

República Dominicana
UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA
(UNIBE)



Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela de Medicina

**Trabajo Profesional Final para optar por el título de Master en Medicina Familiar y
comunitaria**

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL PERFIL DEL MÉDICO FAMILIAR EN LOS RESIDENTES
DEL HOSPITAL DR. FÉLIX MARÍA GÓICO EN EL PERIODO MARZO -ABRIL 2022.

Realizado por:

Dra. Yhomira Celeste Montaña Delgado **19-1055**

Dr. Dariel González García **19-1088**

Asesorado por:

Dr. Ángel S. Campusano Michel

Dr. Mariano A. Polanco Fernández

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

Santo Domingo, Distrito Nacional
14 Junio 2022

TABLA DE CONTENIDO

| | |
|---|----|
| INTRODUCCIÓN | 1 |
| CAPÍTULO 1: EL PROBLEMA | |
| 1.1 El planteamiento del Problema | 2 |
| 1.2 Preguntas de Investigación | 3 |
| 1.3 Objetivos del Estudio: General y Específicos | 3 |
| 1.4 Justificación | 4 |
| CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO | |
| 2.1 Antecedentes y Referencias | 5 |
| 2.2 Marco Conceptual | 9 |
| 2.2.1 Familia | 9 |
| 2.2.2 Perfil Profesional | 9 |
| 2.2.3 Medicina Familiar | 9 |
| 2.2.4 Atención Primaria en salud | 10 |
| 2.2.5 Residente | 10 |
| 2.3 Contextualización | 11 |
| 2.3.1 Reseña Institucional | 11 |
| 2.3.1.1 Historia Hospital Dr. Félix María Góico | 11 |
| 2.3.2 Portafolio de productos y servicios | 12 |
| 2.3.3 Egresados Residencia de Medicina Familiar | 13 |
| 2.4 Marco Teórico | 14 |
| 2.4.1 Historia de la Medicina Familiar | 14 |
| 2.4.2 Medicina Familiar en América Latina | 17 |
| 2.4.3 Medicina Familiar en República Dominicana | 18 |
| 2.4.4 Descripción del programa de residencia de medicina Familiar y Comunitaria | 19 |
| 2.4.5 Características de la Medicina Familiar | 21 |
| 2.4.6 Perfil del Médico Familiar | 21 |
| 2.4.6.1 Gestión en la atención primaria | 22 |
| 2.4.6.2 Área de atención al individuo | 23 |
| 2.4.6.3 Área de atención a la familia | 24 |
| 2.4.6.4 Área de atención a la comunidad | 24 |
| 2.4.6.5 Área de docencia e investigación | 25 |

CAPÍTULO 3: DISEÑO METODOLÓGICO

| | |
|---|----|
| 3.1 Contexto----- | 27 |
| 3.2 Modalidades de Trabajo Final----- | 27 |
| 3.3 Tipo de estudio----- | 27 |
| 3.4 Variables y su operacionalizacion----- | 28 |
| 3.5 Métodos y Técnicas de investigación----- | 29 |
| 3.6 Instrumentos de Recolección de datos----- | 29 |
| 3.7 Consideraciones éticas----- | 29 |
| 3.8 Selección de Población y Muestra----- | 29 |

CAPITULO 4: RESULTADOS

| | |
|---|----|
| Grafico 1: Nivel de conocimiento sobre el perfil profesional del médico familiar----- | 30 |
| Grafico 2: Porcentaje de residentes que cursaron la asignatura medicina familiar en pregrado ----- | 31 |
| Grafico 3: Relación entre la asignatura de Medicina Familiar y el nivel de conocimiento ----- | 32 |
| Grafico 4: Relación entre especialidad y nivel de conocimiento----- | 33 |
| Grafico 5: Nivel de conocimiento en residentes de Medicina Interna ----- | 34 |
| Grafico 6: Nivel de conocimiento en residentes de Cirugía General----- | 35 |
| Grafico 7: Nivel de conocimiento en residentes de Anestesiología----- | 36 |
| Grafico 8: Relación entre el año de residencia cursado y nivel de conocimiento ----- | 37 |
| Grafico 9: Característica más conocida y menos conocida por los Residentes ----- | 38 |
| Grafico 10: Característica más conocida y menos conocida por Residentes de Medicina Interna----- | 39 |
| Grafico 11: Característica más conocida y menos conocida por Residentes de Cirugía General----- | 40 |
| Grafico 12: Característica más conocida y menos conocida por los Residentes de Anestesiología----- | 41 |
| Grafico 13: Característica más conocida y menos conocida por los Residentes de Medicina Familiar----- | 42 |
| Grafico 14: Percepción de los residentes de su nivel de conocimiento sobre el perfil del médico familia----- | 43 |

| | |
|---|---------|
| CAPÍTULO 5: DISCUSIÓN | -----44 |
| CAPÍTULO 6: RECOMENDACIONES | -----46 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS | -----47 |
| ANEXOS | |
| Consentimiento Informado | -----49 |
| Cuestionario Perfil del Médico Familiar | -----50 |

Agradecimiento

Dr. Dariel González García

En paz (Artifex vitae, artifex sui.)

Muy cerca de mi ocaso, yo te bendigo vida, Porque nunca me diste ni esperanza fallida, ni trabajo injusto, ni pena inmerecida; Porque veo al final de mi rudo camino que yo fui el arquitecto de mi propio destino; que si extraje las mieles o la hiel de las cosas, fue porque en ellas puse hiel o mieles sabrosas: cuándo planté rosales, coseche siempre rosa. Cierto, a mis lozanías va a seguir el invierno: ¡más tú no me dijiste que mayo fuese eterno! Hallé sin duda largas las noches de mis penas; más no me prometiste tan solo noches buenas; y en cambio tuve algunas santamente serenas... Amé, fui amado, el sol acarició mi faz. ¡Vida, nada me debes! ¡Vida, estamos en paz! *Amado Nervo Poeta (1870-1919)* En agradecimiento a :

A Dios.

Al Hospital docente Dr. Félix maría Góico.

Al departamento de enseñanza e investigación.

A la coordinación de la residencia de medicina familiar.

A la universidad iberoamericana (UNIBE)

A mi esposa, Rosa María Román Jiménez.

A mis hijas, Alexa González Tejeda, Dannaira González Román,

A mi madre, Amparo Altagracia García Vásquez.

A mi padre, Hilario Abreu Rosa.

A mis compañeras,

Dra. Yhomira Celeste Montaña Delgado,

Dra. Maritza Martínez Martínez,

Dra. Rosmery Castillo Aquino,

Dra. Lucrecia Campusano Ovalles.

A mi persona, Dr. Dariel González García.

Agradecimientos

Dra. Yhomira Celeste Montaña Delgado

Le agradezco a Dios, por ser mi padre celestial, mi guía, mi consuelo en las dificultades, mi confortador, mi amigo y mi confidente en todo este camino recorrido, porque su misericordia me ha permitido llegar hasta aquí y ha guardado mi vida, muchas gracias a Dios porque esta meta alcanzada es para gloria de su nombre.

A mi esposo, Jesús Alberto Berroa Montaña por estar ahí en todo momento para mí, por ser mi sostén y refugio en los momentos difíciles. A mi hijo Gael Nicolás Berroa Montaña, por brindarme felicidad permanente cada día de mi vida, y ser la motivación que me impulsa a ser mejor como persona, como madre y como profesional.

Gracias a mis padres Juan E. Montaña y Servia Delgado por su apoyo, su dedicación, su entrega, sus sacrificios y esfuerzos hacia mí, por ser mi sostén y mi inspiración de superación, por instruirme en valores, por su amor incondicional. Gracias a mis hermanos por su apoyo constante durante mi formación académica. Gracias a mis familiares y amigos que me han apoyado y orado por mí.

Al Hospital docente Dr. Félix María Góico, departamento de enseñanza e investigación, la coordinación de la residencia de medicina familiar y a la universidad iberoamericana (UNIBE) gracias por abrirme sus puertas. A nuestros asesores contenido y metodológico de la presente investigación Dr. Mariano A. Polanco Fernández y Dr. Ángel S. Campusano Michel. A mis compañeros de residencia Dr. Dariel González García, Dra. Maritza Martínez Martínez, Dra. Rosmery Castillo Aquino, Dra. Lucrecia Campusano Ovalles.

Resumen

Nivel de conocimiento sobre el perfil del médico familiar en los residentes del Hospital Dr. Félix María Góico en el periodo Marzo -Abril 2022.

Autores: Yhomira Montaña, Daríel González *

Asesor: Dr. Mariano Polanco**

INTRODUCCIÓN: La práctica clínica del médico especialista en medicina familiar se caracteriza por tres elementos: la integración de aspectos biológicos, psicológicos y sociales que participan en el proceso salud-enfermedad, la anticipación al daño con un enfoque preventivo y la continuidad de la atención. **OBJETIVOS:** Identificar el nivel de conocimiento sobre el perfil del médico familiar en los residentes del Hospital Dr. Félix María Góico. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Esta investigación es de carácter prospectivo, descriptivo y de corte transversal, teniendo como objetivo el nivel de conocimiento sobre el perfil del médico familiar en los residentes del Hospital Dr. Félix María Góico. Se aplicó una encuesta dirigida a una muestra de 69 residentes del Hospital **RESULTADOS:** El 54 por ciento de los residentes presenta un nivel de conocimiento inadecuado sobre el perfil del médico familiar y el 31 por ciento de los residentes presenta un nivel de conocimiento adecuado. **CONCLUSIÓN:** Mediante esta investigación se pudo determinar que el nivel de conocimiento sobre el perfil del médico familiar entre los residente del hospital Dr. Félix María Góico es inadecuado.

Palabras claves: Nivel de conocimiento, perfil, Médico Familiar, Residente.

*Médicos Residentes de tercer año de la especialidad de Medicina Familiar Y Comunitaria

**Master en Salud Publica mención Epidemiología y Gerencia de Centros de Salud, Docente Universitario, Asesor de tesis.

Summary

Level of knowledge about the profile of the family doctor in the residents of the Dr. Félix María Góico Hospital in the period March-April 2022.

Authors: Yhomira Montaña, Daríel González *

Advisor: Dr. Mariano Polanco**

INTRODUCTION: The clinical practice of the specialist in family medicine is characterized by three elements: the integration of biological, psychological and social aspects that participate in the health-disease process, the anticipation of damage with a preventive approach and the continuity of care. **OBJECTIVES:** To identify the level of knowledge about the profile of the family doctor in the residents of the Hospital Dr. Félix María Góico. **MATERIALS AND METHODS:** This research is prospective, descriptive and cross-sectional, aiming at the level of knowledge about the profile of the family doctor in the residents of the Hospital Dr. Félix María Góico. A survey was applied to a sample of 69 residents of the Hospital. **RESULTS:** 54 percent of residents have an inadequate level of knowledge about the profile of the family doctor and 31 percent of residents have an adequate level of knowledge. **CONCLUSION:** Through this research it was possible to determine that the level of knowledge about the profile of the family doctor among the residents of the Dr. Félix María Góico hospital is inadequate.

Keywords: Level of knowledge, profile, Family Physician, Resident.

*Resident Physicians of the third year of the specialty of Family and Community Medicine

**Master in Public Health mention Epidemiology and Management of Health Centers, University Professor, Thesis Advisor.

Introducción

Nivel De Conocimiento Sobre El Perfil Del Médico Familiar En Los Residentes Del Hospital Dr. Félix María Góico En El Periodo Marzo -Abril 2022.

El perfil profesional es un término que se usa con un significado poco preciso. Se emplea en el discurso académico y constituye un componente ineludible y sustantivo de planes de estudio y de aspectos vinculados con el ambiente laboral. La competencia profesional del médico familiar se sustenta en la integración de conocimientos, habilidades actitudes y valores, que mediante el razonamiento clínico y juicio crítico acertado, de conformidad con el estado actual del avance científico, aplica para la solución eficiente de los problemas de salud, individuales y colectivos de la sociedad. (1)

La práctica clínica del médico especialista en medicina familiar se caracteriza por tres elementos: la integración de aspectos biológicos, psicológicos y sociales que participan en el proceso salud-enfermedad, la anticipación al daño con un enfoque preventivo y la continuidad de la atención. Para lograrlos, debe desarrollar y aplicar las habilidades del enfoque sistémico y visión holística de los tres elementos mencionados. (1)

Una de las problemáticas actuales en cuanto al desarrollo laboral de los médicos familiares es el desconocimiento de sus roles por partes de otros especialistas, residentes, estudiantes de medicina, personal de salud y la población en general; por lo que por medio de esta investigación se busca clasificar el nivel de conocimiento sobre el perfil del médico familiar que tienen los residentes del Hospital Dr. Félix María Góico según su especialidad, y determinar si existe relación entre haber tomado la asignatura de Medicina Familiar en pregrado y el nivel de conocimiento de los residentes.

1. Planteamiento del problema

El médico especialista en medicina familiar es el profesional de la salud con los conocimientos, habilidades, actitudes y valores, entendidos como competencias profesionales, para otorgar atención médica en el ámbito asistencial tanto a individuos como a sus familias en un contexto comunitario. Sus áreas de desempeño incluyen el trabajo clínico, docente, de investigación y administración médica. (1)

La falta de empatía en residentes de medicina familiar para el abordaje médico familiar está mayormente ligado al desconocimiento de los elementos de estudio y atención en el trabajo con familias por causas como son: la falta de formación desde el pregrado en la materia de medicina familiar, falta de modelos médico familiares y baja aptitud clínica en enfoque familiar por la carencia de una práctica cotidiana en la atención integral-familiar en las áreas donde se forman, aunado a la percepción negativa de estudiantes y otros especialistas sobre la especialidad. (2)

Hoy en día, el personal médico y paramédico desconoce los roles del médico familiar, en ocasiones consideran a los médicos familiares como médicos generales y se les niega la condición de especialista, por ignorancia; Esto conlleva a que las consultas de otros médicos especialistas de un centro de salud de segundo y tercer nivel se mantengan sobrecargadas de pacientes con patologías que podrían ser tratadas en un primer nivel de salud. El desconocimiento de esta especialidad por los otros actores del sector, incluidos los mismos pacientes, influye en la disponibilidad de empleo y en la calidad de ingresos de los médicos familiares (3)

De igual manera, existe desconocimiento sobre las funciones del especialista de medicina familiar en algunos médicos recién graduados, quienes durante su formación de pregrado recibieron poca o nula información sobre la especialidad en medicina familiar, esto es debido a la carencia por parte de algunas facultades de medicina de un plan de estudios en medicina familiar y cuyo factor influye al momento de elegir la medicina familiar como especialidad. Algunos especialistas llegan a la conclusión de que la medicina familiar es escogida por médicos que no tuvieron otra opción profesional, sin embargo, modificar el punto de vista de los profesionales de la salud, en especial médicos generales que deciden realizar medicina familiar, mediante el conocimiento de los roles del médico familiar podría generar un mejor desempeño laboral y como residente, lo que permitiría una mejor aceptación de los residentes y especialistas de otras ramas de la medicina.(4)

Por otro lado, son múltiples las quejas de los especialistas de medicina familiar y Comunitaria durante la consulta en el hospital Dr. Félix María Góico acerca de cómo el personal administrativo y de salud ignoran las funciones de la especialidad y se le asignan roles que no le corresponden.

El conocimiento sobre el perfil profesional del médico familiar en los residentes del hospital Dr. Félix María Góico es motivo de investigación debido a que los médicos residentes precisan conocer las áreas de trabajo y el perfil profesional del médico familiar, pues de esto dependerá que la atención primaria en salud pueda establecerse por completo en el país, ya que los pacientes serian guiados al nivel de salud que les corresponde, hacia el especialista que puede responder a su necesidad de salud, disminuyendo el flujo de paciente en los demás niveles de salud, y optimizando el tiempo de consulta que los demás especialistas dedican a sus pacientes. El presente estudio busca conocer cuál es el nivel de conocimiento de los residentes de del Hospital Félix María Góico acerca del perfil profesional del médico familiar en el periodo Marzo -Abril 2022, Santo Domingo R.D.

1.1 Preguntas de Investigación

- 1.Cuál es la relación entre el año de residencia cursado de los residentes del Hospital Dr. Félix María Góico y su nivel de conocimiento sobre el perfil del médico familiar ?
2. En que clasificación esta nivel de conocimiento sobre el perfil del médico familiar que tienen los residentes del Hospital Dr. Félix María Góico según su especialidad ?
3. Existe alguna relación entre haber cursado la asignatura de medicina familiar durante el pregrado y nivel de conocimiento sobre el perfil del médico familiar?

1.2 Objetivo General

Identificar el nivel de conocimiento sobre el perfil del médico familiar en los residentes del Hospital Dr. Félix María Góico en el periodo Marzo -Abril 2022.

1.3 Objetivos específicos

1. Determinar cuál es la característica del perfil profesional del médico familiar más conocida y menos conocida por los Residentes del Hospital.
2. Señalar la relación que existe en haber cursado la asignatura de medicina familiar en la universidad durante el pregrado con mayor nivel de conocimiento sobre el perfil profesional del médico familiar.
3. Examinar la relación que existe entre la especialidad de los residentes del hospital y el nivel de conocimiento que tienen sobre el perfil profesional del médico familiar.
4. Identificar la relación que existe entre el año de residencia cursado con el nivel de conocimiento sobre el perfil profesional del médico Familiar.
5. Especificar la cantidad de residentes que tiene un conocimiento adecuado sobre el perfil profesional del médico familiar.

Nivel de conocimiento sobre el perfil del médico familiar en los residentes del Hospital Dr. Félix María Góico en el periodo Marzo -Abril 2022.

1.3 Justificación

Teniendo un conocimiento adecuado del perfil del médico de familia, los pacientes con enfermedades propias de un primer nivel podrían ser evaluados por un médico familiar sin necesidad de acudir a otro nivel de salud, contribuyendo así al auge de la atención primaria y a la optimización de recursos y tiempo de consulta. De igual manera conocer las funciones del médico familiar mejoraría la calidad del servicio brindado en el hospital y el paciente sería guiado de manera correcta hacia el especialista que pueda solucionar su situación de salud.

Luego de una revisión exhaustiva en la literatura mundial, hemos visto que el tema ha sido discutido ampliamente, sin embargo, el nivel de conocimiento sobre el perfil del médico familiar en los residentes aún no se ha estudiado. Sufrimos una escasez de esta literatura en nuestro país. Por medio de esta investigación se beneficiarían en primer lugar los pacientes, ya que minimizarían sus esfuerzos físicos y económicos al ser asistidos por un profesional que puede resolver el 80 por ciento de sus situaciones de salud, y que será capaz de determinar si necesitara o no la intervención de otro especialista, optimizando su tiempo y esfuerzo. Favorecería las consultas de los demás especialistas al disminuir el flujo de pacientes que llegan a su consulta. Mejoraría la perspectiva de los estudiantes de medicina sobre la especialidad de medicina familiar y comunitaria, así como podría influenciar en su elección al momento de elegir una residencia. (2)

La no realización de la investigación no se podría promover y extender el conocimiento del perfil del médico familiar y sus roles en atención primaria. Aumentaría el flujo de las consultas de los especialistas con pacientes que presentan patologías propias de un primer nivel, ya que el paciente o el especialista desconocen del rol que puede jugar el médico familiar. No se motivaría a médicos generales a escoger esta especialidad y no se incentivaría a las universidades que imparten la carrera de medicina a incluir en su pensum la asignatura de Medicina Familiar y Comunitaria. Además persistiría el problema de atribuir roles que no le corresponden al médico familiar durante su consulta.

2. Marco Teórico

2.1 Antecedentes

En un artículo publicado por Francisco Javier F. Gómez Clavelina y colaboradores, en la Revista Investigación en Educación Médica titulado: Construcción del perfil profesional del médico familiar en México concibe el perfil profesional como el conjunto de rasgos y capacidades que, certificadas apropiadamente por quien tiene la competencia jurídica para ello, permiten que alguien sea reconocido por la sociedad como tal profesional, pudiéndole encomendar tareas para las que debe estar capacitado y ser competente.(1)

En un estudio realizado por Raul F. Gutierrez Herrera y colaboradores, Análisis sobre elementos de contenido en medicina Familiar para la identidad profesional del médico familiar en la universidad autónoma de Nuevo León; Monterrey, México, se determinó que el médico familiar es el especialista en Familia. Su código deontológico se sustenta en los 9 principios filosóficos y la atención sostenida sobre los 4 pilares (integral, continua, preventiva, y comunitaria) de la medicina familiar. La atención puede iniciar en un ambiente virtual, desempeñarse desde el domicilio del paciente o en los diferentes niveles de atención con su respectivo nivel de complejidad. El médico de familia utiliza una metodología de trabajo colaborativo con el paciente y sus familias que consiste en la integración y aplicación de habilidades conceptuales, perceptuales y ejecutivas, durante el proceso salud enfermedad por la necesidad de resolución problemas individuo familiares; para reestablecer la salud familiar y por lo tanto contribuir al equilibrio de la sociedad. (2)

Según el Tratado de Medicina Familiar y Comunitaria el objeto de conocimiento del especialista en Medicina Familiar y Comunitaria se encuentra en la persona como un todo, sin fragmentación entre lo físico, lo psíquico y lo social, e integrado en el entorno familiar y social. El médico de Familia debe tener una serie de competencias que deben permitirle asumir las demandas y responsabilidades que el sistema sanitario le requiere como profesional sanitario más cercano a las personas. Dentro de estas competencias están las competencias esenciales como la comunicación, el razonamiento clínico y la gestión de la atención. Existen otras competencias como atención al individuo, atención a la familia, atención a la comunidad, y formación, docencia e investigación. (5)

En un estudio realizado por Pascual De la Cruz-Florencio y colaboradores, La Medicina Familiar como especialidad médica: percepción de otros especialistas, realizado en el Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, Almoloya de Juárez. Se identificaron 3 factores acerca de la percepción de otros especialistas acerca de la especialidad de medicina familiar; el primer factor fue que la mayoría de los médicos no tuvo contacto con la Medicina Familiar durante el pregrado; el

segundo factor es que la mayoría de los médicos pensaba que el médico familiar se dedicaba a la medicina preventiva; y el tercer factor es que a ninguno de los entrevistados les hubiera gustado especializarse en Medicina Familiar. (4) Es prioritario focalizar los esfuerzos en el pregrado y en los recién egresados identificando personas con intereses en la Atención Primaria en Salud a los cuales se los apoye integralmente en la elección de la especialidad. Esta estrategia en el corto plazo podría aumentar significativamente la tasa de postulación y disminuir los cupos no tomados. (6)

En un artículo realizado por Romero-Albino y colaboradores, titulado Medicina Familiar y Comunitaria en el Perú: 30 años de la especialidad en personas, familias y comunidades , afirma que la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria es la especialidad médica efectora de la atención primaria en salud y necesaria para el logro de mejores resultados sanitarios, a través de atributos clave como integralidad, longitudinalidad, primer contacto y coordinación. En el mismo tenor el artículo expone las características de un especialista de medicina familiar y comunitaria como el cuidado de las personas en el ámbito de la comunidad, el enfoque integral por excelencia en el plano biopsicosocial, enfoque en gestión, la atención a lo largo de la vida y el uso de mínima cantidad de procedimientos. (7)

Según un artículo realizado por R. González Calbano A y colaboradores, titulado Expansión de la medicina familiar en América Latina: desafíos y líneas de acción (2018) Estudios realizados en estudiantes de medicina de los últimos años muestran que éstos no consideran una carrera como especialistas en Medicina Familiar y comunitaria. En distintos estudios las principales razones referidas para elegir una especialidad fueron la renta económica, el tiempo libre, la afinidad, y la influencia de los profesores. Además, la percepción de que otras especialidades tienen más prestigio contribuye a la menor consideración de la Medicina Familiar y Comunitaria por parte de los estudiantes (8)

Según el libro Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria de Adolfo Rubinstein en su acápite bases y fundamentos de la práctica de la medicina familiar, afirman que no existe un modelo estándar del médico de familia ya que su práctica variara según el contexto donde el médico desarrolle su ejercicio profesional. De manera que su práctica dependerá del tipo población a su cargo, la situación socioeconómica de la misma, y la disponibilidad de otros servicios de atención primaria, secundaria y terciaria. (9)

Según el artículo titulado "La Medicina Familiar y Comunitaria en Uruguay de 1997 a 2019: ¿cuántos kilómetros faltarán para llegar al pueblo aquel?" menciona un breve estudio exploratorio realizado en el mes de agosto de 2019 donde se realizaron entrevistas breves a distancia a residentes, docentes y otros referentes de la medicina familiar y comunitaria; y a estudiantes avanzados de medicina y

residentes de otras especialidades. Se indagó en su visión de los motivos de este descenso en la aspiración a la residencia de medicina familiar y comunitaria. De los resultados surge, de modo no concluyente que algunos de los aspectos involucrados serían el bajo prestigio de la especialidad (“estatus del hospital”), el escaso conocimiento de la especialidad por parte de estudiantes y de la población, las condiciones de trabajo adversas: sobrecarga laboral y emocional, puestos de trabajo en contextos sociales complejos y remuneración baja comparativamente con otras especialidades. (10)

El Perfil del Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria: Profesionales capaces de generar, crear, innovar propuestas con suficiente base científica y epidemiológica en donde laboren; y que al mismo tiempo puedan participar en las transformaciones sociales y económicas que requiere el país, teniendo en mente como orientación fundamental la familia y los procesos de desarrollo comunitarios en el enfoque de la Atención Primaria en Salud. El Perfil ocupacional del Especialista en Salud Familiar y Comunitaria: Son profesionales de las áreas social, técnica, administrativa y legal, que actúan en la puerta de entrada del Sistema de Salud y sus Redes, fortaleciendo el trabajo transdisciplinarios y los modelos de investigación-acción participativa y comunitaria. Su actitud será proactiva, respetuosa de las construcciones sucesivas y de los contextos socioeconómicos, culturales y políticos dentro de los que se mueven los procesos de salud y enfermedad. Será competente para trabajar en equipo, contribuir a la gerencia del cambio, al liderazgo transformativo, a la comunicación organizada y a la organización para la comunicación. (3)

Es importante que los especialistas en Medicina Familiar discutan los diferentes roles que tienen dentro del sistema y planteen su postura ante las partes interesadas, como el Ministerio de Salud y Protección Social, los entes territoriales, las empresas promotoras de salud (EPS) e instituciones prestadoras de salud (IPS), con el fin de posicionarse adecuadamente en la implementación del modelo integral de atención en salud. Uno de los principales problemas percibidos por los médicos familiares para su ejercicio profesional en Colombia están relacionados a aspectos de desconocimiento del perfil del especialista en Medicina Familiar por parte de los diferentes actores del sistema de salud, incluyendo a los aseguradores, los prestadores, otros profesionales, la comunidad académica y los entes gubernamentales. Esto lleva a una valoración negativa o pobre del perfil profesional y las capacidades del especialista en medicina familiar, con una tergiversación de su papel en el sistema de salud como reemplazo de otras especialidades, o a no ser tenido en cuenta como especialista en el equipo de salud. (11)

Dentro de las propuestas conjuntas que mejoren las condiciones laborales de los médicos familiares esta definir el papel del médico familiar por parte de los mismos médicos familiares, desde la

agremiación o las universidades, se debe mejorar la definición del papel del médico familiar. Se propone que las universidades adopten un papel más activo en la apertura de centros de práctica en donde exista la consulta de medicina familiar, con lo que se puede, por una parte, dar a conocer la especialidad y un modelo de atención primaria, y, por otra parte, se pueden abrir puestos de trabajo para docentes y, a medida que aumente su tamaño, pueden ser fuente de empleo para los médicos familiares en el área asistencial. (3)

Se considera que la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria es idónea para realizar las intervenciones médicas necesarias en el contexto de la Atención Primaria en Salud, debido a que esta especialidad se encarga del cuidado de la salud del individuo, su familia y su comunidad. Además, permite una medicina de primer contacto, integral, continua y personalizada, como lo busca el nuevo modelo de salud. (12)

Los productos de esta publicación exhortan a los tomadores de decisiones en el ámbito de la salud y educación a ampliar su comprensión acerca de los alcances de la Medicina Familiar como especialidad, así como del origen de los problemas de salud que se enfrentan en el primer nivel de atención. Esa será la base para construir reformas y políticas educativas y de salud consistentes, en las que se observe que tanto la infraestructura como los recursos destinados al primer nivel de atención, como la formación de especialistas en Medicina Familiar, sean coherentes para el modelo de salud que se practica. (13)

Un profesional de atención primaria, no es un profesional de segunda categoría, es la primera categoría que debe existir porque es la más amplia y es la que puede producir más impacto en los indicadores de morbilidad y mortalidad en una comunidad, una región, o país. La formación en medicina Familiar y atención primaria debe comenzar en el pregrado, por lo que se debe incluir a los ministerios de educación superior y a quien lleve la labor de rectoría, para sugerirle a las universidades que incluyan la atención primaria en salud y la medicina familiar como materias del pregrado.(14)

2.2 Marco Conceptual

2.2.1 Familia

La familia como unidad de análisis, desde la perspectiva médico-familiar, se define como “forma de organización grupal, intermedia entre el individuo y la sociedad , organizado como un sistema, constituido por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos ya sean consanguíneos, legales y/o de afinidad. La familia constituye, en su lado positivo, un recurso fundamental en el mantenimiento de la salud de sus componentes y también en el cuidado y la resolución de problemas cuando alguno de ellos enferma. Pero también, en su aspecto negativo, puede ser generadora de enfermedad y perpetuadora de síntomas, hábitos de vida inadecuados y conductas de salud erróneas. (2)

2.2.2 Perfil Profesional

El término de perfil profesional suele hacer referencia tanto al producto de una experiencia educativa como a las características que demanda y debe poseer un individuo. Se define el perfil profesional como una descripción de las características que se requieren del profesional para abarcar y solucionar las necesidades sociales. Se concibe el perfil profesional como el conjunto de rasgos y capacidades que, certificadas apropiadamente por quien tiene la competencia jurídica para ello, permiten que alguien sea reconocido por la sociedad como tal profesional, pudiéndole encomendar tareas para las que debe estar capacitado y ser competente. (1)

2.2.3 Medicina Familiar

Medicina Familiar es la especialidad médica que proporciona atención sanitaria continua e integral al individuo y a la familia. Es la especialidad que integra las ciencias biológicas, clínicas y de comportamiento. El ámbito de la medicina familiar abarca todas las edades, ambos sexos, cada uno de los sistemas orgánicos y todas las enfermedades. (15)

El médico de familia suele usar herramientas de abordaje diagnósticas y terapéuticas que son multidimensionales, tales como los diagnósticos multiaxiales, abordajes multidimensionales y enlace inter-niveles para abordar los distintos problemas de salud, generando conexión e integración de los demás integrantes de la familia con las estrategias propuestas desde la protección de su propia salud. Por ello, es importante que en el ejercicio profesional el médico familiar cuente con espacio para potenciar en los grupos de riesgo seleccionados, según la realidad local, que las intervenciones realizadas tengan el carácter de integralidad necesaria, para la recuperación o avance en la resolutiva

de los problemas existentes, considerando que muchas veces se tiende a atomizar las acciones y, en consecuencia, se pierde el impacto de las acciones emprendidas. (16)

La Medicina Familiar es una especialidad médica que no tiene génesis en el progreso de las ciencias médicas y tecnológicas. Resulta ser la consecuencia de una presión social que busca atender necesidades sociales urgentes, tanto a nivel comunitario, como para el Estado. La Medicina Familiar está basada en la Atención Primaria de la Salud (APS) como su campo de actividad principal y tiene un enfoque biopsicosocial para abordar la salud comunitaria e individual. Por este motivo se constituye en una especialidad transversal que la diferencia de las especialidades hospitalarias. (3)

2.2.4 Atención Primaria en salud

La atención primaria de salud, es definida como la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.(15)

2.2.5 Residente

Médico que sigue un programa de formación para conseguir una determinada especialidad clínica o quirúrgica, adquiriendo capacidades y responsabilidades de forma progresiva y acompañamiento tutelar (17)

2.3 Contextualización

2.3.1 Reseña Institucional

2.3.1.1 Historia

El Hospital Dr. Félix María Góico es un hospital de segundo nivel con internamiento. Fue inaugurado el 28 de Enero del año 2002. Desde su inicio se organizó por los médicos para médicos y administrativos de la policlínica zona C, la cual se encontraban en la proximidad del hospital, era una entidad del IDSS nacida con el fin de brindarles servicio de salud a los trabajadores de la lotería Nacional, Pero la oferta se extendió a toda la comunidad que circunda como Villa Consuelo, Villa Juana, Ensanche Luperón, Villas Agrícolas, y en los momentos actuales ha aumentado el flujo considerable de los pacientes. Todos los establecimientos proveedores de servicios de salud en la República Dominicana están regulados a través de las leyes: 42-01 Ley General de Salud, 87-01 que es la ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social y el Decreto No. 434-07 que pone en vigencia el Reglamento General de los Centros Especializados de Atención en Salud de las Redes Públicas de la República Dominicana. (18)

El Hospital Dr. Félix María Góico como institución prestadora de servicios de salud, tiene como normativa reguladora las leyes 42-01 y la 87-01 y de manera normativa regulatoria operativa el Reglamento General de los Centros Especializados de Atención en Salud de las Redes Públicas, así como una serie de instrumentos internos, como son: Protocolos de Actuación, Manual de Procesos, Normas y regulaciones de comportamiento del personal. La Ley 42-01, promulgada el 8 de marzo del 2001, y sus reglamentos establecen las bases para la organización del sistema nacional de salud. Tiene por objeto la regulación de todas las acciones que permiten al Estado hacer efectivo el derecho a la salud de la población, dominicana, reconocido en nuestra constitución. (19)

En dicha ley se establece que el Ministerio de salud pública y asistencia social (MISPAS) institución rectora y sus expresiones territoriales, locales y técnicas, es la encargada de aplicar, directamente o por medio de los organismos técnicos de su dependencia, las disposiciones de la ley, sus reglamentos y otras disposiciones legales. En el artículo 98 de la Ley 42-01, se establece que toda persona tiene derecho a servicios de salud de calidad óptima, en base a normas y criterios previamente establecidos y bajo supervisión periódica. Así mismo el párrafo 1 del artículo 100 de la ley 42-01, hace referencia a la habilitación de los establecimientos prestadores de servicios de salud "El MISPAS" (Ministerio de salud pública y asistencia social), en coordinación con las instituciones del sistema nacional de salud correspondientes, reglamentará por resolución la habilitación, funcionamiento y acreditación de los establecimientos de salud, y promoverá la garantía de calidad; la cual se llevará a cabo a través de la

evaluación de los establecimientos públicos y privados por normas y criterios mínimos obligatorios y de su personal”.(19)

La Ley 87-01 promulgada el 9 de Mayo del 2001, tiene por objeto establecer el Sistema Dominicano de Seguridad Social para regular y desarrollar los derechos y deberes recíprocos del Estado y de los ciudadanos en lo concerniente al financiamiento para la protección de la población contra los riesgos de vejez, discapacidad, cesantía por edad avanzada, sobrevivencia, enfermedad, maternidad, infancia y riesgos laborales. En relación a la normativa específica para los prestadores de servicios de salud, dicha ley establece en el Art. 163.- en referencia al Sistema de garantía de calidad y autorregulación que “De conformidad con la Ley General de Salud y con las disposiciones que adopte el Ministerio de salud Pública (MISPAS), en calidad de órgano rector del Sistema Nacional de Salud. (19)

Misión: Ofrecer servicios de salud especializados con equidad, solidaridad y trato humanizado; con el aval de una atención de calidad a los usuarios con el uso racional de los recursos, y con profesionales capacitados, con un alto compromiso de prevenir la mortalidad y la discapacidad. **(19)** Visión: Ser la institución de salud líder en la oferta de los servicios de salud, de referencia local y nacional, con recursos humanos fieles a la atención integral humanizada, la eficiencia, la eficacia y el respeto. Valores: trato humanizado, compromiso, respeto, calidad, honestidad, equidad, ética, seguridad Eficiencia, y Eficacia. (19)

Valores: equidad, solidaridad y universalidad de los servicios, sentido de innovación, vinculación y lealtad de los empleados con la organización, respeto hacia los valores éticos y la dignidad humana, y sensibilidad con los pacientes.

2.3.2 Portafolio de productos y servicios

El hospital Dr. Félix María Góico cuenta con servicios de Medicina Familiar, Medicina General Emergenciología, Internamiento, Medicina interna , Psiquiatría, Hematología Neumología, Cardiología, Infectología, Neurología, Nefrología, Neurología, Dermatología, Geriatria, Diabetologia, Nutrición y Dietética, Reumatología ,Alergología, Oncología, Gastroenterología y endoscopia y colonoscopia, ,Endocrinología ,Unidad Cuidados Intensivos ,Psicología, Cirugía General, cirugía vascular periférica ,Cirugía Plástica y Reconstructiva, Traumatología y Ortopedia, Cirugía de mano, Cirugía Pediátrica . Servicios de Pediatría general, Neumología pediátrica, Endocrinología Pediátrica. Servicios de Imágenes Médicas: ecocardiografía, sonografía, Doppler arterial y venoso, radiografías. Servicios de Odontología y Cirugía bucomaxilofacial. (19)

2.3.3 Egresados Medicina Familiar Hospital Dr. Félix María Góico

La residencia de Medicina Familiar y Comunitaria consta de 20 egresados los que actualmente desarrollan los siguientes cargos en el área laboral: Directora de unidad de atención primaria Y Hospital de segundo nivel, Médicos en consulta de Medicina Familiar, subdirector y asistente del director del Hospital Dr. Félix María Góico. De igual manera se encuentran insertados como supervisores y médicos de consulta en el Sistema Nacional de Salud (SNS).

2.4 Marco Teórico

2.4.1 Historia De la Medicina Familiar

La Medicina Familiar y Comunitaria tiene sus orígenes en la Medicina General, la cual desde el siglo XIX y hasta las primeras décadas del siglo XX, cumplió un rol en la asistencia sanitaria en las comunidades, especialmente en la dimensión local y de vecindario. En un principio se conoció como Medicina de Familia. En el periodo de la revolución francesa y la revolución industrial, a finales del siglo XIX, el médico de cabecera era un profesional de alta calificación en medicina que llegó a ocuparse de los problemas de la salud de las familias y tenía un lugar especial en la sociedad que le permitió enfrentar problemas educativos, matrimoniales y de la propia dinámica de la familia y su entorno. (3)

Al hacer un recuento de eventos sustanciales que dieron origen a la especialidad de medicina familiar y comunitaria, destaca el periodo comprendido entre la Revolución Francesa y la Revolución Industrial, cuando surgió el término “médico de cabecera”, considerado como aquel profesional que realizaba la atención en el domicilio y se situaba en la cabecera de la cama del paciente. En el siglo XX, William Osler fundó las bases de la educación médica del siglo XIX, trayendo consigo el estudio de la relación médico-paciente. En esta época ya se podía identificar tres grandes influencias para la creación de la medicina familiar: la medicina social y humanista, la medicina científica y académica y la atención primaria como ámbito de actuación. (7)

En el año 1966, Ian Mcwhinney, propuso la especialización en Medicina Familiar, con el fin de satisfacer la necesidad de integrar la atención sanitaria, desde una perspectiva centrada en el paciente, y complementar las actuaciones del modelo biomédico ya establecido (4). Posteriormente, la especialización en Medicina Familiar adoptó como enfoque de implementación, el modelo holístico de Laframboise- Lalonde (1973), el modelo biopsicosocial de George Engel (1977), y la estrategia de Atención Primaria, propuesta por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) por sus siglas en inglés, en la declaración de Alma-Ata (1978). (15)

Desde los años 40 y, particularmente en Canadá se restablece la importancia de impulsar modelos de médicos de familia. En Estados Unidos, en 1966, esta área se llamó Medicina Familiar, una especialidad que no existía. Es en 1969, con la Fundación del American Board of Family Practice, y la creación de cupos de residentes para recibir formación como Médicos de Familia, cuando se tiene el inicio formal de ésta especialidad; y en 1969 se aprobó esta Especialización en Estados Unidos, y además se instituyeron programas educativos de Postgrado. En el año 1970, se realiza la cuarta

Conferencia Mundial de Médicos Generales en Chicago, y se organiza la WONCA (Organización Mundial de colegios, Academias y Asociaciones Generales – Médicos de Familia). (3)

En la década de los años 60 y 70 se pone de manifiesto en varios países la disconformidad de la sociedad con una medicina con escasa valoración de la dimensión humana, ejercida por especialistas, muy tecnológica y ofrecida en hospitales y centros complejos con un coste y consumo de recursos que ponía en entredicho la sostenibilidad de los cuidados sanitarios. (3)

La concientización de la generación del médico familiar en América Latina y el Caribe se da en los años setenta, una vez que la Conferencia de Alma-Ata contribuyó a impulsar la necesidad de un nuevo modelo de Atención Primaria, accesible, equitativa, integral, con énfasis en aspectos preventivos y de promoción de la salud, puesta al servicio de los ciudadanos y la comunidad. Esto produce un importante estímulo para iniciar la formación de Postgrado en Medicina Familiar, en países latinoamericanos como México, Costa Rica, Colombia, Brasil, Bolivia, Ecuador y Venezuela. en varios países la disconformidad de la sociedad con una medicina con escasa valoración de la dimensión humana, ejercida por especialistas, muy tecnológica y ofrecida en hospitales y centros complejos con un coste y consumo de recursos que ponía en entredicho la sostenibilidad de los cuidados sanitarios.(3)

La Medicina Familiar coincidió con la implementación de la estrategia de atención primaria de salud en algunos países; sin embargo, la Medicina Familiar surgió en la década de los 50's en Reino Unido y Canadá, en Estados Unidos se constituyó como la especialidad número 20 en 1969 y la Atención Primaria de Salud surgió en 1978 como una estrategia político-sanitaria para alcanzar un mejor nivel de salud en el mundo. (2)

Los primeros programas de especialización en Medicina Familiar y Comunitaria en América Latina se desarrollaron en México y Brasil en la década de los setenta. Estas experiencias iniciales se multiplicaron a partir de la Declaración de Alma-Ata, que proclamó la importancia fundamental y estratégica de la atención primaria de la salud (APS). Sin embargo, las reformas de los sistemas de salud encaradas en los últimos cuarenta años por los países de la Región de las Américas han tenido resultados limitados, contradictorios y hasta negativos en términos de equidad e indicadores sanitarios.(15)

La concepción focalizada y selectiva de la APS, sin redes asistenciales integradas con el nivel hospitalario, ha producido importantes desigualdades en el acceso a los servicios sanitarios y en la garantía del derecho a la salud. Actualmente, la Región presenta un déficit de profesionales sanitarios, con 1 a 2 médicos cada 1 000 habitantes y 3,5 centros de salud cada 100 000 habitantes, con una

amplia variabilidad en cuanto a su calidad, tamaño y tipo. El modelo de atención, predominantemente centrado en el hospital y orientado a la función curativa, asigna escasos recursos a la prevención. A excepción de Brasil, Uruguay y Costa Rica, los sistemas de financiamiento no están integrados. Sólo Cuba presenta un sistema único de salud, financiado totalmente con recursos estatales. En el resto de los países, la fragmentación en los modelos de financiamiento caracteriza a sus sistemas de salud, donde el aseguramiento y la cobertura se ofrecen mediante seguros públicos y privados, pero un considerable porcentaje de la población no está asegurada.(8)

En 2003 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) realizó una serie de recomendaciones tendientes a fortalecer la APS en el continente, e invitó a los Estados Miembros a recuperar los valores de Alma Ata: justicia social y el derecho a una mejor salud para todos, con participación y solidaridad. Respecto de la formación en Medicina Familiar Y Comunitaria, se recomendó orientar las políticas de recursos humanos para su contribución al desarrollo de la APS. A partir de este impulso, varios países aumentaron sus programas de especialización en Medicina Familiar y Comunitaria, con resultados dispares. En México, donde se estima que el sector público necesitará para 2030 más de 20 000 médicos de familia, el Instituto Mexicano de la Seguridad Social (IMSS) profundizó su modelo de atención basado en la APS y aumentó sus plazas ofertadas para Medicina Familiar y Comunitaria de 316 en 2001 a 1,136 en 2012, con gran éxito en la adjudicación de estas. Por el contrario, en Argentina el aumento de las plazas ofertadas no se correlacionó con una mayor adjudicación, por lo que el 60% de las plazas anuales quedaron vacantes. Una situación similar ocurre en Brasil. Un factor que probablemente influya en esta diferencia es que el IMSS absorbe a la mayoría de los médicos de familia que egresan de sus residencias. (8)

En septiembre de 1996, con el auspicio del gobierno argentino, OPS, CIMF y WONCA, tuvo lugar en Buenos Aires una conferencia regional de líderes y expertos de las Américas, sobre “La medicina familiar en la reforma de los servicios de salud”. Fue la continuación y tuvo similar orientación a la Conferencia de Ontario. Allí se aprobó la Declaración de Buenos Aires, cuyas recomendaciones más importantes siguen vigentes: Las escuelas y facultades de medicina deben implementar procesos de inserción de la medicina familiar dentro de los planes curriculares del pregrado, que permitan al alumno un contacto temprano, gradual y continuo con los principios universales y las modalidades de práctica de esta disciplina. Con base en sus características particulares, cada país debe desarrollar modelos integrales de atención a la salud, que permitan utilizar de manera óptima los principios y las ventajas de la práctica de la medicina familiar, convirtiéndola en la vía de entrada a los servicios de salud. (3)

A partir del 2005 y hasta el 2010, contando con el apoyo de encuestas y reuniones, se logró actualizar información en catorce países convocados de América Latina, para generar un ejercicio de ordenamiento y análisis que permitiesen ajustes a los logros no alcanzados por la Atención Primaria, y dentro de estas consideraciones, se planteó la importancia de renovar la APS y desarrollar Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS). Se da entonces un nuevo espacio para proponer la planificación de las Residencias Básicas y de Medicina Familiar y Comunitaria, como la base de la organización de la pirámide de formación de especialistas en cada país. Se produce la Declaración de Estambul, que plantea: La Salud: El primer Derecho Humano, firmada con la presencia de 142 países, en el Congreso Mundial de Salud Pública, entre el 27 de abril y el 1 de mayo de 2009. (3)

2.4.2 Medicina Familiar en América Latina

El futuro de la medicina familiar en América Latina depende de: decisiones políticas de salud, inserción universitaria, difusión del rol de los médicos de familia en el sistema y la sociedad, exposición de otros especialistas a los principios e instrumentos de la medicina familiar, reconversión de médicos que trabajan en atención primaria a médicos de familia, y fomento de la investigación en atención primaria/medicina familiar con formación de investigadores en este campo (3)

El rol del especialista en medicina familiar también es un punto de discusión amplio para Latinoamérica. En Cuba, tras una serie de pruebas para prestar servicios ambulatorios eficientes, pasaron por diferentes etapas como el policlínico integral, el policlínico comunitario y el policlínico del médico y la enfermera de familia. Solo hasta que consolidaron el recurso humano con el médico general integral (especialista en Medicina Familiar) y la enfermera de familia, lograron desarrollar a cabalidad la atención primaria. Hoy este modelo con el especialista en medicina familiar en la puerta de entrada, es la base de la prestación de servicios del sistema de salud cubano, que tiene indicadores de salud similares a los de países más desarrollados. (3)

En México, en un largo proceso de adopción de la medicina familiar que parte desde 1971, se ha requerido la implementación de programas alternos para lograr formar especialistas en medicina familiar en diferentes áreas del país, en un proceso que continúa en la década de 2010, en el cual el papel de puerta de entrada lo comparten médicos generales y especialistas en medicina familiar, pero estos últimos progresivamente han ido aumentando en número. Sin embargo, más allá de estos dos países, en Latinoamérica este rol de puerta de entrada no es plenamente reconocido para el especialista de medicina familiar. En Brasil, Paraguay y Costa Rica, se ha progresado en la implementación de modelos con equipos de salud de atención primaria bien definidos. Sin embargo, también se ha descrito la dificultad para ubicar este especialista en el sector público. (3)

En Brasil, de 33.000 unidades de salud de la familia, menos de 1.500 plazas las han ocupado especialistas en medicina familiar que prefieren prácticas privadas por falta de incentivos. En Paraguay, describen la preocupación por la disminución de las unidades de salud de la familia y el poco interés de los egresados por ocupar estas plazas. Por otro lado, esto ha sucedido también en Costa Rica, país en el que se describen dificultades para que el especialista en medicina familiar asuma el rol de puerta de entrada, por lo que inicialmente ocuparon más roles administrativos o docentes. En términos generales, sobre la percepción de apoyo gubernamental a la necesidad de especialistas en medicina familiar durante la reunión de la Cumbre Iberoamericana de Quito en 2014, los médicos familiares de Bolivia, Brasil, Chile, El Salvador, Panamá, Perú y Venezuela no sentían que sus gobiernos consideraran a la especialidad de Medicina Familiar como necesaria.(3)

2.4.3 Medicina Familiar en República Dominicana

En la República Dominicana la formación de Médicos de Familia como especialidad data del año 1981, bajo el programa creado por el Dr. Castillo Vargas, con la creación de una residencia que inicia en el Hospital Gautier del IDSS y luego trasladada al hospital Dr. Jaime Oliver Pino del Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS) en la ciudad de San Pedro de Macorís, avalada por la Universidad Central del Este. A pesar de tener aval universitario, no fue hasta el año 2002 cuando se realiza la primera graduación universitaria de sus egresados momento a partir del cual el programa adopta el apellido de y Comunitaria, siguiendo los lineamientos de la segunda escuela y primera del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS). (20)

En el mes de Julio del año 2000 surge una nueva residencia para la formación de médicos especialistas en Medicina Familiar, dependiendo del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS), con la autoría de las Dras.: Cándida Gil, Aidé Cuas, Rafaela Castillo, Aracelis Torres, Lucina Llaugel, Ysabel Díaz apoyada por el Dr. Francisco Soriano, Presidente de turno de la Sociedad Dominicana de medicina Familiar y Comunitaria (SODOMEFA), escuela ubicada en el Hospital Dr. Francisco Moscoso Puello. Este es el primer programa que surge con el título de “Medicina Familiar y Comunitaria”. En este programa ingresaron 10 médicos por vía de concurso, sin embargo, durante su desarrollo, el mismo presentó serios inconvenientes en relación al contenido y su inserción efectiva en el hospital, elementos que han sido superados, hoy existen tres tandas de consulta y la pre-emergencia a cargo de los médicos familiares. Ya siguiendo esta modalidad de Medicina Familiar y Comunitaria nace el tercer programa del país (primero a nivel privado), en el Hospital General de la Plaza de la Salud, año 2002, bajo la autoría del Dr. Mayobanex Torres, revisado y coordinado por las Dras.: Violeta González e Ysabel Díaz. Este programa representó un gran reto, debido a la alta complejidad del centro. (20)

En el año 2003 surgieron tres nuevos programas: uno en el Hospital Luís E. Aybar, Santo Domingo; uno en el Hospital Luís Morillo King, en la ciudad de La Vega, y otro en el Hospital San Vicente de Paúl, en San Francisco de Macorís. En los años subsecuentes se iniciaron los siguientes programas:

- Hospital Marcelino Vélez Santana (2004)
- Hospital San Pio XXIII, Santiago (2006)
- Hospital Central de la FFAA, Santo Domingo (2006)
- Hospital Seguro Médico de Maestros (SEMMA), Santo Domingo (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, Santo Domingo Oeste (2008)
- Hospital Félix María Goico, Santo Domingo (2013)

Este programa de especialización inicio en el Hospital General de la Plaza de la Salud en el año 2002 con el ingreso de 14 médicos generales. Actualmente cuenta con 9 cohortes y 75 egresados. Al principio el Plan de Estudios tenía una duración de tres años, y luego a partir del 2008 se incrementó a cuatro años de duración. La segunda escuela fue abierta en el Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana, en julio del 2004 con un programa de tres años y que luego se aumentó a cuatro en el 2008. Cuenta con 7 promociones y 49 egresados. En el Hospital Dr. Vinicio Calventi inició en el año 2008 y hasta la fecha tiene 3 promociones y 20 egresados. El último programa corresponde al Hospital Dr. Félix María Goico, desde julio del 2013. (20)

Como parte del proceso de evaluación del desarrollo del programa, realizado por el Ministerio de Salud y el Consejo Nacional de Residencias Médicas, se identificó la necesidad de revisar y adecuar el programa, tomándose la decisión de retomar el Programa Único de 3 años, cuyos contenidos responden a los requerimientos de salud de nuestro país, y los resultados son evidentes a través de los egresados. Además, permite la eficiencia de los recursos destinados a la formación de especialistas en la República Dominicana. Por otro lado, el tiempo de duración es igual al estándar internacional (entre 2 y 3 años). (20)

2.4.4 Descripción del Programa de Residencia de Medicina Familiar y Comunitaria

Los programas de formación especializada tienen como base fundamental crear una responsabilidad personal en los médicos en relación con el cuidado de los pacientes, en un ambiente clínico y educacional siempre supervisado, en donde se proveen las mejores oportunidades para el aprendizaje

de las variables del ser humano, tanto en salud como en enfermedad, sus aspectos biológicos, emocionales y sus problemas sociales. (20)

Estos programas de residencias, en sentido general, están estructurados para que los médicos participantes en ellos ejecuten rotaciones a través de las diferentes salas y servicios existentes, y además adquieran experiencias en las múltiples especialidades que existen dentro del programa. Durante la fase de formación a que es sometido el Residente, además de obtener los conocimientos y las habilidades necesarias para hacer una medicina práctica en la especialidad en estudio, éstos deben desarrollar, entre otras, las competencias para la enseñanza, ya sea para ser utilizadas en los próximos años con nuevos Residentes o para su utilidad futura en sus prácticas diarias con sus pacientes. (20)

La responsabilidad de proveer cuidado de salud a las familias es un concepto fundamental de los Especialistas de Medicina Familiar y Comunitaria. Por tanto, un programa de salud nacional en la perspectiva de la medicina del nuevo milenio debe tener su base de sustentación en la preparación y organización de la Medicina Familiar y Comunitaria. Esto se logrará con la estructuración de manera comprensiva y amplia de los Programas de especialidades en Medicina Familiar y Comunitaria, con un alcance que permita que el Médico Familiar asuma en el futuro la responsabilidad del cuidado completo de los individuos y la familia, tanto en su ambiente comunitario o ambulatorio como en los internamientos hospitalarios. (20)

El impacto de los problemas médicos con relación a otros aspectos de la vida y la familia deben ser enfocados con seriedad. Por esa razón, en este programa de formación se hará énfasis no solamente en los problemas médicos desde el punto de vista fisiológico o biológico, sino fundamentalmente en los aspectos culturales, sociales, éticos y de comportamiento, incluyendo además la parte económica y la dimensión humana de los pacientes. La formación y la experiencia que se adquirirá durante el desarrollo del programa de Medicina Familiar y Comunitaria permitirá que los egresados tengan un criterio claro y asuman cabalmente la responsabilidad a que conlleva la importancia del cuidado comprensivo, tanto desde el punto de vista médico como desde el punto de vista familiar. Uno de los propósitos fundamentales en la formación de los residentes, es desarrollar una actitud favorable al trabajo en armonía con otros miembros del equipo de cuidado de salud, para que al concluir treinta y seis (36) meses del programa de residencia, el egresado tenga una sólida experiencia en el manejo de prevención, detección y tratamiento de enfermedades, rehabilitación de los casos que lo ameriten, además de ser un conocedor cabal de los aspectos socio-económicos que conlleva la enfermedad y de la responsabilidad que como equipo deberán asumir en la relación con el paciente. (20)

2.4.5 Características de la Medicina Familiar

La medicina familiar es la más integral de las especialidades médicas, brindando atención a la población sin ningún tipo de exclusiones, siendo su objeto de estudio el proceso salud y enfermedad de la familia. Normalmente es el primer punto de contacto de los usuarios con el sistema de atención sanitaria. Proporciona acceso abierto e ilimitado y es responsable de proveer una continuidad longitudinal de la atención, de acuerdo con lo que determinen las necesidades del paciente y su entorno familiar. Se ocupa de todos los problemas de salud del individuo en sus dimensiones física, psicológica, social, cultural y existencial, independientemente de la edad, sexo u otra característica. Por lo anterior, trata simultáneamente problemas médicos agudos y crónicos de pacientes individuales, enfermedades que se presentan de forma indiferenciada en la fase inicial de su desarrollo y promueve la salud y el bienestar mediante intervenciones apropiadas y efectivas. (3)

En el contexto de la pedagogía transformadora holística se propone una integración de las áreas de la medicina, que clásicamente se tratan como elementos independientes- Se integran: binomio madre-hijo, la medicina en una visión familiar, la mujer en el contexto de cuidado integral, la concepción del enfoque de familia, el envejecimiento, etc. Todas estas concepciones apuntan hacia la construcción de hábitos saludables • Las personas formadas en la Medicina Familiar y Comunitaria se imbrican con una red de servicios, teniendo como punto de partida la APS, establecen así nexos con la intersectorialidad del sistema. (3)

2.4.6 Perfil del médico familiar

De los prestadores de salud, los especialistas en medicina familiar, además de otorgar atención médica centrada a la persona, tienen el deber de realizar un abordaje contextualizado a la familia para lograr la salud familiar. Sin embargo, en la actualidad los médicos familiares, se han enfocado al ejercicio de la especialidad como si fuera sinónimo de la estrategia de atención primaria y/o primer nivel de atención, siendo conceptos diferentes. La confusión conceptual entre la especialidad de Medicina Familiar y comunitaria y la estrategia político-sanitaria de atención primaria ha contribuido a la pérdida de identidad del médico familiar, pero a la vez es una gran fortaleza que le permite al médico familiar, a través de la atención primaria en salud, ser el especialista más solicitado para la resolución del 80% de los motivos de consulta en medicina. Han estado ejerciendo desde el modelo biomédico más que el biopsicosocial, por causas que incluyen los limitantes del mismo sistema laboral organizacional con gestión mecanicista en salud, así como también un elevado número de pacientes con plazos de tiempo cortos para la consulta médica y pocos recursos para la atención institucionalizada, además de la poca práctica privada de la medicina familiar. (2)

Existen varias propuestas metodológicas para elaborar un perfil profesional, las cuales coinciden en varias dimensiones o dominios que deben indagarse, entre los que destacan: a) conocimientos, b) habilidades y destrezas, c) actitudes y valores, d) procedimientos de la disciplina, e) áreas de trabajo en que labora el profesional, f) población a la que otorga sus servicios, g) entorno nacional e internacional del ejercicio profesional y h) áreas o condiciones en las que realizará su profesión.(1)

El médico de Familia debe tener una serie de competencias que deben permitirle asumir las demandas y responsabilidades que el sistema sanitario y la sociedad le van a requerir. Se establecen cinco grandes áreas de práctica profesional del médico de familia, que son las siguientes: Gestión en la atención primaria, área de atención al individuo, área de atención a la familia, área de atención a la comunidad, y área de docencia e investigación. (5)

2.4.6.1 Gestión en la atención primaria

La gestión en atención primaria que realiza el médico de familia, debe perseguir la máxima eficiencia, para ello es importante que el profesional tenga una excelente capacidad de resolución de problemas con calidad científico-técnica y un coste razonable dentro del marco de la atención primaria. En el ámbito de la atención primaria, la información es la base del conocimiento para establecer diagnósticos y tomar decisiones. El médico familiar debe saber utilizar los registros y sistemas de información y colaborar en su elaboración. De igual manera valorar la calidad asistencial del paciente, detectar situaciones mejorables e implantar actividades de evaluación y mejora continua. (5)

La responsabilidad civil profesional y médico-legal es otra de las competencias del médico familiar, pues debe conocer las normas legales sobre sus funciones y derechos profesionales, así como mostrarse competente en relación a la prescripción de medicamentos y productos sanitarios, la elaboración de informes y certificados y asuntos relacionados con la justicia. El médico de familiar debe incorporar la bioética a su práctica cotidiana como son el consentimiento informado, autonomía de decisión, secreto profesional y el deber de no abandono. (5) La competencia profesional, el estudio y la actualización permanente del médico que exige la actividad profesional son un deber moral fuerte, deontológico y normativo, que integra el núcleo mismo del concepto del «bien del enfermo». Es el primer modo de «querer siempre el mejor bien del enfermo». (10)

El médico de familia hace un uso eficiente de los recursos de atención primaria mediante la coordinación de la atención, trabajando con otros profesionales en el ámbito de la atención primaria y gestionando la interrelación con otros especialistas que asumen la defensa del paciente cuando es necesario. En un aspecto más amplio, cuenta con un proceso específico de toma de decisiones

determinado por el predominio y la incidencia de la enfermedad en la comunidad, por lo que tiene una responsabilidad específica en la salud de la comunidad. (3)

Dentro de las funciones del médico familiar por parte del área de atención primaria se encuentran: Gestionar el contacto inicial con los pacientes, identificar, evaluar y tratar sin consultar con otro nivel asistencial el 80-90 por ciento de los casos y a la vez coordinar la atención con otros especialistas. Prestar atención a los individuos de manera continuada a lo largo de su vida, en la consulta, en el domicilio, con urgencia, para problemas agudos (fiebre, diarrea) y para los crónicos (Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus) y problemas graves (cáncer). Y por último valorar la calidad asistencial, detecta situaciones mejorables e implanta actividades de evaluación y mejora continua de la calidad. (5)

2.4.6.2 Área de atención al individuo

La medicina familiar debe desarrollarse con un enfoque localizado en la persona, orientado hacia el individuo, su familia y su comunidad. Estas características se centran en un proceso de consulta único que crea una relación entre médico y paciente a lo largo del tiempo, mediante una comunicación efectiva. (3). El médico de familia es fundamentalmente un buen médico clínico que debe prestar atención a los individuos de manera continuada a lo largo de su vida: en la consulta, en el domicilio, de forma programada, a demanda o con urgencia, para los problemas agudos, para los crónicos, y problemas graves ,realizando su trabajo ende forma eficaz y eficiente. Debe integrar los aspectos biológicos, psíquicos, y sociales de la salud y la enfermedad. La accesibilidad, la atención a la globalidad (al conjunto de la persona) y la longitudinalidad (a lo largo de toda la vida) son las tres características esenciales del perfil profesional del médico de familia. Los pacientes necesitan y reclaman una atención personal, tener un profesional en quien depositar su confianza. (5)

El área de atención al individuo se divide en dos grandes apartados: Primero el abordaje de necesidades y problemas de salud: en este apartado se incluyen nuevas áreas, como por ejemplo, el abordaje de las conductas de riesgo adictivo, y se redefinen y consolidan las restantes, y segundo el abordaje de grupos poblacionales y grupos con factores de riesgos : las necesidades de atención y los problemas de salud del paciente serán diferentes según pertenezca a uno u otro grupo poblacional o forme parte de un grupo de riesgo.(5) Dentro de las funciones del médico familiar por parte del área de atención al individuo están: Accesibilidad y atención en salud al conjunto de la persona y no solo un órgano y sistema específico, a lo largo de toda la vida del individuo. Aborda problemas cardiovasculares, Hipertensión arterial, diabetes Mellitus, obesidad, problemas de la glándula tiroides, problemas de la conducta, Problema de la piel, de los ojos, cara, nariz, oídos, garganta, problemas

hematológicos y del sistema nervioso, problemas musculo-esqueléticos, conductas de riesgo, urgencias y emergencias. Aborda grupos poblacionales y grupos con factores de riesgos como: niños, adolescentes, mujeres, adultos, ancianos, pacientes discapacitado, inmovilizados, pacientes terminales, a la vez aborda la atención a situaciones de riesgo social y familiar como: exclusión social, discapacitados y violencia Familiar. Actúa hacia la prevención de enfermedades crónicas(Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Asma, Bronquitis crónica, etc.) infantiles (Vacunaciones)de la mujer (Planificación Familiar, Papanicolaou/detección oncológica, menopausia) del anciano(Valoración geriátrica, prevención de caídas) y evitar estilos de vida nocivos(tabaco, alcohol, sedentarismo y obesidad) (5)

2.4.6.3 Área de atención a la familia

El médico de familia ha de entender cada familia como una unidad que debe ser analizada en su composición y funcionalidad, como parte del contexto social en que desenvuelve la vida y la salud, y como parte del contexto social en que se desenvuelve la vida y la salud, y como un recurso para la salud. La familia es un recurso muy importante en el mantenimiento de la salud y en el cuidado y la resolución de problemas cuando aparecen. Pero la familia es también generadora de la adquisición de estilos de vida inadecuados, de actitudes negativas frente a la enfermedad o puede ser fuente de conflicto o de ansiedad.(5)

Dentro de las funciones en el área de atención a la familia el médico de familia asesora, interviene y media en la familia del paciente y evalúa como esta interviene en su sanación, asesorando y apoyando a aquellos que desempeñan el rol de cuidador y de igual manera realiza recogida de la información sobre la estructura y composición familiar, resaltando los antecedentes patológicos familiares estructurándolo en forma de familiograma y explora factores que indiquen una mala adaptación familiar al problema de salud.(5)

2.4.6.4 Área de atención a la comunidad

La orientación comunitaria de la atención primaria es de vital importancia por el hecho de que los factores determinantes de enfermedad más relevantes los estilos de vida y los factores sociales y medioambientales difícilmente pueden ser modificados por una acción exclusivamente dirigida al individuo y requieren acciones comunitarias, habitualmente sobre una base de coordinación intersectorial. Para el desarrollo de la atención orientada a la comunidad, los conocimientos necesarios serán, obviamente, los de las disciplinas básicas de la medicina comunitaria, destacando la epidemiología como disciplina central, pero debiendo considerar también, en diversos grados de necesidad, la estadística, la demografía, la sociología, la economía y la antropología. Desarrollando las

actividades de los programas llevando a cabo acciones de educación para la salud promoción de la participación comunitaria. (21)

Dentro de las funciones en el área de atención a la comunidad el médico de familia se encarga de: Recopilar y presentar los datos disponibles sobre su comunidad, para delimitarla y caracterizarla. Identificar problemas y necesidades de salud en la comunidad. Estudiar la distribución y determinantes de los problemas de la salud prioritarios en su comunidad. Y por último llevar a cabo acciones de educación para la salud y promoción de la participación comunitaria. (5)

2.4.6.5 Área de docencia e investigación

El fortalecimiento de la investigación en Medicina Familiar y Comunitaria ha sido uno de los ejes de trabajo en todas las cumbres convocadas por la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (CIMF). Con motivo de la VII Cumbre Iberoamericana, se integró como uno de los seis temas de análisis el concepto de Investigación aplicada al territorio. El tema es nuevo y no está claramente definido, aunque se puede caracterizar por dar relevancia al contexto territorial y de la población en diferentes procesos sociales, dentro de los cuales está la salud. Inicialmente, con el fin de tener un marco conceptual que permita a los lectores una comprensión similar del término “Territorio”, se exponen algunas definiciones relacionadas con el tema. Cuando se habla de territorio se entiende como el espacio geográfico que cuenta con límites y dimensiones de identidad, político-administrativas. (22)

En este coexisten subsistemas naturales y sociales que se modifican uno a otro. De otro lado los determinantes sociales en salud son “las circunstancias donde las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud”. Relacionando estos dos conceptos, se espera que más allá de dimensiones geográficas, se reconozca la interacción sujeto-objeto, la relación de la dimensión de salud-enfermedad, así como las interacciones de los determinantes sociales de la salud con el territorio. De esta manera, la investigación aplicada al territorio nos plantea el reto de definir problemas, objetivos, metodología, recolección y análisis de datos que permitan documentar esta relación. Idealmente se debería buscar desarrollar estos procesos con la comunidad de tal forma que permita el empoderamiento de su territorio y reconozca el carácter transformador de la realidad que toda intervención entraña y el compromiso de las mismas con el cuidado de la vida. (22)

Dentro de las funciones en el área de Formación, Docencia e investigación del médico de familia se encarga de: desarrollar hábitos de lectura continuada en aquellas fuentes de información más apropiadas, asistir regularmente a actividades de formación, como congresos, cursos, seminarios, sesiones clínicas, etc ; participar activamente en las actividades formativas realizadas dentro del equipo de salud, desarrollar actividades docentes dirigidas a personal de pregrado (estudiantes de

medicina, de enfermería, etc.), y como tutor, de los médicos residentes de medicina familiar y comunitaria. Desarrolla el hábito de lectura crítica de los trabajos de investigación, especialmente del nivel de atención primaria y reconoce las diferentes etapas de una investigación clínica o de salud comunitaria. Por último identifica áreas «problema» susceptibles de investigación. (5)

3. Diseño Metodológico

3.1 Contexto

Hoy en día, el personal médico y paramédico desconoce los roles del médico familiar, en ocasiones consideran a los médicos familiares como médicos generales y se les niega la condición de especialista, por ignorancia; Esto conlleva a que las consultas de otros médicos especialistas de un centro de salud de segundo y tercer nivel se mantengan sobrecargadas de pacientes con patologías que podrían ser tratadas en un primer nivel de salud. El desconocimiento de esta especialidad por los otros actores del sector, incluidos los mismos pacientes, influye en la disponibilidad de empleo y en la calidad de ingresos de los médicos familiares. Por lo que por medio de esta investigación se busca identificar nivel De Conocimiento Sobre El Perfil Del Médico Familiar En Los Residentes Del Hospital Dr. Félix María Góico En El Periodo Marzo -Abril 2022.

3.2 Modalidades de Trabajo Final

La modalidad de trabajo final es un proyecto de investigación llevado a cabo por residentes de medicina familiar según los lineamientos de la metodología científica en torno a un problema de investigación bien delimitado. Con la finalidad de que sus resultados impliquen un grado de originalidad que significa un aporte local, regional o nacional a un área de interés en el sector salud.

3.3 Tipo de estudio

Esta investigación es de carácter prospectivo pues es un estudio longitudinal que se está realizando en el presente y se analizará en el futuro, descriptivo porque está dirigido a determinar cómo era y como estaba la situación de las variables que se estudiaron en la población como son: Nivel De Conocimiento Sobre El Perfil Del Médico Familiar En Los Residentes Del Hospital Dr. Félix María Góico En El Periodo Marzo -Abril 2022. De corte transversal, porque se estudiaron las variables simultáneamente, en determinado momento, haciendo un corte en el tiempo, en este caso, el periodo Marzo –Abril 2022.

3.4 Variables y su operacionalizacion

| Variable | Definición | Tipo y Subtipo | Indicadores |
|--------------------|---|-----------------------|---|
| Médico Residente | Médico que sigue un programa de formación para conseguir una determinada especialidad clínica o quirúrgica. (17) | Cuantitativa Ordinal | Residente primer año Residente segundo año Residente Tercer año |
| Perfil Profesional | Descripción de las características que se requieren del profesional para abarcar y solucionar las necesidades sociales.(1) | Cualitativo Nominal | Gestión en la atención primaria Área de atención al individuo Área de atención a la familia Área de atención a la comunidad Área de Formación, Docencia e investigación |
| Médico Familiar | Especialista clínico que se ocupa del mantenimiento y la resolución de los problemas de salud frecuentes en los individuos, familias o comunidades, independientemente de la edad, el sexo o el órgano o sistema afectado.(23) | Cualitativo Nominal | |
| Grupo Etario | Está integrado por personas de la misma edad o de una edad similar. (24) | Cuantitativa Discreta | Años cumplidos |
| Sexo | Es el conjunto de las peculiaridades que caracterizan los individuos de una especie dividiéndolos en masculinos y femeninos, y hacen posible una reproducción que se caracteriza por una diversificación genética.(25) | Cualitativa Nominal | Femenino ` Masculino |
| Especialidad | Una especialidad médica son los estudios cursados por un graduado o licenciado en medicina en su período de posgrado, y que derivan de un conjunto de conocimientos médicos especializados relativos a un área específica del cuerpo humano, a técnicas quirúrgicas específicas o a un método diagnóstico determinado(26) | Cualitativa Nominal | Cirugía Anestesiología Medicina Interna Medicina Familiar |
| Asignatura | Materia que se enseña en un curso y que forma parte de un programa de estudios.(27) | Cualitativa Nominal | Medicina Familiar |

3.5 Métodos y técnicas de investigación

Los datos fueron obtenidos mediante la aplicación de una encuesta elaborada según información de la segunda edición del libro Tratado de Medicina de Familia y Comunitaria. La encuesta fue realizada a los Residentes Del Hospital Dr. Félix María Góico. La encuesta utilizada fue diseñada por los investigadores y consta de los datos generales del residente, sexo, grupo etario, nivel del residente, especialidad, si recibió la asignatura de medicina familiar en los estudios universitarios, así como cuestionantes acerca de cuáles son las características que debe poseer el perfil profesional de un médico familiar y comunitario.

3.6 Instrumentos de Recolección de Datos

El cuestionario sobre el perfil del médico de familia está basado en 20 criterios o características del médico familiar las cuales fueron tomadas de la segunda edición del libro Tratado de Medicina de Familia y Comunitaria. Los criterios de selección fueron basados en la escala de 3, donde 80-100 por ciento corresponden a 16-20 criterios, correspondiente a un nivel de conocimiento adecuado, 60-79 por ciento corresponde a 12-15 criterios, correspondiente a un nivel de conocimiento intermedio y 59 por ciento menor o igual corresponde a menos de 11 criterios, correspondiente a un nivel de conocimiento inadecuado.

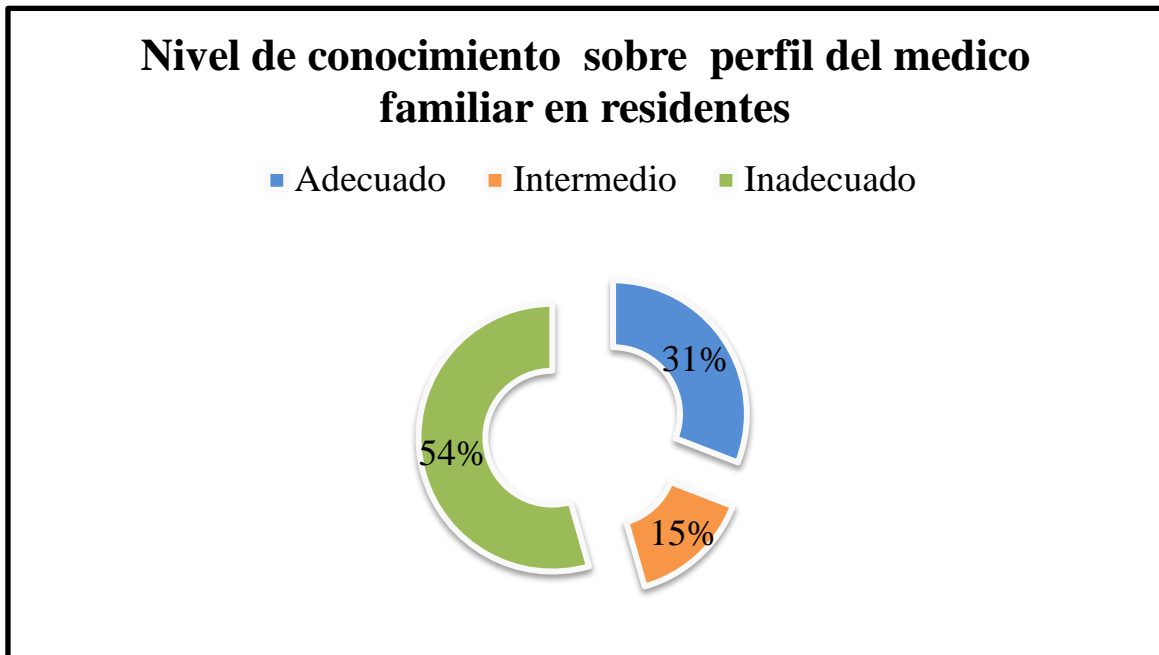
3.7 Consideraciones éticas Los datos presentados en esta investigación tienen un carácter estrictamente confidencial. Los investigadores aseguran la confidencialidad de los datos obtenidos a partir de las encuestas de los residentes entrevistados al no utilizar el nombre o información personal contenida en los consentimientos informados.

3.8 Selección de Población y Muestra

La población se obtuvo tomando todos los Residentes que cumplieran con los criterios de inclusión, los cuales eran: Residentes que pertenecieran al Hospital Dr. Félix María Góico, mientras que los criterios de exclusión fueron: ser investigadores de la presente tesis, residentes de licencia médica, residentes en rotación externa fuera de Santo Domingo y residentes que estuvieran de vacaciones. Se obtuvo un total de 88 elementos que formaron la población y 69 elementos que constituyeron la muestra. Los datos obtenidos fueron analizados estadísticamente mediante el programa Microsoft Excel 2010 y Epi-info versión 7.2.2.6. Se utilizaron gráficos para representar los resultados obtenidos al analizar las diferentes variables.

4. Resultados

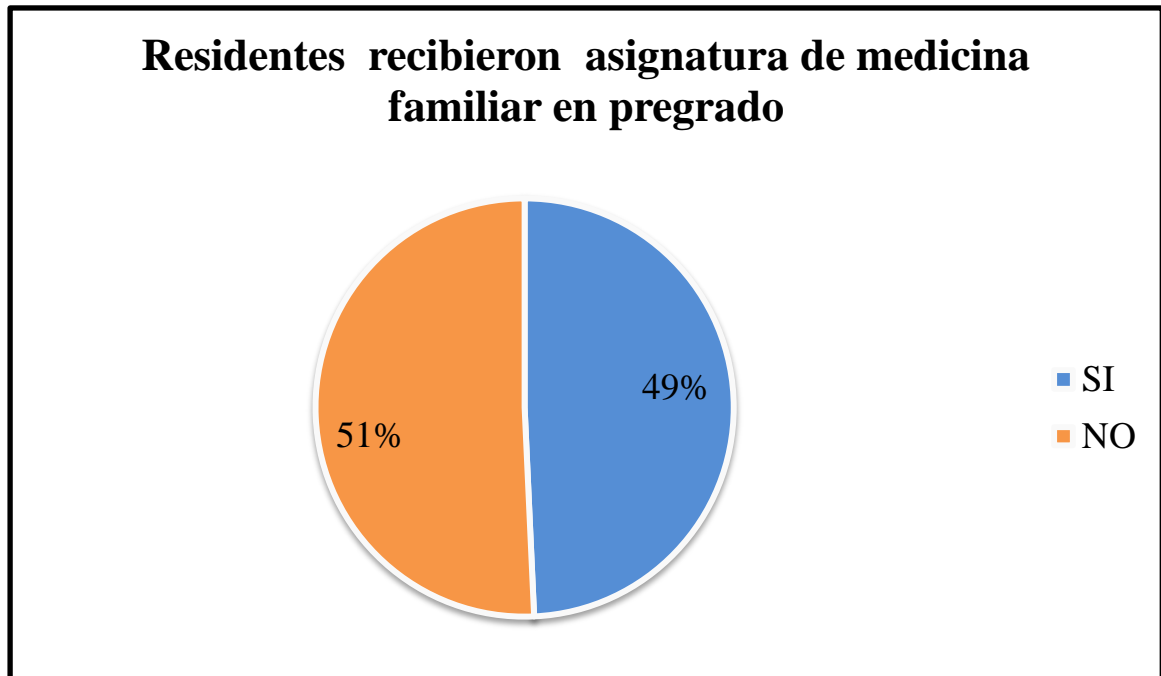
Grafico 1: Nivel de conocimiento sobre el perfil profesional del médico familiar de los residentes del Hospital.



Fuente: Montaña, Y; González D.

Esta grafica muestra el porcentaje de residentes del Hospital Dr. Félix María Góico que tienen un nivel de conocimiento sobre el perfil del médico familiar adecuado, intermedio e inadecuado. Se observa que un 54 por ciento de los residentes presenta un nivel de conocimiento inadecuado sobre el perfil del médico familiar. De igual manera se muestra que un 15 por ciento de los residentes presenta un nivel de conocimiento intermedio, y por último un 31 por ciento de los residentes presenta un nivel de conocimiento adecuado.

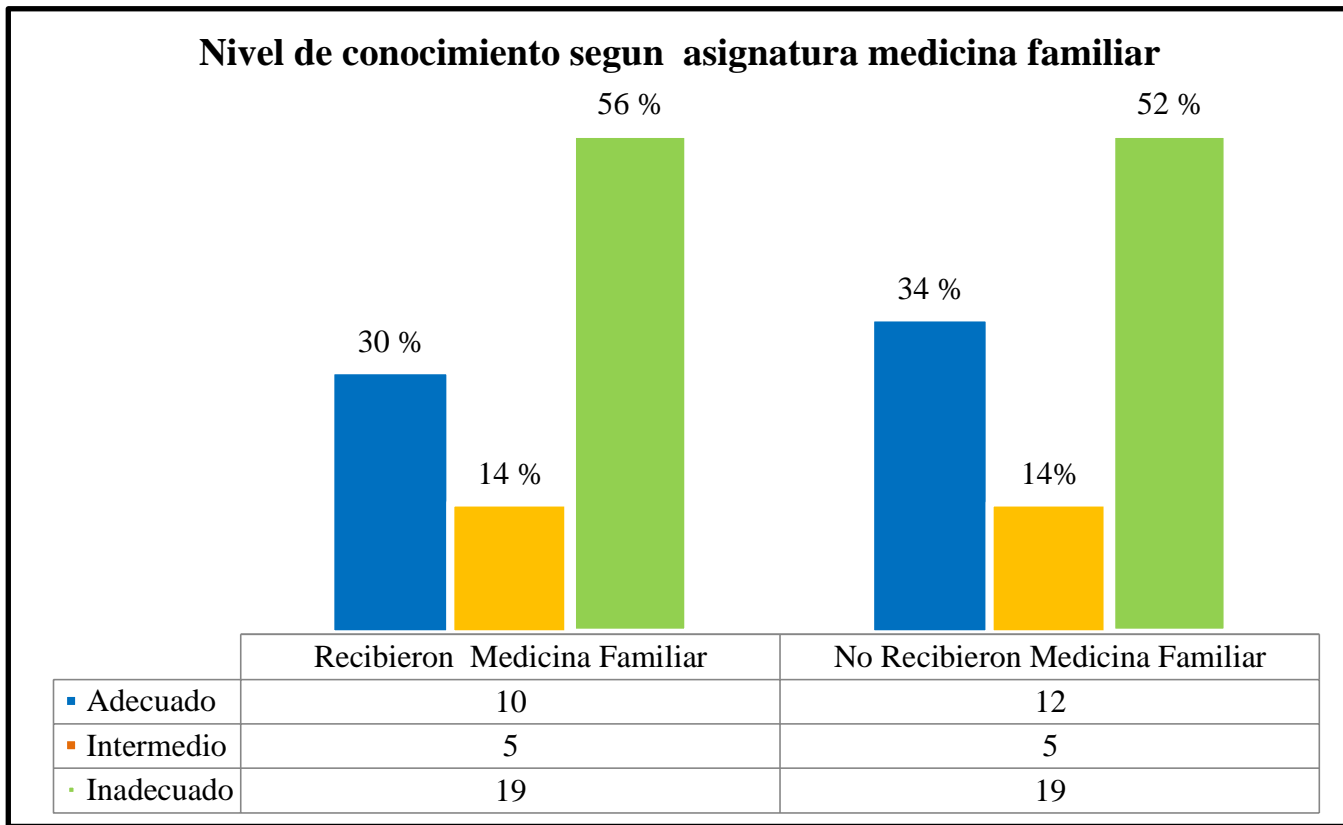
Grafico 2: Porcentaje de residentes que cursaron la asignatura medicina familiar en pregrado



Fuente: Montaña, Y; González D.

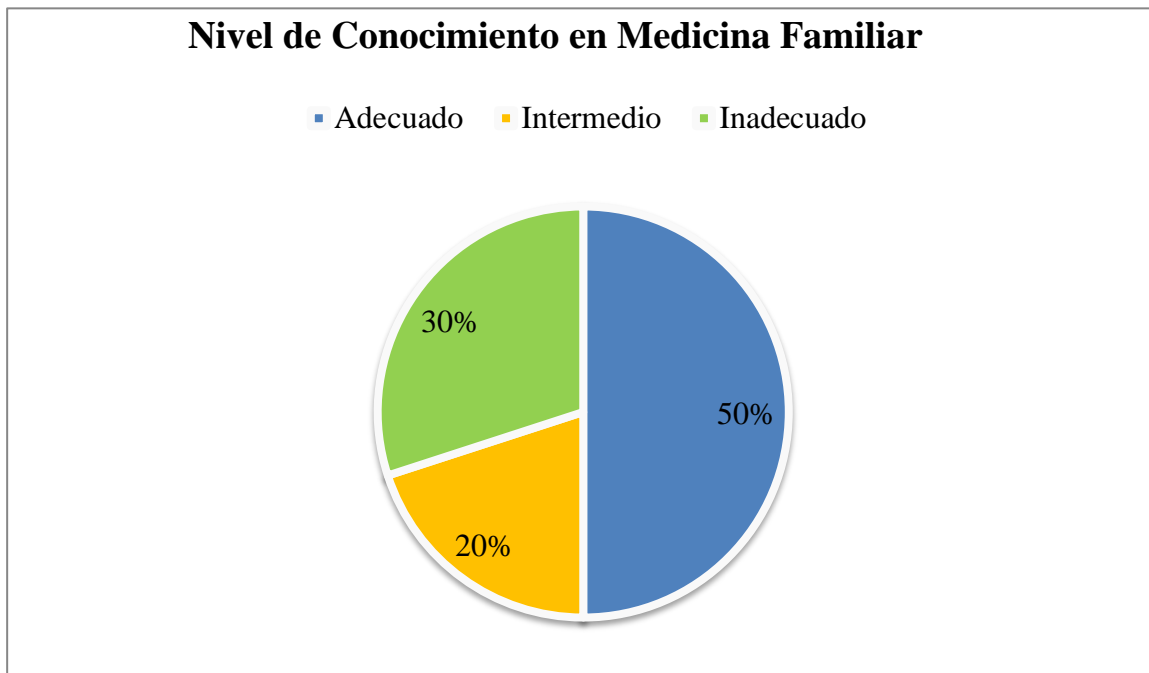
Esta grafica muestra el porcentaje de residentes del Hospital Dr. Félix María Góico que recibieron la asignatura de Medicina Familiar y Comunitaria en el pregrado. Se observa que un 51 por ciento de los residentes no recibieron la asignatura. De igual manera se muestra que un 49 por ciento de los residentes si la recibieron.

Grafico 3: Relación entre haber recibido la asignatura de Medicina Familiar y el nivel de conocimiento de los residentes



Esta grafica muestra el nivel de conocimiento de los residentes del Hospital Dr. Félix María Góico en relación con haber recibido la asignatura de Medicina Familiar en el pregrado. Se puede apreciar que el 30 por ciento de los residentes que recibieron la asignatura presentaron un nivel de conocimiento adecuado, un 14 por ciento intermedio y un 56 por ciento inadecuado. Por otro lado, un 34 por ciento de los residentes que no recibieron la asignatura de Medicina Familiar en el pregrado presentaron un nivel de conocimiento adecuado, un 14 por ciento intermedio y un 52 por ciento inadecuado.

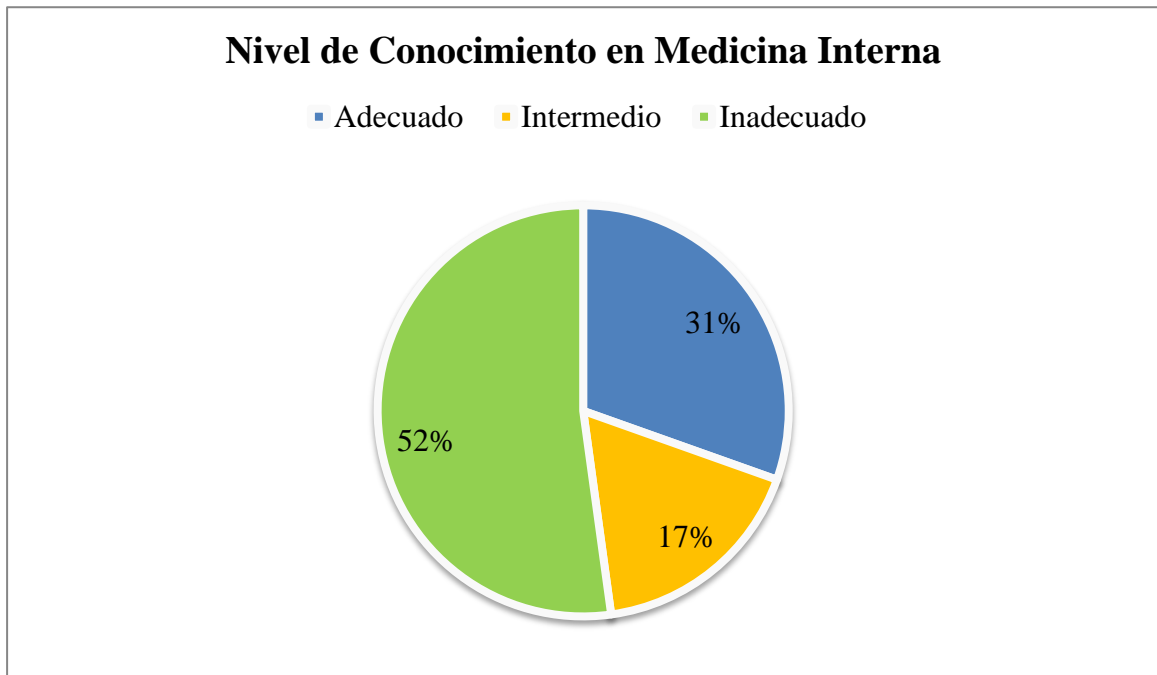
Grafico 4: Relación entre especialidad y nivel de conocimiento sobre el perfil profesional del médico familiar.



Fuente: Montaña, Y; González D.

Esta grafica muestra el nivel de conocimiento de los residentes del Hospital Dr. Félix María Góico según la especialidad de Medicina Familiar .Se observa que un 50 por ciento de los residentes encuestados presento un nivel de conocimiento adecuado, un 20 por ciento fue intermedio y un 30 por ciento tuvo un nivel de conocimiento inadecuado.

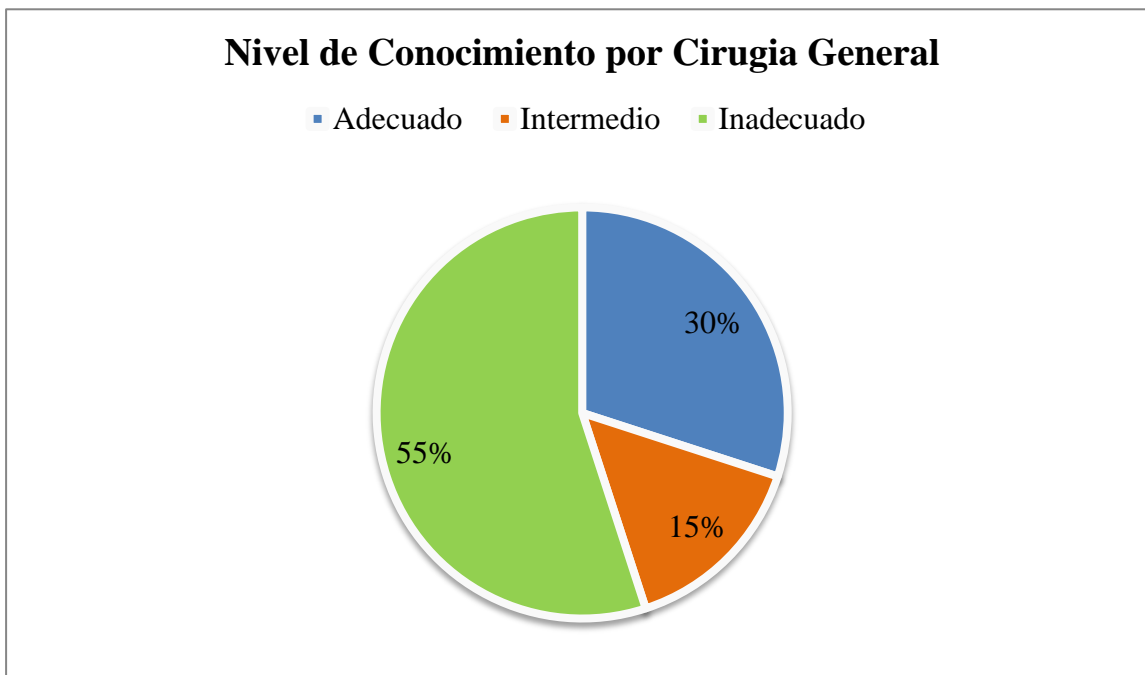
Grafico 5: Nivel de conocimiento sobre el perfil profesional del médico familiar por los residentes de Medicina Interna.



Fuente: Montaña, Y; González D.

Esta grafica muestra el nivel de conocimiento de los residentes del Hospital Dr. Félix María Góico según la especialidad de medicina interna .Se puede apreciar por la especialidad de Medicina Interna que un 31 por ciento de los residentes encuestados presento un nivel de conocimiento adecuado , un 17 por ciento fue intermedio y un 52 por ciento tuvo un nivel de conocimiento inadecuado.

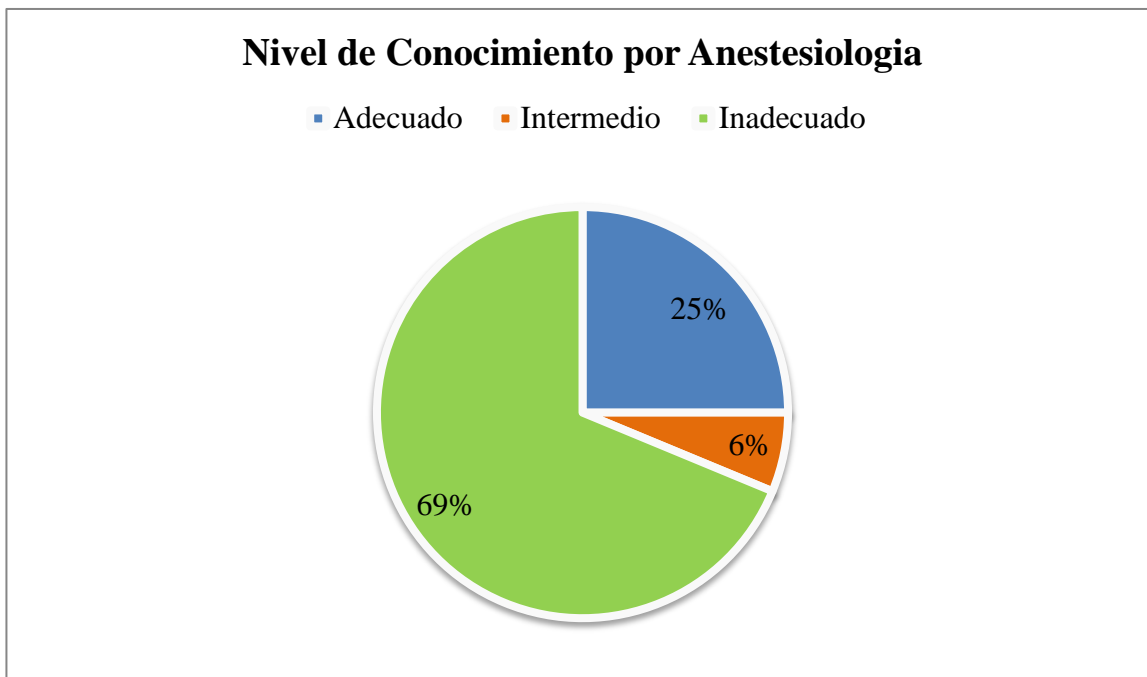
Grafico 6: Nivel de conocimiento sobre el perfil profesional del médico familiar por los residentes de Cirugía General.



Fuente: Montaña, Y; González D.

Esta grafica muestra el nivel de conocimiento de los residentes del Hospital Dr. Félix María Góico según la especialidad de Cirugía General. Se observa que un 30 por ciento de los residentes encuestados presento un nivel de conocimiento adecuado, 15 por ciento intermedio y un 55 por ciento tuvo un nivel de conocimiento inadecuado.

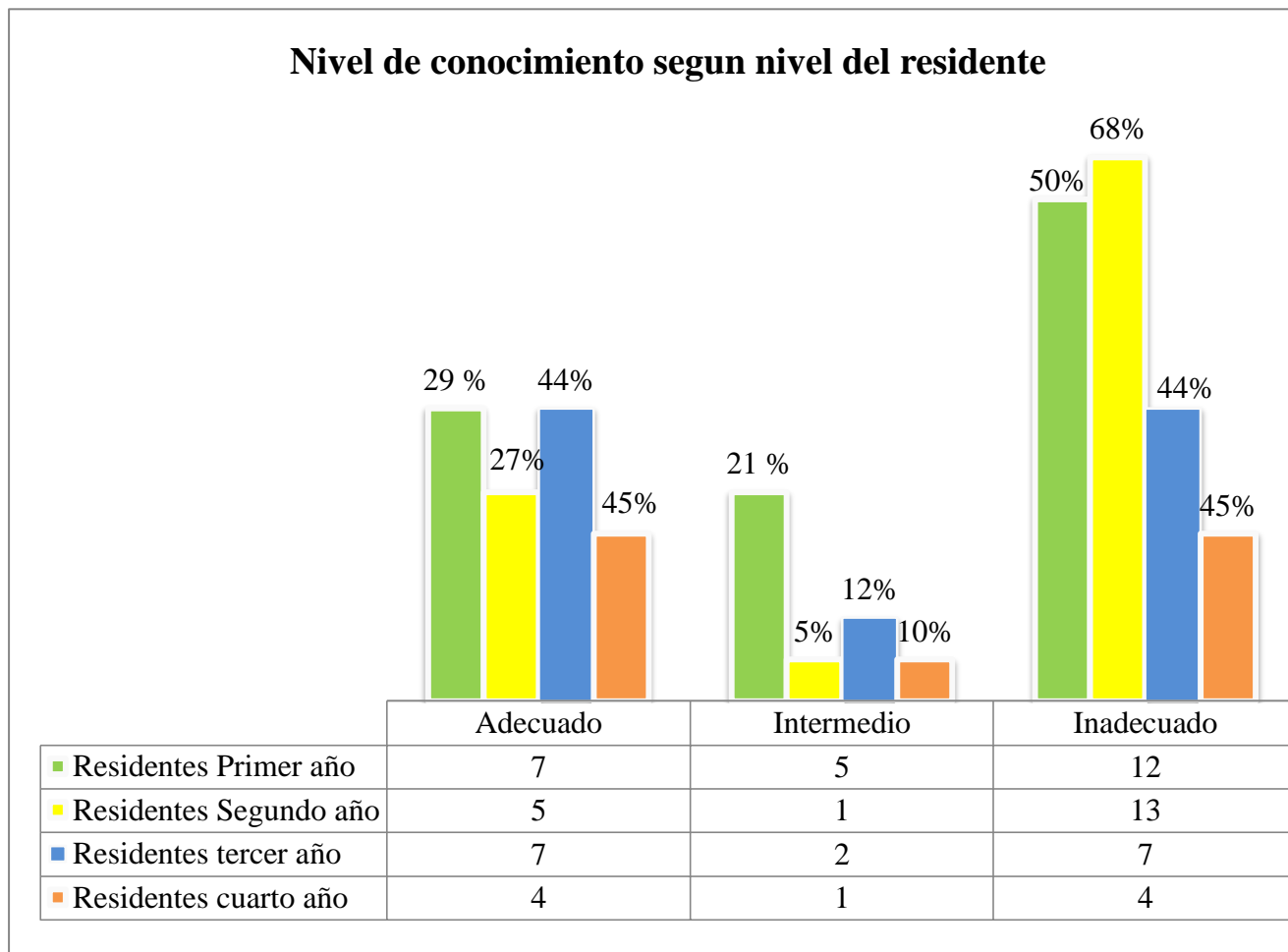
Grafico 7: Nivel de conocimiento sobre el perfil profesional del médico familiar por los residentes de Anestesiología.



Fuente: Montaña, Y; González D.

Esta grafica muestra el nivel de conocimiento de los residentes del Hospital Dr. Félix María Góico según la especialidad de anestesiología. Se aprecia que un 25 por ciento de los residentes encuestados presento un nivel de conocimiento adecuado, un 6 por ciento fue intermedio y un 69 por ciento tuvo un nivel de conocimiento inadecuado.

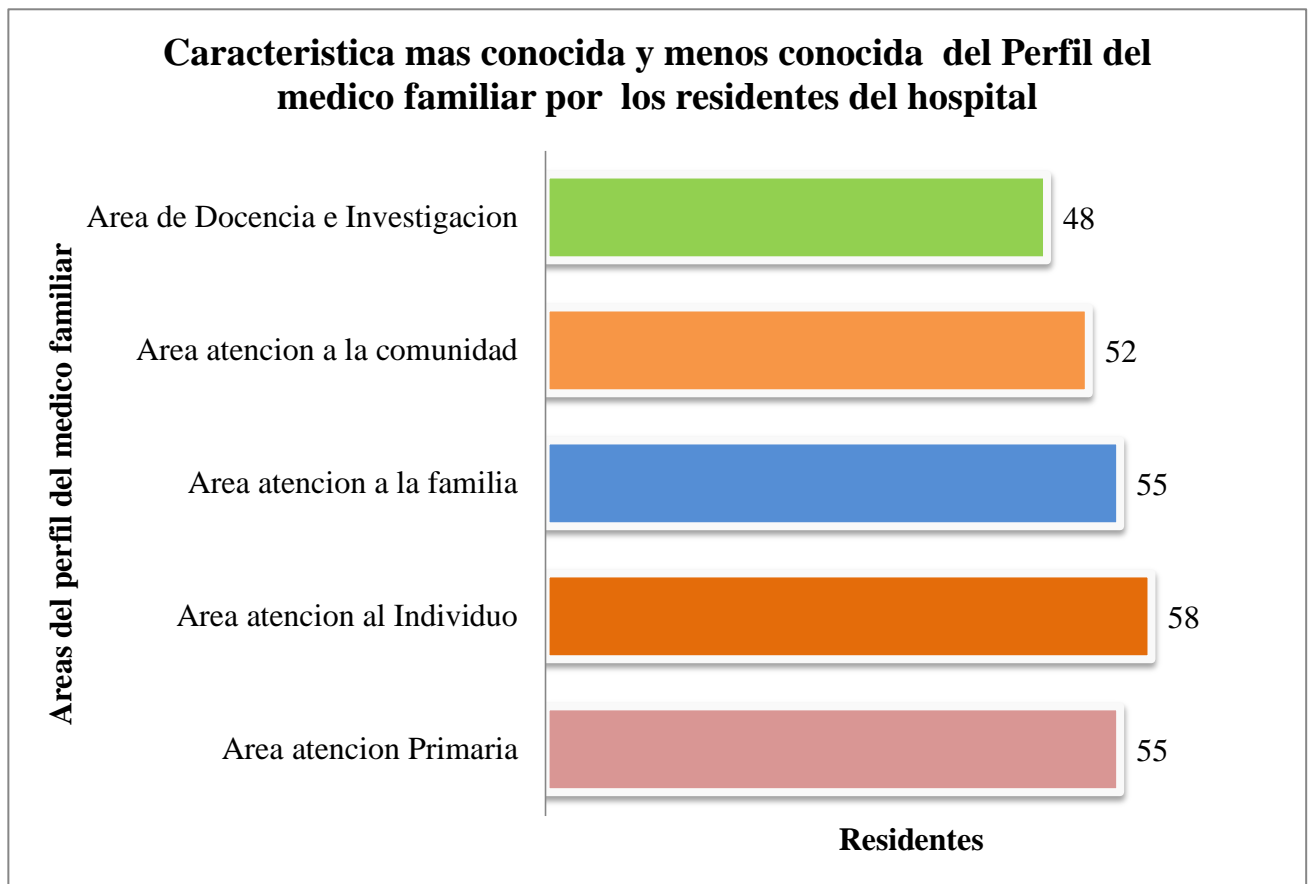
Grafico 8: Relación entre el año de residencia cursado y nivel de conocimiento sobre el perfil profesional del médico Familiar.



Fuente: Montaña, Y; González D.

Esta grafica muestra el nivel de conocimiento de los residentes del Hospital Dr. Félix María Góico según nivel de residente. Se puede apreciar que el 29 por ciento de los residentes de primer año presento un nivel de conocimiento adecuado sobre el perfil del médico familiar, un 21 por ciento intermedio y un 50 por ciento inadecuado. De los residentes de segundo año un 27 por ciento presento un nivel de conocimiento adecuado sobre el perfil del médico familiar , un 5 por ciento intermedio y un 68 por ciento inadecuado. De los residentes de tercer año un 44 por ciento de los residentes de primer año presento un nivel de conocimiento adecuado sobre el perfil del médico familiar, un 12 por ciento intermedio y un 44 por ciento inadecuado. De los residentes de cuarto año un 45 por ciento presento un nivel de conocimiento adecuado sobre el perfil del médico familiar, un 10 por ciento intermedio y un 45 por ciento inadecuado.

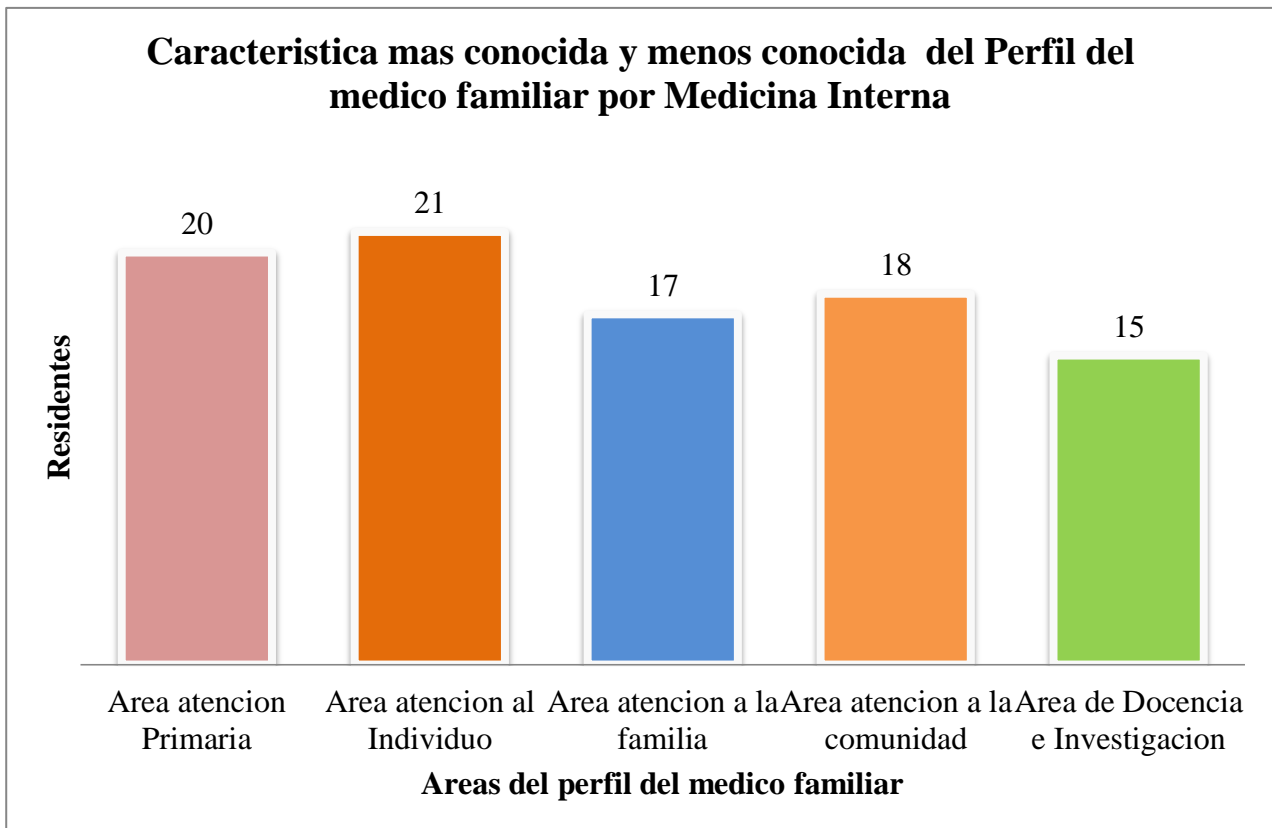
Grafico 9: Característica del perfil profesional del médico familiar más conocida y menos conocida por los Residentes del Hospital.



Fuente: Montaña, Y; González D.

Esta grafica muestra la característica más conocida y menos conocida por los residentes del hospital Dr. Félix María Góico acerca del perfil del médico familiar. Se observa que 55 de los residentes encuestados conocían acerca de las funciones del médico familiar en el área de atención primaria. De igual manera 58 de los residentes escogieron el área de atención al individuo como parte de las características del médico familiar. En cuanto al área de atención de la familia ,55 residentes la escogieron como parte del perfil del médico familiar. Se aprecia que el 52 de los residentes encuestados escogieron el área de atención a la comunidad como una de las funciones del médico familiar. Por ultimo 48 de los residentes cuestionados eligieron el área de docencia e investigación como parte del perfil del médico familiar.

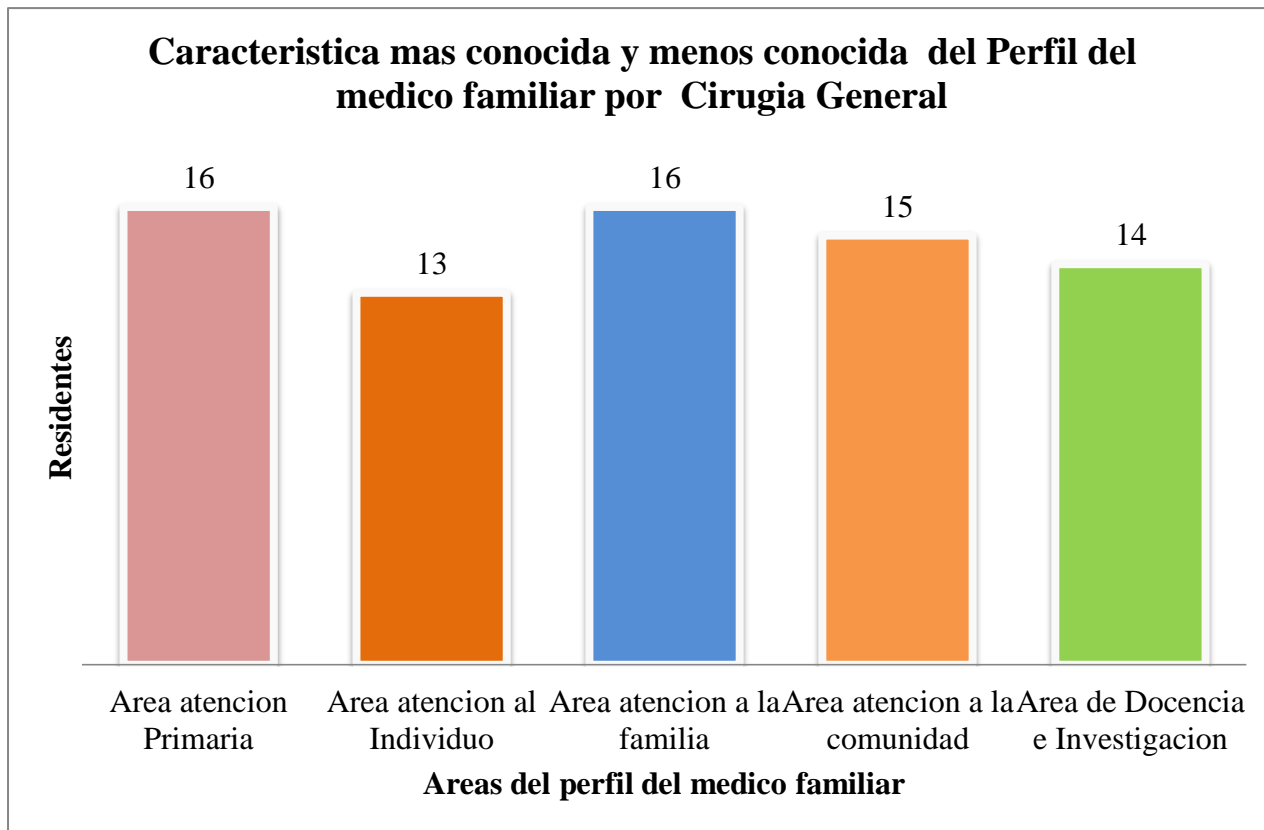
Grafico 10: Característica del perfil profesional del médico familiar más conocida y menos conocida por los Residentes de Medicina Interna del Hospital.



Fuente: Montaña, Y; González D.

Esta grafica muestra la característica más conocida y menos conocida por los residentes de Medicina Interna del hospital acerca del perfil del médico familiar. Se observa que 20 de los residentes encuestados conocían acerca de las funciones del médico familiar en el área de atención primaria. De igual manera 21 de los residentes escogieron el área de atención al individuo como parte de las características del médico familiar. En cuanto al área de atención de la familia ,17 residentes la escogieron como parte del perfil del médico familiar. Se aprecia que el 18 de los residentes encuestados escogieron el área de atención a la comunidad como una de las funciones del médico familiar. Por ultimo 15 de los residentes cuestionados eligieron el área de docencia e investigación como parte del perfil del médico familiar.

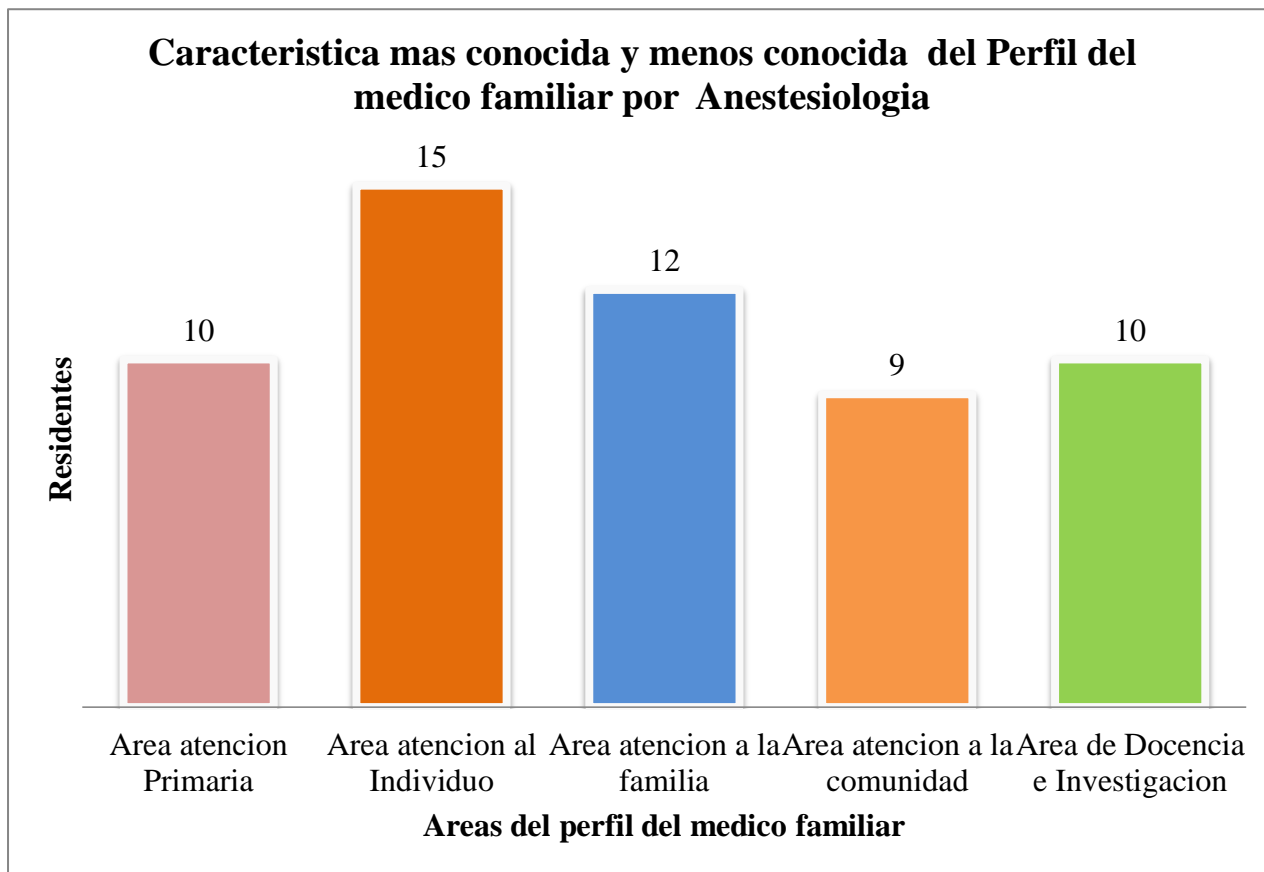
Grafico 11: Característica del perfil profesional del médico familiar más conocida y menos conocida por los Residentes de Cirugía General del Hospital.



Fuente: Montaña, Y; González D.

Esta grafica muestra la característica más conocida y menos conocida por los residentes del hospital acerca del perfil del médico familiar. Se observa que 16 de los residentes encuestados conocían acerca de las funciones del médico familiar en el área de atención primaria. De igual manera 13 de los residentes escogieron el área de atención al individuo como parte de las características del médico familiar. En cuanto al área de atención de la familia ,16 residentes la escogieron como parte del perfil del médico familiar. Se aprecia que el 15 de los residentes encuestados escogieron el área de atención a la comunidad como una de las funciones del médico familiar. Por ultimo 14 de los residentes cuestionados eligieron el área de docencia e investigación como parte del perfil del médico familiar.

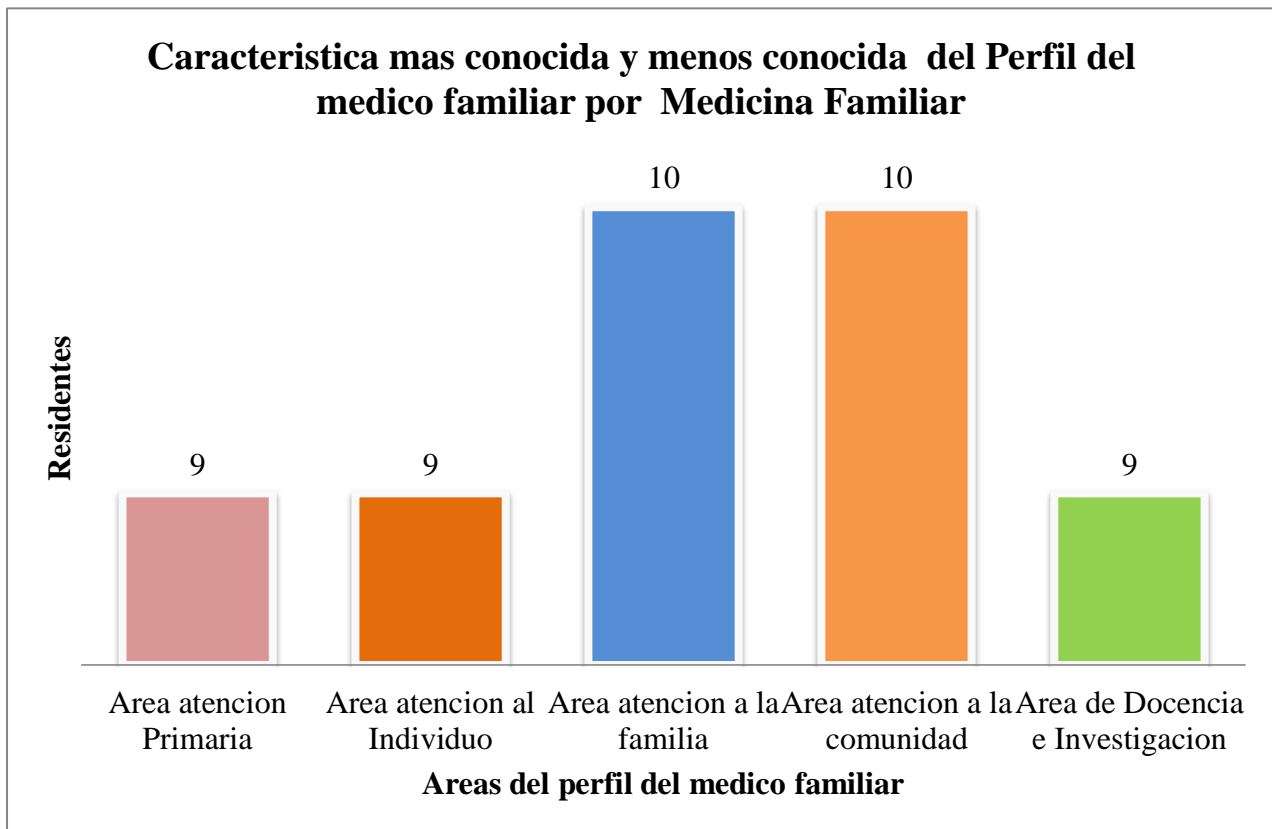
Grafico 12: Característica del perfil profesional del médico familiar más conocida y menos conocida por los Residentes de Anestesiología del Hospital.



Fuente: Montaña, Y; González D.

Esta grafica muestra la característica más conocida y menos conocida por los residentes del hospital acerca del perfil del médico familiar. Se observa que 10 de los residentes encuestados conocían acerca de las funciones del médico familiar en el área de atención primaria. De igual manera 15 de los residentes escogieron el área de atención al individuo como parte de las características del médico familiar. En cuanto al área de atención de la familia ,12 residentes la escogieron como parte del perfil del médico familiar. Se aprecia que el 9 de los residentes encuestados escogieron el área de atención a la comunidad como una de las funciones del médico familiar. Por ultimo 10 de los residentes cuestionados eligieron el área de docencia e investigación como parte del perfil del médico familiar.

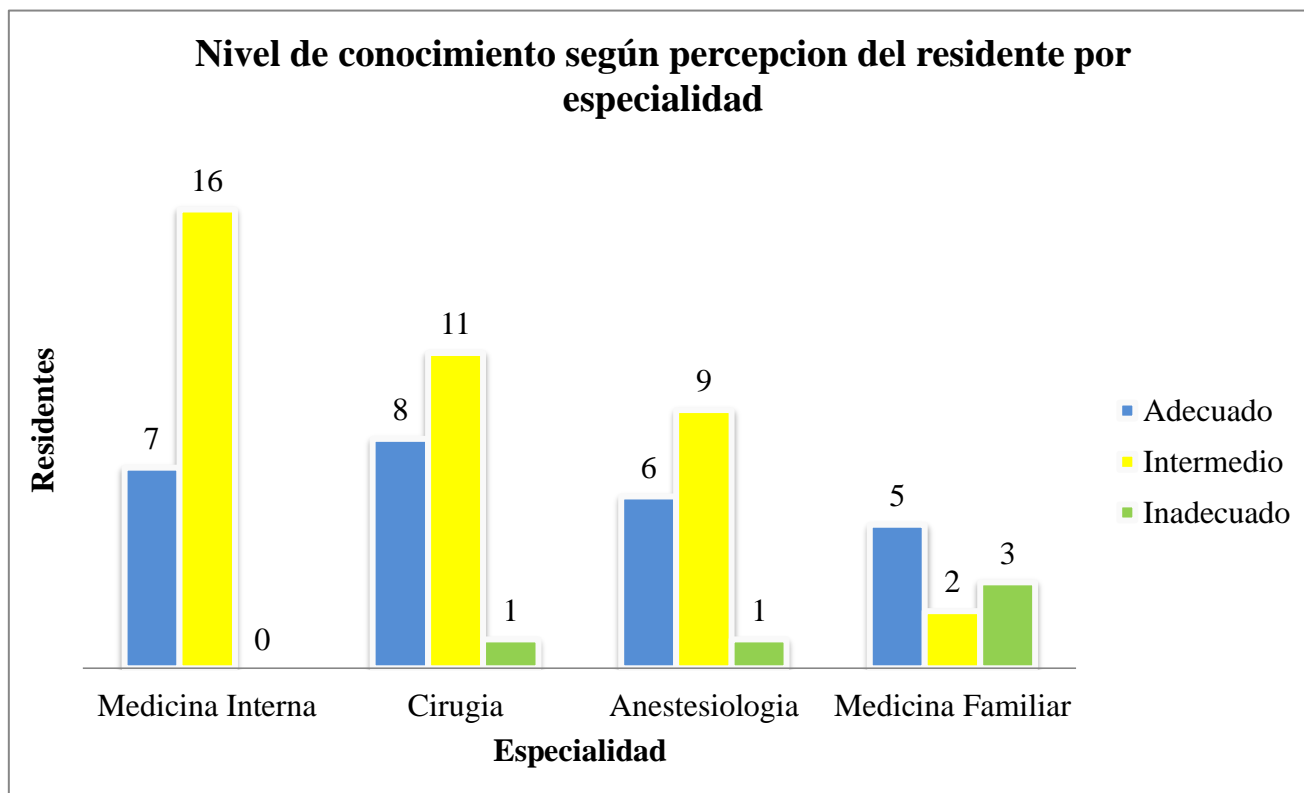
Grafico 13: Característica del perfil profesional del médico familiar más conocida y menos conocida por los Residentes de Medicina Familiar del Hospital



Fuente: Montaña, Y; González D.

Esta grafica muestra la característica más conocida y menos conocida por los residentes del hospital acerca del perfil del médico familiar. Se observa que 9 de los residentes encuestados conocían acerca de las funciones del médico familiar en el área de atención primaria. De igual manera 9 de los residentes escogieron el área de atención al individuo como parte de las características del médico familiar. En cuanto al área de atención de la familia ,10 residentes la escogieron como parte del perfil del médico familiar. Se aprecia que el 10 de los residentes encuestados escogieron el área de atención a la comunidad como una de las funciones del médico familiar. Por ultimo 9 de los residentes cuestionados eligieron el área de docencia e investigación como parte del perfil del médico familiar.

Grafico 14: Percepción de los residentes de su nivel de conocimiento sobre el perfil profesional del médico familiar.



Fuente: Montaña, Y; González D.

Esta grafica muestra la percepción de los residentes de su nivel de conocimiento sobre el perfil profesional del médico familiar por especialidad. Se observa que 7 de los residentes de Medicina interna respondieron tener un conocimiento adecuado conocimiento sobre el perfil profesional del médico familiar, 16 un conocimiento intermedio y ninguno respondió tener un conocimiento inadecuado. Por la residencia de Cirugía General 8 de los encuestados respondieron tener un conocimiento adecuado conocimiento sobre el perfil profesional del médico familiar, 11 intermedio y 1 inadecuado. Se aprecia que 6 de los residentes de anestesiología respondieron tener un conocimiento adecuado conocimiento sobre el perfil profesional del médico familiar, 9 intermedio y 1 inadecuado. Por ultimo, 5 de los residentes encuestados en medicina familiar encuestados respondieron tener un conocimiento adecuado conocimiento sobre el perfil profesional del médico familiar, 2 intermedio y 3 inadecuado.

5. Discusión

Mediante esta investigación se pudo determinar que el nivel de conocimiento sobre el perfil del médico familiar entre los residentes del hospital Dr. Félix María Góico es inadecuado para un total 54 por ciento de los residentes encuestados. Un 15 por ciento intermedio y un 31 por ciento adecuado. Por lo que los resultados obtenidos van de acuerdo con lo descrito en el artículo titulado "La Medicina Familiar y Comunitaria en Uruguay de 1997 a 2019: ¿cuántos kilómetros faltarán para llegar al pueblo aquel?" quienes indagaron en residentes, estudiantes y especialistas sobre su visión de los motivos de este descenso en la aspiración a la residencia de medicina familiar y comunitaria y uno de los resultados es el escaso conocimiento de la especialidad por parte de estudiantes y de la población.

En el mismo tenor, el artículo de Aldana C. "Rol, situación laboral y prospectiva de especialistas en Medicina Familiar en Colombia" Uno de los principales problemas percibidos por los médicos familiares para su ejercicio profesional en Colombia están relacionados a aspectos de desconocimiento del perfil del especialista en Medicina Familiar por parte de los diferentes actores del sistema de salud, incluyendo a los aseguradores, los prestadores, otros profesionales, la comunidad académica y los entes gubernamentales. Esto lleva a una valoración negativa o pobre del perfil profesional y las capacidades del especialista en medicina familiar, con una tergiversación de su papel en el sistema de salud como reemplazo de otras especialidades, o a no ser tenido en cuenta como especialista en el equipo de salud.

De igual forma se identificó que un 49% de los residentes recibieron la asignatura de medicina familiar durante su pregrado un 51 por ciento no la recibió. Con respecto a la relación entre haber recibido la asignatura de medicina familiar en el pregrado y el nivel de conocimiento de los residentes, los datos arrojaron que los residentes que no recibieron la asignatura de medicina familiar obtuvieron un mayor nivel de conocimiento sobre el perfil del médico familiar que aquellos que recibieron la materia en cuestión, donde un 34 por ciento de los residentes encuestados que no habían recibido la asignatura presentaron un nivel de conocimiento adecuado. Solo un 30 por ciento de los que recibieron la asignatura de Medicina Familiar en el pregrado presentó un nivel de conocimiento adecuado. Por lo que se concluye que en esta investigación no existe relación entre haber recibido la asignatura de medicina familiar en la universidad y el nivel de conocimiento de los residentes.

Contrario a lo que expresa el estudio realizado por Pascual De la Cruz-Florencio y colaboradores, "La Medicina Familiar como especialidad médica: percepción de otros especialistas", quienes afirman que es prioritario focalizar los esfuerzos en recibir la asignatura de medicina familiar en el pregrado para aumentar significativamente el conocimiento sobre el papel del médico familiar y aumentar así la tasa

de postulación y disminuir los cupos no tomados para realizar la residencia. Los resultados van de acorde a lo que dice Raul F. Gutierrez Herrera y colaboradores, en su artículo " Análisis sobre elementos de contenido en medicina Familiar para la identidad profesional del médico familiar" donde explican que la falta de modelos médico familiares y baja aptitud clínica en enfoque familiar por la carencia de una práctica cotidiana en la atención integral-familiar en las áreas donde se forman, son causas del desconocimiento de los roles del papel del médico familiar.

Con relación al nivel de conocimiento sobre el perfil del médico familiar según especialidad de las residencias, los gráficos arrojaron los siguientes datos: la especialidad con un mayor nivel de conocimiento fue la residencia de medicina familiar donde 50 por ciento de los residentes encuestados presentó un conocimiento adecuado; mientras que la especialidad con un menor nivel de conocimiento fue la residencia de anestesiología, donde un 70 por ciento de los residentes encuestados tuvo un nivel de conocimiento inadecuado. Dentro de la relación que existe entre el año académico cursado entre las diferentes especialidades y el nivel conocimiento que tienen sobre el perfil del médico familiar, los datos muestran que de todos los años académicos, el primer y tercer año de todas las especialidades encuestadas del hospital Dr. Félix María Góico presentan un mayor nivel de conocimiento con un 29 por ciento y 44 por ciento respectivamente.

La característica más conocida del perfil del médico familiar por los residentes del hospital fue el área de atención al individuo, la cual fue escogida por 58 de los 69 residentes encuestados, seguida por el área de atención a la familia y atención primaria elegida por 55 de los 69 residentes cuestionados. Mientras que, la característica menos conocida fue el área de docencia e investigación, escogida por 48 de los 69 residentes encuestados. La característica más conocida por la residencia de Medicina interna fue el área de atención al individuo, mientras que por la residencia de cirugía General las más conocidas fueron el área de atención primaria y el área de atención a la familia, elegidas por 16 de los 20 residentes encuestados. La característica más conocida por la residencia de anestesiología fue el área de atención al individuo escogida por 15 de los 16 residentes encuestados, mientras que por la residencia de medicina familiar las características más conocidas fueron el área de atención a la familia y atención a la comunidad, escogida por la totalidad de los residentes encuestados en esta especialidad.

Con respecto a la percepción de los residentes sobre su nivel de conocimiento sobre el perfil del médico familiar por especialidad, la residencia de Cirugía General percibía tener un mayor conocimiento sobre el perfil del médico familiar que el resto de las especialidades seguida por Medicina Interna. Mientras que la especialidad que percibía tener menor conocimiento sobre el perfil del médico familiar fue la residencia de Medicina Familiar

6. Recomendaciones

- A el ministerio de Educación Superior, Ciencia y Tecnología (MESCYT) se recomienda incluir la asignatura de medicina familiar en aquellas universidades que aún no la poseen en su programa académico, con el propósito de que los estudiantes de medicina conozcan acerca del perfil del egresado de la residencia de Medicina familiar y de una manera u otra motivarlos a tener esta especialidad dentro de sus opciones a elegir.
- Al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS), se recomienda retomar la iniciativa de capacitación en medicina familiar al médico general previo a realizar su pasantía rural con el objetivo de fomentar una medicina más integral y preventiva.
- Al Servicio Nacional de Salud (SNS), se les insta a realizar nombramientos de médicos familiares en centros de atención Primaria o unidades de atención primaria, que den acompañamiento a los médicos generales ya que dentro de los resultados de la investigación, se encontraron residentes con un mayor nivel de conocimiento sobre el perfil del médico familiar, que no habían recibido la asignatura de medicina familiar, pero que si habían obtenido conocimiento debido a que trabajaron en unidades de atención primaria, o con médicos familiares que le permitieron tener la experiencia previo a realizar su especialidad.
- A los residentes de medicina familiar, se le motiva a continuar la presente investigación pero esta vez dirigida al personal administrativo y de enfermería del hospital, especialistas y pacientes de consulta externa.
- A la Dirección General de Residencias Médicas se recomienda desarrollar un programa único de esta residencia, auxiliándose de la sociedad dominicana de médicos familiares donde todos los egresados cumplan con todas las áreas que complementan el perfil del médico familiar.
- A los hospitales que poseen residencia de medicina familiar, realizar de manera frecuente cursos talleres acerca del papel que debe desarrollar el médico familiar en el ámbito hospitalario, dirigido a residentes, especialistas, personal administrativo y de enfermería así como pacientes que asisten a consulta externa.

Bibliografía

1. Gómez Clavelina FJF, Leyva González FA. Construcción del perfil profesional del médico familiar en México. Inv Ed Med. 2017.
2. Raúl F. Gutiérrez Herrera, Análisis sobre elementos de contenido en medicina familiar para la identidad profesional del médico familiar Rev Med La Paz, 25(1); Enero - Junio 2019
3. Cruz-Gómez, Luis Fernando, et al. Propuesta para la formación en Medicina Familiar y Comunitaria, desde la percepción, conceptualización y experiencia práctica de los enfoques de Salud Familiar. En: Entramado. Julio - Diciembre, 2017. vol. 13, no. 2, p. 230-247
4. De la Cruz-Florencio P, Godínez-Tamay ED, La Medicina Familiar como especialidad médica: percepción de otros especialistas. Atención Familiar (2016); 23 (3):109-112.
5. Casado Vicente Verónica Y Colaboradores. Tratado De Medicina De Familia Y Comunitaria. Sociedad Española De Medicina Familiar Y Comunitaria.
6. Jonathan Troncoso R.; Resignificando el rol del médico en Atención Primaria; Cuad Méd Soc (Chile) 2018, 58 (3): 159-162
7. Romero-Albino Z, Cuba Fuentes M. Medicina familiar y comunitaria en el Perú: 30 años de la especialidad en personas, familias y comunidades. An Fac med. 2019;80(4):511-4
8. González Calbano A, Padula Anderson MI, Tamez Rodríguez AR, Godoy AC, Barreto Quintana HM, Martins I, et al. Expansión de la medicina familiar en América Latina: desafíos y líneas de acción. Revista Panama Salud Pública. 2018; 42: e149.
9. Adolfo Rubinstein. Sergio Terraza. Medicina Familiar Y Práctica Ambulatoria.
10. Jacqueline Ponzo, La Medicina Familiar y Comunitaria en Uruguay de 1997 a 2019: ¿cuántos kilómetros faltarán para llegar al pueblo aquel? Ciência & Saúde Coletiva, 25(4):1205-1214, 2020
11. Aldana C, Pinilla D, Rodríguez M, Hamann O,(2017) Rol, situación laboral y prospectiva de especialistas en Medicina Familiar en Colombia. Revista salud. Bosque, ene. - jun. de 2018 | Volumen 8 , Número 1 , Págs. 21-37
12. Erwin Hernando Hernández-Rincón; Rol del médico familiar en el nuevo modelo integral de atención en salud en Colombia; Revista Cubana de Medicina General Integral. 2019;35(3)e466
13. Anderson MIP, Fernández MA, Flores O, Arias L, Patricia D. 7ª Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2018;13(Suppl 1):1-3. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1873](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1873)
14. Manuel Mazara ,Perfil del médico de Atención Primaria

15. Castillo Riascos, Lina Lorena, Medicina Familiar, un camino hacia la integración de los servicios de salud. Salud Uninorte. 2017;33(1):V-VII.
16. Ana María León Romero, Perspectiva de la medicina familiar en Chile: desafíos de la práctica profesional, Cad. Saúde Pública 2019; 35(1):e00172417
17. Real Academia Nacional de Medicina de España.
18. Fernández N. L.; Burgos N. R ; Percepción de la calidad por los usuarios que asisten a la consulta del Hospital Dr. Félix María Góico Febrero-Marzo 2017,Santo Domingo, D.N
19. Página oficial Hospital Félix María Góico/ <https://hfm.g.hospital.do/nosotros/marcolegal.html>
20. Programa Único De Residencia De Medicina Familiar Y Comunitaria (UNIBE)
21. Gallegos Minero, Perfil de los médicos de familia en el primer nivel de atención de la región metropolitana de salud del minsal, enero-julio 2017.
22. Rodríguez MA, Mahecha LM, Flores O, Fernández MA. Investigación aplicada al territorio desde la Medicina Familiar. Revista Brasileña Medicina Familiar Comunidad. 2018;13: 29-42. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1851](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1851)
23. Ian McWhinney: los nueve principios de la medicina familiar
24. Julián Pérez Porto y Ana Gardey. Publicado: 2017. Actualizado: 2021. Definición .de: Definición de etario (<https://definicion.de/etario/>)
25. <https://es.wikipedia.org/wiki/Sexo>
26. https://es.wikipedia.org/wiki/Especialidades_m%C3%A9dicas
27. Real Academia Española: Diccionario De La Lengua Española, 23. Ed., Versión 23.5 En Línea. <[Https://Dle.Rae.Es](https://dle.rae.es)

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Para participantes en proyecto de investigación: NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL PERFIL DEL MÉDICO FAMILIAR EN LOS RESIDENTES DEL HOSPITAL DR. FÉLIX MARÍA GÓICO EN EL PERIODO MARZO -ABRIL 2022.

YO. EL (la) paciente _____, portador(a) de la Cédula de identidad y electoral no. _____. En el caso de que el propio paciente no pueda llenar con puño y letra, o sea dependiente de un familiar lo llenará el familiar más cercano, haciéndose constar.

DECLARO QUE,

La doctora Yhomira Celeste Montaña Delgado portadora de la cédula de identidad 402-2303187-9 y el doctor Dariel González García portador de la cedula de identidad 225-0004405-6, médicos residentes de medicina familiar y comunitaria, realizaran la investigación antes mencionada. Los mismos me han explicado y he entendido, tanto la necesidad de que se practique la investigación, así como que no existen ningunas complicaciones surgidas de la misma. Y que me han permitido preguntar y aclarar cualquier duda. Y que además, se me ha hecho valer mi derecho a declinar este consentimiento y retirarme en cualquier momento de la investigación sin que esto afecte la atención medica brindada ni habrá consecuencias, eximiendo a mi médico de toda responsabilidad asi como a la institución y universidad que avala. Y que la información y los datos suministrados serán usados única y exclusivamente por las sustentantes, que los mismos serán protegidos y serán solo revelados en presentaciones y eventos con fines científicos y guardados en una base de datos en Microsoft Excel, por lo que libre y voluntariamente firmo este documento de aprobación a que se realice la recolección de mis datos.

FIRMA DEL RESIDENTE

FIRMA DE RESPONSABLE (si es necesario)

Dr. González R3

Dra. Montaña R3

Cuestionario

Perfil Profesional del Médico Familiar

Edad _____ Sexo F / M Nivel del residente _____ Especialidad _____

1. Durante sus estudios universitarios curso la asignatura de Medicina Familiar? SI / NO
2. Como entiende usted que es su nivel de conocimiento acerca del perfil del médico familiar?
 - a) Adecuado
 - b) Intermedio
 - c) Inadecuado
3. Según la gestión en la atención primaria, cual o cuales funciones debe cumplir el médico familiar?
 - a) Gestiona el contacto inicial con los pacientes.
 - b) Identifica, evalúa y trata sin consultar con otro nivel asistencial el 80-90 por ciento de los casos y a la vez coordina la atención con otros especialistas.
 - c) Presta atención a los individuos de manera continuada a lo largo de su vida, en la consulta, en el domicilio, con urgencia, para problemas agudos (fiebre, diarrea) y para los crónicos (Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus) y problemas graves (cáncer).
 - d) Valora la calidad asistencial, detecta situaciones mejorables e implanta actividades de evaluación y mejora continua de la calidad.
4. Según el área de atención al individuo, cuales roles debe desarrollar el médico familiar?
 - a) Accesible, atención en salud al conjunto de la persona y no solo un órgano y sistema específico, a lo largo de toda la vida del individuo.
 - b) Aborda problemas cardiovasculares, Hipertensión arterial, diabetes Mellitus, obesidad, problemas de la glándula tiroides, problemas de la conducta, Problema de la piel, de los ojos, cara, nariz, oídos, garganta, problemas hematológicos y del sistema nervioso, problemas musculo-esqueléticos, conductas de riesgo, urgencias y emergencias.
 - c) Aborda grupos poblacionales y grupos con factores de riesgos como: niños, adolescentes, mujeres, adultos, ancianos, pacientes discapacitado, inmovilizados, pacientes terminales, a la vez aborda la atención a situaciones de riesgo social y familiar como: exclusión social, discapacitados y violencia Familiar.
 - d) Actúa hacia la prevención de enfermedades crónicas(Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Asma, Bronquitis crónica, etc.) infantiles (Vacunaciones)de la mujer (Planificación Familiar, Papanicolaou/detección oncológica, menopausia) del anciano(Valoración geriátrica, prevención de caídas) y evitar estilos de vida nocivos(tabaco, alcohol, sedentarismo y obesidad)

5. Según el área de atención a la familia, cual o cuales competencias debe tener el médico familiar?

- a) Asesora, interviene y media en la familia del paciente y evalúa como esta interviene en su sanación, asesorando y apoyando a aquellos que desempeñan el rol de cuidador.
- b) Realiza recogida de la información sobre la estructura y composición familiar, resaltando los antecedentes patológicos familiares estructurándolo en forma de familiograma y explora factores que indiquen una mala adaptación familiar al problema de salud.

6. Según el área de atención a la comunidad cual o cuales competencias debe tener el médico familiar?

- a) Recopilar y presentar los datos disponibles sobre su comunidad, para delimitarla y caracterizarla.
- b) Identifica problemas y necesidades de salud en la comunidad.
- c) Estudia la distribución y determinantes de los problemas de la salud prioritarios en su comunidad.
- d) Lleva a cabo acciones de educación para la salud y promoción de la participación comunitaria.

7. Según el área de Formación, Docencia e investigación cual o cuales competencias debe tener el médico familiar?

- a) Desarrolla hábitos de lectura continuada en aquellas fuentes de información más apropiadas.
- b) Asiste regularmente a actividades de formación, como congresos, cursos, seminarios, sesiones clínicas, etc.
- c) Participa activamente en las actividades formativas realizadas dentro del equipo de salud.
- d) Desarrolla actividades docentes dirigidas a personal de pregrado (estudiantes de medicina, de enfermería, etc.), y como tutor, de los médicos residentes de medicina familiar y comunitaria.
- e) Desarrolla el hábito de lectura crítica de los trabajos de investigación, especialmente del nivel de Atención primaria y reconoce las diferentes etapas de una investigación clínica o de salud comunitaria.
- f) Identifica áreas «problema» susceptibles de investigación.