial en el primer nivel, Riobamba 2014-2017. Educación Médica, 20(S1), 136–142. https://doi.org/10.1016/j.edumed.2017.10.023

Gallo, V. & et al. (1999). Perfil profesional del médico de familia. Atención primaria. 23 (4), 236-245.

García-Viniegras, C. R. V., & González Benítez, I. (2000). La categoria bienestar psicológlco. Su relación con otras categorias sociales. Rev Cubana Med Gen Integr, 16(6), 586–592.

Giraldo Osorio, A., & Vélez Álvarez, C. (2013). La Atención Primaria de Salud: desafíos para su implementación en América Latina. Atencion Primaria, 45(7), 384–392. https://doi.org/10.1016/j.aprim.2012.12.016

Girón, M., Beviá, B., Medina, E., & Talero, M. S. (2002). Calidad de la relación médico paciente y resultados de los encuentros clínicos en atención primaria de Alicante: Un estudio con grupos focales. Revista Española de Salud Publica, 76(5), 561–575.

Gomez, F., & Leyva, F. (2017). Construcción del perfil profesional del médico familiar en México. Revista Investigación en Educación Médica. 7 (26). https://doi.org/10.1016/j.riem.2017.04.006.

Haggerty, J. L., Yavich, N., & Bascolo, E. (2009). Un Marco de Evaluacion de la Atencion Primaria de la Salud en las Américas. Rev Panam Salud Pública, 26(56), 377–384.

Henriquez-Trujillo, R., & Sanchez, G. (2011). La definición del perfil profesional del médico familiar en Ecuador: una tarea en proceso. Revista Médica Vozandes, 22(1), 5–8.

Hernández-Conesa, J. (1995). Historia de la Enfermería. Un Análisis Histórico de los Cuidados de Enfermería. Madrid: Mc-GRAW-HILL INTERAMERICANA.

Hernández Sampieri, R., Fernández-Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2006). Metodología de la Investigación (4th ed.). Mexico D.F.: McGraw-Hill Interamericana S.A.

Herrero Jaén, S. 2016. Formalización del concepto de salud a través de la lógica: impacto del lenguaje formal en las ciencias de la salud. Ene,10 (52).

INEC. (2010). Censo de Poblacion y Vivienda 2010. http://www.ecuadorencifras.gob.ec/base-de-datos-censo-de-poblacion-y-vivienda/.

Kern, L. M., Edwards, A., & Kaushal, R. (2014). The patient-centered medical home, electronic health records, and quality of care. Annals of Internal Medicine. https://doi.org/10.7326/M13-1798

Kringos, D. S., Boerma, W. G., Hutchinson, A., Van Der Zee, J., & Groenewegen, P. P. (2010). The breadth of primary care: A systematic literature review of its core dimensions. BMC Health Services Research. https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-65

Libreros Piñeros, L. (2012). El proceso salud enfermedad y la transdisciplinariedad. Cubana Salud Pública, 38(4), 622-628.

Macas, M., & Fierro, A. (2014). Autopercepción de la identidad del Médico Familiar por parte de los residentes del tercer año del postgrado de Medicina Familiar de la

Pontificia Universidad Católica del Ecuador 2014. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Retrieved from http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/10828

Macinko, J., Starfield, B., & Shi, L. (2007). Is Primary Care Effective? Quantifying the health benefits of Primary Care Physician supply in the United States., 37(1), 111–126. Retrieved from papers2://publication/uuid/45E326BF-EED4-403F-A804-956E274FD37D

MacQueen, K. M., McLellan-Lemal, E., Bartholow, K., & Milstein, B. (2008). Teambased codebook development: Structure, process, and agreement. In G. Guest & K. M. MacQueen (Eds.), Handbook for team-based qualitative research (pp. 119–135). Lanham: Altamira Press.

Martin, J. C., Committee, P. L., Resi-, F. P., Antonio, S., Avant, R. F., Bowman, A., … Academy, A. (2004). The Future of Family Medicine: A collaborative project of the family medicine community. Annals of Family Medicine, 2(Supp. 1), S3–S32. https://doi.org/10.1370/afm.130.PREFACE

McWhinney, I. (1994)Orígenes de la Medicina de Familia en McWhinney I. Medicina de familia. Barcelona: Mosby/Doyma.

Mertens, D. (2010). Research and evaluation in Education and Psychology: Integrating diversity with quantitative, qualitative and mixed methods. (3rd ed.). California: SAGE Publications Ltd.

Moral Santaella, C. (2006). Criterios de validez en la investigación cualitativa actual. Revista de Investigación Educativa, 24(1), 147–164.

Moreno-Piedrahita, F., & Guevara, D. (2015). Percepción sobre las competencias personales y profesionales del médico familiar de los usuarios del Centro de Medicina Familiar Vozandes “ La Y ” y el Hospital del día “ Eloy Alfaro ” del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de la ciudad de Quito. Pontificia Universidad Católica del Ecuador PUCE.

MSP. (2012). Manual del Modelo de Atención Integral de Salud-MAIS. Quito-Ecuador.

MSP, & CONASA. (2006). Marco general de la reforma estructural de la Salud en el Ecuador (3ra ed.). Ediciones Abya-Yala.

Namey, E., Guest, G., Thairu, L., & Johnson, L. (2008). Data reduction techniques for large qualitative data sets. In G. Guest & K. M. MacQueen (Eds.), Handbook for teambased qualitative research (pp. 137–161). Lanham: Altamira Press.

OPS, & OMS. (1978). The Pan American Health Organization Promoting Health in the Americas. Retrieved from http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm

OPS, & OMS. (2007). Renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Documento de posición de la OPS/OMS. Washington, D.C.

Patton, M. Q. (2014). Qualitative research & evaluation methods: Integrating Theory and Practice. USA: SAGE Publications Ltd

Pikaza-Ibarrondo, X., & Aya, A. (2010). Diccionario de las tres religiones: Judaísmo, Cristianismo, Islam. España. Verbo Divino.

Ros Matrat, E. (2004). Las competencias profesionales adquiridas en medicina familiar y comunitaria. Una mirada desde tutores y residentes. Educ. méd. 7 (4).

Rosser, W. (2006). Sustaining the 4 principles of family medicine in Canada. Canadian Family Physician Medecin de Famille Canadien, 52(10), 1191–1192, 1196–1197. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17279171%0Ahttp://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC1783599

Saldaña, J. (2009). The Coding Manual for Qualitative Researchers (1st ed.). London EC1Y 1SP: SAGE Publications Ltd.

SENPLADES. (2009). Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013. Quito-Ecuador: Editorial El Conejo.

SENPLADES. (2013). Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017. Quito-Ecuador: El Telegrafo.

Smirnov A, et al. (1978). Psicología. México: Grijalbo.

Starfield, B., Shi, L., & Macinko, J. (2005). Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. The Milbank Quaterly, 83(3), 457–502. Retrieved from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690145/pdf/milq0083-0457.pdf

Tannenbaum, D., Konkin, J., Parsons, E., Saucier, D., Shaw, L., Walsh, A., … Organek, A. (2010). CanMEDS-Family Medicine. PrimaryCare, 10(09), 24. https://doi.org/10.4414/pc-f.2010.08607

Tejada de Rivero, D. (2003). Alma-Ata: 25 años después. Revista Perspectivas de Salud, 8(2), 3–7.

Tejada de Rivero, D. A. (2013). Lo que es la atención primaria de la salud: algunas consideraciones a casi treinta y cinco años de Alma-Ata. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 30(2), 283–287. https://doi.org/10.17843/rpmesp.2013.302.206

Ulin, P., Robinson, E., & Tolley, E. (2006). Investigación Aplicada en Salud Pública. Métodos Cualitativos. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.

Vargas, L. (1994). Sobre el concepto de percepción. Alteridades. 4 (8), 47-53.

Vivaldi, F., & Barra, E. (2012). Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores. TERAPIA PSICOLÓGICA, 30(2), 718–4808. https://doi.org/10.4067/S0718-48082012000200002

Whitehead, C., Martin, D., Fernandez, N., Younker, M., Kouz, R., Frank, J., & Boucher, A. (2011). Integration of CanMEDS Expectations and Outcomes. Members of the FMEC PG Consortium, 1–24.

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1: Guion de trabajo de campo para inmersión inicial

Item	Descripción de la observación
Infraestructura del Centro de Salud	
Ubicación	
Accesibilidad	
Horario	
Recepción	
Sala de espera	
Consultorios	
Baños	
Otros	
Personal del Centro de Salud	
Estructura organizacional	
Ambiente social	
Clubes	
Voluntariado	
Liderazgo	
Costumbres	
Hospitalidad	
Servicio al usuario	
Interacción usuario-personal	

ANEXO 2: Guion de trabajo de campo para entrevista a profundidad

TEMA	PREGUNTAS PRINCIPALES	PREGUNTAS DE SEGUIMIENTO	SONDEOS
Capacidad de comunicación efectiva, liderago, organización y gerencia.	¿Cómo es su relación personal con el médico familiar y comunitario?	¿Siempre es atento y cordial con usted y con los miembros de su familia?	Háblame un poco más del grado de amistad que el doctor tiene con usted y con los miembros de su familia
	¿Cree usted en el doctor, es decir en las cosas que hace en el centro de salud y fuera de él para mejorar las condiciones de salud de la comunidad?	¿Conoce usted de algún programa o proyecto que esté realizando en conjunto con miembros de la junta parroquial, la curia, el colegio o cualquier otra institución?	¿Piensa usted que los miembros de la junta parroquial, la curia, el colegio o cualquier otra institución tengan la confianza suficiente como para trabajar en conjunto con el doctor?
	¿Cómo cree usted que el doctor se lleva con los demás profesionales del Centro de Salud?	¿Cree usted que trabaja en equipo con ellos?	¿Sabe usted lo que opinan los demas profesionales del centro de salud sobre él? ¿Se ha enterado de algo al respecto?
Capacidad para abrir espacios de aprendizaje	¿Cree Usted que el doctor está actualizado para diagnosticar y tratar enfermedades?	¿Ha visto o sentido que se procupa por sus enfermedades y dolencias y le ha dicho que va a investigar más sobre ellas para que usted sane definitivamente?	¿Cómo ha tomado usted la actitud del doctor cuando le dice que va a investigar más sobre su dolencia o enfermedad?
Capacidad para identificar y plantear soluciones a problemas de la comunidad	¿Le ha confiado a usted el doctor sobre los planes que tiene para enfrentar algunos problemas de salud que vienen dándose en la	¿Cree que ese o esos son los reales problemas que tiene la comunidad?	En su opinión ¿cree usted que se está interveniendo de una buena manera para solucionar los problemas que tiene la comunidad en cuanto a
Capacidad para resolver problemas de salud a nivel ambulatorio con un enfoque biosicosocial	Cuando tiene consulta con el doctor, ¿siente usted que él le trata como a igual sin ningún tipo de discriminación?	¿Cree usted que el doctor le ha escuchado lo sufiente como para que entienda su dolencia o enfermedad?	En su opinión ¿cree que el doctor le ha tratado bien y le está recomendando los medicamentos correctamente?
	En la consulta, ¿el doctor le ha aconsejado un cambio de estilo de vida y cosas que debe o no hacer para estar mejor de salud?	¿Cree que el doctor se ha interesado por algunos otros aspectos de su entorno que sin estar relacionados directamente con su problema de salud, pueden afectarla?	En su opinión ¿el doctor ha identificado correctamente algunas cosas de su vida o entorno que sean las posibles causas de su afectación o enfermedad?
	¿El doctor le ha visitado en su casa y conversado con los miembros de su familia con frecuencia?	¿En la visita familiar el doctor se ha interesado por el bienestar de todos los miembros de la familia, les ha aconsejado sobre como mejorar la salud y el bienestar familiar?	En su opinión ¿cree usted que esas recomendaciones sirvan para mejorar la salud y el bienestar de la familia?

ANEXO 3: Guion de trabajo de campo para grupos focales

AGENDA	ASPECTOS A TRATARSE	TIEMPO REQUERIDO
1. Recepción y saludo al grupo	Buenos días (tardes), les agradecemos por haber aceptado la invitación para estar hoy aquí. Tengan la seguridad que su aporte es muy valioso para nosotros y la atención de este centro de salud.	5 minutos
2. Introducción	Van a participar en un estudio de investigación realizado para conocer sobre la atención de los médicos especialistas en atención familiar y comunitaria que ustedes ya conocen. Durante este tiempo pueden contarnos sus experiencias con el servicio de salud que han recibido y sobre todo relacionado con el club al que pertenecen. Nos permiten grabar la entrevista para poder recoger con toda exactitud sus opiniones y experiencias. Les recuerdo que lo que ustedes digan en esta reunión es estríctamete confidencial. Todo lo grabado y los datos personales de ustedes seran destruidos una vez concluida la investigación y estos no serán conocidos por persona alguna excepto quienes estamos recogiendo	5 minutos
3. Presentación de los participantes	Se presentarán todos los participantes incluyendo su nombre, edad, profesión, oficio u ocupación, y su relación con el centro de salud.	10 minutos
4. Temas a discutirse	Todos los aquí presentes de alguna manera tienen relación con este centro de salud porque alguna o algunas veces han acudido a él en busca de ayuda. Como ha sido su experiencia respecto a: Atención en el ámbito correspondiente. Su accesibilidad y facilidades necesarias para ser atendido/a Confidencialidad y continuidad de los cuidados y tratamientos Profesionalismo de los medicos familiares y comunitarios Servicios sanitarios que ellos prestan Algún tema en particular que los participantes deseen topar.	90 minutos
5. Clausura	Se agradece por la participación de los presentes, si no hay algo más que tratar cerramos esta reunión. Muchas gracias.	5 minutos

ANEXO 4: Modelo de consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PROYECTO DE TESIS

"PERCEPCION DE LOS PACIENTES DE LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LOS MÉDICOS FAMILIARES Y COMUNITARIOS DE LA PRIMERA CORTE MSP-PUCE EN LOS CENTROS DE SALUD DE PIFO, PUEMBO Y YARUQUÍ"

RESPONSABLE: Dr. José André Cedeño Orejuela

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR. POSTGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Información:

En el Ecuador se establece un modelo de salud que responde a las necesidades y demandas que en este aspecto reclama la población. Este modelo denominado MAIS FCI (Modelo de Atención Integral de Salud familiar Comunitario e Intercultural) tiene como estrategia la Atención Primaria de Salud, entendiéndose esta como fundamental y prioritaria para resolver los grandes problemas sanitarios del individuo, su familia y comunidad. Para este propósito es necesaria la formación de médicos especialistas en este ámbito y la academia, en este caso la PUCE ha respondido con la entrega a la comunidad de este tipo de especialistas. En este punto es necesario evaluar si la academia esta cumpliendo con su cometido y por ello se realiza esta investigación.

Por tanto, el objetivo de este estudio es evaluar el impacto en la atención integral de salud de los pacientes que acuden a los servicios de salud del primer nivel, es decir a los centros de salud de Pifo, Puembo y Yaruquí, proporcionada por los médicos

familiares y comunitarios de la primera corte de la PUCE, al cual le invitamos a participar.

La información que recojamos en este proyecto de investigación se mantendrá confidencial. Esta información será puesta fuera de alcance de cualquier persona bajo llave y nadie sino los investigadores tendrán acceso a verla. Cualquier información acerca de los participantes tendrá un número en vez del nombre por lo que se garantizará el anonimato. Solo los investigadores sabrán cual es el número y se mantendrá la información guardada bajo llave. No será compartida ni entregada a nadie excepto al Dr. André Cedeño.

Usted fue seleccionado/a y su participación en este estudio es **completamente voluntaria**, esto quiere decir que usted es libre de negarse a ser incluido/a o retirarse del estudio en cualquier momento.

No tendrá riesgos y molestias en el transcurso de entrevistas, y de ser así notificará inmediatamente a la persona que le está entrevistando o directamente al autor del proyecto.

Los **beneficios** serán para todas las personas usuarias del centro de salud puesto que sus resultados se comunicarán a los directivos de los servicios de salud para la implementación de las correcciones y mejoras correspondientes.

Si usted tiene preguntas sobre el estudio puede comunicarse directamente con el Dr. André Cedeño al teléfono celular 0993908210 o escribirle al correo electrónico: joseandrecedeno@gmail.com

ACEPTACION:

Fecha: ……

Yo, ……. con cedula de identidad Nº……. que luego de haber sido informada verbalmente y leído el consentimiento informado arriba escrito, haber comprendido que seré entrevistado/a para conocer mi opinión sobre la atención proporcionada por el profesional de medicina familiar y comunitaria, conocer los riesgos y beneficios de mi participación, haber comprendido que la participación es voluntaria y libre y que puedo retirarme en cualquier momento sin perjuicios de ninguna naturaleza, ACEPTO voluntariamente participar en este estudio y firmo en el presente documento.

Nombre de la persona que reconoce el consentimiento:

Nombre: _____ Firma: _____

Nombre y firma del INVESTIGADOR que explicó el texto anterior:

Nombre: _____ Firma: _____Teléfono:_____

Para menores de edad.

Yo, ……. con cedula de identidad Nº……. representante de la niña/joven…… que luego de haber sido

informada(o) verbalmente y leído el consentimiento informado arriba escrito, haber comprendido que a mi representada será entrevistado/a para conocer su opinión sobre la atención proporcionada por el profesional de medicina familiar y comunitaria, conocer los riesgos y beneficios de su participación, haber comprendido que su participación es voluntaria y libre y que puede retirarse en cualquier momento sin perjuicios de ninguna naturaleza, ACEPTO autorizar voluntariamente la participación de mi representado/a en este estudio y firmo en el presente documento.

Nombre de la persona que reconoce el consentimiento:

Nombre: _____ Firma: _____

Nombre de la menor: _____ Firma: _____

Nombre y firma del INVESTIGADOR que explicó el texto anterior:

Nombre: _____ Firma: _____ Teléfono:_____