

República Dominicana  
Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña  
Facultad de Ciencias de la Salud  
Escuela de Medicina  
Hospital Dr. Juan Pablo Pina  
Residencia de Medicina Familiar y Comunitaria

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE MEDICINA FAMILIAR QUE TIENE LA  
POBLACIÓN DE LA COMUNIDAD DE SAN CRISTOBAL EN EDADES  
DE 20 A 50 AÑOS, EN EL PERIODO MARZO-ABRIL 2014.



Tesis de post grado para optar por el título de especialista en:  
**MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

Sustentante:

Dra. Wendy Geydy Dipré Acevedo

Asesores:

Dra. Iris Paula (Clínica)

Dra. Claridania Rodríguez de Rosario (Metodológica)

Los conceptos emitidos en la presente tesis de post grado son de la exclusiva responsabilidad de la sustentante de la misma.

Distrito Nacional: 2015

## **CONTENIDO.**

Agradecimientos	
Dedicatorias	
Resumen	
Abstract	
I. Introducción...	8
I.1. Antecedentes	8
I.1. Justificación	9
II. Planteamiento del Problema.	11
III. Objetivos.	12
III.1. General.	12
III.2. Específicos.	12
IV. Marco Teórico.	13
IV.1. Orígenes de la medicina familiar y comunitaria	13
IV.1.1. Medicina familiar en norte América	14
IV.1.2. La Medicina familiar en Europa	15
IV.1.3. Medicina familiar en América Latina.	16
IV.1.4. Fundamentos teóricos de la medicina de familia	17
IV.1.5. Desarrollo historio de la medicina de familia como práctica Profesional.	18
IV.1.6. Medicina Familiar y comunitaria en República Dominicana	19
IV.2. Las dos nuevas leyes que impulsan el cambio	20
IV.2.1. Un nuevo modelo y más amplio conceptos de salud: ley 42-01	21
IV.2.2. Ley 87-01 de seguridad social	22
IV.3. Reforma del sector salud en América Latina	24
IV.4. Historias de las Unidas de Atención Primaria en Salud	24
IV.4.1. Atención primaria en salud	24
IV.4.1.1. Unidad de atención primaria	25
IV.4.2. Los principios que rigen el fortalecimiento de la atención primaria son .	26
IV.5. Principios de la Medicina Familiar y Comunitaria	26
IV.6. Perfil del médico familiar	27

IV.6.1. Perfil del médico de familia por sociedad de médicos familiar República Dominicana. . . . .	34
IV.6.2. Perfil del médico de Familia en Iberoamérica . . . . .	35
IV.7. El modelo de atención . . . . .	40
IV.7.1. Un modelo centrado en la persona. . . . .	40
IV.7.2. Un modelo de relación. . . . .	41
IV.7.3. El poder y la autoridad. . . . .	42
IV.7.4. La responsabilidad. . . . .	42
IV.7.5. Orientacion comunitaria y participación. . . . .	43
IV.7.6. Accesibilidad y demanda. . . . .	43
IV.7.7. La promoción de salud de la población. . . . .	44
IV.7.8. Población a cargo. . . . .	44
IV.7.9. Continuidad en el cuidado de la salud. . . . .	44
IV.8. Participación comunitaria . . . . .	46
IV.8.1. Participación en la toma de decisiones clínicas. . . . .	46
IV.8.2. Definición de problemas y control social. . . . .	46
IV.8.3. Participación en el espacio local e intersectorialidad. . . . .	46
V. Hipótesis. . . . .	48
VI. Operacionalización de las variables . . . . .	49
VII. Material y método. . . . .	51
VII.1. Tipo de estudio . . . . .	51
VI.2. Demarcación geográfica. . . . .	51
VI.3. Universo . . . . .	51
VI.4. Muestra . . . . .	52
VI.5. Criterio de inclusión. . . . .	52
VI.6. Instrumento de recolección de datos. . . . .	52
VI.7. Técnica y procedimientos . . . . .	52
VI.8. Aspectos éticos . . . . .	52
VIII. Resultados. . . . .	53
IX. Discusión. . . . .	61
X. Conclusiones. . . . .	62

XI. Recomendaciones. . . . . 63

XII. Referencias. . . . . 64

XIII Anexos . . . . . 66

    XIII.1. Cronograma. . . . . 66

    XIII.2. Instrumento de recolección de datos . . . . . 67

    XIII.3. Costos y recursos . . . . . 68

    XIII.4. Evaluación. . . . . 69

## **AGRADECIMIENTOS.**

A Dios.

Por ser el todo poderoso que permitió y sigue permitiendo que yo sea una más en la tierra, me dio la fuerza, dedicación, sabiduría, pasión y responsabilidad para seguir en esta carrera. Siempre estás conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente para seguir adelante.

Agradecer hoy y siempre a mi familia (a mami, mis hermanas y hermano).

Por el esfuerzo realizado y su apoyo, a mi esposo Rafael Mateo por su apoyo incondicional y que siempre estuvo cuando lo necesité.

Un agradecimiento especial a mi asesora de tesis la Dra. Claridania Rafaela Rodríguez De Rosario coordinadora de post grado FCS UNPHU.

Por su colaboración, paciencia, apoyo, conocimientos y su valioso tiempo que me presto para que mi trabajo de tesis finalizara con éxitos.

La sustentante.

## **DEDICATORIAS.**

Le dedico primeramente mi trabajo a Dios el creador de todas las cosas y mi maestro, el que me da la fortaleza para continuar y cuando caigo poder levantarme.

A mi padre.

Aunque tu presencia no está conmigo, se que tus recuerdos, palabras y amor siguen conmigo dándome fuerzas y acompañándome, siempre estuviste de mi lado y confiaste en mi. Te amo papi.

A mi madre.

Por permitirme ser tu hija, por la crianza que me diste y darme lo mejor de ti tu apoyo, amor y confianza. Te amo.

Dra. Wendy Geydy Dipré Acevedo.

## **RESUMEN.**

Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, de colección prospectivo de datos con la finalidad de determinar nivel de conocimiento sobre medicina familiar que tiene la población de la comunidad de San Cristóbal en edades de 20 a 50 años, en el período marzo-abril 2014. El 52.1 por ciento de los entrevistados tenían un nivel de conocimiento malo. Según la edad de los entrevistados, el 27.1 por ciento tuvo más o igual a 46 años. En relación al sexo de los entrevistados, el 64.1 por ciento predominó en el femenino. En cuanto a la procedencia de los entrevistados, el 51.1 por ciento vive en zona urbana central. Con respecto a la escolaridad de los entrevistados, el 30.4 por ciento es universitario. El 75.0 por ciento de los entrevistados fueron consultados con un médico familiar. Según si orienta sobre los problemas de salud que consulta el médico familiar, el 75.0 por ciento respondió que si orienta. En relación a la satisfacción con la atención que ofrece el médico familiar, el 75.0 por ciento si estaba satisfecho.

**Palabras claves:** nivel de conocimiento, medicina familiar, malo, satisfecho.

## **ABSTRACT.**

A descriptive, cross-sectional, prospective collection of data in order to determine level of knowledge about family medicine that has the population of the community of San Cristobal in ages 20 to 50, in the March-April period was conducted 2014 52.1 percent of respondents had a poor knowledge level. Depending on the age of respondents, 27.1 percent had more than or equal to 46 years. In relation to the gender of the respondents, 64.1 percent predominance in females. As for the origin of respondents, 51.1 percent live in central urban area. With regard to the education of the respondents, 30.4 percent are university. 75.0 percent of respondents were consulted with a family doctor. Depending on whether guidance on health problems consulting the family doctor, 75.0 percent responded that if you target. Regarding the satisfaction with care provided by the family doctor, 75.0 percent if he was satisfied.

**Keywords:** knowledge level, family medicine, bad, happy.



## **I. INTRODUCCIÓN.**

### **I.1. Antecedentes.**

La República Dominicana se encuentra inmersa en un sistema de reforma donde se privilegia la salud familiar y se fortalece las estrategias de atención primaria, el médico familiar y comunitario es el protagonista por excelencia para asumir los retos en la construcción de este nuevo modelo de atención. Cuyo eje central es la familia y desborda los muros institucionales, entendiendo que la salud no es solo ausencia de enfermedad sino que incluye el desarrollo de las potencialidades humanas dentro del contexto social e histórico que le toca vivir.

Era necesario formar un médico con una visión holística que desbordara los muros institucionales y recatara el concepto de médico de cabecera. En ese escenario surge las escuelas de medicina familiar y comunitaria en el 1981, la primera en san pedro de Macorís avalada por la universidad del este (UCE), 19 años después en el año 2000 y en el pleno proceso de reforma la secretaria de la Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS) bajo el ministerio del Dr. José Octavio Ceballos y siendo director Nacional de Residencia Medica Pedro Sing. Inicia un programa abalado por la universidad Autónoma de Santo Domingo que desborda muros institucionales y que busca permanentemente conocimientos y estrategias que permita promover estilos de vida saludable, educar a su Población, Prevenir la Enfermedad y hacer diagnostico precoz, tratamiento oportuno , eficaz y rehabilitación temprana cuando sea necesario, tomando en consideración la familia y el entorno.

La Medicina Familiar es la disciplina médica que se encarga del mantenimiento y la resolución de los problemas de salud frecuentes en los individuos, familias o comunidades, independientemente de la edad, sexo o el órgano o sistema afectado.

Durante las últimas décadas, República Dominicana ha experimentado grandes cambios en su situación de salud, los que se manifiestan en su situación de transición demográfica y epidemiológico. Esto, que ha ocurrido de forma similar en otras partes del mundo, ha generado nuevos desafíos en el enfrentamiento de los problemas de salud emergentes, transformándose en el motor para impulsar los procesos de reforma de los sistemas de salud.

Estas características específicas del perfil derivado fundamentalmente, de su ámbito de actuación profesional del Médico de Familia conforman un cuerpo propio de conocimiento específico: el de la Atención Primaria de Salud y de una forma propia de llevar a cabo dicha Atención a través de un enfoque biopsicosocial, en el que adquieren verdadero protagonismo la integración de las actividades de curación de la enfermedad con las actividades de Promoción y Prevención, rehabilitación y cuidado paliativo. A resultados didácticos, éste perfil profesional se plasma en las cinco áreas competenciales siguientes sobre las que existe un alto nivel de consenso en la Unión Europea.

Es importante que independientemente de los escenarios, su perfil le permitan trabajar ya sea en el consultorio, la comunidad, docencia o la investigación debe existir congruencia entre el perfil del especialista formado y las posibilidades de implementar las competencias adquiridas en modelos formados basados en la práctica de medicina familiar y comunitario.

Cuatro áreas básicas necesitan competencias en el modelo iberoamericana; asistencial, atención orientada a la comunidad, docencia e investigación y gestión de recursos. En relación a estos pretendemos comprender el perfil del egresado médicos/as. Familiar y comunitario y su experiencia en el desarrollo de su inserción en el sistema de salud en República Dominicana.

## 1.2. Justificación.

En las últimas décadas se ha producido un cambio en las relaciones clínicas asistenciales que se establecen entre profesionales y pacientes hacia una mayor concienciación de los derechos y deberes de los pacientes en relación con la salud. Este cambio genera la búsqueda de valores éticos aceptados universalmente como la dignidad, la libertad y el poder de decisión de las personas. Uno de los principios de mayor actualidad en bioética es la autonomía del paciente donde se plantea la necesidad de respetar la capacidad de decisión y el derecho de su voluntad.

En vista de la mayor longevidad de la población y los avances tecnológicos surge la necesidad de reflexionar sobre los cuidados que una persona necesitará y quiere recibir al final de la vida. Sin embargo, cuando un sujeto es incapaz de participar en

dicho proceso surge la duda de cómo respetar dicha autonomía y toma de decisiones.

Así mismo, se valora el entorno del Equipo de Atención Primaria como un ámbito idóneo donde las personas puedan recibir información y orientación veraz y ajustada acerca del Documento y del procedimiento, tanto por la estrecha relación que se establece entre los profesionales y el usuario, paciente como por los momentos de menor gravedad en que se desarrolla dicha relación.

## II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El proceso de reforma debe recoger aquellos elementos que han sido fortalezas de nuestro sistema, para modificar e incorporar los que se requieran para el logro de los avances esperados. En este sentido, las experiencias internacionales han puesto en evidencia que la eficiencia y efectividad de los sistemas, mejora, ostensiblemente, si se estimula el desarrollo de la atención primaria en su interior.

Ante este cambio epidemiológico, República Dominicana ha puesto en marcha un proceso de reforma de su sistema de salud, buscando, dar una respuesta también, a otros aspectos claves de su realidad: los costos crecientes en salud, la insatisfacción con el sistema actual (que la población ha manifestado permanentemente) y las diferencias en materia de equidad, que se han generado al interior del sistema.

En nuestro país se inicia la formación del médico de familia en el año 1981, sin previamente haber trazado una política a seguir con este recurso de salud. De hecho, no es hasta la promulgación de la ley General de Salud (42-01), cuando se establece el marco jurídico para el ejercicio de la medicina familiar cuando plantea la ley esta especialidad como la ideal para garantizar la ejecución del plan Familiar de Salud desde 1982.

Tomamos para realizar nuestra investigación lo que se define como nivel de conocimiento de la población de San Cristóbal sobre el médico de familia.

En nuestro estudio pretendemos determinar cuál es nivel de conocimiento de la población sobre las funciones de la medicina familiar y comunitaria y su inserción en el nuevo modelo de salud dominicano, cuál será el impacto que causara en los procesos de reforma de dársele la oportunidad de ser protagonistas en la implementación del nuevo modelo de atención, por eso nos formulamos la siguientes interrogante:

- 1- ¿Nivel de conocimiento sobre medicina familiar que tiene la población de la comunidad de San Cristóbal en edades de 20 a 50 años, en el período marzo-abril 2014?

### **III. OBJETIVOS.**

#### **III 1.General.**

1. Determinar el nivel de conocimiento sobre medicina familiar que tiene la población de la comunidad de San Cristóbal en edades de 20 a 50 años, en el período marzo-abril 2014.

#### **III.2. Específicos.**

Nivel de conocimiento sobre medicina familiar que tiene la población de la comunidad de San Cristóbal en edades de 20 a 50 años, en el período marzo - abril 2014, según:

1. Edad
2. Sexo
3. Procedencia
4. Estado civil
5. Escolaridad
6. Sabe usted que es medicina familiar
7. De donde obtuvo la información sobre el médico de familia.
8. Cree que el médico familiar está capacitado para resolver los problemas de salud del 1er nivel de salud.
9. Su médico familiar le orienta sobre los problemas de salud que consulta.
10. Te sientes satisfecho con la atención que te ofrece el médico familiar.

## **IV. MARCO TEÓRICO.**

### **IV.1. Orígenes de la Medicina Familiar y Comunitaria.**

La Medicina Familiar se desarrollo desde la práctica general, en el siglo XIX a principio del siglo XX, la gran mayoría de la profesión médica eran médicos/as generales, lo que practicaban medicina, cirugía y obstetricia. En los primeros años de este siglo, comenzaron a surgir especialidades mayores: medicina interna, cirugía, pediatría, obstetricia y psiquiatría. La entrada a esta especialidades se hacía a través del entrenamiento de pos grado y los médicos generales fueron definidos por su falta de entrenamiento adicional. Se asumía que cualquier graduando médico podía ser un médico general y que la practica general no era una disciplina clínica por derecho propio.<sup>2</sup>

Durante la segunda mitad de este siglo el número de especialista creció gradualmente y las especialidades mayores se fragmentaron en sub. especialidades. El número de médicos/as generales declino y el entrenamiento más limitado de estos, no los preparaban para manejar el amplio espectro de padecimientos tradicionalmente atendidos por generalistas. En este tiempo, emergió el concepto de niveles de atención.

A nivel de la atención primaria el público tiene absceso a un médico/a generalista que es capaz de manejar el 80-90 por ciento de todos los problemas de salud. La medicina familiar y comunitaria es la combinación de la tradición humanistas, del antiguo médico/a general, con el desarrollo tecnológico de la segunda mitad del siglo XX dentro del marco producidos por la colectivización de la asistencia médica dicha por Tomas Gómez.

Cerca de los años 50, el debilitado número de médicos generales comenzó a crear una brecha en el nivel de atención primaria. Fue en esa época que en muchos países se formaron los colegios y academias de medicina general, dedicados al desarrollo académico de la disciplina. La experiencia de la medicina general comenzó a ser vista, no simplemente como el grueso indiferenciado de la profesión, sino como una disciplina clínica y un cuerpo de conocimientos por derecho propio.

Los Estados Unidos, el informe de la comisión Millis en 1966, titulado "La educación graduada de los médicos", recomendó el entrenamiento especializado de

pos grado para todos los médicos de atención primaria. En los años subsecuentes se formaron los departamentos de medicina general o familiar en las escuelas de medicina, se desarrollaron programas de entrenamiento y se establecieron las calificaciones para la especialidad.

#### IV.1.1. Medicina Familiar en Norte América.

La medicina renació en los años 60 de las raíces, todavía vivas, de la medicina general, su renacimiento se basó en la definición como disciplina académicas y en su introducción en las escuelas de Norteamérica.<sup>16</sup>

Estas reformaciones de la medicina general comienzan de forma coincidente en Estados Unidos, Canadá, Australia y Gran Bretaña, durante la década de 1960, con fuertes críticas al predominio de la especialización. El Sociedad de Médicos de Familia de Canadá fue fundado en 1954. En 1966 se establecen los programas educativos de posgrado de Medicina de Familia. En 1969 se aprobó la medicina de familia como la vigésima especialidad médica en Estados Unidos, y en 1969 se crean en ese país los primeros programas educativos de posgrado de medicina familiar. En Gran Bretaña se puso en expedición el examen para ingresar como miembro del grupo norteamericano de investigación de atención primaria en 1965, y en 1968 el examen era ya la única manera de ingreso. A finales de la década de 1960 existían varios sistemas de formación posgraduada.

La Medicina de Familia aparece con ese nombre en estados unidos, en 1966, en el Informe Willard, que propone la creación de una forma diferente de atención medica exigida por la sociedad americana que había expresado su disconformidad con el tipo de atención que recibía, basada en una medicina ejercida por especialistas, fuertemente tecnológica y con predominio hospitalario.

En 1969, este proceso tiene su inicio real con la fundación del Consejo Americano de Medicina de Familia y la creación de las primeras residencias para entrenar a médicos de familia. En el 1970 el consejo americano realizo sus primeros exámenes; en 1969 se aprobaron 15 residencias de medicina de familia y 10 años más tarde el número aumento a 382 residencias; el 15 por ciento de los graduandos eligió especializarse en medicina de familia. En 1980 el 85 por ciento de las escuelas de

los estados unidos tenían departamentos o divisiones de medicina de familia. Los fundamentos para la creación de esta nueva especialidad y un tipo diferente de profesional fueron la necesidad de humanizar e integrar la atención a las personas. Estas cualidades eran lo opuesto a la despersonalización y la fragmentación que caracterizaba la atención de ese momento.

#### IV.1.2. La Medicina Familiar en Europa.

Su comienzo se remonta a la ley de sanidad de 28 de noviembre de 1855, por la que se obliga a los municipios a crear la Beneficencia Municipal. En Austria se estableció en 1973 el programa de medicina de familia por el Royal Australian College of General Practitioners, que comenzó con 250 residentes. En el 1970 se realizó la cuarta conferencia mundial de médicos/as generales en Chicago con el lema "La unidad familiar en la atención de salud", donde se decidió establecer una Organización Mundial de Colegios, Academias y asociaciones nacionales de médicos/as de familias (wonca).<sup>5</sup>

En Europa 30/1977 del comité del ministro del consejo de Europa recomendó a todos los estados miembros la potenciación de la "medicina primaria" como piedra angular del sistema sanitario. Esto se reduce poco después con la Directiva de la Comunidad Económica Europa 86/ 457, que estableció la necesidad de una formación específica en Medicina General de al menos 2 años de duración, en todos los países miembros, y que se hace obligatoria a partir del 1/1/ 1995 para ejercer en los sistemas públicos de todos los países de la Unión Europea.

Posteriormente, el comité permanente de médicos de la comunidad europea en 1993 y la conferencia de consenso sobre formación específica en medicina general / de Familia de la unión Europea des Medecins Ordinaires (UEMO) en 1994, declaran que la formación posgraduada específica en medicina general es esencial, y debe durar como mínimo 3 años. Lo que se materializa 2001/ 19/ CE del parlamento europeo y el consejo de mayo 2001.



#### IV.1.3. Medicina Familiar en América Latina.

En 1943 en México, la atención médica era ofrecida por especialistas quienes atendían solo padecimientos de su especialidad impidiendo la atención total del individuo sin ningún enfoque familiar. Fue en el 1953 cuando surge la idea en Monterrey de un grupo de médicos/as quienes dan a conocer la categoría de médico/as de familias o médico /as del hogar ya que tenía como función visitar al usuario en su domicilio. La especialidad en medicina familiar se creó el 15 de marzo de 1971, con el aval universitario en el año 1974 por la facultad de medicina de la universidad autónoma de México.

En Cuba en el 1958 la salud revolucionó hacia la organización de los servicios preventivos y curativos, debiendo enfrentarse con la pérdida de un 50 por ciento del recurso humano médico; desde los años 70 el gobierno planteó su orientación hacia la estrategia de atención primaria de salud. En 1982, desde la más alta jerarquía del país el comandante Fidel Castro Ruz, se comienza hablar del médico de familia.<sup>2</sup>

El 1984 en el policlínico de Lawton, ciudad de la Habana, comienzan 10 médicos/as cada una de las cuales le asignaron 120 familias. La organización de los médicos/as se hizo en base a los grupos básicos de trabajo normatizado en sus actividades y regionalizado en una estrategia que cumplió con normativas que la organización panamericana de la salud definió como silos (Sistemas locales de Salud). Desde el 1993 se forma la sociedad cubana de medicina familiar.

Costa Rica en 1985 la caja costarricense de seguro social presentó un proyecto al comité de Educación Médica Continuada del centro de desarrollo estratégico e información en salud y seguridad social para desarrollar una residencia de Medicina Comunitaria, el cual fue aprobado.

En 1987 inicia el primer programa con 10 médicos/as contando con el apoyo de la sección de medicina comunitaria del departamento de salud pública de la universidad de Costa Rica; en enero 1988 la junta directiva de la caja costarricense de seguro social aprueba que el centro integrado de salud de Coronado se convertirá en el primer centro docente asistencial de medicina familiar y comunitaria.

#### IV.1.4. Fundamentos teóricos de la medicina de familia.

Así como algunos sociólogos sostienen que la aparición de la medicina familiar fue una respuesta de la profesión a las necesidades de la sociedad, nosotros pensamos, asimismo, que constituyó un producto de las nuevas tendencias científicas. La base principal de su concepción es provista por la teoría general de los sistemas propuesta en 1945- 1955 por Ludwig Von Bertalanffy, otros desarrollos epistemológicos también contribuyen a la sustentación de la medicina de familia. Esta impresionante aparición de concepciones científicas que se da en la segunda parte del siglo xx agrega médicos de familia.<sup>5</sup>

Diferencias de la medicina de familia con otros enfoques médicos es necesario explicar permanente semejanzas, diferencias y relaciones entre la medicina de familia con la atención primaria de salud (APS), con la medicina especializada o altamente compleja, y con la medicina general.

La estrategia Atención Primaria, a pesar de la promoción de los organismos internacionales y el apoyo de los gobiernos, no ha tenido los resultados que se esperaba; su evaluación realizada 25 años después de Alma Ata reconoce su fracaso.

En un artículo del Dr. David A. Tejada de Rivero, organizador de la conferencia de Alma Ata, se dice: "las condiciones que dieron origen a la meta social y política de salud para todos y a la estrategia, también social y política, de la atención primaria de salud, no solo subsisten sino que se han profundizado". El marco de la aplicación de esta estrategia ha sido mayor en aquellos países con menor desigualdad en la distribución de su ingreso y, por el contrario, mucho menor en países pobres y con alta desigualdad en la distribución de ingreso. Esto es corroborado por la resolución de los ministros de salud de las Américas de septiembre de 2003.

El fracaso hace difícil remontar la opinión de mucha gente de que la APS es un tipo de atención para los sistemas de servicios públicos o simplemente es medicina para pobres, mientras que la medicina basada en especialistas y compleja es considerada casi siempre el desiderátum de la medicina de alta calidad científica. La discusión sobre la diferencia entre medicina general y medicina de familia también sigue vigente en muchos países, especialmente en América Latina. El ejemplo de

argentina es expresivo: hay residencias de medicina general; de las primeras egresan médicos de familia y de las segundas, médicos generalistas. Sin embargo, los graduados de las facultades de medicina, aunque no cursen ningún postgrado, son también médicos generalistas, solo que lo son por omisión y no por formación.

Esto tiende a confundir a la gente, y el mantenimiento de este estado de cosas tiene más connotaciones políticas o ideológicas que fundamentos científicos. Son precisamente los principios y fundamentos de la medicina de familia, descritos anteriormente, los que nos distinguen de los tipos mencionados de aproximaciones a la atención del paciente. Se puede afirmar con certeza que la medicina de familia surgió como repuesta a una necesidad social. Según lo escribiera el sociólogo John Naisbitt (1983), su aparición responde a un megatendencia de la sociedad, la necesidad de más contacto humano como reacción al mundo tecnológico que la invade, pero también se inserta en un cambio de paradigma de la ciencia en general, al pasar de un enfoque reduccionista a uno sistémico que en medicina, en particular, es representado por el enfoque biopsicosocial en lugar del biomédico tradicional.

#### IV.1.5. Desarrollo historio de la medicina de familia como práctica profesional.

La medicina de familia es la única especialidad médica hasta el momento que no ha surgido por los mecanismos habituales por los que aparecen las especialidades tradicionales; el progreso de la investigación biomédica o el desarrollo tecnológico, sino por la presión de responder a imperiosas necesidades sociales, tanto de las comunidades como de estado (Iturbe, 1987).<sup>11</sup>

La medicina de familia procede de una rama más antigua de la medicina: la medicina general. En algunos países la medicina general ha tenido una continuidad histórica y ha mantenido una buena imagen en la población; en estos casos, la denominación no ha cambiado. En otros países, medicina general significaba medicina de baja calidad, por lo que junto con la incorporación de nuevos contenidos se optó por cambiar el nombre: Medicina de Familia ha sido el nombre elegido para una disciplina nueva bien cualificada (Ramos. 1997).

El principio de la medicina general se encuentra en una resolución del Parlamento Británico, que 1815 permitió a los boticarios diagnosticar y tratar las enfermedades.

Esto se debió a que los escasos médicos/as formados en las universidades servían a los aristócratas y ciudadanos acaudalados.

#### IV.1.6. Medicina Familiar y Comunitaria en Republica Dominicana.

La medicina de familia en republica dominicana da sus primeros pasos en 1981 cuando el Instituto Dominicano de Seguros Social (IDSS), preocupado por ofrecer a sus asegurados a una atención médica más completa y mejor cualificada, comienza a organizar el primer programa. La Universidad central del este con sede en San Pedro de Macorís participo durante esa época de congresos en Venezuela y Puerto Rico durante 1980 y 1982, lo que incentivó el desarrollo de la especialidad.<sup>9</sup>

En el 1983 con el aval académico de esa universidad se realizaron cursos intensivos de capacitación docente para quienes estaban a cargo de la residencia del Instituto de Seguro Social en el hospital "Dr. Jaime Oliver Pino" en la ciudad de San Pedro de Macorís. Los mismos fueron impartidos por el departamento de medicina familiar de la universidad de Puerto Rico, bajo la dirección del Dr. Herman Stubbe. Tres años después aparecieron los primeros egresados, que sumaban cincuenta en el 1991. Era el único servicio de medicina familiar que existía en el país.

Décadas de trabajos de miles de médicos/as de familia en el trato con los pacientes y en el ámbito académico han permitido construir con su experiencia, su creatividad y sus trabajos de investigación, un nuevo marco teórico importante que enriquece la práctica y la disciplina de la medicina de familia. La sociedad dominicana de medicina familiar se fundó en 1986 agrupando a los egresados de las residencias.

En 1999 un grupo de 6 grandes soñadoras y emprendedoras médicas familiares y comunitarias, sometieron a la Secretaria de Estado de Salud Publica y Asistencia Social para ese entonces, el Programa Pos grado, entre se encontraban las Dra. Cándida Gil, Aideé Cuás Ramírez, Rafaela Castillo, Isabel Díaz, Lucina LLaugel y Aracely Torres, Apoyadas por el Dr. Francisco Soriano en ese entonces presidente de la Sociedad Dominicana de Medicina Familiar y Comunitaria, (SODOMEFA) surge el lanzamiento de 10 plazas a concurso que intentaba movilizar los recursos técnicos, morales y de actitudes que permitieran eliminar los factores de riesgos y

propiciar una nueva cultura de la salud. Con la promulgación de la ley de seguridad social y la ley general de salud que promueven un seguro de salud familiar.<sup>6</sup>

En ese sentido en el año 2000 bajo la gestión del Dr. José Octavio Ceballos, y siendo en ese entonces el Dr. Pedro Sing Ureña Director Ejecutivo de Residencia Médicas, nace la primera residencia de medicina familiar y comunitaria, teniendo como sede el Hospital Docente Dr. Francisco E. Moscoso Puello.

Con la promulgación de la ley de seguridad social y la ley general de salud que promueven un seguro de salud familiar, se crea la necesidad de multiplicar las escuelas de formación de estos profesionales, teniendo en actualidad la especialidad en:

1. Hospital General Plaza de la Salud, SESPAS-PATRONATO, Sto. Dgo (2001)
2. Hospital Luís E. Aybar, SESPAS - CEMADOJA, Sto. Dgo (2003)
3. Hospital Luís Morillo King SESPAS, La Vega (2003)
4. Hospital San Vicente de Paúl SESPAS San k.o. (2003)
5. Hospital Marcelino Vélez Santana SESPAS-PATRONATO, Sto. Dgo (2004)
6. Hospital San Pío XXI, SESPAS – Santiago (2006)
7. Hospital Ramón de Lara, SESPAS – FFAA (2006)
8. Hospital Seguro Médico de Maestro, SESPAS - SEMMA (2006)
9. Hospital Antonio Musa, SESPAS – San Pedro de Macorís (2006)
10. Hospital Central de las Fuerzas Armadas, (2006)
11. Hospital Juan Pablo Pina, SESPAS- San Cristóbal (2008)
12. Hospital Regional TAIWAN, SESPAS- Patronato Azua (2008)
13. Hospital Regional Alejandro Cabral, SESPAS San Juan (2008)
14. Hospital Jaime Mota SESPAS- Barahona, (2008)

#### IV.2. Las dos nuevas leyes que impulsan el cambio.

Nuestro país no está al margen de lo que sucede a su alrededor. Igual que en los demás países del continente, las cosas han comenzado a cambiar. Ya hemos visto como la salud ha venido sufriendo todo un huracán internacional y como en los últimos 20 años la reforma de los sistemas sanitarios ha ido desplazándose de un

país a otro, sin parar. Este impulso llegó a la República Dominicana en la década pasada y con la llegada del nuevo milenio su empuje ha sido aun mayor.<sup>12</sup>

En efecto, en la República Dominicana el siglo XXI inició con la gran apuesta de transformar, en un plazo de diez años, todo el sistema de salud. Lograrlo será un desafío sin precedentes. Después de muchos intentos fallidos, después de hacer y deshacer diversos borradores y de una larga historia de negociaciones, ataques y contraataques, en el año 2001 se promulgó una nueva ley General de Salud (42-01), y dos meses después, la ley que crea el sistema Dominicano de Seguridad Social (87-01). Estas dos nuevas leyes, distintas pero estrechamente relacionadas y complementarias entre sí, introducen cambios verdaderamente radicales en todo lo que hasta ese momento existía; la transformación ya está en marcha y ciertamente nada la va a detener.<sup>13</sup>

#### IV.2.1. Un nuevo modelo y más amplio concepto de salud: ley 42-01.

En el mes de marzo del año 2001, el Poder Ejecutivo convirtió en ley el nuevo marco regulador del sistema nacional de salud de la República Dominicana: la ley 42-01. La ley general de salud está llamada a regular, no solo el ejercicio público de la salud, ni siquiera solo el ejercicio de la salud como tal, sino todo el sistema que conforma la salud dominicana. Con la aprobación de esta ley el país está obligado a reconstruir, ampliar y reorganizar “la casa”, en materia de salud. Para hacerlo, hay que rescatar al médico de cabecera, el médico de familia, hay que empezar por volver a mirarle la cara a la gente, preguntarse: ¿Que quiere decir tener derecho a la salud? ¿Qué significa? “Salud Para Todos”

Aplicado a la República Dominicana? Como se ha dicho, no es solo cuestión de curar a las personas cuando se enferman, aunque para el actual sistema de salud esto es lo más importante, lo esencial en el nuevo sistema es que se promueve la salud y que se prevengan enfermedades y que los planes de salud se hagan en base a las necesidades de los principales actores sociales, la población, en su propio entorno familiar y comunitario.

La aprobación de estas leyes significa que las autoridades y la sociedad se comprometen a propiciar las condiciones para que la población sea cada vez más

saludable. El derecho a la salud, entendido de esta manera, necesita de otra organización en los servicios. Y mucho más.

Al ponerse al día con los tiempos, las nuevas leyes introducen conceptos hasta ahora ausentes en la legislación dominicana, al tiempo que establece que “la salud es un medio para el logro del bienestar común y un fin como elementos sustantivo para el desarrollo humano”. Habla de la “Producción social de la salud” y establece las líneas generales de organización y funcionamiento de lo que define como el Sistema Nacional de Salud.

#### IV.2.2. Ley 87-01 de seguridad social.

El 24 de abril del año 2001 el Senado de la República convirtió en Ley el proyecto que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social. Si la ley General de Salud reorganiza todo el engranaje para hacer posible que haya una oferta oportuna, eficiente, universal y equitativa de servicios de salud en el país, la Ley de Seguridad Social establece un cambio profundo en la otra cara de la moneda: como la gente va a acceder a esos servicios, de qué manera el estado garantiza que los ciudadanos y ciudadanas estén protegidos, a través de un seguro, contra los riesgos de enfermedad, maternidad y accidentes de trabajo.<sup>13</sup>

La seguridad social va más allá de la salud y también crea todo un mecanismo muy complejo para garantizar que todos y todas cuenten con una protección en la vejez, en la cesantía laboral por edad avanzada en la supervivencia a la muerte de un familiar. Considerando: la facultad normativa otorga a la superintendencia mediante el artículo 2 de la Ley 87-01. Considerando: que el primer nivel de atención es la puerta de entrada en la Red. de Servicios de Salud donde el usuario tiene el primer contacto con los servicios en el SDSS.

#### Resolución.

Primero. A partir del día 1ero de septiembre del año 2007, los afiliados- al sistema dominicano de seguridad social (SDSS) pertenecientes al régimen contributivo de salud, tendrán como puerta de entrada a los servicios del plan de servicios de salud (PDSS), la atención primaria en salud o primer nivel de atención, disponible y

habilidades en los prestadoras de servicio de salud (PSS).autorizadas por la secretaria de estado de salud y asistencia social (SESPAS). En especifico hospitales, clínicas, centros de salud y demás prestadoras de los servicios del primer nivel de atención.<sup>16</sup>

#### Párrafo I.

Se entiende por servicios de primer nivel de atención, las siguientes:

- 1) consulta general y de especialidades básicas,
- 2) atención domiciliarias.
- 3) Atención a las urgencias y emergencias medicas.
- 4) apoyo diagnostico para primer nivel de complejidad.
- 5) pruebas de laboratorios de primer nivel de complejidad.
- 6) consulta odontológicas general.
- 7) atención prenatal y pos natal.
- 8) los trece (13) programas de prevención y promoción de la salud contenidas en el PDSS.

Párrafo III los servicios de primer nivel atención serán ofrecidos por médicos generales, médicos familiares y otras especialistas.

Quinto: todos los afiliados deberán asistir a una primera consulta en la prestadora de servicios de nivel de atención, con el propósito de dar apertura a su historial clínico, obtener certificación de su diagnostico y ser informados a cerca de los programas de prevención y promoción de la salud, coordinados dicho nivel de atención.

Ley general de salud, difundida el 8 de marzo del año 2001 y 87-01 (Ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social) promulgada el 9 de mayo del mismo año, sientan las bases para la conformación del sistema Nacional de Salud (SNS) y del Sistema Dominicano de Seguridad Social, respectivamente.

La Ley 87-01 implanta los fundamentos para el desarrollo de un sistema de protección social con cobertura universal, promoviendo el aumento del aseguramiento vía cotizaciones sociales, con los aportes de empleadores y empleados, así como del Estado para las personas de menores ingresos.



Este nuevo guarnición legal consagra el deber del Estado en garantizar la salud a toda la población y ordena realizar las transformaciones necesaria para que las funciones del Sistema Nacional de Salud –rectoría, provisión, aseguramiento, financiamiento se separen y sean asumidas por las diferentes instituciones que le conforman. Al Ministerio de Salud Publica antigua (SESPAS) se le asigna la función de rectoría y la provisión de las intervenciones de Salud Colectiva La función de Financiamiento a las prestaciones de atención a las personas de menores ingresos se transfiere, vía subsidio a la oferta, al Seguro Nacional de Salud, el cual compra los servicios en los establecimientos de salud que se organizaran a través de redes de prestación.<sup>16</sup>

#### IV.3. Reforma del Sector Salud en América Latina.

La reforma del estado en América Latina es imperiosa, y también es compleja, asociada inicialmente con la teoría de la globalización y el libre mercado, tiene matices muy particulares; realmente no se puede seguir por el camino recorrido hasta ahora, donde las aspiraciones de todos los Latinoamericanos se quedan en planes. Necesidades básicas insatisfechas en la región más rica en recursos naturales del planeta, donde la imaginación queda corta ante la realidad, no puede seguir sin un cambio radical de todo lo establecido.<sup>7</sup>

#### IV.4. Historias de las Unidad de Atención Primaria en Salud.

En la conferencia internacional sobre atención primaria que se realizo en septiembre de 1978 en Alma Ata, Rusia a la que asistieron 134 delegaciones incluyendo la Republica Dominicana que consto con un documento principal que fue titulado Atención Primaria en Salud.”

##### IV. 4.1 Atención Primaria de Salud.

Según Alma Ata la atención primaria en salud se define como la asistencia sanitaria basado 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 sus etapas de desarrollo con un espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación.

Teniendo un modelo de atención asistencialista, medicalizado, poco solidario y equitativo que ha generado gran insatisfacción entre usuarios/as y proveedores surge la necesidad de crear un nuevo modelo de atención integral que opere bajo las principales necesidades de salud de la población haciendo énfasis en las acciones de promoción y prevención.

Sobre esta base se crean los equipos de Salud Familiar (ESAF) en el 1998, como un esfuerzo para fortalecer y motivar la participación de la sociedad organizada en los servicios de salud. Estos equipos de salud familiar estuvieron formados por un médico/a general, una auxiliar de enfermería, uno o dos promotores voluntarios y técnicos de salud familiar.

En agosto del año 2000, el Dr. Rodríguez Soldevila Secretario de Salud Pública junto al presidente de la República Ingeniero Agrónomo Hipólito Mejía, retoma como estrategia la atención primaria cambiando el nombre de Equipo de Salud Familiar (ESAF) a Unidad de Atención Primaria de Salud. Las cuales son definidas como la unidad básica funcional de provisión y la puerta de entrada al sistema nacional de salud para la entrega del Plan Básico de Salud en el primer nivel de atención, referencia a otros niveles de la red, para vigilar y garantizar la salud de todas las familias dominicana, mediante intervenciones en espacio geográfico- poblacionales determinados.

#### IV. 4.1.1. Unidad de Atención Primaria (UNAP).

Se precisa como la asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables. Situando al alcance de los individuos, familias y la comunidad mediante su plena participación a un costo que la comunidad y el país puedan soportar durante todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación.

Es la modalidad que dentro del marco de la estrategia de atención primaria, la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social promoverá para organizar y entregar los servicios de salud a la sociedad.<sup>9</sup>

Es la unidad funcional básica y la entrada al Sistema de Salud Dominicano en el primer nivel de atención, constituido por un médico/a Familiar, una enfermera capacitada en atención primaria, cinco promotores de salud capacitados para ejecutar acciones básicas de salud, en promoción y prevención de enfermedades.

IV. 4.2. Los principios que rigen el fortalecimiento de la atención primaria son.

1. Equidad: acceso a los servicios de salud para todos los usuarios/as sin distinción de razas, sexo, edad, grupo étnico y nivel de ingreso.
2. Universalidad: se desea que toda la población tenga cobertura de salud.
3. Solidaridad: un sistema de financiamiento a la salud en el cual los ricos subsidian a los pobres, los jóvenes a los envejecientes y los sanos a los enfermos.
4. Integralidad: un enfoque biopsicosocial del proceso salud- enfermedad con una atención continua a las necesidades de salud de la población.
5. Integración comunitaria: implica la agrupación de los ciudadanos al proceso de producción social de la salud o sea participación social activa.

IV.5. Principios de la Medicina Familiar y Comunitaria.

1. El médico/a familiar está comprometido con la persona más que con un cuerpo particular de conocimientos, grupo de enfermedades o una técnica especial; el compromiso es abierto en dos sentidos: primero, no está limitado por el tipo de problema de salud, segundo, el compromiso no tiene un punto final definido no se termina con la curación de una enfermedad la finalización de un tratamiento o la incurabilidad de un padecimiento.
2. Se esfuerza por comprender el contexto de la enfermedad. Escribió William James: "para comprender un cosa correctamente, necesitamos verla tanto fuera de su ambiente como dentro del y conocer la gama completa de sus variaciones.
3. Ve cada contacto con el usuario/ a como una oportunidad para la prevención y la educación para la salud.

4. Visualizar su práctica como una población de riesgo. Los clínicos piensan normalmente en términos de usuarios/a individuales más que en grupos de población; los médicos/as de familia tienen que pensar en términos de ambos.
5. Ubicándose a sí mismo como parte de una amplia red comunitaria de organizaciones para la atención de la salud, un médico de familia puede ser mucho más efectivo si puede desplegar todos los recursos de la comunidad en beneficios del usuario/a.
6. Idealmente debe compartir el mismo hábitat de sus usuarios/as, lo que le da un conocimiento de primera mano de las condiciones de vida y trabajo de cada usuario/a.
7. Visita a cada usuario/as en las casas así como en el consultorio y en el hospital; conocer el hogar le daba una comprensión táctica de la ecología de la enfermedad.
8. Agrega importancia a los aspectos subjetivos de la medicina, reconcilia la atención a los sentimientos y una comprensión profunda de las relaciones, por lo tanto que la medicina familiar debe ser una práctica auto-reflexiva.
9. Es un gerente de los recursos tiene el manejo de amplios recursos y es capaz dentro de ciertos límites de controlar la admisión en el hospital, el uso de investigaciones, las prescripciones de tratamiento y la derivación hacia los especialistas.

#### IV.6. Perfil del médico familiar.

El perfil profesional es un acumulo de conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes que son necesarias para desempeñar una profesión. Todo sabemos que, la medicina, difícilmente hay grandes diferencias en cuanto a las características de formación y práctica de la mayoría de las especialidades, ya que tanto cardiólogo, anatomopatólogos o cirujanos, por poner algunos ejemplos, tienen en común el conocimiento y la aplicación de la anatomía, fisiología, patología y terapéutica dirigida a su disciplina, sobre todo porque se dirige al ser humano enfermo.

No es igual en caso de la medicina familiar, en virtud de que las características de su ejercicio clínico tienen particularidades en cada sociedad donde se aplica la

disciplina, debido a la evolución natural de los sistemas de salud, la cultura médica, las características políticas, económicas y sociales así como las necesidades de la población.

En los meses de marzo a noviembre de 1996, una encuesta fue contestada por distinguido médico de familia de Argentina, España, Estados Unidos, Cuba, México y Venezuela. Los temas investigados se dividieron en diferentes áreas relacionadas con los elementos del perfil profesional como son conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes, considerándose las funciones básicas de la medicina deben ir paralela a la función clínica, como son la docencia, administración y la investigación en medicina de familia.<sup>5</sup>

El perfil profesional no es el mismo en cada país, ya que depende de las características del sistema sanitario, el grado de desarrollo, la cultura médica, las necesidades de la población y el prestigio social y profesional de la atención primaria. Hay unos elementos comunes y diferenciadores que le dan identidad como especialidad, y que hacen que se pueda afirmar que la medicina de familia es válida para cualquier país y tipo de sistema sanitario.

Como se dijo en la conferencia OMS- WONCA de 1994, "el ejercicio médico precisa médicos que sean competentes como profesionales de salud, como tomadores de decisiones, como comunicadores, como gestores y como miembro del equipo sanitario", La WONCA (organización mundial de médicos de familia) en 1991 señala claramente que es un médico de familia. (Gallo, 1997).

El médico de familia tiene en cuenta al individuo en el contexto de la familia y a la familia en el contexto de la comunidad de la que forma parte. Para completar un poco más el perfil profesional, es interesante ver el que marca el programa docente de la especialidad: el perfil del médico de familia es el de un profesional para el que la persona es un todo integrado por aspectos físicos, psíquicos y sociales vinculados a un contexto familiar y social concreto, lo que le permite llevar a cabo una atención continuada al colectivo de personas al que atiende para elevar el nivel de salud de las que están sanas, curar a las que están enfermas, y cuidar, aconsejar y paliar los efectos de la enfermedad, cuando no es posible la recuperación de la salud".

Las competencias del médico de familia se desglosan en los siguientes apartados:

Esenciales: comunicación, razonamiento clínico, gestión desempeñar un papel destacado a partir de entonces. La Conferencia de Alma Ata, celebrada en 1978, fue un acontecimiento decisivo que impulso el fortalecimiento y organización de la Atención Primaria dentro de los sistemas de salud de los países, aunque solo indirectamente contribuyo al desarrollo de la medicina de familia. La definición integra del perfil profesional del médico de familia que aparece en el programa es bastante completa.

Hay que insistir en que el médico de familia ha de ser, ante todo, un buen clínico, capaz de resolver la mayoría de los problemas de salud que presentan sus pacientes (del 80 al 90 por ciento), y con cualidades humanas y habilidades que favorezcan la *relación* médico- paciente (Gallo, 1997). Como muy bien dice Josep Moreno (1997). <el descuido de las tareas o la falta de la claridad y decisión necesarias a la hora de mantener e incorporar competencias propias del perfil profesional del médico de familia será más perjudicial que otras supuestas pérdidas, a veces más sentidas pero menos consistentes en el tiempo. (Baremos, concesión de títulos.

Perfil del médico familiar según la Organización Mundial de la Salud.

#### 1. Atención integrada.

Este concepto hace referencia a que el médico familiar de procurar que las actividades que determinan todo el proceso de salud- enfermedad (promoción de la salud, prevención, curación y rehabilitación) se lleven a cabo de una forma integrada, comenzando por la consideración de los factores condicionan la enfermedad, detectando esta precozmente y aplicando las actividades terapéuticas y recuperadoras que se precisen en cada momento.<sup>5</sup>

El médico familiar debe considerar cada contacto con sus pacientes como una buena ocasión para proponer y aplicar medidas de promoción de la salud, como el consejo médico y medidas de prevención. Al tener en cuenta la continuidad de atención que tiene con sus pacientes, parece evidente que las oportunidades para aplicar este tipo de medidas van a ser frecuentes. Es por ello que en muchos programas de prevención se le considera como el principal protagonista de la prevención primaria.

## 2. Generalista.

El médico familiar es generalista en cuanto que debe aceptar a toda persona que le solicita atención. El compromiso del médico familiar no es con una especialidad o con el paciente, siendo este el que él define su problema y ante el que el médico familiar no puede decir que no sea de su incumbencia. Efectivamente, el médico familiar se encuentra disponible para cualquier tipo de problema de salud que presente cualquier persona, independientemente de su sexo o edad. Este concepto de generalista es equiparable al de atención global o completa, que es utilizado por otros autores. Cada problema del paciente, sea cual sea, físico, familiar, psicológico, social, será abordado inicialmente por el médico familiar, que acabara manejando solo o con la ayuda de otros profesionales o especialistas.

## 3. Atención al individuo.

La primera responsabilidad del médico familiar es la de prestar una atención clínica efectiva y eficiente. Para ello, deberá poseer una serie de conocimientos, adquirir ciertas habilidades y demostrar determinadas actitudes que le capaciten para llegar a conocer el origen del problema del paciente que causa la demanda(diagnostico), darle respuesta (tratamiento) y conseguir, si es posible, su desaparición completa (curación) y, si no fuese completa, intentar que las secuelas sean las mínimas posibles ( rehabilitación). Para todo ello, deberá ser competente clínicamente, de tal manera que sea capaz de resolver la mayoría de los problemas con los que el paciente se presente en la consulta. La sociedad demanda la figura de un médico familiar que posea una adecuada y actualizada competencia científica-técnica, pero también le requiere cualidades humanas que favorecen la relación médico paciente, la cual va a representar un lugar privilegiado dentro de la actividad profesional del médico de familia.

El conceder la primacía a la persona sobre el paciente constituye la clave de muchas de las habilidades propias de la medicina de familia y la fuente de las satisfacciones personales del médico.

#### 4. Atención a la familia.

Hay quien señala que el triángulo formado por el individuo, la familia y el médico, constituye la base de la medicina familiar, ya que la familia, en tanto que es el núcleo social inmediato del individuo, tiene una importancia trascendental en él como el cuándo y de qué forma expresan la necesidad de la atención sanitaria y la manera en que se produce la resolución del problema. La familia interviene en ambos sentidos sobre la salud de sus miembros: en un sentido positivo, como recurso fundamental para colaborar en el cuidado y resolución de problemas, y en un sentido negativo como generadora de enfermedad, hábitos de vida insanos y conductas de salud erróneas.

El médico familiar se encuentra en una posición de privilegio para detectar e intervenir ante problemas familiares generadores o consecuencia de enfermedades, al estar capacitado para realizar intervenciones mínimas en la crisis familiares que detecte y recurrir, siempre que lo considere necesario, a otros profesionales cuando la dimensión del problema exceda el límite de su competencia.

#### 5. Atención a la comunidad.

El médico exclusivamente clínico piensa normalmente en términos de un solo paciente, al que está atendiendo en cada momento, y no suele considerarlo como integrante de un grupo de población. Frente a este enfoque clínico, el médico familiar tiene que considerar ambos aspectos, el individual y el de que forma parte de un grupo de población en riesgo. Ya en 1961, K. White demostró que la atención primaria se sitúa en un lugar de privilegio para poder ver a toda la población en riesgo y no solamente aquellos casos seleccionados que llegan al médico hospitalario.

Con esta orientación, el médico familiar adquiere un compromiso para mantener la salud de la comunidad en la que trabaja, independientemente de que acudan o no a su consulta por tanto, la oferta sanitaria debe extenderse no solo a la población demandante, sino también a aquella que no es utilizadora de servicios de salud, para evitar la existencia de desigualdades en salud.



Un aspecto importante a considerar en esta orientación comunitaria de la atención es el grado de accesibilidad que tiene la población para acudir al sistema sanitario, al analizar aquellos factores que pueden intervenir para dificultar esta accesibilidad. Por otra parte, hoy día se refuerza la necesidad de esta orientación comunitaria por el hecho reconocido de que los factores determinantes de enfermedad más relevantes, a saber: los estilos de vida y factores medioambientales, difícilmente pueden ser modificados por acciones exclusivamente dirigidas al individuo, requiriendo la intervención comunitaria, habitualmente sobre una base de coordinación intersectorial.

#### 6. Gestor de recursos.

Este papel es también conocido, por distintos autores, como “agente” de salud y se refiere a la posición que tiene el médico familiar en el sistema sanitario, ya que como médico de primer contacto tiene el control de muchos recursos que puede llegar, a necesitar o no su paciente, determinando la utilización de estos (derivación al especialistas, indicación de ingreso, prescripción y tratamiento) mediante criterios de costo- efectividad. Al tener en cuenta que los recursos son siempre limitados, tiene la responsabilidad de gestionarlos e intentar proporcionar con ellos el máximo beneficio para sus pacientes, debiéndose ayudar para ello de su formación y experiencia.

#### 7. Vocación Docente.

Una vez finalizando su periodo de formación básica y de especialización posterior, en su curso, el médico familiar, como cualquier otro profesional, necesita desarrollar una actividad continuada de formación, ya que ningún periodo de aprendizaje garantiza el haber obtenido todos los conocimientos que deben manejar.

Si a todo ello sumamos la gran amplitud de conocimientos y habilidades que debe dominar el médico familiar, se hace todavía más necesaria esta vocación docente, que debe ser entendida en una doble vertiente; la formación continua y la docencia a otros profesionales, cuando esta sea posible.

En cuanto a la docencia de postgrado y por el protagonismo del médico familiar como tutor de aquellos que están formándose para llegar a representar un papel

básico (que ya se ha conseguido en distintos países) en el aprendizaje de aquellos aspectos específicos de la atención Primaria a los que el estudiante de Medicina es ajeno durante la licenciatura. En cuanto a la docencia de postgrado y por el protagonismo del Médico Familiar como tutor de aquellos que están formándose para llegar a ser especialistas en Medicina Familiar, tiene que desempeñar las funciones que en este documento estamos desarrollando.

#### Utilización del método científico.

Por último, el médico familiar debe sustentar su trabajo en el método científico, lo que implica una continua actitud de autoevaluación, tanto en los docentes y de investigación, que Deborah integrar en su trabajo diario, con la mejora de la atención prestada a su población que indudablemente conllevara.

En resumen, creemos en la concepción del médico de familia como generalista, en tanto que puede responsabilizarse de la atención inicial de cualquier persona, es competente clínicamente para resolver la mayoría de los problemas de salud, atendiendo al individuo con un enfoque biopsicosocial y orientando su atención a la familia y a la comunidad.

Nos reafirmamos en el médico familiar con una sólida formación clínica, que le permita prestar al individuo una atención efectiva y eficiente y en la cual la relación Médico- Paciente ocupa un lugar privilegiado en su práctica diaria. Vemos al médico familiar como un médico que entiende y asume la importancia trascendental de la familia sobre el proceso de salud- enfermedad de sus miembros, teniendo en cuenta sus lados positivos- negativos, al reconocer su posición privilegiada para detectar problemas familiares y para valorar su intervención en función del problema encontrado.

El Médico Familiar reconoce la importancia, por un lado, de las funciones de docencia, formación continuada e investigación para la mejora de su competencia profesional, y, por otro, para elevar el nivel científico de la Atención Primaria en su país. Por ello, en la medida de sus posibilidades y sin olvidar sus funciones asistenciales, se esfuerza en realizar actividades relacionadas con las demás.

El Médico Familiar, por último, reconoce las ventajas del trabajo en equipo para optimizar la atención prestada a la población; tiene presente que los recursos son siempre limitados y existe la necesidad de priorizarlos a la hora de ser utilizados; reconoce la importancia de la información sanitaria como base para la realización de múltiples actividades de Atención Primaria y acepta la necesidad de ir realizando actividades de garantía de calidad, por la trascendencia social del trabajo que realiza con la población.

#### IV.6.1. Perfil del Médico Familiar por sociedad de médicos familiar República Dominicana. (SODOMEFA).

1. Asistencial.: El Médico Familiar es un especialista en cuidado primario quien: Trabaja en los tres niveles de prevención, enfatizando en cada uno de ellos según sea el problema de salud. Tiene la capacidad de atender con secuencia a personas, familias y comunidades. Reconocer y estimular la participación individual y comunitaria en salud. Motiva el cambio del modelo tradicional autocrático. Inicia el balance democrático del poder médico, compartido con el equipo de salud, el paciente, la familia y la comunidad. Utilizar el enfoque de riesgo en la práctica clínica y desarrolla programas de mantenimiento de la salud. Maneja elementos de costo-beneficio y costo-efectividad en la toma de decisiones, por medio de tecnologías apropiadas. Despliega esquemas de manejo integral de las personas a su cargo a través del Ciclo Vital Individual. Origina el reconocimiento del componente psicosocial en la etiología de las enfermedades o quejas de las personas.
2. Administrativo: El médico familiar: Reconoce las características fundamentales del sistema en el cual trabaja, administra y planifica servicios con enfoque integral. Practica labores de auditoría prospectiva y de liderazgo transformador. Fortalece el trabajo en equipo. Descansa la cooperación intersectorial en la responsabilidad del mantenimiento de la salud. Desarrolla mecanismos para la gerencia de recursos. Promueve la transdisciplinariedad.
3. Docente: El médico familiar: Es multiplicador de la disciplina de la Medicina Familiar. Educa y forma formadores. Su acción comprende la educación

formal y la no formal. Desarrolla habilidades para la educación comunitaria. Posee la capacidad para desarrollar programas de enseñanza para adultos.

4. Investigativo: El médico familiar: Aplica herramientas de investigación cuantitativa y cualitativa, metodología basada en la evidencia y epidemiología, con el fin de generar conocimiento. Promover la investigación orientada a resolver problemas de salud prevalentes en la población. Asesorar a equipos de salud en la formulación de proyectos orientados al estudio de intervenciones costo-efectivas dirigidas a los principales problemas a nivel individual, familiar y comunitario.

#### IV.6.2. Perfil del Médico de Familia en Iberoamérica.

Las características generales que se deben garantizar en el diseño curricular de los programas de residencias médicas y cursos de especialización que establecen las instituciones educativas y de salud para formar médicos familiares. Es importante mencionar que independientemente de los escenarios en que suele trabajar el médico de familia, ya sean el consultorio, el hospital, la comunidad, la docencia o la investigación, debe existir congruencia entre el perfil del especialista formado y las posibilidades de implementar las competencias adquiridas en modelos formales basados en la práctica de la medicina familiar. Los médicos familiares deben ser competentes en cuatro Áreas:

1. Asistencial
2. Atención Orientada a la Comunidad.
3. Docencia e Investigación
4. Gestión de Recursos.

#### Área Asistencial.

Reconocer, determinar y orientar un plan terapéutico eficaz y de alta calidad, dirigido a las personas a su cargo que presentan patologías prevalentes en su área de influencia y liderar el trabajo interdisciplinario del equipo de salud alrededor del cuidado de las personas que la requieran. Ofrecer una atención médica integral, continua a lo largo de las etapas del ciclo vital individual y familiar, atendiendo el

proceso vital humano de los individuos y las familias. Ofrecer continuidad de los cuidados, en todos los tipos de problemas, sean agudos o crónicos, físicos, psicológicos, sociales o espirituales.<sup>5</sup>

Trabajar en la promoción de la salud y en todos los niveles de prevención (incluyendo el nivel cuaternario). Enfatizar en cada uno de ellos según sea el problema de salud. Ejecutar un sistema adecuado y oportuno de referencia y contrarreferencia de pacientes de manera oportuna y adecuada. Utilizar el enfoque de riesgo en la práctica clínica y desarrollar programas que promuevan el bienestar y el mantenimiento de la salud. Concebir cada problema en la dimensión biopsicosocial y espiritual, y actuar acorde a la necesidad especial del problema. Utilizar intervenciones efectivas y eficaces en la toma de decisiones en la práctica clínica por medio de tecnologías apropiadas y fundamentadas en la medicina basada en evidencia y en la experiencia.

Definir estrategias de diagnóstico y manejo de las necesidades de las personas a su cargo. Desarrollar esquemas de manejo integral en la identificación, definición, tratamiento, manejo y seguimiento de los problemas prevalentes de salud de las personas a su cargo, a través del ciclo vital individual. Definir el impacto que tiene la familia en la génesis y resolución de los problemas de sus integrantes, a la vez identificar el impacto que el problema de salud tiene en la dinámica familiar, para establecer las estrategias de manejo.

Asistir a los pacientes y a sus familias dentro de un marco de respeto intercultural, entendiendo las diferencias culturales como una oportunidad, deberá aprovecharse en un marco de igualdad de beneficios de los pacientes, sus familias y de los grupos étnicos o sociedades a las que pertenece.

Área de atención a la comunidad.

Diseñar estrategias para el abordaje de problemas en la comunidad, basados en un diagnóstico técnico, clínico, epidemiológico y de necesidades de recurso, acompañados por un programa estrecho de evaluación de resultados, que permita retroalimentar al sistema. Desarrollar acciones y programas de promoción de la salud

tanto en las unidades médicas, como en la propia comunidad. Manejar los recursos de la familia y la comunidad en la solución de sus problemas.

Importancia del trabajo en al Área Comunitaria en la Región.

En la mayor parte de los países de la región, el trabajo en para la comunidad se destaca por sobre otras áreas. Por ello el cuidar a la comunidad merece un lugar especial en este documento que desarrolla el perfil del médico de familia. En todas las instancias que involucran la tarea en la comunidad, el médico de familia debe trabajar interdisciplinariamente e intersectorialmente, ser parte activa del equipo de salud.

1. Sostener procesos de análisis de la situación local de salud de modo permanente para ello el médico de familia debe:

1. Desarrollar estrategias de programación participativa.
2. Tener en cuenta las particularidades culturales de la población a cargo.
3. Conocer las fuentes de información relevantes.
4. Conocer las características geográficas y culturales de la comunidad.
5. Conocer las barreras de accesibilidad.
6. Conocer los modos / estilos de vida y determinantes sociales de salud.
7. Conocer los datos socioeconómicos y demográficos de la población a cargo.
8. Conocer los referentes comunitarios y la organización socio- institucional de la comunidad.
9. Registrar datos para elaborar el perfil socio sanitario.
10. Definir indicadores vinculados a los problemas de salud y necesidades consideradas principales (línea de base).
11. Sostener un proceso de monitoreo permanente de la información.
12. Dominar las herramientas metodológicas cualitativas y cuantitativas.
13. Identificar, caracterizar y analizar la existencia y funcionamiento de redes sociales.

Determinar las dimensiones de los problemas y necesidades de salud con la comunidad. Para ello el médico de familia debe:

1. Visualizar, focalizar definir y redefinir los problemas comunitarios y las estrategias de abordaje.
2. Programar y ejecutar actividades comunitarias según las necesidades y problemas de población.
3. Elaborar estrategias de abordaje de los problemas y necesidades. Para ello el médico de familia debe:
4. Trabajar con redes sociales
5. Tener en cuenta la capacidad económica, de recursos humanos, físicos y tecnológicos disponibles.
6. Utilizar las estrategias adecuadas para la sensibilización y el compromiso comunitario.
7. Determinar al estándar de probabilidad para los diferentes indicadores.
8. Fortalecer y promover los procesos protectores que la propia comunidad tiene.
9. Promover espacios de dialogo intercultural.
10. Diseñar y proponer acciones de educación para La salud.
11. Evaluar la sustentabilidad económica, organizativa y cultural de las propuestas encaminadas a construir condiciones para mejorar la salud de los individuos, sus familias y la comunidad.

Evaluar el proceso y los resultados para ello el médico de familia debe:

Registrar procesos y resultados generados y obtenidos en los planes y programas emprendidos para mejorar las condiciones de salud de las comunidades. Contrastar los indicadores cualitativos y cuantitativos definidos como principales con los resultados obtenidos a través de las intervenciones efectuadas. Analizar los productos de los mencionados planes y determinar y diseñar los ajustes requeridos. Analizar los efectos no buscados en los citados planes y procesos.

Registrar los logros no previstos de esos planes. Proponer mejoras del proceso encaminado a mejora la salud de las comunidades. Redefinir el perfil socio sanitario y sus estándares, con base en los resultados obtenidos. Área de Docencia e Investigación el médico de familia debe: Intervenir en la educación en salud del

individuo, la familia y la comunidad. Intervenir en instancias docentes de educación en el pregrado, postgrado y educación continua y continuada.

Desarrollar actividades de investigación destinadas a la generación de conocimientos para el equipo de salud, personal en formación, a la familia y la comunidad. Participar activamente en la capacitación, actualización y en todas las formas de educación médica continua en medicina familiar. Seleccionar las actividades de docencia, según el diagnóstico de situación de las realidades locales.

Conocer y manejar las técnicas y medios educativos básicos y actuales con la tecnología apropiada. Aplicar herramientas de investigación cuantitativa, cualitativa, metodología basada en la evidencia, epidemiología, etc., Con el fin de generar conocimientos. Aplicar la investigación-acción- participación, para dar respuesta a las necesidades de la comunidad, en cada contexto.

Área de Gestión de Recursos el médico de familia debe:

1. Reconocer las características del sistema en el cual trabaja, y administrar y planificar servicios de salud con un enfoque integral.
2. Definir el área programática en donde el médico de familia debe ejercer su profesión.
3. Planificar, organizar y administrar los recursos asistenciales a fin de gestionarlos en beneficio de los pacientes, la familia y la comunidad.
4. Intervenir en la génesis, evaluación actualización y puesta en marcha de normativas para el desempeño del equipo de salud.
5. Responsabilizarse como equipo de salud en el manejo y supervisión de la recolección, elaboración y emisión de los datos periódicos epidemiológicos (vigilancia epidemiológica).
6. Instruir a cada miembro del equipo de salud sobre sus funciones, actividades y tareas para la atención del paciente y su familia.
7. Evidenciar el grado de cumplimiento de las metas propuestas por el equipo de salud, empleando para ello instrumento de evaluación apropiada, revaluando periódicamente los mismos.



8. Evitar el desperdicio de recursos, solicitando exclusivamente los estudios de laboratorio y gabinete y tratamientos médicos que presten algún beneficio para el paciente, evitando solicitar aquellos que no tienen justificación alguna de acuerdo a la clínica o protocolos diagnósticos o terapéuticos.

#### IV.7. El modelo de atención.

La propuesta de un nuevo modelo de atención, se realiza sobre el supuesto de que existe un modelo anterior, que está arraigado en los equipos de salud, y que ha sido transmitido a través de generaciones. Este modelo es la expresión de un paradigma que conceptúa salud y enfermedad desde una perspectiva biomédica.

Para definir un nuevo modelo de atención, es necesario fundamentarlo en otro paradigma, que ofrezca una perspectiva más amplia y apropiada, para enfrentar los nuevos desafíos en salud. El paradigma biopsicosocial de la salud, ofrece una visión integral del fenómeno salud-enfermedad que, sin desconocer sus aspectos más biológicos, incorpora otras dimensiones, imprescindibles para el estudio y abordaje del complejo panorama epidemiológico que enfrenta la sociedad.

La salud familiar surge como un buen medio para trasladar esta teoría de la salud, a un terreno más pragmático y operativo, identificando una serie de elementos que permiten construir un modelo de práctica, específico y reproducible. Lo familiar, apellido de este enfoque, representa la necesaria mirada del ambiente social que rodea a cada persona y que constituye un referente obligado para entender e intervenir sobre cualquier problema de salud. Sin embargo, no representa obligatoriamente la necesidad de enfocar la intervención en salud sobre la familia como tal.

A continuación, se describen los elementos que constituyen el Modelo de Atención propuesto, tomando como base los componentes de la salud familiar.

##### IV.7.1. Un Modelo Centrado en la Persona.

El Modelo de atención en salud familiar se define a partir de su centro, que es la persona. El modelo tradicional, ha tendido a estrechar su foco: desde la persona

como un todo, hacia sus componentes; y, especialmente, hacia sus enfermedades. Esta visión "especializada" ha facilitado la deshumanización de la relación.

Corresponde a este nuevo Modelo, corregir esta desorientación, para volver a colocar a la persona en el centro de la atención, como objeto de la misma y sujeto responsable de su propio cuidado. Se considera a la persona en salud y enfermedad, en el entendido que ambos estados están en un equilibrio dinámico, sobre el cual se debe intervenir, en beneficio de la salud.

Significa, además, considerar a la persona en toda su potencialidad y complejidad; con su biología, su psiquis, su cultura, sus valores y su entorno social y ambiental. Además, con una historia y porvenir. Cualquier decisión sobre el cuidado de la salud, deberá considerar, en mayor o menor medida, estas dimensiones, irrepetibles, en cada una de las personas.

Con esta visión, la familia adquiere un papel fundamental, pues constituye el ámbito de mayor influencia en la persona, a lo largo de toda su vida. La familia es la que le brinda cariño, seguridad, estabilidad, formación, cobijo, alimentación y otros elementos básicos para su desarrollo saludable. La carencia de uno o varios de estos elementos, puede ser factor causal o agravante de enfermedad. La familia, además, constituye el primer ámbito de cuidado de la salud. En su interior, se toman las decisiones más importantes para la salud y calidad de vida de sus componentes.

#### IV.7.2. Un Modelo de Relación.

El modelo de atención de salud, se define a partir de la relación establecida entre un profesional y una persona, en torno a un problema vinculado a la salud. El primero actúa como experto en un conjunto de conocimientos, destrezas y técnicas, que lo habilitan para intervenir en este ámbito; el segundo, como sujeto de problemas, o necesidades de salud, pudiendo ejercer un papel más o menos activo en esta relación.

El cambio en el modelo de atención, requiere, necesariamente, modificar en profundidad esta "relación asistencial". Existen, por lo menos, dos aspectos de la misma, que deben ser replanteados: el que se refiere a la autoridad y el poder que se pone en juego, y el de las responsabilidades de cada uno de los actores.

#### IV.7.3. El poder y la autoridad.

La relación tradicional entre el médico y su paciente, ha tendido a ser desigual y vertical. El médico representa la autoridad sobre un tema vital para el individuo; especialmente, si se encuentra enfermo. El paciente es quien viene a solicitar el auxilio del médico, en quien deposita su confianza. Las decisiones las toma el primero y las obedece el segundo.

En el nuevo modelo, esto cambia: los integrantes del equipo de salud, si bien tienen el dominio sobre una buena parte de los conocimientos y destrezas necesarias para la intervención, reconocen que carecen de otra, fundamental, al momento de decidir: la persona, sana o enferma, conoce mejor que nadie sus circunstancias personales, familiares y ambientales; así como posee valores y creencias; todos, factores cruciales a considerar en la intervención. De esta manera, sus capacidades se suman al servicio del mejor cuidado de la salud.

#### IV.7.4. La responsabilidad.

En el modelo biomédico, el profesional, especialmente el médico, sobrelleva la mayor responsabilidad en el cuidado; quedando el paciente en una situación de sumisión y dependencia. En el nuevo modelo, las responsabilidades están compartidas (en el entendido que el cuidado de la salud es una función no delegable, pues, en definitiva, quien debe decidir qué hacer será, siempre, la persona y su familia). El profesional puede recomendar o indicar; pero no se puede hacer cargo de las decisiones cotidianas que determinan la calidad del cuidado. La responsabilidad del profesional se enmarca en el mejor desempeño de su función; sin embargo, ésta no agota el cuidado o tratamiento.

En este nuevo contexto, cada persona y cada familia deberán incrementar sus capacidades de autocuidado, logrando, de esta manera, un mejor estado de salud.

Entre las tareas del equipo de salud, está la de contribuir a este proceso, y avanzar hacia la apropiación del Modelo e identificación de los usuarios con él, para conducir a una relación de mayor autonomía y complemento entre los actores de esta relación asistencial.

#### IV.7.5. Orientación Comunitaria y Participación.

En este nuevo Modelo, el equipo de salud ve a cada paciente como parte de un grupo social, que comparte sus riesgos y potencialidades. De esta manera, la responsabilidad sobre el cuidado de la salud no se limita a las personas que tiene a su cargo, sino que se extiende a la o las comunidades a que pertenecen. La familia puede concebirse como la primera y más cercana comunidad de cada persona. Otras comunidades significativas pueden ser la escuela, el trabajo, el barrio, el club deportivo, la comuna.

Esta visión epidemiológica, o poblacional, si bien constituye una exigencia mayor, también otorga mayor eficacia en el enfrentamiento de aquellos problemas propios de las comunidades, como los riesgos ambientales, los laborales, las enfermedades contagiosas y otros, frente a los cuales el centro de salud suele ser limitado.

Las comunidades cuentan con recursos y perspectivas que enriquecen la capacidad de cuidado y promoción de la salud. Por este motivo, resulta indispensable, abrir espacios de participación comunitaria, que permitan complementar, en la forma más efectiva posible, las capacidades de los diferentes actores comprometidos con la salud de una localidad. Muchos de los problemas más frecuentes y complejos de salud, sólo podrán ser enfrentados eficientemente, mediante la participación de la comunidad y el trabajo intersectorial.

Por otra parte, esta orientación comunitaria permite entender la atención de salud, desde dos perspectivas complementarias: la respuesta a la demanda de atención y la promoción de la salud de la población.

#### IV.7.6. Accesibilidad y demanda.

En este modelo de atención, donde la responsabilidad sobre el cuidado está compartida entre las personas, comunidades y equipo de salud, el problema de la demanda no debe ser entendido sólo desde la perspectiva del centro de salud. Es responsabilidad ineludible de este último responder adecuadamente a la demanda de atención, para esto, debe contar con la organización y recursos necesarios.

Asimismo, es responsabilidad de las personas y comunidades, demandar, en forma adecuada, la atención de salud, teniendo presente que el primer ámbito de

cuidado es la familia y que los recursos asistenciales siempre serán escasos ante una demanda incontrolada. Es necesario, entonces, incentivar y educar a las personas y familias, para hacer un adecuado uso del sistema de atención en salud y de los recursos de autocuidado que ellas poseen. En este sentido, la accesibilidad se define no sólo como respuesta a la demanda, sino como una característica relacionada con la resolutivez, oportunidad y costo-efectividad de la atención.

#### IV.7.7. La promoción de salud de la población.

La responsabilidad del centro de salud no se agota con la respuesta a la demanda. La orientación comunitaria le obliga a tener una actitud proactiva, para el enfrentamiento de problemas de salud que, si bien no siempre son parte de la demanda, son importantes para la población. Esto significará, probablemente, desarrollar acciones de prevención y fomento, para las cuales el centro de salud, muchas veces, deberá sumar sus recursos y capacidades a los de otros actores sociales y sectoriales, preocupados por el bienestar de la población.

#### IV.7.8. Población a Cargo.

Tradicionalmente, los equipos de salud locales han trabajado con el principio de población a cargo, lo que se traduce en que su trabajo está dirigido a una población específica, habitualmente ubicada en un territorio determinado. En el nuevo modelo, este principio se mantiene, aun cuando se acepta que la responsabilidad sobre el cuidado de la salud no es sólo del equipo de salud.

El tamaño de esta población, debe permitir, al centro, responder a las necesidades de la comunidad en forma efectiva y con un nivel de calidad adecuado.

Necesariamente, esto se traduce en que la participación es una condición básica para el modelo, y que, a través del trabajo en redes<sup>12</sup>, se puede potenciar el impacto de las intervenciones en salud, al reunir los esfuerzos locales.

#### IV.7.9. Continuidad en el Cuidado de la Salud.

La continuidad en el cuidado de la salud es uno de los elementos del Modelo que potencia el enfoque centrado en la persona y la orientación comunitaria. Se traduce

en una relación estable y continua en el tiempo, de las personas y la comunidad con el equipo de salud.

La continuidad personal con los profesionales, específicamente en relación al médico de familia (donde más se ha estudiado este tema), ha demostrado tener diversos efectos positivos en salud:

1. Favorece la satisfacción de la población y de los profesionales.
2. Mejora el uso de los recursos; principalmente, a través de la disminución en los estudios solicitados (exámenes, interconsultas, etc.) y de los ingresos hospitalarios. Un estudio reciente (aún pendiente su publicación) sugiere que la continuidad de la atención es una de las variables más importantes que afecta los costos totales de la atención primaria.

Permite mejores resultados en salud: mayor adherencia a tratamientos y cuidados preventivos; menos ingresos hospitalarios; mayor "acierto" diagnóstico; disminución en "policonsulta".

Es, entonces, necesario incorporar al Modelo, el concepto de continuidad personal, con un equipo de salud y con cada uno de los profesionales de éste; constituyendo un "equipo" y "profesionales de cabecera". Este elemento apunta, también, a facilitar la nueva relación entre el equipo de salud y las personas, asumiendo el tema de la responsabilidad mutua en este proceso. El equipo de salud, en este Modelo, también asume una responsabilidad en el cuidado a través de todo el ciclo vital de las personas; e, idealmente, también se extiende a la continuidad de la atención por los especialistas de referencia. En este punto, podemos destacar la importancia de una relación continua entre el médico de cabecera y los especialistas de referencia, para mejorar la eficiencia y los resultados de salud, ya mencionados anteriormente.

El sistema de registros, el traspaso de la información entre los distintos componentes de la red de atención y entre las redes locales, son elementos esenciales para llevar a la práctica la continuidad en el cuidado de la salud.

#### IV.8. Participación comunitaria.

Es uno de los elementos característicos del modelo. La participación de la comunidad se concreta en diferentes niveles:

##### IV.8.1. Participación en la toma de decisiones clínicas.

El modelo de Cuidado de la Salud Basado en Evidencias, incluye, como uno de sus pilares, la consideración del paciente, en relación con sus expectativas y valores. La implementación de este tipo de práctica, conlleva la incorporación del individuo y su familia, en la toma de decisiones. Ello requiere el entrenamiento de los equipos y la existencia de capacitación y tiempo para su puesta en práctica.

También es fundamental la sistematización de la Educación Participativa en salud y la educación para el Autocuidado, que constituyen herramientas específicas para aumentar la autonomía y capacidad de decisión de los usuarios, sobre su propia salud.

Por otra parte, a la comunidad le cabe un importante rol en la validación de las estrategias de intervención, especialmente poblacional, para el abordaje, principalmente, de aspectos preventivos y promocionales de la salud.

##### IV.8.2. Definición de problemas y control social.

La comunidad debería participar en la gestión del centro, a través de un rol activo en la definición de los problemas prioritarios (diagnóstico de situación de salud); de la manera de abordarlos, y en la evaluación. Su puesta en práctica se realiza a través del contacto sistemático y permanente del centro y cada uno de los equipos de salud con los grupos y organizaciones de la comunidad, representativos de los intereses particulares de ella.

##### IV.8.3. Participación en el "espacio local" e intersectorialidad.

Al formar parte del espacio local, al centro de salud le corresponde un papel activo en la interacción con el resto de las instituciones y personas que viven en él; rol que traspasa los límites del quehacer específico en salud. Sin embargo, esto impone desafíos y tareas concretas al centro, cuya operacionalización requiere de un vínculo

permanente con los demás integrantes de este espacio. Se trata de una relación multidireccional, en que el centro aporta con sus propios recursos, al desarrollo local.

Este quehacer intersectorial y comunitario, tiene tres dimensiones: la primera, relacionada con el trabajo coordinado del centro y de los otros actores locales, para el abordaje de los problemas de salud de la comunidad; la segunda se relaciona con el rol del centro de salud, en la solución de problemas extrasectoriales, que afectan a la misma comunidad. Finalmente, la última dimensión considera el trabajo del conjunto de instituciones y organizaciones locales, para la solución de aquellos problemas que no son propios de ningún sector por sí solo, sino, más bien, responsabilidad de todos.



## **V. HIPOTESIS.**

El nivel de conocimiento sobre medicina familiar que tiene la población de la comunidad de San Cristóbal en edades de 20 a 50 años, en el período marzo-abril 2014, es alto.

## VI. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

Variables	Concepto	Indicador	Escala
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha de la entrevista	Años cumplidos	Ordinal
Sexo	Estado fenotípico condicionado genéticamente y que determina al genero al que pertenece el individuo.	Femenino masculino	Nominal
Procedencia	Lugar desde donde procede la persona	Zona urbana central Zona Urbana marginal Zona rural	Nominal
Escolaridad	Nivel de instrucción de la población en estudio.	Sin institución Primaria Secundaria Universitaria Técnica	Nominal
Sabe usted que es medicina familiar		Si No	Nominal
De donde obtuvo la información sobre		Internet TV La Radio Ballas o carteles Otra persona	Nominal
Cree que el médico familiar está capacitado para resolver los		Si No	Nominal

problemas de salud 1er nivel salud			
Se ha consultado usted con un médico familiar		Si No	Nominal
Su médico familiar le orienta sobre los problemas de salud que consulta		Si No	Nominal
Te sientes satisfecho con la atención que te ofrece el medico familiar		Si No	Nominal



#### VII.5. Criterios de inclusión.

Está representado por las todas las personas comprendidas entre 20 y 50 años, que acepten a responder el cuestionario de preguntas.

#### VII.6. Instrumento de recolección de datos.

Para la recolección de la información se elaboró un cuestionario, bajo la responsabilidad de la sustentante y comprende rubro referente a los datos, sobre el nivel de información del médico de familia con preguntas contenidas en el formulario se llevaron directamente con las personas entrevistadas.

#### VII.7. Técnicas y procedimientos.

La investigación contó de dos fase: en la primera fase está encargado de la recolección de los datos basado en el protocolo estandarizado, descrito y aplicado a los expedientes de las pacientes a los cuales se le realizó una prueba piloto, estos formularios que fueron elegidos bajo los criterios de inclusión ya establecido.

#### VII.8. Aspectos éticos.

La información a manejar fue estrictamente confidencial, así como los nombres de las personas involucradas en el estudio.

## VIII. RESULTADOS.

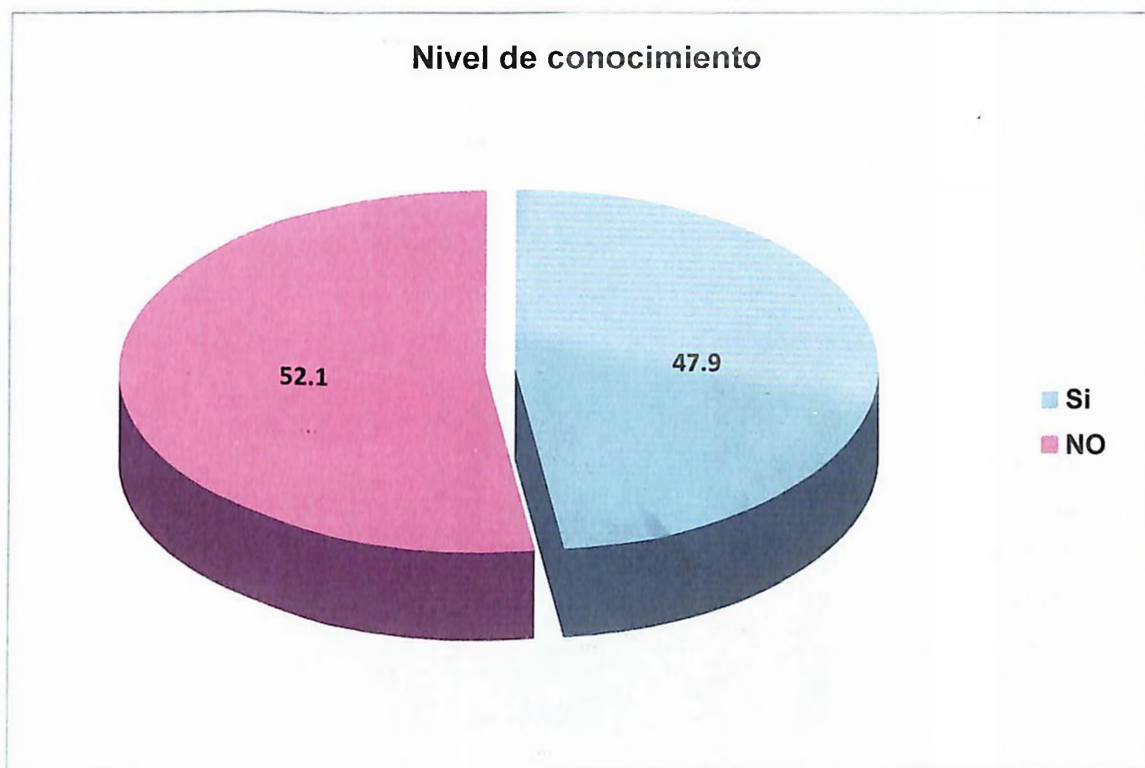
Cuadro 1. Nivel de conocimiento sobre medicina familiar que tiene la población de la comunidad de San Cristóbal en edades de 20 a 50 años, en el periodo Marzo-Abril 2014. Según nivel de conocimiento.

Nivel de conocimiento	Frecuencia	%
Si	44	47.9
NO	48	52.1
Total	92	100.0

Fuente: Directa

El 52.1 por ciento de los entrevistados no tenían un nivel de conocimiento sobre medicina familiar y el 47.9 por ciento si.

Gráfico 1. Nivel de conocimiento sobre medicina familiar que tiene la población de la comunidad de San Cristóbal en edades de 20 a 50 años, en el periodo Marzo-Abril 2014. Según nivel de conocimiento.



Fuente: Cuadro 1.

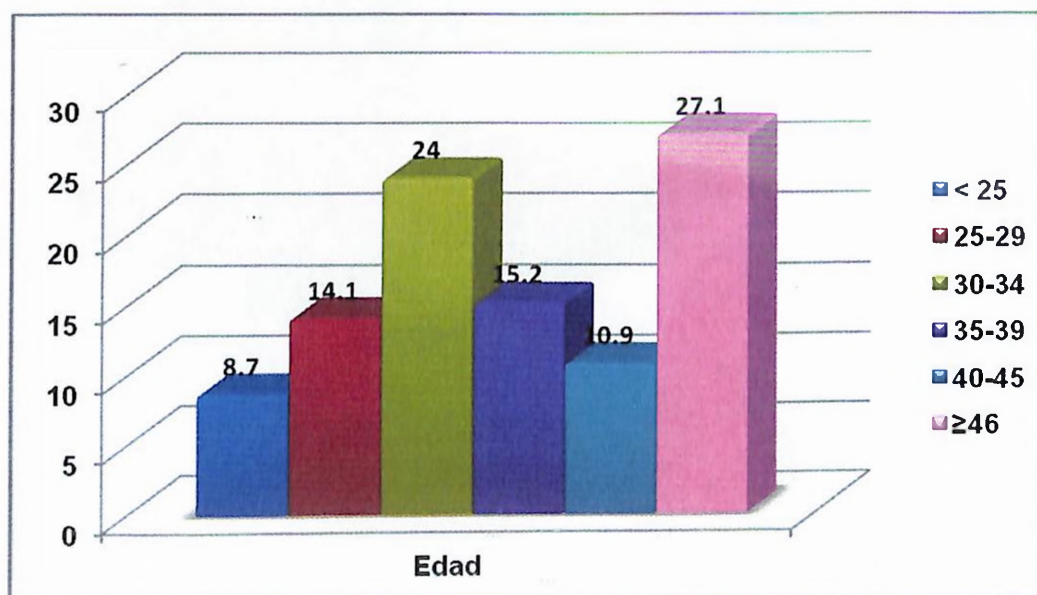
Cuadro 2. Nivel de conocimiento sobre medicina familiar que tiene la población de la comunidad de San Cristóbal en edades de 20 a 50 años, en el periodo Marzo-Abril 2014. Según edad.

Edad (años)	Frecuencia	%
< 25	8	8.7
25-29	13	14.1
30-34	22	24.0
35-39	14	15.2
40-45	10	10.9
≥ 46	25	27.1
<b>Total</b>	<b>92</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Directa

El 27.1 por ciento de los pacientes tenían edad mayor de 46 años, el 24.0 por ciento entre 30-34 años, el 15.2 por ciento entre 35-39 años, el 14.1 por ciento entre 25-29 años el 10.9 por ciento entre 40-45 años y el 8.7 por ciento menor de 25 años.

Gráfico 2. Nivel de conocimiento sobre medicina familiar que tiene la población de la comunidad de San Cristóbal en edades de 20 a 50 años, en el periodo Marzo-Abril 2014. Según edad.



Fuente: Cuadro 2.

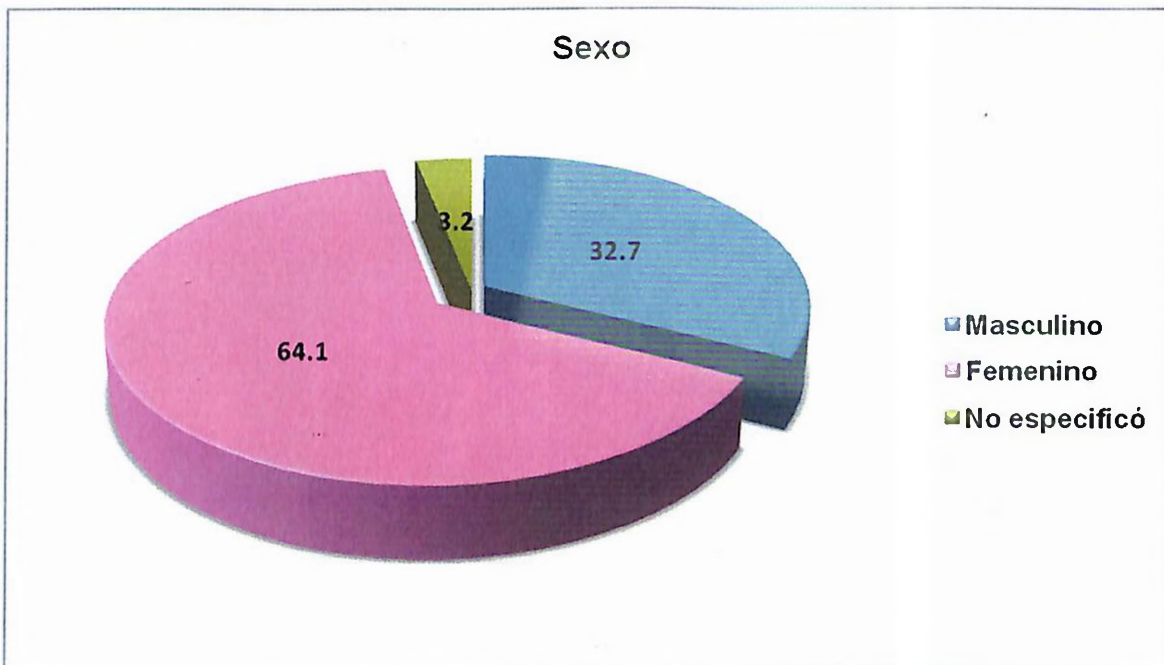
Cuadro 3. Nivel de conocimiento sobre medicina familiar que tiene la población de la comunidad de San Cristóbal en edades de 20 a 50 años, en el periodo Marzo-Abril 2014. Según sexo.

Sexo	Frecuencia	%
Masculino	30	32.7
Femenino	59	64.1
No especificó	3	3.2
<b>Total</b>	<b>92</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Directa

El 64.1 por ciento de los pacientes eran de sexo femenino, el 32.7 por ciento masculino y el 3.2 por ciento no especificó.

Gráfico 3. Nivel de conocimiento sobre medicina familiar que tiene la población de la comunidad de San Cristóbal en edades de 20 a 50 años, en el periodo Marzo-Abril 2014. Según sexo.



Fuente: Cuadro 3.



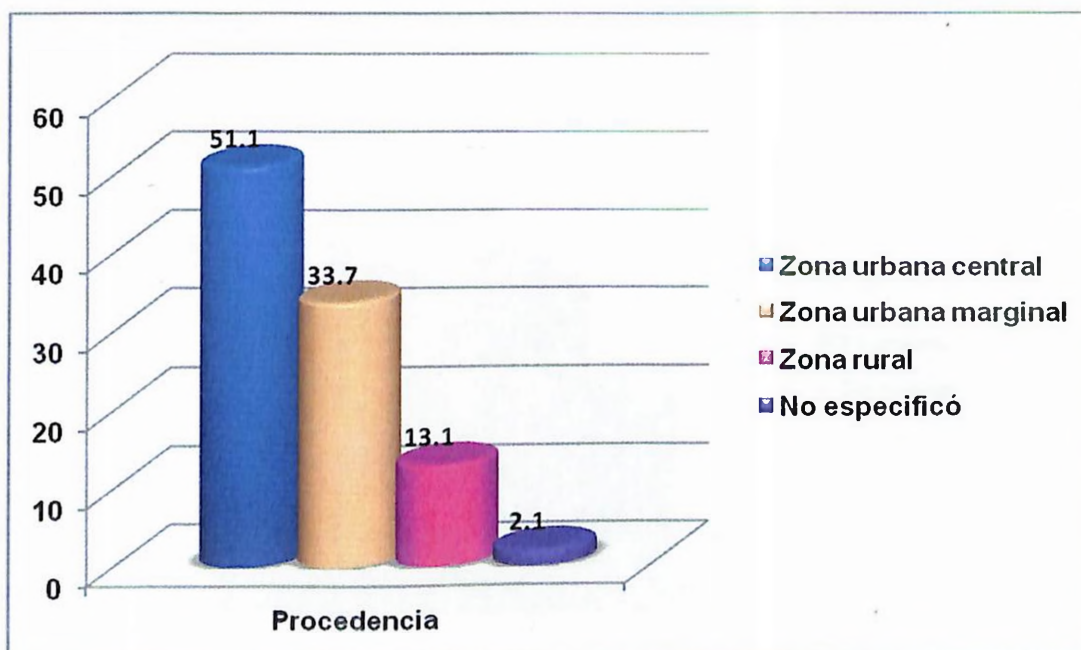
Cuadro 4. Nivel de conocimiento sobre medicina familiar que tiene la población de la comunidad de San Cristóbal en edades de 20 a 50 años, en el periodo Marzo-Abril 2014. Según procedencia.

Procedencia	Frecuencia	%
Zona urbana central	47	51.1
Zona urbana marginal	31	33.7
Zona rural	12	13.1
No especificó	2	2.1
<b>Total</b>	<b>92</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Directa

El 51.1 por ciento de los pacientes provenían de zonas urbanas centrales, el 33.7 por ciento de zonas urbanas marginales, el 13.1 por ciento de zonas rurales y el 2.1 por ciento no especificó.

Gráfico 4. Nivel de conocimiento sobre medicina familiar que tiene la población de la comunidad de San Cristóbal en edades de 20 a 50 años, en el periodo Marzo-Abril 2014. Según procedencia.



Fuente: Cuadro 4

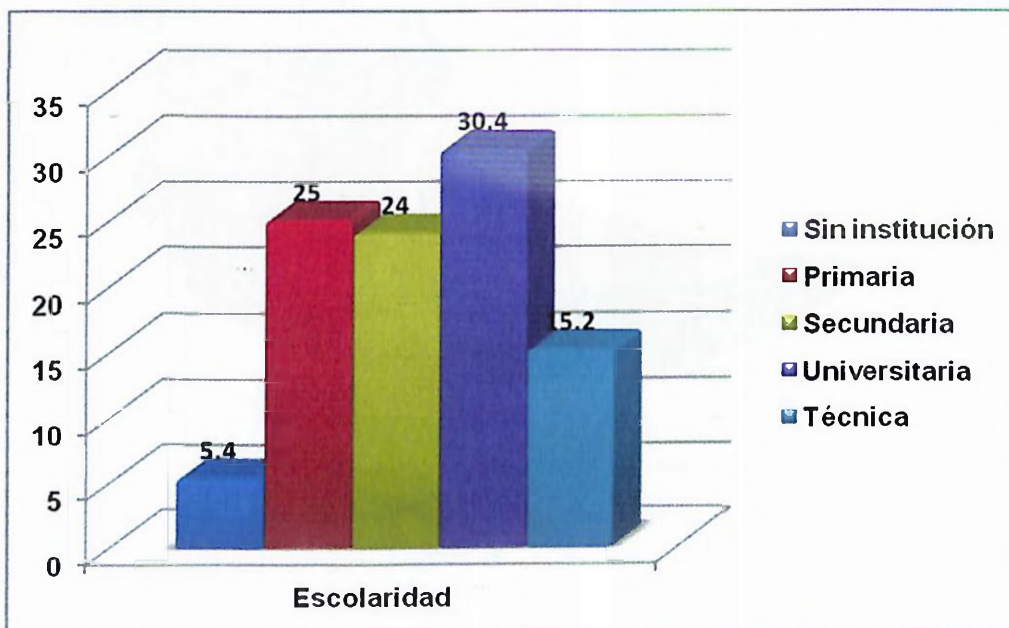
Cuadro 5. Nivel de conocimiento sobre medicina familiar que tiene la población de la comunidad de San Cristóbal en edades de 20 a 50 años, en el periodo Marzo-Abril 2014. Según escolaridad.

Escolaridad	Frecuencia	%
Sin institución	5	5.4
Primaria	23	25.0
Secundaria	22	24.0
Universitaria	28	30.4
Técnica	14	15.2
<b>Total</b>	<b>92</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Directa

El 30.4 por ciento de los pacientes presentaron escolaridad universitaria, el 25.0 por ciento primaria, el 24.0 por ciento secundaria, el 15.2 por ciento técnica y el 5.4 por ciento sin institución.

Gráfico 5. Nivel de conocimiento sobre medicina familiar que tiene la población de la comunidad de San Cristóbal en edades de 20 a 50 años, en el periodo Marzo-Abril 2014. Según escolaridad.



Fuente: Cuadro 5.

Cuadro 6. Nivel de conocimiento sobre medicina familiar que tiene la población de la comunidad de San Cristóbal en edades de 20 a 50 años, en el periodo Marzo-Abril 2014. Según se ha consultado con un medio familiar.

Consultado con un médico familiar	Frecuencia	%
Si	69	75.0
No	23	25.0
Total	92	100.0

Fuente: Directa

El 75.0 por ciento de los pacientes se han consultado con un médico familiar y el 25.0 por ciento no se ha consultado con un médico familiar.

Gráfico 6. Nivel de conocimiento sobre medicina familiar que tiene la población de la comunidad de San Cristóbal en edades de 20 a 50 años, en el periodo Marzo-Abril 2014. Según se ha consultado con un medio familiar.



Fuente: Cuadro 6.

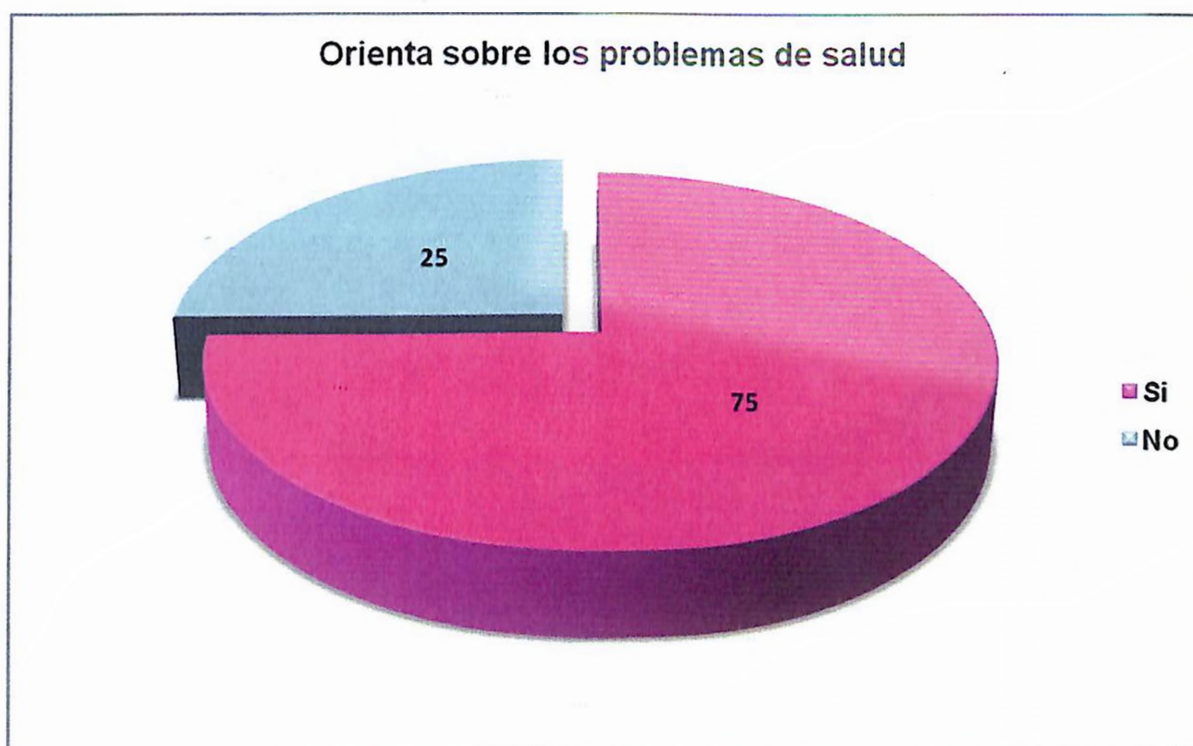
Cuadro 7. Nivel de conocimiento sobre medicina familiar que tiene la población de la comunidad de San Cristóbal en edades de 20 a 50 años, en el periodo Marzo-Abril 2014. Según su médico familiar le orienta sobre los problemas de salud que consulta?

Orienta sobre los problemas de salud que consulta	Frecuencia	%
Si	69	75.0
No	23	25.0
Total	92	100.0

Fuente: Directa

Al 75.0 por ciento de los pacientes el médico familiar si les orienta sobre los problemas de salud que consultan y al 25.0 por ciento no.

Gráfico 7. Nivel de conocimiento sobre medicina familiar que tiene la población de la comunidad de San Cristóbal en edades de 20 a 50 años, en el periodo Marzo-Abril 2014. Según su médico familiar le orienta sobre los problemas de salud que consulta?



Fuente: Cuadro 7.

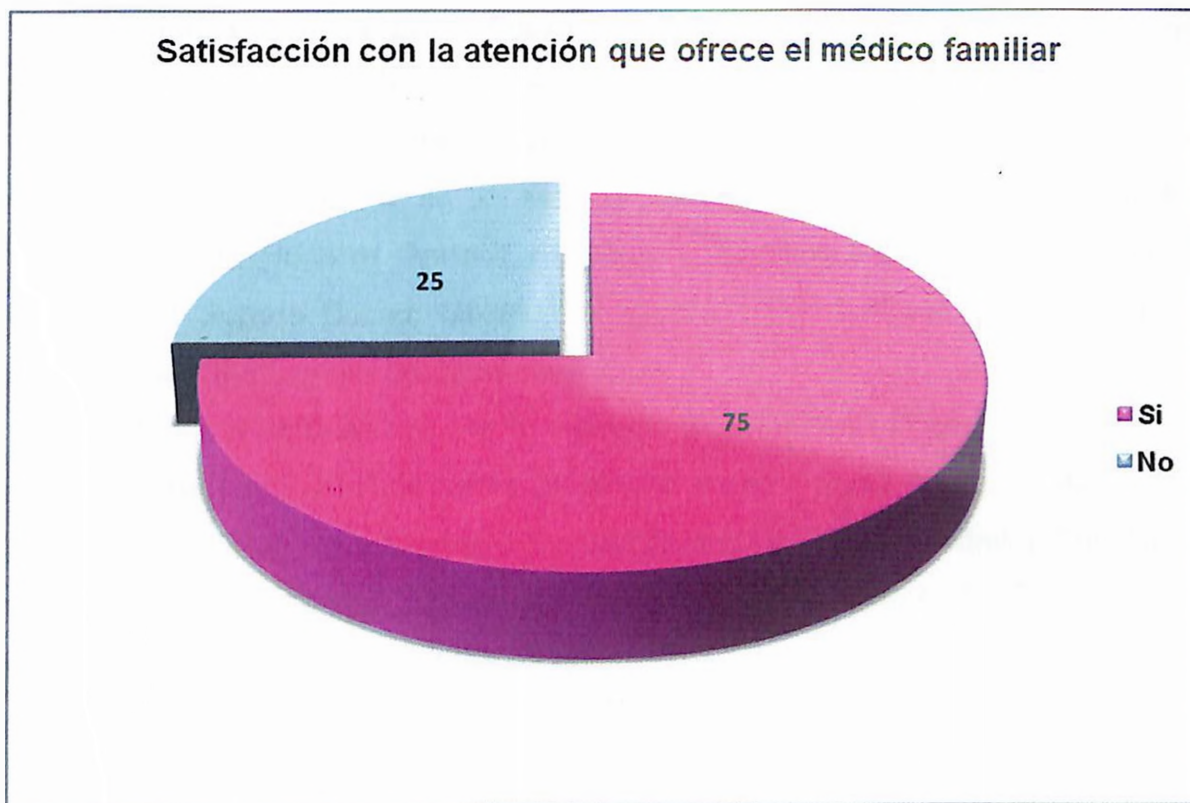
Cuadro 8. Nivel de conocimiento sobre medicina familiar que tiene la población de la comunidad de San Cristóbal en edades de 20 a 50 años, en el periodo Marzo-Abril 2014. Según satisfacción con la atención que ofrece el médico familiar.

Satisfacción con la atención que ofrece el médico familiar	Frecuencia	%
Si	69	75.0
No	23	25.0
Total	92	100.0

Fuente: Directa

El 75.0 por ciento de los pacientes se siente satisfecho con la atención que le ofrece el médico familiar y el 25.0 por ciento no se siente satisfecho.

Gráfico 8. Nivel de conocimiento sobre medicina familiar que tiene la población de la comunidad de San Cristóbal en edades de 20 a 50 años, en el periodo Marzo-Abril 2014. Según satisfacción con la atención que ofrece el médico familiar.



Fuente: Cuadro 8.

## **IX. DISCUSIÓN.**

En el presente estudio el nivel de conocimiento de los entrevistados es malo con un 52.1 por ciento; en un estudio realizado por J. Jhonnell Alarco, et al, en la Universidad Nacional San Luis Gonzaga, Perú, en el año 2013, el nivel de conocimiento fue regular con un 42.7 por ciento.

En relación a la edad de los entrevistados, el 27.1 por ciento tuvo más o igual a 46 años; en un estudio realizado por Medina Zarco, et al, en la Clínica de Medicina Familiar Dr. Ignacio Chávez, México, en el año 2012, tenían de 30-41 años con un 41.7 por ciento.

El 64.1 por ciento de los entrevistados correspondieron al sexo femenino; en un estudio realizado por Laura Ávila Jiménez, et al, en el Hospital General Regional con Medicina Familiar N° 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social, México, en el año 2013, también correspondieron al femenino con un 65.4 por ciento.

Con respecto a la escolaridad de los entrevistados, el 30.4 por ciento es universitario; en un estudio realizado por Laura Ávila Jiménez, et al, en el Hospital General Regional con Medicina Familiar N° 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social, México, en el año 2013, cursaron hasta la secundaria con un 70.4 por ciento.

Según si su médico orienta sobre los problemas de salud que consulta, el 75.0 por ciento respondió que sí; en un estudio realizado por Gildardo Guadalupe Ávila Hernández, en el Hospital General de Zona y Medicina Familiar # 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social, México, en el año 2007, también orienta sobre los problemas de salud con un 59.3 por ciento.

En cuanto a la satisfacción con la atención que ofrece el médico familiar, el 75.0 por ciento respondió que si se siente satisfecho; en un estudio realizado por Gildardo Guadalupe Ávila Hernández, en el Hospital General de Zona y Medicina Familiar # 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social, México, en el año 2007, también se sintieron satisfecho con un 70.0 por ciento.

## **X. CONCLUSIONES.**

Analizados y discutidos los resultados se ha llegado a las siguientes conclusiones:

1. El 52.1 por ciento de los entrevistados no tenían un nivel de conocimiento sobre la medicina familiar.
2. Según la edad de los entrevistados, el 27.1 por ciento tuvo más o igual a 46 años.
3. En relación al sexo de los entrevistados, el 64.1 por ciento predominó en el femenino.
4. En cuanto a la procedencia de los entrevistados, el 51.1 por ciento vive en zona urbana central.
5. Con respecto a la escolaridad de los entrevistados, el 30.4 por ciento es universitario.
6. El 75.0 por ciento de los entrevistados fueron consultados con un médico familiar.
7. Según si orienta sobre los problemas de salud que consulta el médico familiar, el 75.0 por ciento respondió que si orienta.
8. En relación a la satisfacción con la atención que ofrece el médico familiar, el 75.0 por ciento si estaba satisfecho.

## **XI. RECOMENDACIONES.**

Luego de haber discutido, analizado y concluido los resultados procedemos a recomendar:

1. La atención exitosa de un paciente exige una respuesta rápida y coordinada de los médicos familiares; por ello, es necesario que estos grupos de medico revisen sus técnicas de atención, resultados, recursos y necesidades.
2. Implementar en las comunidades programas continuos sobre la medicina familiar con el fin desarrollar el conocimiento de esta y las personas estén actualizados en las informaciones, para así pudiendo acudir a los centros de salud así como reproducir la información en sus hogares.
3. Llevar un seguimiento de cómo la población aprende a utilizar los servicios de la medicina familiar correctamente.
4. Al médico debe constatarse la vigencia de los fármacos, establecer una lista de los existentes, su cantidad y fecha de vencimiento y dejarla con la firma responsable en un sitio de fácil consulta.
5. Deben los programas de educación en las instituciones hospitalarias aumentar el nivel de conocimiento de la población en general.



## **XII. REFERENCIAS.**

1. Adolfo R. Sergio T, Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria. 2a ed. Pág. 3-20 Editorial Medica Panamericana S.A. 2006.
2. Álvarez -Sintes. Medicina General Integral, Habana (Cuba): editorial ciencias Médicas. (1) 2001 Pág. 10-11
3. Antonio S. El Modelo Dominicano de Prestaciones de Servicios de Salud, una Apuesta de Futuro. Santo Domingo. Rep. Dom 2005 Pág. 8-21
4. Arias L. Brandtí C. Freifer S. Fernandez M. Perfil del Médico de Familia Santiago de Cali. 2010 Pág.8-12.
5. Ceitin J, Gómez – Gascon T. Medicina de Familia: La clave de un nuevo modelo. Madrid (España): Editorial IM&C, 2003: Pág. 29. 164.-168
6. Cuás A. Castillo R, Gil C, LLaugel L, Díaz I, Torres A, Soriano F. Programa de medicina Familiar y comunitaria. Santo Domingo (Rep.Dom); 2002: 3
7. Del Conte A. Una Reforma para estar en salud, 2a ed... Santo Domingo (Rep. Dom.). E Detera Amigo Del Hogar 2004: Pág. 39-47
8. Gómez c. Investigación en medicina familiar en El escenario de La Atención Primaria a la Salud. Atención familiar, 2004; Pág. 11( 4): 1-3
9. Mazara M. Perfil del Médico Atención Primaria. Rep. Dom. 2009.
10. Meyer A, Castillo R, Cuás A, Díaz I, LLaugel L. A Soriano F, et al. Desarrollo estratégico y programa común de la formación de especialidad de medicina familiar y comunitario Santo Domingo 2002.
11. Rubistein A, Terrasa S, Durante E, Rubinstein E, Carrete P. Medicina Familia y Pratica Ambulatoria. Buenos Aires ( Argentina), 2006: Pág. 3-23
12. SESPAS, CERSS. Ley General de Salud (No. 42-01). 2a ed., Santo Domingo (Rep Dom): Departamento publicación CERSS, 2002.
13. SESPAS, CERSS. Ley General de Seguridad Social (No. 87-01). 2a ed., Santo Domingo (Rep Dom): Departamento publicación CERSS, 2002.
14. SESPAS, CERSS. 2008 Santo Domingo REP. DOM. CONADEX Pág. 3-11.

15. Superintendencia de Salud y riesgos laborales (Sisatril) entidad autónoma estatal, constituida y organizada de Conformidad con la Ley No. 87-01 de fecha 9 de Mayo 2001. Pág.
16. Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISARIL), Resolución Administrativa 122-2007, de fecha 3 de Julio del 2007.
17. Taylor R.b Medicina de Familia. México: el Manual Moderno, 1998 Pág. 102 – 103.
18. Astray San Martín A. Encuesta sobre cuidados paliativos a pediatras de Atención Primaria en un área sanitaria de Madrid. Rev Pediatr Aten Primaria 2010;12(45):33-40.

### XIII. ANEXOS.

#### XIII.1. Cronograma.

Actividades	Tiempo-2014
Selección del tema	Marzo
Búsqueda de referencias	Marzo
Elaboración del anteproyecto	Marzo
Sometimiento y aprobación	Abril
Revisión expedientes clínicos	Abril
Tabulación y análisis de la información	Abril
Redacción del informe	Mayo-julio
Encuadernación	Agosto
Presentación	Agosto

XIII.2. Instrumento de recolección de datos.

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE MEDICINA FAMILIAR QUE TIENE LA POBLACIÓN DE LA COMUNIDAD DE SAN CRISTOBAL EN EDADES DE 20 A 50 AÑOS, EN EL PERIODO MARZO-ABRIL 2014.

Formulario. \_\_\_\_\_

1. Edad: > 25 \_\_\_\_\_ 26-30 \_\_\_\_\_ 30-34 \_\_\_\_\_ 35-39 \_\_\_\_\_ 40-45 \_\_\_\_\_  
≥ 46

2. Sexo: Masculino \_\_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_\_

3) Procedencia: Zona urbana central \_\_\_\_\_ Zona Urbana marginal \_\_\_\_\_  
c) zona rural \_\_\_\_\_

4. Escolaridad: Sin institución \_\_\_\_\_ b) primaria \_\_\_\_\_ c) secundaria \_\_\_\_\_  
d) Universitaria \_\_\_\_\_ e) Técnica \_\_\_\_\_

5) Sabe usted que es medicina familiar?

a) Si \_\_\_\_\_ b) No \_\_\_\_\_

6) De donde obtuvo la información sobre el médico de familia?

a) Internet \_\_\_\_\_ b) TV \_\_\_\_\_ c) La Radio \_\_\_\_\_ d) Otra persona \_\_\_\_\_  
c) Ballas o carteles \_\_\_\_\_

7) Cree que el médico familiar está capacitado para resorber los problemas de salud del 1er nivel de salud?

a) Si \_\_\_\_\_ b) No \_\_\_\_\_

8) Se ha consultado usted con un médico familiar?

a) Si \_\_\_\_\_ b) No \_\_\_\_\_

9) Su médico familiar le orienta sobre los problemas de salud que consulta?

a) Si \_\_\_\_\_ b) No \_\_\_\_\_

10) Te sientes satisfecho con la atención que te ofrece el médico familiar?

Si \_\_\_\_\_ b) No \_\_\_\_\_

### IX.3. Costos y recursos.

XIII.3.1. Humanos			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dos investigadores o sustentante</li> <li>• Dos asesores(metodologico y Clinico</li> <li>• Estadigrafo y digitadores</li> </ul>			
XIII.3.2. Equipos y materiales	Cantidad	Precio	Total
Papel bond 20 (8 ½ x 11)	4 resmas	130.00	520.00
Papel Mistique	4 resmas	80.00	320.00
Lápices	3 docena	70.00	210.00
Borras	6 unidades	3.00	24.00
Bolígrafos	1 docena	4.00	36.00
Sacapuntas	20 unidades	3.00	60.00
Computador Hardware: Pentium III 700 Mhz; 128 MB RAM; 20 GB H.D.;CD-ROM 52x Impresora HP 932c Scanner: Microteck 3700 Software: Microsoft Windows XP Microsoft Office XP MSN internet service Omnipage Pro 10 Dragon Naturally Speaking Easy CD Creator 2.0 Presentación: Sony SVGA VPL-SC2 Digital data proyector			2,400.00
Cartuchos HP 45 A y 78 D	4 unidades		150.00
Calculadoras	2 unidades		10,000.00
XIII.3.3. Información			
Adquisición de libros			
Revistas			
Otros documentos			
Referencias bibliográficas (ver listado de referencias)			
XIII.3.4. Económicos			
Papelería(copias )	1600 copias	2.00	3,200.00
Encuadernación	12 informes	800.00	10,600.00
Alimentación			3,200.00
Transporte			10,000.00
Imprevistos			3,000.00
<b>TOTAL</b>			<b>\$47,720.00</b>

XIII.4. Evaluación.

Sustentante:

Dra Wendy G Dipré A.  
Dra. Wendy Geydy Dipré Acevedo

Asesores:

Dra. Iris Paula  
Dra. Iris Paula (Clínica)  
(Clínico)

[Signature]  
Dra. Claridania Rodríguez de Rosario  
(Metodológica)

Jurado:

Dra. Ana Hilda Guzmán

[Signature]

Autoridades:

[Signature]  
Dr. Ervin David Jiménez Pérez  
Coordinador de la Residencia

[Signature]  
Dra. Concepción Aurora Sierra  
Jefa de Enseñanza



[Signature]  
Dr. Eduardo García Suárez  
Director de la Escuela de Medicina  
De la UNPHU

[Signature]  
Dr. José Asilis Zaiter  
Decano de la Facultad de Ciencias  
de la Salud UNPHU



Fecha de presentación: 7/5/2015

Calificación: 96