

República Dominicana
UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA

UNIBE



Facultad de Ciencias y Salud

Escuela de Medicina

Proyecto de postgrado para optar por el

Título de la especialidad de medicina familiar y comunitaria

Título:

Nivel de conocimiento sobre la medicina familiar y comunitaria de los usuarios atendidos en el servicio de consulta de la especialidad médica del Hospital General de La Plaza de la Salud durante el periodo mayo-junio año 2025

Sustentante: Dr. Junior Belizaire

Matrícula: 22-1232

Asesorado por:

Dra. Violeta González, Asesora metodológica

Dra. Ysabel Diaz, Asesora clínico

Dr. Wilton de La Cruz, Asesor clínico

Santo Domingo, Distrito Nacional

Julio 2025

Los conceptos expuestos en la presente investigación es de la exclusiva responsabilidad de los autores

Contenido

Agradecimientos	4
Resumen	5
Abstract.....	7
Introducción.....	9
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	11
I.1 Planteamiento del Problema	12
I.2 Preguntas de Investigación:	14
1.3 Objetivos del estudio	15
1.3.1 Objetivo general	15
1.3.2 Objetivos específicos.....	15
1.4 Justificación	16
I.5 Limitaciones	17
CAPITULO 2: MARCO TEORICO	18
2.1 Antecedentes y referencias.....	19
2.2 Marco Conceptual.....	21
2.2.1 Definición de la medicina Familiar y Comunitaria.....	21
2.2.2 Orígenes históricos de la Medicina Familiar y Comunitaria	21
2.2.3 La Medicina Familiar en América del Norte.....	22
2.2.5 Breve historia especialidad de medicina familiar y comunitaria en la República Dominicana	25
2.2.6 Sociedad Dominicana de Medicina Familiar y Comunitaria (SODOMEFYC)	28
2.2.7 Las dos nuevas leyes que impulsan el cambio de la medicina familiar en República Dominicana.	28
2.2.8 Fundamentos teórico-prácticos básicos de la medicina familiar y comunitaria	30
• Atención integral.....	30
• Longitudinalidad.....	30
• Accesibilidad	30
• Coordinación	30
• Enfoque comunitario y familiar	31
• Prevención y promoción de la salud.....	31
• Atención centrada en la persona	31
2.2.9 Principios de la medicina de familia.....	31
2.2.9 El rol de la medicina familiar en la actualidad	32
2.2.10 Perfil del Médico Familiar y comunitaria	33
2.2.11 Importancia de la medicina familiar y comunitaria.....	35

2.2.12 Retos y oportunidades en la consulta de Medicina Familiar	37
2.2.15 Educación en Salud y su Impacto en el Conocimiento.....	38
Impacto de la Educación en Salud:.....	38
2.3 Contextualización	39
2.3.2 Reseñas históricas	39
2.5 Marco Espacial	41
CAPÍTULO 3: DISEÑO METODOLÓGICO	42
3.1 Contexto o demarcación geográfica.....	43
3.2 Tipo de estudio	43
3.3 Operacionalización de las variables:.....	43
3.4 Métodos y técnicas de investigación	44
3.5 Instrumento de recolección de datos	44
3.6 Consideraciones éticas	45
3.7 Universo	45
3.8 Muestra	45
3.9 Criterios de Inclusión:	46
3.10 Criterios de Exclusión:.....	46
3.11 Procedimiento para el procesamiento de análisis de datos	46
Capítulo IV Resultados	48
4.1 Participación.....	48
4.2 Características sociodemográficas de la población	48
4.3 Características de la muestra según las cualidades evaluadas para determinar el nivel de conocimiento	50
Capitulo V: Discusión de resultados.....	58
Conclusiones.....	61
Capitulo VI: Recomendaciones	64
Anexos	¡Error! Marcador no definido.
Anexos 1: Formulario	¡Error! Marcador no definido.
Consentimiento Informado	¡Error! Marcador no definido.
Referencias bibliográficas	¡Error! Marcador no definido.

Agradecimientos

Con profunda gratitud y humildad, elevo mi agradecimiento a Dios, a mi Señor Jesús, por concederme el don de la vida, la fortaleza para perseverar y la bendición de culminar esta importante etapa de mi formación profesional. Sin Su guía y misericordia, este logro no habría sido posible.

Dedico este trabajo a mi amada madre, Yona Belizaire, pilar incansable de amor, esfuerzo y fe. A mis hermanos: Peterson Samedy, quien siempre me dice "yo sé que tú puedes"; Loovinsky Samedy, quien partió a la presencia de Dios el 27 de agosto de 2018; y a mi querido padrastro, Desir Samedy, quien también descansa en el cielo desde el 7 de febrero de 2021. Estoy convencido de que, desde lo alto, comparten conmigo la alegría de este nuevo logro. Su recuerdo vive eternamente en mi corazón.

Mi sincero agradecimiento a la Dra. Ysabel Díaz, por sus oportunas palabras de aliento y consuelo en momentos clave; a la Dra. Mildred Miñón, por su apoyo constante; y a mis colegas de Medicina Familiar: Ivette Romero (la intensa), Zoila Martínez ("ven, explícame cómo pasó la cosa"), José Miguel Reyes, Jess, y mi amigo Julio Álvarez, con quienes compartí no solo conocimientos, sino también vivencias y aprendizajes inolvidables.

Extiendo también mi gratitud al equipo administrativo del Centro de Salud Siglo XXI, especialmente al Dr. Julio Hazim Risk, por su apoyo durante este proceso, así como al Hospital General de la Plaza de la Salud, institución que ha sido un escenario fundamental en mi crecimiento como médico familiar y comunitario.

A todos los que, de una u otra manera, han sido parte de este camino: gracias. Este logro también les pertenece.

Dr. Junior Belizaire

Resumen

Introducción y objetivo:

La medicina familiar y comunitaria es una especialidad médica orientada a brindar atención integral, continua y centrada en la persona, considerando los aspectos biológicos, psicológicos, sociales y culturales del individuo y su entorno. Esta investigación tuvo como objetivo evaluar el nivel de conocimiento sobre medicina familiar y comunitaria en los usuarios que acuden a esa consulta del Hospital General de la Plaza de la Salud, en el período mayo-junio de 2025.

Materiales y métodos:

Se realizó un estudio de tipo observatorio, descriptivo tipo encuesta, con una muestra de 342 usuarios que acudieron a consulta en el área de medicina familiar y comunitaria. Donde se recolectó información sociodemográfica, nivel de conocimiento, percepciones del rol del médico familiar y su alcance en la atención sanitaria.

Resultados:

El 92% de los encuestados afirmó conocer el término “medicina familiar y comunitaria”, pero solo el 23% obtuvo un nivel alto de conocimiento, mientras que el 45% mostró un nivel medio y el 32% un nivel bajo. Se identificó que el 57% considera que el médico familiar es igual a un médico general, y un 69% piensa que solo atiende adultos. No obstante, el 91% reconoció que este profesional debe conocer el contexto social del paciente y el 70% lo considera el primer contacto importante ante cualquier necesidad de salud. La mayoría de los participantes se enteró del servicio por recomendación informal o consultas previas, lo cual evidencia una promoción institucional limitada. El nivel de conocimiento mostró relación con el nivel educativo, siendo mayor entre personas con estudios universitarios o de postgrado.

Conclusiones:

Los hallazgos reflejan una comprensión parcial y, en algunos casos, errónea sobre el rol del médico familiar entre los usuarios del hospital. A pesar de una disposición positiva hacia la atención integral, persisten estereotipos y desconocimiento sobre su alcance profesional.

Se hace evidente la necesidad de implementar estrategias de información claras y accesibles que promuevan el verdadero perfil del médico familiar. Esta medida permitiría mejorar la percepción pública, optimizar el acceso a los servicios y fortalecer el primer nivel de atención en salud.

Palabras clave: Medicina familiar y comunitaria, percepción del usuario, nivel de conocimiento, atención primaria en salud, rol del médico familiar, educación sanitaria.

Abstract

Introduction and Objective:

Family and Community Medicine is a medical specialty aimed at providing comprehensive, continuous, and person-centered care, considering the biological, psychological, social, and cultural aspects of the individual and their environment. However, despite its importance within the healthcare system, there is still confusion among users regarding its true role, which may limit the appropriate use of its services. This study aimed to assess the level of knowledge about Family and Community Medicine among users of the General Hospital of Plaza de la Salud during the period of May–June 2025, in order to identify misconceptions and areas for improvement in the communication and promotion of this specialty.

Materials and Methods:

A quantitative, descriptive, and cross-sectional study was conducted with a sample of 342 users who attended consultations in the area of Family and Community Medicine. A structured questionnaire was used to collect sociodemographic information, general knowledge level about the specialty, perceptions of the family physician's role, and their scope in healthcare.

Results:

92% of respondents stated that they were familiar with the term “Family and Community Medicine,” but only 23% demonstrated a high level of knowledge, while 45% showed a medium level and 32% a low level. It was found that 57% believe a family physician is the same as a general practitioner, and 69% think they only treat adults. However, 91% acknowledged that this professional should understand the patient's social context, and 70% consider them the first important point of contact for any health need. Most participants learned about the service through informal recommendations or previous consultations, revealing limited institutional promotion. The level of knowledge was related to educational level, being higher among individuals with university or postgraduate studies.

Conclusions:

The findings reflect a partial and, in some cases, mistaken understanding of the role of the family physician among hospital users. Despite a positive attitude toward comprehensive care, stereotypes and lack of knowledge about their professional scope persist.

There is a clear need to implement clear and accessible information strategies that promote the true profile of the family physician. This would improve public perception, optimize service access, and strengthen the first level of healthcare.

Keywords: Family and Community Medicine, user perception, level of knowledge, primary healthcare, family physician role, health education.

Introducción

La Medicina Familiar y Comunitaria (MFYC), se define como una especialidad médica que tiene como objetivo proporcionar atención integral y continua a individuos y familias; promoviendo la salud, previniendo enfermedades y gestionando enfermedades crónicas dentro de un contexto comunitario. En los sistemas de salud modernos, esta especialidad es fundamental porque permite no solo el tratamiento de enfermedades, sino también el abordaje de los determinantes sociales de la salud, la promoción de estilos de vida saludables y la prevención primaria y secundaria de las enfermedades [1].

El Hospital General de la Plaza de la Salud, uno de los centros médicos más importantes de la República Dominicana, es reconocido por ofrecer atención médica de alta calidad a través de diversas especialidades, entre ellas la medicina familiar y comunitaria. Esta especialidad se presenta como una puerta de entrada al sistema de salud para miles de pacientes, que acuden en busca de atención no solo para enfermedades comunes, sino también para recibir orientación en cuanto a prevención y bienestar integral; sin embargo, es importante resaltar que muchos de los pacientes que acuden a este tipo de consulta no están completamente informados sobre los objetivos, alcances y características de la medicina familiar y comunitaria [2].

El nivel de conocimiento que tienen los usuarios sobre la especialidad médica, tiene un impacto directo sobre su involucramiento en el proceso de atención. La literatura ha demostrado que un mayor conocimiento sobre el rol de la especialidad puede mejorar la adherencia a los tratamientos, la efectividad de las intervenciones preventivas y fomentar una mayor participación del paciente en la toma de decisiones relacionadas con su salud. En este contexto, el desconocimiento de los pacientes sobre la especialidad puede generar una desconexión entre las expectativas del paciente y los servicios que la medicina familiar y comunitaria puede ofrecer, limitando así los beneficios que esta especialidad tiene para la salud de la población [3].

A pesar de la creciente importancia de la Medicina Familiar, existe una falta de estudios que evalúen el nivel de conocimiento de los pacientes sobre esta especialidad, particularmente en el contexto de la República Dominicana. La mayoría de las investigaciones previas se han centrado en aspectos como la accesibilidad o la calidad de la atención médica, pero no han abordado de manera específica el conocimiento que los usuarios tienen sobre el modelo de atención de la especialidad.

Este vacío de información es relevante, ya que entender las percepciones y el nivel de conocimiento de los pacientes permitirá a los profesionales de la salud y a las autoridades sanitarias adaptar mejor los programas educativos y las estrategias comunicativas dentro de las consultas [4].

El estudio del nivel de conocimiento de los pacientes sobre la especialidad médica no solo es importante para optimizar los servicios de salud, sino también para fortalecer el modelo de atención integral y centrado en la persona. El empoderamiento de los pacientes, es decir, la capacidad de estos para tomar decisiones informadas sobre su salud es un principio fundamental dentro de los cuidados de salud modernos. La educación en salud juega un papel crucial en este proceso, ya que un paciente informado está mejor preparado para prevenir enfermedades, gestionar su salud y seguir los tratamientos de manera adecuada.

El objetivo de este estudio es explorar y analizar el nivel de conocimiento que los usuarios que acuden a la consulta de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital General de la Plaza de la Salud (HGPS) tienen sobre esta especialidad médica, con el fin de identificar posibles brechas de desinformación y sugerir estrategias para mejorar la educación al paciente, lo que contribuirá a una atención más efectiva y a una mayor satisfacción de los usuarios [5].

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

I.I Planteamiento del Problema

La medicina familiar, se define como la especialidad médica efectora de la atención primaria de salud (APS), al igual que la mayoría de las de más especialidades médicas, posee un cuerpo de conocimientos que le es propios, así como instrumentos y habilidades que le permiten diferenciarse en el objeto de sus prácticas. Él propósito y unidad funcional de los cuidados es la familia y no el individuo, él abordaje de la atención de la salud para la medicina familiar y comunitaria se desarrolla dentro de ese contexto microsocial, evitando fragmentar a cada integrante del grupo familiar en distintos componentes, cada uno con un proveedor de la salud diferente [2]

Es una especialidad totalmente clínica que se ocupa del mantenimiento y la resolución de los problemas de salud frecuentes en los individuos, la familia o la comunidad, independientemente de la edad, el sexo, el órgano o sistema afectado, el medico familiar es el profesional primariamente responsable de proveer atención integral médica a través de sus servicios o coordinando el uso apropiado de estos en otros niveles de atención, teniendo en cuenta tanto las necesidades de su población como los recursos disponibles en la comunidad a la que sirve [6].

El interés principal de este estudio es identificar y evaluar el nivel de conocimiento de los usuarios que asisten a las consultas de medicina familiar y comunitaria en el (HGPS), sobre esta especialidad médica. La limitación de información precisa sobre la medicina familiar y comunitaria podría generar un uso incorrecto o limitado de los servicios disponibles en la institución, así como una subutilización de los recursos preventivos y educativos que esta especialidad puede ofrecer.

En este contexto, se plantea la necesidad de investigar las percepciones y el nivel de conocimiento de los usuarios sobre la especialidad médica, especialmente en un hospital de alta complejidad, de tercer nivel de salud, como es el Hospital General de la Plaza de la Salud es de gran importancia para la sociedad, con la finalidad de garantizar un mejor aprovechamiento de los beneficios que puede traer la especialidad a la comunidad dominicana y contribuir al fortalecimiento del sistema de salud en el país. Asimismo, este estudio podría servir como base para diseñar programas educativos dirigidos a la comunidad, con el fin de aumentar la conciencia sobre la Medicina Familiar y Comunitaria y mejorar la participación activa de los pacientes en su propio cuidado de su salud [5].

Finalmente, los resultados de esta investigación podrían tener un impacto directo en la estrategia de comunicación del hospital, contribuyendo a mejorar la relación entre los médicos familiares y los pacientes.

I.2 Preguntas de Investigación:

1- ¿Cuál es la edad y el sexo de los usuarios que acuden a la consulta de medicina familiar y comunitaria?

2- ¿Cuál es el grado de escolaridad del usuario que acude a consulta de medicina familiar y comunitaria?

3- ¿Cuál es el nivel de conocimiento general de los usuarios que acuden a la consulta de medicina familiar y comunitaria del Hospital General de la Plaza de la Salud sobre la especialidad médica?

1.3 Objetivos del estudio

I.3.1 Objetivo general

Determinar el nivel de conocimiento de los usuarios que acuden a la consulta de medicina familiar y comunitaria del Hospital General de la Plaza de la Salud sobre la especialidad médica en el periodo de -junio del año 2025, con el fin de identificar debilidades y plantear recomendaciones.

I.3.2 Objetivos específicos

- Evaluar el nivel de conocimiento de los usuarios que acuden a consulta de medicina familiar y comunitaria sobre los servicios que esta especialidad ofrece.
- Identificar las características sociodemográficas (edad y sexo) de la población que tienen conocimiento sobre la especialidad de medicina familiar y comunitaria.
- Determinar cuál es el nivel de escolaridad que poseen los usuarios que acuden a la consulta de medicina familiar y comunitaria.

1.4 Justificación

El médico familiar y comunitario está catalogado como el especialista más costo efectivo dentro del gremio, siendo líder en la implementación de programas de prevención y promoción de la salud, capaz de detectar hasta un 80-90% de las enfermedades prevenibles. A pesar de que puede trabajar en todos los niveles hospitalarios, resulta una pieza fundamental para ejecutar las estrategias de atención primaria; sin embargo, la efectividad de esta especialidad no solo depende de la habilidad del profesional, sino también de la comprensión y el conocimiento que los usuarios tienen sobre los servicios que se les ofrecen dentro de la población.

La población tiende a confundir ciertos términos empleados en el sistema de salud; es importante destacar que un primer nivel de atención es un lugar donde se brinda atención médica especializada, es un centro de salud donde los espacios son provistos para las consultas y se ofrece dichos servicios a las familias y comunidades circundantes. En cambio, la atención primaria son estrategias que se implementan para garantizar el acceso a servicio de salud de calidad, centrados en la promoción de la salud y la enfermedad, estas deben estar a cargo de los gobiernos de las naciones [7].

Identificar el nivel de conocimiento de los usuarios que asisten a consultas de medicina familiar y comunitaria, es esencial para mejorar los enfoques educativos y las estrategias de comunicación, lo cual aporta al crecimiento y mejoramiento de los sistemas de salud en el país. Este estudio permitirá identificar las áreas en las que los pacientes requieren más apoyo, mejorar la relación médico-paciente y garantizar que los pacientes tengan las herramientas necesarias para tomar decisiones informadas sobre su salud.

El conocimiento de cada usuario influye en la efectividad de la comunicación entre el médico y el paciente, donde un adecuado entendimiento puede mejorar la relación médico paciente y facilitar una mejor atención. La demostración del nivel de conocimiento de los usuarios que asisten a la consulta de medicina familiar del Hospital General de la Plaza de la Salud radica en evaluar la comprensión que tienen ellos sobre los servicios ofrecidos en la institución, lo que permitirá la capacidad de un mayor entendimiento y aprovechamiento de los objetivos principales que ofrece la especialidad médica [8].

I.5 Limitaciones

Durante la realización de esta investigación sobre el nivel de conocimiento a los usuarios que asisten a la consulta de medicina familiar en el Hospital General de la Plaza de la Salud, se presentaron algunas limitaciones que vale la pena destacar, entre ellas, el corto período destinado para la recolección de datos impidió ampliar la muestra a otros momentos del año. Además, el estudio se centró exclusivamente en un hospital urbano, por lo que no incluye percepciones de usuarios en zonas rurales u otros niveles del sistema de salud, lo que limita la generalización de los resultados.

Otro aspecto para considerar fue el entorno en el que se aplicaron los cuestionarios, al realizarse dentro del mismo centro de salud, algunos participantes pudieron verse influenciados por la formalidad del espacio o por la presencia de personal médico, generando sesgos por respuestas socialmente aceptadas. Sin embargo, aunque se procuró claridad en el instrumento, algunas preguntas fueron interpretadas de forma distinta por ciertos usuarios, lo cual podría haber afectado la uniformidad de las respuestas.

A pesar de estas limitaciones, los resultados obtenidos ofrecen una imagen valiosa sobre el nivel de conocimiento actual de los usuarios en torno a la medicina familiar, y sientan las bases para futuras intervenciones educativas e institucionales.

CAPITULO 2: MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes y referencias

La medicina familiar como especialidad clínica se encarga no sólo del aspecto curativo de resolver los problemas de salud, sino que también fija su horizonte en el aspecto preventivo del individuo y su familia. No se puede entender la práctica de la medicina familiar sin comprender que el ser humano es un macrosistema y que la complejidad de los padecimientos puede ser resultado de la interacción de factores genéticos, biológicos, psicológicos y ambientales [6]

En la Revista Medicina de familiar, México, en mayo del 2024, se publicó un estudio que abunda del tema de la percepción del paciente sobre el médico familiar, concluyó que la mayoría de los pacientes perciben a los especialistas en medicina familiar y comunitaria como médicos generales, los cuales no otorgan una atención holística y con enfoque biopsicosocial, limitándose a la consulta centrada en padecimiento actual o patología de base. Esto fue referido por algunos pacientes, lo cual dificulta una adecuada relación médico-paciente, por el escaso interés del especialista en familia en el entorno social y familiar del paciente, pese a ser una parte primordial y característica del especialista en medicina familiar y comunitario. La organización institucional ha marcado una diferencia entre las especialidades de segundo nivel y primer nivel, limitando a los especialistas de primer nivel de atención en su desarrollo autónomo e independiente sobre decisiones terapéuticas, estando sujetos a ciertos medicamentos y estudios paraclínicos destinados a este nivel, lo que hizo que para los pacientes no los consideren especialistas, a su vez, esta división se ve reflejada entre los pares especialistas, quienes desconocen el perfil del médico de familia, considerando que es médico general [9].

Un estudio realizado por González, A., Pérez, B., & López, C, en el año 2020, encontró que solo el 35% de los pacientes encuestados sabía qué servicios ofrecía un médico familiar, esto significa que más de dos tercios de los pacientes no tenían una comprensión clara sobre el papel de estos profesionales en el sistema de salud. El nivel de conocimiento de los pacientes sobre la especialidad de medicina familiar y comunitaria varía considerablemente, influenciado por factores como la edad, el nivel educativo y la exposición previa a esta disciplina médica. En su investigación, los autores analizaron el nivel de conocimiento que tienen los pacientes sobre los servicios que ofrece un médico familiar. Los autores del estudio sugieren que esta falta de conocimiento puede ser una barrera para acceder a los servicios de salud de manera más efectiva, y proponen mejorar la educación y la divulgación sobre el rol de los médicos familiares.

Esto podría mejorar la salud de la población, reducir costos en el sistema de salud y fomentar un modelo de atención más preventivo e integral [11].

Ramírez y González, en el año 2018, destacó que los pacientes, especialmente en áreas rurales, suelen acudir más a especialistas sin comprender el papel fundamental del médico familiar. Este estudio analiza el comportamiento de los pacientes en áreas rurales, destacando que, en estas regiones, las personas suelen acudir con mayor frecuencia a especialistas, sin comprender adecuadamente el papel crucial del médico familiar en la atención primaria. Esto se debe, en parte, a la falta de información sobre los beneficios de un enfoque preventivo e integral en salud que promueve el médico de familia. Esta tendencia podría llevar a una fragmentación del cuidado, donde los problemas de salud se aborden de forma puntual en lugar de considerar un cuidado continuado y preventivo, que es esencial para mejorar la salud pública en estas comunidades [12].

En República Dominicana, en el año 2014, se realizó un estudio de investigación en el periodo marzo-abril, donde se evaluó el nivel de conocimiento sobre la medicina familiar y comunitaria en la población en san Cristóbal, el mismo concluyó que los pacientes de la edad entre 20 a 50 años los resultados indicaron que el 52.1% de los participantes tenían un nivel de conocimiento deficiente sobre la dicha especialidad médica [13].

En España, en agosto del año 2023 se realizó un estudio en los pacientes sobre conocimiento de ellos sobre el médico familiar, encontraron que el conocimiento de los pacientes sobre los residentes de medicina de familia aumentaba con el nivel educativo y disminuía con la edad. Estos hallazgos sugieren que, en general, existe una falta de conocimiento y comprensión sobre la Medicina familiar y comunitaria entre los usuarios [14].

2.2 Marco Conceptual

2.2.1 Definición de la medicina Familiar y Comunitaria

La medicina familiar ha sido definida corrientemente como "la ciencia que tiene por objeto la conservación y el restablecimiento de la salud" o "el arte de prevenir, cuidar y asistir en la curación de la enfermedad", o finalmente, "la ciencia de curar y precaver las enfermedades"

A lo largo de las últimas décadas, la medicina familiar ha adquirido relevancia en los sistemas de salud debido a su enfoque integral y preventivo. Sin embargo, el conocimiento que los usuarios tienen sobre esta especialidad médica varía considerablemente.

Es una especialidad relativamente nueva, que surgió después de la Segunda Guerra Mundial. Se formalizó como especialidad en la década de 1960 en países como Canadá, Inglaterra y Estados Unidos (EUA), en respuesta a la fragmentación de los sistemas de salud y a una limitada práctica del médico general. Su propósito era potenciar la formación de un especialista integral capaz de dar una atención sin distinción de edad, sexo o condición socioeconómica [15].

2.2.2 Orígenes históricos de la Medicina Familiar y Comunitaria

En 1969 en Estados Unidos de América (EUA) la medicina familiar fue reconocida como especialidad; en ese mismo año la Organización Mundial de la Salud, en un seminario sobre ciencias sociales y de enseñanza de la medicina familiar, concluyó que en el proceso salud–enfermedad participan factores psicológicos, sociales y culturales, que es preciso que el médico conozca para poder mantener la salud del individuo y de la sociedad. Fue entonces que se pasó de un enfoque de atención individualista a uno más socializado, visualizando lo que más tarde Engel denominaría modelo biopsicosocial (1977), pilar de la medicina familiar y modelo adoptado a nivel mundial.

La medicina familiar tiene sus raíces en la necesidad de proporcionar atención médica integral y continua a las personas y sus familias. Aunque su desarrollo como especialidad formal ocurrió en el siglo XX, sus principios se remontan a las prácticas médicas tradicionales de atención primaria. Históricamente, los médicos desempeñaban un rol cercano a las comunidades, ofreciendo atención general a lo largo de toda la vida, y este enfoque de cuidado integral y continuo fue el que inspiró la medicina familiar.

- **Antigüedad y edad Media:** En las civilizaciones antiguas, como la egipcia y griega, existían médicos generales que atendían a pacientes de manera integral, y a menudo estaban vinculados a las comunidades. Estas figuras médicas se encargaban de una variedad de enfermedades, y su enfoque era holístico.
- **Renacimiento y edad Moderna:** Durante la Edad Moderna, la figura del médico de familia o de cabecera continuó siendo central.
- Los médicos atendían tanto a niños como a adultos y ancianos, sin especialización, lo que les permitía abordar diversos aspectos de la salud de sus pacientes
- **Desarrollo formal en el siglo XX:** Primera mitad del siglo XX La medicina comenzó a especializarse, dividiéndose en distintas ramas. Sin embargo, esto también llevó a la fragmentación de la atención médica, lo que generó un vacío en la atención integral que ofrecía la medicina generalista [16].
- **Expansión global:** Posteriormente, la medicina familiar se expandió internacionalmente. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha promovido la medicina familiar como un componente esencial de los sistemas de salud eficientes y equitativos [17].

2.2.3 La Medicina Familiar en América del Norte

Tiene sus raíces en los movimientos de la medicina comunitaria y en la necesidad de un enfoque integral y preventivo para la atención de salud. Su origen puede trazarse a mediados del siglo XX, particularmente en los Estados Unidos y Canadá, como respuesta a la creciente especialización médica y la necesidad de servicios médicos más accesibles y holísticos.

La Medicina Familiar en Norteamérica tiene una base sólida en la atención primaria y se sigue adaptando a los desafíos de salud modernos, con un enfoque en la prevención, el cuidado integral y el bienestar de la comunidad.

En **Estados Unidos**, en la década de 1960, la medicina familiar empezó a consolidarse como una especialidad médica. El concepto de "médico de familia" o "médico generalista" surgió con el fin de proporcionar atención continua e integral a los pacientes. En 1969, la American Academy of Family Physicians (AAFP) se estableció formalmente, uniendo a médicos que querían enfocarse en la salud integral y preventiva. La AAFP promovió la necesidad de formar médicos capaces de tratar a pacientes de todas las edades y a lo largo de diferentes etapas de la vida.

El impacto de la medicina familiar se fortaleció en los años 70, cuando el gobierno de los Estados Unidos, a través de programas como los Centros de Salud Comunitarios, comenzó a respaldar y financiar la atención médica primaria. La incorporación de la Medicina Familiar en los programas de residencias médicas contribuyó al desarrollo de esta especialidad como parte del sistema de salud estadounidense [18].

En **Canadá**, la Medicina Familiar comenzó a consolidarse también a partir de la década de 1960, influenciada por las mismas tendencias de atención integral y preventiva. En 1969, se formó el College of Family Physicians of Canadá (CFPC), que se encargó de la certificación de médicos familiares en el país. La medicina familiar canadiense también se vinculó estrechamente con el sistema de salud pública, que enfatiza la accesibilidad y la atención continua.

Hoy en día, la Medicina Familiar sigue siendo un pilar fundamental de los sistemas de salud de ambos países, especialmente en el contexto de la atención primaria y la promoción de la salud. En los últimos años, los avances en tecnología, la integración de la salud mental y la atención centrada en el paciente han sido áreas clave en la evolución de esta especialidad. La medicina familiar también juega un papel crucial en la gestión de enfermedades crónicas y en la promoción de una atención integral, teniendo en cuenta el bienestar físico, emocional y social del paciente [19].

2.2.4 Medicina familiar y comunitaria en América Latina

La medicina familiar y comunitaria ha comenzado a tomar mayor relevancia desde finales del siglo XX, especialmente con la implementación de políticas de salud pública que apuntan a mejorar el acceso y la equidad en la atención médica. En muchos países de la región, la medicina familiar ha sido promovida dentro del marco de la reforma de los sistemas de salud, buscando un modelo más inclusivo y accesible [21].

La medicina familiar y comunitaria en América Latina ha experimentado un proceso de consolidación en las últimas décadas, evolucionando en respuesta a las necesidades de salud de la población y adaptándose a los cambios sociales y económicos de la región. Este campo de la medicina se caracteriza por un enfoque integral, holístico y centrado en la persona y la comunidad, buscando no solo el tratamiento de enfermedades, sino también la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención continua a lo largo de la vida [20].

La medicina familiar y comunitaria en América Latina se basa en principios clave, como:

- Enfoque integral: La atención no solo se centra en la enfermedad, sino también en los factores sociales, psicológicos y ambientales que afectan a los individuos y las comunidades.
- Atención continua y a largo plazo: El médico familiar tiene una relación de largo plazo con los pacientes, lo que permite un seguimiento constante y un conocimiento profundo del contexto de cada paciente.
- Accesibilidad y equidad: Busca garantizar el acceso a la atención médica en todas las poblaciones, incluidos los grupos vulnerables, y reducir las desigualdades en salud.
- Prevención y promoción de la salud: Además del tratamiento, se le da mucha importancia a la educación en salud y a las estrategias de prevención de enfermedades.
- Atención comunitaria: Se enfatiza el trabajo en la comunidad, la participación activa de las personas y su entorno en el proceso de salud, y la identificación de factores de riesgo en el contexto comunitario.

A pesar de los avances, la medicina familiar y comunitaria en América Latina enfrenta varios desafíos:

- Desigualdades en el acceso a la salud: En algunas zonas rurales y urbanas marginales, el acceso a servicios médicos sigue siendo limitado.
- Falta de recursos y capacitación: En muchos países, los profesionales de la salud no reciben la capacitación adecuada en medicina familiar, lo que dificulta la implementación efectiva del modelo.
- Fragmentación del sistema de salud: Los sistemas de salud en varios países de la región son fragmentados, lo que genera dificultades para coordinar el cuidado a lo largo del tiempo y en diferentes niveles de atención.
- Epidemiología cambiante: El aumento de enfermedades crónicas no transmisibles, como diabetes y enfermedades cardiovasculares, plantea nuevos retos para el modelo de atención, que históricamente se ha centrado más en la atención a enfermedades infecciosas [22].

A nivel regional, la medicina familiar y comunitaria sigue siendo un campo en crecimiento. Organizaciones como la *Red de Médicos de Familia de América Latina* (RED MAFAL), han trabajado para promover la formación de médicos familiares, mejorar las políticas de salud y fortalecer el sistema de atención primaria. Además, existen iniciativas para mejorar la atención de salud mental y fortalecer la atención domiciliaria.

Con el cambio en el perfil epidemiológico de la región, donde las enfermedades crónicas prevalecen cada vez más, se espera que la medicina familiar y comunitaria juegue un papel central en la gestión de la salud a nivel poblacional, garantizando una atención más centrada en la persona [6].

2.2.5 Breve historia especialidad de medicina familiar y comunitaria en la República Dominicana

La década de 1980 y los avances hacia la medicina familiar a lo largo de los años 80, la medicina familiar empezó a tomar fuerza con la influencia de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Declaración de Alma-Ata en 1978, que promovió la atención primaria de salud como base para lograr "Salud para Todos". En este contexto, la medicina familiar y comunitaria comenzó a ser vista como un enfoque de atención centrado en la persona, en la familia y en la comunidad.

El gobierno dominicano empezó a implementar políticas públicas orientadas a la salud preventiva, lo que incluyó la creación de programas de salud en áreas rurales y suburbanas. Sin embargo, la implementación de la medicina familiar fue lenta debido a las limitaciones en recursos humanos, infraestructura y formación especializada.

Consolidación en los años 1990 y 2000 durante los años 90, las políticas de salud pública en la República Dominicana se orientaron cada vez más hacia la integración de la medicina familiar y comunitaria en el sistema de salud nacional. El Programa de Atención Primaria de Salud (APS), desarrollado por la Secretaría de Salud Pública, representó un avance importante en este sentido.

A principios del siglo XXI, el enfoque de la medicina familiar y comunitaria se consolidó aún más con la creación de la especialidad en medicina familiar en diversas universidades dominicanas, como la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD). El país también participó activamente en proyectos internacionales de salud comunitaria [23].

En el año 1981 llega la medicina familiar a República Dominicana, cuando el Instituto Dominicano de Seguros Social (IDSS), preocupado por ofrecer a sus asegurados a una atención médica más completa y mejor cualificada, comienza a organizar el primer programa, por iniciativa del Dr. Julio Castillo Vargas quien era médico endocrinólogo y quien es considerado y reconocido como el padre de la Medicina Familiar en República Dominicana, esta primera escuela es Avalada por la Universidad Centra del Este (UCE).

Este programa en los primeros años estuvo coordinado por profesionales de diferentes especialidades, pero para el 1983 se realizaron cursos intensivos de capacitación docente avalados por esta misma universidad para quienes estaban a cargo de la residencia del IDSS en el hospital "Dr. Jaime Oliver Pino" en la ciudad de San Pedro de Macorís y ya para el 1990 inician a ser dirigidos por Médicos de familia lo cual hasta la fecha es uno de los principales requerimientos para dirigir y formar nuestros especialistas en Medicina Familiar.

Para el 1985 nace la Sociedad de Medicina Familiar, presidida por la Dra. Herminia Peguero, con la creación del primer estatuto que años más tarde en la gestión de la Dra. Aidée Cuas Ramírez fueron revisados y modificados y con estos la legalización de la Sociedad pasando a ser Filial del Colegio Médico Dominicano.

En 1999 un grupo de 6 grandes soñadoras y emprendedoras Médicos Familiares Y Comunitarias, sometieron a la SESPAS hoy MISPAS un nuevo programa de postgrado, en las que se encontraban las Dras. Cándida Gil, Aidé Cuas Ramírez, Rafaela Castillo, Aracely Torres, Ysabel Díaz, Lucina Llaugel y el Dr. Francisco Soriano presidente en ese entonces de SODOMEFA, hoy SODOMEFYC. En el año 2000 traspasa los muros del IDSS con la instauración del Primer Programa de la especialidad en la Red de Provisión de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS), para entonces se publicaron unas 18 plazas, de las cuales 10 correspondieron al Hospital Dr. Francisco Moscoso Puello naciendo con esta el segundo programa del país, y primero en el Ministerio de Salud Pública, y primero en la Capital del país, autoría de las Dras. Cándida Gil, Aideé Cuas, Rafaela Castillo, Aracelis Torres, Lucina Llaugel e Ysabel Díaz, bajo la gestión del Dr. Ceballos, y siendo en ese entonces el Dr. Pedro Sing Ureña Director Ejecutivo de Residencia Medicas y agregando para este entonces al este programa la parte comunitaria por lo que esta especialidad cambia su nomenclatura llamándose ahora Medicina Familiar y Comunitaria.

Luego en el 2001 el sector privado enfila sus líneas hacia la Medicina Familiar y se inician las operaciones del Programa del Hospital General Plaza de la Salud, incrementándose el número de plazas publicadas a 3, siendo este el tercer programa de formación y primero en el sector privado, luego fueron surgiendo nuevos programas en diferentes sectores de la capital y el interior del país, todos avalados por diferentes universidades públicas y privadas.

Con la promulgación de la ley de seguridad social y la ley general de salud que promueven un seguro de salud familiar, se crea la necesidad de multiplicar 17 las escuelas de formación de estos profesionales para el año 2018, pero con la necesidad de la entrada en vigencia de la atención primaria es necesario crear más escuelas para formar el recurso humano suficiente para la implementación de esta estrategia por lo que el ministerio de salud pública específicamente residencias médicas en conjunto con la directiva 2019-2021 de SODOMEFYC se crean 4 nuevas escuelas más llegando a 26 en su totalidad, siendo estas:

Hospital Jaime Oliver Pino, IDSS, San Pedro de Macorís (1981) Hospital Dr. Francisco E. Moscoso Puello; Sto. Dgo. (2000) Hospital General Plaza de la Salud, -PATRONATO, Sto. Dgo. (2002) Hospital Luís E. Aybar, – CEMADOJA, Sto. Dgo (2003) Hospital Luís Morillo King La Vega (2003) Hospital San Vicente de Paúl San k.o. (2003) Hospital Marcelino Vélez Santana -PATRONATO

Santo Domingo. (2004) Hospital San Pio XXI, – Santiago (2006) Hospital Central de la FFAA Sto. Dgo. (2006) Hospital Seguro Médico de Maestro, – SEMMA (2006) Hospital Antonio Musa, – San Pedro de Macorís (2006) Hospital Dr. Jaime Mota – Barahona(2007) Hospital Dr. Alejandro Cabral – San Juan de la Maguana(2008) Hospital de Taiwán – Azua de Compostela (2008) Hospital Juan Pablo Pina – San Cristóbal (2008) Hospital Dr. Vinicio Calventi – Los Alcarrizo (2008) Hospital Félix María Goico Sto. Dgo.(2013) Hospital de la Fuerza Aérea Dominicana, Sto. Dgo (2019) Hospital Ricardo Limardo, Puerto Plata (2019) Centro Médico UCE, Sto. Dgo (2019) Clínica Cruz Jiminian, Sto. Dgo (2019).

Hoy en día nuestras escuelas cuentan con el aval de las principales universidades pública y privada como lo son la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD), Universidad Central del Este (UCE), Universidad Iberoamericana (UNIBE), Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU), Universidad Católica del Cibao (UCATECI), Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra (PUCMM) y la Universidad Católica Nordestana (UCNE). A partir del año 2013 las plazas para Medicina Familiar y Comunitaria iniciaron a disminuir hasta un 40% aproximadamente de las publicadas para todas las especialidades, pero con la iniciativa del ministerio de salud pública y por la importancia de esta especialidad para la implementación de la estrategia de atención primaria este año ha tenido un resurgimiento de la misma llegando a 189 plazas, esperando que para el año 2021 se espera sobre pasen las 200 plazas.

2.2.6 Sociedad Dominicana de Medicina Familiar y Comunitaria (SODOMEFYC)

La primera promoción del país al concluir su programa, decidió asociarse y fue así como en 1985 nace la Sociedad de Medicina Familiar, presidida por la Dra. Herminia Peguero, estos formaron unos estatutos e iniciaron Jornadas Científicas cada año, trabajaron para dar a conocer la especialidad, lo cual le fue un poco difícil ya que la única escuela estaba ubicada en el interior del país y solo en la Región Este del país existía este profesional, cada uno de los presidentes subsecuentes fue aportando según el momento histórico en que se encontraba.

Crearon el Himno de Medicina Familiar y Comunitaria y legalización de la Sociedad., fue escrito por la Dra. Juana González y con voz de la Dra. Ana Lucia Meyer ambas pasadas presidentas de la sociedad [23].

Luego surge el tercer programa en el Hospital General de la plaza de la salud, primero en el sector privado, luego fueron surgiendo nuevos programas en diferentes sectores y hoy contamos con 17 programas en la capital y el interior del país, todos avalados por diferentes universidades pública y privadas.

La investigación aún está en proceso de mejoría y solo está limitada a los trabajos de investigación finales de las diferentes escuelas, con alguna excepción. La Medicina de Familia es una especialidad médica que se centra en la atención integral y continua de individuos y familias, considerando los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de la salud.

Se basa en principios fundamentales que guían su práctica y definen su identidad como disciplina médica [23].

2.2.7 Las dos nuevas leyes que impulsan el cambio de la medicina familiar en República Dominicana.

En la República Dominicana, la Ley General de Salud No. 42-01, promulgada en 2001, establece el marco legal para el Sistema Nacional de Salud, incluyendo la medicina familiar. (Artículos 21 y 22 capítulo III) [24].

Además, la Ley de Seguridad Social No. 87-01, también de 2001, crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social, que incorpora la medicina familiar en su estructura. (Artículos 157 y 158) [25].

Estas leyes han sido fundamentales para impulsar el cambio y fortalecimiento de la medicina familiar en el país.

La medicina familiar en la República Dominicana ha experimentado importantes transformaciones en las últimas décadas, en gran parte impulsadas por la implementación de nuevas leyes que han redefinido el acceso y la calidad de la atención primaria en salud. El fortalecimiento de la medicina familiar se ha convertido en una prioridad para el sistema de salud del país, que busca ofrecer una atención más integral, cercana y accesible a la población. Estas reformas están orientadas a mejorar la calidad de vida de los ciudadanos, reducir las desigualdades en salud y garantizar una atención médica más eficiente y oportuna [24].

Entre las leyes más relevantes que han impulsado este cambio se encuentran la Ley General de Salud No. 42-01 y la Ley No. 87-01 sobre el Sistema Dominicano de Seguridad Social. Ambas leyes, promulgadas en el año 2001, establecen un marco normativo para la organización del sistema de salud y la atención médica en general. La Ley General de Salud establece los lineamientos para el desarrollo de la salud pública y la atención primaria, mientras que la Ley de Seguridad Social organiza y regula el acceso a los servicios de salud bajo el régimen contributivo y subsidiado, permitiendo que más personas puedan beneficiarse de la medicina familiar [25].

La implementación de estas leyes ha marcado un antes y un después en la medicina familiar, promoviendo un enfoque preventivo y integral en el cuidado de la salud. La medicina familiar se ha consolidado como una disciplina clave dentro del sistema de salud, ya que es la encargada de brindar atención integral a los pacientes en su contexto familiar, social y comunitario. A través de la capacitación de los profesionales de la salud y la optimización de los recursos disponibles, la medicina familiar se presenta como una herramienta fundamental para transformar el panorama sanitario de la República Dominicana, garantizando una mejor calidad de vida para toda la población [24].

2.2.8 Fundamentos teórico-prácticos básicos de la medicina familiar y comunitaria

- **Atención integral**

La Medicina de Familia ofrece atención en todos los aspectos de la salud: físico, psicológico y social. Esto significa que el médico de familia no solo trata enfermedades, sino que también considera factores como el contexto social y emocional del paciente, su entorno familiar y sus condiciones de vida.

- **Longitudinalidad**

El médico de familia establece una relación continua con el paciente a lo largo del tiempo. A través de un seguimiento constante, el médico puede conocer mejor la historia clínica del paciente y sus patrones de salud, lo que facilita la prevención, el diagnóstico temprano y el manejo de enfermedades crónicas.

- **Accesibilidad**

El médico de familia es el primer punto de contacto para el paciente dentro del sistema de salud. Debe estar disponible para consultas frecuentes, urgentes o programadas, y ser accesible en términos de ubicación y coste. La accesibilidad también implica que el paciente pueda obtener la atención necesaria sin barreras significativas.

- **Coordinación**

El médico de familia coordina la atención del paciente con otros especialistas y servicios de salud, asegurando que el paciente reciba la atención necesaria en cada momento de su tratamiento. Esto incluye la referencia a otros profesionales cuando es necesario y la gestión adecuada de las derivaciones y tratamientos.

- **Enfoque comunitario y familiar**

La Medicina de Familia no solo trata a individuos, sino que también toma en cuenta el contexto familiar y comunitario. Esto implica considerar cómo los determinantes sociales de la salud (como el entorno, la economía, la educación, etc.) afectan al paciente y a su familia, y cómo intervenir de manera que se mejore el bienestar colectivo.

- **Prevención y promoción de la salud**

Uno de los pilares más importantes es la prevención de enfermedades y la promoción de hábitos saludables. Los médicos de familia tienen un papel clave en educar a los pacientes sobre cómo mejorar su salud, prevenir enfermedades y gestionar sus condiciones de salud a lo largo de la vida.

- **Atención centrada en la persona**

Este principio establece que la atención médica debe estar enfocada en las necesidades, preferencias y valores del paciente. El médico de familia trabaja junto al paciente para tomar decisiones informadas, considerando sus deseos y contexto, lo que fortalece la relación médico-paciente.

Los principios, que orientan la atención de salud de manera integral y humanizada, son la base de la Medicina de Familia, permitiendo a los médicos ofrecer una atención de calidad que aborde tanto la salud individual como la colectiva [26].

2.2.9 Principios de la medicina de familia

Los principios fundamentales de la Medicina de Familia, se sustentan en una base teórica sólida que integra conocimientos de diversas disciplinas, incluyendo la medicina social, la epidemiología y la psicología. La Medicina de Familia se fundamenta en modelos de atención que promueven la salud y previenen enfermedades, adaptándose a las necesidades específicas de cada comunidad [27].

Son los pilares que guían la práctica de esta especialidad, enfocada en la atención integral y continua de los pacientes. A continuación, te detallo los principios clave

- **Primer Principio:** “El Médico de Familia está comprometido más con la persona que con un cuerpo particular de conocimientos, grupos de enfermedades o técnicas especiales”
- **Segundo Principio:** “El Médico de Familia intenta comprender el contexto de la enfermedad”
- **Tercer Principio:** “El médico familiar considera cada contacto con sus pacientes o familia como una ocasión ideal para aplicar medidas de prevención o educación sanitaria”
- **Cuarto Principio:** “El médico familiar considera al conjunto de sus pacientes como una población en riesgo”
- **Quinto Principio:** “El médico familiar se considera a sí mismo parte de la red comunitaria de apoyo y atención sanitaria”
- **Sexto Principio:** “Desde un punto de vista ideal, los médicos de familia deben compartir el mismo hábitat que sus pacientes”
- **Séptimo Principio:** “El médico familiar atiende a los pacientes en la consulta, en sus domicilios y en el hospital”
- **Octavo Principio:** “El médico familiar concede más importancia a los aspectos subjetivos de la medicina”
- **Noveno Principio:** “El médico familiar es un gestor de recursos” [27].

2.2.9 El rol de la medicina familiar en la actualidad

En la actualidad, la medicina familiar y comunitaria en la República Dominicana tiene un papel crucial en el sistema de salud. En un contexto donde las enfermedades crónicas no transmisibles (como la hipertensión, la diabetes y enfermedades cardiovasculares) representan una creciente carga para el sistema de salud, el modelo de medicina familiar ha demostrado ser efectivo para la prevención, el manejo de enfermedades crónicas y la promoción de la salud a nivel comunitario.

El Ministerio de Salud Pública ha integrado la medicina familiar en diversos programas nacionales, tales como los programas de inmunización y la atención primaria en salud. Las redes de atención primaria de salud, bajo la administración del Sistema Nacional de Salud, han sido clave para mejorar el acceso de la población a servicios médicos básicos y para garantizar un seguimiento continuo en el manejo de enfermedades crónicas.

Este enfoque hacia la medicina familiar y comunitaria se ha expandido de forma progresiva, integrando no solo la prevención de enfermedades, sino también la educación y promoción de hábitos saludables en la población, con el fin de lograr un sistema de salud más equitativo y accesible para todos [6].

2.2.10 Perfil del Médico Familiar y comunitaria

El perfil del médico familiar constituyó una evolución en su origen del médico general.

- Las obligaciones del médico incluían:
- Atender a los pacientes bajo su cuidado.
- Asistir a las juntas a la cuales era convocado.
- Consultar los problemas con el jefe inmediato.
- Rendir un informe diario de labores.
- Efectuar las visitas que se le ordenaban.
- Hacer visitas a domicilio cada vez que se requiriera.
- Cubrir guardias por incidencia.

Todo lo anterior dio como resultado una medicina curativa subalterna, individual y poco confiable. Así, los resultados frecuentes consistieron en tratamientos sintomáticos, multiplicidad de consultas, exceso del uso de medicamentos y abuso por parte de los derechohabientes, y exceso en el uso de expedición de certificados de incapacidad.

Necesidad de un perfil de médico familiar

Está dada por la demanda de servicios de salud más eficientes, eficaces y productivos.

La práctica del médico familiar se vincula en el contexto local donde éste desarrolla su ejercicio profesional. Este contexto está fuertemente influido por la estructura de la población, los nuevos retos que enfrenta la sociedad, los cambios demográficos, las condiciones socioeconómicas, la relación médica–paciente, la disponibilidad de otros servicios de atención primaria, secundaria y terciaria, y la organización administrativa de los sistemas de servicios de salud [28].

Factores que influyeron mundialmente al describir el perfil del médico familiar:

- Tradición humanista del médico familiar.
- Desarrollo tecnológico de la segunda mitad del siglo XX.

- Opinión de la medicina familiar a mediados del siglo XX.
- Surgimiento de las especializaciones médicas.
- Perfil y competencias del médico familiar.
- Conflictos bélicos mundiales e intercambio de experiencias, técnicas, científicas y sociales. Necesidades propias de la salud.
- Historia mundial de servicios de salud.

La medicina familiar, actualmente enfocada en el primer nivel de atención, otorga continuidad de la atención médica y proporciona atención médica integral.

Uno de los enfoques más importantes de su desempeño diario es la prevención, tratando a la familia como unidad básica de observación y trabajo médico. El médico familiar es el médico del futuro, es el eje de un sistema de salud y su práctica es la más necesaria en los sistemas de atención.

Los profesionales en medicina familiar podrán liderar transformaciones en la reforma actual en salud, como puerta de entrada a la salud pública, la prevención y la detección de riesgos, y serán coordinadores de los servicios de mayor complejidad, con base en las experiencias en Canadá, Estados Unidos de América (EUA), Inglaterra, España y Europa.

En EUA se define el perfil del médico familiar como el médico de primer contacto, con excelencia clínica y destreza para procedimientos manuales o de consultorio (cirugía o procedimientos invasivos), experto en la consulta externa, con atención continua, intradomiciliaria, comunitaria, hogar del adulto mayor, hospitalaria y de urgencias, además de los grupos poblacionales con y sin factores de riesgo, con un amplio campo de acción (sin distinción de edades, sexos, sistemas orgánicos y enfermedades), capaz de ir del individuo, a la familia y la comunidad, integrador de las ciencias biológicas, de la conducta y sociales (medicina integral), y de los aspectos educativos, preventivos, curativos y de rehabilitación (medicina integrada).

Es el primer punto de contacto con el sistema de atención sanitaria, pues proporciona acceso abierto y sin límites a sus usuarios ocupándose de todos los problemas de salud, independientemente de la edad, el sexo u otra característica de la persona en cuestión. Cabe destacar que hace un uso eficiente de los recursos de atención sanitaria mediante la coordinación de la atención, trabajando con otros profesionales en el ámbito de la atención primaria y gestionando la interrelación con otros especialistas.

Se desarrolla un enfoque centrado en la persona, orientado hacia el individuo su familia y la comunidad, y posee un proceso de consulta único que crea una relación a lo largo el tiempo, mediante una comunicación efectiva entre el médico y el paciente. El médico es responsable de proveer una continuidad longitudinal de la atención, de acuerdo con las que determine las necesidades del paciente, contando con un proceso específico en la toma de decisiones determinado por el predominio y la incidencia de la enfermedad en la comunidad.

Asimismo, otorga tratamiento simultáneamente a problemas médicos agudos y crónicos de manera individual, y se ocupa de los problemas de salud en sus dimensiones física, psicológica, social, cultural y existencial.

En 2004 la Universidad Nacional Autónoma de México definió al médico familiar como el gerente de los recursos de salud, con amplio liderazgo, conocedor de la realidad nacional, del impacto de sus acciones y de sus limitaciones, interesado en comprender el contexto de los problemas y en buscar soluciones plausibles y costo–efectivas (medicina costo–efectiva), capaz de resolver 95% de los problemas (desde signos y síntomas aislados hasta las complejidades derivadas de múltiples padecimientos); asimismo, es un experto en la relación médico–paciente–familia–comunidad, comprometido con la persona (comprende sus dolencias, emociones y esperanzas) y la medicina humanística con un alto nivel profesional, técnico, investigativo y académico permanentemente actualizado [6].

2.2.11 Importancia de la medicina familiar y comunitaria

La OMS en su informe mundial del 2008 titulado "La Atención Primaria, más necesaria que nunca nos hace entender la importancia y responsabilidad del médico familiar nos habló del logro de la estrategia de Atención Primaria (AP) tiene dos ejes fundamentales que son:

- Los recursos humanos.
- La transformación del sistema.

La medicina familiar y comunitaria juega un papel crucial en la salud pública al centrarse en el cuidado integral de la persona, la familia y la comunidad. Esta especialidad se caracteriza por un enfoque holístico que abarca la prevención, diagnóstico, tratamiento y manejo de diversas condiciones de salud, tanto en personas sanas como en aquellas con enfermedades crónicas o complejas.

Además de tratar a los individuos, la medicina familiar y comunitaria tiene en cuenta factores sociales, culturales y ambientales que afectan la salud, permitiendo una atención más personalizada y efectiva.

Una de las características más relevantes de esta disciplina es su enfoque en la continuidad del cuidado, promoviendo una relación prolongada entre el paciente y el médico. Esto permite una mejor comprensión del contexto del paciente y facilita la toma de decisiones médicas informadas. Además, al ser parte del sistema de salud primaria, la medicina familiar contribuye a la reducción de la carga sobre los hospitales y mejora el acceso a la atención médica para personas de todas las edades, desde niños hasta adultos mayores.

Otro aspecto clave es la promoción de la salud y la prevención de enfermedades a nivel comunitario. Los médicos de familia tienen un papel fundamental en educar a la población sobre hábitos saludables y en detectar problemas de salud antes de que se conviertan en condiciones graves. Este enfoque preventivo es esencial para reducir costos en el sistema de salud y mejorar la calidad de vida de las personas [6].

Importancia en el contexto social y comunitario:

- **Accesibilidad y cobertura universal:** Los médicos de familia están presentes en la mayoría de las comunidades, lo que facilita el acceso a la atención médica para personas de todas las condiciones económicas.
- **Prevención y promoción de la salud:** Gracias a su relación estrecha con los pacientes, los médicos de familia pueden implementar programas de prevención efectivos, reduciendo el riesgo de enfermedades crónicas.
- **Atención centrada en la persona:** Su enfoque holístico les permite comprender mejor las necesidades individuales y familiares, ofreciendo un trato personalizado y continuo.
- **Reducción de la fragmentación del sistema de salud:** Al ser el primer punto de contacto para muchos pacientes, ayudan a coordinar la atención entre especialistas y servicios adicionales, lo que mejora la eficiencia del sistema de salud [10].

2.2.12 Retos y oportunidades en la consulta de Medicina Familiar

Los profesionales de la Medicina Familiar deben enfrentarse a varios retos relacionados con la percepción del paciente sobre la especialidad, entre ellos:

- **Desinformación:** La falta de información sobre los servicios que prestan los médicos familiares y comunitarios puede generar desconfianza.
- **Visión estigmatizada:** Algunos pacientes pueden considerar la consulta de Medicina Familiar como algo menos importante que la consulta con un especialista y que es capaz de resolver en un 85-90%
- Sin embargo, hay oportunidades para mejorar este panorama, como el uso de plataformas digitales para educar a la población, y la promoción de la medicina familiar en las campañas de salud pública [29].

2.2.13 ¿Qué es un paciente?

Se considera y valora el concepto de paciente como persona, tanto en el lenguaje común, en el lenguaje médico y de la persona enferma. Se exponen las visiones de la persona como paciente; la visión mecánica y las visiones humanistas: la fenomenológica, la noción de persona de Cassell, el yo y el otro de Tauber, la visión bio-psico-social de Engel y la medicina centrada en la persona. Humanizar la medicina para resolver la crisis actual de la atención médica [30].

2.2.14 Nivel de conocimiento de los usuarios

El nivel de conocimiento de los usuarios sobre la medicina familiar puede influir significativamente en la calidad de la atención y en la relación médico-paciente. Se debe explorar cómo los pacientes perciben la Medicina Familiar, si entienden el rol del médico de familia, y si confían en esta especialidad para el manejo de sus problemas de salud.

- **Accesibilidad a la información:** Muchos pacientes pueden carecer de información sobre la medicina familiar debido a la falta de educación en salud.
- **Percepción de la especialidad:** Algunas personas podrían tener una visión reducida del rol del médico familiar, viéndolo solo como un "médico generalista".
- **Edad y nivel educativo:** Los pacientes más jóvenes o con un nivel educativo alto pueden tener una mejor comprensión de lo que implica la medicina familiar.

Ya que hemos encontrado varios estudios mostrando que el conocimiento de los usuarios sobre la medicina familiar suele ser limitado [13].

2.2.15 Educación en Salud y su Impacto en el Conocimiento

La educación en salud es clave para mejorar el nivel de conocimiento de los pacientes. La educación preventiva sobre la medicina familiar puede empoderar a los usuarios para que tomen decisiones informadas sobre su salud. En muchos países, los programas de salud pública están comenzando a centrarse en la formación de la población sobre las especialidades médicas, incluido el ámbito de la medicina familiar [13].

Impacto de la Educación en Salud:

- **Prevención de Enfermedades:** La educación en salud permite a las personas identificar factores de riesgo y tomar decisiones preventivas. Esto puede llevar a la reducción de enfermedades crónicas, infecciones y complicaciones de salud asociadas a estilos de vida no saludables, como la obesidad, diabetes, hipertensión, y enfermedades cardiovasculares.
- **Mejora en el Acceso a Servicios de Salud:** La educación en salud también juega un rol clave en la mejora de la accesibilidad y la comprensión de los servicios médicos. Las personas educadas en temas de salud tienen mayor probabilidad de buscar atención médica adecuada y seguir recomendaciones terapéuticas.
- **Promoción de la Autocuidado:** Fomentar el autocuidado a través de la educación en salud mejora el bienestar de los individuos, promoviendo prácticas como el ejercicio, la alimentación balanceada y la gestión del estrés.
- **Reducción de Costos en Salud:** Al prevenir enfermedades y mejorar la gestión de las mismas, la educación en salud puede reducir los costos asociados con tratamientos médicos y hospitalizaciones [31].

2.3 Contextualización

2.4.1 Reseña del sector

El Hospital General Plaza de la Salud se localiza en el sector La Fe, dicho anteriormente conocido como los Potreros de Venturita, está en el kilómetro 3 ½ de la Autopista Duarte. Cuyo nombre del ensanche se debe a una inmobiliaria La Fe, el propietario era dueño de los terrenos. Tal fundación en el año 1942, mandato del dictador Rafael Leónidas Trujillo Molina, con el objetivo de construir un acueducto y el antiguo hipódromo Perla Antillana, inaugurado en 1941 donde hoy se encuentra la Plaza de la Salud, cabe señalar que en el sector se encuentran otros 5 centros hospitalarios, deportivos, oficinas del estado, compañías nacionales e internacionales, así como medios de comunicación, canal de televisión y editoriales de periódicos siendo este uno de los sectores vitales el para el Distrito Nacional.

Hoy en día El Ensanche La Fe cuenta con centros médicos, laboratorios, farmacias, talleres y repuestos de mecánica, escuelas y colegios, almacenes comerciales, parques, oficinas gubernamentales, etc. Para este estudio no se ha delimitado todavía una clase económica de manera específica debido a que el centro médico seleccionado para la realización del estudio asiste todo tipo de personas de toda clase social [34].

2.3.2 Reseñas históricas

El Hospital General de la Plaza de la Salud (HGPS) está dirigido por un Patronato creado por el Decreto N ° 131, de fecha 18 de abril de 1996 y ratificado por el Congreso mediante la Ley No.78-99, de fecha 24 de julio de 1999. El Patronato está integrado por 16 miembros que incluyen distinguidos doctores, empresarios y personas dedicadas a servir a la comunidad dominicana, así como miembros Exoficio: el secretario de estado de salud pública y bienestar social, el director del instituto dominicano de seguros sociales, el presidente del consejo nacional de hombres de negocios y el secretario de trabajo. Bajo la supervisión del patronato, el HGPS tiene una estructura organizativa encabezada por la dirección administrativa, responsable de coordinar la planificación y gestión para lograr los objetivos de la institución, también cuenta con la administración de una dirección médica, la dirección administrativa tiene como dependientes a la subdirección financiera y la subdirección de operaciones. De estas direcciones dependen las gerencias, departamentos y unidades de servicio que conforman toda la institución.

En el 2018, el HGPS cuenta con 1,700 empleados. A mediados del año 1996, Previo a la inauguración oficial de la obra, el 10 de agosto de 1996, el Poder Ejecutivo emitió dos decretos: el primero, creando el patronato para la administración del centro de diagnóstico, medicina avanzada y telemedicina (CEDIMAT), y el segundo, para regir el hospital general de la plaza de la salud. Ambos patronatos están compuestos por miembros exoficio del sector oficial, profesionales de la medicina, educadores, empresarios y religiosos. Una vez el Patronato del Hospital asumió sus funciones, nombró a los responsables superiores de la organización, conducción y proyección de la institución: director general, director médico y director administrativo. La etapa organizativa se cumplió en los seis meses fijados, retrasando la apertura de servicios en unos dos meses por circunstancias emergentes de orden externo. El hospital fue abierto al público el 24 de marzo de 1997.

El Hospital ha sido concebido como una institución médico-asistencial del más alto nivel científico que se pueda ofrecer en el país. Las inversiones que se han hecho en su construcción y equipamiento, y la presencia de un cuerpo de médicos especialistas capacitados, la mayoría de ellos entrenados en importantes centros médicos de América y Europa, avalan la calidad de la atención a los pacientes y lo definen como un centro de referencia nacional con proyección internacional [35].

Servicios Médicos y Especialidades

El HGPS ofrece una amplia variedad de servicios médicos, incluyendo: Medicina interna y especialidades, cirugía general y especialidades ginecología y obstetricia Gastroenterología y endoscopia, medicina de emergencias, pediatría y especialidades, cardiología, medicina física y rehabilitación, atención primaria, radiología, medicina nuclear ortopedia y traumatología, laboratorio y banco de sangre patología y especialidades cuidado intensivos, trasplante de órganos, neurocirugía, cirugía cardiovascular, urología, otorrinolaringología, hemodinamia, endocrinología, nutrición, hematología, oncología, odontología oftalmología, neumología, reumatología, audiología, dermatología, neurología, nefrología, salud mental, infectología, geriatría, clínica del pie diabético, centro de vacunación, unidad de salud, preventiva, enfermería investigación clínica, epidemiología, farmacia. Estas especialidades están respaldadas por un equipo de profesionales altamente capacitados y comprometidos con la atención de calidad [36].

2.4.3 Filosofía Organizacional

Visión: HGPS para el 2026 se convertirá en un sistema de salud integral y de calidad con capacidad para responder a las necesidades del país.

Misión: Nuestra misión es brindar atención médica integral de calidad a la población local y global, soportada por un equipo humano calificado y motivado en el marco de los valores institucionales [37].

Valores:

- Sensibilidad.
- Eficiencia.
- Ética.
- Innovación.

2.4 Aspecto social

El Hospital General De La Plaza De La Salud les brinda asistencia a los distintos niveles socioeconómico con su departamento de Trabajo Social clasifica a los pacientes mediante una evaluación socioeconómica, con el fin de mantener el principio de solidaridad. Una vez determinada la categoría, se aplica el descuento correspondiente en orden descendente, hasta un 40% sobre la tarifa máxima establecida para consultas, pruebas, procedimientos y atención hospitalaria y ambulatoria. Se asigna una categoría especial a los pacientes que se demuestre que son indigentes, y quedan exentos de cualquier pago. El principio de equidad debe mantenerse en todos los casos, sin comprometer la calidad de la asistencia [37].

2.5 Marco Espacial

El Hospital General Plaza de Salud se encuentra ubicado en la Av. Ortega y Gasset del sector Ensanche. La Fe del Distrito Nacional en la República Dominicana.

- **Norte:** Av. Ortega y Gasset.
- **Sur:** Calle Pepillo Salcedo y Calle Recta Final, Estadio Quisqueya, Oficina Técnica de Transporte Terrestre.
- **Este:** Av., San Martín. **Oeste:** Calle Recta Final, Bomba de Gasolina Isla.

CAPÍTULO 3: DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 Contexto o demarcación geográfica

Esta investigación se realizó con los usuarios que acuden a consulta de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital General Plaza de la Salud con la finalidad de evaluar el nivel de conocimiento que tiene esa población acerca de la medicina familiar y comunitaria como especialidad médica.

3.2 Tipo de estudio

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, tipo encuesta transversal y cuantitativo, no experimental, donde se midió las variables en datos numéricos utilizando un cuestionario mixto con preguntas con 15 preguntas según la escala nominal que clasifica a las personas en categorías y la escala de Stanone que nos permite clasificar las respuestas en correctas que fueron calificadas con una puntuación con el objetivo de conocer cuál es el grado del nivel de conocimiento de cada usuario en el área de medicina familiar y comunitaria en el Hospital General de la plaza de la salud.

3.3 Operacionalización de las variables:

Variable	Concepto	Indicador	Escala
Edad	Es una medida cronológica que se utiliza para describir el número de años que ha vivido alguien o algo	Menos de 18 años 20 - 30 años 31 - 40 años 41 - 50 años 51 - 60 años Más de 61 años	Numérica
Sexo	El sexo de un individuo está determinado por la combinación de los cromosomas sexuales que hereda	Masculino Femenino	Nominal

Nivel de conocimiento	Hace referencia al grado de comprensión, habilidades o experiencia que una persona tiene sobre un tema o área específica	Alto >85 puntos Medio 65-85 puntos Bajo <65 puntos	Ordinal
Nivel de escolaridad	Hace referencia al grado o etapa educativa alcanzada por una persona en su formación académica	Inicial Básica Bachillerato Técnico Universitario	Nominal

3.4 Métodos y técnicas de investigación

El método que se utilizó para la recopilación de los datos fue un cuestionario realizado para fines de trabajo de investigación. (ver anexo)

3.5 Instrumento de recolección de datos

Para la realización de la investigación se utilizó como instrumento un cuestionario, el cual facilitó la recolección de la información provista por los usuarios. De acuerdo con los datos obtenidos, se emplearon como variables de estudio el sexo, la edad, el nivel de conocimiento, el nivel de escolaridad, la procedencia y el nivel de conocimiento, utilizando un cuestionario mixto donde se realizaron preguntas según la escala nominal (preguntas), un tipo de escala de medición utilizada para datos cualitativos, en la cual los valores se definieron por categorías excluyentes, y la escala de Stanone (preguntas), a la cual se le asignó una puntuación de cero a las respuestas erróneas y una puntuación de 8 puntos a la respuesta correcta, obteniendo un total de 100 puntos.

Esta metodología fue desarrollada por el estadístico estadounidense Norman Stanones junto a un grupo de investigadores, de ahí el nombre "escala de Stanones", tratándose de una técnica estadística ampliamente utilizada en el ámbito de la investigación. Los datos usados en esta investigación fueron suministrados por los usuarios del HGPS que acudieron a la consulta de medicina familiar y comunitaria.

3.6 Consideraciones éticas

La Universidad Iberoamericana (UNIBE) dispone del Comité de Ética de Investigación (CEI), el cual garantiza la protección de los pacientes que conforman las investigaciones pertinentes y sus derechos respectivos. El CEI se rige mediante el Decanato de Investigación Académica (DIA) de UNIBE, el cual se correlaciona institucionalmente con el Consejo Nacional de Bioética para la Salud, de manera tal que se certifique que los protocolos aprobados por dicho consejo vayan acordes a las pautas establecidas nacionalmente, incluyendo los permisos para la realización de la investigación y el plantel en el cual se llevará a cabo previo al inicio. EL CEI toma en cuenta los principios trazados en el Informe Belmont, enfatizando la dignidad, respeto, justicia y beneficencia de los participantes humanos, de manera que se aseguren que dichos principios se cumplan previa, durante y posterior a la investigación. Inicialmente, se someterá la propuesta de investigación al departamento de investigación del Hospital General de la Plaza de la Salud, con el fin de solicitar la autorización de esta por parte de la institución y confirmar la viabilidad del estudio.

3.7 Universo

El universo está conformado por los usuarios que asisten a la consulta de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital General de la Plaza de la Salud, con un total de 3051 de usuarios.

3.8 Muestra

La muestra estuvo compuesta por los usuarios que asistieron a la consulta de medicina familiar y comunitaria del Hospital General de la Plaza de la Salud. Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, incluyendo únicamente a quienes cumplían los criterios de inclusión. Se hizo uso de la calculadora Raosoft Inc., aceptando un margen de error del 5% y un intervalo de confianza del 95%. Para una población de 3,051 usuarios, se calculó una muestra total de 342.

3.9 Criterios de Inclusión:

- Usuarios que asisten a la consulta de Medicina Familiar y Comunitaria durante el período de estudio.
- Usuarios mayores de 18 años.
- Usuarios que acepten participar en el estudio.

3.10 Criterios de Exclusión:

- Usuarios que no hablen español.
- Usuarios con limitaciones cognitivas que impidan comprender el cuestionario.

3.11 Procedimiento para el procesamiento de análisis de datos

Los datos recolectados fueron procesados usando el programa de Microsoft Excel y Google Forms en frecuencia simple.

Capítulo 4 Resultados

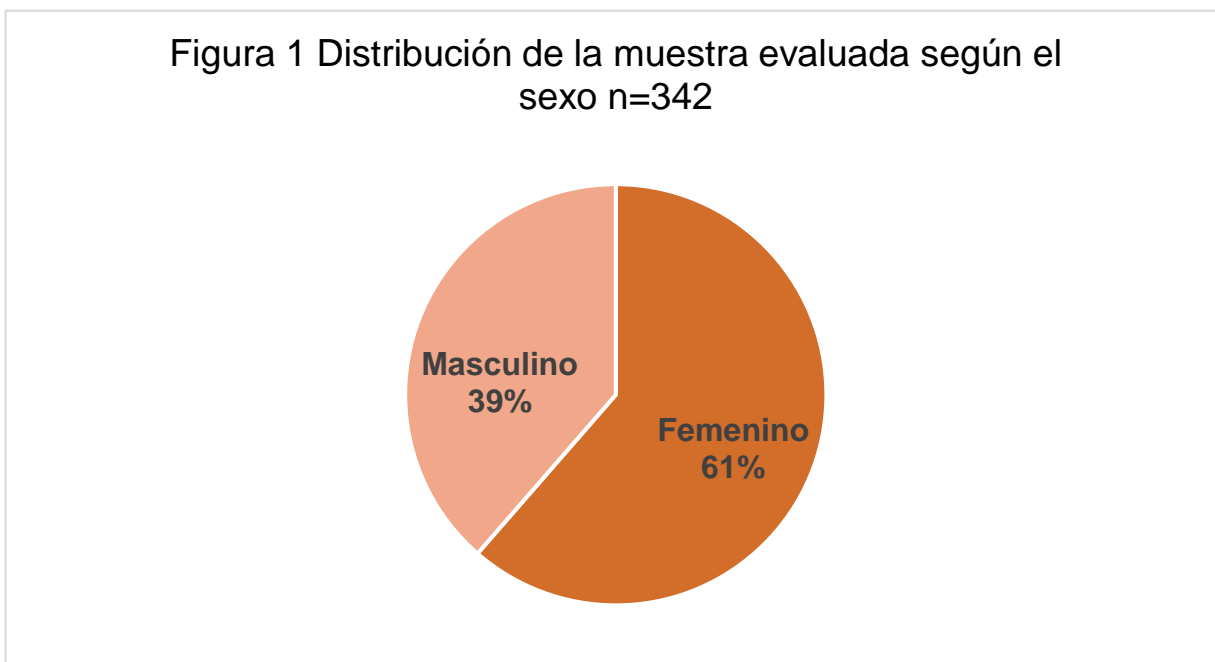
Capítulo IV Resultados

4.1 Participación

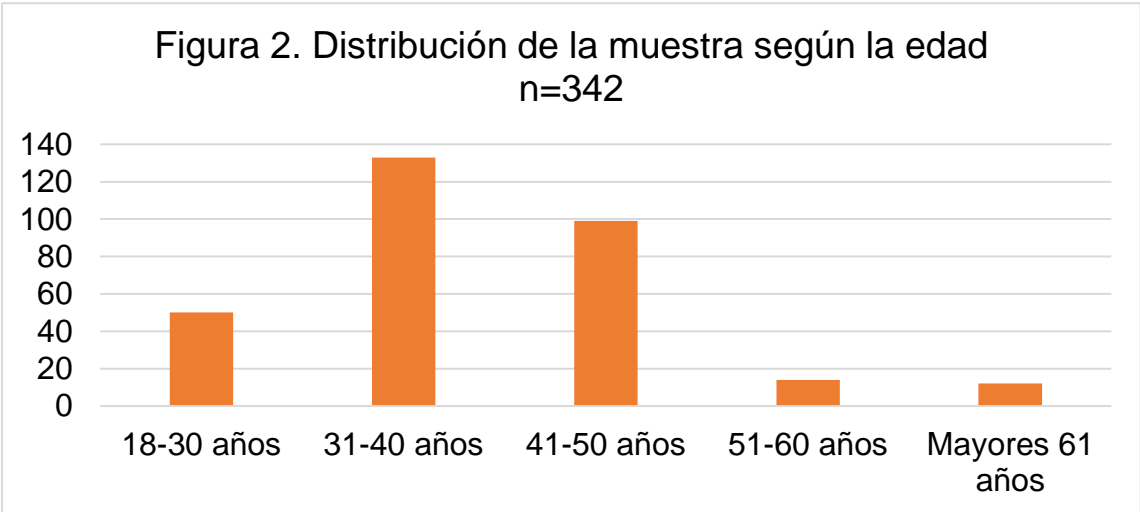
El estudio fue dirigido a los usuarios que acuden a la consulta de la especialidad de medicina familiar y comunitaria del Hospital General de la Plaza de la salud y que cumplían con los criterios de inclusión, para un total de 342 personas.

4.2 Características sociodemográficas de la población

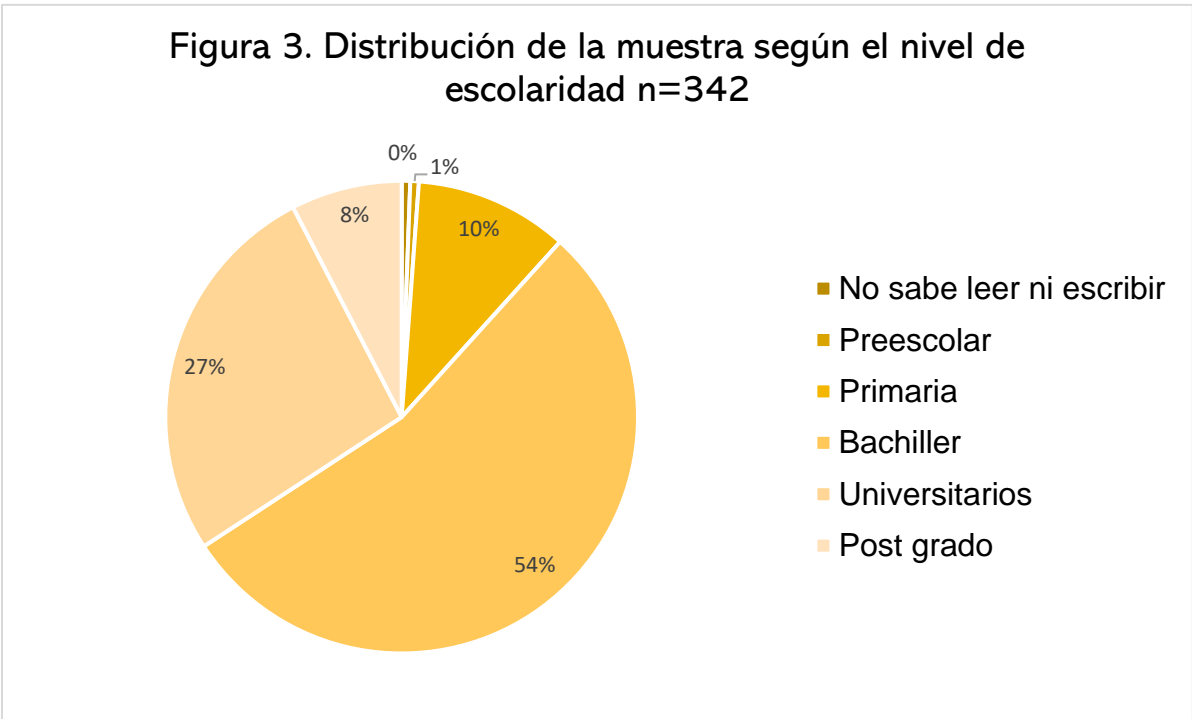
En la figura 1 se evidencia la distribución de la muestra evaluada de los usuarios que asistieron a la consulta de medicina familiar y comunitaria que participaron del estudio, según el sexo 132 (39%) personas son masculino y 210 (61%) femenino. (Ver tabla 1 en anexos).



En la figura 2 se expresa la distribución de está considerando la edad que tiene de 18-30 años 50 personas (15%), 31-40 años 133 personas (39%), 41-50 99 personas (29%), 51-60 48 personas (14%), y mayores de 61 años 12 personas (3%) (Ver tabla 2 en anexos).

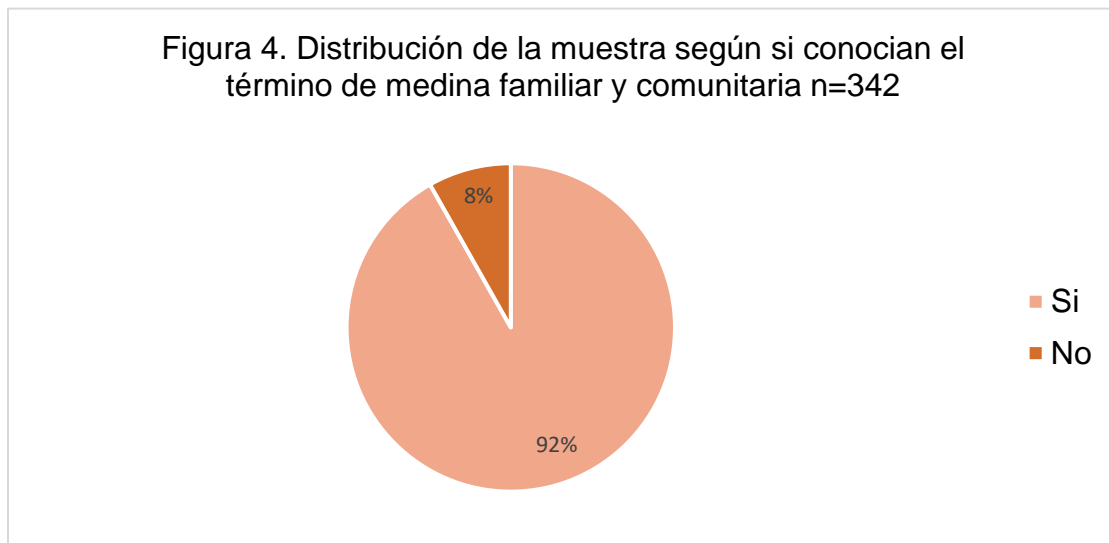


En cuanto al nivel de escolaridad la muestra evaluada posee un grado de no sabe leer ni escribir 2 personas (0%); preescolar 2 personas (1%), primaria 36 personas (10%), bachiller 185 personas (54%), universitarios 91 personas (27%), postgrado 26 personas (8%) (tabla 3 en anexos y figura 3).

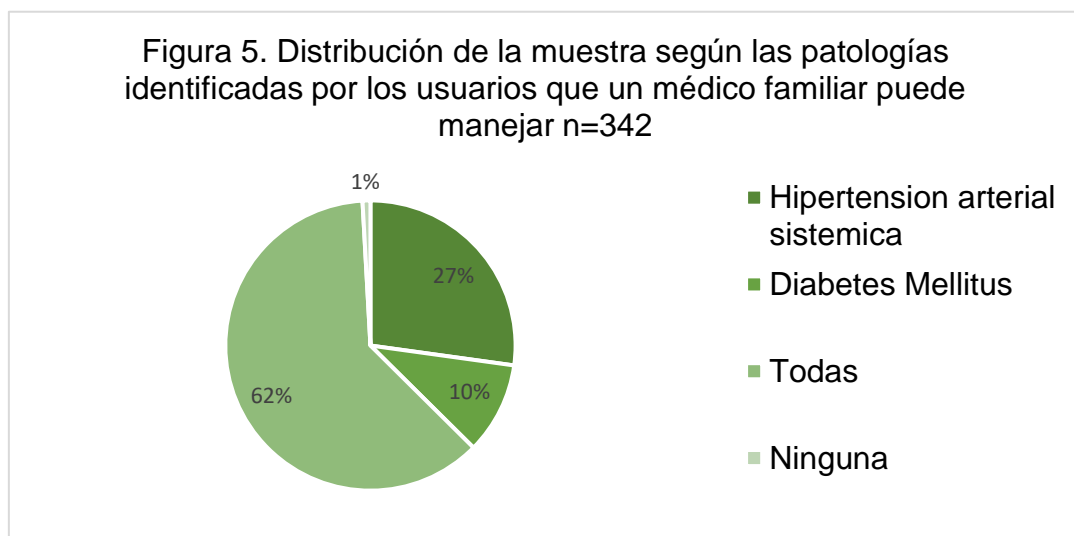


4.3 Características de la muestra según las cualidades evaluadas para determinar el nivel de conocimiento

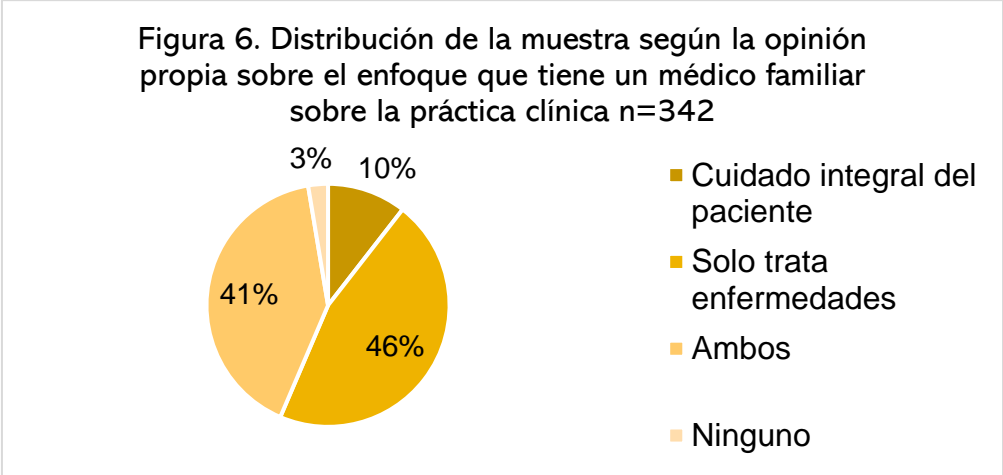
En la figura 4 representamos la distribución de la muestra según si conocía el término de medicina familiar y comunitaria, donde 314 personas (92%), refirieron conocer el término, mientras que 28 personas (8%) no lo conocía (ver figura 4 y tabla 4).



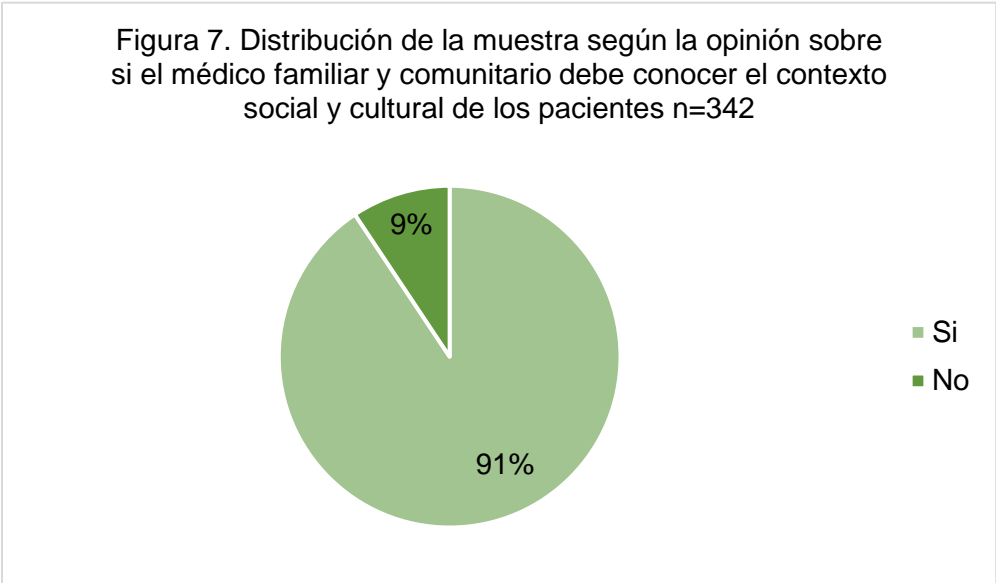
En la figura 5 representamos los resultados obtenidos en cuanto a las patologías identificadas por los usuarios que un médico familiar puede manejar, donde 93 personas (27%), consideran que es hipertensión arterial, 35 personas (10%) diabetes mellitus, 211 personas (62%) consideran que son todas, y 3 personas (1%) que no puede manejar ningunas patologías antes mencionadas (Ver tabla 5 en anexos).



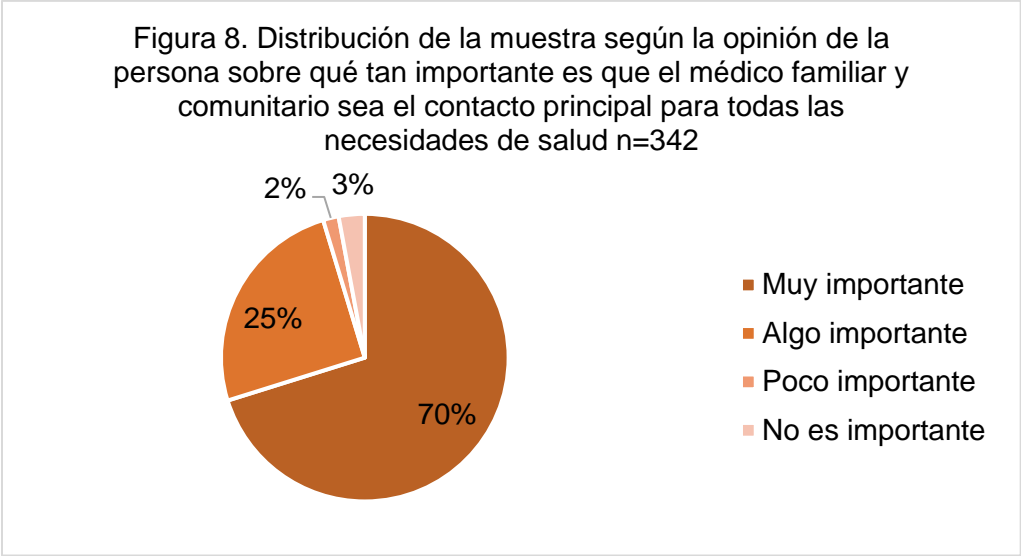
En la figura 6 y tabla 6 (ver anexos), desglosamos los resultados obtenidos en cuanto a la distribución de la muestra según las respuestas obtenidas en la pregunta del enfoque que tiene un médico familiar y comunitario en la práctica clínica con sus pacientes, 36 personas (10%) considera que el médico familiar se enfoca en el cuidado integral de los pacientes, 157 personas (46%) considera que los médicos familiares y comunitarios solo tratan enfermedades, 140 personas (41%) entiende que son ambos expuestos son manejados por un médico familiar en su ejercicio profesional y 9 personas (3%) considera que ninguno de los dos planteamientos son llevados a cabo por el especialista.



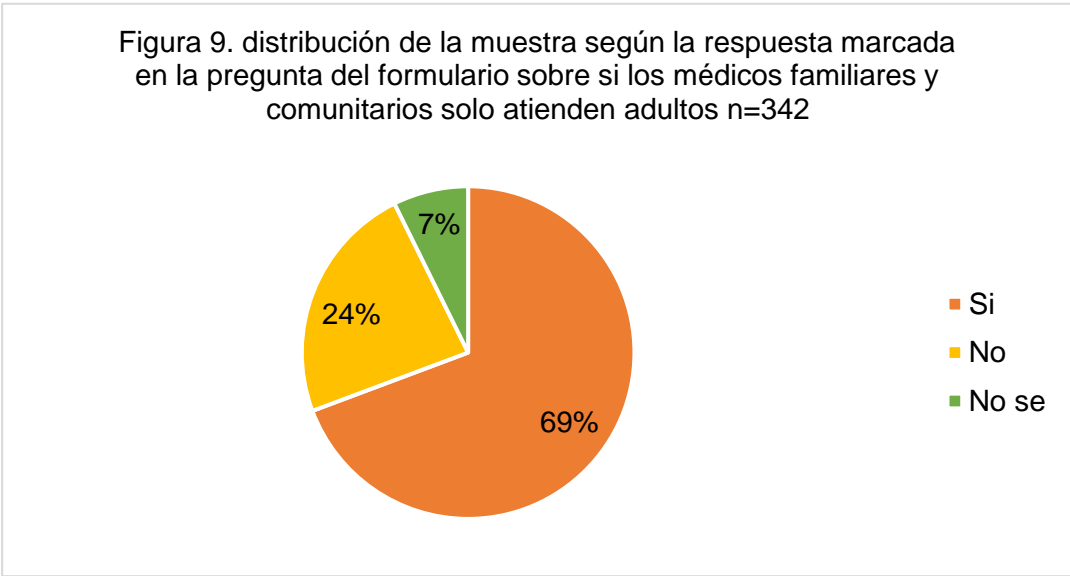
En la figura 7 y tabla 7 (ver anexos) se expresan los resultados obtenidos en cuanto a la distribución de la muestra según la respuesta a la pregunta del formulario sobre si el médico familiar y comunitario debe conocer el contexto social y cultural de los pacientes, en la cual 310 personas (91%) considera que si debe conocerlo y 32 personas (10%) entiende que no.



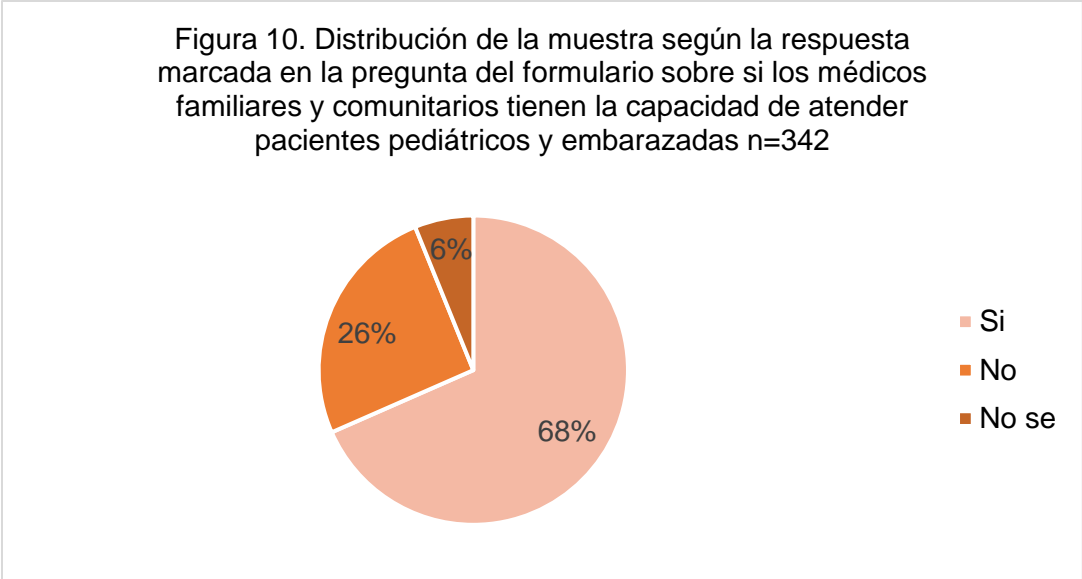
En la figura 8 y tabla 8 (ver anexos) se desglosan los resultados obtenidos en cuanto a la distribución de la muestra según la respuesta otorgada sobre la pregunta de qué tan importante es que el médico familiar y comunitario sea el contacto principal para todas las necesidades de salud, en la cual 240 personas (70%) muy importante, 86 personas (25%) algo importante, 6 personas (2%) poco importante y 10 personas (3%) no es importante.



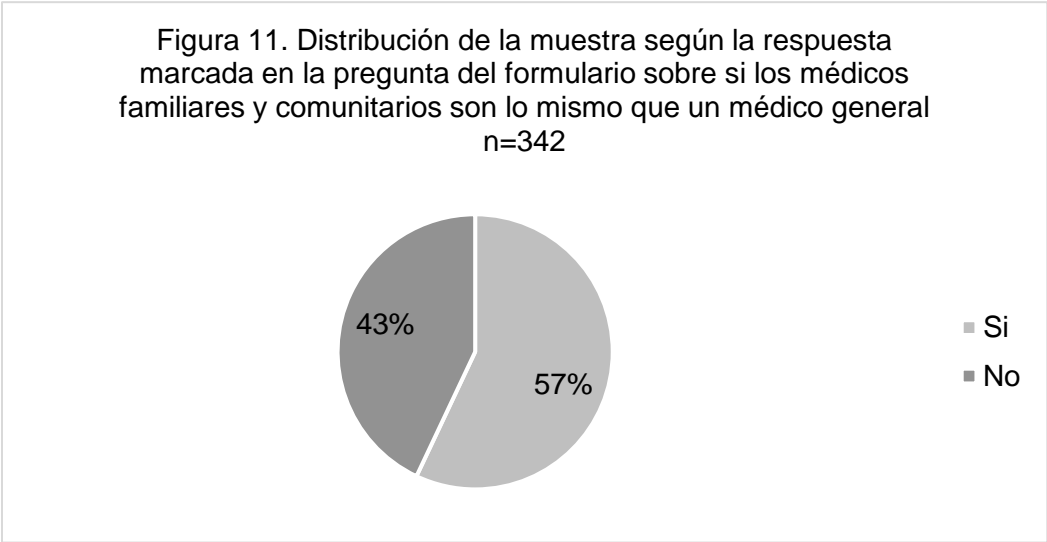
En la figura 9 y tabla 9 (ver anexos) se desglosan los resultados obtenidos en cuanto a la distribución de la muestra según la respuesta marcada en la pregunta del formulario sobre si los médicos familiares y comunitarios solo atienden adultos, en la cual 237 personas (69%) marcaron que si, 80 personas (24%) marcaron que no y 25 personas (7%) marcaron la opción de no se.



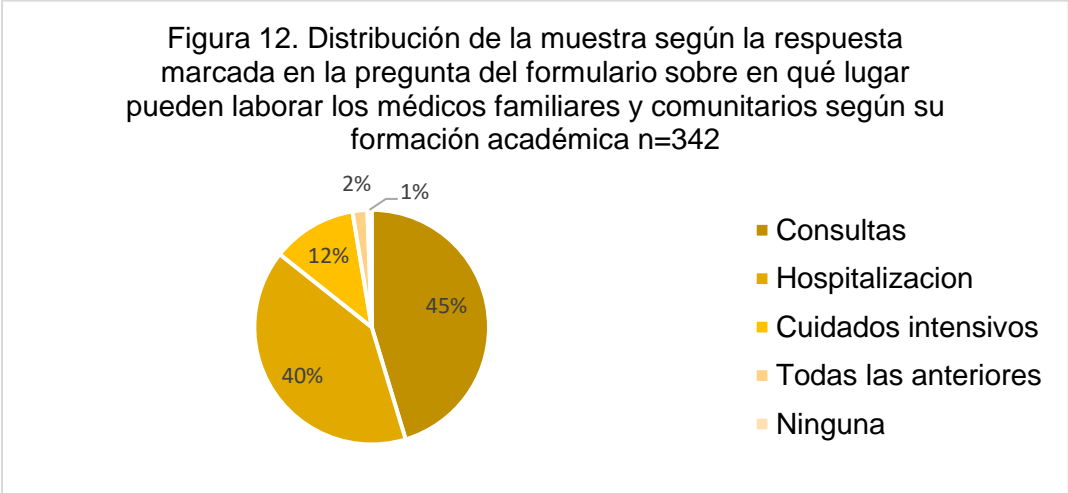
En la figura 10 y tabla 10 (ver anexos) se desglosan los resultados obtenidos en cuanto a la distribución de la muestra según la respuesta marcada en la pregunta del formulario sobre si los médicos familiares y comunitarios tienen la capacidad de atender pacientes pediátricos y embarazadas, en la cual 234 personas (68%) marcaron que si, 87 personas (26%) marcaron que no y 21 personas (6%) marcaron la opción de no se.



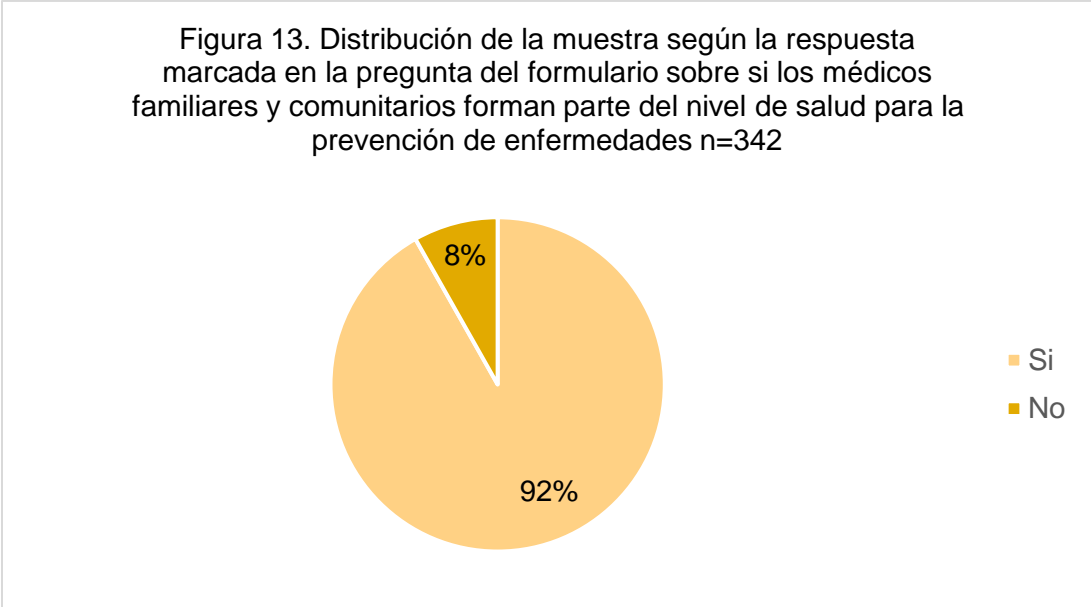
En la figura 11 y tabla 11 (ver anexos) se expresan los resultados obtenidos en cuanto a la distribución de la muestra según la respuesta marcada en la pregunta del formulario sobre si los médicos familiares y comunitarios son lo mismo que un médico general, donde 195 personas (57%) marcaron que si, 147 personas (43%) marcaron que no.



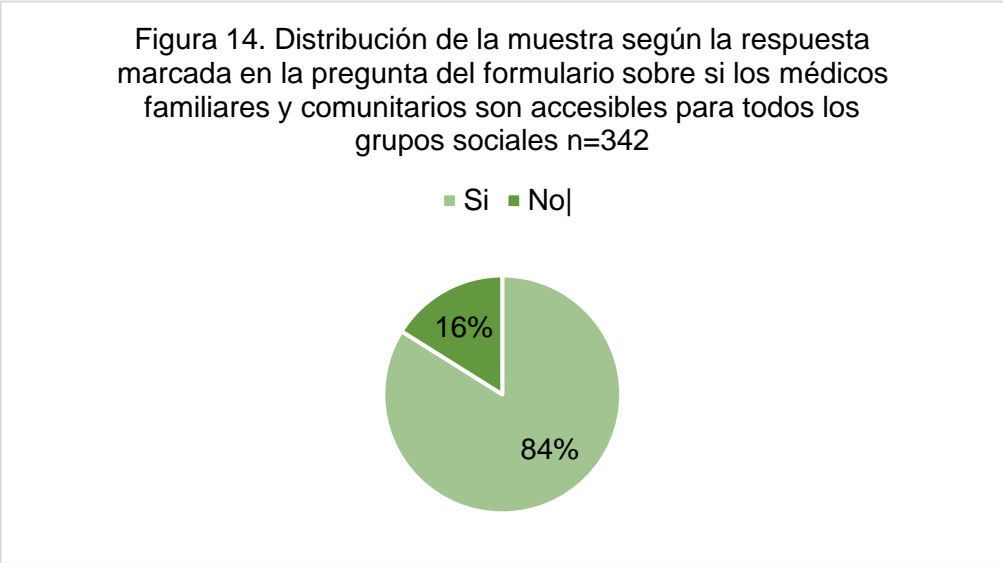
En la figura 12 y tabla 12 (ver anexos) se expresan los resultados obtenidos en cuanto a la distribución de la muestra según la respuesta marcada en la pregunta del formulario sobre en qué lugar los médicos familiares y comunitarios pueden laborar según su formación académica, donde 155 personas (45%) marcaron que puede laborar en consultas, 138 personas (40%) marcaron hospitalización, 40 personas (12%) seleccionaron cuidados intensivos, 7 personas (2%) seleccionaron todas las anteriores y 2 personas (1%) seleccionaron la opción de ninguna.



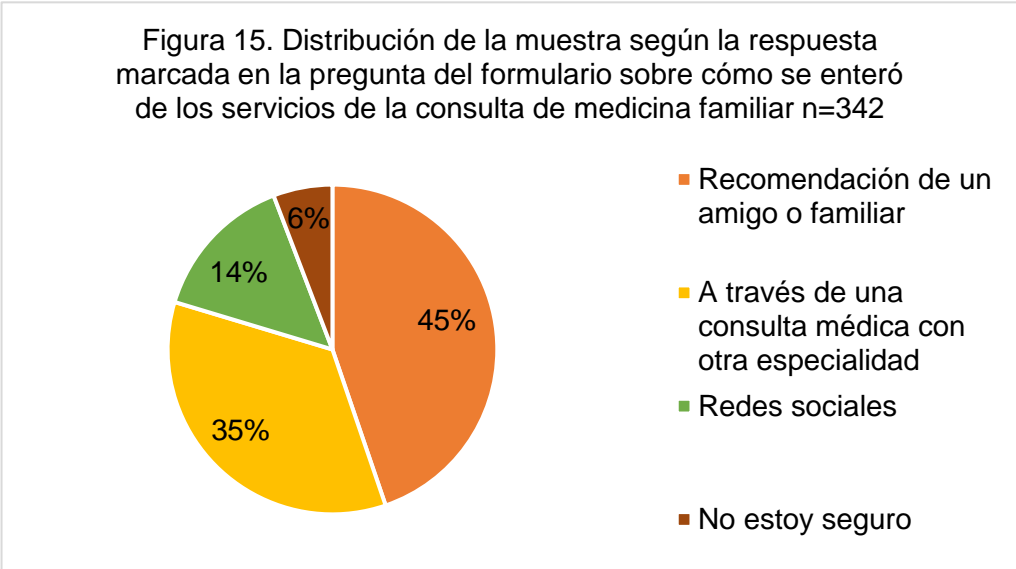
En la figura 13 y tabla 13 (ver anexos) se desglosan los resultados obtenidos en cuanto a la distribución de la muestra según la respuesta marcada en la pregunta del formulario sobre si los médicos familiares y comunitarios forman parte del nivel de salud para prevención de enfermedades, donde 314 personas (92%) marcaron que sí y 28 personas (8%) marcaron no.



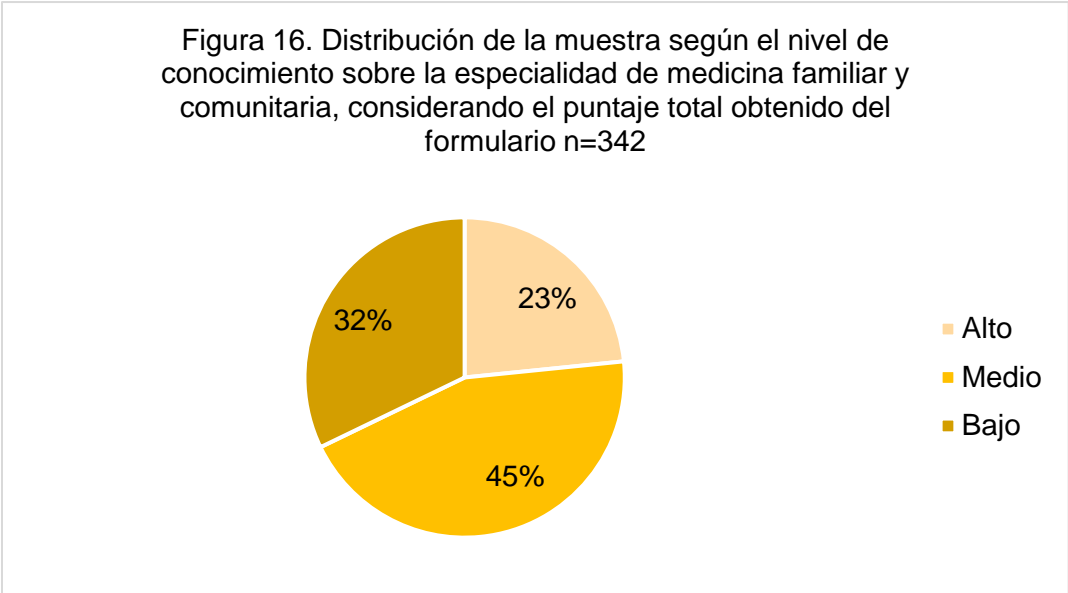
En la figura 14 y tabla 14 (ver anexos) se desglosan los resultados obtenidos en cuanto a la distribución de la muestra según la respuesta marcada en la pregunta del formulario sobre si los médicos familiares y comunitarios son accesibles para todos los grupos sociales, dónde 287 personas (84%) marcaron que sí y 55 personas (16%) marcaron no.



En la figura 15 y tabla 15 (ver anexos) se desglosan los resultados obtenidos en cuanto a la distribución de la muestra según la respuesta marcada en la pregunta del formulario sobre cómo se enteró de los servicios de la consulta de medicina familiar, donde 152 personas (45%) marcaron que fue por una recomendación de un amigo o familiar, 120 personas (35%) seleccionaron que fue a través de una consulta médica con otra especialidad, 50 personas (14%) seleccionaron que fue a través de las redes sociales y 20 personas (6%) marcaron que no estaban seguros de cómo se había enterado.



En la figura 16 y tabla 16 (ver anexos) se desglosan los resultados obtenidos en cuanto a la distribución de la muestra según el nivel de conocimiento sobre la especialidad de medicina familiar y comunitaria, considerando el puntaje total obtenido del formulario, en el cual se pudo determinar que 80 personas (23%) tienen un nivel alto, 152 personas (45%) nivel medio y 110 personas (32%) tienen un nivel bajo.



Capítulo 5 Discusión y conclusiones

Capítulo V: Discusión de resultados

La presente investigación tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimiento de los usuarios que acuden a la consulta de la especialidad de medicina familiar y comunitaria en el Hospital General de la Plaza de la Salud. El estudio se realizó con una muestra de 342 personas y arrojó hallazgos relevantes que permiten reflexionar sobre la percepción social que aún persiste respecto a esta especialidad médica, así como compararlos con estudios previos desarrollados tanto a nivel nacional como internacional.

Uno de los principales hallazgos fue que, aunque el 92% de los encuestados manifestó conocer el término “medicina familiar y comunitaria”, solo el 23% demostró un nivel alto de conocimiento al momento de responder preguntas específicas sobre el enfoque, funciones y ámbitos de acción del médico familiar. Un 45% obtuvo un nivel medio, y un preocupante 32% presentó un nivel bajo. Estos resultados concuerdan con el estudio titulado *“Evaluación del nivel de conocimiento sobre la medicina familiar y comunitaria en la población de San Cristóbal”*, realizado en la República Dominicana durante los meses de marzo y abril del año 2014, en el cual el 52.1% de los participantes, en su mayoría entre 20 y 50 años, mostró un conocimiento deficiente sobre esta especialidad. Esta distribución etaria guarda similitud con la de nuestro estudio, donde el 68% de los encuestados tenía entre 31 y 50 años.

Asimismo, se identificó que el 57% de los participantes considera que el médico familiar y comunitario es lo mismo que un médico general, lo que confirma los hallazgos del estudio *“Percepción del paciente sobre el médico familiar en México”*, publicado en la *Revista Medicina Familiar, México*, en mayo del 2024. En este estudio, basado en una población urbana de pacientes ambulatorios, se concluyó que la mayoría de los encuestados no reconocía al médico familiar como un especialista con enfoque integral y biopsicosocial, confundiéndolo con un médico general enfocado únicamente en enfermedades agudas. De forma similar, en nuestro estudio, solo el 10% de los usuarios identificó correctamente que el enfoque principal del médico familiar es el cuidado integral, mientras que el 46% lo limitó a la atención de enfermedades, y el 41% mezcló conceptos, indicando una confusión persistente respecto a su perfil profesional.

Otro dato que confirma estas percepciones erróneas es que el 69% de los encuestados cree que los médicos familiares solo atienden adultos, a pesar de que esta especialidad está entrenada para atender a pacientes de todas las edades. Esta misma concepción se reflejó en el estudio *“Conocimiento del paciente sobre los servicios que ofrece el médico familiar”* realizado por González, Pérez y López en el año 2020, con una población urbana latinoamericana, donde se encontró que solo el 35% de los pacientes sabía qué servicios ofrece un médico familiar. Los autores concluyeron que la mayoría de los pacientes tenía una visión reducida de su función dentro del sistema de salud, lo cual representa una barrera para el uso correcto y eficiente de los servicios en atención primaria.

Sin embargo, el estudio actual también identificó áreas de oportunidad. A pesar de las percepciones erróneas, el 91% de los participantes reconoce que el médico familiar debe conocer el contexto social y cultural del paciente, y el 70% considera muy importante que este sea el primer punto de contacto para todas las necesidades de salud. Estos resultados revelan que los usuarios tienen una predisposición positiva hacia el concepto de medicina familiar, aunque les falte una comprensión completa de su alcance. Esto contrasta con el estudio mexicano citado previamente, donde se evidenció una percepción negativa sobre el vínculo médico-paciente por falta de interés del especialista en el entorno del paciente.

El nivel de escolaridad influye significativamente en el nivel de conocimiento sobre la especialidad. En nuestro estudio, el 54% de los encuestados tenía nivel bachiller y solo el 8% poseía estudios de postgrado. Esta relación fue también reportada en el estudio *“Conocimiento de los pacientes sobre el médico de familia”*, realizado en España en agosto del 2023, el cual encontró que el nivel de conocimiento aumentaba con el grado educativo y disminuía con la edad. Dicho estudio se realizó en una población de pacientes atendidos en centros de atención primaria, y sus hallazgos refuerzan la idea de que la educación formal es un factor clave en la comprensión del rol del médico familiar.

Además, se observó que el 45% de los usuarios conoció la consulta de medicina familiar por recomendación de familiares o amigos, seguido de un 35% que fue referido desde otra especialidad. Solo el 14% tuvo contacto a través de redes sociales o campañas institucionales.

Esto refleja una importante falta de visibilidad y promoción institucional sobre los servicios que ofrece esta especialidad, como también lo señaló el estudio *“Acceso al médico familiar en zonas rurales de América Latina”* realizado por Ramírez y González en el año 2018. Este estudio, realizado en comunidades rurales de América Latina, mostró que los pacientes tienden a acudir directamente a especialistas sin comprender el papel preventivo y resolutivo del médico familiar, debido a la escasa información disponible sobre su función.

En cuanto al reconocimiento del campo de acción del médico familiar, solo el 2% de los encuestados reconoció correctamente que puede desempeñarse tanto en consulta, hospitalización como en cuidados intensivos. La mayoría limitó su función al área de consulta externa. Este dato refuerza la percepción incompleta sobre la preparación clínica y el alcance profesional del especialista en medicina familiar, lo que puede afectar negativamente la confianza del paciente en sus capacidades resolutivas y en su rol como coordinador del cuidado.

Por otro lado, un hallazgo positivo fue que el 92% de los participantes reconoce que el médico familiar forma parte del sistema preventivo de salud, lo cual abre la puerta a reforzar esta noción como pilar en las campañas educativas. Esta cifra supera lo reportado en el estudio de González, Pérez y López (2020), donde solo el 35% tenía claridad sobre los servicios del médico familiar. En nuestro caso, esta mejor percepción puede deberse a que los encuestados ya habían tenido contacto directo con la consulta, lo que sugiere que la experiencia práctica con la especialidad puede influir favorablemente en la percepción y comprensión del rol del médico familiar.

Conclusiones

El presente estudio titulado “*Nivel de conocimiento sobre la medicina familiar y comunitaria de los usuarios atendidos en el servicio de consulta de la especialidad médica del Hospital General de La Plaza de la Salud durante el periodo mayo-junio año 2025*” tuvo como objetivo principal evaluar el grado de conocimiento que posee la población usuaria acerca de la especialidad de medicina familiar y comunitaria, así como identificar sus percepciones y concepciones sobre el rol, funciones y alcances de esta especialidad en el contexto del sistema de salud dominicano.

La medicina familiar, como se desarrolla en el marco teórico, representa una especialidad clínica integral, centrada no solo en el tratamiento de enfermedades, sino también en la promoción, prevención y cuidado continuo del individuo y su familia, bajo un enfoque biopsicosocial. Sin embargo, la realidad investigada evidenció una disonancia entre esta concepción teórica y la comprensión que tienen los usuarios del sistema de salud.

Los resultados obtenidos en una muestra de 342 usuarios reflejan que, aunque el 92% manifiesta conocer el término “*medicina familiar y comunitaria*”, solo el 23% demostró un nivel alto de conocimiento, mientras que el 45% obtuvo un nivel medio y el 32% un nivel bajo. Esto indica que, a pesar de que la especialidad es nombrada con frecuencia, su verdadera esencia sigue siendo poco comprendida por la población general.

A pesar de esta limitada comprensión, los usuarios encuestados reconocen algunos valores esenciales del médico familiar: el 91% considera que debe conocer el contexto social y cultural del paciente, y el 70% cree que es muy importante que sea el primer contacto ante cualquier necesidad de salud. Esto evidencia que, aunque el conocimiento técnico es limitado, existe una disposición positiva hacia la filosofía de atención de esta especialidad, lo cual constituye una fortaleza institucional que puede aprovecharse mediante estrategias educativas y comunicacionales.

En coherencia con el problema de investigación, se confirma que existe un conocimiento insuficiente y distorsionado sobre la medicina familiar y comunitaria entre los usuarios del hospital, situación que puede limitar la utilización adecuada de sus servicios, generar fragmentación del cuidado y desaprovechar el rol resolutivo de esta especialidad en el primer nivel de atención.

Se concluye, por tanto, que es importante reforzar los esfuerzos institucionales para informar adecuadamente a la población sobre el perfil del médico familiar, su formación especializada, y el enfoque integral que lo distingue de otras disciplinas. Asimismo, se debe consolidar su posicionamiento dentro del sistema de salud, no solo mediante atención de calidad, sino también con una comunicación clara, accesible y adaptada al nivel educativo de la población. Solo así será posible cerrar la brecha entre la medicina familiar que se enseña y la que realmente se reconoce y valora por quienes más la necesitan.

Capítulo 6: Recomendaciones

Capítulo VI: Recomendaciones

1. Implementar programas de educación para los usuarios sobre medicina familiar

Dado que un porcentaje significativo de los participantes presentó un nivel medio o bajo de conocimiento sobre la medicina familiar y comunitaria (77%), se recomienda establecer charlas educativas breves en salas de espera, boletines informativos impresos, afiches, y cápsulas informativas en redes sociales del hospital, que expliquen el rol, alcance y beneficios del médico familiar. Esta estrategia es viable dentro del marco institucional actual y puede mejorar sustancialmente la comprensión de la población sobre esta especialidad.

2. Fortalecer la promoción del médico familiar como especialista

Más del 50% de los encuestados confunde al médico familiar con un médico general. Se sugiere que el hospital y sus profesionales refuercen la identidad del médico familiar como especialista, a través de una adecuada identificación profesional (bata, gafete, título visible), inclusión en las actividades institucionales con otros especialistas y participación en jornadas académicas con pacientes. Esto puede ayudar a modificar la percepción errónea de la población.

3. Diseñar estrategias comunicacionales dirigidas a corregir mitos comunes

El 69% de los encuestados cree que los médicos familiares solo atienden adultos, y un 43% desconoce que atienden a embarazadas y niños. A partir de estos hallazgos, se recomienda producir material informativo claro y accesible (folletos, infografías, contenido en redes sociales y en la página web del hospital) que indique explícitamente que esta especialidad atiende a personas de todas las edades y etapas de la vida.

4. Consolidar los canales institucionales de difusión de servicios

La mayoría de los encuestados indicó haberse enterado de la consulta de medicina familiar por referencia informal o a través de otros médicos. Se recomienda que el hospital optimice el uso de sus plataformas oficiales (redes sociales, sitio web, carteleras internas) para visibilizar el servicio de medicina familiar, su personal y sus funciones. Esta medida es viable, de bajo costo y podría tener un impacto positivo en la afluencia y confianza de los usuarios.

5. Capacitar al personal administrativo y de recepción sobre el perfil del médico familiar

Dado que los pacientes frecuentemente reciben su primera información sobre el servicio al momento de agendar una cita, es clave que el personal de recepción y atención al usuario conozca el perfil del médico familiar. Se sugiere implementar una breve jornada de inducción institucional, con materiales sencillos, para asegurar que el primer contacto con el paciente transmita información correcta.

6. Mantener y reforzar los aspectos bien valorados por los usuarios

El estudio mostró que la mayoría de los encuestados consideran importante que el médico familiar sea el primer contacto para resolver problemas de salud (70%), y que su accesibilidad para todos los grupos sociales es una fortaleza (84%). Estas percepciones positivas deben ser preservadas y potenciadas, garantizando que la calidad de la atención continúe siendo integral, humana y oportuna.

Referencias bibliográficas

1. González, M. A. (2020). Medicina Familiar y Comunitaria: Un modelo de atención integral y preventivo en los sistemas de salud modernos. *Medicina Familiar y Comunitaria*, 16(2), 110-115
2. Organización Panamericana de la Salud. (2023, 16 de marzo). Medicina familiar y comunitaria: Un modelo de atención en salud para América Latina. Recuperado de <https://www.paho.org/en/node/89033>.
3. Martínez, R., & Fernández, C. (2021). El impacto del conocimiento de los pacientes sobre la Medicina Familiar en la adherencia al tratamiento y la prevención de enfermedades. *Revista de Medicina General*, 18(1), 32-40.
4. Rodríguez, M. C., & Pérez, E. (2021). Educación en salud en Medicina Familiar y Comunitaria: Una estrategia para mejorar el conocimiento y la participación del paciente. *Revista Latinoamericana de Salud*, 45(4), 350-357
5. López, J. (2021). Empoderamiento y conocimiento en los pacientes de Medicina Familiar: Herramientas para mejorar la atención y los resultados de salud. *Revista Española de Medicina Familiar*, 28(3), 125-130.
6. Rubinstein A. *Medicina familiar y práctica ambulatoria*. 2da edición. Editorial Médica Panamericana, editor. Editorial Médica Panamericana; 2006.
7. Fernández, C. (2023, June 7). <https://www.Diariolibre.Com/actualidad/salud/2023/07/06/medicina-familiar-piedra-angular-de-la-atencion-primaria/2396681>. Diario Libre.
8. Rivera, A., & García, M. (2020). *Medicina Familiar: Historia, Actualidad y Perspectivas*.
9. Bolaños efr, Flórez. revista mexicana de medicina familiar: percepción del paciente sobre la medicina familiar. revista mexicana el Médico Familiar, agosto 2023:66-75. doi:10.22533/at.ed.11123310810
10. Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021). "La atención primaria y su impacto en la salud pública global".
11. González, A., Pérez, B., & López, C. (2020). Conocimiento sobre los servicios de los médicos familiares entre los pacientes: un estudio de percepción. *Revista de Medicina Familiar*. <https://doi.org/10.1234/rmf.2020.01234>

12. Ramírez, A., & González, M. (2018). Título del estudio. Nombre de la Revista, volumen(número), páginas. <https://doi.org/xxx>
13. Dra. Wendy Geydy Dipré Acevedo en la comunidad de San Cristóbal, República Dominicana, en 2019. <https://repositorio.unphu.edu.do>
14. Bolaños EFR, Flórez, saben nuestros pacientes que es un residente de medicina familiar: Saben nuestros pacientes que es un residente de medicina familiar. Revista Española. agosto 2023:66-75. <https://doi.org/10.24875/rmf.23000094>
15. Introducción a la Medicina Familiar – Battistella & Cacace – Cátedra Medicina Familiar UBA (2018)
16. López de la Peña, E. (2009). Historia de la Medicina Familiar y Comunitaria en América Latina. Revista Medicina Familiar, 45(3), 137-145
17. Organización Mundial de la Salud. (s.f.). **Promoción de la salud**. Recuperado el 25 de marzo de 2025, de <https://www.who.int/es/health-topics/health-promotion>
18. Ortiz Guadalupe K., Rangel Omar. Percepción del paciente sobre el médico familiar. Rev. Mex. Medicina familiar [revista en la Internet]. 2023 dic [citado 2025 Mar03];10(4):136-142. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2696-12962023000400136&lng=es.Epub24-mayo-2024.
<https://doi.org/10.24875/rmf.23000094>
19. El nacional (2024, December 31). https://elnacional.com.do/la-ia-impulso-medicina-centrada-en-el-paciente-durante-2024/Utm_source=chatgpt.com
20. Introducción a la Medicina Familiar – Battistella & Cacace – Cátedra Medicina Familiar UBA (2018)
21. Nigenda Gustavo, Mora-Flores Gerardo, Aldama-López Salvador, Orozco-Núñez Emanuel. La práctica de la medicina tradicional en América Latina y el Caribe: el dilema entre regulación y tolerancia. Salud pública Méx [revista en la Internet]. 2001 feb [citado 2025 Mar 13];43(1):41-51. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php>
22. López de la Peña, E. (2009). Historia de la Medicina Familiar y Comunitaria en América Latina. Revista Medicina Familiar, 45(3), 137-145.
23. Moronta, F. Y. (2024, May 12). Historia de la Medicina Familiar en República Dominicana. CIMF. Retrieved March 5, 2025, from <http://c/cimfwonca.org/acerca-de-cimf/junta-directiva-regiones/rep-dominicana>.

- 24.C. (2001, May 9). *Ley No. 87-01 Sistema Dominicano de Seguridad Social*. <https://opacbiblioteca.unibe.edu.do/bib/4227?utm>
- 25.C. (2001, May 8). *Ley General de Salud, No. 42-01*. <https://isbn.cloud/9789993468363/ley-general-de-salud-no-42-01>
- 26.Torres JD. medicina familiar: maría Guadalupe garza Sagastegui. Editorial El Manual Moderno; 2016.
- 27.27.Introducción a la Medicina Familiar – Battistella & Cacace – Cátedra Medicina Familiar UBA (2018)
- 28.Al, F. G. V. (1999, March 2). Perfil profesional del médico de familia. *Revista Atención Primaria*, vol.23.num.4. <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-perfil-profesional-del-medico-familia>.
29. Suarez-Bustamante, Miguel Angel.La medicina familiar en el Perú: evolución y desafíos. *Rev. Perú. med. exp. salud publica* [online]. 2008, vol.25, n.3, pp.309-315. ISSN 1726-4634
- 30.Sala Adam, maría rosa; Cárdenas Sotelo, Orlando de; Sala Adam, Alicia y González Jacomino, José F. Paciente: ¿por qué? *Rev cubana Estomatol* [online]. 2000, vol.37, n.2, pp. 123-126. ISSN 1561-297X
31. Universidad de Manizales [Artículos de Reflexión no derivados de Investigación], ed: Archivos de Medicina. abril 2020.
32. Historia – HGPS [Internet]. HGPS. Available from: <https://hgps.org.do/es/historia>
33. Misión, Valores Hospital General de la Plaza de la Salud [Internet]. Hgps.org.do. [citado 15-2-2024]. Disponible en: <https://hgps.org.do/es/mision-valores>.
34. <https://www.one.gob.do/media/zsrnjfzp/divisi%C3%B3n-territorial-2021.pdf>
35. Hospital General de la Plaza de la Salud. Historia Hospital General de la Plaza de la Salud [Internet].Hgps.org.do. [citado el 15-2-2024]. Disponible en: <https://hgps.org.do/es/historia/>
36. Servicios Médicos y Especialidades El HGPS: <https://www.google.com>
37. Misión, Valores Hospital General de la Plaza de la Salud [Internet]. Hgps.org.do. [citado 15-2-2024]. Disponible en: <https://hgps.org.do/es/mision-valores>.

Anexos

Tabla 1. Distribución de la muestra evaluada según el sexo		
Respuesta marcada	Frecuencia	Porcentaje (%)
Femenino	210	61
Solo trata enfermedades	132	39
Total	342	100

Tabla 2. Distribución de la muestra según la edad		
Respuesta marcada	Frecuencia	Porcentaje (%)
18-30 años	50	15
31-40 años	133	39
41-50 años	99	29
51-60 años	48	14
Mayores 61 años	12	3
Total	342	100

Tabla 3. Distribución de la muestra según el nivel de escolaridad		
Respuesta marcada	Frecuencia	Porcentaje (%)
No sabe leer ni escribir	2	0
Preescolar	2	1
Primaria	36	10
Bachiller	185	54
Universitarios	91	27
Post grado	26	8
Total	342	100

Tabla 4. distribución de la muestra según si conocían el termino de medina familiar y comunitaria		
Respuesta marcada	Frecuencia	Porcentaje (%)
Si	314	92
No	No	8
Total	342	100

Tabla 5. Distribución de la muestra según las patologías identificadas por los usuarios que un médico familiar puede manejar

Respuesta marcada	Frecuencia	Porcentaje (%)
Hipertensión arterial sistémica	93	27
Diabetes Mellitus	35	10
Todas	211	62
Ninguna	3	1
Total	342	100

Tabla 6. Distribución de la muestra según la opinión propia sobre el enfoque que tiene un médico familiar sobre la práctica clínica.

Respuesta marcada	Frecuencia	Porcentaje (%)
Cuidado integral del paciente	36	10
Solo trata enfermedades	157	46
Ambos	140	41
Ninguno	9	3
Total	342	100

Tabla 7. Distribución de la muestra según la opinión sobre si el médico familiar y comunitario debe conocer el contexto social y cultural de los pacientes

Respuesta marcada	Frecuencia	Porcentaje (%)
Si	31	91
No	32	9
Total	342	100

Tabla 8. Distribución de la muestra según la opinión de la persona sobre qué tan importante es que el médico familiar y comunitario sea el contacto principal para todas las necesidades de salud

Respuesta marcada	Frecuencia	Porcentaje (%)
Muy importante	240	70
Algo importante	86	25
Poco importante	6	2
No es importante	10	3
Total	342	100

Tabla 9. distribución de la muestra según la respuesta marcada en la pregunta del formulario sobre si los médicos familiares y comunitarios solo atienden adultos

Respuesta marcada	Frecuencia	Porcentaje (%)
Si	237	69
No	80	24
No sé	25	7
Total	342	100

Tabla 10. Distribución de la muestra según la respuesta marcada en la pregunta del formulario sobre si los médicos familiares y comunitarios tienen la capacidad de atender pacientes pediátricos y embarazadas

Respuesta marcada	Frecuencia	Porcentaje (%)
Si	234	68
No	87	26
No sé	21	6
Total	342	100

Tabla 11. Distribución de la muestra según la respuesta marcada en la pregunta del formulario sobre si los médicos familiares y comunitarios son lo mismo que un médico general

Respuesta marcada	Frecuencia	Porcentaje (%)
Si	195	57
No	147	43
Total	342	100

Tabla 12. Distribución de la muestra según la respuesta marcada en la pregunta del formulario sobre en qué lugar pueden laborar los médicos familiares y comunitarios según su formación académica

Respuesta marcada	Frecuencia	Porcentaje (%)
Consultas	155	45
Hospitalización	138	40
Cuidados intensivos	40	12
Todas las anteriores	7	2
Ninguna	2	1
Total	342	100

Tabla 13. Distribución de la muestra según la respuesta marcada en la pregunta del formulario sobre si los médicos familiares y comunitarios forman parte del nivel de salud para la prevención de enfermedades

Respuesta marcada	Frecuencia	Porcentaje (%)
Si	314	92
No	28	8
Total	342	100

Tabla 14. Distribución de la muestra según la respuesta marcada en la pregunta del formulario sobre si los médicos familiares y comunitarios son accesibles para todos los grupos sociales

Respuesta marcada	Frecuencia	Porcentaje (%)
Si	287	84
No	55	16
Total	342	100

Tabla 15. Distribución de la muestra según la respuesta marcada en la pregunta del formulario sobre cómo se enteró de los servicios de la consulta de medicina familiar

Respuesta marcada	Frecuencia	Porcentaje (%)
Recomendación de un amigo o familiar	154	45
A través de una consulta médica con otra especialidad	120	35
Redes sociales	50	14
No estoy seguro	20	6
Total	342	100

Tabla 16. Distribución de la muestra según el nivel de conocimiento sobre la especialidad de medicina familiar y comunitaria, considerando el puntaje total obtenido del formulario

Nivel de conocimiento	Frecuencia	Porcentaje (%)
Alto	80	45
Medio	152	32
Bajo	110	23
Total	342	100

Anexos 1: Formulario

Determinar nivel de conocimiento de los usuarios que acuden a la consulta de medicina familiar y comunitaria del hospital general de la plaza de la salud sobre la especialidad médica durante el período abril - junio del 2025.

Cuestionario dirigido a los usuarios de salud:

1- ¿Qué edad tiene usted?

- 18-30 años
- 31-40 años
- 41-50 años
- 51-60 años
- > 61 años

2- ¿Sexo?

- Masculino
- Femenino

3- ¿Cuál es su nivel académico?

- Primaria
- Secundaria
- Universitaria
- Postgrado
- Ninguno

4- ¿Había usted escuchado antes el término de medicina familiar?

- Sí
- No

5. ¿Usted entiende que un médico familiar puede atender pacientes con:

- Hipertensión arterial
- Diabetes mellitus
- Ningunas
- Todas

6. ¿Crees que la medicina familiar y comunitaria se enfoca en el cuidado integral de la persona o solo en tratar enfermedades?

- Solo en tratar enfermedades.
- En el cuidado integral de la persona.
- Ambos.
- Ninguno

7. ¿Considera usted que los médicos de medicina familiar y comunitaria deben conocer también el contexto social y cultural de sus pacientes?

- Sí
- No
- No estoy seguro/a

8. ¿Qué tan importante es para usted que el médico de medicina familiar y comunitaria sea su punto de contacto principal para todas tus necesidades de salud?

- Muy importante
- Algo importante
- Poco importante
- No es importante

9. Los médicos familiares y comunitarios solo atienden a pacientes adultos?

- Sí
- No
- No se

10. ¿Tiene un médico familiar la capacidad de atender pacientes niños y embarazadas?

- Sí
- No
- No se

11. ¿Según usted los médicos familiares es lo mismo que los médicos generales?

- Sí
- No

12- ¿Dónde usted cree que los médicos familiares pueden trabajar según su formación académica?

- Consultas
- Hospitalización
- Cuidado intensivo
- Todas las anteriores
- Ningunas de las anteriores

13- Los médicos familiares forman partes del nivel de la salud para prevención de enfermedades?

- Sí
- No

14- ¿Cree que la medicina familiar es accesible para todos los grupos sociales?

Sí

No

15- ¿De qué manera se enteró de los servicios de medicina familiar?

Por recomendación de un amigo o familiar

A través de la consulta médica

Medios de comunicación (televisión, radio, internet)

No estoy seguro/a

Consentimiento Informado

Yo, _____, mayor de edad, he sido debidamente informado(a) sobre el estudio titulado:

“Nivel de conocimiento sobre la medicina familiar y comunitaria de los usuarios atendidos en el servicio de consulta de la especialidad médica del Hospital General de La Plaza de la Salud durante el periodo mayo-junio del año 2025”, que será realizado por el Dr. Junior Belizaire como requisito para optar por el título de posgrado en Medicina Familiar y Comunitaria.

Se me ha explicado que:

- Mi participación es **voluntaria** y puedo retirarme en cualquier momento, sin afectar la atención médica que recibo.
- No existen riesgos físicos ni psicológicos derivados de mi participación.
- La información obtenida será **confidencial** y utilizada únicamente con fines académicos y científicos.
- No recibiré compensación económica por participar, pero contribuiré al conocimiento y mejora de los servicios de salud familiar y comunitaria.

He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido respondidas satisfactoriamente.

Autorizo libre y voluntariamente mi participación en este estudio.

Nombre del participante: _____

Cédula o documento de identidad: _____

Firma: _____

Fecha: ____ / ____ / 2025

Firma del investigador (Dr. Junior Belizaire): _____

Aplicación Completa para Estudiantes

Código de Aplicación ACECEI2024-289

Nombre del Estudiante #1 Junior Belizaire

Matrícula del Estudiante #1 221232

Nombre del Proyecto de Investigación

Nivel de conocimiento sobre la medicina familiar y comunitaria de los usuarios atendidos en el servicio de consulta de la especialidad médica del Hospital General de La Plaza de la Salud durante el periodo mayo-junio año 2025

ESTADO DE LA APLICACIÓN

APROBADO



CERTIFICACIÓN EN ÉTICA DE INVESTIGACIÓN

Nombre Completo Junior Belizaire
Matrícula o código institucional 221232
Carrera/Posición: Postgrado en Medicina
Estado del examen Aprobado
Número de Certificación DIAIRB2025-0985
Fecha Tuesday, March 25, 2025

Michael A. Alcántara-Minaya, MD
Coordinador Comité de Ética
Vicerrectoría de Investigación e Innovación
Universidad Iberoamericana (UNIBE)



