



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE PILOTO ODONTOLOGIA
ESCUELA DE POSTGRADO
“DR. JOSE APOLO PINEDA”**

**“EVALUACIÓN DEL IMPACTO Y DESARROLLO DEL
POSTGRADO EN MEDICINA FAMILIAR Y
COMUNITARIA. PARROQUIA PASCUALES. PERIODO
ENERO A DICIEMBRE DEL 2014.”**

**Tesis presentada como requisito para optar por el
Grado de Magister en Salud Pública.**

**MAESTRANTE:
MÉDICO. EDWIN VERA GARIJO, Msc.**

**TUTORA:
MÉDICO. NARCISA GARZÓN LASSO, Msc.**

GUAYAQUI – ECUADOR

AÑO 2016



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE PILOTO ODONTOLOGIA
ESCUELA DE POSTGRADO
“DR. JOSE APOLO PINEDA”**

**“EVALUACIÓN DEL IMPACTO Y DESARROLLO DEL
POSTGRADO EN MEDICINA FAMILIAR Y
COMUNITARIA. PARROQUIA PASCUALES. PERIODO
ENERO A DICIEMBRE DEL 2014.”**

**Tesis presentada como requisito para optar por el
Grado de Magister en Salud Pública.**

**MAESTRANTE:
MÉDICO. EDWIN VERA GARIJO, Msc.**

**TUTORA:
MÉDICO. NARCISA K. GARZÓN LASSO, Msc.**

GUAYAQUI – ECUADOR

AÑO 2016



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA
ESCUELA DE POSTGRADO
“DR. JOSÉ APOLO PINEDA”**

Esta Tesis cuya autoría corresponde al **MÉDICO EDWIN VERA GARIJO, Msc.**, ha sido aprobada, luego de su defensa pública, en la forma presente por el Tribunal Examinador de Grado nominado por la Universidad de Guayaquil, como requisito parcial para optar por el Grado de **MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA.**

Dr. Mario Ortiz San Martin Esp.
PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

Dra. Elisa Llanos Rodríguez M.Sc
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Dr. Marco Ruiz Pacheco M.Sc.
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Ab. Mercedes Morales López
SECRETARIA
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA

CERTIFICADO DE ACEPTACION DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor de Tesis para optar por el Título de Magister en Salud Pública de la Facultad de Odontología de la Universidad de Guayaquil

CERTIFICO

Que habiendo analizado y revisado y corregido la tesis de Grado del Maestrante **MD. EDWIN VERA GARIJO** con **C.I 0918447699**

Cuyo tema de Tesis es:

“EVALUACION DEL IMPACTO Y DESARROLLO DEL POST GRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA PARROQUIA PASCUALES. PERÍODO ENERO A DICIEMBRE DEL 2014”

CERTIFICO QUE HA CUMPLIDO CON TODOS LOS REQUISITOS PARA OPTAR AL TITULO DE MAGISTER SALUD PÚBLICA

MÉDICO NARCISA KATIUSKA GARZÓN LASSO M.sc

TUTORA

DEDICATORIA

A Dios, quien me da la oportunidad de vivir cada día con esperanzas y anhelos de ser un Ejemplo de profesional en nuestro País guiándome y llenándome de sabiduría para poder discernir ser un instrumento en sus manos para el beneficio de los demás.

A mi Padre Dr. Eladio Vera Fernández quien ha sido ejemplo toda mi vida, dedicando su vida al servicio educándome con esfuerzo y sacrificio para ejemplarizar en mi persona el fruto de sus esfuerzos como Papá.

A mi Hija Zhenoa Vera Tutiven quien me empuja a seguir superándome y avanzar en este camino tan noble como es el manejo de la Salud Pública que mientras avanzamos en tiempo avanzamos en conocimientos de la prevención de las enfermedades.

A mis hermanos Ing. Samuel Ing. José y Arq. Javier Vera Garijo quienes han sido mi compañía al abrigo y calor de mi hogar dándome siempre fuerzas para continuar hacia adelante.

A mi novia Ing. Karina Vásquez Cevallos quien desde que llego a mi vida su amor y su apoyo han logrado que yo me destaque en todas las esferas de la vida.

A todos los Profesionales del Distrito 09D07 Pascuales-1-Salud quienes a diario me incentivan y me fortalecen el espíritu para continuar avanzando en el camino.

A mi Amiga y Colega Mc.S Narcisa Garzón Lasso quien me incentivo y me apoyo incondicionalmente para la culminación de mi Proyecto.

AGRADECIMIENTO

A Dios:

Por su guía, su sabiduría y la fortaleza de realizar esta Tesis.

A mi Tutora:

Mgs. Narcisa K. Garzón Lasso por su amistad leal e incondicional, apoyo sincero y por su aplicación de conocimientos científicos para dar cumplimiento a la realización de la Propuesta.

A mis Maestros:

Por el tiempo dedicado a enseñarnos y prepararnos en esta Maestría para conocer de que manera los determinantes de la Salud Pública en nuestra Sociedad.

A mi Distrito 09D07 Pascuales-1-Salud:

Por permitirme ser parte de su equipo y en conjunto velar por la Salud de nuestros Ecuatorianos trabajando en la comunidad y en los territorios brindando una atención con calidad y calidez.

A la comunidad:

Por dejarme realizar esta investigación en un territorio comunitario donde se cumplen mis expectativas y la aplicación de los conocimientos adquiridos.

ÍNDICE GENERAL

Contenidos	Pág.
Caratula	
Contracaratula	
Aprobación del tribunal	II
Certificado del tutor	III
Certificado del Gramátologo	IV
Dedicatoria	V
Agradecimiento	VI
Índice General	VII
Índice de cuadros	IX
Índice de Gráficos	X
Repositorio	XI
Resumen	XIII
Abstract	XIV
Introducción	1
1. El Problema	3
1.1 planteamiento del problema	3
1.2 Formulación del problema	5
1.3 Delimitación del problema	5
1.4 Preguntas de investigación	6
1.5 Objetivos	7
1.5.1 Objetivo general	7
1.5.2 Objetivos específicos	7
1.6 Justificación	8
1.7 Viabilidad	10
2. Marco Teórico	11
2.1 Antecedentes	11
2.2 Fundamentos Teóricos	17
2.2.1 Importancia de la atención primaria en salud	17
2.2.2 Promoción de la medicina familiar y comunitaria	21

2.2.3	Parámetros del proceso docente	23
2.2.3.1	Área de atención directa o asistencia	23
2.2.3. 2	Área de promoción social	24
2.2.3.3	Área de administración de ser, de salud	25
2.2.4	objetivos curriculares del programa	25
2.2.5	Área personal social	26
2.4	Fundamentación conceptual	27
2.3	Fundamentación legal	31
2.5	Hipótesis	34
2.6	Variables de Investigación	34
3.	Diseño metodológico	36
3.1	Lugar de la Investigación	36
3.2	Periodo de Investigación	36
3.3	Periodo de Investigación	36
3.4	Universo	36
3.5	Métodos	37
3.6	Tipo de Investigación	37
3.7	Técnica de Investigación	37
3.8	Diseño de investigación	37
3.9	Resultados y análisis	38
3.10	Discusión de resultados	47
4.	Propuesta	50
5.	Conclusiones	68
6.	Recomendaciones	68
	Bibliografía	70
	Anexos	77

INDICE DE CUADROS

Contenidos	Pág.
Tabla #1	39
Si pudiera cuantificar el respeto y la cortesía del médico que los atendió que rango le pondría?: (70 – 100%): (50 – 70%): (20 – 50%): (0 – 20%).	
Tabla #2	40
Cómo define su compromiso de los médicos, elija una de las alternativas? ¿Cumple a cabalidad, responsabilidad y existe una relación de pertenencia con las instituciones. ¿Cumple con sus obligaciones pero no se involucra a cabalidad? ¿Trabaja por cumplir sin esforzarse en lo que hace?	
Tabla#3	41
¿El trabajo en equipo se está llevando en la comunidad de la Parroquia Pascuales?	
Tabla 4	42
¿Es considerada o reconocida la calidad calidez además de la y precisión del trabajo en equipo y elogiada por usted ante los Médicos que participan en el programa salud familiar y comunitaria?	
Tabla#5	43
¿Es considerada o reconocida la calidad calidez además de la y precisión del trabajo en equipo y elogiada por usted ante los Médicos que participan en el programa salud familiar y comunitaria?	

Tabla#6 44
¿Cuál es su percepción sobre el sentir del personal médico y paramédico en los diferentes cargos del POSTGRADO en medicina familiar y comunitaria?

Tabla#7 45
¿Dentro del área que Ud. dirige cree que la comunicación se da de forma acertada, oportuna, permanente y planificada?

Tabla#8 46
¿Dispone usted los medios para cuantificar las estrategias de recursos humanos y las mejoras en la comunicación de sus pacientes? ¿Los aplica?

INDICE DE GRAFICOS

Contenidos

Pág.

Grafico #1 39

Si pudiera cuantificar el respeto y la cortesía del médico que los atendió que rango le pondría?: (70 – 100%): (50 – 70%): (20 – 50%): (0 – 20%).

Grafico #2 40

Cómo define su compromiso de los médicos, elija una de las alternativas? ¿Cumple a cabalidad, responsabilidad y existe una relación de pertenencia con las instituciones. ¿Cumple con sus obligaciones pero no se involucra a cabalidad? ¿Trabaja por cumplir sin esforzarse en lo que hace?

Grafico #3 41

¿El trabajo en equipo se está llevando en la comunidad de la Parroquia Pascuales?

Grafico # 4 42

¿Es considerada o reconocida la calidad calidez además de la y precisión del trabajo en equipo y elogiada por usted ante los Médicos que participan en el programa salud familiar y comunitaria?

Grafico #5 43

¿Es considerada o reconocida la calidad calidez además de la y precisión del trabajo en equipo y elogiada por usted ante los Médicos que participan en el programa salud familiar y comunitaria?

Grafico #6

44

¿Cuál es su percepción sobre el sentir del personal médico y paramédico en los diferentes cargos del POSTGRADO en medicina familiar y comunitaria?

Grafico #7

45

¿Dentro del área que Ud. dirige cree que la comunicación se da de forma acertada, oportuna, permanente y planificada?

Grafico #3

46

¿Dispone usted los medios para cuantificar las estrategias de recursos humanos y las mejoras en la comunicación de sus pacientes? ¿Los aplica?



Presidencia
de la
República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia y Tecnología



SENESCYT
SECRETARÍA NACIONAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR,
CIENCIA, TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN

REPOSITARIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS

“EVALUACIÓN DEL IMPACTO Y DESARROLLO DEL POSTGRADO EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. PARROQUIA PASCUALES. PERIODO ENERO A DICIEMBRE DEL 2014.”

AUTOR:

MD. EDWIN VERA GARLJO,
Msc

REVISORES:

MÉDICO. NARCISA GARZÓN LASSO
Msc.
TUTORA

INSTITUCIÓN: Universidad de
Guayaquil
Escuela de Postgrado
“Dr. José Apolo Pineda”

FACULTAD:
Piloto de Odontología

CARRERA: MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

FECHA DE PUBLICACIÓN:

No. DE PÁGS:

ÁREAS TEMÁTICAS:ÁREA DE LA SALUD

PALABRAS CLAVE: Calidad de atención-satisfacción del usuario- relación médico-paciente.

RESUMEN:

Esta investigación establece el impacto y el desarrollo cognitivo, físico, en Medicina en el Bienestar Familiar, una expresión del fortalecimiento y desarrollo que transita en la Parroquia Pascuales que, no obstante, no deja de estar cargado de dificultades. Muchas son las confluencias que ubican a la medicina familiar y comunitaria de la Parroquia Pascuales. La actuación sobre la población es longitudinal e incluye tanto la atención en la consulta como en el domicilio o dentro de los diferentes recursos sociales. El objetivo de la presente investigación es realizar una evaluación del impacto y desarrollo del postgrado en medicina familiar y comunitaria, en la Parroquia Pascuales en el período de Enero – Diciembre 2014, con vista a la realización de una propuesta para la implementación de atención a la solución de la problemática; origen del estudio y sus determinantes, que permita ver el desarrollo en medicina familiar y comunitaria en la Parroquia Pascuales. La investigación se realizará determinando el número de pacientes que participan en la consulta médica en el Centro de Salud del Ministerio de Salud Pública de la Parroquia Pascuales donde se efectuará el estudio, y se

aplicará una encuesta a los usuarios al término de la consulta durante un año de aplicación. La misma se llevará a cabo mediante el auto-llenado en forma anónima de un formulario diseñado a tales fines. La investigación se ubica en los niveles explicativo y descriptivo; se encarga mediante el establecimiento de relaciones causa y efecto, y evaluar el impacto y desarrollo del postgrado en medicina familiar y comunitaria aplicando entrevistas a familiares para el análisis cualitativo como parte del proceso evaluativo, siendo esto un estudio prospectivo, documental y de campo. El estudio permitirá la elaboración de una propuesta que contribuya a la búsqueda de solución de la problemática detectada en la Parroquia Pascuales.

No. DE REGISTRO (en base de datos):	No. DE CLASIFICACIÓN:	
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 081904382	E-mail: edwinvg80@hotmail.com
INSTITUCIÓN: Universidad de Guayaquil	Nombre: <i>*(SE DEJA EN BLANCO)</i>	
	Teléfono: 0991577046	

Quito: Av. Whymper E7-37 y Alpallana, edificio Delfos, teléfonos (593-2) 2505660/1; y en la Av. 9 de octubre 624 y Carrión, edificio Promete, teléfonos 569898/9. **Fax: (593 2) 250905**

RESUMEN

Esta investigación establece el impacto y el desarrollo cognitivo, físico, en Medicina en el Bienestar Familiar, una expresión del fortalecimiento y desarrollo que transita en la Parroquia Pascuales que, no obstante, no deja de estar cargado de dificultades. Muchas son las confluencias que ubican a la medicina familiar y comunitaria de la Parroquia Pascuales. La actuación sobre la población es longitudinal e incluye tanto la atención en la consulta como en el domicilio o dentro de los diferentes recursos sociales. El objetivo de la presente investigación es realizar una evaluación del impacto y desarrollo del postgrado en medicina familiar y comunitaria, en la Parroquia Pascuales en el período de Enero – Diciembre 2014, con vista a la realización de una propuesta para la implementación de atención a la solución de la problemática; origen del estudio y sus determinantes, que permita ver el desarrollo en medicina familiar y comunitaria en la Parroquia Pascuales. La investigación se realizará determinando el número de pacientes que participan en la consulta médica en el Centro de Salud del Ministerio de Salud Pública de la parroquia Pascuales donde se efectuará el estudio, y se aplicará una encuesta a los usuarios al término de la consulta durante un año de aplicación. La misma se llevará a cabo mediante el auto-llenado en forma anónima de un formulario diseñado a tales fines. La investigación se ubica en los niveles explicativo y descriptivo; se encarga mediante el establecimiento de relaciones causa y efecto, y evaluar el impacto y desarrollo del postgrado en medicina familiar y comunitaria aplicando entrevistas a familiares para el análisis cualitativo como parte del proceso evaluativo, siendo esto un estudio prospectivo, documental y de campo. El estudio permitirá la elaboración de una propuesta que contribuya a la búsqueda de solución de la problemática detectada en la Parroquia Pascuales.

PALABRAS CLAVES: Calidad de atención-satisfacción del usuario- relación médico-paciente.

ABSTRACT

This research provides the impact and cognitive, physical, Medicine in Family Welfare, an expression of the strengthening and development that moves in the Paschal parish, however, it continues to be fraught with difficulties. There are many confluences that put family and community medicine at the Paschal parish. Acting on the population is longitudinal and includes much attention in the consultation and in the home or within different social resources. The aim of the research is to present impact assessment and development of postgraduate family medicine in the Paschal parish in the period January to December 2014, with a view to making a proposal for the implementation of attention to the solution of the problem; origin of the study and its determinants, that allows to see the development in family and community medicine at the Paschal parish. The research was done by determining the number of patients involved in medical consultation in the Health Center of the Ministry of Public Health of the Paschal parish where the study was performed, and a survey of users apply at the end of the consultation for a application year. The same will be done through self-filling anonymously on a form designed for that purpose. The investigation is located in the explanatory and descriptive levels; is responsible by establishing cause and effect relationships and assess the impact and development of postgraduate family medicine interviews with relatives applying for qualitative analysis as part of the evaluation process, this

being a prospective, documentary and field study. The study will allow the development of a proposal to contribute to finding solution to the problems detected in the Paschal parish.

KEYWORDS: Quality of care-user-satisfaction physician-patient relationship.

INTRODUCCIÓN

Desde hace algo más de 2 décadas, la formación de médicos en el mundo comenzó a orientarse con fuerza hacia el fomento de la medicina familiar. Las motivaciones e intereses, así como el nivel de desarrollo alcanzado en las diferentes regiones y países son variados, aunque se han identificado algunos problemas generales que dificultan ese desarrollo.

En Cuba, cuyo programa integral de formación de médicos de la familia tiene resultados ostensibles, algunos de esos problemas están presentes, y afectan la orientación profesional de los educandos; la mayoría son de carácter subjetivo, solucionables mediante el perfeccionamiento del proceso docente-educativo en un contexto de integración docente-asistencial favorable, con independencia de la posible existencia de otros factores o variables influyentes.

El adecuado ejercicio de la profesión, el trabajo pedagógico dirigido a garantizar la correspondencia entre las actividades de educación en el trabajo y los objetivos del modelo profesional contenido en el plan de estudio, así como la superación profesoral orientada a lograr una mejor comprensión de la medicina familiar, son parte esencial de ese perfeccionamiento del proceso docente-educativo dirigido a mejorar la orientación profesional de los educandos.

Evaluar el impacto y desarrollo del postgrado en Medicina Familiar y comunitaria, viene siendo de constante interés en muchos países en las últimas décadas, y ahora en Ecuador de vital transcendencia sobre todo después del desarrollo de las técnicas que para su control se perfeccionaron en otras ramas de la medicina. La evaluación del impacto y el desarrollo de los

factores críticos determinantes de la satisfacción de la comunidad son retos de las políticas de orientación hacia los servicios de atención de salud. Los problemas inherentes a la identificación de los atributos del desarrollo y la valoración de los servicios desde la perspectiva de la comunidad se han convertido en un tema de interés para los profesionales, los gestores, los políticos y también para los investigadores.

La complejidad de medir el impacto es evidente si tenemos en cuenta su intangibilidad, heterogeneidad, tradicionalmente los estudios para evaluar el impacto de un paciente en el postgrado de medicina familiar y comunitaria se han llevado a cabo a partir del análisis del grado de satisfacción de la comunidad y de los estudiantes, evolucionando desde los cuestionarios más simples hasta estudios factoriales con una importante base estadística.

Una organización no sólo ha de tener en cuenta el grado en el que los intereses de la comunidad hayan sido resueltos si no también servir a los intereses de los profesionales. El objetivo del presente proyecto es Evaluar cómo es el impacto y el desarrollo del Postgrado en Medicina Familiar y Comunitaria en la Parroquia Pascuales de Guayaquil, Periodo Enero – diciembre 2014.

El objetivo de la presente investigación es Establecer el impacto y el desarrollo del Postgrado en Medicina Familiar y Comunitaria en la Parroquia Pascuales de Guayaquil, Periodo Enero – diciembre 2014.

1. EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Perfeccionamiento del proceso docente en medicina y su posible impacto en la orientación profesional.

1.2 DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA

El interés de diferentes universidades, se examinan periódicamente la calidad y pertinencia de los programas académicos y su eficiencia, entre otros elementos. Las evaluaciones a los profesores, los resultados docentes, los controles a las actividades, los criterios de los estudiantes y sus organizaciones, constituyen fuertes herramientas en esto. La evaluación está estrechamente vinculada a un nivel de calidad. Términos como evaluación y calidad son constantes al hablar de procesos educativos, perfeccionamiento de planes de estudio, procesos acreditativos y acreditación docente. Generalmente, en todas las instituciones universitarias se habla de evaluación no como una moda en la que hay que incorporarse sino como un instrumento necesario en el desarrollo de sus políticas universitarias. Existe en la actualidad un consenso general de evaluar y acreditar los centros universitarios y los programas de la educación superior que se aplican como una manera efectiva de evaluar su calidad.

Por tal motivo, aplicamos este instrumento para evaluar la estructura del programa de medicina familiar como un paso inicial en la evaluación de la calidad del proceso de formación de los residentes de Medicina Familiar. El instrumento seleccionado

permite analizar si la estructura del programa cumple los requisitos mínimos de calidad dado por la concepción pedagógica que se asume, los elementos organizativos del proceso de formación y la pertinencia del mismo.

En América Latina, México fue el primer país que inició el programa de residencia de Medicina Familiar, el 1 de marzo de 1971 en la clínica 25 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en la ciudad de México, Distrito Federal. La duración del curso era de dos años e iniciaron 32 alumnos. En 1974, se obtuvo el reconocimiento universitario por parte de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)

En 1975, se creó el departamento de Medicina Familiar en la Facultad de Medicina de la UNAM y en 1977, se creó uno similar en la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL). El IMSS y la UANL fueron los pioneros en América Latina. El primero como institución de servicio y la segunda como institución universitaria. En Michoacán, en 1981 se inició la primera generación de médicos familiares en el Hospital General Regional (HGR) con Medicina Familiar No. 1 de la ciudad de Morelia. Siendo el primer profesor Titular el Dr. Hiram Ballesteros Olivares, con 22 egresados.

En 1999, se inició el desprendimiento administrativo de la Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 80 del HGR y a partir de enero del 2000 quedó establecida, la Unidad de Medicina Familiar (U.M.F.) N° 80, como sede de la residencia de medicina familiar hasta la actualidad. En el presente ciclo 2005-2006 se cuenta con un total de 53 residentes, de ellos 22 en tercer año, de los cuales 10 se encuentran cursando el semestre de campo, 21 en segundo año y 10 en primer año.

Esta novedosa concepción del profesional en Medicina Familiar y Comunitaria permite un apoyo efectivo a otros especialistas, ya que resuelve problemas y actúa preventivamente sobre diversas patologías que actualmente saturan las consultas, lo que se traduce en una mejora de la relación interprofesional, en una mayor satisfacción del paciente dentro de un modelo de atención readecuado, en una respuesta oportuna y humanizada ante las necesidades del paciente y la población.

Es una especialidad que se plantea para satisfacer las necesidades de salud a nivel primario, sentidas tanto desde el nivel institucional, como en el personal, familiar y comunal. Dentro de un concepto “totalizador” incluye todos los aspectos que pueden afectar al ser humano: físico, mental, social y espiritual, lo que supone un concepto más “subjetivo” de la salud por parte del profesional en medicina, quien tiene que dar una respuesta sistémica a las necesidades del ser humano, en la búsqueda de su bienestar y por lo tanto de su calidad de vida.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cómo incide la evaluación del impacto y desarrollo del postgrado en medicina familiar y comunitaria en la parroquia Pascuales. Periodo enero a diciembre del 2014?

1.3 DELIMITACION DEL PROBLEMA

Tema: Evaluación del impacto y desarrollo del postgrado en medicina familiar y comunitaria en la parroquia Pascuales. Periodo enero a diciembre del 2014

Objeto de estudio: Evaluación del impacto y desarrollo del postgrado en medicina familiar y comunitaria

Campo de acción: Parroquia Pascuales. Periodo enero a diciembre del 2014

Área: Postgrado

Lugar: Parroquia Pascuales, Distrito 09D07 - Centro de Salud del Ministerio de Salud Pública

Periodo: Enero a diciembre del 2014

1.4 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

¿Qué importancia tiene la atención primaria de salud orientada a la comunidad de la Parroquia Pascuales?

¿Qué factores inciden en la familia en la determinación de la salud?

¿Qué importancia tiene la valoración epidemiológica en las actividades de atención primaria de la Parroquia Pascuales?

¿Cómo percibe la comunidad a la docencia asistencial del postgrado en medicina familiar y comunitaria de la parroquia Pascuales?

¿Qué aspectos de la atención médica se promociona en medicina familiar y comunitaria de la Parroquia Pascuales?

¿Cuáles son los parámetros del proceso docentes educativo que conllevan a la medicina familiar y comunitaria de la Parroquia Pascuales?

¿Cuál es la relevancia de la promoción de la salud basada en la evidencia científica en el desarrollo del postgrado en medicina familiar y comunitaria de la parroquia Pascuales en el periodo enero a diciembre del 2014?

¿Cuál es el impacto en el desarrollo de Postgrado en medicina familiar y comunitaria en la parroquia pascual?

1.5 OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

1.5.1 OBJETIVO GENERAL

Establecer el impacto y el desarrollo del Postgrado en Medicina Familiar y Comunitaria en la Parroquia Pascuales de Guayaquil, Periodo Enero – diciembre 2014.

1.5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar, los factores que inciden en la salud de las familias de la Parroquia Pascuales

Definir, cómo percibe la comunidad la docencia asistencial del postgrado en medicina familiar y comunitaria de la parroquia Pascuales

Relacionar, los parámetros del proceso docente educativo que conllevan a la atención primaria en Parroquia Pascuales en el periodo 2014

Describir, relevancia de la promoción de salud basada en la evidencia científica en el desarrollo del postgrado en medicina familiar y comunitaria de la parroquia Pascuales en el periodo enero a diciembre del 2014

Plantear, estrategia de la Atención Primaria de calidad y calidez en la promoción de la salud de las familias de la parroquia Pascuales.

1.6 JUSTIFICACIÓN

La prestación de los servicios de salud ha sido punto central de discusión en diferentes reuniones de expertos en los últimos veinte años, por el impacto que tiene en el desarrollo de un país. Se han planteado, como estrategias que permitan alcanzar el desarrollo económico y social, la intervención a nivel de la atención primaria y la participación de la comunidad en el proceso.

La atención primaria se define como “la atención médica esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente sólidas y socialmente aceptables, con una cobertura universal para individuos y familias en la comunidad, con una participación plena y a un costo que la comunidad y la nación puedan sostener” (Conferencia de Alma – Ata).

Las estadísticas han puesto en evidencia que la solución de muchos de los problemas de salud se logra en un nivel de atención primaria en Salud basados principalmente en la prevención de la enfermedad y en la promoción de la salud con costos más bajos y de una eficiencia mayor.

En nuestro País ha sido una preocupación constante el encontrar algunos problemas que presentan la atención primaria y en general su enfoque ha sido que la gente concientice que se debe prevenir desde los hogares lo anterior conlleva al personal de salud a que tenga un desconocimiento de la patología social de la población a la que presta sus servicios.

De tipo curativo y basado en la enfermedad, quedando de lado los aspectos preventivos y de promoción de la salud.

Episódico y fragmentado. El paciente es atendido únicamente cuando tiene un quebranto de su salud.

Despersonalizado. El paciente se conoce únicamente cuando solicita la atención médica.

Individual. El abordaje es solo para el individuo, sin tomar en cuenta su entorno familiar y comunitario, foco de origen de muchos de los problemas de salud.

La participación de la comunidad es un recurso valioso e indispensable para el desarrollo del proceso.

Los problemas radican en la falta de:

Motivación. Para despertar el interés y para comprender la importancia de la participación de la comunidad. Apertura de las instituciones de salud que permitan su participación efectiva.

Educación para la salud, a la vez para lograr una adecuada promoción y mantenimiento de la salud y una mejor utilización de los recursos disponibles.

Información oportuna y adecuada a las comunidades.

Propiciar la mejoría en la atención primaria tiene como propósito lograr la solución óptima a las necesidades de salud, para ofrecer servicios humanizados en el contexto biopsicosocial del individuo, inmerso en su familia y en su comunidad.

Esto descansa sobre los siguientes pilares:

Aprovechamiento de los recursos humanos existentes con una reorientación y definición de las funciones de todos y cada uno de los miembros de los grupos de salud actuales.

Renacimiento de una medicina generalista, capaz de resolver y no de transferir los problemas, basada en la familia y la comunidad, más humanizada, con un enfoque del individuo como una unidad biopsicosocial y con un abordaje integral de los aspectos curativos, preventivos y de promoción y mantenimiento de la salud.

1.7 VIABILIDAD

Acorde con los instrumentos que se aplicarán para el desarrollo del proceso investigativo estos no tienen dificultades para su confección y su valor es mínimo, por lo cual no existen dificultades en este sentido. Tanto desde el punto de vista material, humano e institucional, se cuenta con los diferentes elementos requeridos, pudiéndose ser utilizados cuando sean solicitados.

En cuanto a la obtención de la información para el resultado y la evaluación, de acuerdo a la técnica específica que se deriva de la naturaleza del proyecto, esta no confronta ninguna dificultad previéndose la utilización de encuestas y entrevistas para el desarrollo de la actividad partiendo de los objetivos que se tienen previstos en el estudio. Para esto se cuenta con apoyo logístico del Centro de Salud del Ministerio de Salud Pública de la Parroquia Pascuales, lo cual hace disminuir los costos y el resto de los gastos está previsto por la obtención de dinero por medio de ingresos propios.

Se cuenta con todo el apoyo institucional para la ejecución del proyecto previsto a implementar, no previéndose obstáculos para su instrumentación.

2. MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

La especialidad surge a partir de la necesidad de reformar el sistema sanitario público español (Sistema Nacional de Salud) a partir de las directrices de la Ley General de Sanidad (ley 14/1986 del 25 de abril, publicada en el BOE nº 102 del 29 de abril) con la intención de potenciar de manera clara el primer nivel de atención de los pacientes en contacto con el sistema sanitario. Se necesita un profesional adecuado a las nuevas necesidades, con capacidad real de resolución de problemas de salud a la cabecera del paciente, lo que además supone mejorar la eficiencia del sistema sanitario, al resolver prácticamente el 90% de los problemas de salud en este nivel, derivando a otros niveles del sistema los problemas que por su complejidad o requerimientos tecnológicos necesiten otros recursos.

Los médicos de atención primaria trabajan con una visión del enfermo holística, integral y biopsicosocial. La atención se basa en el paciente y no en la enfermedad, en la familia o el entorno más inmediato del paciente como condicionante del estado de salud, y se introduce una visión comunitaria de la medicina, con la que a partir de un análisis de la comunidad, la cual puede actuar como fuente de enfermedad o como medio terapéutico, desde donde se puede actuar con medidas preventivas y de promoción de la salud. La actuación sobre la población es longitudinal (a lo largo de la vida del paciente) e incluye tanto la atención en la consulta como en el domicilio o dentro de los diferentes recursos sociales (escuelas, residencias de ancianos, etc.)

Para poder conseguir este perfil de profesional, el ámbito de conocimientos de la medicina de familia es muy amplio e incluye prácticamente todas las áreas médicas y quirúrgicas, de psiquiatría y de gestión sanitaria, siendo la capacidad de intervención sobre los problemas de salud, sólo limitada por los propios conocimientos y aptitudes del profesional y por las limitaciones estructurales y de medios técnicos de que se disponga.

El acceso a la formación en medicina de familia y comunitaria, es actualmente (2012) en el postgrado, a partir del programa MIR (Médico Interno Residente) que tiene una duración de cuatro años. La medicina de familia y comunitaria se está abriendo camino hacia la universidad, para poder constituir un área de conocimientos propia en el currículo de la licenciatura de medicina.

Los principios básicos de la especialidad han sido claramente señalados por muchos autores, entre los cuales se cuenta a Ian McWhinney. Aunque otros médicos han ayudado a consolidar un cuerpo de conocimientos, un marco epistemológico propio que le permite obtener identidad y poder ser reconocida como una verdadera especialidad médica. El propio nombre de la especialidad es motivo de controversias, aún cuando tengan programas de formación semejante, no necesariamente igual. Los General Practitioners de Suecia o de Reino Unido son ejemplo de ello, o la Medicina General Integral (3 años de estudio) que implementa el modelo de salud cubano y venezolano en el primer nivel de atención. En Venezuela es un postgrado universitario que tiene una duración de tres años, avalado por el "Instituto de Altos Estudios en Salud Pública Dr. Arnoldo Gabaldón" del Ministerio del Poder Popular para la Salud.

Los profundos cambios ocurridos en la medicina durante los últimos tiempos, solo pueden comprenderse a fondo si se consideran desde una perspectiva histórica. No existe nada nuevo en esos cambios; la medicina ha estado cambiando constantemente desde sus comienzos. Solo el ritmo es diferente. La medicina familiar procede de una rama más antigua de la medicina: la medicina General, la historia de la medicina familiares la de la medicina familiar. Técnicos y ciudadanos estadounidenses. Confirmando la fragmentación de la atención de la salud.

Estableció: es el momento para una revolución, no para poner algunos remedios. Comisión Millis 1966• Presidida por William R. Wilard. Aboga por la formación de un nuevo tipo de especialista el médico de familia. Ad Hoc Committee on Education for Family of the American Medical Association Council on Medical Education

1954: Fundación del colegio de Médicos de Medicina Familiar de Canadá 1966• Se establecen los programas educativos 1969• Se establece a la Medicina Familiar como la vigésima especialidad médica en EEUU y se crean los programas educativos de posgrado. La UNAM inicia el diseño de un plan alternativo de pregrado; Programa de Medicina General Integral 1970• La UNAM establece el Departamento de Medicina General Familiar Comunitaria, primero en Latinoamérica 1975.

1970: Conferencia Mundial de médicos generales WONCA: (Organización Mundial de Colegios, Academias y Asociaciones Nacionales de Médicos Generales y Médicos Familiares). 1972 se lleva a cabo la 1ª conferencia mundial del WONCA en Melbourne.

1981: Centro Internacional para Medicina Familiar (CIMF) 1981 Existían 21 programas de Medicina Familiar de 3 años 1991 200 programas, Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Rep. Dominicana, Ecuador, Paraguay y Uruguay.

1991: Declaración WONCA. —El papel del médico general/de familia en los sistemas de atención de salud. La Atención Primaria de Salud de alta calidad depende de la disponibilidad de médicos generales/de familia bien entrenados, trabajando como miembros de equipos de salud en la comunidad.

La medicina General/Familiar necesita ser firmemente establecida como la disciplina central de la medicina, alrededor de la cual se ordenan las disciplinas médicas y de las profesiones aliadas de la salud, para formar un equipo cooperativo en beneficio del individuo, la familia y la comunidad.

El advenimiento de la Medicina Familiar (MF) en México ocurrió como consecuencia del proceso de desarrollo industrial del país y por influencia de otros países, particularmente los Estados Unidos de Norteamérica (EEUU), Canadá y el Reino Unido. IMSS. La atención de la medicina General se encontraba en etapa de pobre organización. Poco conocimiento de los problemas de pacientes, abuso de visita domiciliaria.

- Grupo de médicos generales de la caja Regional de Monterrey – no Laredo Tamaulipas elaboran un procedimiento de trabajo para el IMSS 1953
- Seminario de seguridad social en Panamá, —El médico de Familia 1954

- Se da la aprobación para experimentar en forma más amplia el sistema médico familiar en 2 clínicas del D.F. 1955
- Se reorganiza el sistema de atención médica y llamándosele —Sistema Médico Familiar 1959.

15 de marzo de 1971 se iniciara el curso de especialización en Medicina Familiar. El IMSS tomó la decisión política de implantar el curso, el cual estaría acorde con las modificaciones

hechas a su sistema de atención médica con la intención de promover la salud de manera integral. Lo inició con un total de 32 alumnos que no fueron promovidos para realizar el internado rotatorio de postgrado.

Promover integralmente la salud de la población, comprender y atender al ser humano como organismo íntegro, como individuo sensible y reactivo, como miembro básico del universo, establecer contacto íntimo con la población bajo su responsabilidad. Acciones todas estas en las que—auxiliado por personal no médico—procure conseguir y mantener el más alto grado de salud colectiva.

En 1974 la UNAM da el aval académico a la especialidad, fundándose el primer Departamento de Medicina Familiar de Latinoamérica, en la propia UNAM. En 1980, se abre la especialización en otras instituciones de salud: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) Secretaría de Salud (SS), con programas muy parecidos a los del IMSS-UNAM. CSA PORTALES. H. MANUEL GEA GONZALEZ.

En 1988, con el aval de la Academia Nacional de Medicina de México, se crea el Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar, 1990 1ª taller Institucional para la Revisión de Normas mínimas en Medicina Familiar en La Raza. 1994 se crea el Colegio Mexicano de Medicina Familiar. 2002 Apertura de la Academia Nacional el primer sitio para medicina familiar, ocupado por Arnulfo Irigoyen.

Es la única especialidad médica que no ha surgido del progreso de las ciencias médicas y tecnológicas, Precisión de atender imperiosas necesidades sociales. Origen social; principio rector y naturaleza misma y objetivos de todas sus actividades. Humanización de la medicina. Combinación de tradición

humanista del antiguo médico con desarrollo tecnológico del siglo XIX.

“Nuestro reto como médicos de familia es lograr una armoniosa combinación de estos elementos y ser protagonistas de una etapa nueva en la historia de la asistencia del enfermo”

-Medicina asistencial (binomio: médico-enfermo)

-Medicina sanitaria (trinomio: enfermo-médico-estado)

-Medicina comunitaria (tetranomio: enfermo-médico-estado-comunidad)".

Las comunitarias que se encuentran en cada comunidad, éstas giran alrededor de un eje central que es el Hospital de cabecera del distrito.

Estas se crearon con la finalidad de despoblar de consultas al hospital central, el cual se convirtió en el centro de cosas más complejas de derivaciones de estas clínicas o unidades de atención primaria de la salud.

En ellas se vacuna, se dan consultas ginecológicas, atención de emergencias derivables, educación a la comunidad, libretas sanitarias para comerciantes que estarán en contacto con público, etc.

2.2 FUNDAMENTOS TEORICOS

2.2.1 IMPORTANCIA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

La medicina de familia o medicina familiar es la disciplina médica que se encarga de mantener la salud en todos los aspectos, analizando y estudiando el cuerpo humano en forma global (teoría holística de la práctica médica).

En cada país es distinta su denominación oficial: habitualmente se usan las expresiones: general, familiar, de familia o comunitaria, incluso con combinaciones entre ellas.

El médico de familia realiza un tipo de ejercicio profesional de la medicina con un cuerpo doctrinal claro, y delimitado por un conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes. Si bien los médicos de familia por su formación pueden desempeñar su trabajo en diversos campos laborales (servicios de urgencias y emergencias, unidades técnicas, etcétera) su ámbito natural de actuación es la atención primaria.

Es una especialidad horizontal en amplitud de predominio clínico que comparte el conocimiento y destrezas de otras especialidades e integra las ciencias biomédicas, conductuales y sociales (BioPsicoSocial o Integral), capaz de resolver el 90 – 95% de los problemas de salud, proporcionando Cuidados Continuos e Integrales del individuo, su familia y su comunidad que incorpora todas las edades, sexo, sistemas o enfermedades (Amplio Campo de Acciones), con particular énfasis en la Medicina Humanística, la Relación Médico – Paciente - Familia, los Aspectos educativos, Preventivos clínicos, la Medicina Integrada, y la Medicina Coste – Efectiva.

Es el médico del primer contacto, con excelencia clínica y destreza para procedimientos manuales o de consultorio (cirugía menor o procedimientos invasivos), experto en la consulta externa, con atención continua, intradomiciliaria, comunitaria, hogar del adulto mayor, hospitalaria y de urgencias, además de los grupos poblacionales, con y sin factores de riesgo, con un amplio campo de acción (sin distinción de edades, sexos, sistemas orgánicos y enfermedades), capaz de ir del individuo, a la familia y la comunidad, integrador de las ciencias biológicas, de la conducta y sociales (Medicina Integral), además de los aspectos educativos, preventivos, curativos y de rehabilitación (Medicina Integrada), intercesor y abogado del paciente (Gerente de los recursos de salud), con amplio liderazgo, conocedor de la realidad nacional, del impacto de sus acciones y de sus limitaciones, interesado en comprender el contexto de los problemas y en buscar soluciones plausibles y costo-efectivas (Medicina Costo – Efectiva), capaz de resolver el 95% de los problemas (desde signos y síntomas aislados hasta las complejidades derivadas de múltiples padecimientos), experto en la relación médico-paciente-familia-comunidad, comprometido con la persona (comprende sus dolencias, emociones, esperanzas) Medicina Humanística con un alto nivel profesional, técnico, investigativo y académico permanentemente actualizado.

La atención primaria de salud (APS) y la medicina familiar son ámbitos estrechamente relacionados y la APS es el terreno de actuación fundamental del médico de familia, mientras que la medicina familiar es la herramienta clave para el desarrollo pleno de la APS. Es decir, la APS es la estrategia y la medicina familiar, la disciplina para realizarla.

Consultas sobre los problemas de salud más prevalentes en la comunidad, de tipo:

Enfermedad aguda

Enfermedad crónica

Actividades preventivas

Maneja muchas consultas por trastornos indiferenciados, además de combinaciones complejas de trastornos somáticos, sociales y emotivos, y muchos padecimientos en forma prodrómica con una relación de continuidad que trasciende lo episódico. El 70% de los problemas de salud que maneja el Médico Familiar se hallan dentro de unos 30 diagnósticos.

Un médico de familia bien entrenado puede responder perfectamente hasta un 80-90% de las consultas. Quienes consultan en general tienen cuadros clínicos indiferenciados hasta en un 60% de los casos. La razón por la cual se ve este tipo de cuadros clínicos radica en el hecho que dado que al ser el primer contacto con el sistema de salud, los problemas se ven en estadios incipientes, con formas clínicas diferentes a la que los libros de medicina refieren, ya que los mismos han sido escritos en general por médicos del ámbito hospitalario.

La atención familiar y comunitaria es la que presta el conjunto de servicios y profesionales que, desde una situación de proximidad a la población, enfocan sus actuaciones bajo una triple perspectiva: personal, familiar y colectiva, con una orientación estratégica hacia la mejora de la salud a través del abordaje de los problemas y necesidades existentes. La atención familiar y comunitaria se desarrolla esencialmente en el marco de la APS y constituye su elemento nuclear de intervención. De la misma forma que para la APS no existen respuestas de validez universal, para la atención familiar y comunitaria es también esencial la necesidad de adaptación estratégica y operativa a la gran diversidad y complejidad de los contextos, modelos familiares y de cultura y organización colectiva, guiados siempre por valores de defensa de la dignidad humana, equidad, solidaridad y ética profesional.

Las personas viven y se desarrollan en colectividad, y es en este contexto en el que adquieren y comparten valores y objetivos. La

estructuración social en núcleos familiares o de convivencia habitual, y la de éstos en comunidades más o menos amplias, son elementos que no pueden quedar al margen de la estrategia e implementación de la atención de salud. La asistencia personal individual debe estar necesariamente integrada con el enfoque familiar y comunitario y esta perspectiva global ha de fundamentarse en la participación y corresponsabilizarían de todos los actores implicados en el abordaje de los determinantes de salud a través de las acciones y programas de promoción, prevención, asistencia y cuidados que constituyen la atención familiar y comunitaria.

Las actuaciones de los profesionales de atención familiar comunitaria en el marco de la APS, principalmente de los médicos y enfermeras (que tienen población adscrita), implican asumir una relación personal asistencial basada en la longitudinalidad y continuidad de los cuidados.

Ya hemos señalado antes las características esenciales de la APS, pero es importante volver sobre estos dos conceptos, estrechamente relacionados pero diferentes: la longitudinalidad traduce el mantenimiento a lo largo del tiempo de una vinculación profesional con la persona basada en la confianza mutua, el respeto la corresponsabilidad y no está necesariamente relacionada con un problema o diagnóstico.

La continuidad hace referencia a la conexión entre las distintas actuaciones asistenciales relativas a un problema de salud, actuaciones que pueden ser realizadas por distintos profesionales y en diferentes ámbitos del sistema sanitario. Los profesionales de atención familiar y comunitaria deben poder garantizar la longitudinalidad de la relación con sus pacientes y, al mismo tiempo, contribuir de forma decisiva a la mejor coordinación de las actuaciones asistenciales, base de la continuidad. Unos procesos de atención que desarrollen en grado óptimo la

longitudinalitas y la continuidad contribuirán de forma decisiva a mejorar la efectividad la eficiencia del conjunto del sistema sanitario. Los profesionales de referencia que prestan atención familiar y comunitaria han de actuar como verdaderos gestores de los procesos de interacción de sus pacientes adscritos con los distintos ámbitos del sistema de salud.

Mantener la longitudinalitas de la relación implica el desarrollo de esta perspectiva de gestión y participar de forma activa en la toma de decisiones sobre las intervenciones programadas. Esta actividad de gestión se debe contemplar tanto desde una perspectiva individual como familiar y de la comunidad, ya que las decisiones asistenciales pueden variar de forma significativa en función de las características y necesidades concretas del medio familiar y social.

2.2.2 PROMOCIÓN DE LA MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Alcanzar el pleno desarrollo de una verdadera y completa estrategia de atención familiar y comunitaria no es tarea fácil.

Al igual que los estudios clínicos y la mayoría de la bibliografía que procede de niveles de gravedad clínica mayor. Lo que no necesariamente implica mayor complejidad. Ya que la complejidad subyace justamente en la pericia de poder trabajar en un campo de incertidumbres, donde los paradigmas reduccionistas no son válidos, el azar se hace más presente, y la complejidad de la relación persona-familia-sociedad se hace aún más perceptible. Generalmente realiza referencias del tipo colateral o de intervalos según Ian McWhinney, en el cual el paciente es enviado para un problema específico que amerite el seguimiento, pero se mantiene la responsabilidad, por lo que realiza interconsultas en vez de referencias, evitando así la “galaxia de especialistas” en el manejo según Michael Balint.

Sabr  como, cuándo y a quién enviarlo al requerir otro especialista. Con esta visión el especialista ocupa el lugar que le corresponde: un consultor dispuesto como asesor en casos difíciles o casos que requieren cuidados con aparatología especial o de tercer nivel. En esta forma el experto se jerarquiza más y trabaja con pacientes episódicamente, pero con quienes realmente los necesitan. El perfil académico profesional del especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, propuesto por el Ministerio de Salud, que demanda un especialista con formación científica, técnica, humanitaria y  tica, capaz de realizar acciones preventivas, promocionales de la salud, de recuperación de la salud, de rehabilitación y de ejercer la administración de servicios de salud en el nivel básico de atención.

Así mismo, el perfil se enmarca en los Lineamientos de política sectorial para el periodo 2002-2012. En tal sentido, entiéndase la medicina familiar y comunitaria como el modelo de atención centrado en la satisfacción de las necesidades de salud de las personas (percibidas o no por la población), las familias y la comunidad, basado en los principios de universalidad en el acceso, la equidad, la integralidad de la atención, la continuidad de los servicios, la calidad de la atención, la eficiencia, el respeto a los derechos de las personas, la promoción de la ciudadanía y la satisfacción de los usuarios.

En este marco se inscribe la promoción de la salud como un proceso a través de diversas estrategias que permite que los individuos, las familias y la comunidad en general adquieran una mayor intervención sobre las decisiones y acciones que afectan su salud. En este contexto, el nuevo modelo de salud comunitaria pone especial énfasis en las acciones de promoción que apunten al crecimiento del bienestar integral, personal y colectivo (físico,

emocional y socioeconómico), en el proceso de descentralización del país.

El especialista en Medicina Familiar Comunitaria al culminar su formación debe haber logrado las siguientes competencias esenciales e indispensables:

2.2.3 PARÁMETROS DEL PROCESO DOCENTE EDUCATIVO QUE CONLLEVAN A LA MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

2.2.3.1 ÁREA ATENCIÓN DIRECTA O ASISTENCIAL

Demuestra conocimiento en todas las áreas de la especialidad y de la realidad sanitaria del país.

Desarrolla actividades de promoción y protección de la salud; de prevención de las enfermedades de mayor prevalencia en las diferentes regiones del país, en el contexto bio-psico-social.

Promueve la nutrición adecuada en la población, priorizando a los niños, madres gestantes y adultos mayores para prevenir riesgos y daños nutricionales; así mismo efectúa el tratamiento de pacientes con desnutrición.

Proporciona atención eficiente y eficaz en el nivel de atención que le corresponde.

Diagnostica y trata al paciente y su familia con enfermedades agudas o crónicas, de mayor prevalencia en las diferentes etapas de ciclo de vida de la persona en el ámbito de la atención primaria.

Atiende emergencias médico quirúrgicas del nivel de atención primaria y de los siguientes niveles en los casos en que no existe el especialista correspondiente y no sea posible la referencia oportuna.

Deriva oportunamente a los pacientes de emergencia y crónicos que así lo requieran, a la especialidad pertinente en condiciones adecuadas de traslado, utilizando los mecanismos de referencia y contra referencia. Interviene en la solución de situaciones de emergencias y desastres en coordinación con el Comité Local de Defensa Civil.

2.2.3.2 ÁREA DE PROYECCIÓN SOCIAL

Desarrolla acciones intersectoriales e interinstitucionales para el control de riesgos de la salud, promoviendo ambientes y prácticas saludables.

Incentiva la disminución de los riesgos y daños de las personas coordinando acciones con la comunidad organizada e instituciones.

Difunde las normas y disposiciones legales en el ámbito de la salud y propende a su aplicación.

Área docente:

Promueve, dirige e interviene en actividades de docencia, capacitación, educación continua y en eventos científicos de salud en medicina familiar y medicina comunitaria.

Realiza actividades de educación para la salud a las comunidades organizadas en lo referente a estilos de vida saludable.

Área de investigación:

Investiga acerca de los problemas de salud y enfermedad de la comunidad y los factores que los condicionan, a fin de actuar sobre ellos.

Promueve la investigación local para la incorporación científica y racional de los recursos terapéuticos alternativos de la medicina tradicional.

Elabora el cuadro de las necesidades de salud de la comunidad para coordinar acciones con las autoridades de salud.

Contribuye en el levantamiento de la información nacional al elevar a instancias superiores los hallazgos de salud local.

2.2.3.3 ÁREA DE ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Efectúa diagnósticos situacionales y formula planes, acciones, proyectos y programas aplicables a la realidad sanitaria local.

Administra servicios de salud básicos, organizándolos estructural y funcionalmente con instrumentos de gestión.

Coordina, supervisa, evalúa y controla los establecimientos de salud que administra.

Administra el potencial humano y los recursos materiales y financieros, sobre la base de las necesidades locales y dentro del marco legal correspondiente.

Asesora a las organizaciones de la comunidad en proyectos de desarrollo en salud.

Concerta y negocia con la comunidad y sus representantes para realizar trabajos conjuntos en el campo de la salud.

Cumple la legislación vigente relacionada al sector salud y a la administración pública y privada.

Aporta en el desarrollo del sistema de servicios y las políticas de salud.

2.2.4 OBJETIVOS CURRICULARES DEL PROGRAMA DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

El Programa debe tener objetivos curriculares acordes con las competencias esperadas en los especialistas, quienes al culminar su formación deberán haber logrado:

- Realizar una correcta historia clínica con anamnesis detallada y exploración física completa dirigida al cuadro clínico que presente el paciente.
- Realizar el diagnóstico del daño con un criterio biopsicosocial.
- Interpretar los exámenes de diagnóstico auxiliar básicos.
- Indicar las medidas higiénicas - dietéticas oportunas.
- Prescribir las medidas farmacológicas oportunas.
- Evaluar los efectos secundarios e interacciones farmacológicas.
- Determinar los controles evolutivos posteriores.
- Derivar a otros médicos especialistas cuando corresponda.
- Brindar atención preventiva individual y colectiva.
- Promover la salud y la calidad de vida coordinando con las autoridades locales y organizaciones de base.
- Difundir a nivel local las normas y medidas encaminadas a velar por la salud individual y colectiva.
- Realizar atención general a pacientes con enfermedades crónicas y terminales, brindando incluso medidas paliativas.
- Brindar atención con enfoque biopsicosocial, en su contexto cultural, familiar y social.
- Realizar atención domiciliaria e institucional.
- Fomentar el trabajo en equipo de los profesionales de la salud.
- Coordinar con los servicios socio sanitario.
- Auditar su propio desempeño profesional.
- Actualizar en forma permanente los conocimientos y habilidades.
- Participar en el sistema de referencia y contra referencia, apoyar al sistema de vigilancia epidemiológica.

2.2.5 ÁREA PERSONAL SOCIAL

Lidera el equipo de salud que interviene en la atención de la Salud Comunitaria.

Actúa en el marco de la bioética en todas sus actividades profesionales.

Fomenta la participación de los pacientes, la familia y la comunidad en las decisiones y acciones que afectan su salud.

Fomenta y mantiene óptimas relaciones interpersonales con los miembros del equipo de salud y la comunidad.

Fomenta en los equipos de salud el respeto, la comprensión y la aceptación de la cultura de la población y de las diferentes etnias.

Promueve la atención equitativa, digna y oportuna, acorde con las necesidades del usuario en todo el sistema de salud, en las diferentes regiones del país.

Demuestra capacidad creativa y de autoformación.

Impulsa el desarrollo del potencial humano de la institución valorándolos como los principales agentes del cambio.

Utiliza información relevante para la solución de problemas y la toma de decisiones.

2.3 FUNDAMENTACION CONCEPTUAL

La definición oficial de la American Academy of Family Physicians es la siguiente:

“Se trata de la especialidad médica que proporciona atención sanitaria continua e integral al individuo y a la familia. Es la especialidad que integra las ciencias biológicas, clínicas y de comportamiento. El ámbito de la medicina familiar abarca todas las edades, ambos sexos, cada uno de los sistemas orgánicos y todas las enfermedades.

Médico de familia

Un médico de familia es un médico que tras finalizar sus estudios universitarios ha escogido, de forma voluntaria, realizar una formación específica para trabajar de manera adecuada en el ámbito de la Atención Primaria de la Salud.

- Su labor fundamental será proporcionar una atención integral y continuada en el tiempo a individuos, familias y comunidad a su cargo independientemente de la edad, sexo o enfermedad del paciente al que trate.

Especialidad de la medicina de familia

La Medicina de Familia tiene un vasto campo de conocimientos propios, resultado de integrar de una manera amplia los conocimientos de las distintas ramas de la Medicina, un marco propio de actuación, la Atención Primaria de Salud, y una metodología propia para aplicar lo aprendido en el primer nivel de asistencia.

- En el reino de la superespecialización, surge histórica-mente la Medicina de Familia. Se trata de la necesidad de la atención integral de calidad a los problemas de salud que surgen a lo largo de toda la vida de los pacientes.

Especialidad medicina familiar y comunitaria

Define algunas de las características esenciales del tipo de formación y de trabajo posterior que el médico de familia realiza.

- Es «familiar» porque trata, no sólo al individuo como persona que puede enfermar de manera aislada, sino también en relación con su entorno familiar. La familia también tiene sus propias enfermedades y éstas influyen de manera notable sobre el individuo. Un ejemplo claro son los problemas psicológicos y sociales, una depresión puede tener su origen en una mala relación de pareja, en el alcoholismo del cónyuge, en la drogadicción de un hijo, etc. Estos últimos problemas también hay que intentar solucionarlos, dentro de las posibilidades que tiene la Medicina.
- Es «comunitaria» porque también la comunidad o población que el médico de familia atiende tiene sus propias enfermedades que hay que conocer (por ejemplo drogadicción en juventud, embarazos en adolescentes, infección HIV) e intentar solucionar, contando para ello con la participación activa de la propia comunidad.
- Las actividades comunitarias que el médico de familia realiza pueden consistir en intervenciones muy variadas. El estudio epidemiológico de las enfermedades que afectan principalmente a la comunidad realizado por los médicos y la priorización de las intervenciones a realizar sobre ellas es una forma. Las reuniones periódicas con miembros de la comunidad a través de consejos de salud para la búsqueda y solución de problemas de salud es otra. Proceso profesional en medicina comunitaria.

Durante la carrera recibimos tres años de formación en Medicina Interna y no somos internistas, nadie se plantea que no sea necesario luego realizar una especialidad para poder ejercer correctamente como internista. Sin embargo no recibimos ninguna formación en Medicina de Familia ¿cómo va a trabajar

correctamente un médico en un campo que a priori desconoce y para el que no está preparado?

- Durante muchos años algunos lo han conseguido con muchísimo y elogiabile esfuerzo, y han vencido ese desconocimiento como buenamente han podido. Por fortuna, tal y como ocurre en todos los países desarrollados, España se dio cuenta de que es mejor proporcionar una formación de calidad a todos sus profesionales que esperar a que cada uno, con su propio esfuerzo y experiencia adquirida, vaya supliendo sus carencias formativas.

Perfil profesional y campo de acción

- La especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria es una de las grandes desconocidas dentro de los licenciados en Medicina. Da la impresión de ser una especialidad gris, formados por profesionales “quemados” y que solo está formada por médicos que han fallado en el examen MIR. Esto no es así, esta imagen está anticuada y debería cambiar.
- La Medicina Familiar y Comunitaria está creciendo, cambiando y mejorando, cogiendo color y tiene una ventaja especial y única, permite una atención integral y continuada del paciente, cualidad de la que carece el resto de las especialidades.
- Para intentar dar la mayor información posible vamos a desglosar las responsabilidades del Médico de Familia:

ATENCIÓN CLÍNICA EFECTIVA Y EFICIENTE

Deberá ser capaz de ofrecer una atención clínica eficiente, basada en el conocimiento del método clínico, y de dar respuesta terapéutica a los problemas planteados.

- Enfocará al individuo como un ser bio-psico-social, conociendo sus interrelaciones con su entorno familiar, laboral y comunitario.
- Reconocerá los límites de su competencia y responsabilidad, identificando las situaciones clínicas que requieren ser derivadas a otros niveles de atención médica.

Atención integrada sobre todo el proceso de enfermar

Las actividades de fomento, protección, recuperación y rehabilitación se llevarán a cabo de forma integrada supervisadas por el médico especialista en Medicina Familiar.

- Atención especial a los grupos de riesgo identificados por el especialista en Medicina Familiar.
- Detectando los problemas de salud y programando de acuerdo con ellos, la utilización eficiente de los recursos de que disponga.

2.4 FUNDAMENTACION LEGAL MARCO LEGAL

La orientación comunitaria de la atención sanitaria en América Latina tiene sus raíces en los cambios curriculares promovidos, entre otros, por César García en la década de 1970. Esos cambios estaban relacionados con la situación de los servicios de salud y promovían cambios curriculares en la enseñanza médica basados

en métodos pedagógicos innovadores y la reorganización del contenido de la carrera de Medicina. En 1969 se estableció en la Facultad de Medicina de la Universidad de Montevideo, Uruguay, un sistema de enseñanza basado en ciclos, que comenzaba con el “ciclo básico”, en el cual los estudiantes analizaban en grupos un problema de salud (por ejemplo, la tuberculosis) en una comunidad durante un período de 6 meses. Este problema de salud se abordaba en forma holística, en relación con los servicios de salud locales y con el apoyo y la supervisión de un equipo docente multidisciplinario del cual formaba parte uno de los autores de este artículo (JG) La interrupción de este plan de estudios en 1973 impidió valorar su efecto en el ejercicio posterior del trabajo médico. En 2005, la propuesta de reforma del sistema de salud uruguayo estaba dirigida a la orientación comunitaria del primer nivel de atención, lo que confluye con los principios de la APOC (García, 1972)

En 1987 (Braveman PA) afirmaron que el concepto de APOC era bien conocido para los promotores de la medicina comunitaria en América Latina. Ese movimiento se asoció con los cambios introducidos en los currículos médicos como consecuencia de dos tendencias predominantes en esos años: vincular los programas de formación de profesionales con las necesidades del sistema de salud y reconocer las limitaciones de la enseñanza médica basada en el modelo curativo de la atención hospitalaria. Estos autores analizaron los procesos de cambio en la educación médica y la situación sanitaria en países de la Región que, en su momento, fueron fundamentales para el desarrollo del modelo de APOC (Costa Rica, México y Nicaragua)

En Colombia, Klevens y colaboradores describieron la relación existente entre los cambios curriculares que se debían hacer en la

carrera de Medicina y la consecuente introducción en la práctica del modelo de APOC. La relación entre la enseñanza y la práctica se llevó a cabo con la capacitación en APOC de los equipos de APS de seis centros de salud (tres urbanos y tres rurales) y la participación de los estudiantes en la aplicación del modelo en esos centros. En este caso, además, los médicos clínicos fueron adscriptos a la institución académica. (Klevens J, 1992)

El desarrollo de la APOC se evaluó mediante una escala creada con ese propósito por el Instituto de Medicina de los Estados Unidos. Los resultados mostraron la satisfacción de los estudiantes con respecto al programa, el avance en su modificación y el aumento en la participación comunitaria, aunque el efecto en las funciones de la APOC fue menor. Cambios en el sector académico y en el entorno político determinaron la interrupción de estos programas.

En un estudio exhaustivo de los sistemas integrados de salud en América Central, Barrett analizó la aplicación de la APOC y de otros modelos similares. En ese análisis se destacan las dificultades encontradas para la integración de esos modelos en los sistemas de salud existentes, debido a la falta de voluntad política de los gobiernos y a los valores culturales predominantes en esos países.

Ventres y Hale analizaron el proceso de desarrollo de la medicina familiar en Cuba y encontraron que ese sistema, basado en los principios de la APOC, logró mejorar los índices de salud. Se debe enfatizar que para ello fue necesario aplicar “no solo una serie de valores comunitarios, sino también métodos de gestión transparentes”. El sistema de atención primaria de Cuba se basa en la responsabilidad del equipo de medicina familiar por un número definido de familias y de las instituciones comunitarias

que se encuentran en su área geográfica, así como en el mantenimiento de un sistema de información básica de salud de todos los miembros de la comunidad. Todo esto refleja los principios básicos de la APOC. Una publicación reciente resalta la presencia del modelo de APOC en el marco de la medicina familiar en Cuba.

En Bolivia, la introducción de un modelo de atención basado en la población y orientado a obtener cambios (22), fundamentado en los principios de la APOC, ha permitido poner en marcha programas materno-infantiles y definir y actuar según las prioridades locales de salud. Estos cambios contribuyeron a aumentar la cobertura de la atención a los niños y a disminuir la mortalidad infantil en ese país.

Un reciente y extenso estudio realizado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) sobre la APS en la Región, aprobado por su Consejo Directivo en septiembre de 2005, propone la adopción de un sistema de salud basado en la atención primaria (23) y en principios que reflejan explícitamente el marco conceptual y metodológico de la APOC. El creciente interés en el modelo de APOC se ha reflejado en varias publicaciones recientes sobre este tema en español (24–26)

2.5 HIPOTESIS

La Evaluación del Postgrado de Medicina familiar y comunitaria recibida en el Centro de Salud del Ministerio de Salud Pública incide en la atención del paciente que asiste al Centro de Salud de la Parroquia Pascuales de Guayaquil.

2.6 VARIABLES DE INVESTIGACIÓN

Variable Independiente:

Perfeccionamiento del proceso docente en medicina Familiar y Comunitaria.

Variable dependiente:

Impacto en la orientación profesional.

Variables intervinientes:

- Orientación primaria orientada a la comunidad
- La familia en la determinación de la salud
- Valoración epidemiológica
- Docencia asistencial
- Medicina familiar
- Proceso docente educativo
- Promoción de la salud comunitaria
- Evidencia científica en salud

3. DISEÑO METODOLOGICO

3.1 LUGAR DE LA INVESTIGACIÓN

Centro de Salud del Ministerio de Salud Pública, Parroquia Pascuales de Guayaquil.

3.2 PERIODO DE LA INVESTIGACIÓN

Enero – diciembre 2014

3.3 RECURSOS EMPLEADOS

Mediante una combinación de técnicas de investigación cualitativa, basada en las técnicas del grupo nominal y grupo focal, se recogieron y analizaron puntos de vista sobre las atenciones médicas.

La técnica empleada partía de las aportaciones individuales de cada uno de los asistentes a la pregunta clave que se les planteaba (fase grupo nominal) para, una vez expuestas estas primeras ideas y consensados los temas sobre los que centrar la discusión del grupo, abrir un coloquio semi dirigido a fin de tratar abiertamente cada uno de ellos (fase grupo focal). Las sesiones, con el permiso de los asistentes, se grabaron en cinta

magnetofónica a fin de facilitar posteriormente el análisis y clasificación de la información aportada en diferentes categorías.

3.4 UNIVERSO

El tamaño de la muestra será calculado mediante la fórmula para poblaciones finitas, para estimar una proporción poblacional cuando se conoce el tamaño de la población para un error muestra del 5% y con nivel de confianza del 95%.

Criterios de exclusión: Quedaron excluidos los pacientes de áreas de cuidados intensivos, reanimación, urgencia y pediatría, así como las personas con incapacidad física o psíquica que les impidiera responder.

3.5 METODOS

Histórico-lógico

Análisis-síntesis

Inducción- deducción

3.6 TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación se ubica en los niveles explicativo y descriptivo; se encarga de mediante el establecimiento de relaciones causa y efecto y evaluar el impacto de la atención aplicando entrevistas grupales para el análisis cualitativo como parte del proceso evaluativo.

3.7 TECNICA DE INVESTIGACIÓN

Investigación documental porque se tomaron datos de fuentes documentales escritas. También se clasifica como investigación de campo ya que se recolectaron datos directamente de la realidad donde ocurren los hechos, sin alterar variable alguna.

El **análisis empírico** se desarrolla a través de la aplicación de una encuesta, diseñada para tal efecto, a una muestra de usuarios del Centro de Salud del Ministerio de Salud Pública Parroquia Pascuales de Guayaquil. Considerando la amplia cobertura poblacional que atiende este establecimiento, se realizará un muestreo por cuotas, teniendo en cuenta el tipo y porcentaje de atención cubierta por edades de los usuarios/pacientes, a partir de información proporcionada por su dirección. La muestra se conformará por pacientes/usuarios, hombres y mujeres mayores de 18 años, que acababan de ser atendidos en el Centro de Salud del Ministerio de Salud Pública Parroquia Pascuales durante el período en que se aplicará la encuesta.

La encuesta se aplicó durante el mes de enero Hasta diciembre del 2014.

3.8 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

No experimental debido a que no se desarrollará ningún proceso de tipo interventivo, solamente se hará una propuesta de evaluar al problema científico de investigación. El enfoque del estudio es de tipo mixto donde se aplicarán métodos de orden cuantitativo y cualitativo.

3.9 RESULTADOS Y ANÁLISIS

1) ¿Si pudiera cuantificar el respeto y la cortesía del médico que los atendió que rango le pondría?: (70 – 100%): (50 – 70%): (20 – 50%): (0 – 20%).

Número de Encuestados	Porcentaje	Cuantificación
7	32%	70-100
4	18%	50-70
6	27%	30-50
5	23%	0-30
Total: 22	100%	

Cuadro1. Fuente: Encuesta a pacientes. Propósito evaluar la calidad de atención del personal Elaborado por, Md. Edwin Vera Garijo, MSc.

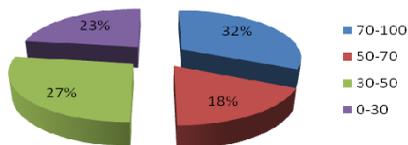


Gráfico 1: Fuente encuesta a pacientes.
Elaborado por el Md. Edwin Vera Garijo, MSc.

Análisis: El gráfico adjunto, es la expresión de la encuesta dirigida a 22 encuestados, donde medido en intervalo de

porcentajes muestra lo siguiente, 7 encuestados consideran que en un intervalo de 32 % es el nivel cuantificable de cortesía que muestran el personal del postgrado En medicina familiar y comunitaria. Parroquia Pascuales. Periodo enero a diciembre del 2014. 4 piensan que el intervalo fluctúa entre un 18%, 6 encuestados piensan que en realidad ese intervalo es de 27 %, y 5 piensan que los valores se han perdido totalmente que no existe ya respeto ni cortesía y cuantificaron el nivel de respeto y cortesía entre 23

2) ¿Cómo define su compromiso de los médicos, elija una de las alternativas? ¿Cumple a cabalidad, responsabilidad y existe una relación de pertenencia con las instituciones. ¿Cumple con sus obligaciones pero no se involucra a cabalidad? ¿Trabaja por cumplir sin esforzarse en lo que hace?

Número de encuestados	Porcentaje	Respuesta
15	68%	Cumplen a cabalidad y responsabilidad
3	14%	Cumplen pero no se involucran.
4	18%	Trabajan por cumplir pero no se esfuerzan
Total: 22	100%	

Cuadro2. Fuente: Encuesta a pacientes. Propósito evaluar la calidad de atención del personal Elaborado por. Md. Edwin Vera Garijo, MSc.

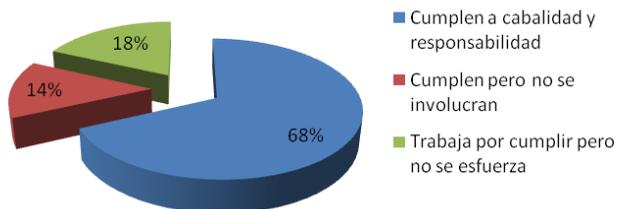


Gráfico 2. Fuente: Encuesta a pacientes. Propósito evaluar la calidad de atención del personal Elaborado por. Md. Edwin Vera Garijo, MSc.

Análisis: Del total de encuestados: 22 Se ubican en la siguiente escala: 15 (68%) responden que, los médicos cumplen a cabalidad sus responsabilidades y existe una relación de pertenencia con las instituciones. Asimismo responden 3 (14%) encuestados, cumplen con sus obligaciones pero no se involucra a cabalidad, Otros encuestados en número de 4 (18%) responden que trabajan, por cumplir sin esforzarse en lo que hacen

3) ¿El trabajo en equipo se está llevando en la comunidad de la Parroquia Pascuales?

Número de encuestados	Porcentaje	Respuesta
18	86%	Si trabajan en equipo.
36	14%	No trabajan en equipo
Total: 22	100%	

Cuadro 3. Fuente: Encuesta a pacientes. Propósito evaluar la calidad de atención del personal Elaborado por, Md. Edwin Vera Garijo, MSc.

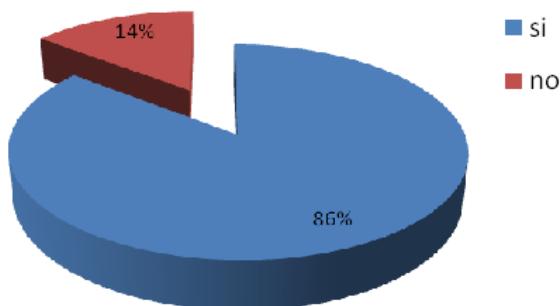


Grafico 3. Fuente: Encuesta a pacientes. Propósito evaluar la calidad de atención del personal Elaborado por, Md. Edwin Vera Garijo, MSc.

Análisis: A la siguiente pregunta dirigida a los directores 18 (86%) dicen que si se trabaja en equipo, en cambio del total de encuestados 3 (14%) responde que no lo hacen La pregunta que sirvió de base para evidenciar se realiza en realidad la medicina familiar y comunitaria

4) ¿El servicio que se está entregando por el Postgrado en medicina familiar y comunitaria en la parroquia pascuales como es considerado por usted es Muy satisfactorio; Satisfactorio: En desarrollo. ¿O Necesita mejorar?

Número de encuestados	Porcentaje	Respuesta
11	50	Muy satisfactorio
6	27	Necesita mejorar
3	14	Satisfactorio
2	9	En desarrollo
Total: 22	100%	

Cuadro 4. Fuente: Encuesta a pacientes. Propósito evaluar la calidad de atención del personal Elaborado por. Md. Edwin Vera Garijo, MSc.

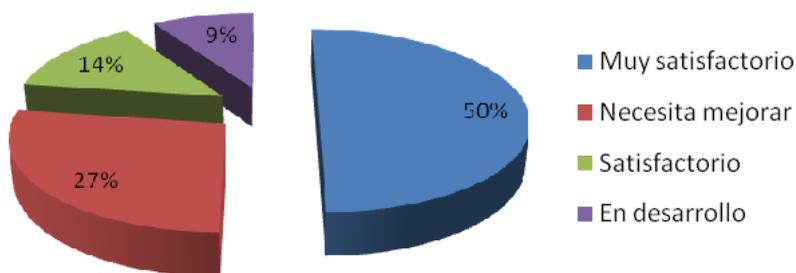


Gráfico 4. Fuente: Encuesta a pacientes. Propósito evaluar la calidad de atención del personal Elaborado por. Md. Edwin Vera Garijo, MSc.

Análisis: A la siguiente pregunta 11, encuestados (50%) piensan que el servicio entregado es muy satisfactorio, 6 (27%) contesta que necesita mejorar, en cambio 3 (14%) es satisfactorio, asimismo, 2 (9%) responden que están en desarrollo.

5) ¿Es considerada o reconocida la calidad calidez además de la y precisión del trabajo en equipo y elogiada por usted ante los Médicos que participan en el programa salud familiar y comunitaria?

Número de encuestados	Porcentaje	Respuesta
14	64%	Si reconoce el respaldo a las labores
4	18%	No, reconocen esta percepción
4	18%	No contesta a la pregunta
Total: 22	100%	

Cuadro 5. Fuente: Encuesta a pacientes. Propósito evaluar la calidad de atención del personal Elaborado por. Md. Edwin Vera Garijo, MSc

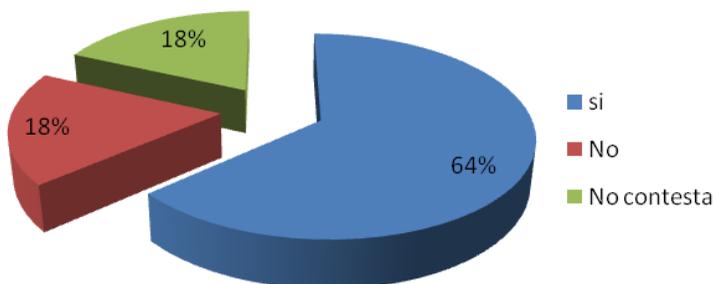


Grafico 5. Fuente: Encuesta a pacientes. Propósito evaluar la calidad de atención del personal Elaborado por. Md. Edwin Vera Garijo, MSc

Análisis: Al respecto los encuestados en número de 14 equivalente al 64% responden que sí reconocen la calidad y calidez de los médicos y que le dan el respaldo a sus labores, cuatro encuestados responden a un 14% no reconocen esta percepción, en cambio 4 encuestados (14 %) no contestan a este requerimiento.

6) ¿Cuál es su percepción sobre el sentir del personal médico y paramédico en los diferentes cargos del POSTGRADO en medicina familiar y comunitaria?

Número de encuestados	Porcentaje	Respuesta
17	77%	Muy buena
2	9%	Regular
3	14%	Mala
Total: 22		

Cuadro 6. Fuente: Encuesta a pacientes. Propósito evaluar la calidad de atención del personal Elaborado por. Md. Edwin Vera Garijo, MSc

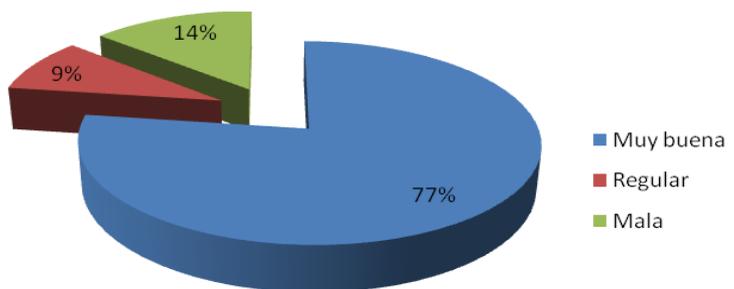


Grafico 6 Fuente: Encuesta a pacientes. Propósito evaluar la calidad de atención del personal Elaborado por. Md. Edwin Vera Garijo, MSc

Análisis: A esta pregunta los encuestados expresan en número de 17 que es muy buena. La percepción sobre el sentir del personal en vuestro cargo.2 expresan que en es regular, y tres entrevistado opina que es mala.

7) ¿Dentro del área que Ud. dirige cree que la comunicación se da de forma acertada, oportuna, permanente y planificada?

Número de encuestados	Porcentaje	Respuestas
14	64%	Si
6	27%	No
2	9%	No contesta
Total: 22	100%	

Cuadro 7. Fuente: Encuesta a pacientes. Propósito evaluar la calidad de atención del personal Elaborado por. Md. Edwin Vera Garijo, MSc

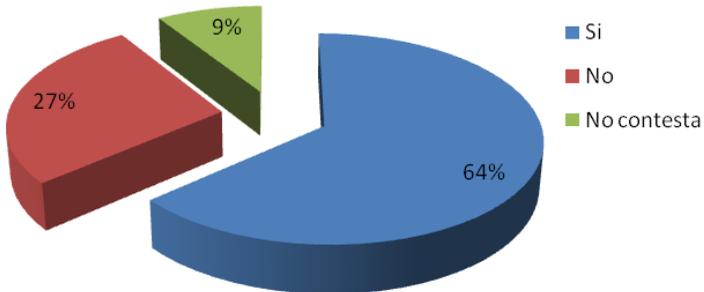


Grafico 7. Fuente: Encuesta a pacientes. Propósito evaluar la calidad de atención del personal Elaborado por. Md. Edwin Vera Garijo, MSc

Análisis: Catorce entrevistados que significa un 64% responden que si creen que la comunicación se da de forma acertada, oportuna, permanente y planificada. Seis responden

equivalentes a un 27% no creen que la comunicación se da de forma acertada, oportuna, permanente y planificada y dos que da el 9% de los entrevistados no contesta.

8) ¿Dispone usted los medios para cuantificar las estrategias de recursos humanos y las mejoras en la comunicación de sus pacientes? ¿Los aplica?

Número de encuestados	Porcentaje	Respuestas
13	59%	Si
9	41%	No
Total: 22	100%	

Cuadro 8. Fuente: Encuesta a pacientes. Propósito evaluar la calidad de atención del personal Elaborado por. Md. Edwin Vera Garijo, MSc

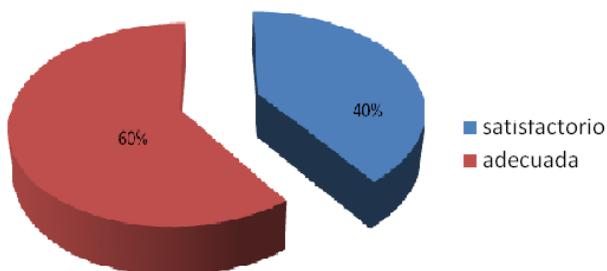


Grafico Cuadro 8. Fuente: Encuesta a pacientes. Propósito evaluar la calidad de atención del personal Elaborado por. Md. Edwin Vera Garijo, MSc

Analisis: Al respecto el grupo de entrevistados (Médicos) en un total de 22; 13 responden que Si disponer de los medios para

cuantificar las estrategias de recursos humanos y las mejoras en la comunicación y 9 responden que no la poseen.

3.10 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

1) ¿Si pudiera cuantificar el respeto y la cortesía del médico que los atendió que rango le pondría?: (70 – 100%): (50 – 70%): (20 – 50%): (0 – 20%).

La cuantificación expresada, resalta que muchas personas dudan sobre la importancia que tiene los buenos modales y la etiqueta empresarial en el mundo globalizado de los negocios considerándolo inclusive como algo superficial.

2) ¿Cómo define su compromiso de los médicos, elija una de las alternativas? ¿Cumple a cabalidad, responsabilidad y existe una relación de pertenencia con las instituciones. ¿Cumple con sus obligaciones pero no se involucra a cabalidad? ¿Trabaja por cumplir sin esforzarse en lo que hace?

Al respecto vale destacar, El beneficio que una persona saca de cuidar su puesto de trabajo es mantener sus opciones en un mercado laboral altamente competitivo y mejorar su ajuste profesional y sus opciones de promoción y desarrollo dentro de su empresa.

3) ¿El trabajo en equipo se está llevando en la comunidad de la Parroquia Pascuales?

El trabajo en equipo, nos lleva a la reflexión sobre el hacer haciendo Por ello exponemos el concepto de equipo a renglón seguido: Un equipo de trabajo es un conjunto de individuos que cooperen para lograr un solo resultado general. Vale resaltar que el esfuerzo se enlaza en un solo resultado coordinado, donde el total es más y diferente, que la suma de sus partes individuales.

4) ¿El servicio que se está entregando por el Postgrado en medicina familiar y comunitaria en la parroquia pascual como es considerado por usted es Muy satisfactorio; Satisfactorio: En desarrollo. ¿O Necesita mejorar?

Al respecto hay que considerar que los directores son los encargados de garantizar los servicios públicos y que este es un mandato que se inscribe en la Constitución de la República en el inciso segundo del artículo 314, en donde dispone que el Estado garantizara que los servicios públicos y su provisión respondan a principios de obligatoriedad, generalidad, uniformidad, eficiencia, responsabilidad, universalidad, accesibilidad, regularidad, continuidad, y calidad.

5) ¿Es considerada o reconocida la calidad calidez además de la y precisión del trabajo en equipo y elogiada por usted ante los Médicos que participan en el programa salud familiar y comunitaria?

El autor de la presente investigación reconoce que la calidad comienza con la actitud hacia el trabajo, y que el reconocimiento apropiado y oportuno es el factor clave para fortalecer el dinamismo laboral.

6) ¿Cuál es su percepción sobre el sentir del personal médico y paramédico en los diferentes cargos del POSTGRADO en medicina familiar y comunitaria?

Podemos avalar este hecho ya que los propios profesionales hemos sido partícipes de nuestra propia experiencia de grupo facilitando nuestra formación y permitiendo nutrirnos en un foro de análisis y debate que revierte en un crecimiento permanente tanto en el ámbito profesional como en el crecimiento personal. Vale resaltar que la percepción es el proceso mediante el cual un individuo adquiere una sensación interior que resulta de una impresión material hecha en los sentidos. Esta sensación puede ser consciente o inconsciente. A la percepción inconsciente, por estar bajo el límite de la consciencia, o subconsciente, le llamamos percepción subliminal.

7) ¿Dentro del área que Ud. dirige cree que la comunicación se da de forma acertada, oportuna, permanente y planificada?

Al respecto vale resaltar que la COMUNICACIÓN INTERNA es la comunicación dirigida al usuario interno, esto es, al trabajador. Aumenta la satisfacción entre el personal y por tanto la rentabilidad final. También se podría expresar que es la herramienta clave para dar una respuesta innovadora a los cambios continuos que debe hacer frente tu empresa en el día a día y es también un valor añadido que produce beneficios.

8) ¿Dispone usted los medios para cuantificar las estrategias de recursos humanos y las mejoras en la comunicación de sus pacientes? ¿Los aplica?

A esta respuesta podemos incluir: la filosofía, cultura de la organización como los derechos y deberes que tiene cada empleado (recibir un trato uniforme y coherente) Informa a los superiores la forma de evaluar e impedir que tomen decisiones arbitrarias hacia los empleados lo que generaría repercusiones negativas por empleados descontentos. Algunas empresas piden

a los empleados que firmen un acuse de recibo en el que se declara que el empleado ha recibido el manual y que se remitirá al mismo para informarse sobre las normas, reglamentos y políticas de la empresa, teniendo en cuenta que de ningún modo es un contrato.

4. PROPUESTA

“ESTRATEGIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE CALIDAD Y CALIDEZ EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD DE LAS FAMILIAS DE LA PARROQUIA PASCUALES”

Antecedentes

En los servicios de atención primaria ocurre el primer contacto entre las personas y los trabajadores de la salud. Sin embargo, las características de estos servicios, la gama de sus actividades, sus logros y las barreras para acceder a ellos varían de un país a otro de acuerdo con el sistema de servicios de salud establecido y el contexto socioeconómico, cultural y político imperante.

La orientación comunitaria de la atención primaria está basada en los principios de la medicina comunitaria, cuyos principales elementos son la evaluación activa y detallada de las necesidades de salud de la comunidad y la respuesta a esas necesidades, considerando la comunidad en su conjunto (1).

La medicina comunitaria debe responder cinco preguntas cardinales que la identifican (2):

1. ¿Cuál es el estado de salud de la comunidad?
2. ¿Cuáles son los factores responsables de ese estado de salud?
3. ¿Qué se ha hecho por parte de la comunidad y de los servicios de salud?
4. ¿Qué se puede hacer y cuál sería el impacto esperado de esas acciones?

Qué medidas se requieren para dar continuidad a la vigilancia sanitaria de la comunidad y para evaluar los cambios en su estado de salud?

Estrategias

Orientación hacia la salud de la familia

Se responsabilizará del proceso de salud-enfermedad de la familia, de manera que la solución de los problemas se aplique a la familia como un todo, ya que cualquier proceso que afecte a un miembro individual repercutirá en todo el sistema familiar.

Conocerá que las disfunciones familiares son capaces de crear patologías psicosociales en sus miembros y que la familia se constituye en uno de los recursos más importantes para cada uno de sus componentes.

Orientación hacia la salud de la comunidad

Es responsable del proceso de Salud y Enfermedad de su Comunidad. Debe identificar y actuar sobre los factores de riesgo que existan en su comunidad.

Es responsable de la accesibilidad adecuada de toda la población al sistema de salud.

Trabajo en equipo multidisciplinar

Trabaja coordinadamente con el resto de los profesionales que integran el equipo de salud.

Desarrollo de actividades docentes

Formación continuada de todos sus componentes y la actualización de sus conocimientos y capacidades.

Desarrolla actividades docentes dirigidas a su comunidad.

Funciones de investigación

Colabora con todo el equipo de salud en los programas de investigación que se determinen.

Diseña y ejecuta programas de investigación clínica, epidemiológica y social, orientados prioritariamente a la búsqueda de soluciones para los problemas de salud de su comunidad.

Por lo tanto para conseguir una formación adecuada en un campo tan amplio de conocimientos la Medicina de Familia y Comunitaria se divide en cuatro Áreas Docentes:

General: Son las tareas primarias y de soporte. Se estudia la atención general clínica, la metodología de la investigación, la organización de los centros de salud y la evaluación y garantía de calidad.

Atención al Individuo. Urgencias y resucitación cardiopulmonar, conocimientos y habilidades en especialidades Médicas como Pediatría, Medicina Interna, Obstetricia, Cirugía, etc.

Familiar y sociología de la salud.

Comunitaria: diagnóstico de salud y programas de salud comunitarios.

Las cuatro confluyen en un punto, los Centros de Salud, donde se ponen en práctica las habilidades y conocimientos que configuran el currículum de dichas áreas.

Formación y rotaciones del residente de medicina familiar y comunitaria

Se recibe una doble formación, por un lado está la medicina hospitalaria y por otro lado la medicina del centro de salud.

- Por lo tanto los siguientes ítems reflejan los lugares por donde se rotará durante los tres años de formación:

En su Área de Salud:

El Médico Residente trabajara en su Centro de Salud durante los tres años de su formación alternando e integrando el resto de sus rotaciones. Deberá conocer y practicar el trabajo en equipo, deberá conocer cómo se organiza un centro de salud y como se

realiza un programa de salud dirigido a la comunidad, entre otros.

- Dentro de su rotación por el Centro de Salud además tendrá programas de formación específica en áreas como la Atención Pediátrica, Atención Infantil, programas de atención Maternal, programas del adulto dirigidos a grupos de riesgo y atención al anciano.
- Además deberá formarse y conocer la Vigilancia epidemiológica, integrarse en los programas de investigación y en los programas de calidad, así como conocer la labor de la enfermería y el área de trabajo social.

En su Hospital de Referencia

El residente completará la formación recibida en su Centro de Salud mediante el trabajo e integración en los siguientes departamentos:

- Urgencias.
- Medicina Interna y otras especialidades médicas.
- Pediatría.
- Obstetricia y Ginecología.
- Cirugía y Traumatología.
- Otorrinolaringología.
- Oftalmología.
- Salud Mental.
- Geriatria-Gerontología.

Tareas del médico de familia

- En relación al perfil profesional del futuro especialista en Medicina Familiar y Comunitaria se establecen una serie de tareas, que son lo que el residente debe ser capaz de realizar al finalizar su período de formación.

Estas tareas se han dividido en cinco grandes grupos, desarrollándose posteriormente junto con sus componentes.

Los objetivos docentes se clasifican según el dominio del proceso intelectual considerado:

- Campo afectivo: las actitudes (saber estar).
- Campo sensitivomotor: la habilidad práctica (saber hacer).
- Campo cognoscitivo: los conocimientos (saber).

Entendemos por conocimientos los conceptos, hechos, criterios para la toma de decisiones y otros aspectos cognoscitivos de la tarea. Es la información necesaria para ejecutar la tarea. Se debería responder a las siguientes preguntas: “Tener la información precisa para...” o “Tiene que saber...”.

Habilidades son los pasos requeridos para la ejecución de una actividad o tarea. Los procedimientos o técnicas, como los definen otros autores, pueden ser intelectuales (aplicación, análisis, síntesis, evaluación), manuales o motores (acciones del cuerpo y movimientos, destreza con las manos,

coordinación motora, conducta no verbal) o sociales (conductas orales y no verbales de persona a persona o en grupo: entrevista, reuniones, etc.). Debe ser la continuación de “Saber ejecutar...” o “Tener la destreza...” o “Saber hacer...”.

Actitud indica la disposición que se manifiesta en la conducta frente a personas, sucesos, opiniones o teorías. Son sentimientos, emociones o ideas de aceptación (“importancia de cumplir”) o rechazo (“peligros del cumplimiento”). Para su elaboración debe continuar la frase “Tener la predisposición a...”.

El logro de todos estos objetivos va dirigido a la competencia profesional del futuro especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Tareas primarias del médico de familia

Asumir y desarrollar las funciones del médico de familia y su papel en el sistema de salud (la especialidad de medicina de familia):

- Desempeñar las funciones y el rol del médico de familia.
- Reconocer e influir en la interacción del médico / paciente / familia / comunidad / organización de la atención sanitaria.
- Asumir el método científico en la práctica del médico de familia.
- **Identificar y abordar la influencia de las características personales del médico de familia en el trabajo:**

- Reconocer y manejar la incertidumbre a la hora de tomar una decisión profesional.
- Reconocer la influencia de la biografía y características personales en la situación profesional: relación con el paciente y con otros profesionales de la salud.
- Asumir la interacción entre la vida privada y la organización de la práctica profesional para que mejore la relación entre ambas.

Tareas clínicas del médico de familia

Realizar la entrevista clínica: anamnesis biopsicosocial:

- Entrevista clínica (marco comunicativo, delimitar el/los motivos de consulta, resolución de la entrevista).
- Cumplimentar una historia clínica en Atención Primaria (anamnesis general y específica de aspectos somáticos, psicológicos y sociofamiliares).
-
- **Obtener el resultado de una exploración física adecuada:**
- Decidir qué exploración realizar y con qué objetivos.
- Comunicar al paciente la exploración a realizar (“acompañar la exploración”).
- Realizar adecuadamente la exploración.
- Procesar y analizar los datos de una exploración física.
- Registrar los datos de la exploración en la historia clínica.
- **Utilizar la tecnología diagnóstica de la consulta de atención primaria:**
- Decidir qué exploración utilizar y con qué objetivos.
- Comunicar al paciente la exploración complementaria a utilizar.

- Utilizar adecuadamente el instrumento diagnóstico.
- Analizar los datos de una exploración con un instrumento diagnóstico en la consulta de Atención Primaria.
- Registrar los datos de una exploración con un instrumento diagnóstico en la historia clínica.
- **Identificar los problemas del paciente y orientar una hipótesis que describa y explique su realidad:**
- Aplicar las características del proceso salud-enfermedad en la atención al paciente (etapas vitales, modelo biopsicosocial, historia natural del proceso, influencia familiar).
- Orientar una hipótesis diagnóstica.
- Formular una hipótesis de trabajo.
- **Elaborar un plan diagnóstico para corroborar las hipótesis establecidas:**
- Seleccionar los procedimientos diagnósticos, en base a la pertinencia, validez y eficiencia.
- Procesar e interpretar la información suministrada por los procedimientos diagnósticos.
- Procesar e interpretar la información suministrada por el especialista consultado.
- Confirmar o rechazar una hipótesis de trabajo.
- **Adoptar con el paciente la/s decisión/es más adecuada/s al problema en función de los datos de la entrevista, la exploración física, pruebas complementarias y las condiciones biopsicosociales del paciente:**
- Adoptar una decisión clínica.
- Establecer el plan de acción.
- Proporcionar a los usuarios atención integrada adecuada a su edad y sexo (problemas de salud de la mujer, atención a

niños y adolescentes, problemas de salud del anciano, atención al adulto).

- Proporcionar atención integrada a los individuos sanos o no, incluidos en grupos específicos de especial importancia (pacientes con problemas socioculturales, población trabajadora.).
 - Atender al paciente terminal.
 - Prestar atención integrada a los problemas de salud mental.
 - Atender a pacientes con demandas y problemas agudos frecuentes en Atención Primaria de Salud.
 - Atender a pacientes con enfermedades y problemas de salud crónicos frecuentes en Atención Primaria.
 - Atender a pacientes con enfermedades y problemas poco comunes en Atención Primaria de Salud pero con implicaciones diagnósticas o terapéuticas importantes.
 - Atender a pacientes con problemas urgentes.
 - Atender a pacientes con problemas familiares.
-
- **Realizar un seguimiento y evaluación del paciente según criterios aceptados por la comunidad científica:**
 - Utilizar el sistema de registro e información en Atención Primaria de Salud.
 - Evaluar el cumplimiento de la intervención.
 - Valorar las consecuencias de la intervención.
 - Realizar actividades de garantía de calidad de la intervención y entrevista clínica.

Desarrollar un plan de rehabilitación/reinserción conjuntamente con otros profesionales sociosanitarios, el paciente y su familia:

- Participar en la rehabilitación/reinserción de pacientes con problemas agudos.
- Participar en la rehabilitación/reinserción de pacientes y su familia con problemas crónicos.
- **Asegurar la continuidad en la atención al paciente y su familia en el centro de salud, en el domicilio y otras instituciones sanitarias y comunitarias:**
- Asumir la continuidad de la atención al paciente en todas las etapas de la vida.
- Asumir y garantizar la continuidad de un mismo proceso.
- **Explicar claramente y acordar con el paciente y su familia las medidas diagnósticas y de intervención en cada fase del proceso:**
- Valorar las expectativas del médico, el paciente y su familia.
- Valorar conjuntamente con el paciente y su familia las estrategias y consecuencias del plan de acción.
- Responsabilizar al paciente y su familia en el proceso (autocuidados).
- **Gestionar el tiempo y los recursos de atención destinados al individuo y su familia adecuadamente, en cada una de las fases del proceso y conjuntamente con el resto del equipo:**
- Usar el tiempo de forma apropiada en la consulta.
- Usar el tiempo de forma apropiada en la práctica global del médico de familia.
- Utilizar los recursos a disposición del médico de familia.

- **Utilizar la epidemiología clínica en cada una de las fases del proceso:**

Tareas de atención a la familia

- **Identificar la relación o influencia familia/paciente**
- Abordar a la familia como una unidad de atención.
- Determinar los condicionantes familiares en los problemas de salud del paciente y viceversa.
- **Atender los problemas de la familia comunes en atención primaria de salud**
- **Garantizar la continuidad de la atención a las familias**

Tareas comunitarias del médico de familia

Recopilar y presentar datos existentes sobre la comunidad

- Identificar los problemas de salud comunitarios
- Priorizar las actuaciones del equipo
- Estudiar la distribución y determinación de una necesidad de salud de la comunidad
- Diseñar un programa comunitario
- Desarrollar actividades en atención primaria de los programas de salud comunitaria específicos
- Mejorar la salud de la comunidad mediante la educación y participación comunitaria
- Diseñar y manejar un sistema de registro para la toma de decisiones en atención primaria de salud

Tareas de soporte o apoyo del médico a la familia

- Garantizar la calidad de la atención prestada
- Promover y mantener la competencia profesional: investigación en atención primaria de salud (clínica, epidemiológica, social y operacional).
- Promover y mantener la competencia profesional: formación en medicina familiar y comunitaria
- Actualizar la competencia profesional continuamente (formación continuada).
- Participar en la formación pre y postgrado del médico de familia.
- Colaborar en la docencia de otros profesionales de Atención Primaria de Salud.
- **Trabajar en equipo y cooperar con otros profesionales relacionados con el proceso salud-enfermedad**
- Trabajar en Equipo en Atención Primaria de Salud.
- Establecer derivaciones, interconsultas y cooperar con otros especialistas sanitarios (coordinación con otros niveles del sistema sanitario).
- Consultar, derivar y cooperar con otros profesionales y responsables sociosanitarios (servicios sociales, medioambientales, ayuntamientos).
- Participar en organizaciones científicas y profesionales.
- **Organizar la práctica del médico de familia en aps**
- **Considerar la ética médica y la legislación vigente en la actuación del médico de familia**
- Aplicar la legislación vigente en la actuación del médico de familia.
- Considerar la ética médica en la actuación del médico de familia.

Áreas docentes

Independientemente de las características concretas del programa de Medicina Familiar y Comunitaria de cada Unidad Docente, determinadas por la situación y disponibilidad de los medios humanos y materiales necesarios para impartirlos, al iniciar el desarrollo de las distintas áreas docentes que lo componen es imprescindible establecer claramente algunos puntos fundamentales:

- El objetivo primordial del Programa de Medicina Familiar y Comunitaria es formar Médicos de Atención Primaria expertos en la atención a los procesos de salud y enfermedad propios de este nivel del sistema sanitario y que para ello han de tener una sólida formación clínica junto con conocimientos y habilidades suficientes en los terrenos de la medicina familiar y la medicina comunitaria, que les permita, por un lado, ampliar el enfoque de la atención a los procesos citados al ámbito familiar y comunitario y, por otro, trabajar y comunicarse eficazmente con otros profesionales ligados a la atención primaria de salud.
- Es imprescindible que el aprendizaje en las distintas áreas docentes del programa se realice de forma integrada y secuencial desde su inicio, permitiendo al profesional en formación ir aplicando en su actividad diaria los conocimientos, habilidades y actitudes adquiridas. Esta afirmación implica el desarrollo simultáneo desde el primer año de actividades docentes clínicas, de medicina familiar y de medicina comunitaria, de tal forma que todas se beneficien entre sí y representen el enfoque práctico de los problemas de salud que realiza el Médico Residente tanto

durante su estancia en el Hospital como en los Centros de Salud.

- Es indudable el papel principal del Centro de Salud en la gestión del programa así como en la impartición de la docencia en sus distintas áreas. La enseñanza en el ámbito hospitalario ha de ser complementaria de la realizada en el de atención primaria y estar diseñada de acuerdo con los objetivos y prioridades de ésta.
- Es necesario, dada la diversidad de los contenidos y de los ámbitos de formación en Medicina Familiar y Comunitaria, una coordinación eficaz de las distintas Áreas Docentes con el fin de que no se produzcan desviaciones importantes en los objetivos, así como para lograr su integración y engranaje en el tiempo total de duración del programa evitando una configuración en bloques de aprendizaje independientes entre sí. En este aspecto el papel que han de jugar el Coordinador, los tutores de los Centros de Salud y los Técnicos de Salud es fundamental.
- El desarrollo de una parte importante del programa en Hospitales con elevados grados de especialización y tecnificación y que, por tanto, atiende en muchos casos a pacientes con patologías complejas y/o infrecuentes en Atención Primaria, obliga a definir clara y taxativamente los objetivos del aprendizaje en cada uno de los servicios hospitalarios. En este sentido el control del Coordinador de la Unidad Docente y del Tutor Hospitalario es básico y deben de estar perfectamente informados de la situación del aprendizaje en los distintos servicios.
- La elección de las distintas Áreas Docentes del Programa se han realizado tras un análisis amplio y minucioso de la

experiencia internacional en la formación post-graduada en Medicina Familiar y comunitaria con las adaptaciones lógicas a las características y necesidades del “rol” profesional del Médico de Atención Primaria en España.

- De acuerdo con estos criterios conviene precisar que existen cuatro Áreas Docentes: General, Atención al Individuo, Familiar y Comunitaria, que confluyen en un punto, los Centros de Salud, donde se ponen en práctica las habilidades y conocimientos que configuran el currículum de dichas áreas
- En el Área General se incluyen las tareas primarias y de soporte, con el curso de “Introducción a la Medicina Familiar y Comunitaria” y los módulos docentes: “Metodología de la Investigación”, “Organización de los Centros de Salud” y “Evaluación y garantía de calidad en APS”. En el Área de Atención al Individuo (clínica), el curso de Urgencias y Resucitación Cardiopulmonar, los conocimientos y habilidades en Medicina Interna y Especialidades Médicas, Pediatría, Obstetricia, Cirugía, etc. En el área de Medicina Familiar y sociología de la salud, los conocimientos de la práctica familiar y los elementos de la sociología médica necesarios en la especialidad. Por último en la Comunitaria, las tareas que permiten al Especialista conocer la realidad: diagnóstico de salud de la comunidad, para poder intervenir: programas de salud comunitarios.
- El aprendizaje de las materias que conforman las distintas Áreas se realizará a lo largo de los tres años de formación, utilizando distintos lugares de aprendizaje y diversos métodos docentes, como se expone en cronograma del programa.

- Los tres espacios para la formación del especialista en Medicina Familiar y Comunitaria son el Centro de Salud, las Urgencias Hospitalarias y Extrahospitalarias y los Servicios del Hospital. El lugar fundamental del aprendizaje es el Centro de Salud.
- Estos períodos formativos se simultanean con la realización de guardias en los Servicios de Urgencias.
- Con la finalidad de garantizar que el especialista en Medicina Familiar y Comunitaria dé respuesta a las demandas de salud que exige la sociedad actual, este programa está estrechamente vinculado al perfil profesional del médico de familia de tal forma que sus contenidos formativos se distribuyen en áreas docentes que coinciden con las áreas de competencia.

Flexibilidad del programa formativo

La flexibilidad de este programa se pone de manifiesto, entre otros, en los siguientes aspectos:

- En los métodos de aprendizaje: el objetivo final es siempre la adquisición de competencias por parte del residente y no el método por el que estas se adquieren. "Lo importante es el qué y no el cómo"; este planteamiento determina que, en cada área docente se prevean distintos métodos de aprendizaje, a fin de elegir en cada caso el que más se adecue al perfil formativo de los tutores y a las características específicas de la Unidad Docente donde se está formando el residente.
- Emergencias, los Servicios de Urgencia Hospitalaria, la Sanidad Penitenciaria).

- En la ampliación de espacios docentes: el programa formativo está abierto a la incorporación de nuevos recursos en las Unidades Docentes para mejorar y ampliar la formación del residente, tales como: las unidades médicas de corta estancia, de hospitalización a domicilio, de atención al adolescente, de cuidados paliativos así como a la necesaria incorporación de centros de salud rurales debido a las connotaciones específicas que tienen las actividades que realizan los Médicos de Familia en este medio.
- En la realización de estancias electivas: la evaluación formativa antes de concluir el tercer año de formación, permitirá determinar el nivel de competencias adquirido por el residente, permitiendo a través de la realización de estas estancias electivas, durante tres meses, ajustes en los niveles de competencia adquiridos por los residentes.

5. CONCLUSIONES

La medicina de familia es la continuación y actualización del histórico médico de cabecera y se define únicamente en el contexto familiar. Como implica su definición, incluye el manejo del paciente en la salud y en la enfermedad, una relación especial con el enfermo y con la familia y un enfoque integral del cuidado de la salud.

Las nuevas políticas de salud hacen posible que todos los miembros de las familias tengan acceso a los Servicios de Salud. Esta situación facilita la implementación de un modelo de atención con enfoque familiar. Para ello es necesario modificar la

cultura de atención, sensibilizar y capacitar al personal que trabaja en servicios, adecuar el sistema de información de manera que permita extender la atención desde el individuo a la familia, extender las acciones de promoción y prevención a grupos familiares y comunitarios seleccionados por riesgos, problemas y/o ciclo vital.

Tradicionalmente la atención del paciente ha sido fragmentada considerando sólo su enfermedad y no su bienestar. Esto ha conducido al deterioro de la calidad de la atención, poca satisfacción del paciente, poca preocupación por la prevención y el auto cuidado.

Con el enfoque familiar se ve a la persona dentro de un sistema familiar e inmerso en un contexto social y cultural que condiciona su bienestar y aporta factores de riesgo de enfermar y factores protectores de su salud. Estos factores van a condicionar el estado de salud de la persona. Se puede brindar atención integral al paciente motivando en él y su familia la participación en el auto cuidado, adherencia al tratamiento, bienestar y satisfacción.

6. RECOMENDACIONES

El médico familiar debe:

- Comprometerse con la persona y su familia, más que con la técnica, sexo o un órgano afectado.
- Buscar la comprensión del contexto alrededor del padecimiento de sus pacientes y entender que los problemas o las situaciones de salud no ocurren

aisladamente; múltiples aspectos del contexto y la cultura de la persona influyen directamente en la aparición y el comportamiento de las enfermedades y los problemas de salud, a la vez que son influenciados por ellos.

- Considerar cada encuentro con el paciente como una oportunidad para la educación o la prevención.
- Manejar un enfoque centrado en la Familia.
- Valorar a sus pacientes y familias con un enfoque de riesgo.
- Actuar como parte de la red comunitaria de apoyo y atención sanitaria.
- Adquirir un mayor y más profundo conocimiento de sí mismo, de sus fortalezas y debilidades, y de sus facilitadores y limitantes, para establecer una comunicación eficiente y evitar que sus sentimientos y valores le produzcan juicios que contaminen la atención cálida, respetuosa y honesta que debe brindar a las personas de su comunidad.
- Saber manejar los recursos con racionalidad y eficiencia. Los médicos de Atención Primaria, dada la creciente importancia que se les está asignando como puertas de entrada al sistema de atención médica, se están transformando en “primera línea o guardabarreras” (*gatekeepers* en la definición estadounidense) con el objeto de procurar un uso más apropiado y equitativo de los servicios disponibles.
- El médico de familia debería vivir cerca de donde viven sus pacientes y, en lo posible, procurar verlos en todas las

instancias de atención: consultorio, sala de internación, domicilios, etcétera. La asignación del tiempo para cada una de ellas depende del ámbito de la atención (urbano vs. rural), así como de la distancia entre el lugar donde el médico vive y el lugar donde trabaja.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Starfield B. Atención primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Barcelona: Masson; 2004.
- 2) Elías PE, Ferreira CW, Alves MC, Cohn A, Kishima V, Junior AE, et al. Atenção básica em saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *CiêncSaúdeColetiva*. 2006; 11(3): 633-41.

- 3) Cassady CE, Starfield B, Hurtado MP, Berk RA, Nanda JP, Friedenbergh LA. Measuring consumer experiences with primary care. *Pediatrics*. 2000; 105(4 Pt 2): 998-1003.
- 4) Larizgoitia I, Starfield B. Reform of primary health care: the case of Spain. *Health Policy*. 1997; 41(2): 121-37.
- 5) Mc Whinney Ian. R. *Family Medicine- 3rd ed.* Oxford University Press, 2009.
- 6) American Academy of Family Physicians; 1986 (2010 COD).
- 7) Rubistein A. *Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria*. 2da Ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2006
- 8) Robert E. Rakel *Textbook of Family Medicine*, 7th ed. Part I - Principles of Family Medicine. 2007.
- 9) [Not author listed]. The future of family practice. Implications of the changing environment of medicine. Council on Long Range Planning and Development in cooperation with the American Academy of Family Physician. *JAMA*. 1988; 260(9): 1272-79.
- 10) Gómez Gascón T, Ceitlin J. *Medicina de familia, la clave de un nuevo modelo*. Madrid: semFYC-CIMF; 1997.
- 11) Ceitlin J. *La medicina familiar en América Latina*. Presentación. *Aten Primaria*. 2006; 38(9): 511-14.

- 12) OMS/WONCA. Hacer que la práctica médica y la educación médica sean más adecuadas a las necesidades de la gente: la contribución del médico de familia. Ontario: OMS/WONCA; 1994.
- 13) Suarez Bustamante, Miguel Ángel. La medicina familiar en el Perú: evolución y desafíos. Rev. perú. med. exp. salud pública, jul./set. 2008, vol.25, no.3, p.309-315. ISSN 1726- 4634.
- 14) OMS. Informe sobre la salud Mundial 2008: La Atención Primaria de salud más necesaria que nunca. Ginebra: OPS; 2008.
- 15) Cuba-Fuentes, Maria, Jurado, Gabriel y Estrella, Eva Evaluación del cumplimiento de los atributos de la Atención Primaria y grado de satisfacción de los usuarios de un establecimiento de primer nivel de atención. Rev. Med. Hered, Ene 2011, vol.22, no.1, p.4-9. ISSN 1018-130X
- 16) Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. Milbank Q. 2005; 83(3): 457-502.
- 17) Cuba Fuentes, MS. y Suárez B, M. RAMPA, 2006. 1(1):58- 65.
- 18) Ceitlin, Julio y Gomes Gascón, Tomas Ed. Medicina de Familia, la clave de un nuevo modelo. Madrid, CIMFsemFYC. 1997.
- 19) Sloane, Philip et al. Essential of Family Medicine. Baltimore, Williams &Wilkins. 1988.

- 20) Iturbe P. La medicina familiar: calidad en Atención Primaria, base del sistema nacional de salud. Med Fam. 1987; 4:23-34.
- 21) Ramos V. Medicina General/medicina de familia en Europa. En: Gómez Gascón T,
- 22) Ceitlin J. Medicina de familia: la clave de un nuevo modelo. Madrid: IM&C; 1997.
- 23) Lemus ER, Borroto ER, Aneiros-Riba R. Atención Primaria de Salud, Medicina Familiar y Educación Médica. La Paz: Biblioteca de Medicina; 1998.
- 24) Rakel MD. Textbook Family Practice. 3 ed. Toronto: WB Saunders; 1984.
- 25) American Academy of family Physicians. Official definition of family practice and family physician. AAFP Report. 1975; 2: 2-10.
- 26) Gómez Gascón T, Moreno Marín J. Especialidad de medicina familiar y comunitaria en España En: Ceitlin J, Gómez Gascón T. Medicina de Familia: la clave de un nuevo modelo. Madrid: IM&C; 1997: 337
- 27) Taylor RB. Conceptos centrales en Medicina Familiar. En: Ceitlin J, Gascón T. Medicina Familiar. Madrid: IM&C; 1997.
- 28) Colectivo de autores. Anteproyecto. Programa Atención Integral a la Familia. Ciudad de La Habana: MINSAP; 2004.

- 29) López Espinosa JA. Fechas memorables [página en Internet]. La Habana: Universidad virtual de Salud Cubana; 2008 [citado 31 May 2008] [aprox. 2 pantallas].
- 30) Sansó Soberats FJ. El primer centro nacional de debate sobre medicina familiar. RevCubana Med Gen Integr [serie en Internet]. 2003 [citado 31 May 2008]; 19(3): [aprox. 8 p.].
- 31) Sansó Soberats FJ. Veinte años del modelo cubano de medicina familiar. Rev Cubana Salud Públ [serie en Internet]. 2005 [citado 17 May 2008]; 31(2): [aprox. 8 p.].
- 32) Domínguez Carballo B. Historia de la Medicina en la localidad de Morón. Ciego de
- 33) Ávila: [documento no publicado]; 2000.
- 34) Delgado García G. Antecedentes históricos de la atención primaria de salud en Cuba. Rev Cubana Salud Públ [serie en Internet]. 2005 [citado 17 May 2008]; 31(2):
- 35) Rojas Ochoa F. Orígenes del movimiento de atención primaria de salud en Cuba. RevCubana Med Gen Integr [serie en Internet]. 2003 [citado 17 May 2008]; 19(1): 56-61.
- 36) Rojas Ochoa F. La atención primaria de salud en Cuba, 1959-1984. Rev Cubana Salud Públ [serie en Internet]. 2005 [citado 17 May 2008]; 31(2): [aprox. 8 p.].
- 37) McWhinney IR. An Introduction to Family Medicine. New York: Oxford University Press; 1981.

- 38) Stephens G. Family Practice in the 1980-1990. STFM. Kansas City. Missouri. Taylor RB. Family Medicine. Principles and Practice (Second edition). New York: Springer - Verlag; 1983.
- 39) Starfield B. Is primary care essential? Lancet. 1994; 344(8930):1129-33.
- 40) Fuentes C, Casado V. La especialidad de medicina familiar y comunitaria en 2004 con la aplicación del nuevo programa de formación. Madrid: Anales de Medicina Familiar y Comunitaria. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria; 2004.
- 41) Universidad de Panamá. Programa de Maestría Profesional: Maestría en Ciencias Clínicas con Especialización en Medicina Familiar. Perfil Académico del Médico Familiar. Ministerio de Salud, Caja del Seguro Social, Universidad de Panamá, Asociación de Médicos Residentes e Internos de la Caja del Seguro Social. Panamá, abril, 2003: 20-21
- 42) Owens TP, Dominici LE, Saldaña A. ¿Qué es la medicina familiar? Universidad de Panamá. 1998.
- 43) Roa R, Siede J, Ruiz Morosini ML. Medicina familiar. Bases para un nuevo modelo de atención. Buenos Aires: Editorial Akadia; 1997.
- 44) Dominici, Luis Eduardo, et al. Cuidados Comprensivos. Facultad de Medicina, Universidad de Panamá, noviembre de 2004.

- 45) Engel, George. The Clinical Application of the Biopsychosocial Model. American Journal of Psychiatry, 1980.
- 46) Carmichael, L., Carmichael, J. The Relational Model in Family Practice, 1976.
- 47) Taylor, Robert B. Family Medicine. Principles and Practice. Springer - Verlag: Second Edition. New York. 1983.
- 48) Universidad Autónoma del Estado de México. Perfil del Médico Familiar. Especialización en Medicina Familiar. México, 2004
- 49) Rubinstein. Medicina familiar y práctica ambulatoria. 2.^a Ed. Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, 2006.
- 50) Rakel R. Family Practice (Third Edition). USA: W.B. Saunders Company; 1984.
- 51) Pories WJ, Thomas FT. Office Surgery for Family Physicians. Michigan University,
- 52) Boston: Butterworth; 1985. ISBN 0-409-95142-0 9780409951424
- 53) Román F, Barrios M. Universidad Maimónides. Facultad de Medicina. Buenos Aires, 2004.
- 54) Rubinstein, A. (2001). Medicina familiar y comunitaria: bases y fundamentos de la práctica de la medicina familiar. Buenos Aires: Editora Médica Panamericana.

ANEXOS

PREGUNTAS DE ENCUESTAS

1) ¿Si pudiera cuantificar el respeto y la cortesía del médico que los atendió que rango le pondría?: (70 – 100%): (50 – 70%): (20 – 50%): (0 – 20%).

2) ¿Cómo define su compromiso de los médicos, elija una de las alternativas? ¿Cumple a cabalidad, responsabilidad y existe una relación de pertenencia con las instituciones. ¿Cumple con sus

obligaciones pero no se involucra a cabalidad? ¿Trabaja por cumplir sin esforzarse en lo que hace?

3) ¿El trabajo en equipo se está llevando en la comunidad de la Parroquia Pascuales?

4) ¿El servicio que se está entregando por el Postgrado en medicina familiar y comunitaria en la parroquia pascual como es considerado por usted es Muy satisfactorio; Satisfactorio: En desarrollo. ¿O Necesita mejorar?

5) ¿Es considerada o reconocida la calidad calidez además de la y precisión del trabajo en equipo y elogiada por usted ante los Médicos que participan en el programa salud familiar y comunitaria?

6) ¿Cuál es su percepción sobre el sentir del personal médico y paramédico en los diferentes cargos del POSTGRADO en medicina familiar y comunitaria?

7) ¿Dentro del área que Ud. dirige cree que la comunicación se da de forma acertada, oportuna, permanente y planificada?

8) ¿Dispone usted los medios para cuantificar las estrategias de recursos humanos y las mejoras en la comunicación de sus pacientes? ¿Los aplica?