

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

“PERCEPCIÓN DE LA ATENCIÓN RECIBIDA, POR LA POBLACIÓN VULNERABLE ATENDIDA POR EQUIPOS MULTIDISCIPLINARIOS, LIDERADOS POR ESPECIALISTAS EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA GRADUADOS EN LA PRIMERA COHORTE DEL CONVENIO MSP – PUCE EN EL PARALELO SANTO DOMINGO, EN EL CENTRO DE SALUD LA CONCORDIA Y PUERTO QUITO, DURANTE EL PERIODO DE ENERO A JULIO DEL 2019.”

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

AUTORES:

DRA. MARÍA GABRIELA MORA MARCILLO.
DR. RAÚL AUSBERTO ARGANDOÑA TAURIZ.

DIRECTOR DE TESIS: DR. RODRIGO DÍAZ.

DIRECTOR METODOLÓGICO: DR. RODRIGO DÍAZ.

SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS

2019

DEDICATORIA.

A mi amado esposo por ser mi compañero, amigo y confidente, a mis hijos quienes con su sonrisa y amor llenaban mi mundo, a mis padres por enseñarme a ser fuerte, a mis hermanos por ser mi salvavidas en momentos difíciles.

Gaby.

A mi esposa, mi fiel amiga, mi compañera, mi confidente y mi apoyo, quien en los momentos más difíciles de este posgrado me dio las fuerzas para continuar y no rendirme, a mis hijos de corazón Eduardo y Mikaela, por la paciencia y su cariño incondicional, a mi madre, hermanos, a mis suegros y cuñados quienes también dieron su grano de arena para poder realizar mis estudios de cuarto nivel.

Raúl.

AGRADECIMIENTO.

*Al dador de vida, sin ti mi Dios amado no lo hubiese logrado, salvaste mi vida y jamás me
has abandonado.*

Queridos Dr. Díaz y Dr. Solas jamás olvidare todas sus enseñanzas.

Gaby.

A Dios, porque jamás me abandono en este arduo camino.

Mis estimados Dr. Díaz y Dr. Solas, por sus enseñanzas.

Raúl.

TABLA DE CONTENIDOS.

DEDICATORIA.....	2
AGRADECIMIENTO.....	3
TABLA DE CONTENIDOS.....	4
LISTA DE FIGURAS.....	8
RESUMEN.....	9
ABSTRACT.....	11
 CAPÍTULO I	
INTRODUCCIÓN.....	13
 CAPÍTULO II	
MARCO TEÓRICO.....	17
MEDICINA SOCIAL.....	18
HISTORIA DE LA ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD.....	19
ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN NUESTRO PAÍS.....	22
DETERMINANTES DE SALUD PÚBLICA.....	23
EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIO INTERCULTURAL.....	24
EQUIPOS DE ATENCIÓN EN SALUD.....	25

EQUIPOS MULTIDISCIPLINARIOS.....	26
EQUIPOS INTERDISCIPLINARIOS.....	26
ESTRATEGIA DE SALUD CON IMPLEMENTACIÓN DE EQUIPOS MULTIDISCIPLINARIOS.....	27
MÉDICO DE FAMILIA.....	28
CARACTERÍSTICAS DEL MÉDICO DE FAMILIA.....	29
GRUPOS VULNERABLES.....	31
EL SUJETO Y “EL OTRO”	32
PERSPECTIVA.....	32
ESCUCHA ACTIVA.....	33
EMPATÍA.....	34
UN BUEN MÉDICO.....	37
 CAPÍTULO III	
3.1 MÉTODOS.....	37
3.2 JUSTIFICACIÓN.....	37
3.3 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	38
3.4 OBJETIVOS.....	38
3.4.1 OBJETIVO GENERAL.....	38

3.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	38
3.5 PREMISA.....	39
3.6 DISEÑO DEL ESTUDIO.....	39
3.6.1 TIPO DE ESTUDIO.....	39
3.6.2 CATEGORÍAS DEL ESTUDIO.....	40
3.7 UNIVERSO DEL ESTUDIO.....	43
3.8 CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	44
3.8.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	44
3.8.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	44
3.9 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.....	44
3.10 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	45
IDEA NÚCLEO.....	45
MODO DE PREDICA.....	45
GRADOS DE REFERENCIALIDAD.....	46
IDEOLOGÍA.....	46
3.11 ASPECTOS BIOÉTICOS.....	47
3.11.1 PRINCIPIOS GENERALES.....	47

CAPÍTULO IV

RESULTADOS.....49

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN..... 73

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES.....78

RECOMENDACIONES.....79

REFERENCIA

BIBLIOGRÁFICA.....80

ANEXOS.....83

LISTA DE FIGURAS.

Figura 1: Determinantes de la salud.....	26
Figura 2:MAIS.....	27
Figura 3: Escenarios de Atención del MAIS.....	30
Figura 4: Construcción de las características del Médico de Familia.....	31
Figura 5: La Medicina Familiar y Comunitaria y la Universalidad.....	32
Figura 6: Diferencia entre Grupos Prioritarios y Vulnerables.....	33
Figura 7: Destrezas y técnicas que fomentan la escucha activa.....	36
Figura 8: Para ser un buen médico.....	38
Figura 9: Categorías de estudio.....	43
Figura 10: Categorías de estudio.....	44
Figura 11: Centro de Salud de La Concordia.....	45
Figura 12: Centro de Salud de Puerto Quito.....	46
Figura 13: Interpretación de la representación social.....	48
Figura 14: Características de los informantes.....	51
Figura 15: Tabla de Categorías.....	51
Figura 16: Atención del Médico de Familia.....	53
Figura 17: Atención del Médico de Familia: Importancia.....	56
Figura 18: Rol del Médico de Familia: líder de Equipo.....	59
Figura 19: Rol del Médico de Familia: comunicación de Diagnósticos.....	61
Figura 20: Rol del Médico de Familia: Seguimientos de Salud.....	63
Figura 21: Comunicación del Médico de Familia.....	65
Figura 22: Comunicación del Médico de Familia: Confianza.....	67
Figura 23: Comunicación del Médico de Familia: Atención personalizada.....	69
Figura 24: Familiaridad del Médico de familia: conocer al Médico.....	71
Figura 25: Familiaridad del Médico de Familia: parte de la Comunidad.....	73
Figura 26: Resumen de la Percepción de la población Vulnerable.....	79

RESUMEN.

La atención integral brindada por especialistas de Medicina Familiar dirigida a la población vulnerable, constituye un punto importante en la determinación de la percepción que esta población tenga, tomando en cuenta que dicha atención es realizada dentro de equipos multidisciplinarios, liderada por el Médico de Familia.

El objetivo principal de esta investigación fue dirigido a determinar la percepción de la atención recibida, por la población vulnerable atendida por equipos multidisciplinarios, liderados por especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria.

Se contó con un estudio cualitativo, que valoró la percepción de los pacientes vulnerables, sobre la atención brindada por especialistas en Medicina Familiar, dentro de equipos multidisciplinarios y las diferentes categorías que engloba la problemática objeto de estudio.

La población contó con todas las personas vulnerables crónicas registradas en los centros de salud de la Concordia y Puerto Quito, además del personal de salud, relacionado con los equipos multidisciplinarios (TAP); escogiendo informante clave tanto para los grupos focales como para las entrevistas a profundidad.

Sus categorías a medir se encaminaron a la “percepción” de la “atención recibida”, por especialistas en medicina familiar que lideran equipos multidisciplinario,

Sus categorías cualitativas se analizaron mediante entrevistas semi- estructuradas e interpretas por medio del análisis del mensaje de Prieto Castillo.

Los resultados obtenidos mostraron una consolidación en la mayoría de las categorías estudiadas. Se pudo determinar que la percepción de la atención recibida por la población vulnerable atendida por equipos multidisciplinarios, liderada por especialistas de Medicina Familiar, tiene las características de una atención integral. El médico de familia graduado en la primera promoción del convenio PUCE MSP, se caracterizó por ser “un buen

médico”, capacitado para dar solución a las demandas del paciente en atención primaria mediante el diagnóstico y seguimiento de las enfermedades; empático, comunicativo y familiarizado con el individuo, su familia y la comunidad.

Se recomienda a la Academia fortalecer las competencias de liderazgo y lograr potenciar la misma en futuras generaciones. La realización de más estudios de este tipo, podría garantizar una retroalimentación y mejorar la atención del Médico de Familia.

ABSTRACT.

The comprehensive care provided by Family Medicine specialists aimed at the vulnerable population, establish an important point in determining the perception that this population has, taking into account that such care is carried out within multidisciplinary teams, led by the Family Physician.

The main objective of this research was to determine the perception of the attention received, by the vulnerable population attended in multidisciplinary teams, led by specialists in Family and Community Medicine.

There was a qualitative study, which assessed the perception of vulnerable patients, about the care provided by specialists in Family Medicine, within multidisciplinary teams and the different categories that encompass the problem under study.

The population had all the chronically vulnerable people registered in the Concordia and Puerto Quito health centers, in addition to health personnel, related to the multidisciplinary teams (TAP); choosing key informant for both focus groups and in-depth interviews.

Their categories to be measured were directed to the "perception" of the "attention received", by family medicine specialists who lead multidisciplinary teams, their qualitative categories were analyzed through semi-structured interviews and interpreted through the analysis of Prieto Castillo's message.

The results obtained a consolidation in most of the categories studied. It was determined that the perception of the attention received by the vulnerable population attended by multidisciplinary teams, led by Family Medicine specialists, has the characteristics of comprehensive care. The family doctor graduated in the first promotion of the PUCE MSP agreement, is characterized by being "a good doctor", trained to solve the patient's requests in primary care through the diagnosis and monitoring of diseases; empathic, communicative and familiar with the individual, his family and the community.

The Academy is recommended to strengthen leadership competencies and strengthen it in future generations. The realization of more studies of this type, we could have a feedback and improve the attention of the Family Doctor.

CAPÍTULO 1.

INTRODUCCIÓN.

A lo largo de la historia el concepto “salud” ha evolucionado de manera significativa, desde la búsqueda insistente por encontrar la cura de enfermedades, hasta el conocimiento evolutivo y necesario de entender que estar sano, para un individuo, depende no solo de su contexto biológico sino además de su entorno psicológico y social. La presente investigación, tiene como finalidad el determinar la percepción de la población vulnerable, sobre la atención recibida por parte de especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria que lideran equipos Multidisciplinarios.

A partir de los años 50 la OMS redefine el concepto de salud, en donde “estar sano, comprende el bienestar físico, mental y social; no solo significa estar libre de enfermedades. (Concepto de salud-según-la-OMS).

Desde este punto, nace una revolución en la atención dirigida al individuo, con características de integralidad en cuanto a salud. “Cuando hablamos de atención integral de salud no solo nos referimos a la cura de las enfermedades, ya que este concepto abarca una visión más amplia del individuo y su entorno”. (Concepto de salud-según-la-OMS).

La Declaración de Alma-Ata difundió una concepción de atención primaria, que la interpreta como parte de un sistema integrado de cuidados de la salud y del desarrollo económico-social de una sociedad, que involucra la cooperación con otros sectores para enfrentar los determinantes sociales de la salud y la promoción de la participación social. (Giovanella, Fidelis, Vega, Oliveira & Silva, 2015).

Se destaca que, para constituir una atención integral con parámetros de excelencia, en todo el mundo inicio una oleada de cambios en la formación de profesionales de la Salud y sus competencias dentro del sector Público, sobretudo en la formación de los Médicos,

debido a que, por su formación biomédica, no encajaban con los principios y finalidades de las APS.

En Latinoamérica, los servicios de Salud por décadas fueron y son consumidos por un pensamiento neoliberal, donde el comercio, la centralización y fragmentación de la salud han puesto en riesgo el derecho sublime al buen vivir. Por tanto, desde su advenimiento, las APS fomentan el cambio esperado dentro de la atención integral de Salud.

En el Ecuador a partir de la constitución del 2008 (art. 275-278), se inició un nuevo desafío de encause social que garantiza los derechos y responsabilidades del individuo con la promulgación del Plan Nacional para el Buen Vivir. “El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva”. (MSP.MAIS FCI 2012).

En este proceso juega un papel muy importante el personal sanitario destinado a brindar una atención integral e intercultural y no solo basada en curación de enfermedades. “En el primero y segundo nivel se incorpora especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria y Técnicos de Atención Primaria de Salud”. (MSP.MAIS FCI 2012).

En el 2018, el estado ecuatoriano incorpora al Plan del Buen Vivir; la Estrategia Médico del Barrio, la cual se caracteriza por un grupo multidisciplinario de salud conformado por un Médico, una enfermera y un técnico de atención primaria en salud además de los profesionales de la salud que forman parte del sistema sanitario; destinado a garantizar una atención digna, a los grupos más vulnerables, así como también a los grupos prioritarios de salud. El Médico de Familia participaría dentro de este grupo captando a los pacientes vulnerables, así como brindando atención integral al individuo y su familia.

Hablar de grupos vulnerables, es tratar de brindar atención integral a la población más frágil dentro de una comunidad, ya sea por complicaciones de su enfermedad o por el medio que lo rodea.

Los pacientes vulnerables son pacientes que por su condición física o por lo complicado de sus enfermedades, que en ocasiones se tornan complejas por el entorno socioeconómico, se vuelven "pacientes frágiles" que merecen una atención especial por parte del médico familiar y del equipo de salud de atención primaria. (Riquelme-Heras, Héctor, Gómez-Gómez, Celina, Gutiérrez-Herrera, Raúl, Martínez-Lazcano, Félix, & Sierra-Ayala, Irasema. 2016).

Por consiguientes, se debe entender que la atención que se brinda a este tipo de individuos debe priorizarse y asegurar el bienestar biopsicosocial del paciente frágil.

La Medicina Familiar y Comunitaria representaría el eje efector de las APS ya que estaría encargada de la atención del individuo, la familia y su relación con la comunidad, sin ser esta una atención fragmentada; que engloba las esferas biológicas, psicológicas y sociales del individuo, cuya práctica no percibe límites de edad o sexo. Realmente se debería definir al Médico de Familia como un generalista porque a diferencia de especialistas en una rama de la medicina en particular, el Médico Familiar limita sus actividades dependiendo de las necesidades del individuo. “La finalidad de la praxis del médico familiar es el individuo y su entorno (familia), su compromiso, a diferencia de cualquier otra especialidad, se define solo por las necesidades de sus pacientes” (medfamcom. 2009).

Como líder de grupos multidisciplinarios de salud, el médico Familiar es responsable de la detección de individuos vulnerables, evaluando sus problemáticas de salud que lo afectan directamente y que afecta a su entorno; además de brindar la atención integral necesaria; respaldar y dirigir las actividades de la enfermera y el técnico de atención primaria en salud e involucra a los profesionales que forman parte de grupos

multidisciplinarios de Salud, a fin de dar solución a las exigencias del paciente. Sin embargo, se debe esclarecer que el médico de familia no es un derivador o clasificador de derivaciones sino un profesional capacitado para resolver aproximadamente el 85 % de las patologías más comunes en atención primaria, de una manera integradora, que abarca al individuo como persona única; a su familia y comunidad.

Referirse a un Médico de Familia más que establecerlo como Especialista es nombrar al Generalista que por esencia es, al cumplir con un perfil biopsicosocial, su interés se basa en resolver los problemas de salud del individuo, dicho de esta forma su modelo no es la tradicional salud-enfermedad, ya que ahonda en el individuo más allá de su patología, entendiendo que en la salud del mismo son de gran importancia su contexto psicológico y social.

Es necesario acentuar que, a pesar de todas sus destrezas, la práctica de la medicina familiar en el Ecuador, se encuentra en un sistema que responde a un modelo hegemónico de sociedad Medicalizada, que exige aspectos de producción, siendo esto un reto para la buena práctica de sus habilidades. “La sobrecarga de trabajo administrativo entorpece las destrezas profesionales, evitando brindar a los pacientes el tiempo necesario para una atención integral y de alta calidad” (Medicina familiar 2017).

El reto para el Médico Familiar en el Ecuador, radica en fomentar el cambio en la ideología de una medicina hegemónica a una medicina más social y contextualizada, así como de explotar su perfil en la cartera de servicio de salud, fundarse como médico de cabecera del paciente, garantizando la confianza en su práctica y encaminado a lograr una educación en salud preventiva y no solo curativa, revolucionando drásticamente la práctica médica en el país y en la atención primaria en salud.

CAPÍTULO 2.

MARCO TEÓRICO.

A lo largo de historia, la Salud ha llevado diferentes caras, desde creer que la enfermedad era un castigo divino hasta la realización de códigos sanitarios. Sin embargo, tal vez uno de sus grandes errores fue el de pretender que lo normal dentro del proceso de salud del individuo, tuviera soluciones médicas innecesarias.

La medicalización es el proceso social que pretende convertir situaciones que han sido siempre normales en cuadros patológicos y resolver, mediante la medicina, situaciones que no son médicas, sino sociales, profesionales o de las relaciones interpersonales. (Revista Hospital Italiano Buenos Aires, 2014). El proceso de la medicalización aparece para brindar explicación a las situaciones o problemas sociales desde el punto de vista de la medicina, sosteniendo que factores sociales y económicos impactantes en la salud, deben ser tratados.

El proceso de la medicalización, según Foucault, comenzó en el siglo XVIII con la constitución del primer Estado moderno, Prusia, y la aparición de la Medicina del Estado, resultado de una medicina social.

Durante la segunda mitad del siglo XX, tras la caída del Acuerdo de Bretton Woods, el neoliberalismo y la posmodernidad posibilitan la transformación de la medicina en un objeto de mercado que, con la educación médica flexneriana, constituye el caldo de cultivo ideal del proceso y de la medicalización indefinida; con el mezquino fin de maximizar el lucro obscuro obtenido de la medicina como mercancía. (Revista Hospital Italiano Buenos Aires, 2014).

Aparecen así algunos conceptos de salud, desde la mirada de la medicalización.

Medicina social:

La medicina social aparece como una “medicina para la masa laboral”, en función a la producción y el capitalismo. (Revista Hospital Italiano, 2014).

En los siglos XVIII y XIX, el capitalismo socializó un primer objeto, el cuerpo, en función de la fuerza laboral. Foucault sostiene que: “con el capitalismo no se pasó de una medicina colectiva a una privada, sino precisamente lo contrario”, aparece la medicina social. Para la sociedad capitalista lo importante era lo biológico, lo somático. El cuerpo es un entre biopolítico y la medicina es una estrategia biopolítica. (Revista Hospital Italiano, 2014).

Siguiendo a Foucault, podemos reconocer tres etapas en la configuración de la medicina social: medicina del Estado, medicina urbana y medicina de la fuerza laboral.

Medicina del Estado: Se basa en la utilización de todos los recursos del Estado: humanos, naturales, políticos. Para y por el Estado.

Se cimienta alrededor de la Ciencia del estado, es decir, el conocimiento cuyo objeto es el Estado; no solo los recursos naturales de una sociedad, ni las condiciones de su población sino también el funcionamiento general de la maquinaria política. (Revista Hospital Italiano, 2014).

Medicina Urbana: Fundamentalmente surgió para hacer frente a los problemas de salubridad de las ciudades.

Medicina de la fuerza laboral: Los pobres de la ciudad tenían una función clara: hacían diligencias, repartían cartas, recogían la basura, retiraban de la ciudad muebles, ropas y trapos viejos que luego redistribuían o vendían. Formaban parte de la instrumentación de la vida urbana. (Revista Hospital Italiano, 2014).

Tomando estos conceptos, se resalta que la medicalización de la Salud nunca fue pensada para salvaguardar al individuo, su familia o su comunidad; sino que estas, fueron estrategias encaminadas a mantener el poder central y neoliberal.

Trata además de hacer notar que muchas veces en la consulta, el tratamiento médico no se basa únicamente en medicamentos, sino en acuerdos, educación, aprendizaje; el cual, aprovechado de la manera correcta, logra más cambios en el ser humano y su entorno que la administración de algún fármaco; sin dejar de lado, aquellos problemas que por su condición biológica deben ser medicados. Mediante este pensamiento surge la medicina Integral creada más para el individuo y no para el estado.

HISTORIA DE LA ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD.

En la década de los 50 y 60 la medicina se centraba en la hospitalización, lugar de internación para todo aquel que sufriera pérdida de salud, arraigado en un modelo científico hegemónico, modernista; valoraba la biomedicina admirando los avances y la modernización de la salud pública, que, aunque con bondades, olvidaba esa parte esencial en el ser humano como sujeto único en lo psicológico y comunitario. Desde esta perspectiva la Medicina Integral surge como la necesidad de vencer esos límites para poder tratar al paciente como un ser único e individual dentro de todo lo complejo que esto significa, es decir sus esferas biológica, psíquica y social.

La idea de una medicina integral surge como reacción a la excesiva tecnificación de la biomedicina que, si bien significó un progreso invaluable en lo sanitario, dejaba de lado aspectos colectivos, psíquicos y espirituales de la salud de las personas. (Entrevista: Revista. Chilena Salud Pública, 2015).

El surgimiento de la medicina integral nace como una necesidad imperiosa de ver al paciente, como individuo en el cual es fundamental abordarlo no solo en su esfera biológica, sino también psicosocial.

Marc Lalonde quien sirviera en los ministerios de bienestar social y salud en Canadá, escribe en 1974 “El Reporte Lalonde”, documento admirado internacionalmente, en el que se detalla todo un arsenal de cambios encaminados a la prevención en salud.

Enmarcado en el puesto de Ministro de Salud, expuso un futurista modelo revolucionario cuyo fin era el análisis de la problemática y urgencias en cuanto a salud pública con lo que se trataba de solventarla y mejorarla, encaminada al bien del individuo y su entorno.

Dicho marco se basa en la división de la salud en cuatro elementos generales: Biología Humana (Genética, Envejecimiento), Medio Ambiente (Contaminación Física, Química, Biológica y Sociocultural); Estilo de Vida (Conductas de Salud); y Sistemas de Asistencia Sanitarian. (Monografías: Situación de la Salud 2019)

En 1978 aparece entonces la Declaración de Alma Ata, en cuya conferencia se plantea un cambio total a la dinámica de salud, debido a la precaria y desigual situación de esta. Se habla entonces de atención primaria en Salud como un derecho de todos y todas a nivel mundial.

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, dada en Alma Ata (1978), hace la siguiente Declaración:

I. Salud es una condición de total bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades, es un derecho humano básico y el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social de gran importancia en todo el mundo; su realización necesita la participación de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud. (The Pan American Health Organization Promoting Health in the Americas, 1978).

II. La alarmante desigualdad del actual estado de salud da la población, principalmente entre los países en desarrollo y los desarrollados, así como dentro de cada país, es política, social y económicamente inadmisibles y, por

tanto, motivo de intranquilidad común para todos los países. (The Pan American Health Organization Promoting Health in the Americas, 1978).

III.El desarrollo económico y social, fundado en un Nuevo Orden Económico Internacional, es sumamente necesario para lograr el grado máximo de salud para todos y disminuir la distancia que separa, en el plano de la salud, a los países en desarrollo de los países desarrollados. La promoción y protección de la salud de la comunidad es importante para un desarrollo económico y social sostenido y contribuye a renovar la calidad de la vida a nivel mundial. (The Pan American Health Organization Promoting Health in the Americas, 1978).

La atención primaria en salud es por ende todo un complejo método que se sustenta en la atención integral del individuo y su familia, así como del entorno que lo rodea, que tiene como finalidad el poder realizar cambios en el estilo de vida del ser humano para mejorar su dinámica en salud.

La atención primaria de salud es la contribución sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente apoyados y socialmente probados al alcance de toda la comunidad, a través de su total participación y a un costo que el individuo, su familia y la nación puedan sobrellevar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo biopsicosocial, teniendo capacidad de autorresponsabilidad y autodeterminación. (The Pan American Health Organization Promoting Health in the Americas, 1978).

La atención primaria en salud es una pieza elemental en políticas de salud pública, como núcleo principal de este sistema, pero además porque es parte del desarrollo social, económico e integral de la comunidad.

Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso

permanente de asistencia sanitaria. (The Pan American Health Organization Promoting Health in the Americas, 1978).

Sin embargo, a nivel político parecería que el discurso de Alma Ata sirvió únicamente para acallar la conciencia gubernamental sin poner en peligro el imperio del sistema económico.

La conferencia del alma Ata (1987) es un ejemplo de que los meta-relatos persisten, a pesar de la perorata postmoderna, pues pone en evidencia la “Declaración universal de los derechos humanos”, es decir de la humanización de los sistemas de salud. (Herrera, D.; Gaus, D.; Guevara, A.; Troya, C. y Obregón, M.2019)

“Pero sigue siendo una propuesta conservadora, pues el interés de este discurso nunca fue la transformación de la vida y de la salud, sino mantener una “falsa conciencia”, que no ponga en peligro el sistema económico imperante”. (Herrera, D.; Gaus, D.; Guevara, A.; Troya, C. y Obregón, M.2019). en nuestro país esta medicina integral se vio envuelta dentro de políticas de salud pública y a nivel operativo en la atención primaria en salud.

ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN NUESTRO PAÍS.

Ecuador, no es la excepción, a estas problemáticas de salud pública ya que por décadas la salud en la nación estuvo desmembrada, insensible y centralizada. Además de mantener un estilo hegemónico neoliberal en su proceder, que afecto sobre todo a la población más vulnerable.

En el país el Sistema Nacional de Salud se ha definido por estar fraccionado, centralizado y desenchajado en la provisión de servicios de salud, una de sus competencias ha sido el predominio de su enfoque hegemónico-biológico-curativo en la atención; centrado en la enfermedad y la hospitalización; con programas de salud pública de corte vertical que empobrecen la esperanza de una atención integral e integrada en la comunidad. (MAIS, 2018).

En el 2008 la constitución de la República del Ecuador resuelve dar una nueva oportunidad para generar cambios en el derecho a la salud de los ecuatorianos mediante “Los derechos al buen vivir”. Se plantea la adquisición de una salud integradora e integral para lo que muchos de los artículos de esta constitución se basaron en prácticas saludables de vivir.

Art. 32.- El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. (Constitución de la República del Ecuador 2008.).

Desde entonces se reconoce a la salud como un derecho fundamental de los ciudadanos el cual implica el mayor esfuerzo tanto en adquisición de técnicas, talento humano capacitado y planificación, los cuales estén encaminados al mejoramiento del desarrollo sustentable y la salud.

La salud y el enfoque de la Atención Primaria de Salud están en estrecha relación con la noción de desarrollo humano sustentable, que trasciende el sentido de generación de riqueza económica pues plantea el desarrollo como el logro de bienestar y generación de oportunidades en el presente y para las generaciones futuras. (MAIS, 2018).

DETERMINANTES DE SALUD PÚBLICA.

Los determinantes de salud son importantes para la atención primaria ya que conocerlos muestra el enfoque para causar daño o beneficio al individuo y su medio. Se denomina al conjunto de procesos que tienen el potencial para generar protección o daño, para la salud individual y colectiva. Elementos complejos que al actuar acopladamente determinan los niveles de salud de los individuos y comunidades. (MAIS 2018).

Ilustración 2
Determinantes de la Salud



Fuente: Marck Lalonde, 1974.

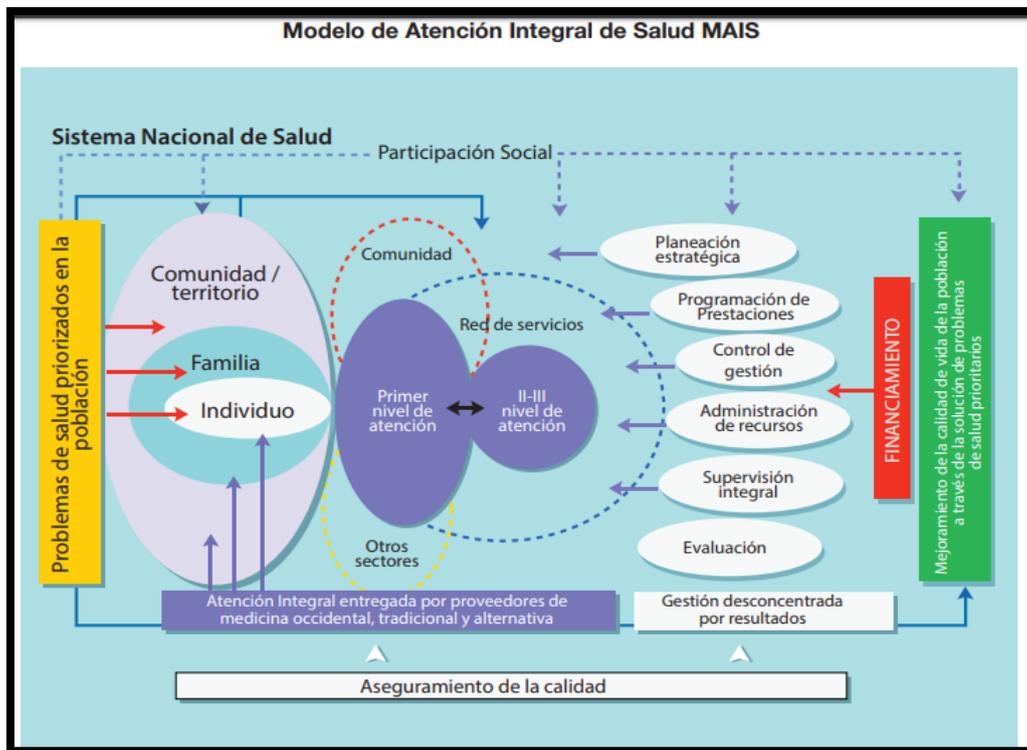
Fuente: MAIS 2018

Figura 1

EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIO E INTERCULTURAL– MAIS-FCI.

Es el conjunto de estrategias, normas, procedimientos, herramientas y recursos que, al complementarse, organiza el Sistema Nacional de Salud para responder a las necesidades de salud de las personas, las familias y la comunidad permitiendo la integralidad en los niveles de atención en la red de salud. (MAIS 2018).

En este contexto el MAIS propone las APSR (atención primaria en salud renovadora), que tiene como base la salud social, que logre dar un giro positivo a la atención en salud pública, mejorando sus sistemas y su desarrollo en el cumplimiento de su labor como agente protector de la salud integral del individuo y su comunidad. Esta reflexión surge desde la certeza de fracaso del modelo hegemónico neoliberal, que durante décadas mantuvo una salud medicalizada y capitalista.



Fuente MAIS 2018.

Figura 2

Las APS como eje de los procesos de transformación de los sistemas de salud determinó los siguientes objetivos: • Facilitar la inclusión social y la equidad en salud • Promover los sistemas de salud basados en APS • Potenciar la promoción de la salud y promover la atención integral e integrada. • Fomentar el trabajo intersectorial y sobre los determinantes • Orientar hacia la calidad de la atención y seguridad del paciente • Fortalecer los recursos humanos en materia de salud. (MAIS, 2018).

Pero para dar cumplimiento a estos objetivos se necesitó personal médico capacitado y la formación de equipos coordinados, capaces de llevar a cabo estos objetivos.

EQUIPOS DE ATENCIÓN EN SALUD.

Para poder general un “buen equipo de trabajo” las APS deben tener ciertas características particulares.

“La disciplina dentro del equipo y la organización crea las condiciones para el desempeño del equipo. El desempeño del equipo está asociado con la calidad y la integralidad de sus respuestas en un ámbito cambiante como es la salud”. (OPS, Estrategia para la formación de equipos APS, 2010). “El equipo cuenta con una variedad de conocimientos desde las diferentes profesiones que le permite interpretar la realidad y abordar los problemas desde diferentes ópticas y construir respuestas integrales e integradas”. (OPS, Estrategia para la formación de equipos APS, 2010).

Estos equipos pueden clasificarse en:

- multidisciplinar, transdisciplinar e interdisciplinar.

EQUIPOS MULTIDISCIPLINARIOS.

Este tipo de equipo se basa en el trabajo conjunto de un grupo de personas con habilidades distintas pero que trabajan mancomunadamente por un objetivo en común, que, en el caso de las APS, se trataría de llevar al individuo a mejorar su estilo de vida. “Número pequeño de personas con habilidades complementarias que están comprometidas con un propósito común, con metas de desempeño y con una propuesta por las que se consideran mutuamente responsables”. (OPS, Estrategia para la formación de equipos APS, 2010).

Pero esta responsabilidad no solo va enmarcada en el cumplimiento de su labor sino además en lograr esa unión y fuerzas que con sus distintas habilidades logren mejorar la salud de la población. “El equipo multidisciplinario se fundamenta en que las habilidades aportadas por los diversos profesionales aumentan la creatividad del grupo, ayudando a la innovación y potenciando la apertura de pensamiento de sus miembros, dando respuestas integrales”. (OPS, Estrategia para la formación de equipos APS, 2010).

EQUIPOS INTERDISCIPLINARIOS.

“La interdisciplina hace referencia a las formas en que interactúan las diferentes disciplinas entre sí y que se convierten en el objeto de la interdisciplinariedad”. (OPS, Estrategia para la formación de equipos APS, 2010).

ESTRATEGIA DE SALUD CON IMPLEMENTACIÓN DE EQUIPOS MULTIDISCIPLINARIOS.

Se utiliza a un Médico especializado en Medicina Familiar para liderar grupos multidisciplinarios de salud, mismo que está encargado de establecer patologías que ponen el riesgo la vida del paciente, controlar enfermedades crónicas, dar solución y tratamiento a patologías, formar redes de apoyo que mejoren la calidad de vida del paciente y su familia a fin, de ya no ser vulnerables, dar seguimiento a pacientes hasta conseguir estabilizarlo. Estas atenciones se plantean en diferentes contextos y tiempos, tanto intramurales como extramurales. “Su objetivo principal es implementar a nivel nacional esta estrategia y establecerla como metodología de acción del Ministerio de Salud Pública para impulsar la consolidación del Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI)”. (Estrategia Médico del Barrio 2017).



Fuente: MAIS 2018.

Figura 3.

De todas las especialidades dentro de la Medicina, el médico de familia cuenta con las características de integralidad que lo hacen ideal para lograr los objetivos de la atención primaria en salud.

MÉDICO DE FAMILIA.

“La Medicina Familiar como especialidad nació en la década de 1960 y se extendió en la década de 1970 a diferentes países”. (Verónica Casado Vicente. La historia de la Medicina Familiar en los últimos 50 años. AMF, 2018). Desde que en 1978 la OMS realizó su declaración del ALMA ATA, iniciando así el surgimiento de la atención primaria en salud; supone el escenario donde se desenvuelve la medicina familiar.

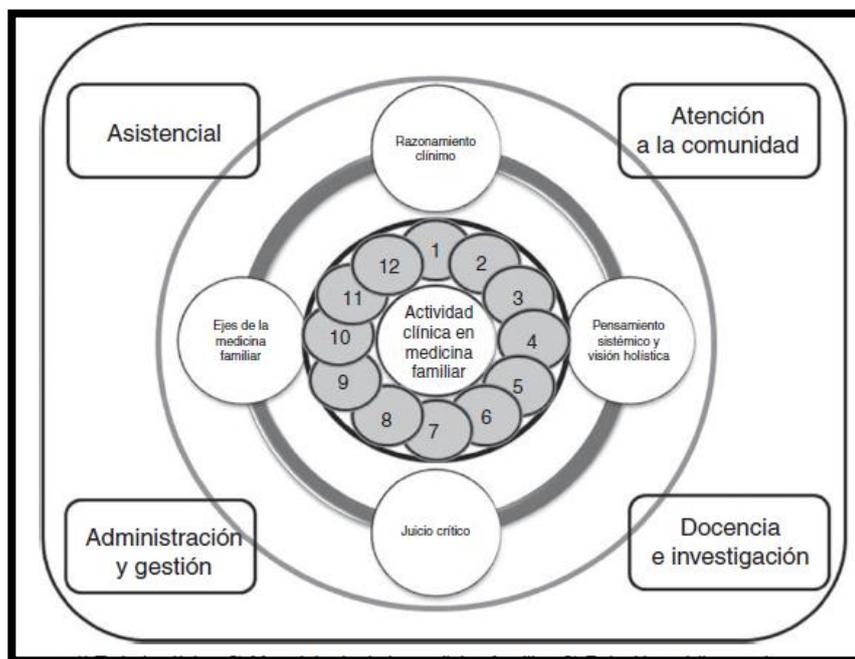
Se podría decir que el Médico Familiar es un especialista en la generalidad, ya que no procede de un pensamiento hegemónico, sino que utiliza la construcción de la verdad por medio del pensamiento complejo y lograr mirar al “otro yo” de manera integral.

Es un profesional destacado en el estudio integral del individuo y su familia. Implementando su conocimiento clínico, social e investigativo y crítico; en todos los ámbitos necesarios para mantener la buena salud.

El médico especialista en medicina familiar es el profesional de la salud con los conocimientos, habilidades, actitudes y valores, entendidos como competencias profesionales, para otorgar atención médica en el ámbito asistencial tanto a individuos como a sus familias en un contexto comunitario. Sus áreas de desempeño incluyen el trabajo clínico, docente, de investigación y administración médica. (Construcción del perfil profesional del médico familiar en México. Inv. Ed Med. 2017).

CARACTERÍSTICAS DEL MÉDICO DE FAMILIA.

El médico de Familia maneja tres puntos o esferas importantes para el abordaje del individuo; la esfera biológica, psicológica y social.



- 1). Trabajo clínico, 2) Metodología de la medicina familiar, 3) Relación médico-paciente, 4) Estudio médico de la familia, 5) Medicina preventiva, 6) Profesionalismo, 7) Enfoque comunitario, 8) técnicas instrumentales, 9) Administración, 10) Docencia, 11) investigación, 12) Disciplinas emergentes.

Fuente: Construcción de las características del médico familiar en México. Inv Ed Med. 2017

Figura 4.

La práctica clínica del médico especialista en medicina familiar se caracteriza por la integración de aspectos biológicos, psicológicos y sociales que participan en el proceso

salud-enfermedad, la anticipación al daño con un enfoque preventivo y la continuidad de la atención. (Construcción del perfil profesional del médico familiar en México. Inv Ed Med. 2017).

El Médico de Familia es capaz de sustentar el mejoramiento de la calidad de vida del individuo, prevenir enfermedades, enfrentar las diversas crisis del ciclo familiar y la pareja y cuidar al paciente de futuras complicaciones de patologías ya diagnosticadas. “Tales habilidades universales que son desarrolladas con el aprendizaje diario del Médico de Familia cuya fuente de conocimiento se centra en el ser humano en toda su complejidad; mismas que le permiten tener competencias únicas de su profesión”. (Medicina Familiar: Reflexiones desde la práctica, 2017).

Tabla 1: La medicina familiar y comunitaria y la universidad

A. Valores profesionales, actitudes y comportamientos éticos:

- A.1. Reconocer los elementos esenciales de la profesión médica centrada en el paciente.
- A.2. Saber aplicar el principio de justicia social a la práctica profesional, comprendiendo los determinantes sociales de la salud y sus implicaciones éticas en el contexto global.
- A.3. Desarrollar la práctica profesional con respecto a sus creencias y cultura, entendiendo la interculturalidad y autonomía del paciente.
- A.4. Reconocer las limitaciones y la necesidad de mantenerse actualizados en su competencia profesional, desarrollando habilidades para el aprendizaje autónomo.
- A.5. Desarrollar la práctica profesional en equipo, incorporando y desarrollando las habilidades de sus colegas de trabajo.

B. Fundamentos científicos de la medicina:

- B.1. Comprender y reconocer la estructura y la función normal del cuerpo humano, en las distintas etapas de la vida y en los dos sexos.
- B.2. Reconocer las bases de la conducta humana normal y sus alteraciones.
- B.3. Comprender y reconocer los efectos, mecanismos y manifestaciones de la enfermedad, es decir, la historia natural de la enfermedad.
- B.4. Comprender y reconocer los efectos del crecimiento, desarrollo y envejecimiento, sobre el individuo y su entorno social.
- B.5. Comprender los fundamentos de acción, indicaciones y eficacia de las intervenciones de diagnóstico y terapéutica, basándose en la evidencia científica disponible.

C. Habilidades clínicas:

- C.1. Obtener y elaborar una historia clínica que contenga toda la información relevante, esto incluye información familiar y de relaciones comunitarias.
- C.2. Realizar a los pacientes una exploración física y una valoración mental.
- C.3. Tener capacidad para elaborar un juicio diagnóstico inicial y establecer una estrategia diagnóstica razonada.
- C.4. Reconocer y tratar las situaciones que ponen en peligro la vida de manera inmediata.
- C.5. Indicar el tratamiento más adecuado a los procesos agudos y crónicos más prevalentes, y en los pacientes en fase terminal.
- C.6. Plantear y proponer las medidas preventivas adecuadas a cada situación clínica.
- C.7. Adquirir experiencia clínica adecuada, centrada en el paciente, y en la utilización apropiada de pruebas, medicamentos y recursos del sistema sanitario.

D. Habilidades de comunicación:

- D.1. Escuchar con atención y comprender la información pertinente acerca de los problemas que aquejan al enfermo.
- D.2. Comunicarse de modo efectivo y claro, tanto de manera oral como escrita, entre colegas y con los pacientes y sus familiares.
- D.3. Establecer una buena comunicación interpersonal, con empatía y calidez, con los pacientes, familiares y compañeros de trabajo.

E. Salud pública y sistemas de salud:

- E.1. Reconocer los determinantes sociales de la salud de la población.
- E.2. Asumir su rol en la prevención y promoción de la salud.
- E.3. Reconocer su rol como líder de equipos multiprofesionales, tanto para organizar la atención como para la gestión de servicios.
- E.4. Obtener y utilizar datos epidemiológicos, y valorar tendencias y riesgos para la toma de decisiones sobre salud.
- E.5. Conocimiento cabal del modelo de atención y de la legislación del país.

F. Manejo de la información:

- F.1. Conocer, valorar críticamente y saber utilizar las fuentes de información clínica y biomédica.
- F.2. Saber utilizar las tecnologías de la información y la comunicación en las actividades clínicas y de investigación.
- F.3. Mantener y utilizar los registros médicos de sus pacientes, en forma eficiente y con confidencialidad.

G. Análisis crítico e investigación:

- G.1. Tener en la actividad profesional un punto de vista crítico, creativo, con escepticismo y orientado a la investigación.
- G.2. Comprender la importancia de las limitaciones del pensamiento científico en el estudio, prevención y manejo de las enfermedades.
- G.3. Ser capaz de formular hipótesis y adquirir la formación que le permita realizar investigaciones.

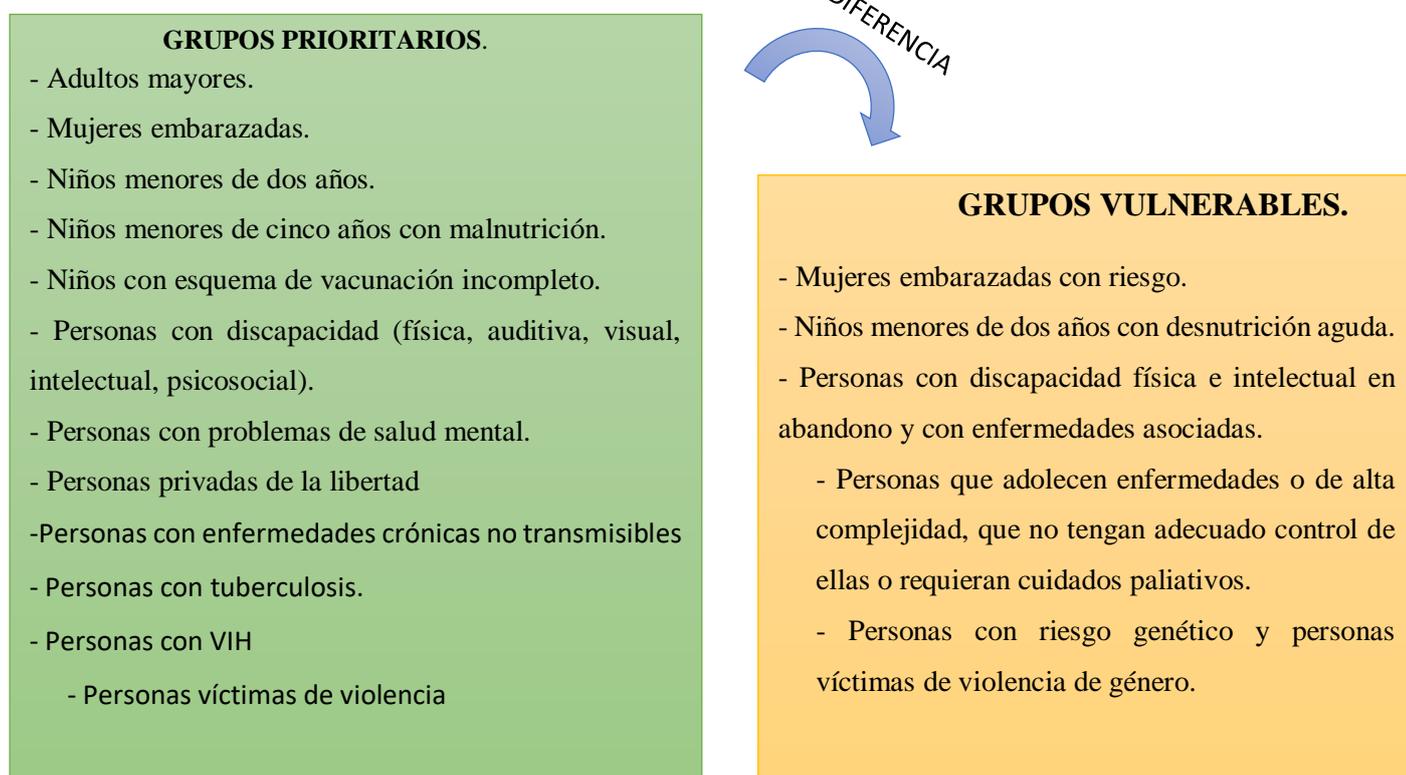
Fuente: Medicina Familiar: Reflexiones desde la práctica 2017.

En el Ecuador, se encaminó dentro de las APS una estrategia con equipos multidisciplinarios en salud, que liderada por Médicos de Familia llegaron hacia los pacientes más vulnerables de la nación.

En el marco de la Estrategia de Abordaje Médico del Barrio son los responsables de la captación de los pacientes vulnerables y prioritarios, convirtiéndose en los médicos de cabecera y sus familias, y son el ente orientador de la atención global de la población en su ámbito de influencia. (Estrategia Médico del Barrio. 2018).

GRUPOS VULNERABLES.

“Son individuos que no solo son vulnerables, sino que además sus condiciones ponen en riesgo su vida e integridad. Presentan condiciones particulares debilitantes o de riesgo y por lo tanto se incrementa su estado de exposición general”. (Estrategia Médico del Barrio. 2018)



Pero clasificar a un paciente no basta para una buena atención integral, es necesario verlo como individuo y a la vez que este se sienta como el sujeto y no el sustantivo de una enfermedad.

EL SUJETO Y “EL OTRO”.

El sujeto se define como la capacidad de pensar, esa capacidad de pensarse a sí mismo y al mundo. Descartes en su discurso del Método, decía: “Pienso luego existo”, al decir “pienso” habla del sujeto; a diferencia de esto, el “otro”, es aquel que no tiene un pensamiento propio sino adquirido, dado por el poder y para el poder. Este “otro” no es crítico, ni profundiza en la complejidad del pensamiento.

El Médico de Familia debe estar preparado para poder VER a ese paciente como el individuo El Ser, que es; como se haya formado históricamente.

Los tratamientos que negociamos con el paciente depende de la filosofía con la que el paciente y el médico conciben el mundo, en una relación de intercambio continuo. El objetivo del médico con pensamiento complejo es entender a la persona a través del “lenguaje comunicativo”, y la comprensión del contexto de vida individual y general. (Herrera, D...etc. Manual de Medicina Integral e Intercultural. 2019).

Pensar como el sujeto ayuda al Médico de Familia a ser crítico y buscar la verdad, aquella que da el paciente por medio de la comunicación empática. De este tipo de intervención el individuo crea su percepción la cual de ser positiva, lo ayudará a tener cambios en su estilo de vida fortaleciendo su salud.

PERSPECTIVA.

“La perspectiva, es la representación de un objeto o sujeto desde un punto de vista. La perspectiva supone la contemplación del mundo desde un solo punto de vista, desde un ojo único que abarca todo el panorama.” (Wikipedia 2019). Conocer cuál es la

representación de los pacientes vulnerables sobre la atención de médicos de familia, es importante para el fortalecimiento de esta disciplina, ya que orientaría sobre mejoras en la atención y técnicas de comunicación utilizadas en el individuo.

Afirmar que hoy en día se ha mejorado la a relación médico paciente, no es por ningún motivo excusa suficiente para no seguir en la búsqueda de la excelencia. todo esto nos puede dejar una duda: “muy probablemente estamos haciendo bien las cosas, pero quizá también hay cosas que podemos hacerlas mejor”. (La comunicación Médico- paciente en la Consulta, 2008).

Lo que percibe el paciente de su médico es importante para formar vínculos que les lleva a creer y confiar en él, caso contrario se pondría en peligro la evolución de una buena adherencia al tratamiento, claramente sabiendo que la meta es dar todas las herramientas que el paciente necesita y acompañarlo en la toma de decisiones, aun con la incertidumbre que todo galeno debe aprender a tolerar.

El lograr contacto es un proceso tenue, mediante el cual dos individuos sienten que se comprenden y se sinceran el uno al otro. Es un proceso que posiblemente tiene un curso progresivo o que a su vez se da de un momento a otro. (La comunicación Médico- paciente en la Consulta. 2008)

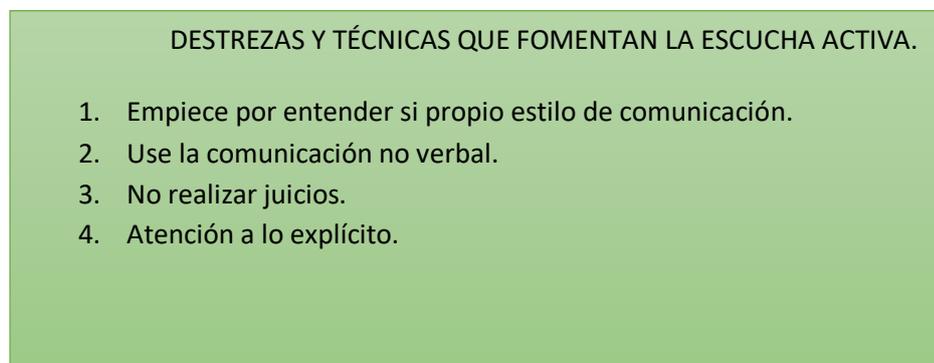
Un elemento importante en la perspectiva del individuo sobre la atención dada por un médico es la de “SER ESCUCHADO”.

ESCUCHA ACTIVA.

Ser escuchado es quizá una de las más grandes demandas del individuo, aún más en términos de su salud, pero esto no supone solo oír. “Cuando el paciente cuenta algo al médico y esta contesta algo, no se trata de un simple proceso de enunciar, registrar y replicar.” (La comunicación Médico- paciente en la Consulta. 2008).

La importancia de la escucha activa es tan esencial, que de ella depende el tratar la “demanda” del paciente o simplemente limitarse a su motivo de consulta.

Cuando una persona durante un dialogo no se siente comprendido, callará ciertos temas...Y debido a la relación jerárquica entre el médico y el paciente, será en la mayoría de las ocasiones primero el paciente quien se da por vencido y deja de hablar sobre ciertos temas “ya que el médico no “atiende” eso” (La comunicación Médico- paciente en la Consulta. 2008).

- 
- DESTREZAS Y TÉCNICAS QUE FOMENTAN LA ESCUCHA ACTIVA.
1. Empiece por entender si propio estilo de comunicación.
 2. Use la comunicación no verbal.
 3. No realizar juicios.
 4. Atención a lo explícito.

Fuente: La comunicación Médico- paciente en la Consulta. 2008.

Figura 7.

EMPATÍA.

También ejemplificada como: colocarse en los zapatos del otro individuo, la empatía es una cualidad humana que se centra en comprender como siente y piensa el otro.

Es tan importante que un médico desarrolle dicha cualidad, que muchas veces depende de la empatía, el éxito en un tratamiento terapéutico. La manera en que un médico consulta a sus pacientes puede hacer una diferencia significativa en los resultados de este. (Márquez H. Araceli. 2017).

Ser bueno en el ámbito biológico, resulta incompleto, si no se aprende a comunicarse de manera asertiva con los pacientes.

Una frase conocida recalca: “Dios nos dio dos oídos y una boca...para escuchar el doble de lo que debemos hablar.” ...es el paso para generar una solidaridad, emocional y un ambiente de confianza entre quienes se están comunicando a fin de llegar al más alto nivel de una comunicación. (Norma Armas G. 2007).

Para la línea hegemónica, pesar de esta manera compleja representa su desarticulación y deja entre vestidores la verdadera cara comercial, económica y consumista de la medicalización de la salud.

Por lo que esta Medicina integral, de pensamiento complejo y sistémico pretende, con cambios pequeños, pero perdurables revolucionar la salud pública y así lograr atender y entender al individuo con el SER, que es. Finalmente, la percepción del paciente concluirá en determinar, su atención fue dada por un “buen Médico”.

UN BUEN MÉDICO.

Cualquiera que sea su especialidad, lo que le interesa al individuo es que “su médico” sea un “buen médico”. “Ser médico no es un oficio más, es una filosofía de vida...El que elige Medicina, no elige una profesión sino una forma de vivir”. (Gimenez. J. Infomedicos, 2018).

DECÁLOGO ROZMAN

PARA SER UN BUEN MÉDICO



Fuente: Farrera R. Elsevier. 2017
Figura 8.

CAPÍTULO III.

3.1 MÉTODOS.

3.2 JUSTIFICACIÓN.

El presente trabajo de investigación tuvo como finalidad establecer el tipo de atención percibida por la población vulnerable, atendida por especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria graduados en la primera cohorte del convenio MSP-PUCE en el paralelo Santo Domingo, en el centro de salud La Concordia y Puerto Quito; siendo líderes de equipos multidisciplinarios de atención Médica, tomando como referente que su perfil profesional está encaminado a la atención integral del individuo sobre sus ciclos individual, familiar y de pareja; además de la familia dentro de la comunidad.

El médico familiar y comunitario es un generalista cuya labor dentro de la atención primaria en salud, marca un referente importante sobre el concepto de atención integral, encaminado a mirar a la medicina desde una realidad más humana.

Por ende, es importante determinar su desenvolvimiento dentro del sistema de salud y lograr descubrir si su presencia influye en la percepción que tiene la población sobre la atención recibida; si, se trata de una medicina más personalizada e integral, que logre cambios positivos con mejoras en la salud del individuo, la familia y la comunidad.

Justificando así la formación de Médicos de Familia ideales para dar cumplimiento a los principios de las APS.

3.3 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.

¿Cuál es la percepción de la atención recibida, que tiene la población vulnerable atendida por equipos multidisciplinarios, liderados por especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria graduados en la primera cohorte del convenio MSP-PUCE en el paralelo Santo Domingo, en el centro de salud La Concordia y Puerto Quito?

3.4 OBJETIVOS.

3.4.1 OBJETIVO GENERAL:

Determinar la percepción de la atención recibida, por la población vulnerable atendida por equipos multidisciplinarios, liderados por especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria graduados en la primera cohorte del convenio MSP-PUCE en el paralelo Santo Domingo, en el centro de salud La Concordia y Puerto Quito, durante el periodo de enero a julio del 2019

3.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Establecer el rol que desempeña el Médico de Familia graduado en la primera cohorte del convenio MSP-PUCE en el paralelo Santo Domingo, en el centro de salud La Concordia y Puerto Quito, dentro de los Equipos Multidisciplinarios de Salud.
- Definir si la atención percibida por la población vulnerable atendida por equipos multidisciplinarios, liderados por especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria graduados en la primera cohorte del convenio MSP-PUCE en el paralelo Santo Domingo, en el centro de salud La Concordia y Puerto Quito, tiene las competencias de la atención integral
- Caracterizar la percepción de la atención recibida, por la población vulnerable atendida por equipos multidisciplinarios, liderados por especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria graduados en la primera cohorte del convenio MSP-PUCE en el paralelo Santo Domingo, en el centro de salud La Concordia y Puerto Quito.

3.5 PREMISA:

- La percepción de la atención recibida, por la población vulnerable atendida por equipos multidisciplinarios, liderados por especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria, graduados en la primera cohorte del convenio MSP-PUCE en el paralelo Santo Domingo, en el centro de salud La Concordia y Puerto Quito, es de una atención integral.

3.6 DISEÑO DEL ESTUDIO.

3.6.1 TIPO DE ESTUDIO.

Este estudio de diseño cualitativo, el cual se realizó con guía semi-estructurada; determino cuál es la percepción de la atención, en la población vulnerable con enfermedades crónicas, atendida por equipos multidisciplinarios, liderados por especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria graduados en la primera promoción del convenio PUCE-MSP, del paralelo Santo Domingo.

Se escogió un estudio cualitativo, debido a las limitantes de un estudio cuantitativo, para explorar las diferentes percepciones de los individuos sobre la atención recibida por el médico de familia que lidera equipos Multidisciplinarios de salud. Por tanto, la investigación cualitativa fue ideal al momento de realizar el análisis de la información. Este análisis tuvo como propósito ordenar el conocimiento y las percepciones que tienen los pacientes vulnerables, sobre el Médico de Familia en el presente.

Para el análisis de esta investigación se utilizó la metodología empleada por Daniel Prieto Castillo.

La técnica e instrumentos cualitativos tuvieron como finalidad el identificar, describir, analizar y documentar la percepción que tiene la población vulnerable de los centros de salud de la Concordia y Puerto Quito sobre la atención recibida por los Médicos de Familia que lideran equipos multidisciplinarios de Salud.

De acuerdo a su Metodología, se determinó lo siguiente:

- La percepción que tiene la población vulnerable, sobre la atención recibida por Médicos Familiares que lideran equipos multidisciplinarios, es la de una atención integral.
- El rol que desempeña el Médico de Familia dentro de los Equipos Multidisciplinarios de Salud.
- La Caracterización del perfil los Médicos de Familia graduados en la primera corte del convenio PUCE-MSP:

3.6.2 CATEGORÍAS DE ESTUDIO:

- Atención Médica.
- Rol del Médico de Familia.
- Comunicación.
- Familiaridad con el individuo y su comunidad.

CATEGORÍA: Percepción sobre la atención recibida por el Médico de Familia que tiene la población vulnerable.		
DEFINICIÓN: Referirse a la atención de un Médico de Familia, se basa en que resuelve los problemas de salud del individuo, dicho de esta forma su modelo no es la tradicional salud-enfermedad, ya que ahonda en el individuo más allá de su patología, entendiendo que en la salud del mismo son de gran importancia su contexto psicológico y social.		
CATEGORÍA	Para entrevistas a profundidad y grupos focales con informantes claves.	GUIÓN
Atención Médica.	¿Qué opina sobre la atención que recibe de un Médico de familia? ¿Por qué cree que es importante que reciba atención de un Médico de Familia?	¿Recibe usted atención de un Médico de Familia?
Rol del Médico de Familia en los equipos Multidisciplinarios.	¿Quién cree usted que lidera el grupo del que recibe atención Médica? ¿Cree usted que ha recibido diagnósticos de su enfermedad? ¿Cree usted que ha recibido seguimientos de salud?	¿Cuál cree usted que es el papel que cumple el médico de Familia?
Comunicación del Médico de Familia con los pacientes vulnerables.	¿Qué opina sobre la comunicación con su médico de Familia? ¿Qué opina sobre la confianza que tiene en su Médico de familia? ¿Qué piensa usted sobre, si la atención de un médico de Familia es más personalizada?	¿cómo considera la comunicación entre usted y su médico de Familia?
Familiaridad del Médico de Familia.	¿Cree usted que conoce a su médico de familia? ¿Cree usted que el Médico de Familia es parte de su comunidad?	¿Qué opina sobre la familiaridad con su Médico de Familia?

Guía semiestructurada para Entrevista.

Elaborado por: María Gabriela Mora Marcillo.

Figura 9.

<p>CATEGORÍA: Percepción sobre la atención recibida por el Médico de Familia que tiene la población vulnerable.</p>		
<p>DEFINICIÓN: Referirse a la atención de un Médico de Familia, se basa en que resuelve los problemas de salud del individuo, dicho de esta forma su modelo no es la tradicional salud-enfermedad, ya que ahonda en el individuo más allá de su patología, entendiendo que en la salud del mismo son de gran importancia su contexto psicológico y social.</p>		
<p>CATEGORÍA</p>	<p>Para entrevistas a profundidad y grupos focales con informantes claves. Cuidadores de pacientes vulnerables o miembros de equipos multidisciplinares de Salud (TAP).</p>	<p>GUIÓN</p>
<p>Atención Médica.</p>	<p>¿Qué opina sobre la atención que recibe el paciente de un Médico de familia? ¿Por qué cree que es importante que los pacientes vulnerables reciban atención de un Médico de Familia?</p>	<p>¿Recibe usted atención de un Médico de Familia?</p>
<p>Rol del Médico de Familia en los equipos Multidisciplinares.</p>	<p>¿Quién cree usted que lidera el grupo de la atención Médica? ¿Cree usted que el paciente a recibidos diagnósticos de su enfermedad? ¿Cree usted que el paciente ha recibido seguimientos de salud?</p>	<p>¿Cuál cree usted que es el papel que cumple el médico de Familia?</p>
<p>Comunicación del Médico de Familia con los pacientes vulnerables.</p>	<p>¿Qué opina sobre la comunicación con su médico de Familia? ¿Qué opina sobre la confianza que tiene el paciente en su Médico de familia? ¿Qué piensa usted sobre, si la atención de un médico de Familia es más personalizada?</p>	<p>¿Cómo considera la comunicación entre usted y su médico de Familia?</p>
<p>Familiaridad del Médico de Familia.</p>	<p>¿Cree usted que el paciente conoce a su médico de familia? ¿Cree usted que el Médico de Familia es parte de su comunidad? (de la comunidad del paciente).</p>	<p>¿Qué opina sobre la familiaridad con su Médico de Familia?</p>

Guía semiestructurada para entrevista.

Elaborado por: María Gabriela Mora Marcillo.

Figura 10.

3.7 UNIVERSO DE ESTUDIO:

Corresponde a todas las personas vulnerables, con enfermedades crónicas, que fueron atendidas y están registradas en la unidad de salud La Concordia y Puerto Quito.

Datos estadísticos: Según el análisis situacional del Centro de Salud La Concordia en el año 2018 y en lo que va del 2019 existió una atención de 416 pacientes vulnerables; 55 pacientes vulnerables fueron captados según reportes en Puerto Quito, con un total de 471 pacientes, a partir de lo cual se realizó entrevista semiestructurada hasta saturar la muestra.



Fuente: Análisis Situacional CS. "La Concordia"
Figura 11.



Centro de Salud de Puerto Quito-Pichincha FUENTE:[HTTP://INERTEC.COM.EC/PROYECTOS-INERTEC-HIDROCOBRE/](http://INERTEC.COM.EC/PROYECTOS-INERTEC-HIDROCOBRE/).
Figura 12.

Se logró que los informantes claves sean técnicos de atención primaria en salud (TAP); por ser, los que más se encuentran en territorio y acompañamiento en la atención dada por el médico de Familia; por ende, tienen mayor contacto con los pacientes. Lo que sirvió para poder triangular resultados dándole más peso a la investigación.

3.8 CRITERIOS DE SELECCIÓN:

3.8.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

Pacientes vulnerables con enfermedades crónicas atendidos en el centro de salud de La Concordia y Puerto Quito.

- Pacientes mayores de edad con enfermedades crónicas y vulnerables.
- Pacientes que hayan firmado consentimiento informado.
- Pacientes con más de dos atenciones de salud mínimas, por parte del Médico de Familia.
- Pacientes que hayan aceptado ser parte de la investigación.
- Cuidadores de pacientes crónicos vulnerables.
- Personal de salud que forme parte de los Equipos multidisciplinarios de atención en salud, que atienden a pacientes crónicos vulnerables.

3.8.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Pacientes que rechacen la participación de este estudio.
- Pacientes menores de edad.
- Pacientes que no quieran firmar el consentimiento informado.
- Profesionales de salud que no formen parte de los equipos multidisciplinarios

3.9 PROCEDIMIENTO DE LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.

Se dispuso de un instrumento de recolección de información, basado en entrevista

semi-estructurada, información que se recolectó hasta saturar la muestra, procediendo además a la utilización de equipo de grabación a fin de no perder ningún dato de la información otorgada por el entrevistado; lo que se realizó previa explicación y consentimiento informado, en un lugar de mutuo acuerdo, el cual garantizó la comodidad y confidencialidad tanto para el informante como para el investigador.

3.10 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN:

A partir de los elementos constitutivos de la entrevista semiestructurada, se construyó una base de datos mediante la transcripción palabra por palabra del relato de la entrevista, utilizando el programa de Microsoft Word, luego se realizó una matriz universal con códigos de participantes, en donde se sustrajo la idea núcleo, el modo de predica, el grado de referencialidad y la ideología de esta población para finalmente obtener una representación social.

Para Daniel Prieto Castillo (1988) en todo discurso existe una idea central, es decir, una idea núcleo sobre la que gira la totalidad del mensaje. A su vez dentro del mensaje se encuentra una estructura básica conformada por la idea núcleo, el modo de predicación y el grado de referencia.

Idea núcleo: es la parte fundamental y central en la que se expresa todo el discurso, el verdadero mensaje de lo comunicado. Está a la vez puede presentar sintagmas, es decir palabras parecidas que, en sí, disponen la misma idea núcleo, las cuales serán reiteradas varias veces en el discurso. (Daniel Prieto Castillo ,1988).

Modo de predica: de la manera en que se expresa el discurso, se podría decir que se habla propiamente de la persona o de un tercero. Es decir, si el mensaje es predicado colocando al sujeto, en primera persona, diremos que es un *modo de predica de acción*. Pero si el mensaje es predicado de tal manera, que no es el sujeto el autor de la predicación, diremos que es un *modo predica de estado*.

Grados de referencialidad: un mensaje expresado siempre va encaminado a citar algo, a referir lo que comprende todo individuo, idea, vivencia, ya sea esta real o no. Se puede así hablar de grados de referencia *alto, bajo o distorsionado*. *Alto* cuando en el mensaje se trata de llegar lo más próximo a las características de una situación o problema, *bajo* cuando solo se puede evidenciar ciertos matices de esas características y *distorsionado*, cuando todo el mensaje va encaminado a tener características falsas que corresponden al sujeto y no al problema o situación.

Ideología: Cada persona expresa su ideología y considerando podemos encasillarlas en alguna de estas formas:

Uniacentralidad: se trata de la repetición en el discurso, dejando una y solo una idea, a fin de no poder buscar más versiones en el mensaje.

Consignas de interpretación: aquí el locutor indica que interpretar y que percibir, un ejemplo clásico son las consignas políticas.

Apelación a experiencias decisivas: cuando una experiencia marca al individuo o grupo social.

Visión polarizada de la realidad: cuando el discurso se presenta rígido sin matices.

De esta manera al conseguir toda la información podremos obtener representaciones sociales que según su disposición en ideas núcleos, modo de predica y grado de referencia pueden hallarse en *nacimiento, en crecimiento o consolidadas*.

NACIMIENTO



Ideas núcleo

Bajo grado de referencia

Modo de predica de estado

CRECIMIENTO

CONSOLIDADA



Idea núcleo.

Alto grado de referencia

Modo de predica de acción

*Elaborado por: Gabriela Mora y Raúl Argandoña.
Fuente: Interpretación del mensaje Daniel Prieto. (1994).
Figura 13.*

3.11 ASPECTOS BIOÉTICOS:

3.11.1 PRINCIPIOS GENERALES: El Código Internacional de Ética Médica menciona que: "El médico debe guardar absoluto secreto de todo lo que se le haya confiado, incluso después de la muerte del paciente." (Código internacional de ética Médica). Lo cual estuvo claro durante esta investigación.

El investigador debe apegarse a todas las normas del código internacional de Ética Médica respetando los derechos del paciente investigado; toda la información obtenida durante la entrevista es confidencial, guardando datos personales que el paciente pueda mencionar.

Se solicitó consentimiento informado para todos los participantes; ya sean estos, pacientes vulnerables, su cuidador y familia, así como a los profesionales de la salud relacionados con los equipos multidisciplinarios de la población objeto de estudio, mismo que se encuentran en el anexo.

Esta investigación está sujeta a normas éticas, las cuales priman en la protección de los participantes, por lo cual sus derechos, están por delante del conocimiento y conciencia del médico.

Debe además referirse que esta investigación médica es puramente educativa por lo que sus fines no tienen ningún componente de ganancia económica.

UTILIDAD SOCIAL: la presente investigación es importante para la sociedad porque trató de aclarar si el tipo de atención dada por los médicos de familia, es integral; como individuo, la salud no solo es ausencia de enfermedades sino el conglomerado de bienestar bio-psico-social; por lo que se podría utilizar los servicios dados por el médico de familia para mejorar la salud del individuo, su familia y su entorno.

Pese a la firma del consentimiento informado, el participante siempre tuvo derecho de retirarse de la investigación cuando lo deseara conveniente y sin la necesidad de explicaciones.

CAPÍTULO IV.

4. RESULTADOS:

Características de los Informantes:

CARACTERÍSTICAS	CRÓNICOS VULNERABLES	CUIDADOR DE PACIENTE CRÓNICO VULNERABLE.	PERSONAL DE GRUPO MULTIDISCIPLINARIOS	TOTAL.
HOMBRE	5	6	1	12
MUJER	12	5	3	20
TOTAL	17	11	4	32

Autores: Gabriela Mora/Raúl Argandoña Tauriz.

Fuente: entrevista semi-estructurada 2019.

Figura 14: Características de los Informantes.

Tabla de categorías y subcategorías.

CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS.
Atención Médica.	<ul style="list-style-type: none"> • Atención del Médico de Familia. <p>¿Qué opina sobre la atención del médico de familia?</p> <p>¿Por qué cree usted que es importante la atención de un médico de familia?</p>
Rol del Médico de Familia.	<ul style="list-style-type: none"> • Rol del Médico de Familia en los equipos Multidisciplinarios. <p>¿Quién cree usted que lidera el grupo del que recibe atención Médica?</p> <p>¿Cree usted que ha recibido diagnósticos de su enfermedad?</p> <p>¿Cree usted que ha recibido seguimientos de salud?</p>

<p>Comunicación.</p>	<p>¿Qué opina sobre la comunicación con su médico de Familia?</p> <p>¿Qué opina sobre la confianza que tiene el paciente en su Médico de familia?</p> <p>¿Qué piensa usted sobre, si la atención de un médico de Familia es más personalizada?</p>
<p>Familiaridad con el individuo y su comunidad.</p>	<p>¿Considera usted al médico de Familiar parte de su familia?</p> <p>¿Cree usted que el Médico de Familia es parte de su comunidad?</p>

Autores: Gabriela Mora/Raúl Argandoña Tauriz.

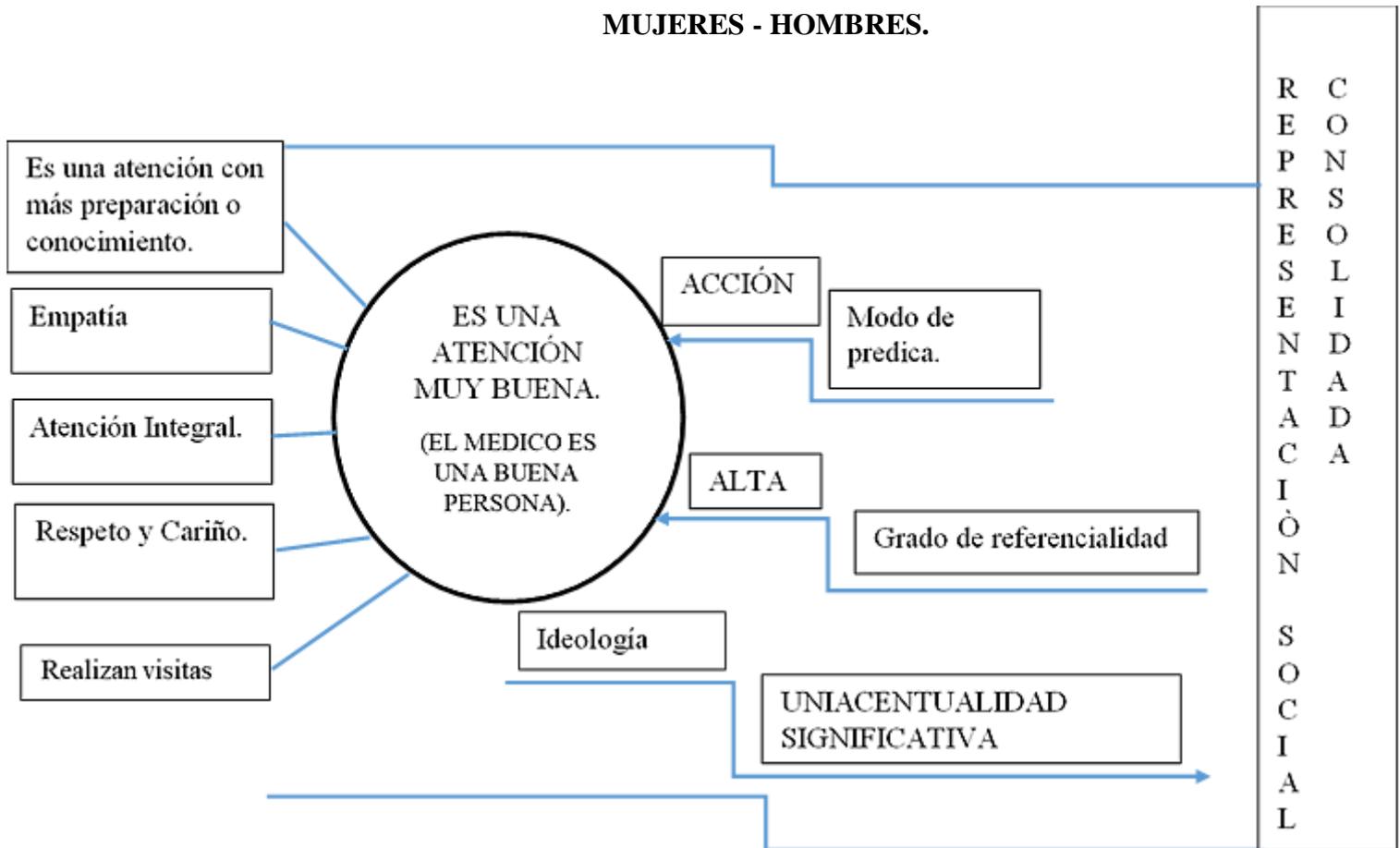
Fuente: entrevista semi-estructurada 2019.

Figura 15: Categorías y subcategorías.

ATENCIÓN DEL MÉDICO DE FAMILIA.

¿Qué opina sobre la atención del médico de familia?

MUJERES - HOMBRES.



Autores: Gabriela Mora/Raúl Argandoña Tauriz.

Fuente: entrevista semi-estructurada 2019.

Figura 16: atención del médico de familia.

La idea núcleo se relaciona con palabras como escucha empática, escucha activa, preocupados por el ser humano, atención especializada e integral, lo cual está relacionado con una atención integral.

Atención especializada e integral: PQM02:

“La atención de un médico familiar no es lo mismo que la de un médico general, porque ellos son más preparados. La preparación de ellos es más investigar y eso es lo que uno más prefiere”.

TCH32: "Ellos son muy buenos están capacitados para poder atender a todos los pacientes de la zona.

TCM30: "Es algo completo yo pienso y veo, le ven en todos los aspectos, ámbitos así sea familiar, económico, socioeconómico, biológico todo es completo".

Es interesante la percepción del personal de salud (TCH32 Y TCM30), el cual estuvo seguro de que el médico de familia está capacitado para los grupos multidisciplinarios de salud y en la atención integral del paciente vulnerable.

Escucha empática: PQM04:

"Uno se siente bien como en familiarizado porque uno le explica todos sus problemas y él pues esta para ayudarle. Nos hacen preguntas, nos hacen conversar y una como que se desestrea".

Preocupados por el ser humano: PQM05:

"Se preocupan, porque no solo es un médico para una, sino un familiar y se preocupa por mi salud. Y también cuando hay dolor y uno llora cuando le cuenta las cosas. Le demuestran cariño".

Además de esto las entrevistadas relacionaron la buena atención con el hecho de ser atendidos con respeto y cariño; enfatizando, que, al recibir una atención en domicilio, se torna más cómoda y rápida.

Respeto y cariño: PQM04: "Nos atienden con respeto, con cariño"

PQH22: "Te conocen, te tratan bien y con respeto. Se preocupa más de tu salud que de tus pastillas".

Visitas en Casa: CM09: "Para mi está muy bien porque ellos han llegado con esta nueva forma de los Médicos de Familia, me atienden en la casa cosa que antes no se hacía, antes eso no teníamos"

CH27: *“Bueno yo creo que esta la atención es indispensable al menos para las personas vulnerables, las personas que tenemos una enfermedad crónica como la que tengo yo, a veces no tenemos la oportunidad de estar consecutivamente yendo al centro de salud y es imprescindible que estén visitándonos en la casa.”*

TCH32 *“es bástate necesario que los pacientes sean atendidos en sus domicilios, sí, que ameritan bastante su atención ya que son pacientes prioritarios ya que es necesarios que ellos sean atendidos.”*

En las entrevistas, la idea núcleo se basa en que la atención de un Médico de Familia, es una “muy buena atención”, con diferentes sintagma, los cuales se muestran en la gráfica, llama la atención, que sus respuestas no solo fueron orientadas a una atención en la esfera biológica, sino también en la esfera psico-social, donde dieron a conocer que su médico se preocupa por sus sentimientos, realizando una escucha empática y activa con atención especializada e integral; son atendidos como seres humanos y no solo como pacientes. Pero, lo particular es que para algunos de estos entrevistados lo más importante fué, que la atención dada por estos médicos de familia, era con “respeto y cariño”. (Arango,2012) afirma: “Los pacientes agradecen los gestos humanos y de amabilidad”.

Además, cabe señalar que ellos no mencionan directamente las palabras “atención integral”, pero en el discurso de cada una, se expresa las características de la misma.

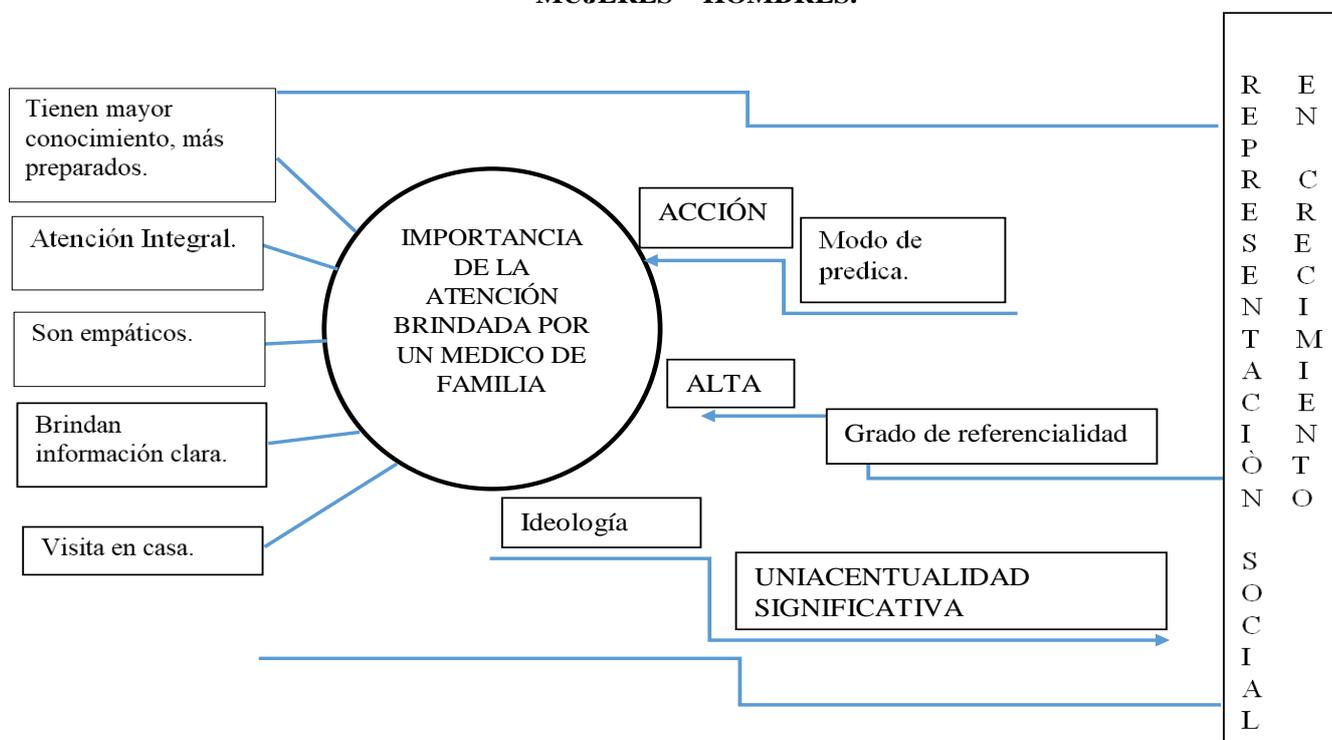
Los TAC tuvo claro según su discurso el concepto de atención integral y recalco que esta es dada a los pacientes vulnerables, por los médicos de familia.

En el análisis del discurso se observa un modo de predica de acción, acompañado de un alto grado de referencialidad con una clara ideología de uniacentualidad significativa, lo que determina que se trató entonces de una representación social consolidada

ATENCIÓN DEL MÉDICO DE FAMILIA.

¿Por qué cree usted que es importante que reciba atención de un médico de familia?

MUJERES – HOMBRES.



Autores: Gabriela Mora/Raúl Argandoña Tauriz.

Fuente: entrevista semi-estructurada 1 2019.

Figura 17: atención del médico de familia.

Se evidencia diversidad de sintagmas en la núcleos en las contestaciones dadas por los entrevistados, en sus discursos la manera en la que estos participantes perciben la importancia de la atención del médico de familia es distinta; mientras que para unos la importancia radica en una atención integral y empática, para otros es importante porque notan mayor conocimiento en el médico de Familia, por otra parte, para otros importa porque dan una información clara y denota un mayor interés en el paciente. Para la mayoría de los entrevistados, la importancia radicaría en que se visita al paciente en casa.

Tienen mayor conocimiento: MPQ2: *“Los médicos familiares son los que más ciencia tienen, los que están más preparados y uno confía en ellos”*

Atención Integral:

PQM01: *“Porque ayudan conversando con la familia, para que el paciente no quede postrado con la enfermedad”.*

PQM03: *“Porque se preocupan por nosotros como personas individuales. Porque preguntan todo lo que nos pasa, intentan solucionar nuestros problemas. Nos atienden como personas, no como pacientes. Se preocupan de nosotros emocionalmente, medicamente, psicológicamente”.*

Son empáticos:

CM09: *“. Es una atención personal, es muy buena, se interesan, se adentran y se acoplan con el paciente. Por eso creo que es muy importante que ella siga visitándonos.*

PQM06: *“Es buena, porque nos diagnostica lo que tenemos y nos dan la medicina que nos corresponde”.*

TCN31: *“Si es muy importante porque en si los pacientes se sienten que son bien atendidos, los pacientes se sienten que se preocupan por ellos, a veces solo necesitan que les escuchen para ellos sentirse mucho mejor”.*

Brindan información clara:

PQH21: *“Ahí me di cuenta que es verdad que no es lo mismo, porque en sí se encargan de profundizar un poco más en las enfermedades, le explican y preguntan cosas personales como de que si me siento triste y tienen paciencia y no se apuran por terminar pronto la consulta”.*

Visita en casa:

CM10: *“y claro que es que importante, porque si no que fuera de nosotros, no ve que uno está enfermo no puede ir donde un médico ella viene aquí atendernos acá”.*

Otras de las ideas núcleo se orienta a una “atención integral”, aunque ellos no la mencionan como tal, sus relatos de las atenciones recibidas, tienen las características de la misma, ya que no solo indican que les ayudan con la medicina (esfera biológica), sino que se preocupan por sus emociones y su salud mental, les ven como seres humanos y no como pacientes. Además, la atención también es para la familia (esfera psico-social).

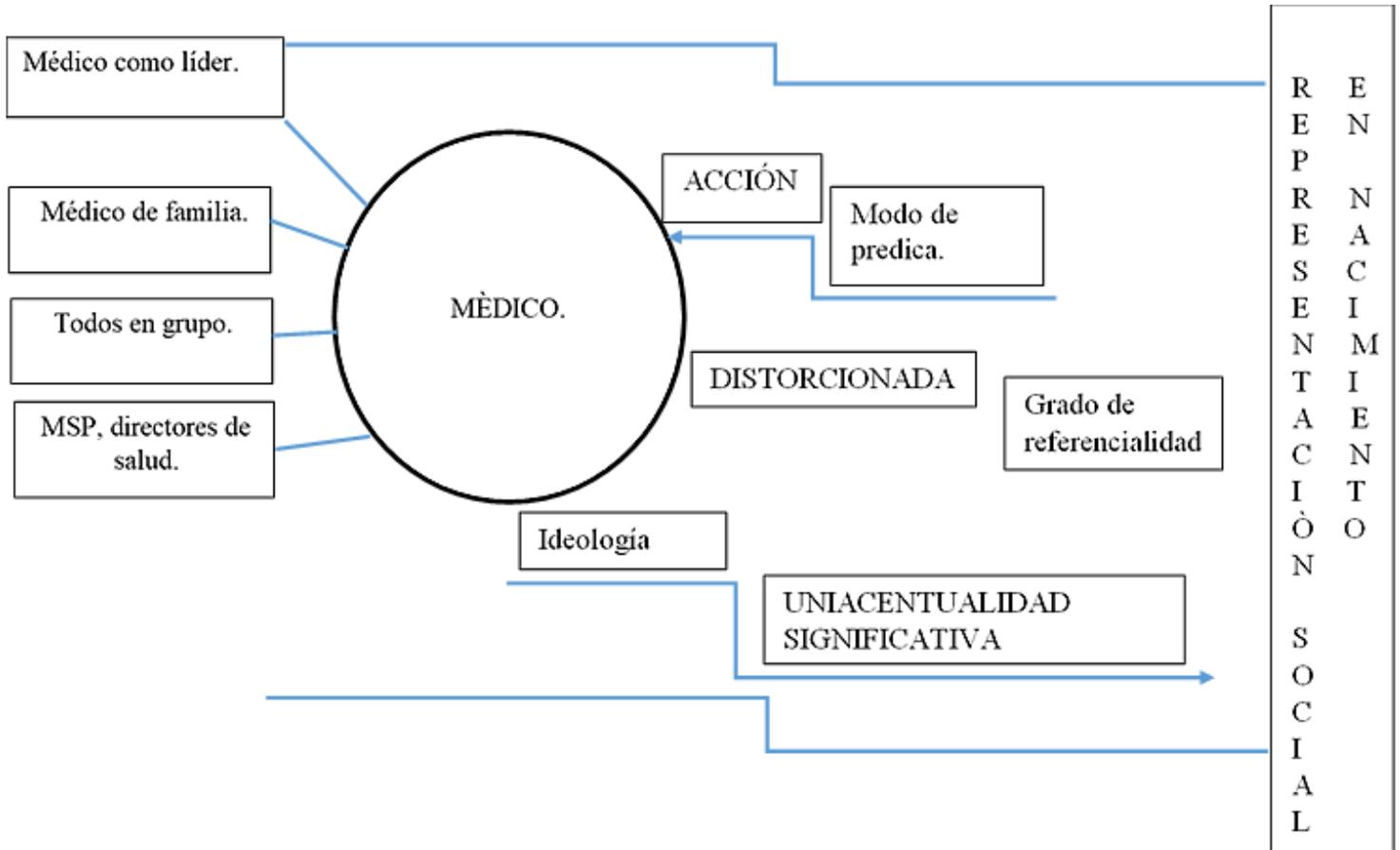
Hay que tomar en cuenta que en muchos de los relatos los pacientes mencionan “no entender bien, que es eso del Médico de Familia”, aunque aparentemente no les interesa siempre y cuando se mantenga esas características en su atención.

En el análisis del discurso se observa un modo de predicación de acción, acompañado de un alto grado de referencialidad con una ideología de uniacentualidad significativa en la mayoría de los entrevistados y en pocos de apelación a experiencias decisivas; lo que determina que se trata entonces de una representación social en crecimiento hacia la consolidación.

ROL DEL MÉDICO FAMILIAR.

¿Quién lidera el grupo multidisciplinario del que recibe atención médica?

MUJERES - HOMBRES.



Autores: Gabriela Mora/Raúl Argandoña Tauriz.

Fuente: entrevista semi-estructurada 1 2019.

Figura 18: Rol del médico de familia.

En las entrevistas realizadas existen tres ideas núcleos, de las cuales la más repetitiva es la dirigida a que el medico es quien debe liderar los grupos o equipos multidisciplinarios, y para la mayoría de estos debería ser el médico de familia, porque consideran que tiene mayor conocimiento que el resto del equipo. Sin embargo, hay que mencionar que para otra parte; los equipos son liderados desde el mismo ministerio de salud pública por medio de los directores de Salud, o trabajan todos como equipos; sin embargo, esta información es dudosa ya que no están seguros de que esta sea la verdad.

PQM04: *“Si hay un grupo de cuatro o cinco personas. Entonces ahí hay un grupo, ahí hay una persona que dirige este grupo. Para mí el médico familiar.”*

PQM06: *“Para mí, el que me trata es el líder, porque es agradable”.*

CM14: *“si los que lideran son los médicos de familia ellos son los que están pendientes de la salud de uno. Como quien dice la cabeza principal debería ser un médico debería ser la doctora”.*

CH28: *“nosotros pensamos que es el gobierno central que tiene sus ministros que nos mandan para que nos atiendan y estamos agradecidos”” “eso si no le podría dar yo dar razón, eso si no conocemos”.*

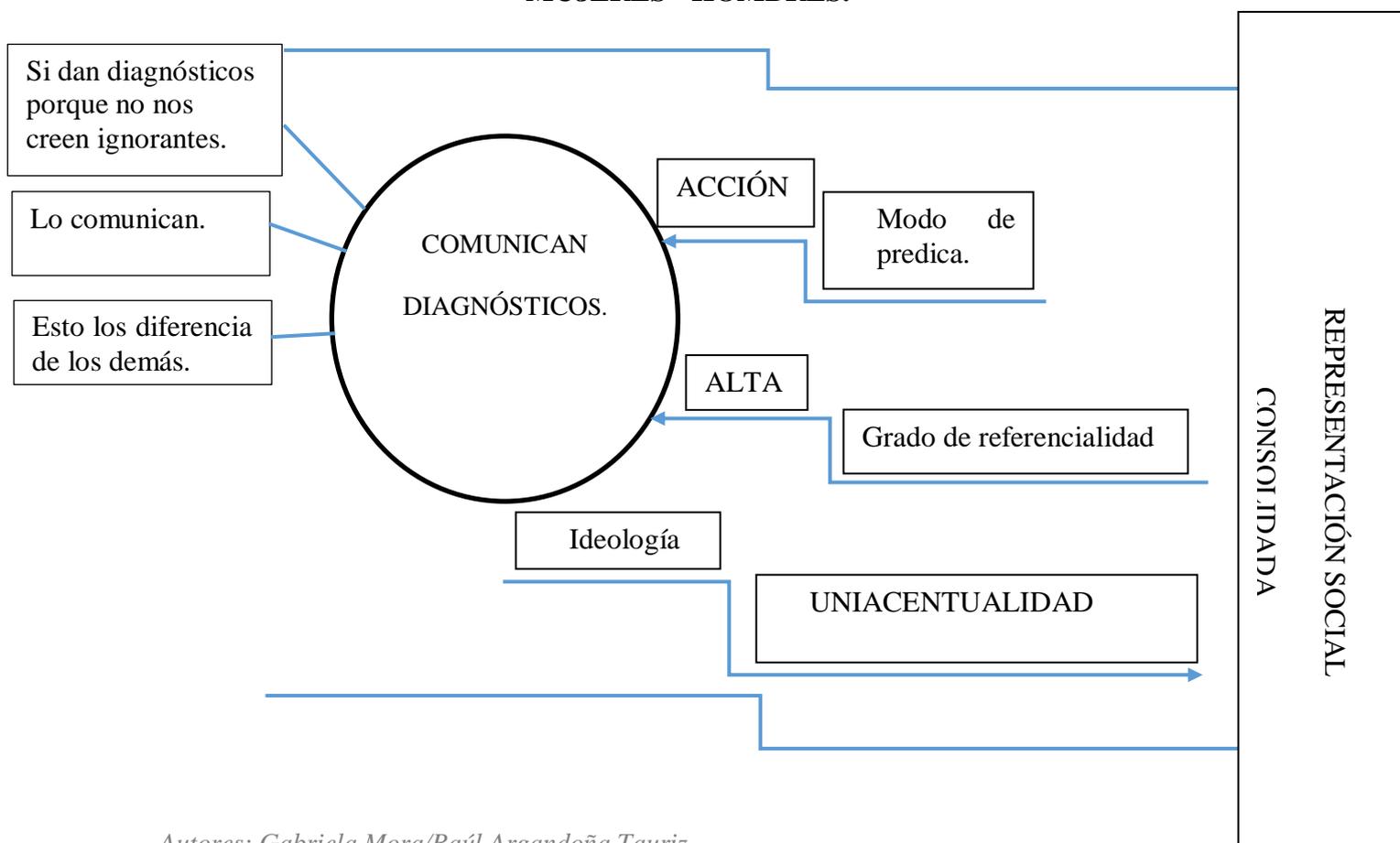
CH27: *“bueno la directora no sé cómo se llama”*

Como se observa en lo dicho por los entrevistados, la mayoría coincide en que el médico familiar debería liderar el equipo multidisciplinario, y pocos, en que todo el equipo trabaja como grupo o son liderados desde el Ministerio de Salud. Con un modo de predica de acción, acompañado de un grado distorsionado de referencialidad y con una ideología de uniacentalidad significativa, lo que determina que se trata entonces de una representación social en crecimiento.

ROL DEL MÉDICO FAMILIAR.

¿Cree usted que ha recibido diagnósticos de su enfermedad?

MUJERES - HOMBRES.



Autores: Gabriela Mora/Raúl Argandoña Tauriz.

Fuente: entrevista semi-estructurada 1 2019.

Figura 19: Rol del médico de familia.

La idea núcleo está basada en que, si reciben los diagnósticos sobre sus enfermedades, explicándolo con tres sintagmas precisos. Los entrevistados piensan que los médicos de Familia les comunican sus diagnósticos porque no los creen “ignorantes”, relatan que esto hace la diferencia en la atención, el hecho de que les expliquen cuál es su padecimiento.

PQM01: “El médico de familia trata de explicarle lo mejor que pueda hacer, lo mejor que puede hacer para la salud y le dan el diagnostico, que es lo que debe tomar, que es lo que debe hacer, todo eso”.

PQM03: *“Si me han dicho los diagnósticos, muy acertados en lo que dicen”*.

PQM06: *“Aquí sí, en este centro sí. A diferencia de los demás (hospitales). Calle, calle. es que yo he estudiado, como le voy a indicar lo que tiene”*.

Los sintagmas están basados, en la certeza de los diagnósticos para lo cual refieren que los confirman mediante exámenes cuando la ocasión lo amerita.

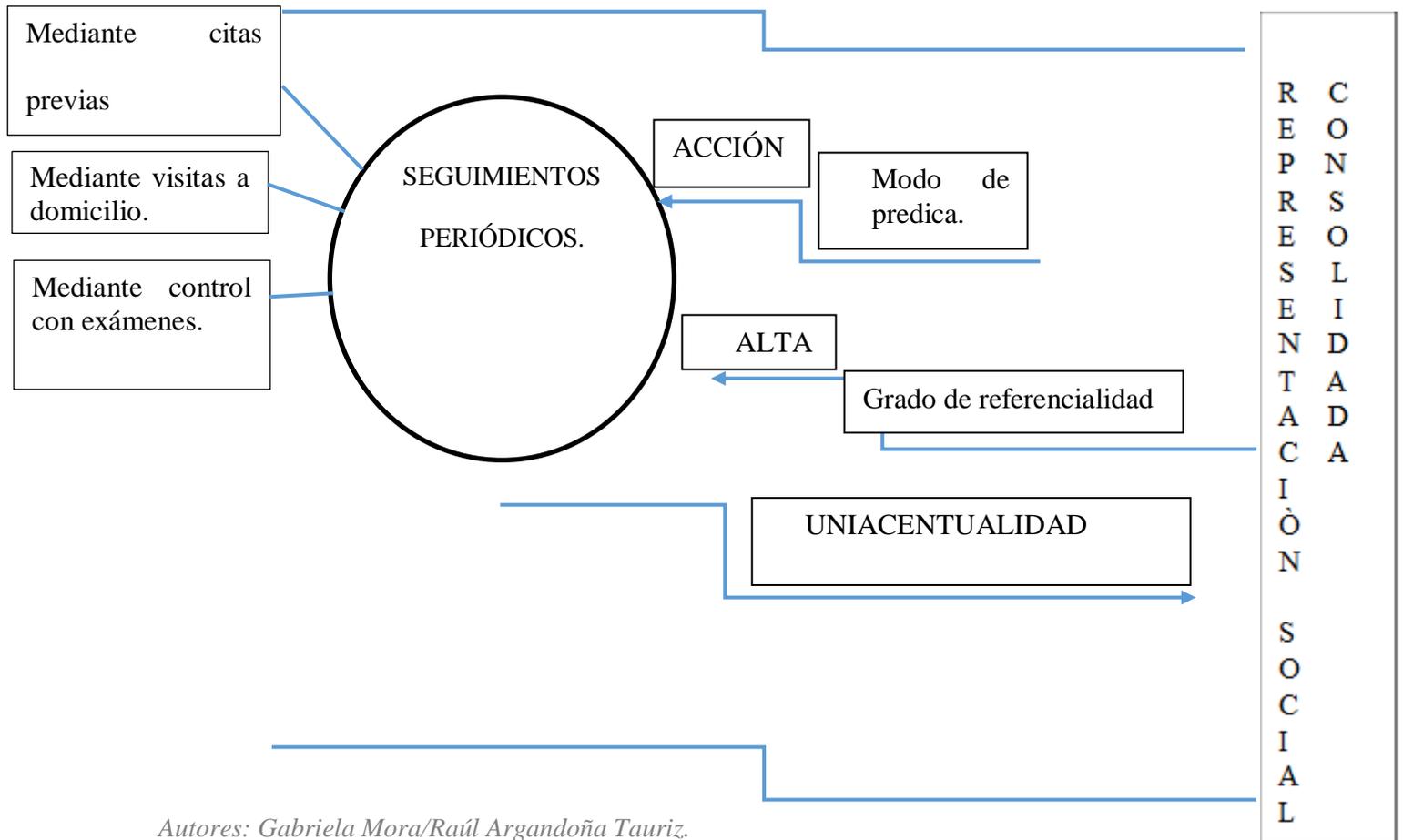
PQH23: *“Desde que conocemos y nos atendemos por esta especialidad siempre nos dicen de que enfermedades padecemos, o por lo menos la sospecha y envían exámenes para luego confirmar y decirnos con exactitud”*.

Consta de un modo de predicación de acción, acompañado de un alto grado de referencialidad, con una ideología de uniacentualidad significativa, lo que determina que se trata entonces de una representación social consolidada.

ROL DEL MÉDICO FAMILIAR.

¿Cree usted que ha recibido seguimientos de salud?

MUJERES-HOMBRES.



Autores: Gabriela Mora/Raúl Argandoña Tauriz.

Fuente: entrevista semi-estructurada 1 2019.

Figura 20: Rol del médico de familia.

La idea núcleo está orientada en que, si reciben seguimientos periódicos, con un modo de predica cerrado saturando la muestra de manera rápida.

PQM01: “Si, si nos dan controles y seguimientos para mí y para mi mama, mes a mes”.

PQM03: “Si, nos hacen seguimiento, porque dependiendo de lo que uno tenga les llaman a los controles y hasta hacen apuestas para motivarlos para cumplir nuestras metas”.

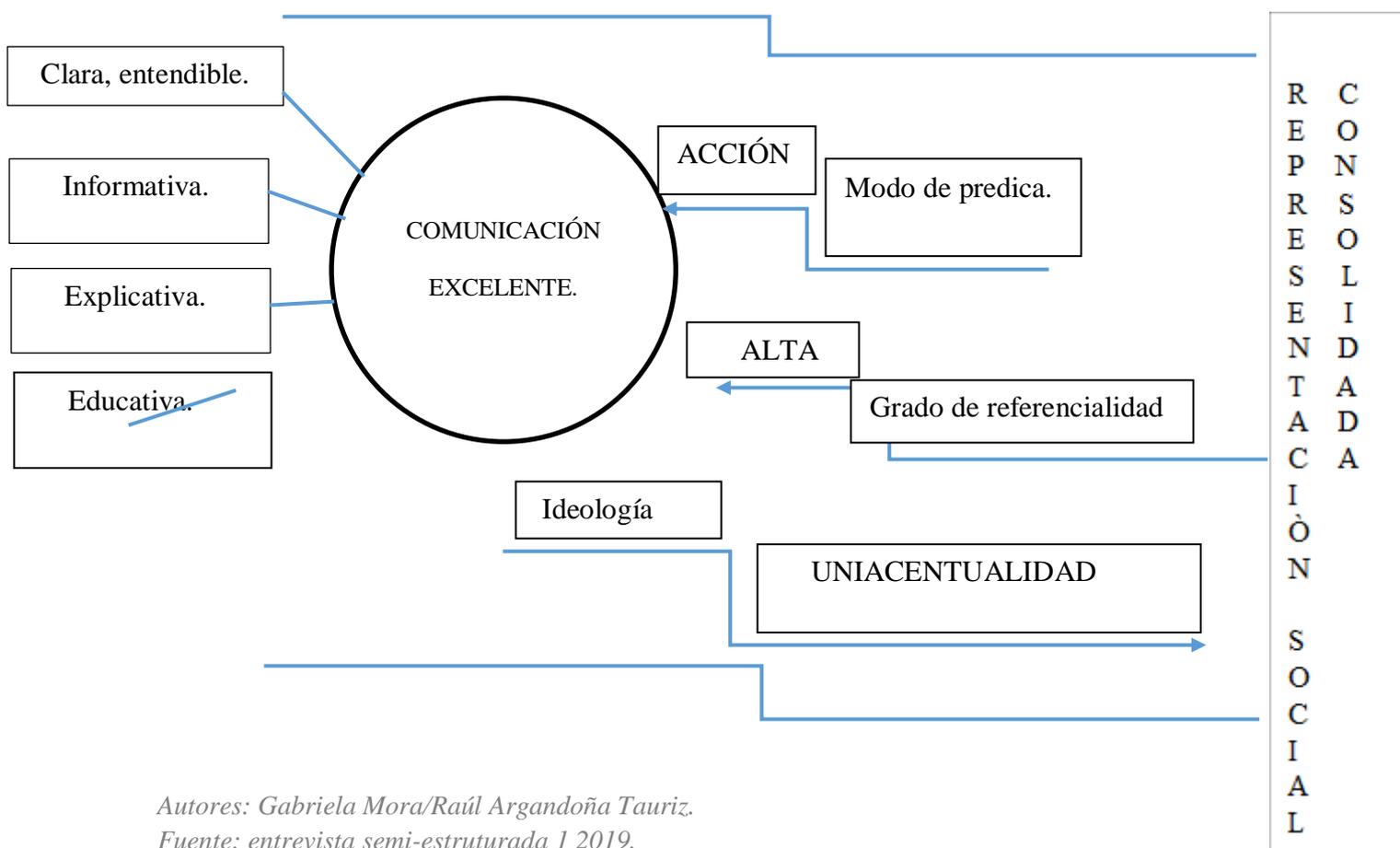
PQH21: *“Si claro por supuesto, está pendiente que acuda a los controles y a los seguimientos, mire no más me atendió el jueves por esta infección a los pulmones y me dio un turno extra para verme hoy lunes, para ver como sigo...”*.

En el análisis del discurso se observa un modo de predicación de acción, acompañado de un alto grado de referencialidad con una clara ideología de uniacentualidad significativa, lo que determina que se trata entonces de una representación social consolidada.

COMUNICACIÓN DEL MÉDICO FAMILIAR.

¿Qué opina sobre la comunicación con su Médico de Familia?

MUJERES - HOMBRES



Autores: Gabriela Mora/Raúl Argandoña Tauriz.

Fuente: entrevista semi-estructurada 1 2019.

Figura 21: Comunicación del médico de familia.

La idea núcleo se basa en que la comunicación es excelente, ya que es clara, entendible, explicativa e informativa, lo que la hace de altos estándares según la percepción de los entrevistados.

PQM01: “Ellos tratan que la familia salga adelante con el paciente, conversan con la familia, dialogan para que no quede postrados con la enfermedad”.

PQM07: “Excelente. A mí me parece muy buena la comunicación, porque no solo le preguntan por la enfermedad, sino que le preguntan relacionado con toda la familia, ósea le hacen preguntas referentes no solamente a la enfermedad, sino preguntas más a fondo”.

PQH8: *“Si me está preguntando por el Dr. como ya le dije, él me explica las cosas bastante bien, le entiendo y se preocupa que yo me sienta bien también en mi mente.*

PQH24: *“Súper chévere, buena gente el doctor explica bastante claro como para que uno que es medio burro si se entiende lo que dice y cuando conversa contigo trata de aconsejarte que haga bien las cosas como mi papa que tome su mediación, que haga ejercicios, coma bien y que nos demos cuenta si en algún momento no toma la medicación porque no lo hace. Pero todo posi con el doctor”.*

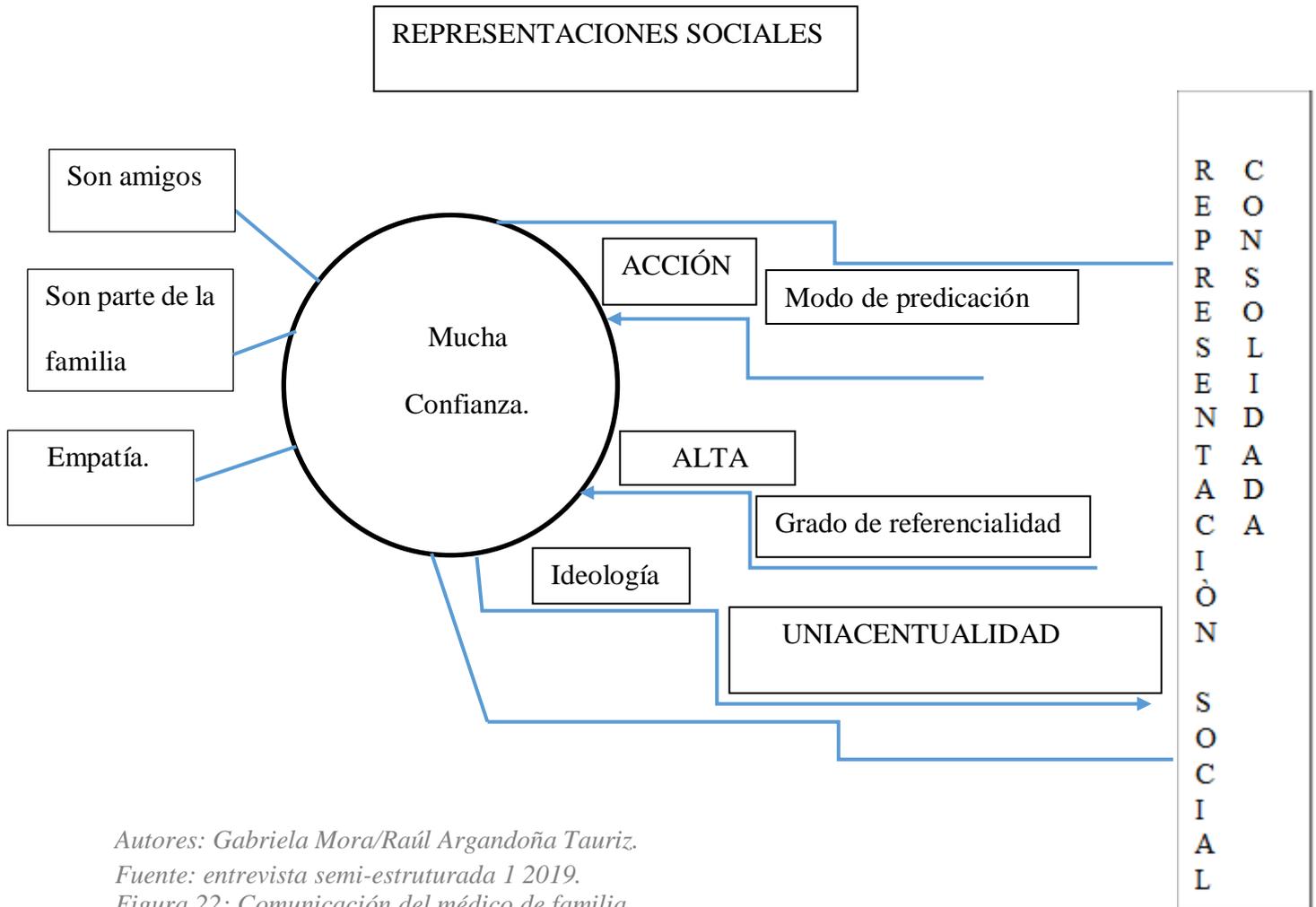
La idea núcleo como ya se dijo es la comunicación, donde los entrevistados mencionan que en la conversación que tienen con su médico de familia, les explican no solo de cómo debe cuidarse en su esfera biológica, sino también en su esfera psico-social. Además de comunicarse con los demás miembros de la familia para conocimiento de sus dolencias físicas, psicológicas y emocionales, para que estos puedan ser de apoyo.

Se observa un modo de predicación de acción, acompañado de un alto grado de referencialidad con una clara ideología de uniacentualidad significativa, lo que determina que se trata entonces de una representación social consolidada.

COMUNICACIÓN DEL MÉDICO DE FAMILIA.

¿Qué opina sobre la confianza que tiene en su Médico de Familia?

MUJERES-HOMBRES.



Autores: Gabriela Mora/Raúl Argandoña Tauriz.
Fuente: entrevista semi-estructurada 1 2019.
Figura 22: Comunicación del médico de familia.

La idea núcleo está relacionada con la palabra mucha confianza, pero con diferentes sintagmas: consideración como familiar, como amigo y por la empatía que se crea entre médico y paciente.

CM10: “si le confiaría todos mis problemas claro porque ella ya es como una familiar de nosotros”.

PQM02: “Es muy excelente, el médico debe ser un amigo más, una familia mas, donde uno conversa con él, todo lo que uno le está pasando y lo que siente”.

PQM07: *“Si se puede decir que sea confidente porque lo que uno le cuenta al doctor en el consultorio se queda ahí”.*

PQM07: *“Uno si siente que le siente confianza de poderle contar las cosas y todo lo que le afecta a una. Van más allá y le tratan a una como un amigo, como un familiar, porque se acercan más a uno para saber los problemas de uno”.*

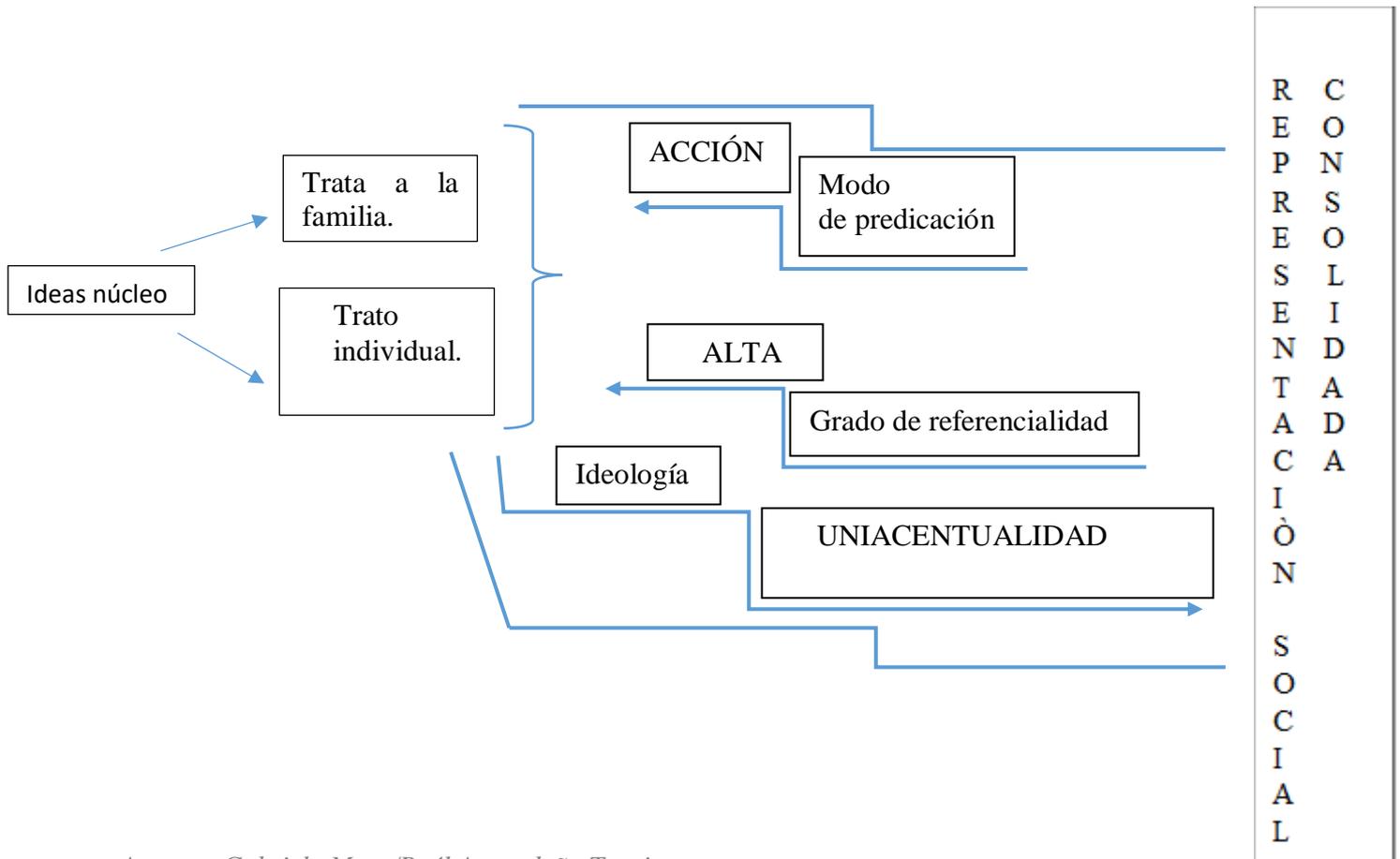
La confianza como se dijo es la idea núcleo en esta pregunta, donde de acuerdo a las contestaciones de los entrevistados, hay diferentes maneras en que el médico de familia se ha ganado esta confianza, siendo visto como un amigo, como un familiar, el cual tiene la capacidad de generar una atención bio-psio-social.

EL modo de predica es de acción, acompañado de un alto grado de referencialidad y una clara ideología de uniacentualidad significativa, por lo que se trata de una representación social consolidada.

COMUNICACIÓN DEL MÉDICO DE FAMILIA.

¿Qué piensa usted sobre, si la atención de un Médico de Familia es más personalizada?

MUJERES-HOMBRES.



Autores: Gabriela Mora/Raúl Argandoña Tauriz.

Fuente: entrevista semi-estructurada 1 2019.

Figura 23: Comunicación del médico de familia.

La idea núcleo que más se repite es el trato individual que nuestros entrevistados manifiestan recibir, lo que concluye en decir que si hay una atención personalizada.

PQM01: *“Si es más personalizada porque le explican”.*

PQM03: *“Si es personalizada porque nos tratan individualmente”.*

PQM04: *“Sí, es personalizada porque hay una diferencia para cada paciente”.*

PQM05: *“Si, la atención es más personalizada porque ellos se preocupan por mí y la atención es para mí”*.

TCM30: *“si es personalizada, se ve que es específico para el paciente, si atienden a toda la familia, pero paciente por paciente”*.

Como se puede apreciar, la idea general de las pacientes, es que, si existe una atención más personalizada, porque se sienten como seres humanos individuales, donde les atienden preocupándose de su salud física, mental y de sus emociones. Y no solo como una paciente con una enfermedad donde solo predomina la esfera biológica.

Sin embargo, una parte de esta población habla de que, en su percepción, es personalizada la atención, porque no solo se fijan en ellos, sino en la familia que los rodea.

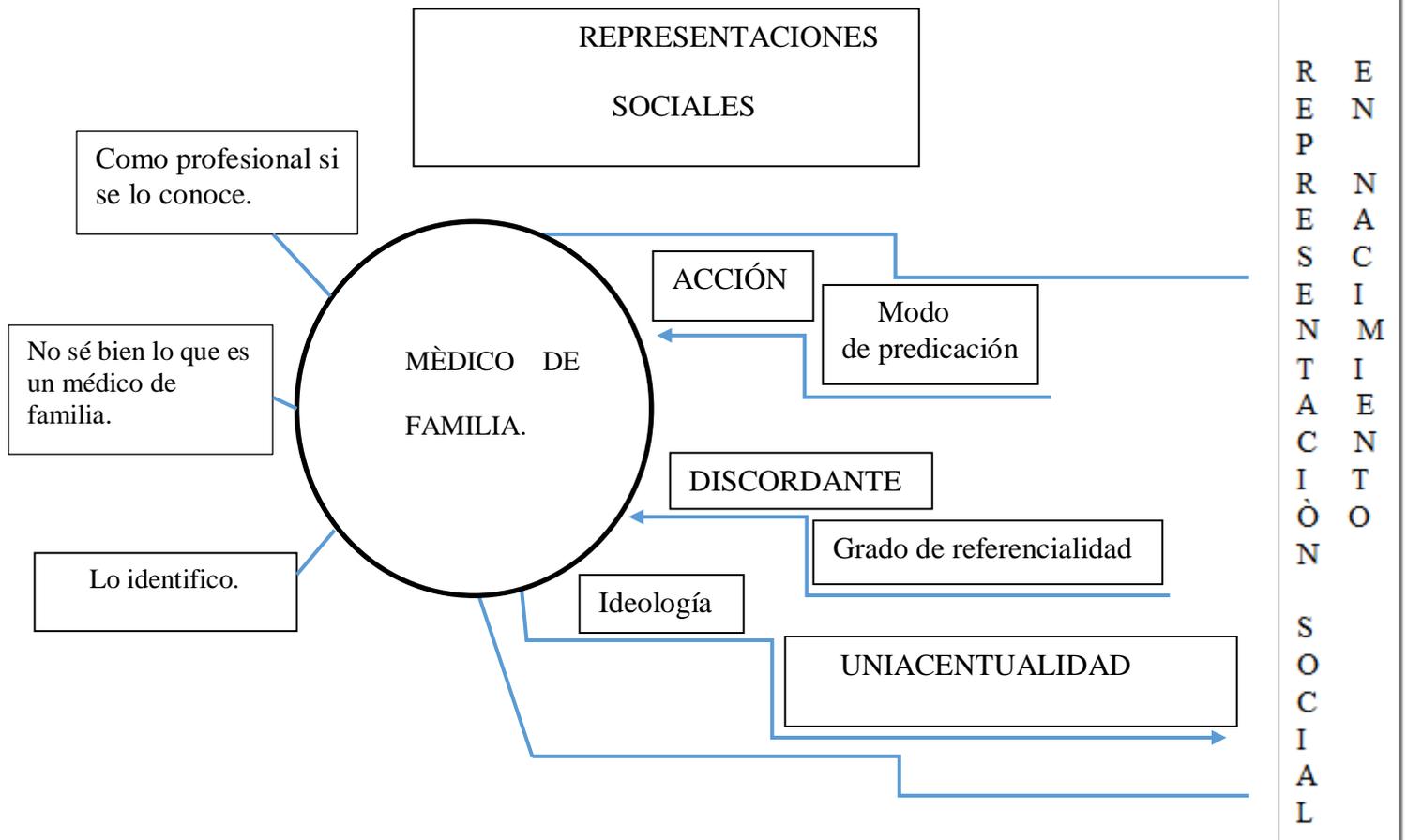
CM09: *“Si. Cuando nos atiende si es algo personal, ella se enfoca en nuestra familia”*.

Estamos frente a un modo de predicación de acción, acompañado de un alto grado de referencialidad con una clara ideología de uniacentualidad significativa, lo que determina que se trata entonces de una representación social consolidada.

FAMILIARIDAD DEL MÉDICO DE FAMILIA CON SUS PACIENTES.

¿Cree usted que conoce a su médico de familia?

MUJERES- HOMBRES.



Autores: Gabriela Mora/Raúl Argandoña Tauriz.

Fuente: entrevista semi-estructurada 1 2019.

Figura 24: familiaridad del médico de familia con sus pacientes.

En esta pregunta se pudo observar tres ideas núcleos principales, pero de aquellas respuestas coherentes a la pregunta, la mayoría concuerda en decir que conocen al Médico Familiar en el aspecto profesional pero poco como persona. En otros entrevistados se pudo notar que no entendían bien que era un Médico de Familia, lo cual esto no les importaba porque en su percepción les conocen como buenos doctores, “buenas gentes” lo que les hace afirmar con seguridad, que si conocen a su Médico.

PQM01: *“Si hay familiaridad, porque ellos nos conocen y nosotros a ellos, por las consultas en donde ellos preguntan y se preocupan por nosotros”.*

PQM03: *“En el aspecto profesional, como doctor sí, pero no como persona. Y al final uno no sabe nada de ellos”.*

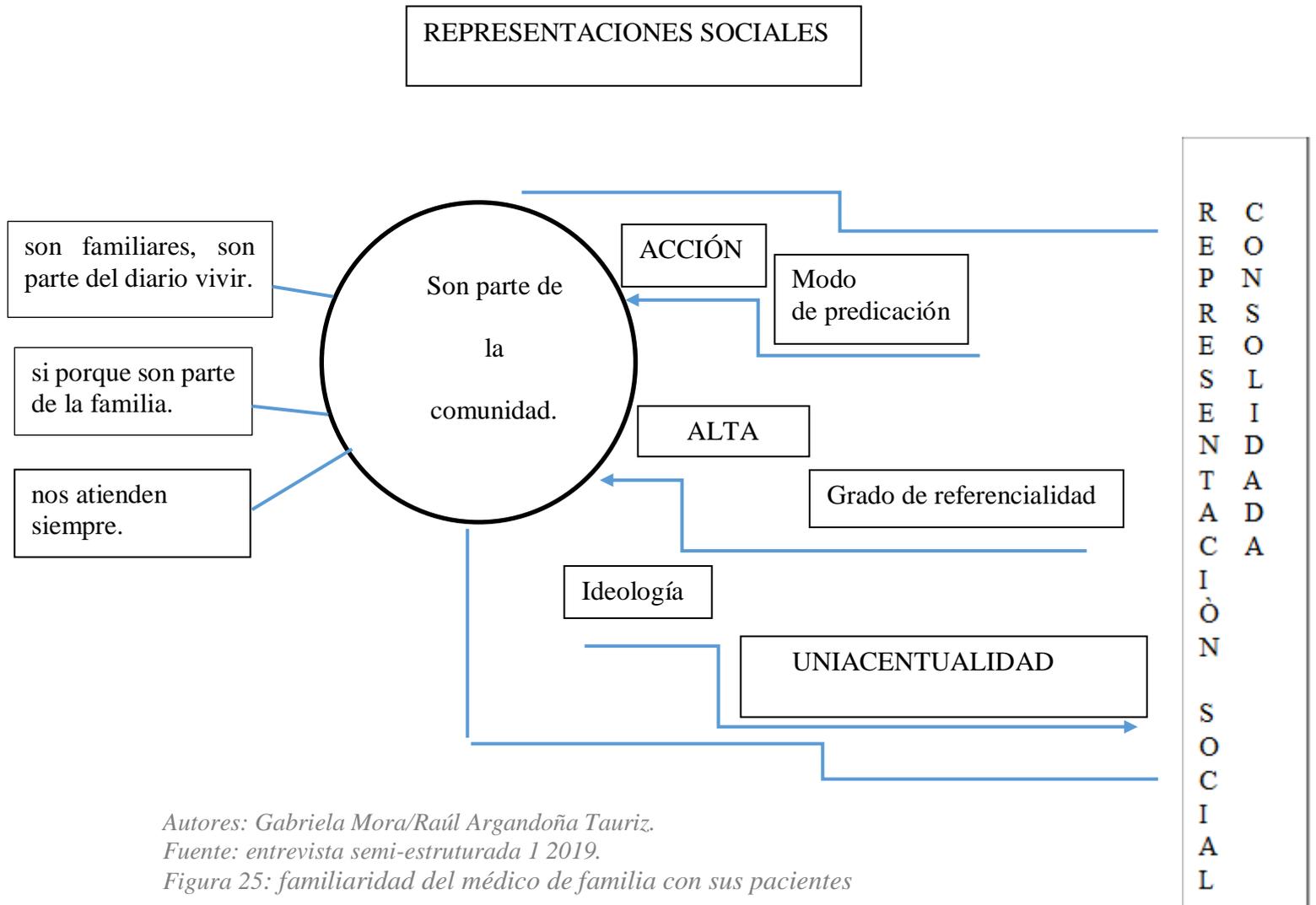
PQM07: *“Yo creo hasta donde nos permiten conocerles, cuando nos atienden. En la confianza que nos brindan”.*

PQH18: *“Ya le dije no sé qué es un médico familiar, pero si todos son como mi Dr.... la atención medica sería mucho mejor”*

Tenemos un modo de predicación de acción, acompañado de un grado distorsionado de referencialidad con una ideología de uniacentralidad, lo que determina que se trata entonces de una representación social en nacimiento.

**FAMILIARIDAD DEL MÉDICO DE FAMILIA CON SUS PACIENTES.
¿Cree usted que el Médico de Familia, es parte de la Comunidad?**

MUJERES-VARONES.



La idea núcleo es, que son parte de la comunidad, basados en las contestaciones de los entrevistados. Los médicos de familia no solo se dedican a la atención en el centro de salud, son parte del diario vivir de estos pacientes por lo existe familiaridad. Además, que la atención se extiende a la comunidad (visitas domiciliarias). Para esta población es común ver al Médico de Familia caminar por las calles de su comunidad, verlo entrar en sus domicilios, conversar con los vecinos, por lo que se afianza la confianza y el sentido de normalidad cuando aseguran que su médico es parte de la comunidad.

PQM03: *“Yo si considero que son parte de la comunidad porque aparte de la atención que recibimos aquí de ellos cuando uno está en la calle y les encuentra le saludamos todos con la misma familiaridad de estar aquí”*.

PQM07: *“Si es parte de la comunidad, porque se dedican atendernos, porque están para atender a la comunidad, ósea a nosotros”*.

Pqm08: *“Son parte la comunidad, porque ya incluso uno los ve por ahí, ya se los encuentra en la tienda, en el parque, aquí. Pues ya pertenece a esta comunidad”*

TCM31: *“si lo conocen a donde quiera que vayan lo conoce, los pacientes se acuerdan del médico y cuando vienen al centro de salud siempre pregunta por el médico de familia”*.

Para el paciente toma gran importancia pensar que el médico vive en la comunidad, eso hace que lo sientan también parte de la población, parte de su entorno.

PQH24: *“De ley porque esta es una zona rural y el medico ya es parte de la zona, de la comunidad, de la gente, vive aquí y al vivir aquí ya no solo es el doctor del centro de salud sino alguien más de la población.*

Se evidencia un modo de predicación de acción, acompañado de un alto grado de referencialidad con una ideología de uniacentualidad significativa en 6 de 7 entrevistadas, lo que determina que se trata entonces de una representación social consolidada.

CAPÍTULO V:

DISCUSIÓN.

Se encontró que la percepción de los pacientes, en cuanto a la atención que reciben por parte de los médicos de Familia líderes de equipos multidisciplinarios de salud; es la de una atención “muy buena”. Además, desde la perspectiva de estos pacientes el Médico de Familia es “bueno” (es decir una buena persona); el cual no solo le brinda una atención integral como individuo, sino además a su familia. Los resultados demostraron que los entrevistados están seguros de que el médico de Familia que les atiende; tiene una mayor preparación y conocimiento. Esta atención es acompañada de la empatía, respeto y cariño que percibe el paciente; el interés al ser visitado en casa. Lo cual realza la importancia de esta atención para los entrevistados, ya que confirman de una manera consolidada que este tipo de atención es importante para mejorar su salud.

En un estudio realizado por la revista Española de Salud Pública, sobre la percepción de los usuarios en cuanto a la atención de los servicios sanitarios indica que:

Los pacientes valoran de forma positiva (...) la motivación, interés por el paciente, calidad humana, trabajo en equipo, que conozca y tome en cuenta el contexto personal y familiar, que realice un seguimiento del tratamiento, que sea empático (que muestre compenetración en la consulta), que inspire confianza, que establezca una relación y un trato personal, que pida la opinión, que mire, que escuche (...) (Revista Española de Salud Pública. 2002).

Semejante a las respuestas en cuanto a la percepción de la atención médica, los pacientes piensan que la atención de un médico de familia es importante, porque están mejor preparados profesionalmente, son empáticos, brindan una atención integral y van a sus domicilios; se comprendió que ellos perciben que estos médicos realmente se preocupan por su salud, además de darles una información clara de su enfermedad. Esto se refleja en otro estudio realizado en España donde dentro de sus conclusiones determina: “Muchas de las opiniones positivas sobre los médicos de familia y centros de salud actuales se basaron en

la comparación con los antiguos médicos de ambulatorio, los cuales fueron descritos como autoritarios, distantes, reacios a dar explicaciones”. (Revista Española de Salud Pública. 2002).

Si bien sus roles clínicos en cuanto a diagnóstico y seguimiento, están consolidados en esta población, así como su empatía e integralidad; su rol como líder no se percibe. Existen límites en cuanto al estudio de esta convergente, pero considerando que en el Ecuador la estrategia de Equipos Multidisciplinarios lideradas por médicos de Familia, inicio hace no más de dos años, aun se esperarían futuras investigaciones para consolidar si realmente se desarrolla esta competencia de liderazgo, dentro de sus características.

Los entrevistados piensan que una de las primeras cosas por las cuales ellos reciben explicaciones sobre sus diagnósticos, es porque estos médicos no los creen ignorantes, en otras palabras, piensan que respetan la inteligencia y entendimiento que ellos como pacientes pueden tener. Enfatizan que entienden lo que su médico de familia les comunica cuando les da un diagnóstico y que esta es una de las razones que lo diferencia de otro Galeno. Es tan fuerte su consolidación que muchos de estos pacientes afirman que nunca, antes de los médicos de familia, un profesional de la salud les había dado tiempo para darles explicación sobre su diagnóstico.

Algo parecido resulto de un estudio realizado por la revista española de Salud Pública en 2002, la cual destaca dentro de sus resultados que:

Se desea que el médico acierte en el diagnóstico y que sea eficaz y eficiente en el manejo, pero los pacientes saben que atenderte bien requiere tiempo con cada paciente, que los médicos frecuentemente van con prisa, y que la falta de tiempo y las prisas llevan al error. (Revista Española de Salud Pública. 2002).

Los resultados en cuanto a si los médicos de familia mantienen seguimiento de estos pacientes, fue cerrada y con una saturación rápida; los entrevistados dan a entender que siempre mantienen seguimientos de salud, por medio de visitas a domicilio o acudiendo al

seguimiento mediante consulta externa. Ellos sienten que no se trata de una sola atención, sino que realmente su médico ve cómo evoluciona su salud.

En cuanto a la comunicación los entrevistados manifestaron lo satisfechos que se encuentran con la misma. Ellos perciben que cuando los médicos de familia se comunican lo hacen de una manera clara y entendible. Estos resultados son totalmente consolidados, y culminan en que la comunicación que reciben es de tipo explicativa; refieren que el médico de familia toma todo el tiempo necesario para explicarles los detalles de su enfermedad y tratamiento con lo cual ellos tienen las pautas para poder cumplir sus indicaciones. Además, esta comunicación es de tipo educativa ya que según los entrevistados van encaminada a buenas prácticas de salud en tópicos como la alimentación, el cuidado personal y el ejercicio físico. Hablan de una comunicación psicosocial, lo que la hace integral, dejando de lado lo biomédico. En la revista científica médica chilena, publicada en el 2010, se concluye que el premio de la buena comunicación se basa en: “Mejorar los resultados en términos de la satisfacción del paciente y del médico, del entendimiento y registro de lo observado, de la adherencia a los planes de tratamiento, el alivio de los síntomas y los resultados clínicos”. (Revista médica chilena. 2010). Es importante, porque uno de los talones de Aquiles para poder obtener una buena adherencia al tratamiento es la comunicación. A estos pacientes les agrada que se les comunique lo que les pasa a sus cuerpos, que los miren como seres independientes, capaces de captar una información.

Todos estos puntos llevan a una pregunta clave que fue desarrollada en esta investigación; se preguntó si había confianza al médico de familia y los resultados fueron totalmente consolidados al decir claramente que ellos sienten mucha confianza con dichos médicos, esto es veraz para los entrevistados, porque ellos perciben que el médico de familia los "mira" como persona y no solo sus enfermedades. Se enfatiza que esta es la razón por la cual los pacientes logren mejorar sus condiciones de salud, ya que al tener el médico la

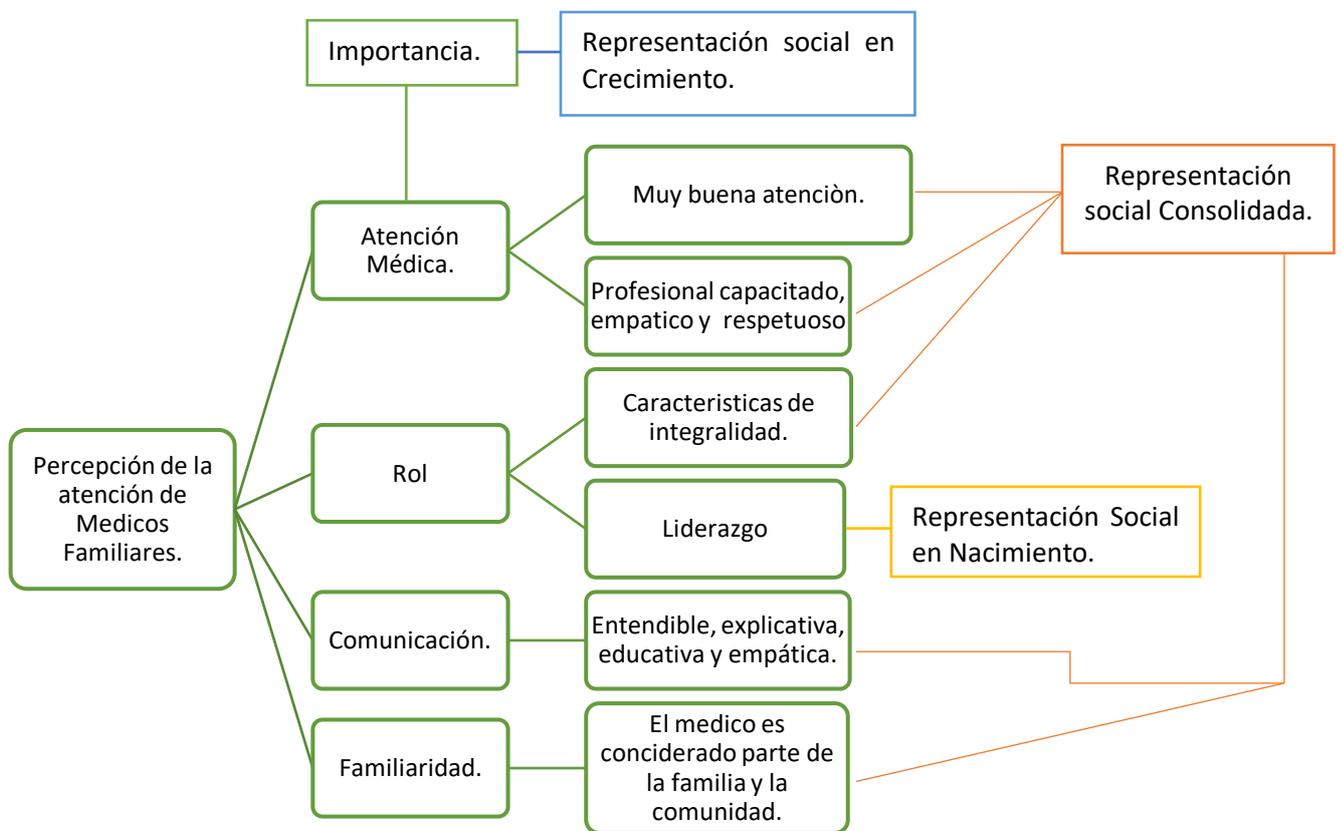
confianza de sus pacientes, forma un lazo, médico-paciente, que aumenta las posibilidades de mejorar el estilo de vida del individuo de manera integral. Lo contrario ocurriría cuando existe falta de confianza, como lo demuestra una investigación realizada el 2012 en Uruguay por la revista de Biomedicina, donde se investigó la adherencia al tratamiento desde la perspectiva del médico de familia y uno de los elementos que incide en la adherencia al tratamiento, es la relación médico-paciente inadecuada, con falta de confianza recíproca. (Biomedicina. 2013). Por ende, concluye que un tratamiento personalizado no comienza con una receta, sino con el reconocimiento del paciente como individuo, como prójimo, como sujeto de derechos y obligaciones. (Biomedicina. 2013).

La atención percibida en esta población, no solo se encamina a sus dolencias físicas, es decir no es una atención biomédica, sino que estos profesionales se preocupan por su entorno familiar y emocional. Sienten que cuando les atienden, no es una rutina general con pacientes, sino que se enfocan en ellos dependiendo de sus necesidades. Cuestión recalcada por los TAC, en el manejo de cada paciente.

Los pacientes conocen a los médicos de familia desde el punto de vista profesional y aunque ya adaptados a la convivencia con ellos, se sienten familiarizados con el profesional, pero no con el ser humano. Para esta población no tiene importancia el no entender claramente lo que es un médico de familia, siempre y cuando el médico que los atienda, tenga las características de integralidad, que en la percepción de estos entrevistados los hacen “buenos médicos”. En un trabajo realizado por el Instituto Mexicano de Seguridad Social se concluyó que” Los pacientes están más satisfechos con un proveedor de cuidados de la salud más empático y cumplen más con los médicos que los entienden mejor, y suelen ver la conducta de los médicos como una clave determinante de su satisfacción” (IMSS, 2014). Este nos afirma que, si un paciente es atendido de tal manera que logre empatizar

con el Médico, no tiene importancia su especialidad sino las características de su atención; el paciente prefiere ser atendido integralmente.

Toda esta confianza, empatía, respeto y cariño; hacen que la población estudiada perciba al Médico de Familia como parte de su comunidad. Nuevamente es la Empatía hacia el paciente lo que logra que este mire al médico de familia más allá de un consultorio, que lo sienta indispensable para guiarlo en el mejoramiento de su salud.



Resumen de la Percepción de la población vulnerable, atendida por equipos multidisciplinares, liderados por Especialistas en Medicina Familiar. Centro de Salud La Concordia y Puerto Quito.

Fuente: entrevistas semi-estructuradas.
 Elaborado: Gabriela Mora y Raúl Argandoña.
 Figura:26.

CAPÍTULO VI.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

5.1 CONCLUSIONES:

La percepción de la atención dada a pacientes crónicos vulnerables, por Médicos de Familia líderes de equipos Multidisciplinarios de Salud, es la de una atención integral. Esto demostrado en cada resultado donde a pesar de no ser mencionada la palabra integral, si se mencionaron características de integralidad.

Los roles del Médico de familia percibidos por los pacientes crónicos vulnerables, son competencias de atención integral; destacando el diagnóstico, el seguimiento de salud, la comunicación y la empatía dentro de las esferas bio-psico-social. Sin embargo, la característica de liderazgo no se encuentra consolidada y existen muchas dudas sobre la misma.

La población no vincula a la Especialidad de Medicina Familiar con las competencias de atención integral sino con las características de un “buen médico”.

En cuanto a la caracterización del médico de familia graduado en la primera promoción del convenio PUCE-MSP, estas son principalmente las de un profesional capacitado, empático, respetuoso, comunicativo, y considerado como parte de la familia y la comunidad.

Una de las debilidades que se presentó en esta investigación, es la falta de estudios cualitativos sobre esta temática, lo que dificultó la comparación de este trabajo con otros afines al mismo.

Dentro de sus debilidades se concluye, en la necesidad de estudiar la percepción de la atención dada por otros profesionales de la salud, a fin de comparar si realmente son las características de integralidad, lo que diferencia al Médico de Familia del resto de las especialidades.

RECOMENDACIONES.

Para el paciente y sus Familiares.

Sugerir a los pacientes empoderarse de la relación médico paciente, como un proceso mutuo; dinámico y participativo.

Para los Médicos Familiares líderes de equipos multidisciplinarios de Salud. Consideren, asumir la competencia de liderazgo dentro del ministerio de salud pública, exigiendo además la promulgación de la medicina Familiar dentro de la cartera de servicio.

Para los docentes.

Enfatizar las competencias del médico de familia como líder, dentro de la atención primaria en salud. Y la importancia de su capacidad resolutive frente a la demanda del paciente.

Para la Academia.

Fortalecer las competencias de liderazgo dentro de la malla curricular, para lograr esta característica en las futuras generaciones.

Para el Ministerio.

Socializar la necesidad de comunicar y lograr entender de qué trata la Medicina Familiar.

Para las futuras investigaciones:

Realizar una línea de tiempo que siga, la percepción de la atención recibida por un médico de familia útil para retroalimentación y el mejoramiento de la atención de Medicina Familiar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Alleyne GA, Castillo-Salgado C, Schneider MC, Loyola E, Vidaurre M. *Overview of social inequalities in health in the Region of the Americas, using various methodological approaches.* Revista Panamericana de Salud Pública. 2002;12(6): 388-397.
<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v12n6/a07v12n6.pdf>
- Artículo Original Saúde debate 39 (105) Apr-Jun 2015. *Panorama de la Atención Primaria de Salud en Suramérica: concepciones, componentes y desafíos*
<https://doi.org/10.1590/0103-1104201510500020>
- Bedoya, R. (Ed.) (2016). *Medicina familiar. Reflexiones desde la práctica.* Quito, Ecuador. Ministerio de Salud Pública. Organización Panamericana de la Salud.
http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/Libro_Medicina_Familiar-Reflexiones_desde_la_practica.pdf
- Botton, D. (2013). *Sistemas y modelos de salud, su incidencia en las redes integradas de servicios de salud.* Gerencia Y Políticas De Salud, 12(24).
<https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/6096>
- Dois, Angelina, Contreras, Aixa, Bravo, Paulina, Mora, Isabel, Soto, Gabriela, & Solís, Claudia. (2016). *Principios orientadores del Modelo Integral de Salud Familiar y Comunitario desde la perspectiva de los usuarios.* Revista médica de Chile, 144(5).
<https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016000500005>
- Equipo de Redacción de Concepto. de. Obtenido 2019. *Concepto de Salud (según la OMS).*
<https://concepto.de/salud-segun-la-oms/>
- Franco-Giraldo A. El rol de los profesionales de la salud en la atención primaria en salud (APS). Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2015.
<http://hdl.handle.net/10495/4377>
- Foucault, M. (1980). *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica.* siglo XXI.
<https://books.google.es>
- Giovanella, L. et al. (Org.). *Sistemas de salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad.* Rio de Janeiro: ISAGS, 2012.

- Herrera, D., Gaus, D., Troya, C., Guevara, A., & Obregón, M. (2016). *Manual Médico Saludesa* (Segundaed.). Santo Domingo de los Colorados. Gráficas Ortega.
- Introducción a la Medicina Familiar 2009.
<https://medfamcom.files.wordpress.com/2009/10/introduccion-a-la-mf-foroaps.pdf>
- Martínez-Lazcano, Félix, & Sierra-Ayala, Irasema. (2016). Criterios para identificar pacientes vulnerables en Atención Primaria. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 32(1)
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252016000100005&lng=es&tlng=es
- Ministerio de salud Pública del Ecuador. *Estrategia de abordaje médico del barrio*, 2018.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2012). *Manual del Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud Familiar Comunitario e Intercultural* (MAIS-FCI) (Primera ed.). Quito: Dirección Nacional.
- **Morin, E. (1999).** *Los siete saberes necesarios para la educación del futuro.* (UNESCO, Ed.) París: UNESCO.
- Ocampo-Rodríguez, M., Betancourt Urrutia, V., Montoya-Rojas, J., & Bautista- Morin, E. (1999). *Los siete saberes necesarios para la educación del futuro.* (UNESCO, Ed.) París: UNESCO.
- Organización Mundial de la Salud. *La atención Primaria de Salud, Más Necesaria que Nunca.* Informe sobre la salud en el mundo 2008. Ginebra: OMS.
- Rey-Gamero, A., & Acosta-Ramírez, N. (2013). El enfoque de competencias para los equipos de Atención Primaria en Salud. Una revisión de literatura. *Gerencia Y Políticas De Salud*, 12(25).
<https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/7125>
- Rodríguez-Villamizar, L., & Ruiz-Rodríguez, M., & Acosta-Ramírez, N. (2016). Evaluación de un modelo de atención primaria en salud en Santander, Colombia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 34 (1), 88-95.
- Segredo Pérez AM, Perdomo Victoria I. La Medicina General Integral y su enfoque social y humanista. *Educación Media Superior*.2012
<http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/32/28>

- Vargas, P. (2016). El modelo biopsicosocial: un cambio de paradigma importancia de trabajar con familias. En C. Julio, & C. Julio (Ed.), *Introducción a la Medicina Familiar* (págs. 1-9). Buenos Aires: Libros Virtuales Intramed.
https://www.ucursos.cl/medicina/2008/2/MPRINT25/1/material_docente/previsualizar%3Fid_material=182943.
- Wikipedia, La enciclopedia libre (2017, 18 de marzo). *Equipo multidisciplinar*.
[.https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Equipo_multidisciplinar&oldid=97657003](https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Equipo_multidisciplinar&oldid=97657003).
- Girón, Manuel, Beviá, Begoña, Medina, Elisa, & Simón Talero, Manuel. (2002). Calidad de la relación médico paciente y resultados de los encuentros clínicos en atención primaria de Alicante: un estudio con grupos focales. *Revista Española de Salud Pública*, 76(5), 561-575.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113557272002000500016&lng=es&tlng=es.
- MOORE, PHILIPPA, GÓMEZ, GRICELDA, KURTZ, SUZANNE, & VARGAS, ALEX. (2010). Doctor patient communication: Which skills are effective?. *Revista médica de Chile*, 138(8), 1047-1054.
<https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872010000800016>.
- MELINA DEL DUCA; YENNY GALLEGOS; GABRIEL DA COL; MARIA NOEL TRENCHI. (2013). Adherencia al tratamiento desde la perspectiva del médico de familia. *Revista Biomedicina*.ISSN 50-9747.
<https://www.um.edu.uy>.

ANEXOS.

Anexo 1: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

AÑO	2019								
ACTIVIDADES A EJECUTAR.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
REVISIÓN DEL PROTOCOLO POR PARTE DEL COMITÉ DE BIOÉTICA.				X					
AUTORIZACIÓN POR PARTE DEL COMITÉ DE BIOÉTICA PARA EJECUTAR INVESTIGACIÓN				X					
AUTORIZACIÓN DE PERMISOS PARA REALIZAR EL TRABAJO DE CAMPO EN CENTROS DE SALUD.				X					
EJECUCIÓN DE ENTREVISTA A PACIENTES VULNERABLES, O CUIDADOR					X	X	X		
EJECUCIÓN DE ENTREVISTA AL PERSONAL MÉDICO					X	X	X		
ANÁLISIS DE INFORMACIÓN					X	X	X		
CONSOLIDACIÓN DE INFORMACIÓN							X		
REDACCIÓN DE INFORME FINAL									X
PRESENTACIÓN DEL PRIMER BORRADOR									X
APROBACIÓN DE TESIS DEFINITIVA									X
SUSTENTACIÓN DE TESIS ANTE TRIBUNAL POR AUTORES									X

Elaborado por: María Gabriela Mora Marcillo y Raúl Ausberto Argandoña Tauriz.

Anexo 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO.

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD.

POSTGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

NOSOTROS Gabriela Mora y Raúl Argandoña estudiantes de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador sede Santo Domingo, del Postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria. Somos quienes investigamos el tema sobre “Percepción de la atención recibida, por la población vulnerable atendida por equipos multidisciplinarios, liderados por especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria graduados en la primera cohorte del convenio MSP-PUCE en el paralelo Santo Domingo, en el centro de salud La Concordia y Puerto Quito, durante el periodo de enero a julio del 2019”.

Propósito

El propósito de la investigación es determinar la Percepción de la atención recibida, por especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria que lideran equipos multidisciplinarios en la población vulnerable del centro de salud la Concordia y Puerto Quito, durante el periodo de enero a julio del 2019.”.

En esta investigación se utilizará como instrumentos una entrevista realizada personalmente por nosotros, con un tiempo máximo de 2 horas.

Participación voluntaria:

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria, lo que quiere decir que usted decide si participa o no en ella. En caso de no participar, no tendrá ninguna consecuencia. Si decide participar en la investigación, tendrá derecho a retirarse de la misma cuando usted lo desee, y los investigadores deberán respetar tal decisión.

Confidencialidad

Esta investigación preserva la confidencia de la identidad del participante; los datos que de ella se obtengan serán publicados o difundidos con propósitos investigativos, se presentará un solo informe recopilado sin identificar a los participantes. En caso de que quiera más información durante la entrevista tiene derecho a que sean respondidas todas sus dudas sobre la planteada investigación.

Beneficios:

Esta investigación es de su interés por lo siguiente.

- Trata de determinar cuál es su opinión sobre la atención que recibe por parte de especialistas de Medicina Familiar dentro de los equipos de salud que le realizan visitas domiciliarias.
- Trata de evidenciar si el equipo de salud que lo visita logra ayudar a que se realice un cambio favorable en su salud.
- A futuro trata de mejorar la atención integral en salud, que se brinda.

Riesgos.

La presente investigación NO presenta riesgos biológicos ni fisiológicos para usted.

Podría eventualmente sentirse incómodo con alguna pregunta.

Costos e incentivos.

Usted no pagara ningún costo por la participación.

El incentivo final será el de contribuir con la construcción de nueva información, pero no existe incentivo económico.

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO.

Yo, _____ he leído y comprendido la información arriba escrita y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en esta investigación pueden ser publicados con fines científicos. Acepto participar en este estudio de investigación.

Firma del participante.

Fecha:

C.I. _____

Esta parte debe ser completada por el Investigador (o su representante):

He explicado al Sr(a). _____ la naturaleza y los propósitos de la investigación; le explicado de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normativa correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Firma del investigador

CI:

Fecha:

Elaborado por: María Gabriela Mora Marcillo y Raúl Ausberto Argandoña Tauriz.

Anexo 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Para Cuidadores y Personal de Salud TAP.

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD.

POSTGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

NOSOTROS Gabriela Mora y Raúl Argandoña estudiantes de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador sede Santo Domingo, del Postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria. Somos quienes investigamos el tema sobre **“Percepción de la atención recibida, por la población vulnerable atendida por equipos multidisciplinarios, liderados por especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria graduados en la primera cohorte del convenio MSP-PUCE en el paralelo Santo Domingo, en el centro de salud La Concordia y Puerto Quito, durante el periodo de enero a julio del 2019”**.

Propósito

El propósito de la investigación es determinar la percepción de la atención recibida, por la población vulnerable atendida por equipos multidisciplinarios, liderados por especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria graduados en la primera cohorte del convenio MSP-PUCE en el paralelo Santo Domingo, en el centro de salud La Concordia y Puerto Quito, durante el periodo de enero a julio del 2019”.

En esta investigación se utilizará como instrumentos una encuesta realizada personalmente por nosotros, con un tiempo máximo de 45 minutos.

Participación voluntaria:

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria, lo que quiere decir que usted decide si participa o no en ella. En caso de no participar, no tendrá ninguna consecuencia. Si decide participar la investigación, tendrá derecho a retirarse de la misma cuando usted lo desee, y los investigadores deberán respetar tal decisión.

Confidencialidad

Esta investigación preserva la confidencia de la identidad del participante; los datos que de ella se obtengan serán publicados o difundidos con propósitos investigativos, se presentará un solo informe recopilado sin identificar a los participantes. En caso de que quiera más información durante la entrevista tiene derecho a que sean respondidas todas sus dudas sobre la planteada investigación.

Beneficios:

Esta investigación es de su interés por lo siguiente.

- Trata de determinar cuál es su opinión sobre la atención que recibe por parte de especialistas de Medicina Familiar dentro de los equipos de salud que le realizan visitas domiciliarias.
- Trata de evidenciar si el equipo de salud que lo visita logra ayudar a que se realice un cambio favorable en su salud.
- A futuro trata de mejorar la atención integral en salud, que se brinda, por lo que es de gran beneficio para su labor diaria.

Riesgos.

La presente investigación NO presenta riesgos biológicos ni fisiológicos para usted.

Podría eventualmente sentirse incómodo con alguna pregunta.

Costos e incentivos.

Usted no pagara ningún costo por la participación.

El incentivo final será el de contribuir con la construcción de nueva información, pero no existe incentivo económico.

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO.

Yo, _____ he leído y comprendido la información arriba escrita y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en esta investigación pueden ser publicados con fines científicos. Acepto participar en este estudio de investigación.

Firma del participante.

Fecha:

C.I. _____

Esta parte debe ser completada por el Investigador (o su representante):

He explicado al Sr(a). _____ la naturaleza y los propósitos de la investigación; le explicado de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normativa correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Firma del investigador

CI:

Fecha:

Elaborado por: María Gabriela Mora Marcillo y Raúl Ausberto Argandoña Tauriz

Anexo 4: CUESTIONARIO.

Guía 01.

INSTRUMENTO: GUÍA SEMI-ESTRUCTURADA DE ENTREVISTA GRUPO FOCAL.		
Provincia:	Cantón o ciudad:	Parroquia:
Dirección		Celular:
Fecha de aplicación de la entrevista	Número de archivo:	
Entrevistador/a:		
FICHA DE IDENTIFICACIÓN		
Nombre		
Edad		
Sexo		
Estado civil		
Número de personas que viven en su casa		
Tipo de familia ¹		
Ítem 1: ¿Recibe usted atención de un Médico de Familia?	- ¿Qué opina sobre la atención que recibe de un Médico de familia? - ¿Por qué cree que es importante que reciba atención de un Médico de Familia?	
Ítem 2: ¿Cuál cree usted que es el papel que cumple el médico de Familia	- ¿Quién cree usted que lidera el grupo del que recibe atención Médica? - ¿Cree usted que ha recibido diagnósticos de su enfermedad? - ¿Cree usted que ha recibido controles de salud?	
Ítem: 3 ¿Cómo considera la atención recibida por un Médico de Familia?	- ¿Qué opina sobre la comunicación con su médico de Familia? ¿Qué opina sobre la confianza que tiene en su Médico de familia? ¿Qué piensa usted sobre, si la atención de un médico de Familia es más personalizada?	
Ítem: 4 ¿Qué opina sobre la familiaridad del Médico de Familia con sus pacientes?	¿Cree usted que los pacientes conocen a su médico de Familia? ¿Cree usted que el Médico de Familia es parte de la comunidad?	

¹ La o el investigador lo caracteriza en relación a la información que le proporcione la persona entrevistada.

Guía 02.

GUIA SEMI-ESTRUCTURADA DE ENTREVISTA a INFORMANTE CLAVE		
Provincia:	Cantón o ciudad:	Parroquia o localidad:
Dirección:		Celular
Lugar de trabajo:	Cargo:	Años de experiencia:
Fecha de aplicación de la entrevista:		Número de entrevista:
Entrevistador/a:		

FICHA DE IDENTIFICACIÓN	
Nombre	
Edad	
Sexo	
Estado civil	
Religión	
Nivel instruccional	
¿Los pacientes vulnerables reciben atención de un Médico de Familia?	<p>¿Qué opina sobre la atención, que reciben los pacientes, de un Médico de familia?</p> <p>- ¿Por qué cree que es importante que reciba atención de un Médico de Familia?</p>
¿Cuál cree usted que es el papel que cumple el Médico de Familia	<p>¿Quién cree usted que lidera el grupo multidisciplinario de Atención?</p> <p>¿Cree usted que los pacientes vulnerables reciben diagnóstico de su enfermedad?</p> <p>¿Cree usted que los pacientes vulnerables reciben controles de salud?</p>
¿Cómo considera la atención recibida por un Médico de Familia?	<p>- ¿Qué opina sobre la comunicación del Médico de Familia con los pacientes?</p> <p>¿Qué opina sobre la confianza que le tienen los pacientes al Médico de familia?</p> <p>¿Qué piensa usted sobre, si la atención de un médico de Familia es más personalizada?</p>
¿Qué opina sobre la familiaridad del Médico de Familia con sus pacientes?	<p>- ¿Cree usted que los pacientes conocen a su médico de Familia?</p> <p>- ¿Cree usted que el Médico de Familia es parte de la comunidad?</p>

Anexo 5: PRESUPUESTO:

INSUMOS	CANTIDAD USD
Egresos:	
Alimentación	200,00
Equipos	800,00
Materiales	150,00
Bibliografía	50,00
Internet	150,00
Papelería	50,00
Fotocopias	100,00
Materiales de computación	200,00
Anillados y empastados	60,00
Imprevistos	200,00
TOTAL GASTOS	1.960,00

Anexo 6.

FOTOS.







SUBCOMITÉ DE BIOÉTICA

Quito, 28 de marzo de 2019

SB-CEISH-POS-15

Doctora

María Gabriela Mora Marcelllo

Doctor

Raúl Ausberto Argandoña Tauriz

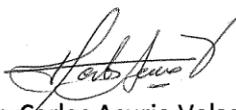
Estudiantes del Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria de la Facultad de Medicina de la PUCE

Presente.-

De nuestra consideración:

Por medio de la presente, el Subcomité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, resuelve **Aprobar** el proyecto titulado: **“PERCEPCIÓN DE LA ATENCIÓN RECIBIDA, POR LA POBLACIÓN VULNERABLE ATENDIDA POR EQUIPOS MULTIDISCIPLINARIOS, LIDERADOS POR ESPECIALISTAS EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA GRADUADOS EN LA PRIMERA COHORTE DEL CONVENIO MSP-PUCE EN EL PARALELO SANTO DOMINGO, EN EL CENTRO DE SALUD LA CONCORDIA Y PUERTO QUITO, DURANTE EL PERIODO DE ENERO A JULIO DEL 2019”**.

Atentamente,



Dr. Carlos Acurio Velasco
Subcomité de Bioética
Facultad de Medicina PUCE